

Plexus

Semestrale Scientifico On-line a cura del Laboratorio di Gruppoanalisi

Vol. 8 N. 1-2 - Novembre 2015

Editoriale..... 2

CLINICA E PSICOTERAPIA

Scienze cognitive, psicoanalisi, neuroscienze: breve storia di un'attuale evoluzione (seconda parte)
Antonio Imbasciati..... 5

MENTE E CONOSCENZA

Intelligenza e realtà: note a partire da uno scritto di Edgar Morin
Roberto Presilla 18

PSICHE E SOCIETÀ

Manifesto per una psicoterapia di comunità a sostegno della partecipazione sociale: la psicoterapia individuale e quella di gruppo rispondono ancora ai bisogni di cura della società?
Simone Bruschetta, Vincenzo Bellia, Raffaele Barone..... 33

RESOCONTI ED ESPERIENZE CLINICHE

Un analista di passaggio. Salomon Resnik in una seduta di gruppo con pazienti di doppia diagnosi
Gian Luca Cerutti, Davide Elos, Nicolò Terminio, Maria Giovanna Urgo 49

Trasformazioni in un GMF
Luisella Ferraris, Paola Innocente 70

Mondi suicidari "aperti". La sfida di un'adolescente e il suo percorso terapeutico in un'ottica multipersonale
Sara Campanini, Flavia Santarini, Roberto Bucci 89

Editoriale

Giuseppe Ruvolo

Il fascicolo che pubblichiamo, sia pure con un piccolo ritardo sui programmi, presenta due articoli di respiro teorico ed epistemologico, alcuni contributi di elaborazione sul lavoro clinico, una proposta di inquadramento metodologico e una novità.

Il primo contributo è costituito dall'interessante rivisitazione di Imbasciati sul tema delle relazioni tra neuroscienze e psicoanalisi, la cui prima parte era già stata pubblicata nel precedente numero della nostra rivista. Il secondo contributo si muove intorno al tema caro a Morin della *conoscenza della conoscenza* e propone interessanti riflessioni sulla soggettività tra reale e virtuale, tra corpo e narrazione, tra tempo e spazialità.

Un interessante sforzo di prospettiva metodologica è rappresentato dal contributo che gli AA. hanno chiamato *Manifesto per la psicoterapia di comunità*, inteso come un modo di traguardare i dispositivi psicoterapeutici sviluppati finora alla luce della loro capacità di coinvolgimento (partecipazione) degli attori sociali, e soprattutto delle potenzialità di impatto sui contesti e le reti sociali, non soltanto sulla loro efficacia per i singoli soggetti coinvolti.

I contributi di riflessione sul lavoro clinico spaziano dalla complessa osservazione-elaborazione di una seduta di gruppo in un contesto di Comunità, alle riflessioni ed esiti di un Gruppo Multifamiliare, e, infine, alla esperienza di un percorso psicoterapeutico alle prese con la gestione del rischio suicidario.

La novità di questo fascicolo consiste nella proposta di una nuova sezione che la rivista ha inteso accogliere e che rimarrà come un ambito di interesse costante a partire da questo numero: il tema di questa sezione è *Danzamovimentoterapia e arti terapie*. Come si

evince dalla presentazione che i lettori trovano nella descrizione generale della Rivista, questa Sezione è curata di concerto con l'associazione AR.TE. (associazione professionale arti terapie) ed Enzo Bellia è stato individuato come referente per le proposte di contributi di quest'area tematica.

CLINICA E PSICOTERAPIA

Scienze cognitive, psicoanalisi, neuroscienze: breve storia di un'attuale evoluzione (seconda parte)

Antonio Imbasciati

Scienze cognitive e psicoanalisi per decenni si sono ignorate per una reciproca diffidenza, quasi disprezzo, che ha prodotto negli studiosi di entrambe le discipline una progressiva reciproca ignoranza, e misconoscenza, degli sviluppi dell'una e dell'altra. Più recenti studi delle scienze cognitive sul ruolo delle emozioni hanno operato un relativo avvicinamento alla psicoanalisi. Ma soprattutto i recenti studi delle neuroscienze sulla base emozionale di tutti i processi mentali, sulla formazione della soggettività, dell'identità e del senso di sé (neuro psicoanalisi), stanno aprendo un orizzonte di integrazione tra le tre diverse scienze. In questa prospettiva l'epigenetica sta svolgendo un ruolo di basilare importanza, che l'Autore si augura possa produrre notevoli sviluppi in chiave sociale e antropologica.

Evoluzione della psicoanalisi; Isolazionismo degli psicoanalisti; Affetto/cognizione; Mente/cervello; Epigenetica

*Cognitive science, psychoanalysis and neuroscience:
A Brief History of a current trend (Part II)*

For decades, cognitive sciences and psychoanalysis have been ignored each other for a mutual distrust, producing in scholars of both disciplines a progressive mutual ignorance and misunderstanding about their developments. The latest studies of cognitive sciences on the role of emotions have allowed a partial approach to psychoanalysis. But above all, recent studies in neuroscience on the emotional basis of all mental processes, about the formation of the subjectivity, about identity and sense of self (neuro psychoanalysis), are opening up a horizon of integration between the three different sciences. In this perspective the epigenetics is playing a fundamental role, that the Author hopes will produce significant developments from a social and anthropological point of view.

Psychoanalysis-evolution; Psychoanalysts-isolationism; Affect/cognition; Mind/brain; Epigenetics

Il presente articolo costituisce la seconda e conclusiva parte del contributo apparso in Plexus, 11, 25-35.

Tornando alla sostanziale e contestata "diversità" della scienza psicoanalitica rispetto alle altre scienze, vale la pena di notare come nelle vicissitudini storiche e politiche, l'immagine della psicoanalisi in quanto contestata si sia andata a sovrapporsi nell'animo degli

psicoanalisti a quella delle persecuzioni degli ebrei. La stragrande maggioranza degli psicoanalisti era di origine ebraica: nell'epoca in cui avvenivano le più forti contestazioni di polemica scientifica (o pseudo), contemporaneamente veniva a delinearsi una immagine politica di ebreo come "diverso": che fu realmente perseguitato. La polemica contro la psicoanalisi si sovrapponeva nell'animo degli psicoanalisti alla persecuzione dell'ebreo come persecuzione (immaginaria, ma efficace) contro la scienza diversa: ciò ebbe a mio avviso i suoi effetti, nell'animo degli psicoanalisti e da qui nell'anima delle loro Istituzioni, nel produrre l'isolazionismo degli psicoanalisti, se non la loro latente avversione per le altre scienze della mente, ignorandone il relativo progresso. Isolazionismo –si direbbe asserragliamento- nella *loro* scienza, non aggiornandosi nei progressi delle altre scienze. Tal fatto, sommato a quello che gli psicoanalisti studiavano essenzialmente gli affetti, produsse il loro rimanere ancorati alle vecchie concezioni di una cognizione del tutto diversa dai processi affettivi, cioè al considerare la cognizione come scontato evento naturale dovuto al cervello; pertanto da trascurare, come oggetto estraneo alla più vera "psicologia". La quale, nella trascuranza e conseguente ignoranza circa la cognizione, rimaneva quella offerta dalla psicoanalisi nel suo studio de "l'Inconscio. Ecco la "psiche", che poco avrebbe a che fare col cervello, come pensano ancora alcuni psicoanalisti: Le scienze della cognizione non interessavano pertanto alla psicoanalisi, e a tal passo andava la formazione degli analisti.

Inoltre, la assoluta e dominante prevalenza di medici tra gli psicoanalisti ufficialmente organizzati fece sì che questi, centrati sulla terapia più che sulla ricerca¹ e avulsi dalla contemporanea cultura

¹ Eppure Freud (1922) definiva l'effetto terapeutico come secondario, rispetto agli scopi della psicoanalisi! (Imbasciati, 2005).

psicologica accademica coltivata invece in facoltà non mediche, accentuassero l'isolazionismo della comunità psicoanalitica (IPA: International Psychoanalytical Association), che ha ignorato quanto la psicologia sperimentale, scienze cognitive in particolare, andavano nel frattempo sviluppando, anche sul piano clinico.

Bowlby, psicoanalista, fu emarginato in quanto aveva dato origine a una sperimentazione (meglio dire osservazione sperimentale) al di fuori del setting psicoanalitico, allora giudicato intoccabile. Ancor oggi la maggior parte degli psicoanalisti non sa la psicologia di base. Per quanto riguarda la cognizione il permanere dell'idea che questa sia un processo "naturale", e non appreso, del cervello ha favorito un pensiero implicito nel collettivo degli psicoanalisti: che la cognizione sia un processo esclusivamente cosciente, salvo "patologie" che possono comprometterla², e pertanto al di fuori dell'area di interesse della psicoanalisi. Tale ricorrente e sommersa idea è favorita dall'ignorare la complessità dei processi che conducono ai diversi livelli e momenti di coscienza (Liotti, 1994): anche la coscienza viene dalla maggior parte degli psicoanalisti concepita alla vecchia popolare maniera, come processo naturale e semplice, dicotomico coscienza/inconscio. In tale dicotomia l'oggetto di indagine della psicoanalisi resta solo l'inconscio, identificato con gli affetti e questi considerati di natura diversa dalla cognizione, e non la coscienza stessa; anzi, la capacità di coscienza (Imbasciati, 2014).

A onor del vero va detto che le citate posizioni non sono mai state definite da scritti che chiaramente le proponessero: si è sempre trattato di movimenti collettivi sotterranei, quali spesso caratterizzano l'inerzia delle Organizzazioni dovute allo spirito dell'Istituzione (Jacques, 1955). Non sono infatti mancati articoli

² La vecchia idea medicalista della *noxa* che altera la *physis*.

scientifici, anche su riviste ufficiali dell'IPA, che hanno cercato di individuare modelli psicoanalitici che potessero inquadrare i processi cognitivi (Imbasciati, 1989), proponendo agli psicoanalisti un miglior studio della percezione e della memoria, tuttavia essi sono rimasti senza effetto sulla stragrande maggioranza degli psicoanalisti, impegnati invece in maniera esclusiva su una professionalità terapeutica.

1. La contrapposizione affetto/cognizione

Al di sotto di tali vicissitudini storiche sta la radicata convinzione dell'occidente (stereotipo e pregiudizio, direbbero gli psicologi sociali) che l'affetto sia cosa diversa dalla cognizione. Medesima idea sottende il ritardo con cui le scienze cognitive si sono accostate allo studio degli affetti, delle emozioni, dell'interpersonale, cosicché per molti decenni hanno considerato gli apporti della psicoanalisi, oltre che inaffidabili, "secondari", rispetto ad una vera ricerca, sperimentale, sui processi cognitivi: questi peraltro considerati separabili dagli affetti, elementi giudicati troppo poco sperimentalmente controllabili.³ E sottende anche, tal idea, la considerazione delle scoperte della psicoanalisi, non nella effettività di una clinica interpersonale che cambia le persone attraverso una reciproca e inconsapevole comunicazione di affetti (essi stessi inconsci), bensì in base alle proposizioni teoriche delle spiegazioni che ne diede Freud (Edipo e Teoria energetico-pulsionale): spiegazioni fascinate, inventate da Freud (che però era ben conscio della loro "stregoneria": Imbasciati, 2013), che, reificate dagli epigoni come

³ Gli psicoanalisti considerano tale affermazione come una "razionalizzazione" per evitare la spinosa difficoltà di come individuare e studiare gli affetti.

fossero “scoperte”, si offrirono facile esca alle obiezioni, critiche, polemiche distruttive, di autorevoli altri studiosi, e alla trascuranza che le scienze cognitive a lungo dimostrarono per la psicoanalisi quale metodo di indagine degli affetti.

L’isolazionismo degli psicoanalisti e la loro esclusione dello studio della cognizione in quanto creduta opera di un cervello “naturale” e preconstituito, hanno prodotto nelle Istituzioni psicoanalitiche il permanere dell’idea che la cognizione fosse evento esclusivamente cosciente: dunque che non avesse a che fare con lo studio dell’inconscio, oggetto invece della psicoanalisi; ciò a dispetto di tutti gli studi da tempo scontati sulle strategie cognitive, che presuppongono un lavoro mentale non consapevole e individuale che precede e produce ogni risultato cosciente o comunque operativo della cognizione.

Il concetto di inconscio per contro, è di fatto presente nelle scienze cognitive, *mutatis mutandis*, ma non è messo in relazione ai modelli psicoanalitici; in quanto da questi viene ad essere conosciuto solo il modello imperante legato alla reificazione energetica degli affetti, che è invalsa negli psicoanalisti a seguito della “santificazione” della Metapsicologia freudiana (Imbasciati, 2013; Imbasciati, Longhin, 2014). Questa fa sì che la maggior parte di essi non concepisca come una mente al di fuori della coscienza possa funzionare (esistere!) senza essere riferita a quel funzionamento soggettivo che essi tengono separato dalla cognizione.

Fortunatamente le neuroscienze (neuropsicoanalisi) stanno smantellando le suddette incomprendimenti e non pochi psicoanalisti, giovani soprattutto, stanno diventando competenti anche delle altre scienze della mente. L’attività del cervello è sostanzialmente al di fuori della coscienza, che ne è solo pallido ingannevole soggettivo

fenomeno⁴. L'inconscio esiste, ma non come un folletto pulsionale entro la mente. Indispensabile si presenta oggi il confronto tra le diverse concettualizzazioni degli eventi mentali. Oggi i neuroscienziati stanno studiando la coscienza: altrove (Imbasciati, 2014) l'ho definita il futuro oggetto di studio della psicoanalisi.

Sia pur con le reciproche remore di pregiudizi e i reciproci scotomi culturali, scienze cognitive e psicoanalisi cominciarono ad avvicinarsi dagli anni '70-80 in avanti, sebbene con sospetto e cautela. Le scienze cognitive, rivolgendosi allo studio delle emozioni, ovvero dell'interpersonale, la psicoanalisi virando (elenfatiasicamente) dalla teoria oggettuale alla attuale concezione della mente in quanto generata dagli apprendimenti delle relazioni interpersonali, modulati da quelli primari dell'epoca fetale e neonatale. In questo viraggio della psicoanalisi, fondamentale è stata l'Infant Research nel dimostrare, inconfutabilmente agli occhi di tutti gli studiosi di contrapposti dogmi, che la prima cognizione dell'homo sapiens e la matrice di ogni successiva capacità cognitiva, è quella che avviene in epoca perinatale, operata dalla comunicazione di affetti che intercorre tra bimbo e madre/caregivers (Imbasciati, Cena, 2010; Imbasciati, Dabrassi, Cena, 2011). Comunicazione che oggi sappiamo reale organizzatrice del cervello (Schore 2003a; 2003b), mediata da comunicazioni soprattutto non verbali in una precisa e individuale semiotica (Stern & BCPSG, 1998; 2005; 2007; 2008).

Studio dell'Attaccamento, metodologie sperimentali, psicoanalisi infantile (neonatale-genitoriale) e scienze cognitive sono confluite nell'Infant Research, e le neuroscienze ne hanno consolidato integrazione e integrabilità. Negli studi della Bucci (1997; 2007;

⁴ Alcuni neuro scienziati sostengono che anche il sentirsi autori delle proprie azioni è ingannevole: il cervello ha già deciso quell'azione prima che se ne formasse la consapevolezza di averla voluta fare (Wegner, 2003; Merciai, Cannella, 2009).

2009) ne abbiamo esempio. Le neuroscienze ne stanno dando consolidamento, in special modo a mio avviso, con lo studio dei vissuti che costituiscono l'identità nella soggettività del Sé individuale (Damasio, 2010). A mio avviso, in questo processo di integrazione, più che parlare di contributo della psicologia cognitiva nel dialogo psicoanalisi/neuroscienze, tanto meno da parte della psicoanalisi alle neuroscienze e alle scienze cognitive, ritengo utile considerare il più complesso, intrigato, controverso e lento progresso, egualmente distribuito, dei tre orientamenti con i rispettivi metodi nello studio della mente umana.

Suggello spetta ancora agli ulteriori e tuttora in atto progressi dell'epigenetica. Questa offre una soluzione sia al problema cervello/mente, sia a come il cervello/mente risulti condizionato (quasi determinato) dalle esperienze interpersonali, soprattutto precoci, di adeguato livello bioemozionale (=trasmissione di affetti), sia dall'ambiente esterno, fisico e sociale, ed infine come evolutivamente, o meglio transgenerazionalmente esso possa modificare a sua volta lo stesso ambiente esterno, fisico, sociale, culturale, interpersonale stesso.

2. Mente e cervello

A tal proposito può essere qui utile riprendere uno schema ideato e riportato altrove da Imbasciati (Imbasciati, Longhin, 2014 cap. 21).

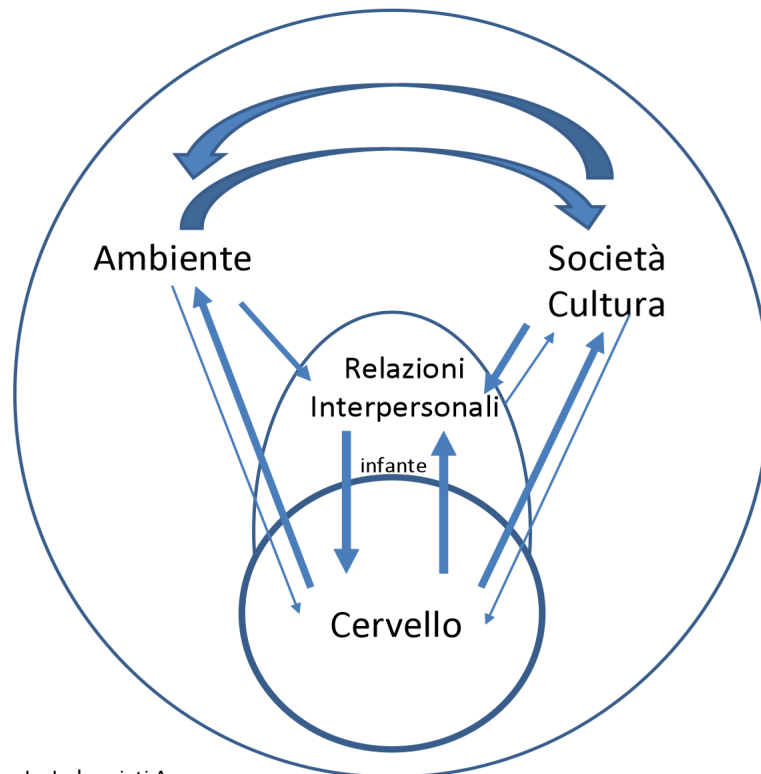


Grafico a cura di Cena L., Imbasciati A.

MENTE CERVELLO e TRANSGENERAZIONALITA'

Seguendo la figura possiamo considerare come le relazioni interpersonali, soprattutto quelle precoci, intime, prolungate e comunque quelle che comportano l'adeguato livello emozionale (considerato a livello neurale, indipendente da una eventuale consapevolezza) veicolano messaggi (principalmente non verbali) le cui afferenze, recepite ed elaborate dal cervello, vi producono nuove sinapsi che strutturano e ristrutturano le reti neurali. In tal modo il cervello viene a costruirsi, e continuamente lungo tutte le relazioni significative a ristrutturarsi: di qui la sua funzionalità. A sua volta il cervello, a seconda di come funziona in relazione alla struttura acquisita, condiziona il modo con cui assimila i messaggi provenienti dalle relazioni e dall'ambiente, e pertanto modula la propria ulteriore strutturazione; e condiziona la relazione stessa (e le persone con cui

si trova in relazione) a seconda del tipo di dialogo (sintonico, asintonico, discordante, invasivo, patogeno ecc.) che può stabilirsi. Nella figura il cerchio grande rappresenta la formazione della mente con al suo centro il cervello. La mente è l'espressione della funzionalità del cervello, quale viene a costruirsi progressivamente dall'elaborazione delle afferenze sensoriali, interne e esterne, operata dal cervello stesso. Da tale elaborazione di esperienza si costruiscono capacità funzionali crescenti, che vengono acquisite come memoria dal cervello (memoria di funzioni).

Le fonti di tale esperienza possono essere schematizzate in tre gruppi: in primis le relazioni interpersonali, soprattutto intime prolungate, precoci, in minor misura quanto proviene dall'insieme socio-culturale (società-cultura, a destra) e dall'ambiente (a sinistra), inteso in senso geografico, economico, lavorativo. Lo spessore delle frecce sta a indicare una diversa intensità o incisività di questi apporti e relativi condizionamenti nella loro integrazione: si considerino le frecce che vanno verso e dentro il cerchio piccolo, il cervello. Questo a sua volta, non solo elabora e trasforma a seconda della sua funzionalità le componenti che recepisce, ma le trasforma, e in tal modo le integra tra di loro costruendo così progressivamente le proprie funzioni. La struttura funzionale del cervello condiziona e trasforma, secondo il proprio funzionamento, ad ogni istante della sua evoluzione, le stesse relazioni interpersonali, ed anche, a tempi più lunghi, condiziona e può trasformare la cultura di una determinata società, lo stesso ambiente. Si vedano le frecce a senso inverso. Pertanto il cervello genera la mente e da questa è generato. A loro volta "Ambiente" e "Società-Cultura" sono in reciproco condizionamento tra di loro e ognuno trasforma l'altro. Il massimo apporto alla costruzione del cervello è dato dalle relazioni interpersonali precoci: sulla parte superiore del cerchio piccolo, più

sottile sta scritto "infante", a significare che nell'infanzia il cervello è molto più soggetto ad essere strutturato, fin dalle sue basi fetali, da parte del tipo di relazioni offertegli dai suoi *care givers*.

