

Il lavoro psicoanalitico nelle istituzioni

a cura di Massimo Armaro e Giorgio Bartolomei



“Questo libro realizzato da Massimo Armaro e Giorgio Bartolomei nel marzo 2013 raccoglie gli interventi presentati al convegno <Il lavoro psicoanalitico nelle istituzioni> tenutosi a Roma il 19 e 20 aprile 2012.

Il libro è inteso esclusivamente per Vostra consultazione privata.

E' vietata ogni forma totale o parziale di duplicazione, elaborazione, riproduzione con qualsiasi mezzo analogico o digitale senza il consenso scritto degli Autori.

E' consentita la copia per uso personale.

E' consentito utilizzare parti del contenuto o l'intero libro a condizione di citarne la fonte: "Il lavoro psicoanalitico nelle istituzioni di Massimo Armaro e Giorgio Bartolomeni 2013"

Il lavoro psicoanalitico nelle istituzioni

Autori	4
Prefazione	6
Tiziana Bastianini	
<i>“Noi credevamo” ...possiamo continuare ancora a “credere” in qualità di psicoanalisti impegnati nel lavoro istituzionale?.....</i>	9
Giorgio Bartolomei, Antonietta Valente	
<i>Psicoanalisi e Consultori Familiari: limiti e opportunità dello spazio clinico</i>	24
Massimo Armaro	
<i>Il tempo che [ci] resta.....</i>	33
Sonia Lanzon	
<i>Il modello psicoanalitico nelle istituzioni: lavoro d’equipe, consultazione, intervento terapeutico con genitori e adolescenti</i>	44
Flavia Capozzi Francesca Piperno	
<i>Una cura sufficientemente buona per la salute mentale dei bambini.....</i>	49
Giuseppina Parisi e Fabio Tini	
<i>Un vertice psicoanalitico in setting diversi: “Tempi per le famiglie” e “Intervento domiciliare” ..</i>	60
Piero Sistopaoli	
<i>La costruzione della relazione terapeutica con il paziente all’esordio psicotico.....</i>	74
Isabella Bersani, Nicola Boccianti, Patrizia Cupperi, Maria Rosaria Gerardi, Maria Guglielmi, Cassandra Tamponi, Stefano Zengarini	
<i>La forza della gravità. Esperienze di trattamento del paziente grave</i>	84
Ezio Maria Izzo	
<i>La psicoanalisi e la psicoterapia nelle istituzioni.....</i>	95
Gian Carlo Di Luzio	
<i>Servizi, psicoanalisi e disturbi alimentari.....</i>	102
Silvia Grasso	
<i>Luoghi istituzionali</i>	115
Cono Aldo Barnà	
<i>Per un assetto psicoanalitico nei servizi.....</i>	125
Giovanna Maria Mazzoncini	
<i>Psicoanalisi e Istituzioni</i>	135

Autori

Massimo Armaro

Dirigente Psicologo, Responsabile TSMREE (Tutela della salute mentale e riabilitazione dell'età evolutiva) D6 ASL RM C, Psicoterapeuta AIPPI (Associazione italiana psicoterapia psicoanalitica infantile)

Cono Aldo Barna

Psichiatra, Psicoanalista, Vice Presidente SPI (Società psicoanalitica italiana)

Giorgio Bartolomei

Già Dirigente Psicologo, Responsabile del Consultorio Adolescenti ASL RME
Psicoanalista, già membro associato SPI (Società psicoanalitica italiana)

Tiziana Bastianini

Dirigente Psicologo DSM (Dipartimento di salute mentale) ASL RMA, Psicoanalista, Segretario Scientifico SPI (Società psicoanalitica italiana)

Isabella Bersani

Dirigente Psichiatra, SPDC (Servizio psichiatrico di diagnosi e cura) ASL RM E, Psicoterapeuta, Consulente IseRDIP (Istituto per lo studio e la Ricerca sui Disturbi Psicici)

Nicola Boccianti

Psichiatra, Psicoterapeuta, Consulente IseRDIP (Istituto per lo studio e la Ricerca sui Disturbi Psicici)

Flavia Capozzi

Neuropsichiatra Infantile, DPNI (Dipartimento di Pediatria e di Neuropsichiatria Infantile) La Sapienza Università di Roma. Psicoanalista SPI (Società psicoanalitica italiana)

Patrizia Cupperi

Dirigente Psicologo, Equipe Giovani Adulti DSM (Dipartimento di salute mentale) ASL RMC, Psicoterapeuta

Di Luzio Gian Carlo

Dirigente psichiatra, DCA (Disturbi del comportamento alimentare) ASL RME, membro della AED (International Academy of Eating Disorders), Psicoanalista SPI (Società psicoanalitica italiana), Gruppo-analista didatta COIRAG/IAGP (Confederazione delle organizzazioni italiane per la ricerca analitica sui gruppi/ International Association Group Psychotherapy)

Maria Rosaria Gerardi

Dirigente Psicologo, DSM (Dipartimento di salute mentale) ASL RMC, Psicoterapeuta, Consulente IseRDIP (Istituto per lo studio e la Ricerca sui Disturbi Psicici)

Silvia Grasso

Dirigente Psichiatra, SPDC (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura) ASL RME, Psicoterapeuta SIPP (Società italiana psicoterapia psicoanalitica)

Maria Guglielmi

Dirigente Psicologo, Equipe Giovani Adulti DSM (Dipartimento di salute mentale) ASL RMC, Psicoterapeuta,

Ezio Maria Izzo

Psichiatra, già Primario Comunità Riabilitativa Ospedale psichiatrico Guidonia
Psicoanalista SPI (Società psicoanalitica italiana)

Sonia Lanzon

Già Dirigente Psicologo, TSMREE (Tutela della salute mentale e riabilitazione dell'età evolutiva) D11 ASL RM C, Psicoterapeuta AIPPI (Associazione italiana psicoterapia psicoanalitica infantile)

Giovanna Maria Mazzoncini

Neuropsichiatra infantile, Presidente AIPPI (Associazione italiana psicoterapia psicoanalitica infantile), Psicoanalista SPI (Società psicoanalitica italiana)

Giuseppina Parisi

Psicologa, Psicoterapeuta AIPPI (Associazione italiana psicoterapia psicoanalitica infantile), Centro

Ricerche sulla Famiglia (CERF)

Francesca Piperno

Psicologa, DPNI (Dipartimento di Pediatria e di Neuropsichiatria Infantile) La Sapienza Università di Roma, Psicoanalista SPI (Società psicoanalitica italiana)

Piero Sistopaoli

Dirigente Psicologo, Nucleo interventi precoci sugli esordi psicotici DSM (Dipartimento di salute mentale) ASL RM D, Psicoterapeuta, già membro AIPPI (Associazione italiana psicoterapia psicoanalitica infantile)

Cassandra Tamponi

Dirigente Psicologo, DSM (Dipartimento di salute mentale) ASL RMC, Psicoterapeuta

Fabio Tini

Psicologo, Psicoterapeuta, Centro Ricerche sulla Famiglia (CERF)

Antonietta Valente

Dirigente Psicologo, Responsabile Consultorio Familiare ASL RMH, Psicoterapeuta SIPP(Società italiana psicoterapia psicoanalitica)

Stefano Zengarini

Dirigente psicologo, Responsabile Centro Diurno DSM (Dipartimento di salute mentale) ASL RMC, Psicoterapeuta

Il lavoro psicoanalitico nelle Istituzioni

Prefazione

Questo libro nasce dalla sollecitazione dei numerosi partecipanti al convegno “Il lavoro psicoanalitico nelle istituzioni” a raccogliere e rendere fruibili gli interventi presentati in quella sede.

Abbiamo pensato di non utilizzare la tradizionale forma cartacea, ma di mettere in rete i lavori come pdf, e quindi in modo gratuito e facilmente scaricabile dalla maggior parte dei pc, in linea con la modalità organizzativa autogestita e lo spirito di confronto e di scambio, anche tra più generazioni di operatori, che ha caratterizzato il convegno.

Il 19 e 20 aprile 2012, presso l'Aula Magna dell'Ospedale C.T.O., gentilmente messa a nostra disposizione dalla ASL RM C, si è tenuto il convegno “Il lavoro psicoanalitico nelle istituzioni”, che ha raccolto relazioni e interventi di psicoanalisti e operatori con formazione analitica che operano nei Servizi Pubblici di Roma e Provincia. I circa 200 partecipanti erano divisi tra operatori dei Servizi (Consultori Familiari, Consultori Adolescenti, Centri di Salute Mentale, Servizi per l'Età Evolutiva, Centri per i Disturbi del Comportamento Alimentare, Istituto di Neuropsichiatria Infantile di Via dei Sabelli) e giovani, soprattutto psicologi, che si affacciavano per la prima volta al mondo istituzionale. E' stata un'occasione di incontro tra due generazioni altrimenti destinate a mancarsi: gli operatori che hanno contribuito a dar vita ai servizi, e i giovani che rischiano, stante l'attuale situazione politica, economica e sanitaria, di rimanerne fuori.

Avevamo voluto dare una doppia chiave di lettura al tema del convegno, una di natura *storico-professionale* - come sono evolute le prassi di lavoro dentro i Servizi Pubblici e come si sono modificate l'utenza e i suoi bisogni nell'ultimo trentennio - e l'altra di natura strettamente *psicoanalitica*: come ha operato e come si è *contaminata* e *ibridata* la prassi psicoanalitica dentro le istituzioni, e quanto ancora le istituzioni siano in grado di favorire l'esperienza umana dell'incontro clinico.

Il quadro che ne è venuto fuori è stato molto vivo e tale da suscitare un acceso e partecipato dibattito.

Raccogliamo qui i contributi presentati, alcuni rivisti e altri che mantengono la freschezza dell'occasione.

Giovanna Mazzoncini ricorda i valori legati alla nascita dei Servizi tra gli anni '70 e '80, l'integrazione scolastica dei minori con handicap, la liberazione dall'oppressione manicomiale, il nuovo ruolo della soggettività e della dignità umana, il valore dell'emancipazione femminile, il contributo psicoanalitico alle forme di svecchiamento delle pratiche psichiatriche, la prevenzione, la territorialità dei servizi, la partecipazione dei cittadini. Abbiamo voluto concludere il volume con il suo intervento in quanto ha rappresentato una sorta di sintesi e di *manifesto* nel quale in molti ci

siamo riconosciuti.

Tiziana Bastianini ha aperto il convegno, illustrando l'evoluzione delle teorie intersoggettive in psicoanalisi, esaminando il nesso tra infant research e sviluppo della nuova clinica psicoanalitica, il contributo delle neuroscienze, i fattori trasformativi dell'azione terapeutica, e sottolineando la necessità di affrontare le fratture psicotiche agli esordi e gli stati mentali a rischio.

Giorgio Bartolomei e Antonietta Valente descrivono il ruolo dei Consulteri Familiari e dei Consulteri Adolescenti, il valore che tali servizi hanno nell' intercettare e cogliere una “sofferenza psicologica diffusa” riferibile al panorama dei nuovi disagi del mondo contemporaneo, e l'importanza della prevenzione. Mettono in luce la trasformazione e fecondazione reciproca tra lavoro istituzionale e psicoanalisi *senza lettino*.

Massimo Armaro evidenzia il ruolo dell'incontro clinico, le nuove cliniche dell'infanzia, tra uso creativo del gioco, analisi del mondo interno e relazionale, sviluppi evolutivi legati all'infant research e all'analisi della corporeità.

Sonia Lanzoni incentra l'attenzione sui *setting ibridi* cui costringono le complessità delle condizioni sociali dell'utenza e il ruolo del lavoro di gruppo con gli adolescenti. Le necessità che divengono virtù, nell'ascolto dei nuovi bisogni dei pazienti.

Flavia Capozzi e Francesca Piperno, ricordando Bollea, affrontano la relazione tra psicoanalisi e psicopatologia dello sviluppo, le nuove pratiche di gruppo con i bambini legate al gioco e alla significazione psicoanalitica. Richiamano l'attenzione sulla sempre più accentuata penuria di risorse professionali che mette a rischio la sopravvivenza stessa dell'Istituto di Neuropsichiatria Infantile e del suo patrimonio culturale e professionale.

Giusi Parisi e Fabio Tini parlano dello *spazio per le famiglie*, un progetto che offre a madre e neonato un luogo di condivisione e rispecchiamento all'interno di un gruppo di altre madri e bambini; sottolineano inoltre l'importanza dell'assistenza domiciliare per madri depresse che hanno difficoltà nell'accudimento quotidiano dei propri bambini sotto i 5 anni. Uno sguardo sulle nuove pratiche del privato sociale.

Uno spazio importante del convegno è stato dedicato alle patologie gravi e psicotiche, ai disturbi del comportamento alimentare, e al ruolo dell'esperienza istituzionale del lavoro di gruppo e della supervisione.

Piero Sistopaoli ha affrontato il tema degli esordi psicotici nei giovani, il nesso con la carente sintonizzazione affettiva vissuta durante l'infanzia, il ruolo restaurativo dell'investimento idealizzante nel dare speranza al Sé deprivato.

Cassandra Tamponi, Maria Rosaria Gerardi, Isabella Bersani, Nicola Boccianti, Patrizia Cupperi, Maria Guglielmi, Stefano Zengarini si richiamano all'insegnamento del prof. Zapparoli sul paziente

psicotico. Presentano una elaborazione sviluppatasi nell'impegnativo lavoro quotidiano con i pazienti gravi, spesso portatori del *bisogno di essere liberi dai bisogni* che per loro natura vincolano l'essere umano all'esperienza del limite e della dipendenza dall'altro.

Ezio Maria Izzo collega gli aspetti riabilitativi a quelli terapeutici nell'emancipazione prudente dei pazienti gravi, soffermandosi sulla valenza terapeutica del "modello del lavoro protetto" all'interno delle esperienze delle Comunità-Cooperative.

Gian Carlo Di Luzio si occupa di un tema di grande attualità quale quello dei disturbi alimentari e delle loro diverse tipologie, nonché delle pratiche terapeutiche utili per comprenderli ed affrontarli.

Silvia Grasso parla delle istituzioni come luoghi fisici e mentali di grande attaccamento e dell'appartenenza istituzionale come identità affettivo-sensoriale, fattore di sviluppo ma anche di ostacolo all'accoglimento del paziente.

Cono Aldo Barnà, partendo dalla sua lunga esperienza di supervisore nei servizi deputati alla cura e alla riabilitazione dei pazienti psichiatrici, sottolinea l'importanza dell'"assetto gruppale di supervisione" e ripropone con forza la proposta dell'"opzione psicoterapeutica" nei servizi pubblici, che se adeguatamente sostenuta avrebbe anche una utilità aziendale riguardo ai costi.

Il dibattito ha visto molti interventi di operatori che hanno rivendicato e mostrato un *ruolo vivo della psicoanalisi* e delle pratiche cliniche istituzionali, nel loro confronto quotidiano e rispettoso di soggettività e umanità dell'utenza, a fronte delle sempre più invadenti scelte sociali e politiche che tendono a penalizzare lo spazio clinico a favore di pratiche settoriali, che privilegiano l'uso degli psicofarmaci o le tecniche neocomportamentali.

Roma, 19 marzo 2013

Massimo Armaro Giorgio Bartolomei

Tiziana Bastianini

“Noi credevamo”....possiamo continuare ancora a“credere” in qualità di psicoanalisti impegnati nel lavoro istituzionale?

Alcuni anni fa, circa quindici, in un congresso del CPDR mi capitava di proporre, all'interno di un lavoro dal titolo “ dal controtransfert alla soggettività dell'analista“, le seguenti riflessioni: “La visione romantica della natura umana (esaminavo in quel contesto il lavoro di Strenger) credo sia propria di una generazione, quella degli anni 60/70, che sentiva di essere portatrice di una particolare “teoria del bene”. Ogni generazione attraversa la vita, la interpreta, le da significato in modo peculiare, il carattere fondamentale che la contraddistingue, ritengo continui a vivere profondamente in ciascun individuo, nonostante le trasformazioni e i passaggi di testimone. La generazione cui appartengo, ha creduto talvolta in modo radicale, di poter trasformare il mondo, liberare gli individui, assicurare a ogni minoranza emarginata, dignità e diritti. Una generazione, che ha tentato di mettere in crisi la visione autoritaria delle relazioni tra gli esseri umani, ha evidenziato le contraddizioni culturali e sociali uomo-donna, maschile-femminile, adulto-bambino, sanità-malattia. Tale tensione etica, ha informato molte delle nostre scelte compresa quella, io credo, di diventare psicoanalisti, nel tentativo di far transitare tali valori da una dimensione pubblica a una privata, da una prospettiva esterna all'individuo e alle sue contraddizioni, a un'interna”. Consapevolezze che, una volta acquisite, hanno costituito il motore profondo per il nostro essere psicoanalisti impegnati nei contesti istituzionali, al servizio di una concezione della salute mentale e della cura della sofferenza psichica, che ha posto al centro la relazione terapeutica, quale matrice di una concezione clinico trasformativa, in tutte le sue articolazioni e declinazioni. E' possibile concettualizzare il dibattito inerente il contributo della Psicoanalisi ai Servizi di Salute Mentale, da molte prospettive: da quelle più vicine alla dimensione clinico- organizzativa con i loro molteplici corollari e specificità, sino a quella inerenti una riflessione teorico-clinica che a partire dalle diverse forme di espressione del disagio psichico, tenta di cogliere prospettive di ascolto e di cura che evolvono e si modificano in relazione alle evoluzioni delle teorizzazioni, che a loro volta subiscono influenze, sia dall'incontro con nuove popolazioni cliniche, sia dai contributi che il confronto con discipline limitrofe apporta. Aver posto la relazione terapeutica al centro dell'intervento, non solo ha profondamente modificato l'oggetto della psichiatria ma, ha significato contemporaneamente, evidenziare, come la formazione delle strutture psichiche e la loro possibile trasformazione avvenga all'interno di una cosiddetta matrice relazionale.

Decidere in tal senso, rivela una opzione teorica e metodologica che pone al centro dell'intervento la necessità di operare in direzione della trasformazione delle strutture psichiche (aumento della qualità della salute mentale nel paziente) e non del semplice controllo dei sintomi e dei

comportamenti. Se un paziente è preso in cura tardivamente, può accadere, che non vi sia altra possibilità se non quella del controllo sintomatologico.

Inoltre, continuare a promuovere una diversa concezione dell'intervento terapeutico precoce in senso ampio, ma in modo specifico, nelle condizioni di stato mentale a rischio o nell'esordio psicotico, ha come obiettivo prioritario quello di non produrre nuova cronicità. Sostenere la cultura "clinico-trasformativa" dei servizi di salute mentale significa anche continuare a contrastare il pessimismo terapeutico, fondato il più delle volte su concezioni di marca riduzionista, che consegnano la sofferenza psichica ad una ineluttabile deriva biologica. Il modello psicoanalitico, unico nel proporre una teoria dello sviluppo, ormai solidamente confermata attraverso le ricerche, anche in senso sperimentale, ci consente di comprendere la relazione tra esperienze precoci, eredità genetica e psicopatologia dell'adulto. Questa cornice evolutiva restituisce significatività agli interventi precoci e dovrebbe ispirare le politiche sanitarie nell'ambito della salute mentale, così come accade in altri in paesi.

Che cosa è accaduto, negli ultimi venti anni, nella nostra comunità di psicoanalisti-psicoterapeuti impegnati nelle istituzioni?

Con alcuni colleghi, mi capitava di scrivere un articolo (sempre molti anni fa) il cui nucleo centrale si esprimeva attraverso un interrogativo che traeva spunto dallo storico lavoro di Eugenio Gaddini, *Se e come cambiano i nostri pazienti*. Nel tentativo di estenderne l'implicito corollario, giungevamo ad un ampliamento concettuale che poteva essere così riassunto: "se e come sono cambiati i nostri pazienti, se e come sono cambiati i nostri strumenti teorici per comprenderli". Interrogativo che ancora oggi, a mio parere, si dimostra utile a poter indagare, seppur sinteticamente, le trasformazioni teorico concettuali prodotte nella nostra comunità di "Psicoanalisti Impegnati", in costante dialogo con altre comunità scientifiche, in relazione alle modificazioni dell'espressione del disagio psichico, e alle inevitabili ricadute che tali cambiamenti hanno prodotto sulle nostre concezioni della patogenesi e dell'azione terapeutica.

Alcune questioni di fondo: la clinica contemporanea

Psicopatologia dello sviluppo, questione del traumatico, pluralità dei sistemi di memoria, forme delle iscrizioni mnestiche, aree dell'inconscio diverse da quello rimotivo, meccanismi di difesa precoci quali scissione e dissociazione, sono dal mio punto di vista, perlomeno alcune questioni fondanti un diverso modo di affrontare le fratture gravi del tessuto psichico, nonché gli stati mentali a rischio.

Nella consapevolezza che sotto la denominazione patologie gravi, stati mentali a rischio, psicosi, si celino stati di sofferenza psichica di diversa natura e gravità, abbiamo tentato, nelle nostre

comunità, di delineare in modo più approfondito le diverse fenomenologie psicopatologiche. Tale costruzione clinico-concettuale ha potuto integrare nozioni e contributi che emergono dai vari ambiti disciplinari: infant research, neuroscienze, clinica psicoanalitica con particolare attenzione all'evoluzione contemporanea delle teorie delle relazioni oggettuali e del sé, dell'attaccamento (della trasmissione transgenerazionale della vita psichica e delle modalità di regolazione affettiva, nonché gli attuali contributi della genetica comportamentale (cfr Fonagy), al fine di delineare e promuovere una concezione della sofferenza psichica come “*complessa psicopatologia dello sviluppo*”.

Ora conosciamo molto meglio i processi di sviluppo del bambino e dell'adolescente. La psicoanalisi ha conferito nel tempo un crescente rilievo allo studio dei processi che presiedono il modellamento della mente e dello sviluppo del senso di sé attraverso gli scambi, le connessioni, i legami nella relazione madre-bambino, sé-altro, paziente-analista. Le domande cui psicoanalisti e studiosi dello sviluppo infantile hanno tentato di dare risposta sembrano essere: come giungiamo a fare esperienza di noi stessi come iniziatori di scambi intersoggettivi e a costituire la consapevolezza di essere gli autori di quanto facciamo, desideriamo, creiamo e ricreiamo? E in che modo i legami interni ed esterni con altri significativi intervengono nel favorire oppure no le esperienze affettivo-sensoriali di interesse, efficacia e competenza, piacere per l'intimità, desiderio, riduzione dell'angoscia alla base di un pieno sviluppo della soggettività? In altri termini in che modo si costruisce il senso della nostra realtà soggettiva?

Un primo elemento viene dagli studi sull'osservazione del bambino e delle sue interrelazioni precoci con l'ambiente, studi che hanno ampiamente confermato la presenza di competenze precoci (affettive, cognitive, interattive). Il bambino si pone subito come un essere sociale: il bisogno primario del neonato è di entrare in relazione con l'altro. L'essere umano sembra, dunque, fin dalle sue origini necessitato al dialogo intersichico ed intersoggettivo, all'incontro con l'alterità.

Tradizionalmente (Winnicott, Bion, Tustin, Gaddini), la capacità di contenere, modulare, pensare ed elaborare gli affetti è stata strettamente connessa alle esperienze di comprensione, condivisione e rispecchiamento degli stati affettivi da parte degli oggetti di cure nei primi periodi della vita. Altri autori come Winnicott (1953), Gaddini (1978) e Tustin (1981) hanno anche messo in luce nel bambino un'elementare attività autoregolatrice indipendente, legata a oggetti o alle stimolazioni di parti del corpo (oggetti di sensazione), intesa come preconditione per lo sviluppo successivo di oggetti transizionali e di fenomeni transizionali indispensabili a mantenere l'illusione di unità con la madre. Mancanze di sintonia e comprensione di genitori che non amplificano o non corrispondono alle manifestazioni affettive-motorie e alla soggettività emergente del bambino impediscono lo sviluppo del processo cognitivo-affettivo che conduce il bambino a collegare sentimenti, pensieri e

attività e favoriscono lo strutturarsi di legami interni ed esterni patologici. In altri termini è impedito lo strutturarsi di esperienze transizionali e non è facilitata la nascita di funzioni immaginative e fantastiche attraverso la quale si dispiega il repertorio delle possibilità modulative degli affetti. Privati della esperienza della relazione transizionale questi bambini possono continuare ad affidarsi per la loro regolazione ad attività autosensoriali o ad oggetti di sensazione, modalità primitive di regolazione affettiva che riflettono un livello presimbolico di organizzazione emotiva che è alla base di successive modalità patologiche di contenere gli affetti (patologia da dipendenze, disturbi delle condotte alimentari, borderline). Altri autori sulla scia di Bowlby (1969,1973, 1988) hanno messo in rilievo il ruolo esercitato sull'esperienza soggettiva e sul comportamento dalle *rappresentazioni di sé in relazione con la figura di attaccamento*, piuttosto che della figura di attaccamento in sé stessa. Kernberg (1984) riconosce agli affetti un ruolo motivazionale primario e li mette in relazione con le relazioni oggettuali interiorizzate. La psicologia del Sé attribuisce alla relazione Sé/oggetto-Sé il ruolo di matrice del senso di sé e del suo sviluppo nel corso dell'intera vita.

Come si può evincere da quanto finora brevemente descritto, è possibile affermare che la mente umana, connotata sin dalle origini dalla propria storia biologica compresa quella genetica, di fatto si iscrive in una storia relazionale complessa, il cui assunto può così riassumersi: l'esperienza lascia una traccia, traccia psichica e traccia sinaptica, dunque dialogano.

Kandel ha affermato che "la psicoanalisi è la visione della mente più coerente ed attualmente apprezzabile di cui disponiamo oggi, e ritiene che in tale assunto abbia trovato conferma sperimentale quanto per Freud era evidente sin dalle origini dei suoi contributi teorici. Non più soltanto traccia psichica ma anche traccia biologica, plasticità delle reti neuronali rimodellate costantemente dall'esperienza. Plasticità non vuol dire totale flessibilità, l'emergere della soggettività sarebbe negoziata in modo complesso: determinismo psichico e liberazione dalle anguste costrizioni del determinismo genetico. I circuiti neuronali si sviluppano con una modalità direttamente proporzionale alla loro attivazione. Le nostre esperienze quindi facilitano o inibiscono la maturazione cerebrale

La questione delle tracce, ci conduce ad approfondire la questione della *molteplicità dei sistemi di memoria* emergenti dalla ricerca neuroscientifica. L'idea che l'esperienza lasci una traccia è altrettanto centrale per la psicoanalisi, grazie al concetto di traccia mnestica lasciata dalla percezione ai suoi livelli di registrazione conscia ed inconscia. L'idea di Freud di una trascrizione multipla dell'esperienza a diversi livelli consci ed inconsci, alla base della sua teoria del funzionamento mentale inconscio, ha permesso una prima convergenza reciproca fra psicoanalisi e neuroscienze, quando queste ultime, con la seconda rivoluzione cognitiva, sono arrivate a cogliere

la sovradeterminazione inconsapevole del comportamento in ragione di un processamento multiplo dell'esperienza a livello simbolico e non-simbolico.

Le recenti scoperte neuroscientifiche sui sistemi multipli di memoria (*implicita/dichiarativa*) e sullo stoccaggio delle informazioni emotive ad un livello simbolico e subsimbolico, che possono rimanere disconnessi se la condizione di impotenza *del soggetto traumatizzato* genera una inondazione emotiva psichica cataclismatica, hanno stimolato la ripresa di studi e ricerche concettuali nel campo psicoanalitico in merito alla *psicodinamica del trauma*.

L'attenzione si è focalizzata sulle originarie proposizioni di Freud sulle difese contro la percezione che genera angoscia. La "Verwerfung" che, sebbene usata da Freud in accezioni diverse, conserva nel suo senso di rigetto un potere euristico nella comprensione della psicodinamica del trauma e nella indicazione di una nozione più panoramica di inconscio, tale da accogliere anche quella di inconscio non dinamicamente rimosso: "Esiste un tipo di difesa molto più energico e molto più efficace che consiste nel fatto che l'Io rigetta la rappresentazione insopportabile insieme al suo affetto e si comporta come se la rappresentazione non fosse mai giunta all'Io" (Freud, 1894). Concetto molto simile a quelli di diniego, abolizione o ricusazione proposti in scritti successivi.

Una ricerca arricchita dal recupero della lezione di Ferenczi sul bambino abusato, che poneva ancora più in luce la causa relazionale dei processi scissionali (termine usato da Ferenczi in una accezione molto vicina al concetto di dissociazione) in atto nel trauma. Il bambino si identifica con l'aggressore e con la sua modalità di regolazione dell'affetto che è fondata sulla scissione dell'emotivo che lo rende incapace di comprendere il linguaggio della tenerezza.

Inoltre, le percezioni che lasciano una traccia sono associate ad uno stato corporeo (teoria del marcatore somatico di Damasio). Il ricordo dello stato somatico associato alla percezione contribuisce a produrre l'emozione. Le esperienze stabiliscono associazioni fra stimoli esterni e risposte del corpo; in base a questa prospettiva, il fatto di sapere come ci sentiamo si basa in gran parte sulla natura di questi marker somatici. Crescendo sviluppiamo la capacità di avere reazioni "come sé" nelle quali stimoli interni (pensieri, immagini, o ricordi) possono attivare marker somatici "come sé". Il nostro cervello cioè crea rappresentazioni di risposte del corpo che sono indipendenti dal contesto nel quale ci troviamo realmente. Un pensiero può essere associato a una reazione emozionale caratterizzata da un marker somatico generato internamente, creato dal cervello a partire dalla nostra immaginazione e dalle nostre passate esperienze. La teoria ha molti punti di contatto con le moderne acquisizioni sui sistemi di memoria implicita e dichiarativa, sulla comprensione della realtà per una via primaria automatica mediata dai neuroni specchio ed è rilevante per la comprensione della *patogenesi del trauma* con i suoi caratteri di atemporalità, ripetitività.

Pertanto, e sono i temi attuali della ricerca, i modi di risposta ai micro o macrotraumi e le forme di risposta agli stati di angoscia possono piuttosto rapidamente organizzarsi in circuiti neurali con la comparsa di manifestazioni comportamentali che diventano difficili da modificare, in quanto tali circuiti si autoorganizzano rapidamente e limitano le possibilità di arricchimento, qualora l'interazione con l'ambiente non fornisca sufficienti opportunità di trasformazione. In altre parole, e questo è stato dimostrato nei Disturbi dell'Umore (Post, 1992.), e la sofferenza psichica organizza stabili modifiche biochimiche che influenzano la produzione di neurotrasmettitori (Monniello e Quadrana, 2010).

Contemporaneamente alla messa a fuoco dei diversi sistemi di memoria si è messa a fuoco la questione dei modi di iscrizione. Di grande interesse per le attuali concezioni d'inconscio è la distinzione fra *conoscenza dichiarativa e implicita*. La prima è riferita al processo di codificazione dell'esperienza in dati che possono essere richiamati alla memoria, "dichiarati" appunto.

Tuttavia mentre questa conoscenza si riferisce a "cosa" sappiamo e a "cosa" impariamo, la conoscenza implicita riguarda il "come" impariamo e conosciamo : conoscenza relazionale implicita. Quest'ultima conoscenza riguarda quindi l'apprendimento delle procedure che regolano gli affetti nelle interazioni umane ed è implicata nell'acquisizione di abilità percettive, motorie, cognitive ed emotive che pre-riflessivamente, senza accesso possibile alla coscienza, influenza il comportamento umano.

Tali sviluppi ci hanno portato ad esplorare *nuove concezioni dell'inconscio* diverse da quella tradizionale d'inconscio dinamico (i cui contenuti sono arrivati alla coscienza, creato conflitto e quindi rimossi), dimensioni inconse i cui contenuti invece non hanno a che fare soltanto con rappresentazioni di impulsi rimossi ma *anche* con percezioni plausibili e proto iscrizioni di esperienze avvenute prima dello sviluppo delle competenze simbolico-linguistiche. In altri termini è stata raggiunta una prospettiva nuova e più panoramica sull'inconscio che evidenzia l'importanza di strutture interattive pre-riflessive non verbali.

Siamo dunque, divenuti consapevoli che la storica dicotomia natura-cultura, che ha influenzato filosofia e psicologia occidentali, è stata messa in crisi da tali nuove acquisizioni. Siamo diventati consapevoli che una parte consistente della nostra costituzione biologica non è presente fin dalla nascita, ma si forma nei primi anni di vita nel contesto intersoggettivo delle cure a livello linguistico, familiare, interpersonale (Mitchell, 2002).

Sappiamo che le strutture neurofisiologiche del neonato sono sviluppate soltanto in parte, le cellule nervose e i percorsi neuronali sono incompleti alla nascita e prenderanno forma significativamente in ragione delle esperienze che il bambino condividerà con altre persone. Abbiamo compreso, nel corso del tempo, quanto siano formativi i primi anni della vita; quanta "esperienza" sia iscritta nei

nostri corpi. Natura e cultura non costituiscono livelli di funzionamento separati, ma si “contaminano” reciprocamente nei primi periodi dello sviluppo mentre vengono “scolpiti” i percorsi neuronali (Bastianini, 2006).

Facciamo esperienza di emozioni quali la rabbia, la gioia, l’angoscia, il desiderio sessuale, soltanto perché siamo provvisti di un apparato cerebrale idoneo a generare tali emozioni. Tali emozioni generano a loro volta funzionamenti neurofisiologici la cui chimica altera e influenza le vie neurali. La nostra evoluzione di esseri biologici ha consentito lo sviluppo della cultura e del linguaggio umano, che a loro volta generano metafore, prospettive psichiche, attraverso le quali facciamo esperienza dei nostri corpi.

Gli stati mentali a rischio, e le fratture psicotiche agli esordi

Per i motivi sopraesposti, credo che una delle aree di intervento più significative che psicoanalisti e psicoterapeuti dovrebbero investire e sostenere sia quella degli stati mentali a rischio e delle fratture psicotiche agli esordi, prima che tutti siano convinti che una somministrazione precoce ad ampio raggio dei neurolettici atipici sia la soluzione migliore.

La frattura psicotica (con i Laufer potremmo parlare di breakdown evolutivo) al suo esordio, mostra di affondare le proprie radici in epoche precoci dello sviluppo psichico. L’adolescenza rappresenta un momento di turbolenza emotiva, psicobiologica”, la pubertà impone alla mente dell’adolescente un complesso lavoro psichico in ragione di due trasformazioni fondamentali: l’irrompere della sessualità che muta l’impotenza del corpo infantile in potenza orgasmica e procreativa, e la nuova consapevolezza del trascorrere del tempo che introduce il senso della propria solitudine, della caducità, della differenza fra le generazioni e fra i sessi che modifica il pensiero onnipotente dell’infanzia, animato dalla fantasia e dal narcisismo. Alla depressione fisiologica per la perdita della idealizzazione di sé e delle figure genitoriali si accompagna il compito, favorito dalle nuove capacità di simbolizzazione, di rappresentarsi uno spazio interno, di definire e pubblicare la propria storia personale portando a termine i processi identificatori, la differenziazione e il distacco dai genitori. Un compito non facile quanto più la crisi del sentimento di sé rimette in gioco i processi dello sviluppo precoce e introduce il soggetto ad una fase di confusione, di vulnerabilità e di dipendenza dalle figure esterne per poter organizzare e regolare il proprio sviluppo. L’ansia di mettere alla prova le nuove competenze ed il timore di fallire, l’ansia dello scarto fra quello che si è e quello che oscuramente si vorrebbe divenire, fra l’ideale che si vorrebbe raggiungere e la pressione istintuale di cui ci si sente oggetto, il timore di essere rifiutati per questo come per qualcosa di difettoso o cattivo dentro sé stessi, attivano l’investimento narcisistico del corpo e degli altri, il ricorso a fantasie di fusione e di complementarietà completa con l’oggetto, appoggio

necessario a sostenere stabilità e coesione del sé e che solo gradualmente darà più spazio al riconoscimento dell'altro come individuo separato e alla piena maturazione della capacità di impegnarsi. Ma la spinta verso relazioni fusive, la fascinazione dell'indifferenziato è percepita anche come una minaccia, come ritorno alle fantasie di fusione incestuosa dell'infanzia, regressiva dipendenza sprovveduta dall'oggetto primario oppure, quando proiettata all'esterno, come pericolo di essere invasi che mette in crisi le mete esplorative e il bisogno di delineare uno spazio del sé distinto e differenziato dagli altri. Le sfide dell'adolescente, la grandiosità difensiva e l'antagonismo polemico hanno dunque anche lo scopo evolutivo di rassicurare l'adolescente circa la propria capacità di non abdicare alla appropriazione della propria esperienza. Si pone quindi un problema di definizione dei confini del sé, la necessità di percepire la relazione con gli altri come differenziata e contrassegnata dalla reciprocità del riconoscimento.

La motivazione del figlio a “uccidere in sicurezza”(Loewald, 1980) il “sacro legame” per affrontare la ricerca di sé attraverso le trasformazioni biologiche e psichiche trova, alla fine della latenza, nuove possibilità organizzative degli assetti psichici, particolarmente significativi per cogliere possibilità evolutive, ma anche vincoli inconsci inerenti “soluzioni psichiche” raggiunte precedentemente. Il parricidio rappresenta nella visione di Loewald, la rottura da parte del figlio del sacro legame, non una risposta spaventata alle angosce di castrazione, ma una affermazione appassionata dell'attiva spinta all'emancipazione dai genitori. Viene alla mente l'immagine di Winnicott di un adolescente che nel processo di soggettivazione si trova a dover distinguere fra avversatività soggettivante e spaventosa distruttività: “Se nella fantasia della prima crescita vi è contenuta la morte allora in adolescenza vi è contenuto l'uccidere...crescere significa prendere il posto dei genitori. Nella fantasia inconscia crescere è implicitamente un atto aggressivo”.(Winnicott, 1971, p.238-239).

Vale a dire che se il vissuto dell'adolescente può essere influenzato dal pubertario, dall'irrompere della sessualità e della capacità di generare, dalla crisi delle idealizzazioni infantili e dall'onnipotenza del pensiero, cionondimeno tali vissuti e la loro pensabilità saranno anche condizionati dagli eventi che nell'infanzia hanno generato la formazione della struttura psichica e le modalità di regolare le emozioni, scaturite da ripetuti scambi intersoggettivi condivisi durante gli anni formativi dell'infanzia.

Ma allora non è forse questo un aspetto delle tante possibili facce della costellazione edipica se teniamo sullo sfondo la riconcettualizzazione di Loewald, al cui cuore c'è l'idea che il compito di ogni nuova generazione sia quello di utilizzare, distruggere e reinventare le creazioni delle generazioni precedenti? Una tensione fondativa tra influenza ed originalità nella successione delle generazioni, tra bisogni di sicurezza ed autonomia?

La soluzione sta nell'investimento del pensiero, nella capacità di “*porre mente*” agli inevitabili conflitti della crescita, nel creare una narrazione che avvolga e contenga la brama del “tutto e subito”, introducendo alla piena capacità di mentalizzazione e di autoregolazione. E in effetti l'adolescente investe la propria attività mentale, prova il piacere della trasformazione psichica, mette continuamente alla prova, nel gioco delle parole e dei pensieri, la propria capacità di rappresentare, quindi di saper differire e tollerare.

Ma perché questo possa determinarsi è necessario che nelle relazioni primarie il futuro adolescente sia stato *pensato* come un soggetto distinto e separato dagli stati interni della madre, che non sia stato usato come contenitore delle proiezioni materne di quanto ella rinnegava in sé stessa, che non sia stato vissuto come una estensione del fragile narcisismo materno oppure oggetto di negligenza nell'accudimento psichico.

In proposito Bollas afferma: “Agli albori della vita umana i significati, siano essi traumatici o generativi non possono essere pensati. Il senso di ciò che apprendiamo nei primi anni è immagazzinato dentro di noi in varie forme, immagini, paradigmi che governano le nostre congetture, stati d'animo che partecipano a creare la polifonia del carattere. Con la sua teoria dell'*apres-coup* Freud ci dice che il bambino è troppo piccolo per reggere le emozioni suscitate dal potente impatto di certi eventi e che l'elaborazione cognitiva è rimandata ad un secondo momento. Solo più avanti nella vita, in una sorta di riedizione, si prenderà nota dell'affetto immagazzinato non di rado associandolo ad una esperienza banale. Dall'adolescenza in poi siamo visitati di continuo da arrivi che provengono dal vissuto iniziale” (2009, p.170).

Nell'inconscio sono depositati molti “*paradigmi esistenziali e relazionali*” (Bollas, 2009) derivanti da un processo continuo di elaborazione operato dal sé, di messaggi emotivi provenienti dal mondo oggettuale. Da questi scambi intersoggettivi, registrati inizialmente a livello non simbolico, si sviluppa una struttura inconscia (*memoria di quei processi*) che si esprimerà poi attraverso l'azione, i sogni, il transfert e le risonanze dell'identificazione proiettiva e che modellerà inconsciamente l'esperienza delle persone. Questa detterà le regole invariabili della relazione affettiva con sé stessi e con gli altri. Inizieranno a prendere forma i livelli procedurali (non simbolici e pre-rappresentazionali) che avranno un ruolo fondamentale per la tessitura di quelle modalità costitutive dell'essere, così fondamentali per la salute, la patologia, lo sviluppo dei percorsi di soggettivazione. In altri termini la qualità principale della winnicottiana madre sufficientemente buona consiste nella sua capacità di rispecchiamento inteso come qualcosa di più, e di più importante del semplice riflettere gli stati interni del bambino. Ciò che la madre rispecchia è il bambino, dal punto di vista del futuro, come il soggetto autore dei propri gesti, desideri, bisogni e pensieri. E' su questo riconoscimento che si fonda la futura capacità del bambino di formulare una teoria della mente, di

pensare cioè non solo sé stesso e gli altri come contenitori di bisogni, affetti, desideri, motivazioni, intenzioni ma anche di rappresentarsi come soggetti capaci di rappresentare e quindi di distinguere le idee dalle cose, l'interno dall'esterno, l'immaginazione dalla realtà.