Percorrendo circolarmente la parte del cerchio grande e seguendo le frecce possiamo configurare un circuito transgenerazionale. Infatti, nella misura in cui intervengono cambiamenti in "Ambiente" e in "Società-cultura" e quindi cambiano le relazioni interpersonali, anche e soprattutto precoci, si ha un cervello diverso: gli individui che in tal modo derivano produrranno figli con cui intesseranno relazioni differenti e che, con l'apporto delle altre due fonti, saranno persone differentemente strutturate, che a loro volta produrranno ulteriori cambiamenti e ulteriori diverse strutturazioni dei propri figli, e così via nei figli dei figli. Cambia la mente, o meglio forse la "mentalità", di gruppi e di popoli, che cambia a sua volta le circostanze per cui sia la mente dei singoli che quella collettiva si formano. Tale cambiamento può influire anche l'ambiente fisico.

Di particolare interesse è il fatto che a livello transgenerazionale si può verificare un cambiamento della mente dei futuri individui e di qui della cultura e dell'ambiente, sia in una evoluzione migliorativa, sia in negativo, di generazione in generazione, segnando così il destino di una "civiltà": il che apre inimmaginabili e forse inquietanti interrogativi.

Bibliografia

Bucci W. (1997), *Psychoanalysis and Cognitive Science: A Multiple Code Theory*, Guilford, New York (Trad. It. La teoria del codice multiplo, Fioriti, Roma).

Bucci W. (2007), *New perspectives on the multiple code theory*; The

role of bodily experience in emotional organization. In Anderson F.S. (Ed.) *Bodies in treatment: The Unspoken Dimension*. Hillsdale, N.J.: The Analytic Press, Inc., pp. 51-77.

Bucci W. (2009), Lo spettro dei processi dissociativi per la relazione terapeutica, in Moccia G., Solano L. (a cura di) *Psicoanalisi e Neuroscienze*, Angeli, Milano.

Damasio A. (2010), *Il Sé viene alla mente*, Adelphi, Milano, 2012.

Freud S. (1922), *Due voci di enciclopedia*, O.S.F. vol. 4 SE 19.

Liotti G. (1994), *La dimensione interpersonale della coscienza*, NIS, La Nuova Italia Scientifica, Roma.

Imbasciati A. (1989), Toward a psychoanalytic model of cognitive processes: Representation, perception, memory. *Internat. Review of Psychoan.*, 16, 2, 223-236.

Imbasciati A. (2005), *Psicoanalisi e Cognitivismo*, Armando, Roma.

Imbasciati A. (2013), *Psicoanalisi senza teoria freudiana*, Borla, Roma.

Imbasciati A. (2014), O objeto da psicanálise mudou, *Revista de psicanálise da Sociedade Psicoanalítica do Porto Alegre*, 1, 21-39.

Imbasciati A., Cena L. (2010), *Il bambino e i suoi caregiver*, Borla, Roma.

Imbasciati A., Dabrassi F., Cena L. (2011), *Psicologia Perinatale per lo sviluppo del futuro individuo*, Espress Edizioni, Torino.

Imbasciati A., Longhin L. (2014) *Psicoanalisi, ideologia ed*

epistemologia, Aracne, Roma.

Merciai S., Cannella B. (2009), *La psicoanalisi nelle terre di confine*, Cortina, Milano.

Jacques E. (1955), Sistemi sociali come difesa contro l'ansia persecutoria e depressiva, in Klein M., Heinemann P., Money Kyrle K, (eds), *Nuove vie della psicoanalisi*, Il Saggiatore, Milano, 1966.

Schore A.N. (2003a). *Affect dysregulation and the disorders of the Self*. Norton & Company Ltd, New York.

Schore A.N. (2003b). *Affect regulation and the repair of the Self*. Norton & Company Ltd, New York.

Stern D. & BPCSG (1998), Non-Interpretive Mechanisms in Psychoanalytic Therapy: The 'Something More' than Interpretation, *Int. J. Psycho-Anal.*, 79, 903-921.

Stern D. & B.C.P.S.G. (2005), The something more than interpretation revisited, *J. Amer. Psychoan. Ass.* 53, 693-729.

Stern D. & B.C.P.S.G. (2007), The foundational level of psychodynamic meaning, *Int. J. Psychoan.* 88, 843-860.

Stern D. & B.C.P.S.G. (2008), Forms of relational meaning. Issues in the relations between the implicit and the reflective verbal domains, *Psychoanalytic Dialogues*, 18, 125-202.

Wegner D.M. (2003), The Mind's best trick: how we experience conscious will, *Trends in Cognitive Sciences*, 7, 65-69.

MENTE E CONOSCENZA

Intelligenza e realtà: note a partire da uno scritto di Edgar Morin

Roberto Presilla

A partire da uno spunto di Morin sulla "conoscenza della conoscenza" l'articolo tocca tre punti. La riflessione sulla conoscenza del linguaggio porta a escludere l'alternativa mitologica tra linguaggio realistico e linguaggio totalmente convenzionale; la riflessione sulla tradizione culturale europea invita a cogliere la dimensione intrinsecamente storica delle nostre narrazioni; la distinzione reale/virtuale mostra il mutamento del soggetto nell'epoca contemporanea.

Conoscenza; Storia; Filosofia del linguaggio; Significato; Soggetto; Reale/virtuale

Intelligence and reality: notes from a text by Edgar Morin

The paper chooses Morin as a starting-point for a reflection on "knowledge of knowledge". An inquiry on our knowledge of language shows that the dilemma between a realistic language and a conventional one is mythological; a reflection on European cultural history makes it plain that our narratives have an intrinsically historic character; the distinction real/virtual shows the mutations of the (psychological) subject in the contemporary age.

Knowledge; History; Philosophy of language; Meaning; Subject; Real/virtual

Edgar Morin ha dedicato buona parte della sua vita a riflettere sull'educazione e la conoscenza. In un testo apparso qualche tempo fa su *Vita e Pensiero* Morin si chiede: «Come trasmettere la complessità?» (2014, p. 21). La sua risposta prende le mosse dalla situazione "parcellizzata" delle nostre conoscenze: se questa strategia favorisce la crescita delle singole discipline, l'aumento di informazione non è di per sé positivo: citando Eliot, Morin si domanda «Qual è la conoscenza che perdiamo nell'informazione? E qual è la saggezza che perdiamo nella conoscenza?» (pp. 21-22). Il risultato del modo in cui si sviluppa la nostra conoscenza – che a sua volta rappresenta il modo in cui insegniamo, sin dalle elementari, dove è nota la polemica

contro il maestro unico – è una parcellizzazione prima di tutto dei problemi, una riduzione della capacità di avere una “visione d’insieme”.

La difficoltà a pensare la complessità si mostra in vari modi: dalla scelta esclusiva tra una descrizione “puramente animale” dell’umano a una che prescinde dalla realtà biologica, alla separazione tra le scienze e le lettere –Charles P. Snow è sempre tra noi – e così via. La domanda sulla complessità ci porta all’altra: «dove andiamo?» (p. 23), cui è collegata la grande, complessa e ambigua vicenda della/e globalizzazione/i. Il problema, sintetizza Morin, è la mancanza di un insegnamento su ciò che sta accadendo, sul futuro (accade generalmente l’imprevisto, non il previsto, sottolinea Morin con riferimento a Euripide), ma soprattutto sulla conoscenza: «si insegnano conoscenze, ma non si insegna mai che cosa sia la conoscenza. Ossia qualcosa che corre sempre il rischio dell’errore e dell’illusione. [...] La conoscenza della conoscenza, che è solo un piccolo capitolo per specialisti della filosofia, deve essere un problema centrale insegnato fin dall’infanzia» (p. 25).

Occorre quindi una riforma della conoscenza, che aiuti a superare quella crisi dell’intelligibilità del mondo che è, in ultima analisi, una crisi dell’intelligenza. A questo scopo Morin ha dedicato varie opere, in particolare i sei volumi de *Il metodo* (pubblicati in Italia da Cortina).

Quanto segue non è, però, una discussione del suo pensiero, piuttosto una riflessione *a partire da* Morin. L’invito a riflettere sulla conoscenza invita a toccare tre punti che sono, a mio parere, passaggi obbligati. Essi riguardano il rapporto con il linguaggio (significato e conoscenza), il rapporto con la tradizione (il concetto di “classico”), infine il rapporto con il reale.

1. Significato e conoscenza

«Che cosa so quando conosco una lingua?», si chiedeva in una conferenza Michael Dummett (ora in Dummett 1993), facendo notare come la conoscenza di una lingua, lo spagnolo per esempio, non sia separabile dal nostro esserne coscienti. Così P.G. Wodehouse ci fa sorridere quando ci presenta il dialogo seguente:

- Sai parlare lo spagnolo?
- Non so, non ho mai provato.

“Saper” parlare una lingua implica, in effetti, un addestramento che non può fare a meno di un contributo (auto-)cosciente. Le cose stanno in modo leggermente diverso per i bambini: in quel caso il contributo del bambino è in larga parte volto all’assimilazione di strutture e alla ripetizione di comportamenti, il cui significato si preciserà e si rivelerà appieno solo negli anni a seguire e che daranno forma alla coscienza e all’autocoscienza. Possiamo quindi – in via intuitiva e provvisoria – identificare tre possibili aspetti del “saper” parlare una lingua: la conoscenza di una serie di regole (relative ai suoni, ai segni che li rappresentano e all’uso di questi segni); la consapevolezza di questa conoscenza; una struttura della realtà inscritta nella lingua stessa, di cui siamo consapevoli solo tramite un sforzo riflessivo. La lingua che apprendiamo dà forma al nostro modo di essere; la celebre espressione di Jacques Lacan – *parlessere* – individua nell’uomo questa dimensione costitutiva del linguaggio: è evidente l’assonanza, pur con differenze e distanze reciproche tutte da chiarire, con lo *zòon logikòn* di Aristotele, l’animale razionale (in quanto parlante) dei latini. Ma essa dà forma anche al modo di essere della realtà, che dipende dal nostro linguaggio più di quanto siamo disposti ad accettare.

Un modo mitologico di rapporto con il linguaggio, infatti, tenta di costringerci in un dilemma apparentemente insolubile: o il linguaggio ha un rapporto intrinseco con la realtà oppure è totalmente convenzionale. Nel primo caso rischiamo di immaginare un linguaggio "magico" (se dico che le cose stanno così, così stanno...), nel secondo vorremmo forse trastullarci con un arbitrio senza limiti (posso dire quello che mi pare...). Alcuni grandi filosofi del XX secolo, Wittgenstein *in primis*, hanno cercato di svelare questo inganno mitologico, sottolineando due aspetti del linguaggio messi in ombra dal dilemma. Da una parte, fa notare Wittgenstein, non è affatto vero che possiamo muoverci in modo del tutto arbitrario: un linguaggio è in realtà una famiglia di "giochi linguistici" e ogni gioco può essere giocato solo rispettandone le regole. Il nostro parlare un linguaggio si rivela insomma un agire cosciente e consapevole, che rispetta delle regole non scritte ma ugualmente necessarie (non fosse altro che per rendere efficace la comunicazione).

Il pensiero mitico però ci porta a pensare che, se seguiamo una regola, lo facciamo in base a un'immagine "predeterminata". Io so che cosa vuol dire tenere la destra quando guido: questo sembra suggerire che posso applicare quella regola solo se ho un'immagine mentale del "significato" della regola, di *come andrebbe applicata*. Ma, obietta Wittgenstein con un'espressione celebre, «qualsiasi modo d'agire può esser messo d'accordo con la regola» (1967, § 201): l'idea per cui seguire una regola si basi su una concezione cognitivista – saper che cosa fare equivarrebbe ad avere l'immagine mentale della corretta applicazione della regola – si rivela fallace. Per capirlo, ricorriamo a un esempio dello stesso Wittgenstein, basato sulla sua esperienza di maestro elementare. Supponiamo di insegnare a contare a dei bambini: 1, 2, 3, 4 e così via. Se un bambino, raggiunto 100, prosegue così: 110, 120, 130, 140..., come potremmo

spiegargli che sbaglia? Il suo "errore" è in realtà l'applicazione di un'altra regola, per cui fino a 100 si conta per 1 e dopo si prosegue per 10, come diremmo noi.

È evidente che, anche se la regola è stata spiegata, può sempre verificarsi un caso rispetto al quale è legittimo chiedersi se sia o meno in accordo con la regola. Questo però non è il punto centrale di Wittgenstein: semplificando un po', potremmo dire che il cuore della sua argomentazione sta nel fatto che l'applicazione giusta della regola può esser solo *mostrata*, non *detta*. A un certo livello, ogni spiegazione della regola rimane "esterna" rispetto alla regola stessa.

Questa difficoltà è intrinseca al linguaggio stesso e traspare in situazioni diverse, ma ha sempre a che fare con le *azioni* che compiamo con le parole. Un esempio sono i paradossi dell'autoreferenzialità (come quello del mentitore: "questo enunciato è falso") ma anche quanto accade in una normale conversazione ("guarda che io di quello non ho paura, adesso vado là e lo gonfio di botte, tanto di quello non ho paura, che si crede, che ho paura di lui...": una persona che pronuncia un monologo del genere ha paura o no dell'altro?), per non parlare poi dei performativi ("vi dichiaro marito e moglie") che istituiscono uno stato di cose piuttosto che descriverlo. *Fare le cose con le parole*, secondo il titolo di Austin, è uno degli usi principali del linguaggio.

In sintesi, ecco il secondo aspetto per cui il dilemma "mitologico" è fuorviante: il nostro linguaggio non è usato solo per descrivere, ma anche per *istituire* la realtà. Anche se è frutto di un'evoluzione storica costante, di cui siamo consapevoli, il linguaggio dà forma alla realtà sin dagli inizi della nostra vita. Non è possibile, quindi, individuare una forma pura di rapporto (la perfetta aderenza "magica" tra linguaggio e realtà oppure la pura descrizione priva di qualsiasi impatto sul reale): ogni volta che impariamo una lingua, impariamo

anche una struttura del reale; e d'altro canto possiamo riflettere sulla struttura del reale solo a partire dalle lingue che conosciamo.

In questo modo, ogni lingua ci comunica una metafisica e un serbatoio narrativo. Questo ci porta, in modo abbastanza naturale, a riflettere sul concetto di "tradizione" e su una forma specifica che tale concetto ha assunto in Europa.

2. La lingua della tradizione

Nell'era della complessità c'è ancora posto per tradizioni e narrazioni identificanti? La domanda sembra oziosa, perché in un senso banale abbiamo sempre bisogno di narrazioni identificanti. Se però attribuiamo un contenuto specifico, la domanda diventa meno oziosa: ha ancora senso identificarsi con un luogo, una tradizione? Si può parlare di cultura europea, per esempio, o più generalmente di Europa?

La risposta di Brague (1998) è positiva: il tratto distintivo dell'Europa non è tanto una qualche configurazione geografica, difficile da precisare, piuttosto una storia culturale ben precisa, costruita attorno all'atteggiamento che Brague definisce *secondarietà* e che ritiene caratteristico dei romani. Secondo il filosofo francese, la cultura romana è stata sospesa tra due poli: la cultura greca, rispetto alla quale i romani si sentivano per l'appunto secondari, e la barbarie, da sottomettere culturalmente oltre che militarmente. La secondarietà è la condizione per cui le fonti della cultura, in questo caso la Grecia, sono ritenute modelli insuperabili: i romani continuano una tradizione, la cui origine non è romana e che ritengono irraggiungibile, tanto che le forme della cultura greca continueranno a influenzare la cultura romana per secoli.

Questo atteggiamento porta con sé un duplice movimento: da una parte la tensione verso le fonti, che rappresentano un prezioso serbatoio di simboli da interpretare perché siano vivi e a loro volta rendano viva la cultura, dall'altra l'impegno verso la barbarie, che rappresenta una sfida continua per Roma. Il cristianesimo ha fatto proprio questo atteggiamento, al quale ha conferito uno spessore teologico con la condanna del marcionismo, l'eresia secondo cui la parte pre-cristiana della Bibbia, il Vecchio Testamento, era ormai superato e l'Alleanza stretta da Dio con gli ebrei, il popolo eletto, era da considerare finita. La posizione cristiana amplifica la secondarietà romana, per cui alla base della cultura europea, già nell'età tardo-antica, si trovano Atene e Gerusalemme, due centri per ragioni diverse assai lontani dall'Europa del tempo.

Frutto di questo atteggiamento sono le molteplici riprese del "classico" nell'epoca europea, come mostra Settis (2004). Il lavoro di Settis non rappresenta uno sviluppo della prospettiva di Brague, ma proprio per questo ne rappresenta un interessante completamento. Il richiamo al passato, come lo studio dei frammenti artistici che ce lo ricordano, rappresenta un motivo ricorrente della cultura europea, in questo – secondo Settis – diversa da altre tradizioni. La peculiarità di questo rapporto con il passato è in larga misura linguistica: più che una terra unificata dal punto di vista politico o economico, l'Europa rappresenta anzitutto un serbatoio linguistico ben preciso, grazie alla diffusione del latino, per millenni la lingua dei riti religiosi e della cultura.

Attraverso il latino si conserva la cultura romana, in base a due caratteristiche entrambe importanti. Il rifiuto del marcionismo influenza anche la trasmissione della cultura: per questa ragione i monaci medievali copiano anche opere – si pensi a Ovidio – che dal loro punto di vista sono perlomeno riprovevoli. Brague sottolinea che

in questo l'atteggiamento europeo si differenzia sia dai bizantini (che si pensano in continuità con i greci antichi) sia dagli arabi (che non sono interessati a conservare gli originali greci dopo averli tradotti in arabo, dato che l'arabo è la lingua perfetta). Per gli europei, invece, già nel medioevo si mantiene una coscienza del passato come serbatoio di cultura, valido proprio in quanto passato. Il Rinascimento, paradigma di ogni rinascita culturale, sotto questo aspetto rappresenta una discontinuità che non muta il quadro generale: la nascita della filologia e la progressiva storicizzazione del tempo – su cui attrae l'attenzione Settis – rappresentano solo un modo diverso, non meno rispettoso, di celebrare il passato e di recuperarne il senso.

L'esperienza del passato – un certo culto delle rovine, fa notare ancora Settis – è in ultima analisi l'esperienza della perdita irrimediabile dell'Altro. Il tempo storico diventa, in un certo senso, tempo soggettivato: non si ripete più il racconto mitico che, nella sua fissità, esprime un rapporto con le origini privo di discussione. Lo storico interroga il passato a partire dal presente: è dal presente che parla e la sua posizione è *un punto di vista*. Come ha sottolineato De Certeau (2006), esiste un rapporto tra storia e psicoanalisi che trova nel soggetto un punto di contatto. Nel rimandare alle istituzioni e alle ideologie che – in modo più o meno spregiudicato – le sostengono, lo storico esprime un punto di vista ben preciso, che non può essere *neutrale*. Questo non significa che la storia non sia obiettiva: anzi lo sforzo dello storico è verso la piena tematizzazione del suo punto di vista, al fine di ricostruire il passato nel modo migliore possibile. Ma il lavoro dello storico implica la storicizzazione del tempo e, in ultima analisi, la perdita della certezza mitica. Quello che si viene a perdere, insomma, è il *tabù*, il fatto che qualcosa sia bloccato per sempre fuori dal "dicibile". L'ingresso della dimensione storica fraziona,

ridimensiona, problematizza la riflessione sistematica, ponendola in tensione con la molteplicità dei fatti storici e con la possibilità di spiegazioni diverse.

La storia però non sarebbe possibile se non ci fosse, in ogni momento, un canone di principi interpretativi, di regole metodologiche e di teorie storiche già accettate. Come accade nelle scienze naturali, anche la storia – pur con le sue peculiarità – tenta di ricostruire un quadro coerente. La spiegazione storica cresce sulla base delle teorie già prodotte, dei documenti, di tutto quanto permette di ricostruire un passato che è perduto. Tale storicizzazione ha acquistato un peso crescente nella cultura europea durante la modernità. Una spiegazione possibile di questo fatto – qui solo accennata – sta proprio nella presenza dell'elemento "classico". Nella visione di Brague, l'atteggiamento romano implica uno sforzo costante verso una barbarie da sottomettere (prima di tutto nel proprio animo) e un rimando altrettanto costante alle fonti, ormai irraggiungibili nella loro pienezza, della cultura. Il rapporto con il passato si definisce – ecco il contributo di Settis – attraverso una successione di riscoperte, di rinascite del "classico" che definiscono, più che il tempo passato cui ci richiamano, le esigenze spirituali del presente.

Insomma "secondarietà" e "classico" sono due facce della stessa medaglia, l'identità culturale europea, che qui scopriamo caratterizzarsi non sull'asse spaziale, ma su quello temporale: la tradizione europea *si dice* attraverso l'educazione costante a uno *standard* elevato di cultura, a una *classicità*. Europa insomma si gioca nel rapporto storico con il passato e con il futuro: *dire oggi l'Europa* significa saper indicare il passato da cui si proviene e il futuro che si vuole ingentilire, aprire, formare (per un approfondimento di questo punto di vista, mi permetto di rimandare a Presilla 2014).

Il ritmo dell'identità europea è quindi in questo continuo ritorno alle fonti, secondo il modello proprio del cristianesimo. Ed è il rapporto con le lingue classiche – con i testi-moni scritti salvati *in primis* dai monaci – a costituirne il nocciolo. Il ruolo centrale del tempo nel definire l'identità europea (ma esiste un'identità che possa essere costruita nello spazio prima che nel tempo?) ci porta verso l'ultima questione, quella del ruolo della tradizione (cioè dell'identità nel tempo) all'epoca di internet.

3. Soggetto reale virtuale

Se dovessimo scegliere il cambiamento principale che separa l'epoca contemporanea da quelle passate, probabilmente potremmo indicare il computer e la rivoluzione informatica. Sono molti gli aspetti di questo cambiamento: qui vorrei limitarmi a tratteggiare alcuni problemi che toccano da vicino il soggetto.

L'antitesi tra reale e virtuale è talmente abusata da risultare stucchevole: dibattiti televisivi e articoli discutono in che modo il reale (che sarebbe la vita di tutti i giorni) viene cambiato dal virtuale (che sarebbe la realtà "altra" della rete, del computer ecc.). Già si capisce, da questa presentazione, la difficoltà a riconoscere la situazione: il computer non fa parte della vita di tutti i giorni? E la realtà di internet è una cosa un po' diversa dalla realtà di un videogioco o di un computer, anche se sono aspetti tra loro collegati.

Un approccio già più definito potrebbe essere quello di guardare al reale come l'ambiente in cui tempo e spazio coincidono: in questo senso, un impiegato che lavora al computer fa parte del reale, non del virtuale. Il virtuale, invece, sarebbe ciò che occupa il nostro tempo ma non il nostro spazio: giocare *online* su una piattaforma

multiplayer (simulando battaglie tra giocatori, per esempio) è un bell'esempio di virtuale. Il tempo del giocatore passa normalmente, come per le altre persone, ma è dedicato ad azioni in uno spazio che è *da un'altra parte* rispetto a quello reale. In altre parole, il virtuale è la dimensione in cui tempo e spazio sono scissi: mentre il tempo rimane quello del soggetto, questo tempo non è agganciato a luoghi reali ma virtuali, a luoghi che stanno *da un'altra parte*. Fa parte del virtuale essere un luogo che si frequenta ("sono su Facebook") senza che sia identificabile in altro modo: ogni luogo virtuale è contraddistinto da un nome proprio, forse da una descrizione, ma sfugge a molte relazioni spaziali (posso descrivere una piazza di una città con il suo nome, con la forma, con i principali monumenti che vi si affacciano, ma anche dicendo quali strade portano alla piazza, come ci si arriva insomma).

Il virtuale invece non è così: ogni luogo è identificato da un nome univoco, che corrisponde a un indirizzo preciso. Più che alle vecchie mappe, la descrizione del mondo virtuale assomiglia alla lingua perfetta sognata da Leibniz e da Frege: una lingua in cui a ogni nome corrisponda un oggetto. Il virtuale incorpora insomma quella struttura che logici e matematici hanno immaginato come parte del reale, con la differenza che la realtà virtuale è costruita *a partire da quella struttura logica*, non deve essere resa compatibile con essa come il reale.

Questa preminenza della struttura logico-cognitiva viene spesso mascherata alla nostra vista dai vari fronzoli con i quali il *web* si presenta ai nostri occhi: l'immagine di *Matrix* in cui il protagonista riesce a "decodificare" la struttura rivelando una serie di numeri è molto suggestiva. Il lato più interessante di questa immagine non è però la contrapposizione tra "numeri" e "immagini", qualcosa insomma che vada nella direzione delle due culture del già

menzionato Snow. La contrapposizione più stimolante è quella che vede contrapposti un universo reale, con cui interagiamo anche tramite il nostro linguaggio, e uno virtuale, che è costruito a partire dal nostro linguaggio. Le caratteristiche del virtuale sono insomma quelle della dissociazione del tempo dallo spazio e della preminenza dell'apparato significante sui significati veri e propri. Quali sono le conseguenze?

Sommariamente possiamo limitarci a due. La prima riguarda il fatto che il virtuale (pensiamo a una realizzazione semplice e diffusa come il cosiddetto *web 2.0*, l'intreccio dei *social network*) è un dispositivo (cfr. Agamben 2006), un modo cioè per moltiplicare il livello soggettivo dell'esperienza. Questa esperienza è de-spazializzata, è una storia senza geografia: anzi, ad essere precisi, è una storia con una geografia più immaginata che reale. Il risultato può essere quello di una crescente difficoltà a fare sintesi: ciò che va in crisi, in ultima analisi, è proprio quella mentalità storica che abbiamo visto essere importante per la costruzione dell'identità europea.

La crescita della dimensione virtuale esalta la dimensione del tempo: quando sono *online* il tempo soggettivo si dilata nell'esperienza, ma il mio corpo continua a vivere il tempo "normale", anche se non è accompagnato da interazioni nel mondo reale. La percezione del tempo è de-storicizzata: il tempo non è più la dimensione in cui costruisco la mia storia nel rapporto con l'Altro, è piuttosto il *remix* (Manovich 2010) di una serie di esperienze soggettive più o meno significanti, oppure il *flusso* (Berry 2011) di materiali (le pagine *web*, il diario di Facebook ecc.) che documenta la mia esistenza *online*. Prendendo a prestito una metafora da D. Berry, possiamo dire che quest'esistenza ha un carattere *finanziario*: come la finanza (per molti versi, un'economia *virtuale* nel nostro senso) dipende dall'economia reale, l'esistenza *online* dipende dall'esistenza reale, ma – come la

finanza – trasforma con il suo peso l'esistenza reale, fino a quando un fenomeno "virtuale" diventa preponderante rispetto a quello reale. La natura "finanziaria" del virtuale amplifica il dispositivo internet in modi inusitati, fino a creare vere e proprie dipendenze. Soprattutto però cambia il modo in cui diventiamo adulti: non più confrontandoci con i nostri errori e ricostruendo, faticosamente, un racconto coerente e sensato della nostra esistenza, ma giustapponendo materiali in presentazioni che sono sempre aggiornabili e rivedibili. E che sono in realtà non il racconto di noi stessi – per quanto inventato possa essere, il racconto svela una trama ben precisa – ma operazioni di immagine da rivedere in base all'obiettivo, un po' come accade quando si prepara un *curriculum vitae* per un obiettivo ben preciso. È chiaro che un soggetto siffatto può essere concepito meglio come un contenitore di identità soggettive. Il punto unificante non è più nella trama del racconto, piuttosto nel fatto che tutti i rapporti sono messi in scena dallo stesso attore. Ma non assomigliano a una trama unitaria, spesso, più di quanto il catalogo dei film interpretati assomigli alla biografia di un attore. Prendere coscienza di questo costringe, per tornare a Morin, a dedicare meno spazio alla conoscenza e più alla saggezza, preoccupandosi non solo della gestione delle cose, ma anche del racconto che ne facciamo. Insomma, se vogliamo conoscere la conoscenza non possiamo continuare ad accumulare fatti: dovremmo invece arricchire la nostra conoscenza dei racconti e delle teorie, dei modi cioè con cui diamo coerenza e senso alla realtà.

Bibliografia

Agamben G. (2006), *Che cos'è un dispositivo?*, Nottetempo, Roma.

- Berry D.M. (2011), *The Philosophy of Software: Code and Mediation in the Digital Age*, Palgrave Macmillan, Basingstoke.
- Brague R. (1998), *Il futuro dell'Occidente. Nel modello romano la salvezza dell'Europa*, Rusconi, Milano (orig. *Europe, la voie romaine*, Criterion, Paris 1992).
- De Certeau M. (2006), *Storia e psicoanalisi. Tra scienza e finzione*, Bollati Boringhieri, Torino (orig. *Histoire et psychanalyse entre science et fiction*, Gallimard, Paris 2002).
- Dummett M.A.E. (1993), What do I Know when I Know a Language?, in *The Seas of Language*, Clarendon, Oxford, 94-105.
- Manovich L. (2010), *Software culture*, Olivares, Milano.
- Morin E. (2014), L'età planetaria e la crisi dell'intelligenza, *Vita e Pensiero*, 97/2, 21-29.
- Presilla R. (2014), Europa, terra dei classici, in C. Canullo-L. Grion (a cura di), *Identità tradotte. Senso e possibilità di un ethos europeo* (Anthropologica. Annuario di studi filosofici 2014), Meudon, Portogruaro, 105-115.
- Settis S. (2004), *Futuro del "classico"*, Einaudi, Torino.
- Wittgenstein L. (1967), *Ricerche filosofiche*, Einaudi, Torino (orig. *Philosophische Untersuchungen*, Blackwell, Oxford 1953).

PSICHE E SOCIETÀ

Manifesto per una psicoterapia di comunità a sostegno della partecipazione sociale: la psicoterapia individuale e quella di gruppo rispondono ancora ai bisogni di cura della società?

Simone Bruschetta, Vincenzo Bellia, Raffaele Barone

L'articolo propone una lettura critica, su un livello politico-sociale, dello sviluppo della psicoterapia, intesa come quella disciplina sanitaria affermata scientificamente, soprattutto in quella parte di mondo definita Occidente, attraverso la valutazione dell'efficacia clinica delle sue due tipologie di setting più diffuse; la Psicoterapia Individuale e la Psicoterapia di Gruppo. Attraverso una lettura antropologico-sociale dei processi mentali che essa sottende, ed una analisi di scuola gruppoanalitica delle dinamiche istituzionali che ne hanno determinato l'evoluzione, gli autori evidenziano la sostanziale empassé in cui la psicoterapia si ritrova oggi rispetto alle nuove e più pervasive forme di sofferenza mentale. Sulla scia delle recenti ricerche scientifiche sul funzionamento della mente e delle nuove proposte politiche dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, viene così proposto una forma psicoterapeutica di base, focalizzata sulla qualità della salute mentale di contesti umani definiti, definita Psicoterapia di Comunità. Questa nuova forma psicoterapeutica non va semplicemente intesa come un nuovo setting, da affiancare ai classici setting individuali, di gruppo, o familiari, ma come uno sfondo politico-culturale ed una cornice teorico-metodologica, tanto dei diversi interventi psicoterapeutici (individuali, di gruppo, familiari) messi in atto nei casi di specifiche manifestazioni psicopatologiche, quanto di tutta una serie di altri interventi clinici e sociali, messi in atto da professionisti, operatori ed (ex)utenti esperti, che sostengono l'empowerment delle persone con gravi disagi psicologici nei loro contesti sociali di appartenenza, ed il loro recovery attraverso la partecipazione attiva a tutti quei processi terapeutici che ne sostengono la cura.

Gruppoanalisi; Psicoterapia di comunità; Salute mentale di comunità; Arte terapia

A manifesto of community-focused psychotherapy for the social participation: Does individual and group psychotherapy still meet the care needs of the society?

This paper presents a critical, on a social-political level, of development of psychotherapy, seen as the health discipline, especially in that part of the world called West, scientifically established itself through the evaluation of the effectiveness of its two most common types of setting: Individual and Group-Psychotherapy. Through a social-anthropological interpretation of mental processes which it underpins, and a group analytical analysis of organizational and institutional dynamics that led to its evolution, the authors highlight the significant impasse in which psychotherapy finds itself today compared to new and more pervasive forms of mental suffering. Following on of the latest scientific research on the functioning of the mind and of new policy proposals from the World Health Organization, it is suggested so a form of basic psychotherapy, focused on the quality of the mental health of human contexts, defined Community-Focused Psychotherapy. This new form of psychotherapy is wrong simply understood as a new setting, alongside the classic individual, group, or family setting, but as a political-cultural background and a theoretical-methodological framework, so for different psychotherapeutic treatment (individual, group , family) put in place in

cases of specific psychopathological symptoms, as for a number of other clinical and social programs, carried out by professionals, workers and (formerly) users, who support the empowerment of people, with serious psychological disorders or severe mental illness, in their own social contexts of belonging, and in their own recovery, through the active participation of all those therapeutic processes that support their care.

Group-analysis; Community-focused psychotherapy; community-based mental health; Art therapy

1. Introduzione

Il titolo pone un interrogativo provocatorio, ma nello stesso tempo esprime un'ipotesi da esplorare con onestà intellettuale e spirito critico: l'ipotesi che *la psicoterapia, almeno nelle sue forme accademiche e professionali più diffuse e maggiormente sottoposte alla ricerca scientifica e alla valutazione empirica (cioè il setting individuale e quello del piccolo gruppo), non risponda più, con l'efficacia attesa o ipotizzata per tutto il secondo Novecento, ai bisogni di cura della società contemporanea* (Ehrenberg, 2010; Kaës, 2012). Detto in altri termini, secondo questa ipotesi la psicoterapia non costituisce più una delle risorse fondamentali per la salute mentale delle nostre comunità di vita, ormai postmoderne e postcapitalistiche (Bauman, 2003; Sennett, 1998). Il sottotitolo indica poi possibili direzioni di sviluppo di questa ipotesi critica, in un'ottica di ricerca di nuove risorse per la salute mentale di comunità, così come definita e sviluppata, sin dall'inizio del nuovo secolo, dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, per la prevenzione, la cura ed il recovery della grave patologia mentale (WHO, 2001; 2014). Per argomentare questa ipotesi non partiremo dagli studi empirici e dalle prove sperimentali sull'efficacia della psicoterapia che la

letteratura scientifica ha prodotto fino ad oggi, ma procederemo seguendo la traccia di alcuni pensieri critici, per riflettervi euristicamente. Dal punto di vista epistemologico, infatti, ogni ipotesi, prima ancora di generare una ricerca, rappresenta un punto di vista sulla realtà, uno dei tanti possibili, in grado di rappresentarla più o meno fedelmente, ma mai integralmente. Ogni punto di vista, a sua volta, rivela elementi intrinseci dei contesti socio-ambientali in cui prende forma.

L'ipotesi di cui argomentiamo, lo dichiariamo apertamente, nasce all'interno di un contesto professionale siciliano, connotato dalla gruppoanalisi e dalle arti terapie, il cui nucleo originario ha preso forma nel territorio catanese, storicamente attraversato da reti sociali interconnesse ai servizi di salute mentale più innovativi e ad istituzioni scientifico-professionali note a livello nazionale e internazionale per il loro peculiare interesse per la riflessione sullo sviluppo sociale (Barone & Bellia, 2000).

2. Che cosa è psicoterapia?

Partiamo da un assunto, che assumeremo come tesi iniziale per sviluppare l'ipotesi indicata dal titolo: *tutto ciò che migliora la salute mentale di un individuo o di un contesto relazionale, se attuato attraverso un servizio professionale, orientato da una teoria dei processi mentali e regolato da una contrattazione esplicita, è da intendersi come psicoterapia* (Barone, Bellia & Bruschetta, 2010).

Questo assunto, in realtà, è già una specifica ad uso tecnico di un più ampio assunto antropologico-culturale, secondo il quale la salute mentale si fonda sul funzionamento di una complessità di campi relazionali e mentali, solo alcuni dei quali possono essere considerati

attivati e sostenuti da servizi professionali. La maggior parte delle dinamiche mentali e relazionali, sulla base di questo assunto antropologico-culturale, attengono invece a processi di scambio che coinvolgono reti sociali:

- più intime (come quelle familiari e amicali),
- più solidali (da quelle costruite dagli stessi pazienti e dai loro familiari a quelle che organizzano la società civile, la partecipazione politica e lo sviluppo culturale)
- più informali (come quelle socio-economiche che tessono gli scambi di beni tangibili e intangibili di una comunità, o che garantiscono la salvaguardia di beni comuni).

Da questa intricata rete di relazioni sociali e dai campi mentali che esse sottendono (Folgheraiter, 2006; Fasolo, 2009), dipendono in gran parte le possibilità di:

- promuovere la salute mentale nelle comunità di vita e di lavoro
- prevenire nelle comunità le più gravi manifestazioni di disagio psichico e la conseguente insorgenza di patologie mentali
- curare efficacemente la psicopatologia manifesta e soprattutto guarirne, più o meno definitivamente.

Ai fini del nostro ragionamento, però, ci interessa tracciare nuovi confini per quella pratica professionale nata poco più di cento anni fa e definita ancor oggi psicoterapia, per incrociare gli obiettivi che essa si pone con i nuovi bisogni di salute della società contemporanea.

3. Che cosa è salute mentale?

A quali soggettività e a quali campi mentali si applica il concetto di salute mentale? La salute mentale può riferirsi a un individuo, ma anche a un gruppo umano come la famiglia, o ad altri gruppi sociali

più o meno spontaneamente costituiti; ma anche ad agenzie sociali più grandi, come le organizzazioni di lavoro, le associazioni, le cooperative o le aziende. La salute mentale, infine, può appartenere anche (e soprattutto, diremmo ai fini del nostro discorso) alla comunità sociale nel suo complesso.

La salute mentale di una comunità sociale indica anzi proprio il livello di benessere relazionale, di sviluppo culturale, ma anche i sentimenti di coesione, di appartenenza e di libertà dei suoi membri; rappresenta quindi un fattore di sostegno allo sviluppo del sentimento identitario individuale e al superamento delle crisi esistenziali evolutive.

Quando ci riferiamo a un ambito territoriale politicamente o culturalmente delimitato (come una città, un quartiere o qualsiasi altro contesto ambientale di convivenza socio-politica), il concetto di *comunità locale* ci aiuta ad identificare lo spazio mentale e relazionale in cui andare a valutare la qualità e il livello di salute mentale (Barone & Bruschetta, 2011; Bruschetta & Barone, 2011).

In questo caso l'assunto da cui siamo partiti può essere ulteriormente specificato come segue: *tutto ciò che migliora la salute mentale di una comunità locale, se realizzato in un contesto relazionale, attuato attraverso un servizio professionale, orientato da una teoria dei processi mentali e regolato da una contrattazione esplicita, è da intendersi come psicoterapia di comunità*. Questo sviluppo dell'assunto iniziale evidenzia però un'anomalia e postula una serie di corollari.

4. Quali servizi per la salute mentale delle comunità?

L'anomalia scaturisce dall'osservazione che *possono esistere in una*

comunità altri servizi professionali che ne migliorano la salute mentale, per esempio quei servizi di matrice artistica e culturale che si traducono nell'attività professionale delle arti terapie, o alcuni di quei servizi attinenti al welfare che si traducono nelle attività orientate agli interventi di sostegno ed inclusione sociale.

L'anomalia, se indagata a fondo, ci conduce a prendere consapevolezza di altre ancora tipologie di servizio, in ambito culturale, che migliorano la salute mentale di una comunità. Ci riferiamo per esempio ai *servizi condotti tra pari, dagli stessi utenti che si riconoscono anche bisognosi del sostegno di professionisti della salute mentale; sono servizi che assumono una caratteristica semi-professionale, detta anche partecipativa.*

La conduzione tra pari, inoltre, non definisce solo i gruppi dell'area dell'auto mutuo-aiuto, ma assume ulteriore peso metodologico portando a riconsigliare in termini di parità nella partecipazione anche più tradizionali gruppi terapeutici, per esempio nel settore della danzaterapia (Bellia, 2007)... L'anomalia si allarga!

Il primo corollario che deriva dal nostro assunto di partenza è il seguente: *i referenti scientifico-professionali della salute mentale di comunità non possono che essere gli psicoterapeuti di comunità, se accettano di integrare le loro pratiche e i loro saperi con tutti gli altri professionisti che si occupano di salute mentale, a partire dai professionisti delle arti terapie, dagli operatori dei servizi sociali e culturali, e da tutti coloro che, riconoscendosi come utenti, si auto-organizzano in maniera partecipativa in servizi di "cura tra pari".*

Questa affermazione ha per noi una portata rivoluzionaria, rispetto alle pratiche di cura che la nostra società ha invece sviluppato quando ha affidato ai medici psichiatri delle aziende sanitarie pubbliche la responsabilità della tutela della salute mentale di un ambito territoriale amministrativamente definito.

Se sviluppiamo ulteriormente il nostro assunto, possiamo arrivare a definire la comunità locale come il contesto relazionale e il campo mentale su cui intervenire con pratiche di sviluppo sociale, partecipazione politica e benessere relazionale attraverso le quali garantire la qualità della salute mentale di tutti i suoi membri e delle reti sociali che li attraversano. Tali pratiche non possono quindi che essere considerate e progettate come interventi di psicoterapia di comunità (Barone, Bruschetta & D'Alema, 2013; Bruschetta, Barone & Frasca, 2014).

Il buon funzionamento delle reti sociali garantisce una sana relazionalità negli scambi e nei legami sociali e affettivi. Gli affetti, intesi qui come specifici legami umani, si formano infatti in contesti relazionali multi-personali, che si strutturano a loro volta in campi mentali gruppali. Una buona rete sociale di sostegno e partecipazione rappresenta quindi una ulteriore garanzia allo sviluppo di campi mentali insaturi e quindi fattori di sempre nuova gruppaltà e di legami affettivi altrettanto sani.

Il livello di salute dell'individuo e dei suoi affetti si fonda su gruppaltà che, quando "malate", possono essere curate costruendo gruppi artificiali e/o intervenendo sui gruppi naturali, attraverso tecniche psicoterapeutiche e arti terapeutiche multi-personali che sostengano la partecipazione alla cura, ovvero, in altri termini, mediante la "cura tra pari".

Il livello di salute di queste gruppaltà dipende, per la maggior parte, dal buon funzionamento degli scambi e dei legami lungo le reti sociali dei contesti di appartenenza, e quindi in buona misura dagli interventi di cura della salute mentale della comunità locale. Tra queste gruppaltà, quelle che meno beneficiano delle reti sociali sono forse quelle familiari, in quanto costituiscono attraverso dinamiche di discendenza più o meno saturate dalla storia passata. In questo caso

il livello di sofferenza individuale e familiare può non essere facilmente intaccato dai processi terapeutici attivati dagli interventi di psicoterapia di comunità. Un buon sostegno comunitario alle famiglie in difficoltà, però, è il primo passo per attivare in esse un processo di *empowerment* che le predisponga ad affrontare il proprio disagio e a prendersi cura dei propri membri più sofferenti. (Bruschetta & Pezzoli, Barone, Bruschetta & Frasca, 2014; Seikkula, 2014; Garcia Badaracco, 2000).