Difficoltà nello sviluppo di questa funzione autoriflessiva generano una incapacità di calmare l'ansia con mezzi psichici, di sentirsi autenticamente sé stessi nel mutare dei contesti e degli stati interni, una pericolosa via di ingresso in stati mentali a rischio. In altri termini il soggetto si trova a sperimentare una difficoltà a riconoscere e modulare i propri affetti e a comprendere gli affetti altrui, in ragione di un processo di assimilazione di una modalità regolativa cieca dell'affetto, funzionale alla stabilità dei legami primari. Ne deriva una struttura interna che organizza inconsciamente il rapporto con sé stessi e con gli altri. Il dilemma dell'adolescente "difficile" fra il vincolo delle proprie identificazioni alienanti, con questa relazione primaria e i tentativi di liberarsene attraverso la ripetizione, prevalentemente in azione, nelle relazioni intersoggettive attuali, alimenta buona parte delle dinamiche della cura psicoanalitica dell'adolescente difficile ed è il passaggio obbligato per la ripresa del processo di soggettivazione.

Il lavoro clinico con gli adolescenti, infatti, soprattutto quelli sofferenti per le conseguenze di traumi, cimenta profondamente i nostri strumenti terapeutici al fine di comprendere la sofferenza del loro universo psichico in continuo mutamento ed in via di strutturazione. Questi adolescenti invece di connettersi ai loro terapeuti per mezzo delle parole, lo fanno attraverso gli ingaggi della identificazione proiettiva, che, nell'esprimere inconsciamente, tramite l'azione, gli aspetti scissi del sé e la rappresentazione dell'oggetto, possono assumere tante forme. E' essenziale capirne il significato e l'evoluzione attraverso la comprensione e l'elaborazione delle risonanze di controtransfert per scoprire le loro esperienze traumatiche passate. Infatti, una ulteriore forma di pensiero inconscio, fondata su quanto potremmo definire con Bollas (2009) "inconscio ricevuto", è rappresentata da *memorie di esperienze non formulate simbolicamente*, iscritte in un inconscio che è da intendere in una accezione più vasta del solo inconscio rimosso e che trova una sua prima articolazione simbolica solo nelle rappresentazioni iconiche dei sogni, gli agiti, l'identificazione proiettiva, il transfert.

Nuove osservazioni e specificazioni, sperimentali e non, arricchiscono la psicoanalisi e le concezioni della cura più in generale, di nuovi input per la comprensione e la validazione di efficacia della propria azione terapeutica. Un vasto consenso clinico, anche sperimentale, è attribuito al fatto che *la qualità della relazione terapeutica*, sia uno strumento predittivo dell'esito del trattamento. Concetti quali ambiente facilitante, di sostegno, di contenimento, attraverso lo studio dello scambio affettivo paziente-terapeuta, ha avuto successive specificazioni. Lo scambio si esprime a vari livelli, comprese le forme non verbali, espresse attraverso lo sguardo, la posizione

del corpo, il tono della voce. Il comportamento mimico sia del paziente sia del terapeuta, nei suoi aspetti emozionali e interattivi, può divenire fattore predittivo di un buon esito del trattamento.

Fattori trasformativi in psicoanalisi e psicoterapia

Ora, vorrei evidenziare, come le trasformazioni brevemente accennate nelle concezioni che si riferiscono alla formazione delle strutture psichiche informi gli sviluppi teorici contemporanei e trasformi le concezioni inerenti, l'azione terapeutica in una rivisitazione dei concetti di transfert e controtransfert, una ripresa indicativa degli studi sulle memorie affettive ed una più complessa articolazione delle concezioni del funzionamento mentale inconscio. Il processo terapeutico sembra essere il terreno di elezione, attraverso la dinamica transfert-controtransfert, per il dispiegarsi di questi schemi relazionali codificati a diversi livelli mentali. E sono ormai molte le osservazioni della clinica psicoanalitica-psicoterapeutica, ma anche delle ricerche sull'infanzia e delle scienze cognitive che indicano l'importanza terapeutica non solo della funzione riflessiva e di simbolizzazione dell'analista-terapeuta, ma anche di quegli scambi intersoggettivi analista-paziente, prevalentemente di tipo non verbale, tali da costituire procedure relazionali alternative che possono depotenziare quelle patologiche più antiche, Stern li chiama "*moment of meetings*", Fonagy "*modi di esperire l'altro*", Stolorow "*principi organizzatori alternativi*".

L'azione terapeutica verrebbe quindi a realizzarsi attraverso una *nuova esperienza* con un nuovo oggetto, che può permettere la trasformazione, *anche* attraverso l'interpretazione, da una memoria messa in atto ad una rappresentata. Da questa prospettiva l'azione terapeutica potrebbe essere pensata sia come cambiamento prodotto dall'*insight*, sia come trasformazione prodotta da quei nuovi modi di "*essere con*" che produrrebbero, almeno in alcuni casi, nuove memorie implicite, modificando le vecchie procedure. Nei trattamenti terapeutici più riusciti, l'esperienza trasformativa si depositerebbe nella forma di memorie implicite che organizzano automaticamente nuovi modi di porsi in relazione con se stessi e con gli altri, e sarebbe largamente costitutiva di quell'ampliamento delle potenzialità emotive del soggetto, osservata nelle fasi postanalitiche e concettualizzata come disposizione mentale postanalitica. Questa prospettiva conferma il superamento della vecchia dicotomia insight versus relazione, che ha impegnato in passato il campo psicoanalitico. L'*insight* è concepito come l'esperienza emotiva di una nuova informazione dichiarativa, che avrebbe la funzione di modificare le procedure emotive preesistenti, ed è questo il senso dell'osservazione, sempre più frequente nella psicoanalisi contemporanea, che rendere conscio l'inconscio è soltanto il mezzo "*per sviluppare nuove procedure e non il fine della cura analitica*" (Fonagy, 1999).

Una funzione trasformativa rilevante della cura è esercitata dal setting stesso e dai modi di tenuta dei suoi aspetti da parte del terapeuta. Il ritmo costante e prevedibile delle sedute, il modo di

salutarsi, i segnali non verbali reciproci di attivazione del dialogo, il tono della voce, la disposizione all'ascolto, lo sforzo di comprensione dell'analista, la tensione fra il suo involontario rivelarsi ed il suo contenersi, le funzioni di *holding* e di *reverie* come veicoli del sentimento di sicurezza ("feeling safety" di Sandler, 1960) costituiscono delle modalità costanti di modulazione affettiva che influenzano le aspettative del paziente e sono *direttamente* interessate nella creazione di nuove rappresentazioni ed interiorizzazioni.

Lo stesso metodo delle libere associazioni sembra avere una valenza terapeutica specifica legata allo sviluppo di funzioni mentali che facilitano la connessione fra processi pre-simbolici e linguaggio, la correlazione di emozioni e parole attraverso lo stimolo di attività creativo-immaginario-narrative.

Un altro fattore trasformativo è rappresentato dal continuo alternarsi, nel processo terapeutico, di momenti in cui paziente e analista sono connessi in una dinamica transfert-controtransfert di tipo ripetitivo e momenti in cui, invece, essi sono positivamente congiunti nella sintonia con i bisogni evolutivi prima scissi e ora riconosciuti e disponibili alla modulazione della relazione analitica. Questo processo è stato definito in ambito psicoanalitico in modi diversi: alternanza del transfert nelle sue due dimensioni ripetitiva ed evolutiva, rotture e riparazioni, disgiunzioni e congiunzioni intersoggettive.

Tutte queste concettualizzazioni del processo terapeutico sembrano indicare che l'importanza trasformativa della situazione analitica risieda nella sua capacità di creare legami fra terapeuta e paziente nelle forme ripetitive del vecchio e tuttavia in un contesto nuovo aperto a prospettive alternative, a nuove rappresentazioni in grado di modificare modelli mentali patogeni di relazione secondo le linee di nuove modalità emotive più in accordo con i bisogni evolutivi.

Un altro fattore terapeutico è rintracciabile in quei momenti ad alta intensità affettiva, emergenti nel contesto della relazione analista-paziente, con carattere di immediatezza, spontaneità, involontarietà e densità emotiva. Che forniscono opportunità per nuove esperienze.

L'azione terapeutica della psicoanalisi, dunque, sembra esprimersi attraverso la creazione di uno spazio nel quale il paziente trova, in taluni casi per la prima volta, la possibilità di un'esperienza soggettiva, di scoprirsi dotato d'interiorità e di creare il proprio significato personale (Winnicott, 1965; Ogden, 1986). A volte l'analista funziona in maniera viva e sollecita rifornendo il paziente di nuovi modi di pensare a se stesso, a volte nel silenzio è percepito dal paziente come presenza discreta che introduce nuovi modi di stare insieme (Mitchell, 1997). Mi preme sottolineare quindi che una variabile essenziale dell'azione terapeutica risieda in un aspetto della soggettività del terapeuta nella sua capacità di *immaginare*, mentre si sintonizza con le diverse organizzazioni psichiche del paziente, *una sua crescita potenziale* e cioè di vedere la vita psichica del paziente, per

dirla con Loewald (1980): “...dal punto di vista del futuro”. Non si tratta solo di riconoscere forme di significato e aspettative presenti nel paziente ma anche di concepire lui, il paziente, come una persona che per quanto imprigionata nelle proprie strutture adattive patogene può, nella costruzione di un legame con l’analista, scoprire differenti prospettive su sé stesso ed il mondo, forme di crescita e di espansione per lui significative. *Il modo in cui l’analista lo pensa*, la sua abilità di trattarlo come se fosse la persona che davvero sta per diventare, costituirà la base di nuove procedure relazionali, nuove possibilità identificatorie, facilitanti il riconoscimento, l’espressione e lo sviluppo del sé e di nuove possibilità di esperienza psichica.

Ora, per tornare alle riflessioni iniziali, a ciò che indicavo come la cifra di una generazione, allora, in quel lavoro così proseguito: lo svolgersi della vita, nelle sue complesse vicissitudini, mostra quanto non sia così semplice attraversarla; la maggior consapevolezza ci spinge forse a mitigare molte certezze, ci rende più acutamente vulnerabili alle disillusioni, lasciando spazio dentro di noi a maggiori sfumature e articolazioni. Conserviamo nella nostra memoria anche i fallimenti nei tentativi di cura, talora anche tragici, (non solo trasformabilità dunque); custodiamo inscritta nella nostra memoria affettiva di terapeuti l’incontro con lo zoccolo duro *dell’ intrasformabile* , del senso di impotenza che esso genera in noi. Sono passati molti anni da allora, dal momento del nostro impegno generazionale nei contesti di cura istituzionali. Nonostante l’incontro con il limite e le disillusioni, pazienti e terapeuti hanno continuato a incontrarsi, a vivere, a lottare insieme per trasformare mondi interiori abitati dalla sofferenza e dal dolore.

Bibliografia

- Bastianini T., Moccia G. (2003), Riflessioni sulle attuali evoluzioni dei concetti di affetto, memoria e azione terapeutica., *Riv. Psicoanal.* 49, 3
- Bastianini T. (2003), *L’angoscia: una forma di semiosi affettiva*, Lavoro letto presso il C.d.P.R.
- Bastianini T. (2005), La dialettica affetto-rappresentazione: alcune possibili declinazioni psicoanalitiche, *Interazioni*, 2, 24.
- Bastianini T. (2007), La doppia traccia del genealogico: formazione dell’apparato psichico e dei percorsi utili a rappresentarlo, in: Genealogia e formazione dell’apparato psichico. *Quaderni del CPdR*, n. 1.
- Bastianini T. Moccia G. (2008), L’angoscia: una forma di seriosità affettiva. Riflessioni teorico-cliniche sulle patologie del panico, *Riv.di Psicoanalisi*, 1
- Beebe e Lachmann (2002), *Infant research and adult treatment*, The analytic Press. Hillsdale.
- Bollas C. (1987), *L’ombra dell’oggetto. Psicoanalisi del conosciuto non pensato*. Roma. Borla. 1989.
- Bollas C. (2009), *La domanda infinita*, Astrolabio, Roma 2009.
- Bowlby J.(1969), *Attaccamento e perdita*, Boringhieri, Torino 1972.
- Bowlby J.(1973), *Attaccamento e perdita*, Vol. II, Boringhieri, Torino 1975.
- Bowlby J.(1988), *Una base sicura: applicazioni cliniche della teoria dell’attaccamento*, Cortina Milano 1990.

- Bucci W.(1997),*Psicoanalisi e scienza cognitiva*,Fioriti, Roma 1999.
- Clyman R. (1991), *The procedural organization of emotions: a contribution from cognitive science to the psychoanalytic theory of therapeutic action*,JAPA.
- Damasio A. (2000), *Emozione e coscienza*, Adelphi, Milano.
- Edelman G. M. (1989), *Il presente ricordato*,Rizzoli,Milano 1991.
- Bion W. R.(1962), *Apprendere dall'esperienza*, Armando, Roma 1972.
- Bollas C. (1987), *L'ombra dell'oggetto*,Borla, Roma 1989.
- Bollas C. (1991), *Forze del destino*,Borla,Roma 1991.
- Faimberg H. (2006), *Ascoltando tre generazioni*, Franco Angeli, Milano
- Ferenczi S. (1931), *Principio di distensione e neo catarsi*,Ferenczi Opere, Vol. IV, Cortina Milano 2002.
- Ferenczi S.(1932), *Diario Clinico*, Cortina, Milano 2002.
- Ferenczi S. (1933), *Confusione di lingue tra gli adulti e il bambino*, Ferenczi Opere. Vol. IV, Cortina, Milano 2002.
- Fonagy P. (1999), *Memory and therapeutic action*, JAPA
- Fonagy P., M.Target (2001), *Attaccamento e funzione riflessiva*, Cortina, Milano.
- Fraiberg S. (1982), *Difese patologiche nell'infanzia*, in: *Il sostegno allo sviluppo*, Cortina, Milano 1999.
- Freud S. (1887-1904), *Lettere a W. Fliess*, Bollati Boringhieri, Torino 1986.
- Freud S. (1893), *Comunicazione preliminare*, O.S.F., Vol.1, Boringhieri, Torino
- Freud S. (1914), *Ricordare, ripetere ed elaborare*, O.S.F., Vol. 7.
- Freud S. (1914), *Introduzione al Narcisismo*, O.S.F.,Vol. 7.
- Freud S. (1915), *L'inconscio*, O.S.F., Vol. 7.
- Freud S. (1920), *Al di la del principio di piacere*, O.S.F., Vol. 9.
- Freud S. (1922), *L'Io e l'Es*, O.S.F., Vol. 9.
- Freud S. (1924), *Autobiografia*. O.S.F., Vol. 10.
- Freud S. (1925), *Inibizione, sintomo e angoscia*, O.S.F., Vol. 10.
- FreudS(1934-38), *L'uomo Mosè e la religione monoteistica*, O.S.F, Vol. 11.
- FreudS. (1938),*Compendio di psicoanalisi*, O.S.F., Vol. 11.
- Green A. (1997), *La comunicazione degli affetti nella clinica*, In: Ammanniti M.e N. Dazzi (a cura di),*Affetti*,Laterza, Bari.
- Green A. (2002), *Idee per una psicoanalisi contemporanea*, Cortina, Milano.
- Loewald H. (1980),*Riflessioni Psicoanalitiche*, Dunod,Milano 1999.
- Kandel E.(1999),Biology and the future of psychoanalysis: A new intellectual framework for psychiatry revisited, *Am. J.Psychiatry*.
- Mancia M.(2001), *La memoria: punto di incontro fra psicoanalisi e neuroscienze*, Comunicazione presentata alla Giornata Nazionale Gruppo di Studio Nazionale SPI su Psicoanalisi e Neuroscienze.
- Mitchell S. (1997),*Influenza e autonomia in psicoanalisi*, Bollati Boringhieri, Torino1999.
- Moccia G.(2011),L'influenza dell'altro, (Dibattito SPIWEB 2011).
- Modell H. (1984), *Psicoanalisi in un nuovo contesto*, Cortina, Milano 1992.
- Modell H. (1990),*Per una teoria del trattamento psicoanalitico*, Cortina, Milano1994.
- Monniello G., Quadrana L.(2010), *Neuroscienze e mente adolescente*, Edizioni Magi, Roma.
- Ogden T. (2004), Presentazione, In:Meares R., *Intimità e alienazione*. Cortina, Milano 2004.
- Roussillon R. (2006), *Pluralità dell' appropriazione soggettiva*, In: *La Soggettivazione*, Richard F., Wainrib S. (a cura di), Borla, Roma 2008.
- SchacterD. (2001), *Alla ricerca della memoria*, Einaudi, Torino.
- Siegel D. (2001),*La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*, Cortina, Milano.
- Squire L.R. (1987), *Memory and Brain*,N.Y. Oxford Univer. Press
- Stern D.(1998), Non interpretative mechanisms in psychoanalytic therapy: the “something more”

than Interpretation, *IJPA* 1998.

Stolorow R.D.& Atwood G.E. (1990), *Context of being. The intersubjective foundations of psychological life*, Hillsdale.

Winnicott D. (1971), *Gioco e realtà*, Armando, Roma 1974.

Winnicott D. (1997), *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando, Roma 1997.

Winnicott D.(1981), *Frammento di un'analisi*, Il Pensiero Scientifico, Roma 1981.

Il lavoro psicoanalitico nelle istituzioni

Giorgio Bartolomei, Antonietta Valente

Psicoanalisi e Consulenti Familiari: limiti e opportunità dello spazio clinico

Nel percorso formativo professionale di molti di noi c'è stata una sorta di coincidenza tra l' inizio della nostra esperienza lavorativa nelle istituzioni, nel momento in cui si faceva largo una nuova cultura dei servizi, e l' interesse per la psicoanalisi, che si è tradotta ben presto in un percorso analitico personale e in una formazione psicoanalitica vera e propria.

Il contesto culturale entro il quale prendeva forma questo doppio percorso in realtà non lo favoriva: c'era una storica e reciproca diffidenza tra la psicoanalisi e il lavoro istituzionale. Da una parte la prima non considerava possibile l' incontro con il paziente fuori dalle rigide regole del setting e né lavorare con pazienti ritenuti tradizionalmente non rispondenti a quei criteri di analizzabilità, condizioni considerate fondamentali per costruire la relazione psicoanalitica- dall'altra parte dominava la scena del dibattito culturale l' esperienza antipsichiatrica, che nasce in Italia verso la metà degli anni sessanta, ma che si esprimerà in pieno nel decennio successivo e che vedeva nella psicoanalisi una pratica elitaria, distante dagli obiettivi indicati come prioritari, cioè la lotta ai meccanismi di segregazione manicomiale.

E' stata proprio la presenza di sempre più numerosi psicoanalisti nelle istituzioni, o per meglio dire di psicologi e psichiatri, che operavano nelle istituzioni senza rinunciare alla propria identità di psicoanalisti che ha reso fecondo e fortemente trasformativo questo incontro.

Dal punto di vista dell'istituzione ha significato comprendere e fare i conti con dei saperi nuovi, dare centralità e senso alla precocità e alla continuità delle cure, ponendo attenzione al rapporto terapeutico con le sue caratteristiche di esclusività e continuità, mentre dal punto di vista della psicoanalisi ha significato un processo di rinnovamento e di approfondimento della teoria e della tecnica derivati dalle necessarie modificazioni di setting rese necessarie nella pratica istituzionale - dalla frequenza delle sedute all'uso del lettino- nel lavoro con i bambini, gli adolescenti, gli psicotici, i gruppi, le coppie, le famiglie. Come se le esperienze pionieristiche avviate per necessità reali nelle istituzioni servissero a fornire alla psicoanalisi modelli già sperimentati, fino ad allora situati fuori dalla tecnica classica. Un modo di superare, a nostro avviso, la dicotomia troppo rigida e contrapposta tra psicoanalisi e psicoterapia, salvaguardando, come dice Raymond Cahn in *La fine del divano?*: “la centralità della modalità e qualità dell'ascolto e di azione dell'analista, in quanto analista, nel determinare la qualità della cura, qualunque sia il setting”. Pur nella flessibilità, resa necessaria dallo specifico istituzionale e dalle diverse variabili che vi entrano, comprese quelle esterne alla clinica, rimane centrale il mantenimento e il funzionamento dell'assetto interno dell'analista, come elemento costitutivo del setting. Assetto interno che significa capacità di ascolto,

capacità di *slittare* costantemente da un piano concreto a un piano simbolico, nella valutazione di quanto accade non solo nella relazione con il paziente ma nel gruppo di lavoro, nei meccanismi di funzionamento istituzionale, restituendo significati simbolici e affettivi a fatti ed eventi concreti.