5. Quali protagonisti delle (psico)terapie per la comunità?

In che senso possiamo considerare confermata l'ipotesi iniziale, o in che modo dobbiamo riformularla? Se la psicoterapia individuale, quella in piccolo gruppo e soprattutto quella familiare risultano in molti casi ancora indispensabili, la psicoterapia di comunità non può certo essere considerata l'unica forma di psicoterapia in grado di rispondere ai bisogni di cura della popolazione, a meno che non sia concepita sì come una forma psicoterapeutica di base che migliora la qualità della salute mentale di una comunità definita, ma anche e soprattutto come lo sfondo e la cornice dei diversi interventi psicoterapeutici (individuali, di gruppo, familiari) messi in atto nei casi di specifiche manifestazioni psicopatologiche.

Un modello particolarmente adatto ad assumere il compito socio-professionale della psicoterapia comunitaria ci sembra quello psicodinamico gruppoanalitico (Foulkes, 1975; Dalal, 1998), grazie a:

- la sua fondazione epistemologica di tipo antropologico
- la sua prassi clinica sviluppatasi in setting individuali, gruppali, familiari, istituzionali e comunitari
- la centralità che vi assume il potere terapeutico dei pari e

l'orientamento alla partecipazione sociale.

Se la psicoterapia di comunità è la forma psicoterapeutica di base che meglio risponde ai bisogni di cura della società, ne discende un primo corollario: *la psicoterapia convenzionata con i servizi pubblici di salute mentale non può che essere, per la sua massima parte, espressa in forma comunitaria*, nel rispetto del principio della massima efficacia per il maggior numero di casi.

Un secondo corollario è che *i processi terapeutici comunitari si fondano sull'attivazione di spazi mentali di transito e interconnessione tra le culture, i gruppi sociali di appartenenza e le diverse generazioni*. Sulle dinamiche transculturali e transgenerazionali si fondano i principali fattori terapeutici comunitari, sia che i dispositivi utilizzati prevedano l'incontro reale di persone appartenenti a culture e generazioni diverse, sia che nella cura dei campi mentali valorizzino il potenziale etico-politico della diversità e dell'alterità.

In siffatti dispositivi terapeutici comunitari i compagni di viaggio (o, più tecnicamente, i "colleghi") non saranno più soltanto psicoterapeuti, psicologi e psichiatri, ma sempre più figure "altre":

- professionisti delle arti terapie, tecnici della riabilitazione, assistenti sociali, infermieri
- figure istituzionalmente meno definite, come operatori di strada, mediatori linguistico-culturali, intermediatori sociali, animatori di comunità, counselor, operatori domiciliari e di quartiere, ecc.
- educatori e insegnanti di sostegno, medici di base, in generale tutti i professionisti delle relazioni d'aiuto e dei servizi alla persona
- rappresentanti del volontariato sociale, dell'associazionismo culturale e della cosiddetta società civile
- "colleghi semi-professionisti": gli utenti esperti che animano i

servizi semi-professionali tra pari.

Da questa impostazione discendono alcune domande che, per il loro valore euristico, speriamo però rimangano aperte per molto altro tempo ancora.

1. Quanto queste altre professioni sociali sono realmente "altre" rispetto alla psicoterapia, perlomeno rispetto alla psicoterapia di comunità?
2. Dove sta il confine tra pratiche terapeutiche professionali e pratiche di partecipazione sociale?
3. Quali sono i dispositivi formativi e trans-formativi per sviluppare e diffondere le competenze professionali necessarie a praticare concretamente le prassi psicoterapeutiche comunitarie?

Forse le esperienze in setting individuale e di piccolo gruppo proposte nei training di specializzazione (in psicoterapia, arte terapia o altre discipline) non sono più in grado di rispondere ai bisogni formativi di base delle nostre comunità sociali, scientifiche, culturali e professionali.

Forse, in molte occasioni, i nuovi compagni di viaggio sopra indicati potrebbero diventare anche nostri compagni di scuola e, perché no, potrebbero anche essere considerati nostri maestri.

Forse abbiamo ancora tutti da imparare come spendere le competenze analitiche e relazionali nei setting cosiddetti *spuri, non-stabili o in ri-costruzione costante*.

Forse la nostra capacità di influenzare lo sviluppo delle nostre comunità di appartenenza è direttamente proporzionale alla nostra capacità di presidiare, con le nostre prassi terapeutiche, quegli spazi sociali e mentali di incontro transculturale e transgenerazionale che i membri dei gruppi sociali svantaggiati e a rischio di emarginazione attraversano quotidianamente, a costo di esperienze spesso

traumatiche e di grande disagio esistenziale.

Se gli psicoterapeuti, i professionisti delle arti terapie e tutti coloro che operano per l'evoluzione dei campi mentali dai quali dipende la salute mentale vogliono svolgere un ruolo strategico e rappresentare un riferimento culturale e professionale primario per il governo e lo sviluppo delle comunità sociali cui appartengono, non possono che porsi come interlocutori tecnico-politici privilegiati nel settore della salute mentale di comunità e nel sostegno degli utenti nelle pratiche di partecipazione ai servizi di "cura tra pari" (Mattioli, Dragoni & Bellia, 2013; Fioritti, D'Alema, Barone & Bruschetta, 2014).

La psicoterapia di comunità potrebbe quindi essere intesa anche come una nuova prassi di "azione politica dal basso", oltre che come un approccio all'esercizio della pratica professionale di ciascun terapeuta e come una pratica della partecipazione a servizi di "cura tra pari", particolarmente efficaci a dare risposta ai bisogni di salute mentale della nostra società.

Se accettiamo l'ipotesi costruzionistica della fondazione della psiche sulle dinamiche socio-politiche che animano i contesti antropologici di appartenenza degli individui, allora la psicoterapia di comunità (ma forse anche ogni altra psicoterapia) ha come mandato sociale la costruzione di comunità che siano terapeutiche: non istituzioni allocative, né tanto meno semplicemente residenziali, bensì comunità locali e contesti di vita, dove siano possibili quei transiti e quelle trasformazioni evolutive fondamentali per la salute mentale di ogni individuo che ne faccia parte.

Le comunità, però, non si costruiscono mai artificialmente dall'esterno; questa consapevolezza è metodologicamente fondamentale anche per gli "utenti esperti" che partecipano ai servizi di "cura tra pari". La comunità può essere costruita solo da chi ne fa parte! I servizi di salute mentale operano nella direzione della cura e

del benessere della comunità sociale cui sono rivolti, sono se costruiscono dimensioni comunitarie vincolate dai fondamenti della comunità terapeutica, primi fra tutti quelli della Democrazia, della Solidarietà e del valore della Diversità (Haigh, 2013; Barone & Bruschetta, 2014).

Le comunità terapeutiche si co-costruiscono, accettando di prendervi parte assieme a tutti i loro membri. Partecipare alla co-costruzione di comunità terapeutiche locali vuol dire accettare di trasformare la propria cultura (anche quella tecnica sulla sofferenza mentale) e la propria esperienza (anche quella empirica sulla salute mentale) condividendole con le culture e le esperienze di cui sono portatori tutti i membri della comunità, soprattutto i più sofferenti: culture ed esperienze sulle peculiari modalità locali di ammalarsi, di curarsi e di guarire umanamente.

Bibliografia

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

Barone R, Bellia V. and Bruschetta S. (2010), *Psicoterapia di comunità. Clinica della partecipazione e politiche di salute mentale*. FrancoAngeli, Milano.

Barone R. and Bruschetta S. (2011), *Nuove Forme del Patire Sociale e dell'Agire Politico. Epistemologie, Teorie, Metodologie e Prassi per una Salute mentale di Comunità* . *RivistaPlexus*. Vol. 4, N.7. pp. 82-105 . www.rivistaplexus.eu

Barone, R. and Bruschetta, S. (2014). *The therapeutic community in*

the local community: Social networks between therapeutic community and supported housing. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, Vol. 16, Iss. 1, pp. 69-73.

Barone R., Bruschetta S. and D'Alema, M. (2013), L'inclusione sociale e lavorativa in salute mentale. FrancoAngeli, Milano.

Bellia V. (2007), Se la cura è una danza. FrancoAngeli, Milano.

Bruschetta S. and Barone R. (2011), Gruppoanalisi e Politiche per le Pari Opportunità nel territorio Calatino. Per uno Sviluppo Locale Gruppale e Comunitario orientato alla Salute Mentale. *Narrare i Gruppi*. Vol. VI. N. 1, pp. 43-71. www.narrareigruppi.it

Bruschetta S. and Pezzoli F. (2009), Il disagio genitoriale come condizione psico-socio-economica contemporanea: quale sostegno alla genitorialità? *RivistaPlexus*. Vol. II, N.3. pp. 129-158. www.rivistaplexus.eu

Bruschetta S., Barone R. and Frasca A. (2014), La Ricerca sui Gruppi Comunitari in Salute Mentale. FrancoAngeli, Milano.

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

Ehrenberg A. (2010), La société du malaise. Le mental et le social. Editions Odile Jacob, Paris. Trad. it. (2010), La società del disagio. Il mentale e il sociale. Einaudi, Torino.

Bauman Z. (2003), Wasted Lives: Modernity and its Outcasts. Polity Press, Cambridge. Tr. It. (2005) Vite di scarto. Laterza, Roma-Bari.

- Fasolo F. (2009), *Gruppoanalisi e Salute Mentale*. Cleup, Padova.
- Fioritti A., D'Alema M., Barone R. and Bruschetta S. (2014), *Social Enterprises, Vocational Rehabilitation, Supported Employment. Working on Work in Italy. The Journal of Nervous and Mental Disease*. Vol. 202, Iss. 6, pp. 498-500.
- Folgheraiter F. (2006). *La cura delle reti*. Erickson, Trento.
- Foulkes, S.H. (1975), *Group-Analytic Psychotherapy*. Gordon & Breach, London. Trad. it. (1976), *Introduzione alla psicoterapia gruppoanalitica. Metodi e Principi*. Astrolabio, Roma.
- Garcia Badaracco, J.E. (2000), *Psicoanálisis multifamiliar: los otros en nosotros y el descubrimiento del si mismo*. Paidós, Buenos Aires.
- Haigh R. (2013), *The quintessence of a therapeutic environment. Therapeutic Communities: The International Journal of Therapeutic Communities*, Vol. 34, Iss: 1, pp.6-15
- Mattioli M.T., Dragoni B. and Bellia V. (2013), *La danza come terapia di comunità: il large group di danzamovimentoterapia. La Rivista dell'Arte*, N. 3/2013 pp. 32-39 www.larivistadellarte.it
- Sennett R. (1998), *The corrosion of character: The personal consequences of work in the new capitalism*. New-York-London. Tr. It. (2002), *L'uomo flessibile. Le conseguenze del nuovo capitalismo sulla vita personale*. Feltrinelli, Milano.
- Seikkula J. (a cura di C. Tarantino) (2014). *Dialogo Aperto. L'approccio finlandese alle gravi crisi psichiatriche*. Giovanni Fioritti Editore, Roma.
- Kaës R. (2012), *Le Malêtre*. Dunod, Paris.

World Health Organization (2001), *Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva.

World Health Organization (2014), *Innovation in deinstitutionalization: a WHO expert survey*. Geneva.

RESOCONTI ED ESPERIENZE CLINICHE

Un analista di passaggio. Salomon Resnik in una seduta di gruppo con pazienti di doppia diagnosi

Gian Luca Cerutti, Davide Elos, Nicolò Terminio, Maria Giovanna Urgo

In questo lavoro viene presentato uno studio su una singola seduta di gruppo condotta da Salomon Resnik nella comunità terapeutica Fermata d'Autobus. La comunità ospita pazienti con doppia diagnosi. La seduta è stata videoregistrata e su di essa sono stati compiuti tre livelli di analisi. Il primo livello riguarda le osservazioni di due terapeuti presenti durante la seduta con Resnik. Il secondo livello comprende le osservazioni compiute da un gruppo di psicoterapeuti che hanno visto la videoregistrazione della seduta. Il terzo livello prova a mettere insieme i primi due. Le conclusioni a cui giunge questo studio riguardano l'opportunità per una istituzione di cura di accogliere la visita di "un analista di passaggio", in modo da mantenere un contatto generativo con la dimensione del perturbante.

Doppia diagnosi; Gruppo; Comunità terapeutica

A "visiting analyst". Salomon Resnik in a group psychotherapy session with dual diagnosis patients.

This work examines a group session conducted by Salomon Resnik in the therapeutic community Fermata d'Autobus. The residents of the community have a dual diagnosis. The encounter was video recorded. There were three levels of analysis. The first is that of the observations of two therapists who participated in the session. The second level includes the observations made by a group of psychotherapists who saw the video registration of the encounter. The third level puts together the previous two. The conclusions pertain to an assessment of a treatment center hosting a "visiting analyst", so as to maintain a generative contact in the dimension of the perturbation.

Dual diagnosis; Group; Therapeutic community

1. Osservazioni plurali su un'esperienza singolare

Questo lavoro è il frutto della progressiva sovrapposizione di strati di osservazione sullo stesso oggetto di studio. Viene presentata e

discussa una singola seduta di gruppo condotta da Salomon Resnik¹ nella comunità terapeutica Fermata d'Autobus (sede di Oglianico).² Il gruppo che Resnik ha condotto, in questa singola seduta, esisteva già e ordinariamente viene condotto dagli operatori della comunità con cadenza quotidiana.

La seduta è stata videoregistrata da Raffaella Bortino, fondatrice di Fermata d'Autobus, che è legata a Resnik da una lunga amicizia e che ha accolto volentieri la proposta di ricevere la sua "visita". Ai pazienti era stata così proposta l'opportunità di effettuare un'esperienza di gruppo terapeutico, solitamente gestito da operatori che essi conoscono e frequentano, attraverso la conduzione di uno sconosciuto e celebre analista.

Dopo questa visita è nata la voglia di raccogliere altri stimoli di riflessione e punti di vista "esterni" su un'esperienza davvero singolare per modalità di proposizione, assetto e significato istituzionale.

Successivamente la videoregistrazione della seduta è stata condivisa con alcuni colleghi del Laboratorio di Gruppoanalisi. Subito dopo la visione della seduta i colleghi presenti³ si sono soffermati per circa un'ora confrontandosi sulle rispettive impressioni suscitate dalla seduta, una seduta che aveva offerto la possibilità di intravedere un importante psicoanalista all'opera.

Questo studio raccoglie e organizza due strati di osservazione sullo "stesso" fenomeno. Il primo strato di osservazioni proviene dalla rievocazione della seduta da parte di due terapeuti della comunità⁴ che avevano partecipato all'incontro con Resnik. In questo primo

¹ Salomon Resnik è un noto psicoanalista argentino e può essere considerato uno dei pionieri nella terapia di gruppo dei pazienti psicotici in contesti comunitari. Ha collaborato con Maxwell Jones, Thomas Main e Foulkes a Londra nella sperimentazione delle terapie di gruppo con pazienti psichiatrici.

² Associazione che si occupa del trattamento di pazienti affetti da disturbi psichici associati a dipendenza da sostanze (www.fermatadautobus.net; www.fragolecelesti.it).

³ G.L. Cerutti, U. Corino, D. Elos, E. Fornasier, R. Soncini, N. Terminio, G. Urgo, V. Xocco.

⁴ Si tratta di D. Elos e G. Urgo.

strato emergono due linee di lettura diverse: la prima è maggiormente legata agli interventi e all'abilità mostrata dall'analista all'opera, la seconda invece centra il focus sulle dinamiche psichiche e relazionali sollecitate dalla visita dello "straniero", come sarà lo stesso Resnik a definirsi nel corso della seduta.

Il secondo strato di osservazioni è stato formulato⁵ raccogliendo l'atmosfera, le sensazioni e le riflessioni provocate dalla visione della seduta nell'incontro svoltosi al Laboratorio di Gruppoanalisi. A questo secondo incontro hanno partecipato anche i due terapeuti della comunità Fermata d'Autobus che hanno fornito, tra le altre, delle osservazioni sull'esperienza diretta nel gruppo condotto da Resnik.

Questo studio si configura come un terzo strato⁶ dove vengono messi in sinergia due esperienze di gruppo (la seduta di gruppo con Resnik a Fermata d'Autobus e la visione-discussione in gruppo della stessa seduta nella sede del Laboratorio di Gruppoanalisi) e due livelli di riflessione (quello dei due terapeuti presenti nella seduta e quello dei colleghi che hanno visto successivamente la seduta insieme ai due terapeuti presenti nella seduta). L'obiettivo di questo lavoro consiste dunque nel dare una trama alla complessità di un'esperienza e alla pluralità delle osservazioni.

2. Un terapeuta con l'analista

Lo sguardo degli operatori di Fermata d'Autobus presenti nel gruppo con Resnik è uno sguardo che sembra tradire un po' di tensione, attenzione e preoccupazione.

Gli operatori si sentono in una posizione intermedia e complicata,

⁵ Le osservazioni di questo secondo incontro sono state raccolte e riformulate da G. Cerutti.

⁶ La costruzione di questo terzo strato è stata compiuta da N. Termino.

tesa tra la preoccupazione di esporre i pazienti a un'esperienza dai contorni e dagli esiti non facilmente prevedibili, e il trovarsi al cospetto di un'"autorità" nel campo del lavoro con pazienti gravi.

Uno dei terapeuti-osservatori posa lo sguardo sull'analista e prova a immaginare quale sia il possibile senso e le intenzioni che orientano un anziano e noto psicoanalista nel chiedere di fare una seduta di gruppo a Fermata d'Autobus. Si tratta di una proposta che pone chi la riceve in una posizione non troppo comoda, in bilico tra l'essere onorati da tale opportunità e al tempo stesso vincolati/obbligati.

In questa fase iniziale l'atmosfera sembra quella di uno *stato di allerta*, simile a quello che spesso viene vissuto dai pazienti gravi in situazioni potenzialmente traumatiche.

Nei primi momenti della seduta il terapeuta-osservatore viene colpito dalla rapida focalizzazione sul transfert che viene effettuata da Resnik sin dal racconto iniziale del sogno di Emanuela. Emanuela dice: "io ho avuto un sogno o un'allucinazione, ma non si sa cosa fosse, era una cosa strana; mi sono vista davanti a me una persona che era in piedi così (*mima la posizione*) e aveva una pistola in mano e ad un certo punto l'ha puntata verso di me; poi mi sono risvegliata di soprassalto".

Resnik si assume in maniera delicata ma decisa il ruolo del possibile oggetto persecutorio che "spara parole", inevitabile declinazione del transfert negativo che si crea nell'incontro con una persona sconosciuta da cui dipendere.

Il terapeuta-osservatore viene colpito dall'utilizzo dosato degli aspetti non verbali della comunicazione (per esempio il cerchietto di Emanuela con il fiore simbolo viene connesso da Resnik ad aree vitali del Sé che coesistono con le aree di morte e violenza rappresentate nel sogno).

Agli osservatori sembra che nel gruppo si stia instaurando una

dimensione e un'atmosfera sognante e oniroide che stimola i pazienti verso una condizione di *rêverie* (Bion, 1962; Gaburri, Ambrosiano, 2003). Tale dimensione sembra favorire, in pazienti così portati all'agito come quelli presenti nel gruppo, la possibilità di un pensiero profondo in grado di creare dei legami tra la realtà dei sogni e la realtà condivisa attraverso la funzione della parola. I pazienti vengono così invitati a prendere la parola con l'obiettivo di estendere la capacità di simbolizzazione del sogno durante lo stato di veglia. Non è un obiettivo da poco, i pazienti che partecipano alla seduta di gruppo non manifestano infatti spiccate capacità di mentalizzazione, sono piuttosto caratterizzati da una tendenza verso il passaggio all'atto o *l'acting out* (Bonetti, Bortino, 2014).

Nei successivi passaggi della seduta Resnik richiama l'attenzione di pazienti e operatori creando immagini e metafore del processo in atto nel gruppo (processo di "articolazione e disarticolazione di pensieri"). Per esempio, Resnik analizza il problema all'anca di Diego. A proposito dell'anca l'analista apre il discorso chiedendo a Diego cosa gli sia successo. E il paziente risponde dicendo che la sua anca si sta consumando e che dovrà farsi operare. A questo punto Resnik sottolinea che l'anca è un'articolazione importante: "non si può camminare senza... vuol dire che si stanno articolando cose dolorose qui un po' no? Si stanno articolando determinate cose che possono permettere, se si chiariscono, di camminare un po' meglio, non so, veramente... no? Se si chiariscono, quest'articolazione di pensieri dolorosi, potrebbe aiutare, eh? Ad articolare la parola meglio, eh? I pensieri... i sentimenti... come si possono articolare in voi queste cose che stanno succedendo qui? Si articolano, fanno fumo, toccano in qualche cosa? Ricordano?". E dopo qualche battuta scambiata con Michele e Sonia, Resnik riprende il discorso sull'anca esplicitando il modo in cui vede il gruppo: "a me piace un po' vedere il corpo

gruppale, un po' il gruppo come un corpo con il dolore nell'anca, ecco. Vedo il gruppo con rabbia, con mal di testa, con... o no? A momenti, non sempre". E poi aggiunge: "sono un medico... io sono un medico, ho studiato anatomia, e so che l'anca è un'articolazione importante. Parti importanti della vita, possono anche avere relazioni con una parte importante del corpo, senza la quale non si può camminare. Anche quando sono venuto qui, ho visto un cane al quale manca...". E qui il gruppo interviene dicendo: "...una zampa".

Il lavoro che l'analista compie in seduta diventa molto interessante quando si sofferma sull'essere sveglio e sull'essere addormentato, sull'essere morto o sull'essere vivo riuscendo a portare la comprensione della necessità di alcuni pazienti di non essere svegli per gestire il proprio dolore mentale altrimenti insostenibile: "Non sempre essere svegli è un regalo... nell'aprire certe ferite bisogna conoscere bene i tempi di coagulazione".

C'è poi l'interpretazione puntuale e rapida delle dinamiche gruppali dove viene appunto evidenziata la scissione del gruppo in una parte sveglia e una addormentata e silente. Viene inoltre sottolineata la funzione di Emanuela come portavoce del vissuto emotivo e dei pensieri del gruppo. E chi conosce Emanuela sa che quegli aspetti di vita e di morte rappresentati nel tempo della seduta si mescolano anche (e soprattutto) nella sua storia.

Alla fine della seduta la sensazione che prova il terapeuta-osservatore è quella di aver vissuto un tempo sospeso, simile a quello che si vive durante i viaggi aerei dove in effetti c'è un processo di decollo, poi di sospensione e infine l'atterraggio. E l'atterraggio sembra simile al risveglio dalla dimensione oniroide attivata nel gruppo.

3. Un terapeuta con i pazienti

Alle domande e agli interventi dell'analista i pazienti sembrano reagire con un atteggiamento mutevole. Durante il corso del gruppo i pazienti provano a interpretare l'occasione singolare in cui si trovano. I loro sguardi vanno dal compiaciuto all'assonnato e/o sedato, dall'infastidito all'incuriosito. Ancora si scorgono altri occhi sospettosi, curiosi, annoiati. C'è chi improvvisamente si accende e altrettanto repentinamente si spegne, oppure esce addirittura dalla stanza dove si sta tenendo la seduta di gruppo. L'atmosfera è crepuscolare e nebbiosa, a tratti sfumano i contorni tra sonno e veglia, tra realtà e sogno, tra fotografia e caricatura della figura dell'analista. È la presenza di Resnik infatti a scandire gli andirivieni e i movimenti relazionali che si innescano durante la seduta.

Dal punto di vista di uno dei terapeuti-osservatori il titolo che fa da cornice alla seduta con Resnik potrebbe essere: "Un uomo sconosciuto che mi punta una pistola". L'elemento onirico offerto da Emanuela al gruppo e coraggiosamente interpretato da Resnik in riferimento alla relazione transferale con lui, unico straniero presente in gruppo, assume infatti la valenza di perno centrale attorno a cui si struttura la seduta di gruppo.

L'elemento onirico viene verbalizzato da Emanuela nei momenti iniziali della seduta, subito dopo il riferimento che l'analista fa a proposito di un suo paziente che aveva tentato di intrappolare (in una fotografia) una minaccia, un rischio di pietrificazione, percepita nello sguardo del proprio padre. La storia di Emanuela offre sicuramente diversi elementi che possono connettersi al riferimento dell'analista a uno sguardo che pietrifica: il padre della paziente le ha infatti rivolto uno sguardo pieno di rimandi sessuali che l'hanno fortemente condizionata nel suo sviluppo psichico e nell'esperienza della propria

corporeità).

Nonostante queste connessioni con la storia della paziente, si viene comunque colpiti da un qualcosa in più che Emanuela individua nello sconosciuto di cui parla. È uno sconosciuto che è anche armato e che le punta la pistola. Non è dunque soltanto lo sconosciuto ad essere minaccioso ma anche ciò che impugna e rivolge verso l'altro. Ad uno dei terapeuti-osservatori viene allora da chiedersi se lo sguardo dell'analista (che coglie come in un "mirino" ogni minimo movimento dei partecipanti) e la sua parola (che "punta e spara" sui partecipanti nel tentativo di spingerli-costringerli ad un'attività associativa a cui, nella maggior parte dei casi e in diverso modo, oppongono resistenza) non rappresentino l'arma di una modalità di conduzione della seduta che è sconosciuta e che li espone a un qualche genere di minaccia. E la minaccia sembra appunto essere rappresentata proprio dall'attività associativa stimolata dall'analista, un'attività che si configura come percorso verso una mentalizzazione, quindi verso ciò che strutturalmente i pazienti temono e tentano di evitare attraverso lo "spegnersi" (il sonno, la ricerca di farmaci o di sostanze) o "l'agire" (acting out, tentativi di suicidio e altre forme di passaggio all'atto).

Nella mente del terapeuta che osserva sorge allora una domanda che coniuga l'attenzione per il metodo di conduzione dell'analista con la peculiare configurazione psicopatologica dei pazienti: la minaccia che i pazienti individuano e cercano di fermare (lo sconosciuto che Emanuela cerca di intrappolare nell'elemento onirico, la caricatura dell'analista che Roberto produce con il suo disegno, le fotografie che scatta Michele) riguarda la presenza dell'analista o la sua modalità di conduzione della seduta?

Se da un lato il gruppo nel suo insieme ha tentato di stare in una sorta di bolla in cui proteggersi (il silenzio di molti, il sonno di alcuni, l'evitamento di altri ad esprimersi), dall'altro alcuni partecipanti

sembrano assumersi la delega a rappresentare ed esprimere la posizione del gruppo rispetto all'assenza di un oggetto che potesse fungere da intermediario nella relazione.

Il ruolo che Emanuela assume durante la seduta si riaggancia sicuramente alla propria matrice familiare, dove l'unica possibilità di esistere sembrava consistere nel porsi al servizio degli altri, anzi nel rendersi oggetto degli altri. La paziente si offriva infatti alle angherie di una madre psicotica che la usava come oggetto per la drammatizzazione dei propri deliri; oppure si faceva massacrare fisicamente da un padre violento facendo da scudo per gli altri membri della famiglia. Nella seduta con Resnik Emanuela ripropone dunque un ruolo antico e sembra offrirsi allo sconosciuto tenendo tenacemente l'attenzione centrata su di sé: da una parte, proteggendo inconsapevolmente gli altri membri del gruppo, dall'altra garantendosi quell'unica possibilità di esistere, sebbene sia vincolata in modo patologico a un ruolo che deve sentire come esclusivo. Emanuela infatti, quando sente che l'attenzione dell'analista non è su di lei, esce dal gruppo e quando rientra, grazie alla complicità della terapia farmacologica che nel frattempo aveva assunto, si assopisce. La posizione di Michele verso l'analista sembra del tutto diversa rispetto a quella di Emanuela. Come Emanuela però Michele ripropone qualcosa che si annida nella storia familiare, dove gli era stato affidato il ruolo di "scudo fisico" della madre in difesa dalle violente aggressioni fisiche del padre. E allora vediamo Michele che per tutta la durata della seduta cerca di fare da "muro" attraverso continui tentativi di interruzione della dinamica gruppale: cerca di ancorare il discorso alla "concretezza" del qui ed ora della seduta ponendo diverse domande sull'identità personale e professionale dell'analista e sul suo modo di lavorare. Michele si avventura inoltre in una lettura riduzionistica della situazione di lutto di Emanuela, ma

questo tentativo così come altri viene neutralizzato dall'analista che non fornisce mai una risposta e ogni volta sottrae bruscamente la sua attenzione per riporla nuovamente su Emanuela e i suoi movimenti.

Un altro vettore della dinamica gruppale è rappresentato da Sonia che, forse in competizione con Emanuela, si mostra disponibile e accogliente verso lo sconosciuto e la sua modalità di conduzione. Sonia compie diversi tentativi per entrare nel "mirino" del conduttore, ma questo passa in sordina. Mentre tutti gli altri pazienti vengono "chiamati" a esprimersi, Sonia interviene ripetutamente su sua iniziativa sfidando persino sé stessa nel farlo: fa addirittura riferimento al suo tentativo di impiccagione, un episodio che ha sempre fatto fatica persino a nominare. E durante la seduta di gruppo comunica anche di aver avuto un'allucinazione di cui non aveva mai parlato prima.

Come nel caso di Emanuela e Michele, anche per Sonia tutto ciò che accade in seduta riflette e sembra ripetere la sua storia: bambina non vista da entrambi i genitori e che, a partire dalla preadolescenza, struttura la sua vita nel tentativo di essere vista almeno nella distruttività e nella violenza – di cui ha anche fatto oggetto la madre – senza però mai riuscire nel suo intento. Come nella sua vita – i genitori sono morti e lei vive nel dramma dell'assenza di chi non potrà più vederla – anche nel gruppo i suoi tentativi falliscono. E così il gruppo si conclude senza che lei riesca ad ottenere l'attenzione dell'analista, un'attenzione che talvolta si vede sottrarre proprio da Emanuela. Sonia tuttavia non si arrende e tenta di regalare all'analista uno dei suoi disegni migliori e, sicuramente, quello per lei più significativo: quello con il cane lupo.

A questo punto il terapeuta-osservatore si chiede se Emanuela e Michele rappresentino due movimenti di avvicinamento verso lo sconosciuto minaccioso, ma a partire da posizioni contrapposte: l'una

per assecondare senza filtri e senza limiti, l'altro per interrompere e bloccare. I due pazienti sembrano allora esprimere "insieme" l'ambivalenza in cui è rimasto il gruppo. Secondo questo vertice di osservazione, Sonia "non vista" potrebbe invece rappresentare quella dimensione "disponibile e bisognosa" che non è potuta emergere durante la seduta perché è rimasta schiacciata dall'ambivalenza della dinamica gruppale dominante.

Ed è appunto una sensazione di "schiacciamento" quella che viene avvertita da uno dei terapeuti-osservatori, come se a tratti si sentisse in una posizione equidistante tra Emanuela e Michele, due pazienti percepiti come due forti polarità. A questa sensazione di schiacciamento si alterna una duplice tensione. La prima tensione è rivolta verso Emanuela per tutto ciò che evoca con i suoi rimandi espliciti e impliciti alla propria storia. La seconda preoccupazione riguarda Michele e i possibili sviluppi (sul piano dell'agito) del fastidio crescente che sembra provare. E forse la dimensione dell'agito viene evitata da Michele grazie al racconto di un aneddoto su un primario che diceva di aver imparato dai suoi pazienti. Verso la fine della seduta Michele ricorda infatti che uno psichiatra durante un convegno aveva detto: "Ragazzi se non c'eravate voi io in questo momento non ero qua". Michele sottolinea che in questo periodo storico anche altri psichiatri dicono che stanno imparando dagli utenti: "perché noi siamo tra virgolette dei sacchi di cultura di malattia". In questo modo il paziente sembra riuscire a ribaltare quella relazione di assoggettamento a cui era rimasto inchiodato della presenza di un estraneo irraggiungibile.

4. Rivedere l'esperienza in gruppo

La seduta di gruppo con Resnik mantiene la sua densità anche in occasione della co-visione della videoregistrazione che avviene con alcuni soci del Laboratorio di Gruppoanalisi. Come si diceva all'inizio, a questo secondo momento dell'esperienza con Resnik prendono parte anche i due terapeuti-osservatori presenti in seduta.

Una volta avviata la videoregistrazione (e avendo risolto gli immancabili disguidi tecnici) l'atmosfera si fa subito coinvolgente, forse a tratti un po' faticosa, non tanto per l'audio a tratti "sporco", ma per un'atmosfera di gruppo rarefatta, nebbiosa, intensa e un vissuto del tempo piuttosto dilatato e rallentato.

Dopo la visione del video segue un articolato confronto e uno scambio vivace di opinioni e sensazioni. Il gruppo, pur cercando di mettere insieme e trovare dei punti di vista comuni, non disdegna la discussione animata, le differenze di opinione, le divergenze e le dissonanze.

In tale occasione la discussione e la composizione del gruppo (non così omogeneo per ruolo e anzianità professionale, appartenenze, esperienze professionali e sensibilità clinica) spinge ad assumere e riassumere la molteplicità di piani su cui può essere collocata e riletta l'esperienza con Resnik.

La molteplicità di piani che si intersecano (pazienti, operatori, istituzione, relazione tra istituzioni, ecc.) diventa sia uno stimolo a pensare la complessità sia un ostacolo troppo denso per essere sciolto nel tempo di un incontro. Durante la riflessione si alternano così osservazioni sui contenuti emersi durante la seduta, ma anche pensieri sul vertice di osservazione da poter assumere. E così si susseguono alcune domande: "da dove partire e cosa descrivere? Che punto di vista assumere? Da dove guardare e cosa guardare? Il

gruppo di Fermata d'Autobus, i pazienti, gli operatori, o Resnik?". E poi ancora: "Noi che guardiamo, noi che discutiamo e, caso mai, discutendo riproponiamo dinamiche del gruppo che stiamo osservando?". Si manifesta dunque una certa difficoltà a collocarsi in una prospettiva di osservazione che possa cogliere il possibile gioco di specchi e di sguardi, un gioco che può essere sintetizzato con la formula: "un gruppo che riflette su un gruppo e, in qualche modo, riflette quel gruppo".

5. Lo sguardo, il desiderio e il campo di osservazione

Il punto da cui far partire le riflessioni sulla videoregistrazione della seduta riguarda in primo luogo la raccolta del materiale che configura il campo e i temi delle osservazioni. Ciò che resta della seduta del gruppo condotto da Resnik è innanzitutto il punto di vista di chi ha girato le riprese, ovvero lo sguardo della fondatrice di Fermata d'Autobus. Raffaella Bortino ha infatti costruito il campo di osservazione scegliendo cosa e chi riprendere. È a partire da questo sguardo che viene inquadrato l'incontro con Resnik.

Nelle riflessioni che vengono compiute al Laboratorio di Gruppoanalisi diventa quindi evidente che non è possibile pensare all'esperienza se non in funzione e attraverso coloro che l'hanno costruita e voluta. Il primo elemento che costituisce il campo di osservazione è allora costituito dall'intersezione di due vettori, di due desideri. Il desiderio di Resnik che propone la sua visita a Fermata d'Autobus e il desiderio della fondatrice che accoglie questa proposta. La cornice dell'esperienza – la cornice non rappresentabile che dà forma ad ogni rappresentazione – è dunque il frutto del rapporto tra chi ha concepito Fermata d'Autobus e l'analista che in qualche modo impone

la sua presenza e un suo desiderio. È un elemento cruciale che sovra determina il manifestarsi dei fenomeni gruppali. E infatti, durante la discussione, si torna più di una volta sulla questione: "È un gruppo che è stato fatto per chi? In funzione di chi o che cosa?".

6. Un gruppo che osserva l'analista e il gruppo

Nella discussione che viene compiuta dagli osservatori esterni al gruppo emerge chiaramente quanto sia difficile distinguere l'interno dall'esterno del gruppo. Sorge cioè la questione di quanto lo sguardo di chi osserva la videoregistrazione si lasci trascinare dentro ciò che osserva.

E così, come nella seduta di gruppo erano circolate diverse proiezioni sulla presenza dell'analista (lo straniero, l'enigma, il personaggio famoso), anche nella discussione di gruppo la figura del vecchio e celebre analista (e il suo modo di condurre la seduta) catalizzano parecchie riflessioni che lasciano trasparire sentimenti di rispetto, curiosità, diffidenza e critica aperta.

Qualcuno sottolinea come lo stile di conduzione apparentemente fluttuante e democratico, celi in realtà una rigidità nel mantenere mappe e itinerari piuttosto predefiniti. Qualcun altro nota e apprezza il "mestiere" con cui l'analista, da vecchio e navigato conduttore, si destreggia in alcuni passaggi della seduta. Poi si discute dell'atteggiamento frustrante ed evasivo che l'analista mostra rispetto ad alcune richieste esplicite del gruppo, in particolare quelle che sollecitano un disvelamento (per esempio: "Abbiamo sentito parlare di te come, ma tu chi sei? Che tecnica utilizzi?"). L'analista infatti non sembra muoversi su un livello dialettico, sebbene punti a stimolare le associazioni del gruppo. L'analista resta apparentemente "sordo" ad

alcuni stimoli e sembra attenersi al principio della "neutralità analitica" provocando così proiezioni e fantasie. Altri osservatori ritengono che questa modalità di conduzione possa non essere indicata per la tipologia dei pazienti presenti nel gruppo. La critica va ancora oltre e viene messo in discussione il fatto che non si tratti solo di una questione di metodo. Forse la posizione dell'analista nei confronti dei pazienti non tiene sufficientemente conto dei cambiamenti delle forme psicopatologiche contemporanee (Rossi Monti, 2012). Allo stesso tempo alcuni osservatori notano come sia stata proprio la posizione dell'analista – garantita non solo dal "mestiere", ma anche dal carisma e dalla storia che l'analista incarna – a permettere ai pazienti di tollerare gli interventi e le interpretazioni che istituivano delle connessioni tra la dimensione della parola, il vissuto temporale e il dolore di ciascun soggetto presente in gruppo (Gallo, 2005).

Secondo la prospettiva di chi ha visto la registrazione della seduta i pazienti appaiono comunque piuttosto pazienti. Le osservazioni sottolineano da una parte quanto i pazienti siano stati esposti a un'esperienza forte (non essendo scaturita da una loro esigenza né da quella degli operatori). La seduta di gruppo viene dunque considerata nella sua valenza potenzialmente traumatica, in quanto non del tutto comprensibile sul piano delle intenzioni né prevedibile sul piano dello sviluppo del discorso e degli argomenti "trattati". Dall'altra parte le osservazioni valorizzano il fatto che i pazienti abbiano potuto sperimentare un'esperienza piuttosto intensa e diversa: per alcuni di loro la seduta ha fatto risuonare dei temi fondamentali sui quali è stato compiuto, durante i mesi successivi, un particolare lavoro psicoterapeutico. Si è trattata allora, per alcuni pazienti, di un'occasione per acciuffare quella dimensione soggettiva che fino ad allora sembrava destinata a rimanere nascosta (Correale

et al., 2013). In altri casi invece ciò che viene mostrato non è un contenuto nascosto della propria intimità, viene semplicemente manifestata la voglia di mettersi in mostra e di esibirsi sotto gli occhi dell'analista (per esempio una paziente ricorda di aver vinto un concorso di eleganza): un'esibizione dunque senza una possibile enunciazione soggettiva.

7. Quando il gruppo riflette sull'esperienza e sull'istituzione

La discussione che avviene al Laboratorio di Gruppoanalisi si sposta anche sull'importanza che può avere una seduta come quella con Resnik per un'istituzione come Fermata d'Autobus. Si sottolinea il tempo che è dovuto trascorrere tra il momento in cui è avvenuta la seduta con Resnik e la riflessione successiva su ciò che ha lasciato quell'esperienza singolare con un noto analista. A distanza di qualche mese Fermata d'Autobus sembra potersi occupare di ciò che è rimasto nell'istituzione. E l'incontro tenutosi al Laboratorio vuole rispondere a tale esigenza, cogliendo la possibilità di trasformare un singolo evento, complesso e difficile da codificare, in un'occasione di pensiero, creatività ed eventuale rinnovamento.

A tal proposito si discute ampiamente sulla possibilità che incontri come quello con Resnik possano essere in effetti utilizzati e sfruttati – grazie anche a un'opportuna strutturazione – sotto forma di un "gruppo di transito". Si immagina che periodicamente qualche analista di solida esperienza possa transitare e sostare a Fermata d'Autobus solo per il tempo di una seduta di gruppo, senza saper troppo di ciò che è stato prima di lui e di ciò che lo aspetta, ma anche senza doversi preoccupare di ciò che lascerà. Sarà successivamente compito della comunità accogliere e raccogliere quanto aperto

dall'incontro con un "analista di passaggio".

Ci si chiede allora quale potrebbe essere il valore generativo di un'esperienza simile. Si suppone che lo Straniero di passaggio, lo Zio d'America, possa creare un'occasione un po' "speciale" per i pazienti, o perlomeno per alcuni di loro, dove poter raccontare cose che "in famiglia" – in quella dimensione "famigliare" che viene sollecitata da istituzioni come le comunità terapeutiche – si raccontano con difficoltà e magari con tempi decisamente più lunghi. Sembra essere questo il punto attorno a cui si raccolgono i maggiori entusiasmi del gruppo che al Laboratorio di Gruppoanalisi si è dedicato alla riflessione sulla "seduta di passaggio" con Resnik. Ed è proprio l'entusiasmo che permette di riconoscere a ciascun osservatore un sentimento di gratitudine per l'apertura e la fiducia che Fermata d'Autobus ha mostrato facendo entrare uno sguardo straniero nel vivo della seduta, ancora una volta.

8. Incontrarsi sulla soglia del mistero

Le osservazioni compiute sulla seduta di gruppo con Salomon Resnik convergono tutte sulla dimensione del "perturbante". L'incontro con l'analista è avvenuto infatti all'insegna del perturbante, ossia con ciò che di estraneo appare improvvisamente in ciò che ci sembrava familiare (Freud, 1919). Nonostante la sua notorietà Resnik appare infatti come un elemento estraneo che rinuncia a farsi catalogare e comprendere fino in fondo.

Si tratta di un'estraneità che mette a lavoro dapprima i pazienti e i terapeuti presenti in seduta e successivamente un intero gruppo di professionisti che prova a decodificare il senso di un incontro. Vengono passate al setaccio le varie strategie di intervento

dell'analista, poi gli effetti che queste esercitano sui pazienti e infine l'effetto più complessivo che può avere un evento simile per una comunità terapeutica.