Parlare di istituzione e delle profonde trasformazioni che l'hanno attraversata significa non poter prescindere dai grandi cambiamenti che negli anni '70 e '80, proprio sul tema della salute in senso lato, ha visto coinvolti tanti nuovi soggetti politici e sociali, che hanno portato alla trasformazione di tutto il sistema sanitario con la legge di Riforma n. 833, mettendo al centro la prevenzione, la territorialità dei servizi, la partecipazione dei cittadini. In pochi anni si sono concentrate l'approvazione della legge istitutiva dei Consultori Familiari, quella sulla integrazione dei soggetti portatori di handicap, la legge 180 sulla riforma psichiatrica.

Lavorare nel Consultorio Familiare, nel momento in cui sono stati istituiti questi Servizi, ha significato sentirsi dentro un grande movimento di trasformazione, dentro i temi portanti che sono stati in cima alle lotte del movimento delle donne in Europa e negli Stati Uniti, quale quello della identità femminile, della sessualità, della relazione tra i sessi, raccolte in maniera a volte ingenua e ideologica intorno a quello dell'autodeterminazione o della liberazione delle donne.

Ha significato sentirsi portatori di un mandato di trasformazione e di cambiamento di grande respiro, in un momento in cui tutta la cultura della salute si muoveva intorno a temi di grande interesse culturale e sociale.

Essere psicoanalisti in un Consultorio significa utilizzare il punto di vista psicoanalitico su diversi piani: sia quello della comprensione del funzionamento istituzionale e del peso del suo specifico mandato, che quello dell'analisi e della risposta alla richiesta di aiuto, consapevoli dello *spessore clinico* dei diversi interventi attuati, che potevano essere altrimenti approcciati dal punto di vista meramente sanitario, educativo, informativo. Pensiamo infatti al lavoro con i gruppi di gestanti, con le coppie alle prese con un percorso genitoriale, naturale o adottivo, ai gruppi con adolescenti in un percorso di crescita affettiva e di consapevolezza della propria sessualità.

La tensione culturale che ha attraversato i nuovi Servizi ha dominato per lungo tempo e ha prodotto, a seconda della specificità dei rispettivi servizi, percorsi professionali diversi.

Mentre il lavoro nei Servizi di Salute Mentale si è dovuto confrontare sin da subito con il tema delle specifiche competenze professionali, di fronte all'emergenza della richiesta di aiuto psicologico, e ha favorito sin dall'inizio il confronto con il proprio saper fare professionale, all'interno di un gruppo di lavoro impegnato sul tema della salute mentale, investendo la stessa formazione di una cultura di gruppo, nei Consultori il percorso è stato per certi versi più difficile, mentre per altri favorito.

Più difficile perché la mancanza di confronto nel Servizio con colleghi con la stessa professionalità,

in quanto molto spesso unici psicologi all'interno dell'équipe, non ha aiutato la crescita e il confronto sulla specificità clinica all'interno del gruppo di lavoro. Dall'altra parte invece, proprio la presenza nell'équipe di professionalità molto diverse tra loro, ha favorito una proficua "contaminazione" di saperi che ha portato ad un arricchimento reciproco e la costruzione di un linguaggio condiviso nell'approcciarsi ad una domanda di aiuto, quasi mai considerato di esclusivo interesse di un singolo operatore. Probabilmente è questo uno dei motivi che ha sempre facilitato la richiesta di aiuto psicologico nel Consultorio, percepito come luogo in cui ciascuno può collocare il proprio bisogno, nel quale si dipanano in continuità e contiguità le diverse dimensioni della vita di ciascuno, di crescita e perdita, di processualità e di crisi.

Le aree di interesse specifico di questo Servizio, quale la nascita, la coppia, la genitorialità, l'adolescenza, in tutte le loro declinazioni consce e inconsce, concrete e simboliche, si sono prestate nei Consultori ad approcci e a interpretazioni diverse, a seconda delle specifiche formazioni, individuali e del gruppo di lavoro, privilegiando a volte scelte più contigue al tema dell'educazione sanitaria e della prevenzione e a volte a quelle della complessità clinica che attraversa ognuna di queste tematiche.

I temi di interesse del Consultorio sono i temi che attraversano la vita di ciascuno, compreso di chi vi lavora, facilitando da una parte una sensibilità e un ascolto empatico, dall'altra contenendo il rischio per gli operatori di spinte onnipotenti e/o agiti colpevolizzanti in mancanza del riconoscimento di quanto si attiva dentro di sé nell'incontro con il paziente/utente. Portare, in quanto psicoanalisti, nel gruppo di lavoro l'attenzione sul modo in cui certe tematiche coinvolgono ciascuno di noi, la propria storia, il modo di vivere i legami, le scelte etiche, significa contribuire a farlo crescere, a riconoscere le insidie di un ascolto apparentemente neutrale, ma in realtà segnato dalle proprie proiezioni.

Il lavoro nel Consultorio Familiare, per la sua specificità, permette una sorta di *accompagnamento* dell'individuo lungo tutto il suo percorso di vita, a partire dalla formazione dei primi legami, al processo di svincolo, alle prime esperienze sessuali, alla formazione della coppia, fino al costituirsi dell'identità genitoriale, materna e paterna. A volte questo percorso diventa particolarmente difficile, incagliandosi o interrompendosi su snodi oltre i quali è difficile procedere, a volte portando con sé il rischio di una riattivazione di eventi traumatici rimossi. E' proprio nei momenti di maggiore fragilità della vita dell'individuo, nei momenti di trasformazione della identità personale, della propria collocazione nel sociale, nell'instaurarsi o nel perdere relazioni affettive importanti che si può manifestare una sofferenza che va compresa e presa in carico dal punto di vista terapeutico, per permettere la ripresa del proprio percorso di crescita.

Questo Servizio rappresenta un prezioso punto di osservazione di una realtà che cambia

velocemente, che si trasforma sotto i nostri occhi e che spesso si rappresenta in un malessere difficile da cogliere immediatamente e di cui spesso il soggetto stenta ad averne consapevolezza.

Nel Consultorio afferisce una *sofferenza diffusa* che a volte emerge incidentalmente, nasce dalle fratture che si creano dopo cambiamenti o destabilizzazioni più o meno traumatici. E' una sofferenza che poggia su un profondo disagio collettivo, su una società che si modifica velocemente e che travolge con i suoi cambiamenti le identità maschili e femminili sempre più fragili, i rapporti tra i sessi, i rapporti genitori-figli e la funzione paterna sempre più incerta e disorientata. Scrive Cahn: "Ciò che sembra peculiare al mondo attuale è il fatto che la paura di non essere all'altezza prende il posto della colpa edipica. L'angoscia invece che essere negoziata tramite il lavoro psichico, può essere ridotta solo attraverso il sostegno concreto della realtà esterna, mediante la valorizzazione del proprio corpo o dei comportamenti secondo il culto della prestazione, della padronanza tecnica, della riuscita tangibile in qualunque campo". E ancora: "Ritroviamo sempre più numerose, sempre più confermate le patologie del narcisismo, accompagnate da un lato dal loro corteo di difficoltà di soggettivazione e dal ricorso a modi di espressione che privilegiano l'agito, il corpo, la realtà concreta".

Chiara è una donna di 36 anni che ha avuto da qualche mese una bambina da un compagno più giovane di 9 anni. In tre anni la coppia ha affrontato eventi molto impegnativi: una morte fetale alla fine della prima gravidanza, un intervento all'utero per una malformazione diagnosticata in ritardo e che era stata responsabile della morte del feto, il matrimonio, la nuova gravidanza e la nascita della bambina. In tre anni sono stati "consumati" eventi di vita e di morte che si sono susseguiti velocemente, senza concedersi lo spazio e il tempo per elaborarli. A quattro mesi dalla nascita della bambina i due genitori sono inviati dall'ostetrica per un aiuto psicologico, perché disorientati e sofferenti, incapaci di affrontare i cambiamenti personali, di coppia e la relazione con la bambina, che vivono come un oggetto persecutorio e che con il suo non dormire e la difficoltà a mangiare sembra sottolineare l'incapacità genitoriale e in particolare della madre. La bambina non viene allattata al seno perché, dicono, si soffoca. Raccontano di un evento accaduto a 10 giorni di vita e di come sia stata salvata da un deciso intervento del nonno materno, li presente. Da allora Chiara si tira il latte più volte al giorno e lo dà alla bambina con il biberon e per molte settimane questo avviene solo in presenza del proprio padre. Non vuole passare all'allattamento artificiale perché vissuto con troppa colpa. Sia Chiara che il marito sentono ciascuno di essere depredati dall'altro, oltre che dalla bambina, si sentono anche depredati di sonno, di tempo, di affetto. Chiara sente che il marito si sottrae affettivamente e la lascia sola ad affrontare le richieste della bambina, il marito sente di aver perso la sicurezza e la vicinanza affettiva della moglie, che aveva fino ad allora svolto una funzione di accudimento nei suoi confronti. Ambedue mettono in atto comportamenti

dipendenti e regressivi: Chiara sta tutto il giorno a casa dei genitori, il marito ripristina le sue fughe nella pesca, suo antico rifugio, che nei fine settimana lo escludono dal resto del mondo. E' questa una modalità che usa sin dall'adolescenza ogni qualvolta sente insopportabile le pressioni da parte dell'esterno. Dall'altro lato ci sono i nonni materni che si prendono pienamente la delega affettiva da parte della figlia e che, piuttosto di aiutarla nei suoi nuovi compiti di madre, contribuiscono a mantenerla in una doppia dipendenza, in quanto estesa anche alla bambina, riparando a loro volta quelle mancanze che avevano vissuto come genitori non troppo presenti, per via del lavoro, e che avevano finito per sollecitare nella figlia una precoce e pseudo indipendenza. Trovano infatti come soluzione al malessere della nuova coppia genitoriale, che nel frattempo vive una breve separazione per una nuova fuga di Simone, che instaura una relazione extraconiugale, con il significato di un vero e proprio acting out, tenendo a dormire presso di loro la bambina una o più volte a settimana, perché a casa loro dorme tranquilla.

Quanto descritto ci sembra rappresentativo di come i compiti generazionali, quelli di genere, le funzioni genitoriali siano fortemente destabilizzate e confuse e di come le "soluzioni" vengano ricercate sempre sul piano della concretezza, del "fare", appiattendolo o negando la realtà interna che necessita di una processualità, di un tempo, di un percorso elaborativo per avviare reali processi di cambiamento.

La richiesta di sostegno ad un percorso genitoriale difficile viene così accolto e tradotto in un percorso di coppia in cui possono trovare spazio i bisogni di ciascuno, i vuoti di ciascuno, le fantasie e le proiezioni di ciascuno.

Il Consultorio assume una grande centralità proprio nell'*intercettare livelli di sofferenza profonda* lungo il percorso di crescita e che se non compresa e accolta in tutta la sua complessità e profondità si può declinare in forme psicopatologiche più conclamate.

La storia di tante donne e di tante coppie che si rivolgono in Consultorio portano dentro i segni di difficoltà ben più profonde di quanto appaiono in una prima formulazione della richiesta di aiuto. Molto spesso la richiesta viene formulata sulla spinta di un motivo emergente: una gravidanza non voluta, un figlio desiderato tanto ma che quando arriva spiazza e confonde, una separazione che costringe a rivedere la propria vita, a ripensarsi, a fare i conti con altre e passate separazioni, riattualizzando una sofferenza creduta ormai superata, le incomprensioni con i figli ormai cresciuti che mettono in discussione il proprio modello genitoriale, fino ad allora vissuto come sicuro e soddisfacente.

Molto spesso dietro una richiesta di consulenza psicologica, che arriva direttamente o che viene sollecitata da qualche altro operatore (ginecologo, pediatra, assistente sociale) al quale si rivolge inizialmente il paziente e che in un ascolto attento percepisce l'opacità di aree difficili da

avvicinare, c'è la spia di una sofferenza più profonda che proprio nell'evento (gravidanza, aborto, separazione) trova spazio per manifestarsi.

E' il caso di Anna, che viene in Consultorio dopo la separazione dal marito, all'inizio di una nuova relazione con un uomo anche lui prossimo alla separazione. La richiesta inizialmente è motivata dalla paura di non riuscire a gestire la reazione delle due figlie, di 15 e 10 anni, di fronte a questa nuova relazione e il timore che possano soffrirne molto. Chiede perciò di essere aiutata a capire e ad alleggerire la loro sofferenza. In realtà quasi subito emerge che la bambina da aiutare è lei stessa, ancora fortemente disorientata dopo una separazione arrivata tra tanti dubbi e incertezze. Mentre ripercorre la sua sofferta storia matrimoniale, segnata da ripetuti tradimenti da parte del marito, la signora continua ancora a chiedersi se invece avrebbe fatto meglio a tollerare ancora, ad aspettare, almeno per le figlie. Anna è una bella donna che ha superato da poco i 40 anni, intelligente, colta, elegante, con un lavoro gratificante. Il marito, brillante professionista, nei 15 anni di matrimonio ha alternato tradimenti, neanche tanto celati, seguiti da plateali riavvicinamenti: da una parte le diceva che non poteva fare a meno di lei, dall'altra la umiliava confrontandola con le altre donne, rifiutandola sessualmente, amplificando ogni suo difetto fisico. Per anni la signora è stata ossessionata dal bisogno di piacergli, fino a ricorrere alla chirurgia estetica, per adattarsi al modello ricercato dal marito. E' stridente il confronto tra l'immagine di donna indipendente e brillante con quella dipendente e insicura, che aveva tollerato a lungo una relazione così umiliante. La decisione di separarsi arriva al culmine di una ennesima crisi e quando la signora conosce un altro uomo ed inizia con lui una relazione. Ma anche la nuova relazione si prefigura come una relazione evanescente e insoddisfacente. Questo nuovo compagno vive un matrimonio che dice da tempo finito e promette una separazione che però non arriva mai. Più Anna si rende conto della inaffidabilità di questa relazione e più agisce comportamenti disperati di controllo che producono come unico risultato l'allontanamento dell'altro. Alterna fasi depressive, segnate anche da un susseguirsi di malattie fisiche, a fasi di agitazione che la fanno agire impulsivamente, in modo controllante e ossessivo che finiscono per umiliarla. Nel percorso terapeutico prende spazio la storia familiare di Anna, con due genitori inesistenti in quanto adulti, una madre distratta riguardo ai bisogni dei figli -la paziente e una sorella di tre anni più piccola- in competizione con loro nella ricerca di attenzione da parte del marito, a sua volta impegnato unicamente su di sé, alla ricerca costante di conferme narcisistiche in relazioni extraconiugali. I genitori si separano quando la paziente ha 10 anni, il padre si trasferisce all'estero, interrompendo ogni rapporto con le figlie e la madre continua a reclamare attenzioni per sé. Il senso di solitudine e di abbandono segna l'infanzia e l'adolescenza di Anna, la quale impara ad iperinvestire sulla cultura, la prestazione scolastica, ricevendone gratificazioni e conferma. Si diploma con il massimo dei voti e prende brillantemente

due lauree. Si rende così conto che sta proponendo lo stesso modello alle figlie, nei confronti delle quali è molto esigente dal punto di vista scolastico. Dietro l'immagine di donna impegnata, brillante, brava organizzatrice c'è tutta la sua fragilità emotiva, la sua paura di non esistere per nessuno, sempre sul punto di essere abbandonata e dimenticata.

Risulta così chiaro il perché Anna abbia avuto bisogno di legittimare la sua richiesta di aiuto attraverso le figlie, non potendo neanche immaginare la possibilità di averne diritto per sé. Il rischio era di colludere con la richiesta di attenzione alla sua parte adulta, e di limitarsi a sostenere la sua funzione genitoriale, in linea con la formulazione della sua iniziale richiesta di aiuto, disconoscendo ancora una volta il suo diritto ad essere vista e accolta. Il modo di stare nelle relazioni affettive di Anna è fortemente segnato dalle gravi carenze di una madre non in grado di riconoscerla nel suo diritto ad esistere e di un padre assente: una coppia genitoriale immatura e patologica, alla ricerca esclusiva di un riconoscimento narcisistico. L'iperinvestimento nelle funzioni mentali ha rappresentato per Anna una organizzazione difensiva, che è servita a coprire quel senso di vuoto e di inesistenza, di chi sente di non esistere per nessuno, destinata ad essere abbandonata, eternamente in colpa per non essere all'altezza delle richieste dell'altro. La sensibilità clinica specifica del terapeuta con formazione psicoanalitica permette di leggere, al di là di una richiesta apparentemente motivata da precisi aspetti concreti e che rischiava di continuare a privilegiare il solo piano di realtà, una sofferenza più profonda che la paziente non si era mai permessa di contattare.

I Servizi territoriali, e tra questi un posto centrale lo occupa il Consultorio Familiare, sono sempre di più diventati il crocevia delle patologie emergenti e di tutta una serie di disagi che attraversano la società attuale, con una ricaduta sul singolo, sulla coppia e la famiglia. René Kaes nel saggio *“Il disagio del mondo moderno e la sofferenza del nostro tempo”* parla di caos identitario e di difetto di simbolizzazione caratteristici delle nostre società postmoderne. Ne descrive alcune caratteristiche, quale la cultura del controllo, che produce una violenza regolata quando funziona ed una violenza incontrollata quando si sgretola; la cultura dell'illimitato e dei limiti estremi, che caratterizza l'affinità della nostra cultura con il traumatico e con l'esperienza catastrofica, ha a che fare con la cultura del pericolo, del superarsi e ha come fondamento il rifiuto della castrazione simbolica; la cultura dell'immediatezza, che definisce il rapporto con il tempo nella postmodernità, che privilegia l'incontro sincronico, qui ed ora (il tempo breve prevale sul tempo lungo, come lo zapping e il nomadismo prevalgono sulla continuità); la cultura di melanconia, che è lo sfondo di lutto interminabile e inelaborato delle catastrofi del secolo scorso. “Queste quattro cupe caratteristiche della postmodernità - scrive Kaes- sono gli effetti dei cambiamenti strutturali che hanno riguardato il campo sociale e culturale. Hanno anche modificato l'organizzazione e il funzionamento psichico; il nostro compito è individuare la loro incidenza sulle forme di soggettività che generano”.

In *Cosa resta del padre?* Massimo Recalcati sottolinea come i nuovi sintomi della contemporaneità -i disturbi alimentari, le dipendenze patologiche, la depressione, gli attacchi di panico- “sono accomunati dallo stesso ritiro narcisistico del soggetto dallo scambio simbiotico con l’Altro, verso il rifugio patologico di un godimento pulsionale chiuso in se stesso, monadico, asessuato e rigorosamente sterile”.

I beni materiali, gli oggetti, ma anche le relazioni vengono voracemente e velocemente consumati. Siamo slittando verso un modo di essere e di sentire essenzialmente narcisistico, mentre apparentemente siamo immersi in una comunicazione continua attraverso un uso sempre più invadente della tecnologia (cellulari, internet, facebook, twitter, ecc).

Una paziente adolescente arriva in seduta con tutti i suoi supporti tecnologici: cuffiette alle orecchie e il cellulare acceso dal quale non riesce a staccare lo sguardo. Quando il terapeuta ottiene che almeno non squilli, continua ad usarlo come un supporto narcisistico, quasi che la sua presenza muta dia corpo alla sua paura di essere cancellata, di non esistere più per nessuno.

La famiglia stessa, evocata nello stesso nome del Servizio e considerata il punto centrale di una organizzazione sociale, è in piena metamorfosi: pensiamo all’aumento delle separazioni e alle diverse conformazioni che la famiglia sta assumendo: monogenitoriale, ricostituita, allargata, adottiva, omogenitoriale e del ruolo delle biotecnologie che promettono e permettono una procreazione fino a pochi anni fa impensabile. Le barriere tra le generazioni si sono ridotte, la pubertà tende sempre di più ad anticiparsi senza che corrisponda ad una reale autonomia e crescita affettiva. La velocità mentale dei figli supera di molto quella dei genitori in particolare nell’uso della tecnologia e questo fa sì che i genitori siano estromessi dalle competenze e dalle conoscenze dei figli, con una inevitabile ricaduta sulla possibilità di definire per loro delle regole e fissare dei limiti che possono invece facilmente valicare. Tutto questo potenzia una falsa onnipotenza nell’adolescente e contemporaneamente una profonda solitudine, in quanto viene a mancare quel filtro e sostegno necessario da parte dei genitori in un periodo della vita segnato da grandi cambiamenti. La paura di non essere all’altezza domina i nostri pazienti, in particolare quelli adolescenti, e l’angoscia prende altre strade, più concrete ed esteriorizzate, privilegiando il corpo, attraverso il culto della bellezza, della perfezione e della giovinezza, con le somatizzazioni, i disturbi della condotta alimentare, oppure attraverso agiti che privilegiano l’area della sessualità (come la promiscuità, la perversione e il consumismo sessuale).

Valentina, una ragazza ventenne, usa il cibo e il corpo con una funzione “antiangoscia”. Ha attraversato l’adolescenza tra attacchi bulimici e diete drastiche e ora ricorre ad un controllo maniacale sul corpo attraverso la chirurgia estetica. Riesce a convincere la madre, con la quale vive, facendo leva sui sensi di colpa per una separazione dal padre molto conflittuale, a pagarle un

intervento estetico al seno. Già dopo qualche mese, una nuova crisi depressiva produce nuove ossessioni e nuove pressioni sulla madre per altri interventi, per rimodellare i fianchi, riempire i glutei e così via. Tutti tentativi di negare la dipendenza attraverso nuove dipendenze, alla ricerca di identità fallaci, per coprire il senso di vuoto, l'impotenza, l'insicurezza di base.

Ci piace chiudere questo intervento citando Raymond Cahn che, riferendosi a Winnicott, sottolineava non solo la prodigiosa novità del suo pensiero, ma anche la "sovrana libertà con la quale negoziava le esigenze del setting, tenendone tuttavia paradossalmente fermi i principi fondamentali. Maniera di essere e di restare in qualche modo psicoanalista "in ogni circostanza", comprese quelle situazioni dove è apparentemente impossibile restarlo, se non nell'arte sottile di cessare *psicoanaliticamente* di esserlo".

Bibliografia

- Bolognini S. (2008), *Passaggi segreti. Teoria e tecnica della relazione intersichica*, Bollati Boringhieri, Torino
- Cahn R. (2002), *La fine del divano ?*, Borla, Roma 2004
- Corbellini G., Jervis G. (2008), *La razionalità negata. Psichiatria e antipsichiatria in Italia*, Bollati Boringhieri, Torino
- Correale A. (1991), *Il campo istituzionale*, Borla, Roma
- Correale A. (2003), Percorsi pubblici dell'interiorità: psicoanalisi e istituzioni psichiatriche, *Rivista di Psicoanalisi*, XLIX, 2, 341-352 .
- Kaes R. (2005), Il disagio del mondo contemporaneo e la sofferenza del nostro tempo. Saggio sui garanti metapsichici, *Psiche*, XIII, 2, 57-65.
- Petrella F.(2005), I disagi della psicoanalisi nella postmodernità, *Psiche*, XIII,2,31-45
- Recalcati M. (2008), Il soggetto senza inconscio, *Psiche*, XVI, 2, 159-166.
- Recalcati M. (2011), *Cosa resta del padre ?*, Cortina, Milano

Massimo Armaro

Il tempo che [ci] resta

Negli anni mi è capitato di pensare al lavoro psicoanalitico nel Servizio pubblico via via attraverso alcune immagini ricorrenti.

Le parole che abbiamo scelto con Giorgio Bartolomei per la locandina del convegno¹ sembrano esprimere il meglio della relazione psicoanalitica di aiuto, passando attraverso la figura di Freud. Di ritorno da una visita alla sua ormai storica casa, Claudio Magris redige queste brevi note: *“Nell’atrio ci sono cappello e bastone come se Freud fosse rientrato da poco; c’è la borsa da medico, un baule da viaggio e una bottiglietta in una fodera di cuoio, la borraccia che portava con sé nelle gite tra i boschi, che amava con la precisa abitudinarietà del padre di famiglia”*. Nota che mentre lo studio è ormai affollato di fotografie, un museo didattico stereotipo: *“Quel bastone e quella borraccia dicono tutta la grandezza di Freud, il suo senso della misura e il suo amore dell’ordine, la sua semplicità di uomo risolto e libero da smanie, che - addentrandosi nei gorghi delle ambivalenze umane - impara e insegna ad amare ancora di più, più liberamente, quelle gite familiari in montagna.”* E ancora: *“Gli eredi di Freud non sono i fumosi ideologi che adoperano spettacolarmente la psicoanalisi come una gomma americana, ma i terapeuti che, con pazienza, aiutano qualcuno a vivere un po’ meglio. Quella modesta e rassicurante borsa di cuoio mi fa pensare a tutti coloro ai quali debbo quel po’ di sicurezza che posseggo, quella minima e necessaria capacità di convivere con le mie oscurità”*.

Un’altra immagine che spesso mi torna in mente - e che mi sembra raccontare qualcosa dell’esperienza dell’operatore dei Servizi immerso nella intensità della relazione quotidiana con il proprio utente, spesso senza avere il tempo di ritornarci nella scrittura – è quella gaiamente evocata dal poeta veneto dialettale Giacomo Noventa, che preferiva *recitare anziché scrivere* i versi che andava componendo, e che paragona la scrittura ad una dilazione rispetto al *dire* in presa diretta l’esperienza.

¹ Claudio Magris, Danubio, Garzanti 1986. Cito dall’edizione del 1999, pagg. 239-240.

Questa sua poesia si svolge durante una pausa dell'incontro amoroso, ²

*Nei momenti che i basi fermemo
No' par gusto ma par riflessione,
La me amante vol scrivere i versi,
Che me digo e me basta de dir.*

*Tuta nù a la se méte al lavoro,
Po' la méte una blusa lisièra,
Po' la ziga "che freddi xé i versi"
La stranua, mi la baso, e bondì.*

"Ah che curti che xé 'sti poemi!"
Dirà quelli che ne lezerà,
"Ah che boni che gerà quei basi!"
Dirà ela... o Amor lo dirà.

Un'altra figura con la quale mi è capitato di pensare al mio lavoro, e principalmente all'incontro clinico, è la concezione messianica del *tempo- ora* [Jetztzeit] di Walter Benjamin, per la quale ogni istante è la *piccola porta* dalla quale può entrare il messia. E Benjamin concorda con il suo amico Scholem: *il messia non viene a trasformare il mondo con la violenza, ma ad aggiustarlo di pochissimo*. Ci è data in dote una *debole forza* messianica. ³ La debole forza dell'incontro umano e clinico.

Ma sono le parole dei miei pazienti quelle che più di tutte mi danno la rotta di navigazione, o meglio ancora il senso, del nostro viaggiare. Direi quasi *le citazioni interiori* con le quali vivo.

Avendo in mente l'affermazione di Bion per la quale è il paziente stesso il *nostro miglior collega*, cioè colui che più ci aiuta nel nostro lavoro, mi sono divertito molto quando un bambino in

² Giacomo Noventa, *Versi e poesie*, Marsilio 1986. Proviamo una trascrizione al solo fine di agevolare la lettura del testo originale: *Nei momenti che i baci smettiamo, / non per noia ma per opportunità, / la mia amante vuol scrivere i versi / che io dico e mi basta di dir. / Tutta nuda si mette al lavoro, / poi indossa una blusa leggera, / e poi dice "che freddi sono i versi". / Lei starnuta, io la bacio e buondi. / <A che corti questi poemi!>, / dirà quello che leggerà, / <a che buoni che eran quei baci!>. / Dirà ella, o Amor lo dirà.*

³ Walter Benjamin, "Franz Kafka", in *Angelus Novus*, Einaudi 1976, pag 283. Vedi anche il carteggio Benjamin- Scholem; *Teologia e Utopia*, Einaudi 1987, pp.143-145, dove viene riportata la frase di Scholem: "tutto sarà come qui- solo cambiato di pochissimo". Nelle Tesi sul concetto di storia si ritrova il riferimento alla "debole forza messianica". Lo storico Arnaldo Momigliano nelle sue *Pagine Ebraiche*, Einaudi 1987, discute di apocalissi e messianismo, e ci dice tra l'altro che la tensione politica aggravata o la persecuzione spinge al messianismo. Scrive inoltre che "[...] l'apocalissi si può lasciarla alla responsabilità di Dio, mentre, come si accorse Mosè, l'esodo è responsabilità dei capi di stato, anche se sono profeti". ("Indicazioni preliminari su Apocalissi ed esodo nella tradizione giudaica", pp.95-107). Giorgio Agamben nel suo "Il tempo che resta", Bollati Boringhieri 2000, porta alla luce proprio nella debole forza messianica di Benjamin una citazione dell'apostolo Paolo.

psicoterapia, già diagnosticato con disturbo generalizzato dello sviluppo, e che in quel periodo non voleva essere chiamato con il proprio nome, bensì solo con quello del pesce di un famoso cartone, mi assegnò a sua volta in seduta il ruolo di suo *miglior collega* nel lavoro da agenti segreti tutto fare che ci trovavamo a sbrigare.

A volte la disponibilità dei nostri piccoli pazienti nel seguire la spinta dell'attaccamento, ad entrare in profondo contatto emotivo con noi, ricorda l'aneddoto di Buber citato da Cacciari: un rabbino aveva una tale fede nell'imminente arrivo del messia, che quando qualcuno gli chiedeva quando mai sarebbe giunto, prima di rispondere correva alla finestra. Forse era arrivato mentre stavano parlando ...

E così una bambina sembrava dover salvare l'insalvabile⁴, o almeno venire a patti con la sua esperienza traumatica, e raccontava “ una volta zia ha strozzato mamma, però piano ...”.

Siamo in una *infelice* fase del lavoro istituzionale, la nostra generazione vi ha dedicato passione e impegno, mentre le risorse sono state prima spostate sul privato per scelte politiche, e poi ritirate per la crisi economica, senza favorire l'ingresso delle nuove generazioni con le quali scambiare le esperienze accumulate, gli studi più recenti e le energie vitali. Si moltiplicano i protocolli diagnostici e terapeutici in ottiche spesso molto settoriali, non solo avulse dalla costruzione di alleanze terapeutiche che le rendano sostenibili, ma con anche molto sacrificio dell'orizzonte personale di senso⁵. La scienza da metodo umile e rigoroso tende a trasformarsi- come ha scritto Pier Francesco Galli - in visione del mondo e propaganda.⁶

Sul piano della ricerca viceversa abbiamo avuto il *felice* progresso delle teorie dell'attaccamento e dell'infant research - con l'emergere dell'importanza della regolazione affettiva rispetto alla troppo semplificata concezione di sicurezza/protezione dai predatori - l'affermarsi delle neuroscienze, una nuova attenzione agli aspetti evolutivi, la costante elaborazione della clinica psicoanalitica.

La psicoanalisi deve confrontarsi con la ricerca e la psicologia scientifica. Di che si tratta? Possiamo pensare – più per dare spunti che per sintesi - al lavoro di Lichtenberg sui sistemi motivazionali, con ad esempio l'attenzione al *sistema avversivo antagonismo- ritiro* che si smarca rispetto ai concetti di difesa e reazione terapeutica negativa; al lavoro di Beebe e Lachmann sull'infant research utilizzata nel trattamento degli adulti, con i *tre principi di salienza* rilevabili nelle interazioni

4 Vedi più avanti la nota conclusiva di questo testo.

5 Si vedono oggi pratiche cliniche soprattutto neuropsichiatriche molto attente ai singoli aspetti delle specifiche competenze settoriali del funzionamento mentale, con l'affermarsi di protocolli diagnostici standard e trattamenti considerati elettivi di particolari sindromi, quale ad esempio l'ADHD (Disturbo dell'attenzione con iperattività). Si veda anche il complesso dibattito sulle linee guida dell'Istituto superiore di sanità sui Disturbi generalizzati dello sviluppo. Una buona base di partenza per addentrarsi nella questione mi sembra il contributo di Barale e Ucelli nel libro: Ballerini A, Barale F, Gallese V, Ucelli S, 2006. Autismo. L'Umanità nascosta, a cura di Stefano Mistura. Piccola Biblioteca Einaudi.

6 <http://www.psychiatryonline.it/ital/180/dagherro.htm> Pier Francesco Galli, L'epidemia della normalità: dagherrotipo del nuovo che avanza Psicoterapia e Scienze Umane, 1998, XXXII, 3: 5-13

studiate a livello microanalitico: vale a dire la regolazione attesa, la rottura e riparazione dell'interazione, e i momenti affettivi intensi.⁷ Ma anche allo sforzo integrativo di Greenspan⁸ tra studi sullo sviluppo e approccio psicoanalitico all'infanzia, rilevante in genere ma anche specificamente nel dibattito attorno ai Disturbi generalizzati dello sviluppo, con la particolare attenzione alla vita emotiva.

Possiamo peraltro considerare la tradizione storica dell'infant observation - l'osservazione diretta della relazione madre neonato all'interno della famiglia, voluta per prima da Esther Bick alla Tavistock di Londra come parte integrante del training psicoanalitico - metodo rigoroso ed esperienza emotiva per accostarsi al non verbale e al preverbale nel ricco tessuto delle fantasmizzazioni e delle dinamiche emotive, e immersione profonda negli oggetti psicoanalitici⁹.

Da un punto di vista storico, mi sembra sostenibile affermare che l'analisi infantile abbia talvolta anticipato intuizioni cliniche e innovazioni tecniche poi estese al lavoro con gli adulti.

Con un gruppo di colleghi in maggioranza dell'AIPPI abbiamo fatto una ricognizione sull'attuale uso del gioco in terapia¹⁰: dalla ricchezza del concetto kleiniano di personificazione, l'invenzione dei personaggi con i loro ruoli da parte del bambino che esprimono le relazioni nel mondo interno - di amore, odio e persecuzione.¹¹ Alla visione winnicottiana per la quale la psicoterapia profonda non ha necessariamente bisogno dell'interpretazione. Il gioco è un'esperienza creativa, precaria nel bilico tra soggettivo e oggettivo, che va protetta. “*La cosa naturale è il gioco e il fenomeno altamente sofisticato del ventesimo secolo è la psicoanalisi.*”¹²

⁷ A proposito dei modelli precoci di regolazione interattiva, ai due modelli che privilegiano una eccessiva attenzione rispettivamente per l'autoregolazione, con conseguente attenzione bassa all'altro e possibile ritiro- inibizione, o per la regolazione interattiva, con una eccessiva attenzione nei confronti dell'altro e vigilanza e dipendenza eccessiva dall'interazione, si deve preferire un terzo modello di equilibrio flessibile tra autoregolazione e regolazione interattiva, con una attenzione intermedia in grado di attraversare le rotture e di ripararle. Infant research e trattamento degli adulti, Raffaello Cortina 2003. Vedi sempre in questo libro l'interessante descrizione dell'interazione “caccia e fuga” tra madre e bambino.

⁸ Stanley Greenspan, Stuart Shanker, La ricerca sull'età evolutiva, in Person E. S.; Cooper A. M.; Gabbard G. O., Psicoanalisi. Teoria, clinica, ricerca, R. Cortina 2006. Pp. 547-592. Molti contributi di Greenspan arricchiscono sia la psicoanalisi che la ricerca e la clinica: in particolare da considerare anche l'introduzione nel Manuale diagnostico 0-3 anni dei Disturbi multisistemici dello sviluppo, che fanno emergere un'area diagnostica differenziata dai Disturbi generalizzati dello sviluppo, con una nuova attenzione ai bambini con bisogni speciali.

⁹ Nel numero 65 dei Quaderni di psicoterapia infantile, D. Vallino e M. Macciò compiono proprio un serrato ma non del tutto soddisfacente confronto tra infant research e infant observation, evidenziandone specificità e confluente. Per una interessante panoramica sugli sviluppi dell'infant research, letti con una prospettiva consapevole della psicoanalisi, ho trovato interessante Cristina Riva Crugnola, Intersoggettività e regolazione emotiva nella relazione genitore-bambino, in C. Riva Crugnola, Il bambino e le sue relazioni, R. Cortina 2007

¹⁰ M. Armario, F. Burrini, L. Calzolaretti, G. De Intinis, S. Falanga, M. Frilli, L. Grassi, G. Mazzoncini, C. Mezzalama, M. Nardi, S. Olivetti, G. Parisi, A. Raineri, A. Raineri, Giocare a venti mani. Ovvero: il gioco in psicoanalisi e lo psicoanalista in gioco. Appunti su evoluzione, teoria, tecnica. Relazione letta al convegno di Subiaco dell'A.I.P.P.I. del 18 settembre 2010.

¹¹ “La personificazione nel gioco infantile”(1929), sta negli Scritti a pag.227. La Klein evidenzia che i bambini schizofrenici non sono capaci di “gioco vero e proprio”. Ivi.

¹² D. Winnicott, “Il gioco. Formulazione teorica.” E' il capitolo 3 di” Gioco e Realtà”.

Palacio Espasa¹³ formula una chiara partizione, nel “*processo di formazione del simbolo l’intensità dell’angoscia gioca un ruolo essenziale*”: “*I bambini con un’organizzazione di personalità abbastanza solida – di tipo nevrotico – hanno la possibilità di utilizzare il gioco,*” come “*il mezzo ottimale per venire a patti con i movimenti pulsionali.*”¹⁴ Viceversa quando l’angoscia depressiva è troppo intensa, e gli spostamenti necessari divengono multipli e impellenti, irrompe il processo primario e si manifesta un “*indebolimento dei legami significante- significato che dà luogo al disturbo della simbolizzazione caratteristico dei bambini borderline*”. Giocare con le idee, stare dentro e fuori, addolcisce i vissuti e stabilizza la rappresentazione di sé. Il genitore traumatizzato o spaventato non sa giocare con le idee e le emozioni conflittuali, e queste vengono scisse e vissute nella modalità dell’equivalenza psichica.

Nel gioco di finzione e nelle interazioni empatiche il rispecchiamento marcato - vale a dire il *rispecchiamento emotivo* che avviene con *marcature mimiche o espressive*, in risposta alle esternalizzazioni del bambino (proiezione, identificazione proiettiva, acting)¹⁵ consente al bambino di sentirsi in sicurezza e di raggiungere una progressiva e adeguata regolazione affettiva.

Nella rinegoziazione della relazione tra sé e altro in azione, si sviluppa l’integrazione degli stati dissociati del sé, la simbolizzazione e il riconoscimento.¹⁶

Il bambino può fare esperienza di un riconoscimento empatico concordante, o di un riconoscimento complementare che gli pone dei limiti.¹⁷

¹³ Francisco Palacio Espasa, *Psicoterapia con i bambini*, Raffaello Cortina 1995. Capitolo 5: “il ruolo del gioco in psicoterapia infantile” (pag. 73-81).

¹⁴ Per questi bambini il gioco consente un piacere mediato e indiretto della vita pulsionale, senza agiti o fughe. L’Io del bambino apre e chiude temi con una ricerca di coerenza data dalla coscienza. Espasa vede qui una distinzione con il sogno che opera nel registro dell’inconscio e si permette l’incoerenza.

¹⁵ “Gli sguardi, la leggera inclinazione della testa, le variazioni esagerate dell’intonazione con toni alti o rallentamenti, l’esecuzione schematizzata dei movimenti, di solito abbreviata o solo parziale, l’uso di oggetti immaginari invisibili sono tutti elementi che <marcano> chiaramente e in modo saliente per il bambino l’espressione di finzione come categorialmente distinta dal suo equivalente reale, indicano che essa <non è vera>”. Pag. 205. Fonagy P., Gergely G., Jurist E. L., Target M., *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del Sé*, R. Cortina editore 2005. Cap. 5, “Il rispecchiamento affettivo marcato e l’uso del gioco di finzione ai fini della regolazione affettiva”. Le tre caratteristiche delle esternalizzazioni marcate (marcatura percettiva, passaggio da passività ad attività, modificazione del contenuto), possono appartenere anche all’immaginazione interiore.

La meta-rappresentazione (Lesley), o rappresentazioni di secondo ordine (Dennett) permettono lo “sdoppiamento” di mentale e reale, favoriscono la ricodifica emotiva delle esperienze negative. Tra le conseguenze del rispecchiamento anomalo si trovano disregolazione affettiva, indifferenziazione o impoverimento della consapevolezza sugli stati emotivi, equivalenza psichica, cecità della marcatura, scarso controllo degli impulsi.

¹⁶ J. B. Frankel, “Il gioco: elemento fondante del lavoro terapeutico psicoanalitico”, nel numero 54 dei Quaderni di psicoterapia infantile, stampato nel marzo 2007. Viene tra gli altri citato anche Konrad Lorenz che aveva visto il gioco come un campo esente da tensioni, che favorisce curiosità, esplorazione e creatività.

¹⁷ J. Benjamin: “Il riconoscimento è quella risposta dell’altro che dà significato ai sentimenti, alle intenzioni e alle azioni del Sé. Permette al Sé di verificare il proprio operato e la propria creatività in modo tangibile”. Frankel sostiene che - come l’identificazione di Racker descritta nei suoi celebri studi sul controtransfert - anche il riconoscimento avviene in modo concordante (quando cerchiamo di provare quello che pu. provare il paziente), e in modo complementare (“Altre volte ci scopriamo a sentire, e forse a comportarci, come fossimo dei genitori ostili verso il paziente, controllanti, compiacenti, sottomessi o impotenti: in una parola complementari. Anche porre limiti, affrontare le resistenze del paziente, confrontarci con lui, opporci a qualcosa che sta facendo sono forme complementari di riconoscimento.”). Giocare con i nostri pazienti è riconoscimento, e del riconoscimento fa anche parte accettare una quota di inconoscibilità dell’altro. Occorre dare parola ai personaggi del gioco: “dare un nome ai sentimenti di un <personaggio>, descrivere l’atmosfera di un gioco o fare la <telecronaca sportiva> dell’azione sono tutti modi di cogliere la specificità di un’esperienza particolare del bambino.” Usare

Frankel mostra come il gioco consenta la ri-sperimentazione delle parti scisse, con Bromberg la coscienza implica più sé, e “ogni stato contiene una particolare esperienza del sé in relazione a un <altro> percepito, inclusi modelli specifici d’interazione, *ricordi stato-dipendenti*¹⁸, cognizioni, stati d’animo e affetti.”¹⁹

Da tempo Ferro ci ricorda l’opportunità di restare con i propri commenti sui personaggi delle storie, per permetterne l’evoluzione.