La fascinazione e l'ambivalenza suscitate da un analista all'opera lasciano pian piano il posto a una serie di interrogativi di ordine più generale che riguardano il funzionamento gruppale e istituzionale di una comunità terapeutica. In che modo infatti possiamo oggi pensare e tradurre in pratica in una istituzione terapeutica la necessità di lasciarsi abitare dal perturbante che affiora in ogni relazione di cura? Come prevenire quindi il rischio di chiudere l'incontro con l'alterità radicale del dolore mentale? Come evitare di rifugiarsi nei falsi miti di conoscenza che riconducono il mistero del dolore al già noto e al già saputo dalla teoria? Come può una comunità dimenticare la propria storia e il proprio sapere per lasciare uno spazio insaturo capace di accogliere la singolarità di un dolore tutto ancora da conoscere? Ebbene sono queste le domande che sembrano agitare in modo più complessivo gli andirivieni e le ambivalenze di pazienti e operatori, ma anche le riflessioni del gruppo che osserva la videoregistrazione della seduta.

A distanza di tempo l'urto con la presenza di Resnik può assumere allora la sua valenza paradigmatica di incontro con quella alterità perturbante da cui ogni istituzione, ogni terapeuta e ogni paziente cercano di fuggire, sebbene nelle loro intenzioni esplicite sottolineino il contrario e cioè la necessità di incontrarsi (tra istituzioni, terapeuti e pazienti) sulla soglia di una zona straniera e misteriosa.

L'incontro con Resnik rappresenta un paradigma di ciò che viene sollevato quando si fa esperienza della vera alterità: ci si sente presi nel mirino, non si capisce come e perché si sta insieme, le emozioni travalicano i limiti della capacità di simbolizzazione, si viene attratti e allo stesso tempo inorriditi da un reale irrapresentabile. E ciò che in

una relazione rimane come "l'impossibile da rappresentare" fa risuonare e rievoca una delle domande fondamentali per ciascun essere umano: "chi sono io per l'altro?" E se nella propria vita l'altro ha "abusato" di noi, allora l'incontro con qualcuno che rievoca il perturbante può diventare veramente minaccioso e destrutturante.

Ci sarebbe quindi il rischio di confondere la minaccia della presenza di Resnik con l'attivazione della capacità di mentalizzazione (Fonagy et al., 2002). L'attivazione della capacità di mentalizzazione si configura come un sollievo che inserisce nella propria identità narrativa quanto fino ad allora era rimasto ai margini della rappresentabilità. Sebbene sia un sollievo, la mentalizzazione è resa possibile però da un passaggio preliminare dove diventa fondamentale per il paziente poter superare la sfiducia e la diffidenza nell'altro (Orefice, 2002).

Nell'incontro con Resnik ciò che risulta pericoloso non è costituito dalla possibilità di bonificare e simbolizzare l'abuso o il trauma subito. Si tratta piuttosto del fatto che la dimensione della parola non può assorbire e metabolizzare fino in fondo l'esperienza: rimane sempre un resto non-familiare e non assimilabile alla dimensione del senso. Ebbene, Resnik non è stato colui che ha portato il fuoco della simbolizzazione, ma colui che ha incarnato con la sua presenza indecifrabile - indecifrabile nonostante la sua notorietà - la dimensione asemantica dell'esistenza, il vuoto irrepresentabile della vita.

Ecco allora che gli stimoli offerti da Resnik ad associare liberamente lasciavano emergere non ciò che poteva entrare in un legame associativo, ma ciò che non avrebbe mai potuto esser preso nel mirino. Il perturbante di Resnik va dunque riferito non all'attività associativa che veniva promossa dai suoi interventi, ma alla dimensione ignota e per sempre straniera che sfugge ad ogni mirino. L'incontro con un analista di passaggio non è dunque soltanto

l'occasione istituzionale per parlare ed esplorare qualcosa di nuovo, ma è forse un modo elettivo per lasciar balenare la presenza di ciò rimarrà relegato nel non-senso e nel mistero.

Chi lavora in un'istituzione terapeutica sa quanto sia rischioso evitare l'incontro con il perturbante. Se nell'ambito del funzionamento istituzionale si costruiscono delle barriere contro l'alterità radicale dell'altro, allora l'istituzione rischia di diventare straniera a se stessa. L'incontro con il perturbante non è la minaccia maggiore per le istituzioni, i terapeuti o i pazienti. La vera minaccia è escludere un rapporto con ciò che non entra in rapporto. Il rischio maggiore è costituito dal perdere familiarità con ciò che non sarà mai familiare. Sembra proprio questo il messaggio veramente definitivo che possiamo apprendere dall'incontro con un analista come Resnik.

Bibliografia

Bion W.R. (1962), *Apprendere dall'esperienza*, Armando, Roma 1972.

Bonetti A., Bortino R. (2014), *Follia, tossicodipendenza e bisogni della persona. La doppia diagnosi tra psichiatria e dipendenze*, Franco Angeli, Milano.

Freud S. (1919), Il perturbante, in *Opere*, vol. IX, a cura di Musatti C.L., Bollati Boringhieri, Torino 1977, pp. 77-118.

Gaburri E., Ambrosiano L. (2003), *Ululare con i lupi. Conformismo e rêverie*, Bollati Boringhieri, Torino.

Correale A., Cangiotti F., Zoppi, A. (a cura di) (2013), *Il soggetto nascosto. Un approccio psicoanalitico alla clinica delle*

tossicodipendenze, Franco Angeli, Milano.

Fonagy P., Gergely G., Jurist E., Target M. (2002), *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del sé*, Raffaello Cortina, Milano 2005.

Gallo A. (2005), La dimensione temporale nel trattamento della tossicodipendenza. Analisi psicoanalitica da un vertice istituzionale, *Gli argonauti*, XXVII, 106, pp. 255-270.

Orefice S. (2002), *La sfiducia e la diffidenza. Metodologia clinica per i casi difficili*, Raffaello Cortina, Milano.

Rossi Monti M. (a cura di) (2012), *Psicopatologia del presente. Crisi della nosografia e nuove forme della clinica*, Franco Angeli, Milano.

Trasformazioni in un GMF

Luisella Ferraris, Paola Innocente

Le autrici propongono alcune riflessioni scaturite dalla conduzione di un GMF sul tema del trattamento del Disturbo Narcisistico presente in alcuni genitori e sulle ricadute di quest'ultimo sul trattamento complesso delle psicosi. Si fa riferimento alle funzioni terapeutiche del gruppo, alla coesione e alla narrazione e al particolare tipo di rispecchiamento nella generazione successiva come risorsa specifica del GMF, che sembra in grado di influenzare positivamente le rigidità narcisistiche.

Gruppo multifamiliare; Disturbo di personalità narcisistico; Rispecchiamento; Psicosi; Trattamenti complessi

Transformations in a multifamiliar group

The authors propose some reflections resulting from the conduct of a multi-familiar group on the issue of the treatment of this disorder narcissistic in some parents and on the effects of the latter on the complex treatment of psychosis. It refer to the therapeutic functions of the group, cohesion and narrative and the particular type of mirroring in the next generation as a specific resource of the GMF, which seems to be able to positively influence the stiffness narcissistic.

Multifamily group; Narcissistic disorder; Mirroring, Psychosis; Complex treatments

1. Premessa

In questo lavoro proponiamo alcune riflessioni in merito al Disturbo Narcisistico di Personalità, scaturite dall'esperienza di conduzione di un Gruppo Multifamiliare in un CSM di Roma.¹

¹ Sulla scorta delle esperienze già descritte altrove (Della Torre et al., 2011; Ferraris et al., 2012; Gargano et al., 2013), consideriamo il GMF come un valido ausilio nel trattamento dei pazienti gravi e dei loro famigliari. Il focus di questo tipo di gruppo è costituito dalle relazioni intergenerazionali. Ricordiamo il grande lavoro di diffusione svolto nella nostra regione dal movimento culturale dei Gruppi di Psicoanalisi Multifamiliare (Badarracco, 1988; Badarracco, 2011), che sta producendo importanti trasformazioni nell'assetto di lavoro nei servizi di salute mentale, poiché si tratta di un modus operandi che comprende le famiglie nel progetto terapeutico: molti operatori di diverse professionalità hanno l'opportunità di coinvolgersi in un lavoro di gruppo con le famiglie che permette loro di

Ci riferiamo in particolare a due questioni complesse: la trattabilità del DNP in gruppo e la ricaduta che il trattamento di questo disturbo può avere nel complessivo progetto terapeutico. Parleremo del trattamento in gruppo di tre pazienti-padri di ragazzi psicotici e faremo riferimento ai livelli individuale, familiare e di gruppo e ai passaggi tra l'uno e l'altro livello, necessari nei trattamenti complessi dei pazienti gravi.

Il GMF cui ci riferiamo è composto da 10 nuclei familiari variamente articolati: vi partecipano sia due signore che vengono sempre da sole in quanto mogli di pazienti psicotici cosiddetti "non collaborativi", cui a volte si aggiungono i figli, sia nuclei familiari composti da genitori e figli che partecipano spesso al gruppo tutti insieme. In generale, la presenza dei figli è sempre numericamente inferiore a quella dei genitori.

In questa sede ci soffermeremo su un aspetto specifico particolarmente complesso del lavoro clinico che ha suscitato il nostro interesse. Ci riferiamo alle trasformazioni che possono verificarsi in alcuni genitori di pazienti psicotici, che manifestano un disturbo narcisistico.

Partecipano a questo gruppo tre padri con queste caratteristiche di personalità, che hanno ottenuto dei cambiamenti significativi tali da stimolare queste prime riflessioni.

2. Riconoscimento di bisogno d'aiuto

L'esperienza clinica e la letteratura insegnano come sia difficile il trattamento del DNP, e, ancor prima, il riconoscimento di un bisogno

comprendere come il percorso terapeutico di un paziente possa cambiare se viene inclusa anche la sua famiglia, specialmente in una dimensione di gruppo terapeutico in cui sono presenti diversi nuclei familiari contemporaneamente.

d'aiuto e la stessa richiesta di terapia (Gabbard, 1995; Nucara et al., 1986, 1995). Infatti, la letteratura suggerisce che il paziente narcisista riesce a chiedere aiuto solo se è portatore di sintomi che sente disfunzionali o, come sostiene Gabbard (1995), in fasi particolari del ciclo vitale che corrispondono con la recrudescenza di tematiche di fondo della problematica di vita del paziente. Per dirla con Kernberg (1978) "...anche se vengono nell'età adulta trionfi narcisistici e gratificazioni, l'individuo deve alla fine fare i conti con le problematiche fondamentali dell'invecchiamento, delle malattie croniche, con perdite, separazioni, solitudine- allora dobbiamo concludere che il confronto del Sé grandioso con la natura fragile, limitata ed effimera della vita umana è inevitabile".

In questo senso è emblematica la situazione di Cesare. Al momento dell'ingresso in gruppo si trova nella difficoltà di affrontare il suo pensionamento anticipato, che lo pone in una penosa condizione periferica, in contrasto con il suo bisogno di apparire più giovane (si tinge i capelli, indossa un abbigliamento molto giovanile). La pensione anticipata è motivata dalla scelta di stare più vicino al figlio psicotico, che però non è messo a conoscenza di questa decisione. Pertanto per C. l'elaborazione del pensionamento viene oscurata dall'esigenza di occuparsi del figlio, esigenza che si sostituisce a un suo personale tema evolutivo.

Nucara et al. (1986) affermano che i pazienti narcisisti, pur non essendo inclini a chiedere aiuto per sé, possono però essere più disponibili ad accompagnare l'eventuale paziente, coinvolgendosi quindi in un processo terapeutico in cui l'altro (figlio, coniuge) sia riconosciuto come paziente. Potremmo dire che il bisogno di cura diventa affrontabile proprio perché sembra non appartenere

all'individuo con personalità narcisistica, essendo presente nell'altro, figlio o anche coniuge, malato, fragile e bisognoso. L'opportunità della cura dunque passa attraverso il figlio o il coniuge sintomatico.

In linea di massima, tutti i genitori che decidono di partecipare al GMF lo fanno inizialmente per il figlio problematico, e solo successivamente riconoscono lo spazio grupppale come spazio per sé e per il figlio, ma nei casi che si configurano come disturbo narcisistico questo riconoscimento sembra particolarmente difficoltoso.

Descriviamo brevemente alcuni passaggi della storia di questi tre pazienti, che ci consentono di mettere a fuoco alcune questioni per noi significative.

Tornando a Cesare, e a sua moglie Giovanna, ci sono voluti mesi di difficili contrattazioni prima del loro ingresso nel GMF, sempre sull'orlo di una rottura della relazione terapeutica, a causa della durezza e rigidità di Cesare. Questa famiglia è la prima delle tre in ordine cronologico a entrare nel gruppo, all'interno di un progetto terapeutico complesso che comprende la terapia individuale di Vittorio, il figlio, il trattamento farmacologico di quest'ultimo, la terapia familiare, oltre al gruppo. Le resistenze iniziali, come dicevamo, riguardano l'idea, soprattutto di Cesare, che il paziente sia il figlio, pertanto perché lui e Giovanna, che fanno "tutto giusto" nei suoi riguardi dovrebbero sottoporsi a un trattamento di gruppo? Cesare è convinto che non servirà a nulla. Il suo rifiuto è netto, rabbioso e pieno di svalutazione verso di noi, che ai suoi occhi sembriamo proprio non capire niente.

Da subito e per molto tempo il gruppo diventa l'occasione per mettere in scena sarcasmo e disprezzo, per diffondere la convinzione che tutto sia inutile. Mai empatico, anche se molto ironico, Cesare ostenta una cultura che sottolinea fortemente la differenza tra sé e gli

altri.

Cesare si è affermato nel lavoro e ha condotto una brillante carriera. Incontra Giovanna, donna colta, intelligente e affettuosa, con la quale stabilisce una relazione esclusiva. Nella nuova famiglia allargata, Cesare trova lo spazio per il suo intenso risentimento, sceglie la suocera come bersaglio, recriminando su una vicenda lontana nel tempo che viene vissuta in modo ancora attuale, affettivamente investita e che ha il potere di polarizzare molte sedute degli incontri di coppia, nelle quali Cesare appare spesso interpretativo, mentre Giovanna, molto dipendente dal marito, sembra veramente disarmata.

Arcangelo ed Anita, genitori di Gian Luca, entrano nel gruppo uno dopo l'altro. Anita entra per prima, seguita da Arcangelo molte sedute dopo. In quest'intervallo di tempo passano mesi nei quali Arcangelo ha scontri molto accesi con il CSM che, secondo lui, non interviene a sufficienza col figlio. La coppia è molto conflittuale. Se da una parte Arcangelo è pieno di risentimento e ostile verso l'istituzione, dall'altra accetta lo spazio del gruppo come un sostegno alla coppia e come conferma che il servizio fa molto per i genitori e pressoché nulla per il figlio. Infatti, secondo lui, tutto ciò che è stato ottenuto è solo il risultato dei suoi sforzi nel mettere l'istituzione "alle strette" e in condizione di operare. E' molto pignolo, pedante, ostinato e interventista, arringa il gruppo con estenuanti e illimitati monologhi, mentre Anita è portatrice di una filosofia più attendista, sempre critica nei riguardi dei metodi del marito, ma non in grado di avviare negoziazioni. Spesso lo attacca in maniera sterile e alimenta il suo livore sottolineando i suoi difetti emergenti nella discussione: "ma tu dici così perché...", riferendosi a vecchie storie fra loro o a vecchi temi per nulla inerenti a quanto viene affrontato.

Enzo ed Erica accettano la proposta del gruppo quando entra in crisi il progetto terapeutico che coinvolge loro ed il figlio Luciano, il quale improvvisamente abbandona la terapia familiare, interrompendo di fatto la cura.

Erica è una professionista, impegnata nel volontariato, orfana in tenera età, con lunghi periodi trascorsi in collegio. Apparentemente conciliante e collaborativa, è convinta che suo figlio sia diverso dagli altri pazienti, che sia particolarmente dotato e non abbia bisogno dello stesso tipo di assistenza. Enzo è un professionista ora in pensione, che ha sempre lavorato in industrie, persona iper-razionale, ossessiva, sospettosa, totalmente incapace di contatto con le proprie emozioni: può trascorrere molto tempo in seduta familiare rifiutandosi di parlare e poi improvvisamente esplodere urlando e insultando violentemente il figlio. Diffida delle terapie farmacologiche, vuole intervenire sulla modalità di gestione dei farmaci e teme fortemente qualunque intervento medico. Verso il gruppo l'atteggiamento di Erica è di tipo "catecumenizzante". Enzo, ritenendo di non dover mai portare nulla di personale, ha un atteggiamento tendenzialmente impositivo di questioni rigorose rispetto alla cura, sulle quali esige risposte che quasi mai arrivano, suscitando la sua ira.²

Ripensando all'ipotesi di Gabbard, secondo cui alcune fasi del ciclo vitale rendono più possibile una richiesta di aiuto poiché favoriscono l'emergere di proprie fragilità, ci siamo interrogate sulla possibilità che la psicosi di un figlio si collochi proprio all'interno di una famiglia

² Anche se in questo lavoro sono particolarmente tratteggiate le personalità narcisistiche dei tre uomini, occorre sottolineare come le loro mogli presentino strutture di personalità che rinforzano il narcisismo dei partner (dalla dipendenza al narcisismo speculare).

con forti connotazioni narcisistiche dei suoi componenti come un elemento di stabilizzazione delle stesse, laddove gli elementi di fragilità possono essere delegati al figlio portatore di un disagio. Quindi, la fragilità narcisistica, anziché emergere nel suo portatore, emergerebbe nel figlio impedendo al genitore di visualizzare la propria, se non attraverso il figlio stesso. Dunque in tutti questi casi l'accesso al mondo emozionale personale di ciascun componente della famiglia è irto di ostacoli e difficoltà specifiche dell'assetto personologico di almeno uno dei genitori e non solo di quelle inerenti il paziente grave.

Inoltre ricordiamo che la fase dell'adolescenza, periodo di possibile esordio di molte problematiche mentali gravi, è caratterizzata da una necessaria e obbligata "rottura narcisistica" dal momento che il passaggio dall'unità familiare con figli in età infantile alla complessa articolazione della famiglia con figli in età adolescenziale e poi successivamente adulta, comporta un'inevitabile contrattazione della relazione genitori-figli, e il riconoscimento dei bisogni trasformativi di tutti. Questo passaggio costringe a rompere l'assetto relazionale precedente sia nei suoi aspetti interattivi (relativi alle regole, ad esempio chiavi di casa, entrata uscite serali, ecc.), sia per quanto riguarda il senso nuovo che la relazione assume (potere, ruoli, funzioni, ma anche confronto tra generazioni con "filosofie" che le differenziano). Questo cambiamento costituisce un'autentica rivoluzione sul piano emozionale, affettivo e cognitivo.

E' nostra opinione che la presenza di un disturbo narcisistico nella generazione dei genitori possa rendere ancora più complesso tale passaggio.

3. Quale cura?

In gruppo si deve poter accettare che anche gli altri abbiano dei bisogni e che non si possa essere al centro dell'attenzione per tutto il tempo: questa caratteristica della dimensione gruppale non facilita la possibilità del paziente con DNP di usufruire di una terapia di gruppo. Le indicazioni di Gabbard prevedono il trattamento di gruppo solo se questo è accompagnato da una terapia individuale e inoltre raccomandano la presenza in gruppo di un solo paziente con tale disturbo .

Come affermano Nucara et al. (1986) "l'organizzazione narcisistica patologica è fondamentalmente una struttura fragile, che si è irrigidita coesivamente proprio per far fronte ad una strutturale vulnerabilità del sé, non diversamente gestibile."....."Con la forza e la rigidità della struttura del suo sé, il paziente ha cristallizzato un insieme di intense emozioni che lo hanno reso sostanzialmente vulnerabile....." Pertanto nello specchiarsi nell'altro nella relazione gruppo analitica, "si troverà a dover gestire una marea di frammenti di immagini, di situazioni, di ricordi e di emozioni, senza avere gli strumenti necessari: la situazione gruppale gli risulterà troppo complessa e, ancora una volta, dovrà cristallizzare il tutto, irrigidendo ulteriormente la sua organizzazione psicopatologica di base. Pertanto il paziente con tale disturbo di personalità non può vivere la situazione gruppo analitica se non come un minaccioso e precoce attacco all'integrità del suo sé con conseguenti angosce di frammentazione." E ancora: "...le strategie difensive che tale paziente ha a disposizione sono sostanzialmente tre: l'isolamento in gruppo, per cui il paziente viene alle sedute respingendo però ogni coinvolgimento nelle dinamiche gruppali; l'abbandono del gruppo; un ulteriore rafforzamento dell'investimento narcisistico del sé e degli

oggetti sé rigidamente coesi per cui le interazioni del paziente in gruppo diventano ancora più iperplastiche”.

Nel GMF abbiamo spesso assistito al dispiegarsi di tutte le strategie sopra indicate. Enzo ad esempio è per lungo tempo molto arroccato nel non voler portare nulla di personale nel gruppo. Tutti e tre questi pazienti-padri cercano di centralizzare l’ascolto e l’attenzione e non accettano di buon grado qualunque intervento orientato a decentralizzarli: tutti hanno a lungo rafforzato le proprie difese e Cesare ha addirittura abbandonato il gruppo per un lungo periodo. L’occasione per questo abbandono gli viene offerta da una domanda posta da una delle terapeute, che suscita in lui una violenta reazione:

Cesare racconta un episodio nel quale Vittorio, volendo sottrarsi ad un turno di lavoro, gli chiede di telefonare al suo posto per avvertire, dato che la balbuzie da cui è affetto rappresenta per lui un grande ostacolo nella comunicazione. Ovviamente Cesare non se la sente di eludere la richiesta e telefona al posto del figlio.