Con Stefanella De Santis ci siamo invece divertiti a pubblicare ospiti su “Studi junghiani”, sette casi *sulla fenomenologia del far buio in seduta*.²⁰ Ci è capitato nella nostra pratica clinica che bambini e preadolescenti, spinti da fantasie relazionali, ricerca di particolari stati del sé, spegnessero materialmente la luce e abbassassero le tapparelle in seduta, come immergendoci in un ambiente acquatico dove muoversi con timore e circospezione. Ricorderete come Freud avesse parlato di un volontario accecarsi in seduta, e Bion di un *penetrante raggio di oscurità*, supponendo di guardare al calar della sera una partita di tennis si potrebbe forse finire con il percepire la rete come un insieme di buchi, sintonizzandoci magari con la sensibilità di un fobico che vive dei calzini come buchi tenuti insieme da tessuto. E spesso sulla soglia del buio i bambini e gli adulti sistemano i pensieri. Una bambina di quattro anni prima di addormentarsi per la notte chiede “Papà, le galline volano?”. E a distanza di qualche sera, “Papà, Gesù vola?”. Sta sistemando i confini della categoria dei volatili, nella quale sono liminari gallinacei, super eroi, divinità.

Da un punto di vista tecnico, come mi trovo a lavorare oggi? Provo a dirlo in modo un poco condensato.

Sempre di più lavoro con l’alleanza terapeutica e la promozione dell’auto-osservazione. Speciale – Bagliacca ricorda l’esigenza posta in luce da Jung di *far dialogare le parti del sé* nel paziente, un lavoro di integrazione, per dirla con Melanie Klein.

Bion ci ha detto che dobbiamo mostrare al paziente da dove prendiamo tra le cose che ci dice il materiale per le nostre interpretazioni, mostrare in modo umile come stiamo lavorando (come funziona la nostra mente). Quindi mi piace essere chiaro e delicatamente diretto, modulando le

commenti anche descrittivi in modo precoce pu, aumentare l’ansia e intralciare la capacità di giocare del bambino. Nella terapia infantile teniamo molti pensieri nel preconscious, mentre siamo disponibili a partecipare al gioco, ed è una terapia che si basa sulla reciprocità relazionale.

18 Per ricordi stato dipendenti si intendono ricordi attivati e presenti alla coscienza solo all’interno di un particolare stato del sé o affettivo, come avviene tipicamente per i ricordi traumatici.

19 Va peraltro considerato in merito il problematizzante contributo di Giovanni Jervis, che ha messo più volte in luce l’esigenza umana di “costruire e difendere un’immagine di sé dotata almeno di una solidità minimale, e cioè, in pratica abbastanza solida da confermarci che esistiamo senza dissolverci” (La conquista dell’identità, Feltrinelli Milano 1997, pag. 33). Ha mostrato inoltre insieme all’aspetto non solo affettivo ma propriamente costitutivo dell’autoinganno, anche le ascendenze romantico-controculturali delle concezioni dell’Io debole, riprese nel ‘900 soprattutto dalla filosofia e cultura francesi. Vedi Il mito dell’Io debole in Il mito dell’interiorità, a cura di G. Corbellini e M. Marraffa, Boringhieri 2011.

20 Armaro M., De Santis S., Sul far buio in seduta, in Studi junghiani vol. 12, n°2, 2006. Franco Angeli.

comunicazioni su quanto dell'angoscia e della verità psichica sia sopportabile in quel momento, serbandolo dentro di me il resto, in attesa di un eventuale futuro in cui poterlo condividere anche con le parole.

Il paziente deve trovare la propria via e motivazione al cambiamento. Riuscire progressivamente a stare con se stesso, patteggiandolo in seduta con (e talvolta a partire da) il riuscire a stare con l'altro. Insieme possiamo provare a vedere cosa si prova a essere ciò che si è, chi si è. Da parte mia cerco di farmi carico di come il paziente sta in seduta, e di pensare a come starà fuori.

Ci troviamo spesso insieme a lavorare con il poco, il numero delle sedute talvolta esiguo, ma anche a fare ponte con la solitudine che verrà.

Proprio recentemente una bambina di cinque anni e mezzo, affetta da mutismo elettivo ha fatto una parentesi di parola in seduta. La vedevo con frequenza: "ogni volta che posso volentieri", in pratica ogni due, a volte tre settimane. So di non dover avere fretta, né desiderare troppo la sparizione del sintomo. Quello che ho fatto è stato di giocare creando insieme momenti di entusiasmo. La bimba con i suoi tempi ha iniziato prima a mugolare, a muovere le labbra durante liti e rimproveri tra pupazzetti della famiglia, guidata da un trasporto rabbioso. Poi diverse sedute neanche un mugolio. Poi ancora qualche gesto esultante nel farmi gol o nel cercare di tirarmi la palla in faccia. Il giorno che ha parlato mi stava preparando nel gioco del cibo che dovevo mangiare. Io cercavo di capire che tipo di cibo fosse, mi accertavo che fosse buono, ricevevo assenti del capo, e però una volta mangiato la bambina ha proprio bisogno di dirmelo: "era cacca" e una volta bevuto la bambina mi dice "era pipì", e ancora: se io speravo di poter soltanto assaggiare il cibo schifoso, lei mi diceva "mangia tutto". Allora, quale è il dispositivo che sto approntando con questa bimba, quale interpretazione sto dando alla sua rabbia e ostinazione? Puoi essere ciò che sei adesso, insieme a me, e poi vediamo insieme che ci facciamo con quello che sei, con quello che provi. Questo cibo cacca fatto di odio delle esposizioni a povere liti familiari, delle misere invadenti proiezioni che hai subito, ma che ora è anche il tuo odio-amore per me con il quale giochi adesso, il tuo potere di schifarmi con rabbia e affetto.

Dimenticavo la cosa più importante. La mia *interpretazione centrale* si manifesta nel modificare e personalizzare l'assetto con il quale sto in seduta, come mi modifico per accogliere *proprio te* e vivere insieme il tempo della seduta. E pensarti ora e quando sarai fuori.

Vi accenno ad un altro caso in cui la dimensione del gioco e del contatto fisico si amplia di più complessi significati. Gigio è un bambino che inizio a seguire tre anni fa, quando ha sei anni. Molto intelligente, pur avendo genitori sensibili, ha a casa un importante fattore di deprivazione che

ometto. Il bambino soffre dalla nascita di dermatite atopica che spesso gli ricopre tutto il corpo, procurandogli prurito, ferite e astinenza da cibi tra i quali con particolare suo dispiacere la cioccolata. Dice bugie, ha una certa curiosità sessuale, quando a scuola non lo capiscono si dispera, diviene oppositivo e intrattabile: rovescia sedie e riceve continue note. Compie piccoli furti. Preferisce amicizie di bambine e mostra una identificazione femminile idealizzata che gli fa preferire le eroine dei cartoni.

La prima volta che ci conosciamo disegna una bambina con le braccia larghe, che fa l'aereo. Dico: "chissà dove vuole andare facendo l'aereo?" - "in cielo" - "che deve fare in cielo?" - "andare dalla sua mamma che è morta".

Da subito Gigio ha un transfert immediato e la relazione inizia con molta intensità. Mostra un grande bisogno di stare in seduta, e vorrebbe portarsi via delle cose ogni volta. Lo sento molto disperato per il tanto di cui ha bisogno e il poco che riceve. Il primo personaggio che ci aiuta sensibilmente è il *mago ladruncolo*, che produce dei rumori senza farsi vedere in seduta e sul quale riflettiamo che sicuramente compie dei piccoli furti la notte quando la stanza di terapia è deserta.

Più avanti con Gigio c'è un ulteriore passaggio: iniziamo a costruire delle semplici spade di carta (arrotolando in modo serrato fogli di carta). Sale in piedi sulla scrivania e da lì balza su di me, il suo cavallo che deve portarlo a battersi con i draghi in epiche battaglie, durante le quali viene ferito, perde e recupera la spada e soltanto infine trionfa. Gigio mi chiede di portarsi le spade a casa, certo per ricavarci un riverbero della soddisfazione narcisistica ottenuta in seduta, in un primo abbozzo di recupero dell'identità maschile, in una prima elaborazione del rapporto tra stare con me e stare senza di me, di esportazione della rappresentazione di sé raggiunta in seduta.

Ma vorrei sottolineare anche un altro aspetto. Vuole essere tenuto in braccio in modo per me oneroso, devo spesso tenerlo con le braccia alte, solo parzialmente appoggiato sulla mia spalla, in ciò che mi fa pensare a una forma di esposizione trionfante (non nel senso del trionfo maniacale, ma del tripudio di *presentazione*, come un generale romano all'arco di trionfo). O lo devo afferrare al volo mentre si butta testa in giù dalla scrivania, facendomi vivere il rischio di un suo procurarsi seri danni e costringendomi a patteggiare con lui di non buttarsi assolutamente senza aver prima verificato la mia attentissima vicinanza fisica. Mi rendo conto di una dimensione di bisogno non solo narcisistico ma che per così dire *accompagna la catastrofe, solo talvolta sventandola*. Sento però anche un'esigenza restaurativa a livello insieme corporeo e mentale. In seguito parlando con la sua mamma vengo a sapere che a causa di un problema fisico dopo il parto, la donna non lo ha potuto tenere in braccio neanche quando lo allattava e per tutto il primo anno di vita. E già prima della lotta con i draghi Gigio mi chiedeva di tenerlo con le braccia questa volta in avanti durante le sue improvvise e ripetute alternanze di morte e rinascita - Cristo irrisolto - mentre io devo esprimere

cordoglio per la sua prematura e improvvisa morte e stupita esultanza per la sua imprevista resurrezione. Ma l'aspetto particolare è che lui stava sulla mie braccia in modo rigido e disteso, credo riproducendo inconsciamente qualcosa dell'esperienza del suo corpo appoggiato sui cuscini durante l'allattamento, un suo corpo che non si era potuto modellare e ammorbidire: accoccolare nella *doppia percezione* di sé fra le braccia della mamma. Allorquando aveva sviluppato una dermatite atopica: un confine corporeo di pruriti e ferite. L'agognato contatto diventato effrazione. Durante un paio di sedute Gigio porta il tema dell'umiliazione. Nel gioco lui incarna il padre e io devo fare Gigio che viene spogliato (beninteso solo nella finzione) ed esposto alla vista dei suoi compagni senza potersi coprire neanche le parti intime. E in qualità di Gigio sento che mio padre di nascosto dice a mia madre: "adesso basta, è troppo: dobbiamo gettarlo nel cassonetto ...", cosa che poi avviene mentre mi dispero e mi agghiaccio. Per fortuna un vecchio mi ripesca dal cassonetto e mi restituisce alla famiglia. (Amara parentesi autobiografico-professionale: da qualche anno sono diventato oggetto di un transfert da nonno, che all'inizio ho un poco faticato a realizzare, mi accorgevo solo che nelle storie dei bambini aumentavano i nonni nei racconti e nelle storie con i pupazzetti ...)

Come sempre quando c'è un transfert caldo, i miglioramenti esterni sono notevoli. In seduta il gioco elettivo diventa il nascondino nella stanza, dove Gigio può venire cercato, o più spesso tanarmi con fulminei scatti. Purtroppo recentemente c'è stato un ulteriore acuirsi dell'elemento di deprivazione familiare, e ogni volta che Gigio si dispera si disorganizza, mi tira veri calci e fatica a godersi la seduta.

Quando mancano un paio di minuti al termine della seduta mi chiede: "faccio in tempo a fare 99 disegni?". Un giorno a fine seduta - dopo due anni di lavoro - da terra mi si è avvinghiato alla gamba e mi ha detto "Ti prego, fammi restare in questa stanza anche se tu devi andare via ...". Oltre ad addolorarmi, ho potuto riflettere sul bisogno vitale di Gigio di prolungare quanto ottiene in seduta: non solo l'appagamento narcisistico, ma anche lo stato del sé, la rappresentazione e l'esperienza del sé congiunto nella realizzazione dell'estensione diadica degli stati felici di coscienza (Tronick parla dell'estensione degli *stadi diadici della coscienza*), a fronte del troppo poco e non abbastanza che mette a serio rischio la sopravvivenza psico-fisica.

Ma il lavoro psicoanalitico nell'istituzione, sempre in bilico tra utopia e disincanto, il nostro *amore in tempo di guerra*²¹, connota il tempo dell'incontro così come - per dirla con Agamben - il tempo

²¹ Vedi (e senti... <http://www.youtube.com/watch?v=RbmFhHVjKZc>) la canzone Stranizza d'amuri, scritta e cantata in siciliano da Franco Battiato, di cui riportiamo una parte del testo. 'Ndo vadduni da Scammacca / i carritteri ogni tantu/ lassaunu i loru bisogni/ e i musecuni ciabbulaunu supra/ jeumu a caccia di lucettuli .../ a litturina da Ciccum-Etnea/ i saggi ginnici 'u Nabuccu/ scola sta finennu.// Man manu ca passunu i jonna/ sta frevi mi trasi 'nda ll'ossa/ ccu tuttu ca fora c'è a guerra/ mi sentu stranizza d'amuri/ l'amuri// E quannu t'ancontru 'nda strata/ mi veni 'na scossa 'ndo cori/ ccu tuttu ca fora si

messianico non appartiene né alla cronologia né all'escatologia. E in questo senso non è la fine del tempo ma il tempo della fine. Il tempo che (ci) resta.²²

Bibliografia

- Agamben G., *Il tempo che resta*, Bollati Boringhieri 2000
- Armaro M., Burruni F., Calzolaretti L., De Intinis G., Falanga S., Frilli M., Grassi L., Mazzoncini G. M., Mezzalama C., Nardi M., Olivetti S., Parisi G., Priori M., Raineri A., *Giocare a venti mani. Ovvero: il gioco in psicoanalisi e lo psicoanalista in gioco. Appunti su evoluzione, teoria, tecnica. Relazione letta al convegno di Subiaco dell'A.I.P.P.I. del 18 settembre 2010.*
- Armaro M., De Santis S., *Sul far buio in seduta*, in *Studi junghiani* vol. 12, n°2. Franco Angeli 2006.
- Ballerini A, Barale F, Gallese V, Ucelli S, *Autismo. L'Umanità nascosta*, a cura di Stefano Mistura. Piccola Biblioteca Einaudi 2006
- Battiato Franco, *Stranizza d'amuri. Canzone* 1994
- Beebe B., Lachmann F., *Infant research e trattamento degli adulti*, Raffaello Cortina 2003
- Benjamin W., "Franz Kafka", in *Angelus Novus*, Einaudi 1976
- Benjamin W., "Le affinità elettive", in *Angelus Novus*, Einaudi 1976
- Benjamin W., *Sul concetto di storia*. A cura di Bonola G. e Ranchetti M., Einaudi 1997
- Benjamin W., Scholem G., *Teologia e Utopia*, Einaudi 1987
- Bick E., *L'esperienza della pelle nelle prime relazioni oggettuali*, in (a cura di) V. Bonaminio, B. Iaccarino, *L'osservazione diretta del bambino*, Boringhieri 1984
- Bion W. R., *Seminari italiani*. Roma Borla 1985.
- Bromberg P. M., *Destare il sognatore*. Raffaello Cortina 2009
- Ferro A., *La tecnica nella psicoanalisi infantile*, R. Cortina 1992
- Ferro A., *Il paziente miglior collega: trasformazione in sogno e trasformazioni narrativa*. In *Rivista di Psicoanalisi*, n°4, Borla 2007
- Fonagy P., Gergely G., Jurist E. L., Target M., *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del Sé*, R. Cortina editore 2005
- Frankel J. B., "Il gioco: elemento fondante del lavoro terapeutico psicoanalitico", in *Quaderni di psicoterapia infantile* n° 54, Borla 2007
- Galli P. F., *L'epidemia della normalità: dagherrotipo del nuovo che avanza*: In *Psicoterapia e scienze umane*, 1998, XXXII, 3: 5-13
- Greenspan S., Shanker S., *La ricerca sull'età evolutiva*, in Person E. S., Cooper A. M., Gabbard G. O., *Psicoanalisi. Teoria, clinica, ricerca*, R. Cortina 2006
- Jervis G., *La conquista dell'identità*, Feltrinelli Milano 1997,
- Jervis G., *Il mito dell'io debole in Il mito dell'interiorità*, a cura di G. Corbellini e M. Marraffa, Boringhieri 2011.
- Klein M., *La personificazione nel gioco infantile (1929)*, in Klein M., *Scritti 1921-1958*.

mori/ na mori stranizza d'amuri/ l'amuri.

Trascrizione in italiano

Nel vallone di Scammacca / i carrettieri ogni tanto/ lasciavano i loro bisogni/ e i mosconi ci volavano sopra/ andavamo a caccia di lucertole/ il vagone della Circumetnea/ i saggi ginnici, il Nabucco/ la scuola sta finendo.// Man mano che passano i giorni/ questa febbre mi entra nelle ossa/ Anche se fuori c'è la guerra/ mi sento stranezza d'amore/ l'amore// E quando ti incontro per strada/ mi viene una scossa nel cuore/ e anche se fuori si muore/ non muore stranezza d'amore/ d'amore.

22

"Quel che interessa l'apostolo, non è l'ultimo giorno, non è l'istante in cui il tempo finisce, ma il tempo che si contrae e comincia a finire (ho kairós synestalménos estin: I Cor. 7, 29) – o, se volete, il tempo che resta tra il tempo e la sua fine." G. Agamben, "Il tempo che resta", Bollati Boringhieri 2000, p. 63. E a pag . 45: "Il soggetto messianico non contempla il mondo come se fosse salvo. Piuttosto – nelle parole di Benjamin – contempla la salvezza solo mentre si perde nell'insalvabile". A pag. 43: " Ciò che il perduto esige, non è di essere ricordato e commemorato, ma di restare in noi e con noi in quanto dimenticato, in quanto perduto – e unicamente per questo, indimenticabile." E Walter Benjamin conclude il suo saggio sulla affinità elettive di Goethe così: "Solo per chi non ha più speranza ci è data la speranza", in *Angelus Novus*, Einaudi 1976, p.232.

Boringhieri 1977
Lichtenberg J, Psicoanalisi e sistemi motivazionali, R. Cortina 1995
Lichtenberg J., Lachmann F., Fosshage J., (1992) Il Sè e I sistemi motivazionali. Astrolabio 2000
Magris C., Danubio, Garzanti 1986
Magris C., Utopia e disincanto. Scritti 1974-1998, Garzanti 2001
Momigliano Arnaldo, "Indicazioni preliminari su Apocalissi ed esodo nella tradizione giudaica", in Pagine Ebraiche, Einaudi 1987
Noventa G., Versi e Poesie, Marsilio 1986
Palacio Espasa F., Psicoterapia con i bambini, Raffaello Cortina 1995.
Riva Crugnola C., Il bambino e le sue relazioni, R. Cortina 2007
Speziale-Bagliacca R., Come vi stavo dicendo, Astrolabio Roma 2010
Tronick E., Regolazione emotiva. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2008
Vallino D., Macciò M., Le origini di Infant Research e Infant Observation: una nota storica, in Quaderni di psicoterapia infantile n° 65, Borla 2012
Winnicott D. (1971), Gioco e realtà, Armando, Roma 1974.

Il lavoro psicoanalitico nelle istituzioni

Sonia Lanzon

Il modello psicoanalitico nelle istituzioni: lavoro d'équipe, consultazione, intervento terapeutico con genitori e adolescenti

La scelta di portare avanti un pensiero psicoanalitico nelle istituzioni può essere sostenuta con impegno e vigore da operatori convinti che fare l'assessment, la valutazione diagnostica e la terapia sia particolarmente fertile nei servizi che si occupano di salute mentale in età evolutiva.

Prende valore il concetto di consultazione come esperienza valida di per sé, non solo finalizzata alla diagnosi o all'indicazione di terapia, ma come luogo di ascolto e di accoglienza partecipe.

Offrire un'esperienza dove ciò che viene portato può essere recepito con attenzione e compreso, e favorire nello stesso tempo la ricerca di significati e nessi, può costituire il presupposto per un percorso terapeutico scelto più consapevolmente.

La consultazione diagnostica in questa ottica può anche durare un tempo lungo per poter esplorare e metabolizzare vissuti di sofferenza, senza schemi prefissati ma con un'attenzione più costante al qui e ora della seduta. Soprattutto con genitori di figli adolescenti e con gli adolescenti stessi si cerca di costruire un contenitore accogliente emozioni, sentimenti e difese che sia uno spazio comune di pensabilità in cui valorizzare i significati emergenti, fare connessioni, toccare la sofferenza e l'ansia, per cominciare a creare un'alleanza.