La terapeuta domanda: “Possiamo provare a fare una fantasia? Cosa sarebbe successo se lei non avesse telefonato?”

Sentendosi colpevolizzato Cesare prende ad accusare con forza la terapeuta di pensare che “è sempre tutta colpa dei genitori”.

A questo scambio sono seguiti almeno tre mesi di assenza di Cesare dal gruppo, mentre Giovanna ha mantenuto costante la sua presenza, cercando una mediazione per il marito, continuando ad invitarlo a tornare in gruppo per parlarne, cosa che è poi stata possibile nel tempo.

Quello che è possibile osservare nei GMF, e crediamo che sia esperienza condivisa tra chi lavora con questo tipo di gruppi, è che la

presenza dei figli ha il potere di modificare la rigidità degli assetti difensivi, potremmo dire specialmente se si tratta dei figli "degli altri": nella generazione successiva il genitore si può più facilmente rispecchiare, delegando ai figli la propria parte fragile e il proprio dolore, potendo in tal modo finalmente riconoscerlo. Ovviamente non si tratta solo della presenza dei figli in quanto tali, ma anche di quella degli altri genitori che favorisce un "gioco incrociato" di rispecchiamenti.

Un passaggio interessante in questo senso è rappresentato dal seguente episodio:

Alcuni mesi dopo il ritorno di Cesare, entra in gruppo Francesco, paziente conosciuto in CT sia da Vittorio che da Cesare e Giovanna, che attualmente si trova in una fase positiva di ulteriore svincolo rispetto alla famiglia, poiché comincia a vivere in gruppo appartamento dopo il passaggio in comunità.

In una seduta Francesco narra del suo malessere e della conflittualità con i genitori, in particolare con il padre, e di come nel corso del tempo lui sia cambiato e veda il padre con occhi diversi. Questo attrae l'attenzione di Cesare che dialogando con lui appare più attento, in ascolto, interessato al punto di vista dell'altro, piuttosto che alla conferma di sé. Sembra che attraverso il racconto di F. ci sia la possibilità di rivisitare una relazione padre-figlio: di un padre con un figlio e di un figlio con un padre. Emerge per la prima volta in Cesare un sentimento di speranza, e si intravede una possibilità trasformativa dell'irrigidimento relazionale, riferibile al suo antico dolore per l'incomprensione di suo padre, rinnovato oggi nella relazione con il figlio.

Sandler (cit. in Nucara et al., 1986) sostiene che caratteristica

principale del disturbo narcisistico è l'esistenza di uno stato manifesto o latente di dolore che deve essere costantemente affrontato.

Il dialogo citato ci sembra possa testimoniare la capacità di bonificare il dolore attraverso la possibilità di rispecchiarsi nella generazione successiva.

L'importante funzione del rispecchiamento rimanda al mito di Perseo che riesce a sconfiggere Medusa solo affrontandone lo sguardo annichilente attraverso uno specchio: Perseo taglia la testa di Medusa perché riesce a sostenerne lo sguardo in quanto riflesso nello specchio. Così nel gruppo l'angoscia annichilente implicita nell'impossibilità di riconoscere dentro di sé il dolore viene resa possibile se mitigata dalla opportunità di vederla nell'altro, rispecchiandosi nella sua narrazione (Pines, 1982).

In questo caso il gioco di specchi è reso ulteriormente complesso dalla presenza delle due diverse generazioni nel gruppo: lo specchio dove Cesare può visualizzare il proprio dolore senza esserne sopraffatto è rappresentato da un altro figlio, non dal proprio, che narra di un altro padre, che non è Cesare, nel quale potersi identificare. Sembra che questi ulteriori passaggi riescano a mitigare l'angoscia insita nel percorrere la strada dolorosa del riconoscimento di sé, che adesso il gruppo permette di seguire almeno un po' più di prima.

Pensiamo che questo particolare rispecchiamento, che consente di visualizzare la propria fragilità nel figlio di un altro padre, costituisca un aspetto specifico dei GMF, e sia particolarmente efficace nei confronti di assetti difensivi così rigidi come quelli di cui stiamo trattando.

Nei casi di trattamenti individuali di pazienti gravi, le cui funzioni elaborative sono deficitarie, la possibilità di dare senso alle proprie

vicende si realizza in maniera indiretta, attraverso la costruzione di storie i cui personaggi o eventi esprimano quelle stesse emozioni altrimenti non sopportabili. La funzione narrativa, svolta prevalentemente dal terapeuta nel setting duale, diventa patrimonio condiviso dal gruppo laddove il racconto di ciascun partecipante, pieno di emozioni, sentimenti ed affetti, evoca negli altri partecipanti altre storie altrettanto dense e piene di possibili rispecchiamenti. Con questo non vogliamo sottovalutare il ruolo dei terapeuti, ma solo evidenziare come la funzione narrativa assuma in gruppo diverse connotazioni e possa essere svolta dal gruppo stesso.

Nel gruppo si costruisce insieme una trama narrativa comune piena di emozioni sopportabili da tutti e, in quanto tali, capaci di non impedire il pensiero. La funzione terapeutica del gruppo si può sostanziare quindi anche nella capacità narrativa del gruppo che consente di accedere ad una esplorazione di aspetti emozionali in grado di mobilitare anche le rigidità consolidate.

Il continuo gioco di specchi consente di cogliere nel racconto e/o nell'emozione dell'altro qualche cosa che è inerente alla propria esperienza, rendendo sopportabile l'angoscia poiché visualizzabile in maniera indiretta, ma anche condivisibile con l'altro attraverso lo sviluppo della coesione gruppale, che consente affidamento, fiducia e possibilità di abbandonarsi perché si è contenuti e protetti dal gruppo. Questa esperienza ripetuta di calore e fiducia che si ripropone nella continuità del lavoro gruppale è un'altra funzione che aiuta a mitigare l'angoscia e rende più sopportabile il dolore perché parte di un'esperienza condivisa.

Ci sembra che questo possa avere ricadute importanti sull'andamento del progetto di cura.

4. Considerazioni

Paradossalmente ci sembra che le persone che all'inizio mostravano più difficoltà nel portare avanti l'esperienza nel gruppo siano quelle che sono andate incontro a maggiori trasformazioni rispetto ad altri partecipanti apparentemente più in grado di essere plasmati dall'esperienza.

Sinteticamente, i cambiamenti riguardano la capacità di ascolto, una maggiore recettività ed ironia, una minore rigidità e il riconoscimento di un proprio sincero attaccamento al gruppo. Per alcune di queste famiglie si sono prodotti cambiamenti significativi nell'evoluzione dei figli, i quali sono stati in grado di utilizzare proposte terapeutiche non accettate prima e di avviare percorsi di autonomia.

Ovviamente non crediamo che questi cambiamenti siano avvenuti per l'esclusivo lavoro del GMF, dato che per molti dei pazienti e i loro familiari sono previsti progetti terapeutici complessi. Pensiamo infatti che l'esperienza del GMF sia una parte di un progetto di cura personalizzato per ciascun paziente, che comprende molteplici setting (utilizziamo in questa sede il termine set e setting come sinonimi e non secondo la teorizzazione proposta da Lo Verso e Di Blasi, 2011).

Un problema di importanza cruciale è per noi l'articolazione degli assetti terapeutici che fanno parte del progetto di cura.

Ci riferiamo al fatto che ci sembra importante in molti casi non solo la co-presenza di setting multipli, ma anche la possibilità che tali diversi assetti siano tenuti in collegamento attivo.

Dentro al gruppo, come anche fuori dal gruppo, è il terapeuta che accompagna il paziente nei passaggi che collegano i vari momenti del progetto terapeutico, essendo protagonista attivo in molti luoghi del progetto stesso (GMF, Terapia familiare, Passaggi individuali ecc.)

e/o raccordandosi con i colleghi quando non è direttamente presente. Pensiamo che contenere insieme e contemporaneamente nella propria mente esperienze diverse, nonché articolare i passaggi dall'una all'altra esperienza, sia particolarmente difficile per i pazienti gravi. Se noi operatori non assicuriamo collegamenti stabili tra le varie compenti del progetto terapeutico, poniamo i pazienti nella stessa difficoltà che hanno avuto all'origine del loro disturbo, laddove tenere insieme e contemporaneamente differenziare esperienze di sé ed esperienze di relazione, tra mondo personale e mondo familiare, tra mondo personale e sociale, è stata per loro un'esperienza inaccessibile. Talvolta i pazienti abbandonano il campo proprio perché la cura ripropone passaggi non articolabili se non si tiene presente questa difficoltà, insormontabile se affrontata da soli, ma forse praticabile se si accompagna il paziente fino a che queste articolazioni non siano utilizzabili dal paziente stesso, ovvero sufficientemente internalizzate ed elaborabili.

Ci sembra dunque opportuno che un progetto di cura preveda un accompagnamento forte nelle sue articolazioni da parte del terapeuta, che si trova a svolgere così un'ulteriore funzione terapeutica che non è solo quella di tenere le fila del progetto, ma anche quella di essere testimone della possibilità di attraversare nuove articolazioni di antiche difficoltà, aiutando attivamente il paziente e i genitori nel compiere questi passaggi nel processo terapeutico.

Ogni esperienza trasformativa pone l'individuo di fronte all'attraversamento del confine tra vecchio e nuovo, tra passato e futuro, tra continuità e discontinuità, tra appartenenza e separazione. L'incidentale percorso di cura di genitori con DPN, che non avrebbero mai chiesto un aiuto per sé ma trovano un'occasione nella crisi del

figlio per riaprire un dialogo dentro di sé oltre che col figlio, offre certamente a noi operatori l'opportunità di ragionare su un anello che spesso trascuriamo della catena relazionale che compone il malessere come anche la possibilità di prendersene cura.

L'assetto narcisistico presente nella cultura della famiglia può non aiutare la cura o addirittura ostacolarla, non consentendo un'articolazione plastica dei passaggi e dei tempi che occorrono per portarli a compimento, fissandosi in un "come dovrebbe essere" piuttosto che seguire un percorso praticabile, qualunque esso sia, date le risorse in campo. Intendiamo dire che la rigidità narcisistica rischia di fissare e rendere stabili le difficoltà presenti nel campo per le sue caratteristiche specifiche quali l'idealizzazione, il Sé grandioso etc. che impediscono un percorso fatto di prove ed errori, ben lontano dai successi desiderati e desiderabili, ma aperto alle possibilità.

Ci sembra che il GMF possa aiutare a compiere questo passaggio rendendo visibile "la trave nel proprio occhio attraverso la pagliuzza nell'occhio dell'altro".

Abbiamo osservato apprezzabili cambiamenti sia nei genitori con DPN che nei loro figli. In particolare, sul versante dei genitori abbiamo riscontrato una capacità di utilizzare più l'ironia e meno il sarcasmo, che lascia finalmente il posto ad un gioco condiviso che non comporta chiusure o irrigidimenti; una capacità di ascolto nuova, particolarmente osservabile nelle dinamiche di coppia; l'ammorbidirsi della relazione inter-generazionale; un modo diverso di stare nel gruppo, riconoscendo la positività dell'esperienza; la possibilità di affezionarsi al gruppo e alle terapeute e di esprimerlo.

Relativamente ai figli, si sono verificati passaggi importanti nei loro progetti di cura: il figlio di Arcangelo e Anita, da sempre refrattario ad

ogni progetto, ha accettato di entrare in comunità terapeutica; allo stesso modo anche Vittorio è entrato in comunità, e soprattutto su sua richiesta. Anche se il suo percorso comunitario è durato pochi mesi, questi sono stati significativi sia per ritrovare una motivazione a riprendere il lavoro, sia per decidere di iniziare una psicoterapia, elaborando questi passaggi significativi all'interno del GMF; per Luciano è stato possibile evitare un ricovero e, benchè la sua partecipazione al gruppo non abbia registrato sensibili modifiche, L. è già da tempo nella condizione di accettare stabilmente una terapia farmacologica, incontrandosi regolarmente con la sua psichiatra. E questi sono solo alcuni dei cambiamenti apprezzabili.

E' per noi chiaro che l'andamento di un processo terapeutico non dipende da uno solo degli snodi che compongono il progetto e le modalità della sua attuazione, ma possiamo affermare che i cambiamenti che abbiamo osservato nei padri di cui abbiamo parlato hanno avuto ricadute significative nell'andamento del progetto di cura dei figli.

Inoltre, in base alla nostra esperienza, ipotizziamo che il GMF, nella sua qualità specifica di gruppo multigenerazionale e aspecifica di gruppo mediano, possa contenere e trattare efficacemente un numero più elevato di pazienti con DNP rispetto a quanto viene proposto dalla letteratura sull'argomento.

Pensiamo che tali gruppi, nati per il trattamento dei pazienti psicotici e delle loro famiglie possano essere utilizzati per trattare disturbi della personalità anche in contesti diversi dai servizi nei quali nascono.

Sempre rimanendo in tema di trasformazioni dobbiamo dire che anche noi siamo cambiate: la nostra modalità di condurre il gruppo si

è molto modificata nel tempo e forse anche grazie alle virulente reazioni che ci hanno investite.

Pensiamo che il continuo lavoro identificatorio e di distanziamento riflessivo ed elaborativo produca modificazioni anche nelle modalità di conduzione e nei terapeuti stessi, che si ritrovano più consapevoli del proprio ri-attraversamento della dimensione conflittuale genitore-figlio dentro di sé nei termini di un ideale che mai si realizza pienamente. Con tale consapevolezza e "la digestione lenta e continua" delle emozioni ad essa collegate, accompagnare il paziente nel proprio analogo processo risulta meno difficile per il terapeuta e di conseguenza più possibile per il paziente stesso. La conduzione cambia nella direzione di utilizzare preferibilmente sistemi "indiretti" di intervento, come metafore, umorismo, scherzo e battute e attingere dalla propria esperienza e dal proprio modo di essere per favorire un clima di collaborazione, ridurre le distanze e stemperare le rigidità superegoiche.

E dunque, come in un circolo ermeneutico, le terapeute sono state investite dallo stesso cambiamento, proprio grazie al confronto continuo con le rigidità incontrate nei pazienti.

Per concludere queste riflessioni in tema di trasformazioni, vogliamo affidare alle parole di Luciano, figlio di Enzo ed Erica e irriducibile detrattore di ogni possibile cura, il senso del lavoro terapeutico, parole che esprimono in modo toccante un passaggio significativo, per noi inatteso ed emozionante.

Durante tutto il tempo di una seduta Luciano è stato in silenzio, ascoltando le riflessioni del gruppo che si è molto interrogato su temi di cambiamento e di conflitto, oscillando tra visioni diverse. Ad un certo punto Arcangelo gli chiede garbatamente se pensa che, nonostante tante cose accadute nella propria storia, per lui sia

possibile recuperare qualcosa.

“Certo – risponde Luciano, mentre suo padre ascolta con la testa fra le mani - se sono diventato quadrato non posso più ritornare tondo, però è possibile che alcuni angoli si possano smussare. In un certo senso si creano dei fenomeni di “transfert”, che mettono in moto dei meccanismi che possono aprire strade nuove”.

Bibliografia

Badarracco J.G. (1988). *Psicoanalisi Multifamiliare*. Torino: Boringhieri.

Badarracco J.G., Narracci A. (2011). *La psicoanalisi multifamiliare in Italia*. Torino: Antigone Edizioni.

Della Torre N., Ferraris L., Innocente P. (2011). L’esperienza di un gruppo terapeutico di famigliari in un centro di salute mentale. in Fasolo F., Galuppi o., Baisini T., (a cura di) *Gruppi per adulti. I dipartimenti di salute mentale e la terapia di gruppo in Italia*. Padova: Cleup.

Ferraris L., Innocente P., Gargano M.T. , Serantoni G. (2012). L’esperienza clinica ed istituzionale all’interno di un Dipartimento di Salute Mentale. I gruppi multi famigliari per genitori e figli con patologia psichiatrica nel tempo della post-modernità. *Plexus*, 9, 36-51.

Gabbard G. O.,(1995) *Psichiatria Psicodinamica*. Milano: Raffaello Cortina.

Gargano M.T, Serantoni G., Ferraris L., Innocente P. (2013). La dialettica omogeneità-Eterogeneità. Dai gruppi per soli genitori ai

gruppi multi famigliari, tra clinica e ricerca empirica, in Vasta F., N., Girelli R.R., Gullo S. (a cura di) *Quale omogeneità nei gruppi*, Roma: Alpes Italia srl.

Kerberg O., (1978) *Sindromi marginali e narcisismo patologico*. Torino: Bollati Boringhieri.

Lo Verso G., Di Blasi M. (2011). *Gruppoanalisi oggettuale*. Milano: Raffaello Cortina.

Nucara G, Menarini R., Pontalti C. (1986). Indicazioni e controindicazioni alla gruppoanalisi per il disturbo narcisistico di personalità. *Quaderni di Psicodiagnostica*, anno 6(1), 87-96.

Nucara G., Menarini R., Pontalti C. (1995). La famiglia e il gruppo: Clinica gruppo analitica e Psicopatologia. In Di Maria F., Lo Verso G.,(a cura di). *La psicodinamica dei gruppi*, Milano: Raffaello Cortina Editore.

Pines M. (1982) Reflextions on mirroring. *Group-analysis*, 15(2), 1-26.

Mondi suicidari "aperti". La sfida di un'adolescente e il suo percorso terapeutico in un'ottica multipersonale

Sara Campanini, Flavia Santarini, Roberto Bucci

L'articolo descrive la storia clinica di una giovane paziente a rischio suicidario. Il tempestivo contatto con il terapeuta, con il quale la paziente ha instaurato una solida alleanza, ed il percorso intrapreso insieme, hanno fortemente inciso sulla comprensione dei tentativi di suicidio messi in atto. Viene evidenziato come un approccio multipersonale possa contribuire significativamente alla co-costruzione di senso delle esperienze di vita della giovane paziente.

Sucidio; Psicoterapia; Approccio multipersonale

"Open" suicidal words. The challenge of an adolescent and her treatment with a multipersonal view

The article describes the clinical history of a young patient at risk of suicide. The timely contact with the therapist, with whom the patient has established a solid alliance, and the route taken together, have significant impact on the understanding of suicide attempts. It is highlighted as a multipersonal approach can significantly contribute to the co-construction of meaning of the life experiences of the young patient.

Suicide; Psychotherapy; Multipersonal approach

1. Eterogeneità dei mondi suicidari

Ogni anno circa un milione di persone muore per suicidio e un numero venti volte superiore tenta di togliersi la vita. Questo è il quadro che emerge dai dati forniti nel 2009 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. In Italia il suicidio risulta tra le prime dieci cause di morte; ogni anno si muore più per suicidio che per HIV e per omicidio. Il dato, riportato nel testo "Il suicidio" (2012) di Rossi Monti e D'Agostino, è sorprendente e spinge a riflettere su un fenomeno così complesso e perturbante. Si tratta di un comportamento estremo

che lascia in chi resta in vita uno stato di profondo turbamento e disorientamento circa le cause che possano aver spinto la persona ad un simile gesto. L'unica persona, infatti, che potrebbe aiutarci a cogliere un barlume di comprensibilità è proprio il suicida, del quale resta soltanto un corpo morto, muto, che non può di fatto più fornirci alcuna spiegazione circa l'accaduto. Ci si ritrova così di fronte ad una categoria apparentemente omogenea, quella dei suicidi, che tuttavia racchiude una miriade di storie diverse, di percorsi di vita originali e unici, accomunati solo dall'esito dell'esistenza, ossia dalla "scelta" suicidaria che si concretizza in quello che J. Améry (1990) definisce il "momento del salto" dalla vita alla morte. Il termine "scelta" è provocatoriamente ivi utilizzato in quanto rimanda ad una capacità di intendere e di volere non sempre integra: talvolta infatti il suicidio si inserisce in uno stato di coscienza "lucido" mentre in altri casi esso è in parte ascrivibile ad un quadro connotato da caratteristiche psicopatologiche, in particolare melanconiche, schizofreniche e borderline (Rossi Monti, 2012).

Per un clinico è fondamentale leggere e discriminare il mondo di appartenenza della persona che si ha di fronte e che manifesta, in modo più o meno chiaro e diretto, la volontà di suicidarsi. Infatti, come evidenzia Rossi Monti (2012), il margine di azione di una psicoterapia (talvolta accompagnata da una oculata farmacoterapia) è ben diverso a seconda che l'individuo abiti un "mondo suicidario chiuso" o "aperto" alle relazioni e in generale all'ambiente esterno. Nel primo caso il clinico potrebbe confrontarsi con una realtà caratterizzata dalla presenza di un persecutore interno implacabile dal quale non si può sfuggire e da una claustrofobia psichica in cui l'individuo si sente intrappolato (*mondo melanconico*), oppure si potrebbe accostare ad un mondo delirante, quello *schizofrenico*. In entrambi il teatro del suicidio sarà quello del mondo interno ed il

clinico, attento a cogliere lo stato del paziente e le sue variazioni, potrà proteggerlo da un simile gesto avvalendosi di un ausilio farmacologico adeguato e attivando una rete di sostegno quanto più allargata che riguardi la famiglia, gli amici (laddove possibile), fino alle strutture sanitarie di pertinenza (CIM, SPDC, ecc.).

In altri casi, il clinico potrebbe disporre di un margine d'azione più ampio che possa far leva sulla relazione. Quest'ultima necessiterà dell'impegnativa co-costruzione di una forte alleanza terapeutica con l'individuo che si ha in cura. Si tratta di persone che abitano *mondi suicidari aperti* in cui il progetto suicidario non è segreto, né solitario, ma inscritto all'interno di una relazione caratterizzata da disforia e sfida (pazienti con Disturbo di Personalità del Cluster B, in particolare i Borderline). In questo caso *il teatro del suicidio è la relazione*.

All'interno di un contesto di cura, quando un paziente fa intuire o dichiara esplicitamente al clinico che intende togliersi la vita, è necessario che quest'ultimo non si faccia paralizzare dall'angoscia, ma esplori approfonditamente tale intenzione, cercando di capire se è presente o meno un preciso progetto suicidario oppure se tale idea si collochi, ad esempio, sul piano di una fantasia. È importante pertanto rifuggire dall'errata paura che il parlare del suicidio possa facilitare la realizzazione di tale comportamento traducendo le parole in un'azione, anziché in un pensiero. Il clinico infatti dovrà mantenere viva dentro di sé la speranza che la persona, che ha di fronte a sé, riesca, avvalendosi della terapia, a mettere in parole il dolore mentale che prova e a sviluppare un pensiero che lo aiuti a renderlo più tollerabile. Spesso il suicida opta per il "folle gesto" in quanto ritiene di avere perso la possibilità di pensare a delle possibili alternative: il suicidio è l'unica "soluzione" a disposizione per porre fine ad un tale stato di sofferenza. Ecco qui che entra in gioco, responsabilmente, la figura del clinico: a quest'ultimo spetta l'arduo compito di mantenere

accessibili alla mente del paziente molteplici possibilità che gli consentano di mantenere vivo dentro di sé il desiderio di restare in vita e di sostenere, all'interno di un contesto relazionale terapeutico, un dolore psichico così perturbante.

2. Arianna¹

Arianna è una ragazza che mi è stata inviata circa due anni fa da una collega, con l'indicazione di avviare un breve lavoro per migliorare il metodo di studio, che risultava dispersivo e poco efficace, comportando una grande fatica ad ottenere buoni risultati. Aveva ricevuto da poco una diagnosi di Dislessia lieve, presso un centro privato, all'inizio delle scuole superiori.

Dopo aver conosciuto i genitori la presa in carico è consistita, per i primi sei mesi, nel conoscere la ragazza e lavorare con lei per favorire l'autonomia scolastica e migliorare la gestione dell'ansia durante i compiti in classe e le interrogazioni. Aveva 15 anni e frequentava il secondo anno di un Istituto tecnico agrario.

Si è instaurato subito un buon clima di collaborazione e alleanza ed in breve tempo Arianna è riuscita ad organizzarsi autonomamente nello studio.

E' una ragazza molto carina, sempre sorridente e apparentemente allegra. Sembra più piccola dell'età che ha. Conoscendola mi costruisco un'immagine di lei come di una ragazza socievole e simpatica, ben integrata nella classe, anche se la maggior parte del tempo la trascorre con una compagna di classe a cui è molto legata.

Mi colpisce la sua preoccupazione di difendere, proteggere ed aiutare

¹ Il presente paragrafo riporta, in prima persona, le note cliniche dell'autrice (S. Campanini) che ha in carico la paziente.

un ragazzo down della sua classe. Quando qualcuno lo prende in giro o l'insegnante di sostegno lo sgrida, lei si arrabbia moltissimo e interviene in sua difesa. Poi sta molto male, identificandosi con il disagio di questo ragazzo, e portandosi a casa l'emozione negativa e per lei intollerabile della sofferenza che questo ragazzo può provare quando viene trattato male. Oltre alla scuola Arianna frequenta un corso di danza da qualche anno. È brava e si impegna molto.

Con la pausa estiva concordiamo la conclusione del breve percorso e ci salutiamo, dandoci comunque un appuntamento dopo l'estate per fare il punto della situazione.

Durante il mese di agosto ricevo una telefonata dalla madre, Marta, molto preoccupata per un racconto della figlia che l'ha messa in allarme.

In quel periodo ero fuori Roma, ma avvertendo l'urgenza e l'agitazione della madre di Arianna, mi faccio raccontare al telefono di cosa si tratta. La signora mi dice che Arianna ha provato per due volte a togliersi la vita, rendendosi conto solo dopo di quello che stava per fare. In entrambe le occasioni era presente un suo caro amico, che l'ha salvata. Marta al telefono è molto in ansia, mi chiede come sia meglio comportarsi. Le dico di continuare a parlare con la figlia per cercare di capire meglio, di starle vicino e di chiederle se abbia voglia di condividere questo racconto anche con me, una volta rientrata a Roma.

Arianna accoglie positivamente l'invito e a fine agosto ci incontriamo. Questo incontro ha dato l'avvio ad una presa in carico della situazione, condivisa con la ragazza, con la famiglia e con la collega che mi aveva fatto l'invio. E così è iniziato il percorso di psicoterapia. Ricordo l'imbarazzo di Arianna, ma nello stesso tempo il desiderio di condividere con me questa sua strana esperienza, a cui non riusciva a dare una spiegazione.

Si è trattato di due episodi avvenuti durante l'estate. "La prima volta" racconta "è successo mentre aspettavo la metro per tornare a casa: ero con il mio migliore amico e ad un certo punto mi sono avvicinata alle rotaie per buttarmi sotto la metro. Lui se ne è accorto e mi ha afferrata e allontanata. A quel punto mi sono resa conto di quello che stavo per fare. Giorni dopo mi è accaduta la stessa cosa, sul molo. Ero seduta, con lui accanto, e guardavo l'acqua. Ero molto attratta dalla profondità e mi sentivo strana. Avevo voglia di andare là sotto. Lui se ne è accorto anche questa volta, perché continuavo a fissare l'acqua e mi sporgevo sempre di più. Allora mi ha abbracciato da dietro e tenuto forte. Dopo un po' mi è passata questa sensazione".

Dopo questi episodi, durante il mese di settembre ne avviene un altro, con caratteristiche differenti. Arianna questa volta si trova in casa da sola e ad un certo punto ha l'impulso di uccidersi. È cosciente di quello che vuole ma non prova nessun tipo di emozione. Va in cucina e prende un coltello. Lo appoggia sullo stomaco e si ferma. Aspetta un po' e poi lo riposa nel cassetto. Nel raccontarmi questo episodio commenta che, anche se sapeva cosa stava facendo, la mano si muoveva autonomamente.

Rispetto al senso di questi episodi Arianna commenta che non ha paura di morire, trova la vita molto faticosa ed impegnativa, piena di ansie e forse non fatta per lei. Quando le chiedo cosa la rende felice è in difficoltà, risponde che, anche quando sta bene, non può dire di essere felice.

A partire da questi elementi organizzo alcuni incontri con i genitori, per raccogliere informazioni sulla storia familiare. Da questi incontri emerge una storia familiare segnata dalla malattia del fratello di Arianna, Alessio, che soffre di un morbo raro congenito, che ha comportato una storia di ricoveri e operazioni d'urgenza da quando è nato, con il rischio di perdere la vita.

Arianna è nata e vissuta sempre all'interno di questa configurazione familiare, in cui il rischio di morte reale del fratello ha comportato continui viaggi per ospedali, difficoltà di sostenere economicamente le spese sanitarie, un'attenzione dei genitori costante allo stato di salute del figlio.

Un altro elemento significativo che riesco a cogliere nel racconto è l'importanza del nonno materno di Arianna, pilastro e collante della famiglia, che si è preso cura di lei per un anno e mezzo quando i genitori sono dovuti rimanere fuori Roma per curare Alessio. Arianna aveva due anni ed ha vissuto con i nonni e il fratello maggiore Stefano. Sono tre figli, di cui lei è la più piccola, voluta dalla madre, ma ancora di più dal padre, nonostante i medici avessero consigliato alla signora di non avere più gravidanze.

Il percorso terapeutico con Arianna procede con incontri individuali settimanali, durante i quali riusciamo a mettere in parola le sensazioni legate al desiderio di morire e alla sua infelicità di vita. Emerge il suo essere totalmente immersa nella vita familiare, con una funzione molto importante per tutti, emotivamente coinvolta nelle vicende di casa, senza energie per investire fuori.

A parte le amicizie strette, che comunque sono storiche e di fatto parte della famiglia, emerge una paura ad uscire, ad esplorare il mondo.

Nel corso del primo anno di terapia non si presentano più agiti legati al desiderio di morire, Arianna comincia a sperimentarsi un pochino di più al di fuori della famiglia, esce con gli amici e ne conosce di nuovi. La costruzione di una salda alleanza terapeutica e la possibilità, per Arianna, di avere un luogo esterno alle persone della famiglia, in cui poter depositare le sue emozioni e paure, hanno contribuito a sviluppare tali trasformazioni. Arianna infatti ha potuto gradualmente iniziare ad osservare, accettare e accogliere dentro di se alcuni suoi

aspetti negativi, senza spaventarsi troppo, lavorando insieme a me per costruire connessioni di senso con la sua storia.

Finché non si ammala il nonno materno.

Il nonno è anziano ed ha problemi di cuore. Lavoriamo molto sulla vecchiaia e Arianna si prepara emotivamente alla sua morte. Quando il nonno muore, evento previsto e senza troppa sofferenza e agonia, lei soffre molto, piange e sta male. Questo evento la fa sprofondare in un dolore intollerabile: è spaventatissima e pensa che senza di lui lei non ce la può fare. Lui è sempre stato la persona che l'ha salvata, fatta vivere, accolta quando era abbandonata da piccola, aiutata a gestire tutti i momenti brutti e ora che non c'è più lei sente di non farcela.

Accanto a questo emerge il desiderio forte di raggiungerlo. Il desiderio di morire si aggancia al desiderio di raggiungere il nonno e Arianna per qualche mese mi parla dei pensieri suicidari che le arrivano nella mente in maniera intrusiva e non la abbandonano.

Pensa di morire in vari modi, buttandosi da un ponte o sotto una macchina. In realtà questi pensieri non si traducono mai in azioni e finché lei riesce a parlarne, in terapia o con la sua amica, diventano uno spunto per lavorare insieme.

Arianna scrive ovunque il nome del nonno, lo sogna, parla con lui, non se ne vuole staccare. Proprio in questo periodo, come se non bastasse, Alessio ha una ricaduta e la famiglia si riattiva per curarlo, inizialmente da Roma, mantenendo contatti telefonici con il medico che lo segue e che consiglia ai genitori di partire per un nuovo intervento. C'è un lungo periodo di attesa in cui non si capisce bene quando sarà prevista la partenza e quando verrà operato. In questa attesa Arianna è molto sofferente, c'è in mezzo il suo compleanno a fine aprile, il saggio di danza a giugno e la fine della scuola, che la vede molto impegnata, a dovere recuperare diverse materie. L'attesa

e il non sapere se ci saranno i genitori e i fratelli con lei la preoccupa molto. Si tratta del primo saggio in cui sicuramente non ci sarà il nonno a sostenerla e lei è molto spaventata. Arianna fatica molto a mantenere una continuità di investimento sulla sua vita, spesso non riesce a studiare, salta la scuola o non va a danza perché non riesce a concentrarsi.

Per due settimane non viene agli incontri di psicoterapia, perché sta male. Quando la rivedo è imbarazzata, dice che mi deve parlare ma si sente strana a farlo. Mi mostra i tagli che si è fatta sul polso. Sono due tagli molto precisi, non molto profondi, fatti con la lametta del rasoio.

Le chiedo di raccontarmi nel dettaglio quello che è successo e come si è sentita, prima, durante e dopo. Lei commenta che pensare, a freddo, a quello che è successo e parlarne le dà una sensazione molto strana, come se quell'evento sia molto intimo e la imbarazzi un po'. La sensazione strana è legata anche al fatto che mentre si tagliava non pensava, ora invece le chiedo di fare un pensiero.

Mi spiega che il taglio la calma, la vista del sangue le permette di sentire che il dolore esce e lei si libera, almeno per un po', dal senso di oppressione e dall'angoscia. Dopo i tagli Arianna ha deciso di sfogarsi con la sua amica, di piangere con lei e di parlare con la madre, di poterle dire che le manca, che si sente sola e che ha paura. Il taglio sembra avere una doppia funzione: da un lato sostituisce la parola, la condivisione del dolore e della solitudine con la famiglia, nel tentativo di farcela da sola. Dall'altro è la porta d'accesso che permette ad Arianna di portare ai suoi cari il suo dolore. Infatti è dopo il taglio che si decide a parlare con l'amica e con la madre. Tutto questo accade nelle settimane in cui non viene in terapia.

I tagli costituiscono anche una nuova fase del lavoro terapeutico. Arianna inizia a portare molti sogni significativi.

Analizzando la storia del sintomo di Arianna, che si inserisce in un mondo suicidario aperto, in cui il teatro del suicidio è appunto la relazione, emerge un'evoluzione. Avviene un passaggio dal compimento del gesto suicidario, agito senza pensieri e senza contenuti emotivi (quello raccontato all'inizio), ad una fantasia e intenzione suicidaria con un contenuto doloroso ben preciso, legato alla morte del nonno, fino a giungere alla trasformazione del gesto suicidario, che diventa un taglio sul braccio. Il taglio sembra svolgere una funzione di richiamo dell'attenzione familiare su di sé, ma al tempo stesso rappresenta una porta di accesso alla comunicazione delle sue emozioni di rabbia e tristezza, che Arianna non si sente mai legittimata a provare.

Mentre il percorso terapeutico con Arianna procede e il sintomo cambia forma e funzione, la famiglia sembra gradualmente distanziarsi, diventando progressivamente più sfuggente rispetto alla condivisione del percorso, la cui responsabilità viene delegata sempre di più alla coppia terapeuta-Arianna.

Gradualmente avviene un processo di chiusura sul sintomo, sia nella relazione terapeutica che da parte della famiglia. Io stessa non mi rendo conto di quanto stia accadendo, finché non emerge un nuovo sintomo. Arianna vede le persone morte, in particolare il nonno materno e paterno, che le indicano cosa fare e con chi deve parlare, per mantenere un equilibrio familiare. Questo di nuovo come all'inizio del percorso, allarma i genitori, che sull'urgenza si riattivano contattandomi e chiedendo aiuto.

Questo momento ha costituito un punto di svolta per il lavoro terapeutico, a partire dalla presa in carico da parte della terapeuta, che ha sentito il forte bisogno di un'apertura di discussione del caso al gruppo di lavoro, per recuperare una dimensione più aperta a nuove possibilità.

Considerare la famiglia all'interno del campo di cura, in questa fase della terapia, diviene un'esigenza imprescindibile della psicoterapeuta. Prima di tutto per gli aspetti etico-legali² implicati nella vicenda, ma anche, per un aspetto non secondario: comprendere realmente la complessità che si muove attorno al disagio manifestato dalla paziente e di cui esso ne diviene in un certo senso messaggero. La severità delle problematiche evidenziate e la giovane età di Arianna rendono necessario stabilire un'alleanza non solo con lei, ma anche con i suoi genitori.

"La costruzione di psichismo evolutivo deve avvenire <tra i territori> in quanto la psico-patologia ha sempre a che fare con la non pensabilità dei passaggi <tra>. La continua condivisione della storia e degli accadimenti psichici, sia nella fase del comprendere per decidere, sia nel corso della gestione del progetto di cura, con le persone implicate comunque nella situazione, permette quella co-evoluzione continua che è l'unica autentica fondazione dell'alleanza terapeutica. Quindi il costruito <alleanza terapeutica> non è in primis una categoria della relazionalità duale ma è una categoria della relazionalità multipersonale e multi contestuale" (Pontalti, 2006).

Seguendo tale ottica diviene sempre più chiaro come l'intervento non potrebbe essere efficace attraverso i soli incontri individuali con la paziente poiché la sua grande sofferenza testimonia una lacerazione non riconducibile alla sfera dell'intrapsichico ma al territorio mentale più ampio del familiare. Emerge come in esso alcune aree siano separate e necessitino quindi di un tentativo di ri-connesione attraverso un lavoro terapeutico che coinvolga altri suoi membri.

"Per poter condividere bisogna co-esistere nel campo esperienziale affinché

² Lo psicoterapeuta è tenuto al segreto professionale e la violazione del segreto, senza giusta causa, è sanzionata in sede disciplinare e penale, ove ne derivi un danno. In alcuni casi lo psicologo si assume la responsabilità della violazione del segreto, quando è convinto della sussistenza di una effettiva emergenza per il proprio paziente. Tale emergenza deve essere sostenuta da un'attenta valutazione clinica che il professionista deve saper difendere in sede disciplinare e giudiziaria.

il materiale psichico possa transitare con efficacia trasformativa (cioè simbolopoietica) da un territorio all'altro" (Pontalti, 2006).

L'idea di una cura che possa coinvolgere, qualora necessario, come in questo caso, dei componenti significativi del mondo familiare o prossimale al soggetto preso in carico, è abbracciata anche dal Minotauro, un Centro di Consultazione e Psicoterapia di Milano, che dedica la propria attività clinica alla ripresa evolutiva di crisi delle diverse fasi del ciclo di vita. Una particolare attenzione sembra essere riservata al mondo adolescenziale e alle sue difficoltà esistenziali. I terapeuti del Centro, tra cui il Dott. G. Pietropolli Charmet, sottolineano quanto sia spesso auspicabile la partecipazione al progetto di cura del giovane degli adulti di riferimento e del contesto familiare, considerati partner importanti nel lavoro psicologico.

Nelle situazioni dove è presente un rischio suicidario è proposta una presa in carico tempestiva e intensiva, tesa al superamento degli ostacoli evolutivi insormontabili, che provocano vergogna e spingono l'adolescente all'atto estremo del togliersi la vita. Il ruolo imprescindibile del contesto di crescita, soprattutto dei genitori, nell'intenzionalità del gesto suicidale, fa sì che il coinvolgimento di madre e padre sia fondamentale nel dispositivo terapeutico. Spesso è inoltre necessario un sostegno al loro ruolo educativo.

Il gruppo di lavoro sui comportamenti a rischio, diretto dal Prof. A. Piotti, si avvale di un modello di intervento che prevede la consultazione dei genitori e dei colloqui clinici con l'adolescente al fine di giungere ad una profonda comprensione delle vicissitudini che si costituiscono come blocchi evolutivi per riattivare una buona ripresa del percorso evolutivo.

Nella storia familiare di Arianna si muovevano troppe vicende dense di significato ed alcuni aspetti di essa risultavano chiaramente non elaborabili per lei dal momento che non lo erano dagli stessi

protagonisti delle vicende.

Esistono aree dissociate nella mente familiare ed il malessere della paziente, il suo sintomo, tiene insieme i pezzi della famiglia attraverso una modalità "concreta", dal momento che manca la capacità di restituire un senso agli accadimenti dolorosi e stabilire una continuità nel tempo delle storie. Arianna si confronta con questa impossibilità ed è costretta a dire "se non mi faccio male non mi ascoltano".

Andando oltre l'emergenza sollevata dagli agiti, l'obiettivo diviene la ricostruzione del senso del suo malessere attraverso la funzione simbolopoietica della narrazione che viene attivata dagli incontri con i suoi genitori: solo insieme a loro è possibile recuperare i "pezzi" slegati e dissociati nella mente familiare. Questo consente il passaggio da una dimensione incorporata di narrazione, com'è quella di Arianna, ad una dimensione di narrazione condivisa che permetta la co-costruzione di nuovi significati, in cui emergano nuove possibilità di individuazione e differenziazione per Arianna, che non siano la scissione o il suicidio.

La convocazione dei genitori di Arianna li ha resi innanzitutto parte attiva del progetto di cura della figlia, recuperando nel setting terapeutico quella funzione elaborativa che era andata smarrita nelle generazioni ed aveva generato sofferenze inelaborabili dai singoli individui.

Emerge, infatti, una storia della famiglia materna caratterizzata da una forte endogamia, che nelle generazioni precedenti è stata salvifica, poiché la forte unione ha permesso alla famiglia di scappare, salvandosi dai campi di concentramento. Di chi non è rimasto unito alla famiglia si sono perse le tracce.

La storia della famiglia paterna sembra piena di buchi di significato e segreti inenarrabili, che il padre non ha potuto comprendere,

elaborare ed integrare, ma che trovano uno spazio di parola e pensiero condiviso. I genitori hanno potuto narrare alla terapeuta e alla figlia varie vicende significative della loro storia, consentendo alla figlia di recuperare un contatto con aree della storia familiare rimaste in ombra ed isolate dal momento che parlavano di fatti troppo dolorosi e traumatici.

Ricompaiono connessioni nelle trame del familiare e Arianna torna a prendervi parte dopo essere stata per molto tempo tenuta da parte e all'oscuro dei significati che si muovevano in esso.

Bibliografia

Améry J. (1976), *Levar la mano su di sé*, Bollati Boringhieri, Torino.

Pietropolli Charmet G., Piotti A., (2009), *Uccidersi, il tentativo di suicidio in adolescenza*, Raffaello Cortina Edizioni, Milano.

Pontalti C., (2006). *Prospettiva multi personale in psicopatologia. Connessione o lacerazione dei contesti di vita?* In "La cura relazionale", a cura di Lo Coco, G. e Lo Verso G., Raffaello Cortina Editore, Milano.

Rossi Monti M., D'Agostino A. (2012), *Il suicidio*, Carocci, Roma.