Se questo contenitore è rappresentato da un gruppo di operatori che si fanno carico insieme della situazione, viene vissuto come più protettivo e resistente ed aumenta la fiducia per un lavoro di collaborazione e di aiuto.

Il lavoro di équipe in questa accezione è un punto di forza nel lavoro istituzionale sia per il paziente che per il terapeuta o per le altre figure professionali che entrano in campo. La discussione e la riflessione dei casi nel gruppo può alleggerire le tensioni, dipanare le ansie e far sentire il singolo operatore più protetto, più sostenuto, più responsabile di scelte condivise e consapevoli.

Se il gruppo non funziona, diviene un contenitore bucato e può produrre persecutorietà, intrusività, adesività, passività, che possono riflettersi nel lavoro con il paziente. E' auspicabile aver cura di mantenere vivo un pensiero di gruppo che sia un ascolto tra pari, anche se non eguali, senza la minaccia di essere controllati, attaccati o invasi da rivalità, litigiosità e logiche di potere. Solo questo ci dà la garanzia e la sicurezza di poter lavorare con la mente sgombra da problematiche più personali.

Lavorare in senso psicoanalitico significa sapersi collocare a quei livelli della mente dove le relazioni sono autentiche e veritiere, significa mettere in moto una pensabilità continua, sospendere il proprio ideale psicoanalitico e impegnarsi costantemente a creare luoghi e setting possibili di vera accoglienza e cura.

Scegliere di lavorare con i genitori o con un genitore non nasce necessariamente dall'impossibilità di seguire terapeuticamente sia il figlio che i genitori per mancanza di risorse, ma può rivelarsi opportuno e strategico al fine di scardinare ed elaborare proiezioni massicce sui figli, i quali a loro volta agiscono sintomatologie complesse difficilmente gestibili sia dalla famiglia che dalla scuola. Se i genitori sono sufficientemente preoccupati e ben motivati a capire i disagi dei loro figli si aprono al loro mondo interno per entrare in una nuova sintonia con il proprio bambino o ragazzo. Cercherò di attingere dalla mia pratica clinica per illustrare brevemente esperienze di lavoro con genitori che hanno accettato di affrontare la loro sofferenza.

M., una bambina di 4 anni, presentava inizialmente un rapporto conflittuale e tirannico con una madre che osteggiava provocatoriamente e che rifiutava. Ricorreva alla nonna materna pronta a saturare tutti i suoi bisogni di dipendenza e di accudimento. Bisogni che in linea transgenerazionale appartenevano alla nonna e alla mamma di M.. Ha poi manifestato nel tempo trasversalmente quasi tutta la diagnostica dell'ICI 10 (encopresi, fobia della scuola, disturbi alimentari, disturbo di separazione...) Scegliere di lavorare con la madre è stato molto utile per aiutarla a decodificare vissuti e comportamenti della bambina, fruttuoso per alleggerire le tensioni e analizzare le identificazioni proiettive che ostacolavano la comprensione. Ci siamo trovate di fronte ad un senso di colpa "inestinguibile", come lei stessa lo ha definito, un peccato originale da cui non poteva liberarsi. Per poter "sopravvivere" la madre si difendeva con bugie o omissioni per le quali lei stessa provava ripugnanza, oppure attaccava spietatamente il suo prossimo che non la capiva e non l'aiutava.

I nostri incontri diventavano sempre più il momento della verità con la presa di coscienza di vissuti depressivi e di carenza affettiva. La colpa di aver generato una figlia fuori dal suo matrimonio, in un rapporto occasionale di sola attrazione sessuale, contrastava pesantemente con le sue convinzioni religiose e la sua immagine di sé. M. che portava il cognome del papà naturale, doveva tacere la sua identità e convivere con la menzogna. Il percorso terapeutico con la madre si riverberava sulla bambina, sia sul piano della consapevolezza della sua vera storia, sia nel tempo nel farla arrivare a richiedere un aiuto per sé, che la madre ha accolto positivamente

Presenterò un'altra vignetta clinica per mettere a fuoco come l'esperienza terapeutica con i genitori possa trasformare e mettere in moto nuove relazioni.

Il lavoro con i genitori di F. è durato cinque mesi, sufficienti per mettere in luce alcune problematiche che intralciavano il rapporto con il loro primogenito. F., 6 a., bambino intelligente e creativo, con un grande investimento sul linguaggio, forbito e appropriato, forse un po' asettico, sul piano emotivo si mostrava fragile, rinunciatario, pieno di paure, soprattutto per i giochi motori. Spesso si isolava e piangeva rifugiandosi nelle sue storie fantastiche per vivere in un mondo tutto

suo.

Il lavoro con la coppia genitoriale, con cadenza quindicinale, ha messo a fuoco una dinamica familiare in cui gli aspetti scissi – intellettuali della madre e concreti e pragmatici del padre - hanno generato un corto circuito nel b. creando una conflittualità e una sofferenza non gestibile. All'inizio il papà era contrario ad ogni tipo di intervento e diceva “ dovrebbero andare gli amichetti di F. dalla psicologa”, ma poi è stato un alleato importante per un percorso di cambiamento. Il gioco della wii è stato al centro di molti nostri incontri perché rappresentava, con la richiesta di abilità motorie da parte del genitore, motivo di scontro e di non comprensione con il figlio. F. opponeva un resistenza passiva o una serie di scuse per eludere ogni confronto e tutto ciò innervosiva il papà che non capiva come non si potesse essere incuriositi da questi giochi, ma soprattutto “ come non si volesse neanche provare ...”, “si può sbagliare, non succede nulla, tutti possono incontrare difficoltà ...” L'ostinazione di F. veniva mal digerita e percepita come l'impossibilità di rispecchiarsi in un figlio, seppur amato, ma diverso da lui. E' stato proprio F. confessando alla madre il timore di non essere accettato dal papà - “io non gli piaccio “ - che ci ha consentito di avvicinare questo papà idealizzato, sportivo, irraggiungibile.

Al termine della nostra esperienza si sono accorciate le distanze sia tra F. e il papà che tra la mamma e il papà. Non sorprende quando si lavora con genitori con un focus sui loro figli , sulle preoccupazioni che suscitano e sulle loro relazioni, che si mobilitino molte energie vitali che diventano terreno fertile per trasformazioni importanti.

Un lavoro intenso e denso di vissuti drammatici è stato quello con una coppia di genitori adottivi a cui erano state sottratte le figlie adolescenti per una denuncia di molestie sessuali da parte di una di esse nei confronti del papà. La violenza e la ferocia con cui i genitori hanno vissuto questo allontanamento con il divieto di incontrare le figlie, scatenava rabbia e ostilità nei confronti delle istituzioni accusatorie e persecutorie da cui io stessa non ero esente. La richiesta forte e puntuale di sapere quali sarebbero stati i tempi di questa storia era come un mantra che si ripeteva ma che non trovava risposte certe. In questo vuoto pieno solo di solitudini, di umiliazioni, di incognite, di perché, ci siamo incamminati in un terreno impervio dove i fatti esterni (relazioni tribunali, servizi sociali, insegnanti ...) ostacolavano la possibilità di riflettere, costruire e ipotizzare un senso a questa triste storia. Le domande che ponevano non ricevevano risposte né sul piano esterno, né parallelamente sul versante interno. L'attesa era insopportabile, il tempo infinito. Oppure un tempo prezioso che doveva essere utilizzato per capire pene e sofferenze di tutti per un ricongiungimento che oltrepassasse le scissioni, le colpevolizzazioni e cominciasse a ricostruire le relazioni.

Un'altra potenzialità che il servizio pubblico nel contesto istituzionale mette a disposizione, considerata l'utenza numerosa ed estesa e con patologie gravi, difficilmente raggiungibili in sedi

private, riguarda l'utilizzo del dispositivo "gruppo", come ambito terapeutico privilegiato per alcune psicopatologie adolescenziali. Molto spesso gli adolescenti in gruppo sono in grado di cogliere aspetti del vissuto della persona che parla, che questa non riconosce o riconosce soltanto in parte. L'entrare in risonanza e il metabolizzare gli stati d'animo di un altro implica una particolare elaborazione emotiva e quindi ha un valore di conoscenza di sé stesso.

Nel rispecchiamento l'individuo vede sé stesso, la parte rimossa di sé, riflessa nell'interazione degli altri membri del gruppo. Impara così a conoscersi attraverso l'azione che esercita sugli altri e attraverso l'immagine che gli altri si fanno di lui. Il terapeuta avrà la funzione di permettere il processo evolutivo favorendo l'emergere di elementi suscettibili di essere elaborati e di ridurre gli ostacoli che si frappongono allo sviluppo.

Vorrei riportare brevemente una mia esperienza di terapia con un gruppo di adolescenti particolarmente deprivati affettivamente e inibiti, per i quali ho cominciato a pensare ad un lavoro insieme, considerato che le loro storie avevano molto in comune. Nel loro funzionamento mentale dominavano fantasmi abbandonici, confusione, importanti difficoltà di verbalizzazione e di elaborazione del pensiero, scissioni e negazioni difficilmente risolvibili. Si rimaneva immersi in un'angoscia di fusione e di inglobamento che non lasciava lo spazio necessario per quel minimo di distanza nei confronti di sé stesso e che dunque permettesse tale elaborazione.

Ricordo che per un periodo molto lungo il ridere, il contagiarsi nel ridere assumeva di volta in volta coloriture emotive diverse. Era un ridere dapprima sommesso, colpevole, che poi con veemenza straripava invadendo un silenzio, un vuoto insostenibile, un'assenza di parole e di pensiero. Ciò mi faceva pensare all'oggetto agglutinato di Bleger (1967) dove le difese più primitive agiscono nei confronti di ansie estreme, confusionali, dove non c'è delimitazione e differenziazione tra l'io e il non-io, fra l'interno e l'esterno.

L'esperienza sensoriale, percettiva, uditiva, corporea delle risate fragorose e incontenibili, innescate poi con sguardi complici da uno all'altro, si spogliava degli elementi persecutori e catastrofici e diventava un forte collante, un'esperienza piacevole per il gruppo e anche per me che non mi sentivo più irritata e infastidita. Il viverlo in gruppo ha avuto sicuramente una valenza terapeutica aggiuntiva, come ha ben sottolineato una ragazza del gruppo quando commentava "siamo tutti uguali" in un'illusione gruppale che ha più facce. Non è soltanto la reazione ad un'angoscia e ad uno smarrimento totali, ma anche ad una condizione iniziale di nascita e di sviluppo (Anzieu, 1976).

Il gruppo cominciava a dare un nome "all'imbarazzo" che sentiva di fronte alla frustrazione di non sapere cosa dire, di fronte al silenzio paralizzante. Chiara propose "stop", nel senso di fermarsi, bloccarsi, come un divieto di accesso alle emozioni; Marco diceva "paura di parlare"; altri "paura di sbagliare", "vergogna"... come una possibilità, sebbene ancora primitiva, di prendere coscienza di

uno stato d'animo così frammentato, bloccato e confuso. Gli affetti prendevano forma, le emozioni potevano essere sentite.

Un altro momento di insight è stato colto da questo gruppo proprio dalla situazione di setting che nelle istituzioni è visto in senso lato, non sempre foriero di turbamenti e interferenze negative, ma come in questo caso, promotore di un processo analitico : “C'è silenzio ... nel frattempo Emma presta attenzione selettiva a voci che provengono dal corridoio dell'ambulatorio. Tutti vengono captati da un pianto disperato di un bambino piccolo che non vuole entrare nella stanza del medico. Cercano di consolarlo, di rassicurarlo ... questa situazione ci sollecita a pensare quanto sia difficile affrontare una situazione nuova, che non si conosce, quanta paura fa e quanto terrore incute ... Forse anche noi qui, se fossimo piccoli come quel bambino potremmo urlare, disperarci, ed esprimere tutta la nostra paura ... Tutti assorti annuiscono ...”.

Il pianto come le risa sono emozioni con una tale fisicità concreta ed autentica che ci aiutano a discriminare, a differenziare, a procedere lungo il cammino verso l'integrazione.

C'è da dire che proprio dai nostri pazienti e dagli adolescenti in particolare viene quella spinta propulsiva che stimola le menti ad un pensiero riflessivo, a mantenersi vicino alla realtà e a ritrovare il senso del proprio lavoro istituzionale che viene spesso minacciato dalla confusione e da quel congruo numero di *oggetti bizzarri istituzionali*.

Bibliografia

ANZIEU D. (1976). IL GRUPPO E L'INCONSCIO. TRAD.IT., ROMA: BORLA, 1979.

Bleger J. (1967). Simbiosi e ambiguità. Trad. it., Loreto: Lauretana, 1992.

Flavia Capozzi Francesca Piperno

Una cura sufficientemente buona per la salute mentale dei bambini

Parte Prima

Ho molto apprezzato il coraggio degli organizzatori del convegno che in un periodo di grave crisi economica, politica e istituzionale, come quella che stiamo vivendo, in cui si sta assistendo allo smantellamento della sanità pubblica e si sta condannando ad una morte lenta i servizi territoriali per l'infanzia come i consultori e le unità di neuropsichiatria infantile, abbiano pensato ad un convegno su psicoanalisi e istituzioni. Per un momento ho creduto che fosse un lusso che non ci potevamo permettere avendo gli operatori e gli utenti dei servizi pubblici problemi di mera sopravvivenza. Di questi tempi parlare di psicoanalisi nelle istituzioni rischia di evocare la risposta della regina Maria Antonietta ai francesi affamati "se non c'è il pane prendete le brioches", invece da psicoanalista, che lavora da decenni in una struttura pubblica (istituto di neuropsichiatria infantile) credo che è proprio nei tempi bui che sia necessario parlare e confrontarsi sulla clinica, mettendo al centro della nostra riflessione concetti come accoglienza, condivisione, rappresentabilità e trasformabilità delle emozioni, ricerca di senso e significato alla patologia mentale, al fine di raggiungere quell'ampliamento della libertà psichica, che secondo Manfredi Turillazzi (1994) rappresenta uno dei principali scopi del lavoro psicoanalitico.

Dall'incontro tra psicoanalisi e psicopatologia dello sviluppo è derivato un concetto di crescita che interessa una serie di continue trasformazioni, che riguardano il mondo interno, l'area delle relazioni affettive e il mondo esterno. La sofferenza mentale in età evolutiva ha in ogni singola età ed ogni fase di sviluppo, molteplici percorsi possibili, ma sempre ancorati ad un modello di sequenza evolutiva, non lineari, ma in un continuo articolarsi dinamico. La sofferenza si presenta in psicoanalisi come limite al mutamento, immobilità, trauma, nel caso del bambino come blocco alla crescita e al cambiamento. Nel 1945 Anna Freud sosteneva che la gravità di un disturbo nell'infanzia deve essere valutata "non secondo il danno che apporta alle attività o agli atteggiamenti del bambino in un modo particolare o in un dato momento, ma secondo la misura in cui impedisce al bambino di svilupparsi ulteriormente". Ma questo è vero solo in parte, abbiamo constatato come paradossalmente in età evolutiva si cambia e si cresce malgrado tutto, malgrado il disturbo e insieme al disturbo, per cui un sintomo può essere fisiologico ad una data età, inquietante ad un'altra e nettamente patologico ad un'altra ancora (Bollea, 1967). Le continue trasformazioni del corpo e dei bisogni costringono il clinico a modificazioni non solo nel suo assetto mentale ed emotivo, ma anche nel suo approccio alla diagnosi e alla scelta della cura.

Le recenti ricerche di psicopatologia dello sviluppo (Rutter, 2008) hanno evidenziato come il

progressivo stabilirsi di strategie mal adattive avvenga all'interno di un' interazione tra fattori psicorelazionali e ambientali e fattori disfunzionali associati ad una vulnerabilità individuale. La disfunzione neurobiologica/individuale si intreccia, quindi, con i fattori ambientali e relazionali (scuola, famiglia, contesto sociale), e questi ultimi contribuiscono a determinare il fenotipo del disturbo e un maggiore o minore disadattamento sociale e ambientale.

La crescita di un bambino è ormai pensata universalmente come un processo maturativo biopsicosociale, che si sviluppa ed è quindi osservabile ed analizzabile solo all'interno della relazione ambiente, come affermava Winnicott già nel 1940 "non esiste una cosa chiamata bambino".

Di conseguenza ogni intervento rivolto alla salute dei bambini e ancor più se si tratta di salute mentale necessita sempre di un approccio integrato e multimodale, che tenga conto dei diversi interlocutori coinvolti (genitori, insegnanti, altri operatori) e delle diverse componenti in gioco a livello diagnostico (fattori biogenetici e ambientali, fattori cognitivi e affettivo-relazionali), ma soprattutto del fattore tempo o fase evolutiva.

Sviluppo e relazione sono concetti alla base della teoria psicoanalitica dell'infanzia è sufficiente ricordare gli studi pionieristici di Spitz sulla depressione analitica dei bambini istituzionalizzati , le fasi evolutive di Anna Freud, la relazione oggettuale di Melania Klein. Ma un posto speciale spetta a Winnicott per l'originalità e ricchezza dei suoi contributi come l'area dell'oggetto transizionale, i concetti di holding, di madre sufficientemente buona, l'importanza del contesto relazionale. Più recentemente la teoria dell'attaccamento di Bowlby , gli studi dell'Infant Research e le neuroscienze (neuroni specchio) hanno contribuito non solo a darci un'immagine di bambino socialmente più competente, estremamente precoce nella relazione con la " madre ambiente", ma anche al graduale spostamento delle tecniche terapeutiche verso gli eventi di vita reale del bambino e della famiglia.

Lo studio italiano Prisma (Frigerio, 2009) riporta un tasso di prevalenza complessivo di disturbi psicopatologici (ansia, depressione, disturbi della condotta) nella popolazione italiana di preadolescenti di area urbana pari al 8,2%, tale percentuale sale al 15-20% se includiamo i disturbi di sviluppo (linguaggio, apprendimento, autismo, disabilità intellettiva) e il problema della comorbidità o doppia diagnosi così presente in questa patologia. Questi dati assumono una notevole importanza se consideriamo che è dimostrato da molti studi che il 50 % dei problemi mentali degli adulti siano di natura evolutiva, che $\frac{3}{4}$ di essi possono essere fatti risalire a difficoltà di sviluppo o psicopatologiche presenti nell'infanzia e che il 50 % ha un esordio prima dei 14 anni (Fonagy, 2012). Ancora più preoccupante risulta il dato che solo il 6% della popolazione in età pediatrica (meno della metà prevista) viene intercettata dai servizi territoriali di NPI (fenomeno del gap treatment), quindi la vera questione non è il dibattito se è meglio la psicoterapia o la riabilitazione

ma come raggiungere questa sofferenza silenziosa, non vista né in psicoanalisi né in istituzione.

La popolazione clinica, di cui ci prendiamo cura presso la UOC di Neuropsichiatria Infantile del Dipartimento di Pediatria (Università Sapienza di Roma), ha un'età tra i 3 e i 13 anni e presenta disturbi di sviluppo (DSA, Autismo, Disabilità Intellettive, ADHD) e disturbi psicopatologici (Ansia, Depressione, Fobie scolari, Mutismo selettivo, Disturbo oppositorio-provocatorio). La nostra attività clinica ha come obiettivi la diagnosi del disturbo, la formulazione del progetto terapeutico, monitoraggio dell'evoluzione e prognosi nel tempo (il follow up clinico inteso come presa in carico). Il nostro lavoro si svolge in servizi ambulatoriali e ospedali diurni, con un approccio multimodale e integrato, all'interno di un'équipe multidisciplinare, formata da terapisti della riabilitazione della neuropsicomotricità, psicologi, medici specializzandi in neuropsichiatria infantile (la maggior parte dei componenti dell'équipe è in analisi o sta facendo una formazione analitica). Esiste una buona integrazione dei ruoli, pur nella loro specificità, avendo l'intera équipe condiviso e assunto lo sviluppo e la relazione come basi del loro lavoro clinico. Nel servizio sono attivi gruppi terapeutici (riabilitativi e psicoterapici) e vengono fatte psicoterapie a bassa frequenza, focali, individuali e in un setting parallelo terapie di sostegno alla coppia genitoriale. Viene offerto anche un servizio di counselling per i genitori, gli insegnanti e gli altri specialisti e terapeuti, che seguono il bambino. Il lavoro di équipe è un punto di forza irrinunciabile nel lavoro con i bambini, il pensiero del gruppo svolge molte funzioni, di integrazione tra i diversi approcci e ruoli, di creatività e arricchimento di conoscenze, di contenimento e protezione sia per l'utente che per l'operatore.

Vorremo, ora, analizzare alcuni dei momenti più qualificanti e significativi del percorso clinico (di cura) in istituzione: la prima visita/diagnosi, la presa in carico/cura e la terapia. In questo contributo non riportiamo la valutazione/osservazione e la discussione di équipe, che fanno comunque parte integrante del lavoro clinico.

Una **consultazione** neuropsichiatrica in età pediatrica nasce di solito quando una difficoltà, una problematica o un disagio abbiano raggiunto un livello soglia percepito come critico dal bambino/adolescente, dalla famiglia o dall'ambiente circostante. La richiesta, di solito mediata dai genitori (tribunale dei minori), può arrivare spontaneamente o su indicazione di altre figure come insegnanti o altri specialisti. Spesso il motivo della richiesta della visita è ancora confuso “ non so perché sono qui, mi manda la maestra”, né è condiviso all'interno della coppia genitoriale “ mio marito non è venuto perché secondo lui il problema non esiste”. La raccolta dell'anamnesi, con la storia della famiglia, della nascita e dello sviluppo del figlio fino al racconto delle preoccupazioni e degli ultimi eventi/sintomi (motivo della visita) permettono una prima contestualizzazione del problema presentato dal bambino. Da un punto di vista più analitico è un primo incontro,

un'occasione per il bambino e la sua famiglia, per aprire una porta sul modo interno del bambino e del genitore, e quindi sulla paura, la vergogna, la sofferenza. Il clinico cerca di rendere comunicabile e pensabile il reale, il quotidiano, le cose della vita di tutti i giorni. Esplorare l'ovvio e il banale delle famiglie apre scenari imprevedibili, come dormono e mangiano in famiglia, i turni di lavoro, è importante non dare niente per scontato. L'ipotesi diagnostica, nata in prima visita, verificata in valutazione/osservazione e discussa in équipe, rappresenta quindi una sintesi integrata tra fattori costituzionali e ambientali, conflitti interni e situazioni traumatiche all'interno di una dinamica evolutiva. Tale ipotesi dovrebbe comprendere una diagnosi clinica "ufficiale", nosografica e condivisibile, ma soprattutto una diagnosi evolutiva e prognostica, da psicoanalista aggiungerei una diagnosi che dia senso e significato al disturbo, che ricerchi su quali basi e quali percorsi si è determinata quella situazione patologica.

La prima visita ambulatoriale è importante non solo per orientare la diagnosi, ma rappresenta il presupposto per l'avvio della **cura/ presa in carico**, nel setting istituzionale dopo l'accoglienza, l'osservazione, la formulazione della diagnosi e dell'indicazione terapeutica, che non sempre è la psicoterapia o per lo meno è difficile che lo sia in prima battuta, è, infatti, necessario avviare prima una rielaborazione/ confronto alla ricerca di un accordo tra le rappresentazioni del genitore e quelle del clinico "stiamo parlando dello stesso bambino?". Successivamente il clinico cerca di ridimensionare i sensi di colpa sempre presenti e di dare un nuovo senso, significatività, reinterpretare non solo il disturbo, ma soprattutto il comportamento del bambino attraverso l'analisi delle reazioni e degli stati emotivi espressi e vissuti dal figlio e dai genitori "me lo fa per dispetto ... non ha interesse per nulla, è pigro ... è furbo, è solo un gran paraculo non ce la faccio più, mi prende per stanchezza". Presa in carico per noi significa, più che dare risposte, rimanere in attesa delle domande del prossimo appuntamento evolutivo. A tale proposito ci piace ricordare una frase di Saramago (1995) dal romanzo *Cecità* "le risposte non vengono ogni volta che sono necessarie, semplicemente starle ad aspettare è spesso l'unica risposta possibile". Durante la presa in carico il clinico cerca di disegnare insieme al bambino e ai genitori un percorso nuovo e rappresentabile per una crescita atipica. Nella cura dei disturbi psicopatologici in età infantile particolare attenzione viene dedicata alla coppia genitoriale, alla dinamica tra genitori e figlio e tra coniugi. In una specie di circolo virtuoso, e non in semplice rapporto di causa-effetto, se da una parte il disturbo del bambino va ad interferire sulla relazione genitori-figlio creando insicurezza, senso di colpa, atteggiamenti di svalutazione o iperprotezione, dall'altra una relazione genitoriale disturbata, conflittuale, assente va ad influenzare intensamente non solo l'evoluzione del disturbo del figlio, ma anche le sue modalità di relazione e di adattamento nei confronti del mondo esterno. Per questo la presa in carico deve rivolgersi al bambino con i suoi genitori e offrire un sostegno

psicologico, inteso come aiuto evolutivo centrato non solo sul bambino in difficoltà né solo sui suoi genitori, ma sulla dinamica della relazione genitore- figlio alterata dal disturbo (Capozzi, 2000). Nel setting istituzionale un'approfondita conoscenza del disturbo (storia naturale, profilo di sviluppo, evoluzione) da parte del clinico rappresenta una premessa irrinunciabile all'avvio di un percorso terapeutico, ma siamo altrettanto sicuri che, per sostenere e portare avanti una cura sufficientemente buona, il clinico ha bisogno di svolgere funzioni diverse come quella di reverie, di contenitore e di mentalizzazione/riflessione. Il transfert e controtransfert, intesi come movimenti interni non vengono interpretati, ma usati implicitamente per modulare la qualità emotiva nel qui e ora della relazione. L'alleanza terapeutica con i genitori e il bambino rappresenta un obiettivo del nostro lavoro più che la pre-condizione della terapia e per questo va costruita con pazienza "al fine di intravedere così un'altra modalità di funzionamento della mente, diversa da quella a cui siamo abituati" (Houzel, 1986). L'istituzione rappresenta un *setting allargato*, dove sono possibili diverse opzioni terapeutiche (psicoterapia individuale o di gruppo, riabilitazione, indicazioni psicopedagogiche, farmaci, psicoterapia di coppia o familiare), crediamo che la scelta tra queste possibilità si baserà sull'oggettiva conoscenza del disturbo e della fase evolutiva da parte del clinico, ma anche sulla sua capacità di dare ascolto al proprio controtransfert. Come dice la Fava Vizziello (2003), la presa in carico nasce già quando l'operatore, che accoglie il bambino, matura una progettualità mentalizzata in base alla quale costruisce un progetto evolutivo finalizzato alla cura, che non si può ridurre ad un semplice invio in psicoterapia o riabilitazione. Le cose di cui vi abbiamo parlato oggi fanno parte della pratica clinica di ogni operatore, che lavora nel campo della salute mentale dei bambini, quello che fa la differenza è l'ascolto psicoanalitico, un assetto mentale che cerca costantemente di dare significato all'esperienza, di rendere setting routines ripetitive o momenti istituzionali come la raccolta anamnestica, la riunione di reparto ecc., che a volte nel tempo possono essere state svuotate di senso.

Parte Seconda

La Terapia /Il Gruppo

Nell'ambito dell'attività clinica della terza cattedra del Dipartimento di Pediatria e Neuropsichiatria Infantile dell'Università di Roma, da una ventina di anni, funziona un Ospedale Diurno Terapeutico (ODT) per bambini, tra i tre e sei anni, con disturbi dello sviluppo e disturbi psicopatologici.

L'attività psicoterapeutica breve in gruppo, dura un anno. Il gruppo, è costituito da cinque bambini, condotto da un/una terapeuta e un/una coterapeuta (entrambi con formazione analitica) per due ore

due volte a settimana. Parallelamente viene tenuto un gruppo ad orientamento analitico per i genitori una volta ogni 15 giorni.

Nel tempo ci è sembrato che in ambito istituzionale *IL LAVORO IN GRUPPO*, tra pari in età prescolare, stimoli la vivacità delle comunicazioni e la ricchezza degli scambi emotivi, in misura più creativa del rapporto individuale tra bambino ed adulto.

Una funzione importante svolta dalla presenza dei pari è la possibilità di constatare che le proprie difficoltà esistono anche negli altri (Privat, Quelin-Souligoux, 2005).

Il bambino che partecipa a una terapia di gruppo è aiutato a diventare, in parte, più consapevole del suo funzionamento psichico grazie alle identificazioni suscitategli dal gruppo (C. Neri, 2003). Infatti, la terapia di gruppo può aiutare ad affrontare quei problemi che riguardano una carenza nella strutturazione del "se interattivo", vale a dire del "sè in grado di mettersi in relazione con gli altri" (Stern, 1985).

Il nucleo psicopatologico tra i tre ed i sei anni potrebbe essere pensato in termini di una difficoltà a maturare il processo di individuazione e separazione e ad accedere ai processi di simbolizzazione e rappresentazione di se stessi, degli altri, della realtà. La terapia va incontro a uno specifico problema del bambino in età prescolare: il dolore di separarsi dalla madre con la paura di sentirsi solo, ma al tempo stesso il desiderio di stare con gli altri.

Come curare

Il nostro modello si basa su un "*fare interpretante*" attuato tramite il gioco per attivare il gruppo e favorire relazioni capaci di sollecitare esperienze di condivisione emotiva e di differenziazione psichica.

I nostri attrezzi per curare sono: *disegnare, giocare, parlare, raccontare*, attività che si situano in un continuum durante lo sviluppo, ma è nell'incontro con l'altro che si formano nuove interazioni tra oggetti interni e fantasie.

Il bambino attraverso il gioco ritrova un proprio equilibrio, liberandosi di ansie e paure (A. Freud, Klein, Winnicott). Il ruolo del gioco, del disegno e della narrazione nella psicoterapia dei bambini, sono considerati, ormai, strumenti elettivi di cura e di contatto emotivo.

Freud (1920), osservando il nipote Ernest impegnato con un rocchetto, individua tre caratteristiche principali del gioco infantile:

si basa sul principio di piacere;

consente di trasformare un'esperienza vissuta come passiva dal bambino in attiva;

permettere di mantenere sotto controllo le esperienze traumatiche.

Mentre la narrazione in rapporto alle angosce non pensabili e caotiche del bambino forniscono (Vallino, 2005):

un tempo e uno spazio,
un "nome" alla sofferenza.

Il pensiero narrativo orienta all'interpretazione del mondo in termini umani e significativi.

Sappiamo, che il dolore ha bisogno di ascolto e di essere riletto emotivamente per essere elaborato. Le storie, dunque, aiutano a salvaguardare l'unitarietà, la continuità e l'integrità del Sé (Bowlby, 1988; Stern, 1998).

Il terapeuta nella stanza si è subito trovato di fronte ad un impegnativo problema terapeutico: contattare bambini che in continuo movimento creavano caos. Il terapeuta si è dovuto adeguare a bambini che in età prescolare tendono a comunicare mediante posture, spostamenti fisici nello spazio della stanza, manipolazioni di oggetti, urla e suoni. È stato necessario utilizzare queste dimensioni preverbalì e pre-simboliche per capire come i contenuti mentali dei bambini potessero evolvere verso un piano comunicativo e simbolico. I bambini lanciano oggetti, corrono per la stanza o si isolano da un lato, danno spinte, si strappano i giocattoli, urlano. Osservando i loro movimenti, i percorsi che i loro corpi effettuavano attraverso la stanza, ci è sembrato possibile partire dall'uso dello spazio. Lo spazio della stanza, solido nei suoi confini può divenire flessibile nell'essere connotato rispetto ai significati inconsci ed ai vissuti emotivi di ciascun bambino e del gruppo. L'adulto integrando aspetti transferali/controtransferali rende simbolicamente significativo l'uso dello spazio in quanto considera il movimento di bambini un atto comunicativo preverbale e lo spazio la dimensione che ogni bambino ed il gruppo deve sperimentare ed inventare.

Poiché il linguaggio del corpo contiene la fusione tra corpo e mente, l'esperienza rimane inscritta in una dimensione in cui non vi è differenza tra significato e significante, né tra parti della propria mente e parti di quella dell'altro e l'apparato psichico rimane aderente all'oggetto, vincolato a rapporti somatici. In questa dimensione è preclusa la sperimentazione dell'esperienza di separazione psichica dall'altro ed il movimento rischia di divenire un atto di cancellazione della realtà separata e lo spazio è agito senza limiti o sentito come costrittivo.

Nel processo terapeutico il bambino deve poter scoprire emotivamente che c'è un'altra mente da raggiungere, che c'è una mente che può raggiungerlo. "Fin dall'inizio il bambino ha esperienze nello spazio potenziale tra l'oggetto soggettivo e l'oggetto percepito, tra estensioni del me e il non me". (Winnicott, 1974)

Un frammento di terapia

L'operatore nel gruppo ha la funzione di rappresentare una base sicura e di costruire uno "spazio potenziale" di gioco dove si può agire l'angoscia senza sentirsi distrutti. Attraverso il contenitore del viaggio i bambini sono aiutati a sperimentare i mondi della loro fantasia mentre l'adulto verbalizza e narra le azioni attivando una progressione evolutiva per arrivare ad esprimere le emozioni.

Il contenitore del viaggio è un processo che parte da mondi fisici (il mare, la montagna, il ristorante), attraversa i mondi della fantasia (il vulcano, la terra dei dinosauri) e arriva ai mondi delle emozioni (bosco buio, mare della paura, foresta della felicità).

Nella dodicesima seduta i bambini fanno un viaggio nella terra del vulcano con la macchina del tempo, cioè un ascensore immaginario, che ha però uno spazio reale all'interno della stanza: è un'area collocata tra due armadi, un'area intesa come passaggio intermedio che li conduce al mondo della fantasia, il cui contenuto immaginario il terapeuta lo mutua dai contenuti inconsci che i bambini attivano.

I bambini saltano sopra e sotto il tavolo eccitati ed incontenibili, il terapeuta immagina un vulcano in eruzione. Ter: "ho inventato la macchina magica andremo nella terra del vulcano". Federico si alza ed entra nell'ascensore e gli altri lo seguono portando con sé un telefonino. Nicole aiuta l'operatore a costruire un vulcano, Bianca nonostante l'invito dell'operatore non vuole entrare, entra solo accompagnata dall'operatore. L'operatore dice "arrivati nella terra del fuoco e dei dinosauri" Federico interviene "questa non è la terra del fuoco", Diego M: "sono io il fuoco", Federico dice "io mi voglio buttare sul fuoco" e Diego M. risponde "anche io".

Bianca rovista nei cassetti, isolandosi dal gioco. Prende un martello e batte piano sul tavolo. Federico strappa il cartellone/vulcano, in poco tempo si unisce anche Diego M. Il terapeuta commenta: "guardate la lava!" e i bambini fanno a piccoli pezzi il cartellone/vulcano. Diego M: "a me non mi scotta il fuoco perché sono un drago, adesso vi brucio a tutti". Nicole vuole un cartellone più grande per fare il vulcano. Bianca guarda e sorride. Federico dice: "io sono il dinosauro" e insegue Diego M, poi iniziano a lottare fino a quando Diego M dice a Federico "mi fa paura", si nasconde dentro il frigo che è stato capovolto e ripete: "io ho paura". Nicole "anche io".

Questi bambini hanno bisogno di essere aiutati a sperimentare, il loro mondo interno, tramite l'uso immaginario degli spazi in rapporto a significati emotivi diversi (la casa, la caverna buia, la prigione, il vulcano) ma soprattutto a vivere che la trasformazione della realtà mediante la fantasia non minaccia la stabilità del loro mondo interno e la loro definizione in rapporto all'altro. Il vulcano rappresenta il mondo interno minaccioso e pericoloso pieno di caos ed eccitazione.

L'adulto connota verbalmente la qualità emotiva degli spazi “aiutata” dai bambini che sono così “aiutati” a fare esperienza di dove sono emotivamente, in altre parole i bambini scoprono 'dove emotivamente' collocare se stessi per avviare le esperienze di gioco e di narrazione.

La “costruzione ludica” dell'adulto è finalizzata a costruire, nella continuità fisica della stanza, delle simboliche discontinuità spaziali ed emotive, mediante parole che creano storie. Tali discontinuità disegnano una metaforica organizzazione dello spazio. Le paure, inconscie, vengono rese visibili e possono essere vissute nella finzione del gioco e con il piacere della condivisione. Dunque, parallelamente al definirsi di una "mappa" fisica, nell'equilibrio tra continuità e discontinuità spaziale, il bambino può superare la soffocante concretezza della realtà perchè sperimenta porzioni di 'spazio' che, assumendo un particolare valore emotivo e relazionale, si connotano come 'spazio psichico' dove il “fantasma” può diventare fantasia. Lo spazio fisico trasformato mediante la parola in spazio immaginario per ogni bambino, aiuta ciascuno a poter entrare in rapporto con le sue fantasie e con le fantasie del compagno di gioco (Ferro, 2002). Dalle vicissitudini dei momenti di solitudine e d'incontro tra i bambini e tra i bambini e il terapeuta nascono le narrazioni e le storie del gruppo. Significativa l'affermazione di Marta, bambina inibita ed isolata “la mia casa si chiama casa”.

Conclusioni

Vediamo di trarre qualche conclusione, suggerendo alcuni punti di riflessione intorno all'incontro tra istituzioni psichiatriche in età evolutiva, psicopatologia dello sviluppo e psicoanalisi. Da una parte, la psicoanalisi mitica è uscita dalla stanza per frequentare le dimensioni più reali dell'istituzione psichiatrica e per rispondere ai nuovi quesiti ha dovuto ripensare il suo modello, dall'altra l'istituzione psichiatrica non ha più potuto eludere le emozioni coinvolgenti che nascono nell'incontro con il dolore mentale, le angosce, le paure di ogni singolo bambino, *la nostra e la loro impotenza*.

Coniugare psicopatologia dello sviluppo e psicoanalisi implica:

- considerare una diversa dinamica tra dolore mentale e sviluppo. La stabilità dei processi di sviluppo ma anche la necessità di un *modello developmental della malattia* ci hanno indotto a confrontarci con la continuità/discontinuità dei disturbi psicopatologici nelle diverse fasi dell'età evolutiva; il cambiamento di significato dei sintomi nella crescita come ricade sulla scelta della terapia? (psicoterapia individuale, di gruppo, riabilitazione, intervento sui genitori, terapia di coppia, counseling con la scuola...)
- utilizzare una rilettura più ampia ed articolata del rapporto tra realtà esterna e realtà interna (es. vissuti traumatici e/o trauma reale) arricchisce la lettura dei disturbi, infatti i vissuti

inconsci possono intrecciarsi con la storia personale, con le interazioni sociali e familiari

- coniugare la comprensione del mondo interno con le singole e specifiche vicissitudini delle fasi di sviluppo di ogni singolo bambino modifica la tecnica ma arricchisce la dimensione psicoterapeutica. Nel caso della terapia di gruppo, il terapeuta non interpreta ma si pone come facilitatore, usa la sua fantasia inconscia, portatrice delle fantasie del gruppo, per costruire “narrazioni condivise” (Niccolò, 2011). Ferro osserva che la cooperazione narrativa è importante perché aiuta “... a sciogliere le emozioni in narrazioni e di creare narrazioni che diano “corpo” e “visibilità” alle emozioni...” (2002, p.116). Per esempio in età prescolare creare una immagine reale (“la terra del vulcano”) facilita la nascita di rappresentazioni altrimenti imprigionate nelle paure.

In sintesi, la ricchezza di una rete concettuale complessa arricchisce in modo reciproco psicoanalisi ed istituzione. La psicoanalisi ha dato all’istituzione concetti fondamentali come inconscio, setting, pensiero riflessivo (supervisione), contenimento, reverie, interpretazione, alleanza terapeutica, transfert-controtransfert. L’istituzione ha dato alla psicoanalisi stimoli altrettanto importanti e innovativi come trauma reale (life events), conoscenza oggettiva del disturbo (diagnosi nosografica, etiologia), rapporto tra singolo caso e casistica, un modello di intervento integrato, l’équipe.

Ci può essere uno scambio reciproco e proficuo tra istituzione e psicoanalisi, se entrambe saranno pronte a rinunciare a qualcosa: lo psicoanalista al suo ideale psicoanalitico, al setting classico (stanza di analisi, numero di sedute) a favore di un ascolto, di una visione, di un assetto mentale veramente psicoanalitici, l’istituzione a sua volta dovrà rinunciare alle sicurezze dell’evidence based medicine, ai protocolli terapeutici prestabiliti a favore di un’interazione partecipe, non preconcepita, verso ogni singolo bambino e la sua famiglia, con mente “aperta e curiosa”.

Solo attraverso un dialogo costante e un reciproco rimodellamento la psicoanalisi, fuori della stanza di analisi, potrà ampliare il suo campo di riflessione (realtà interna vs esterna) e potrà offrire parole su sofferenze altrimenti irraggiungibili, e l’istituzione (come spazio di accoglienza psicoanaliticamente orientato) potrà prendersi cura della specifica e unica sofferenza di quel bambino e della sua famiglia (realtà esterna vs realtà interna).

Ci sembra molto utile l’analogia proposta da Bion (1962) della *visione binoculare* (fisiologicamente i due occhi concorrono nel vedere un oggetto dando tridimensionalità e profondità alla visione) così psicoanalisi (inconscio, fantasmatico) e istituzione (conscio, reale), con un ascolto in doppio registro, possono concorrere nella cura della salute psichica dei bambini e adolescenti. Vorremmo fare un’ultima considerazione non sappiamo se il nostro lavoro in istituzione sia sempre “vera psicoanalisi”, ma sappiamo con certezza che senza le fantasie, le associazioni, il lavoro continuo di

riflessione, le emozioni vissute nel controtransfert, sarebbe difficile affrontare e sopportare una sofferenza così disperante come solo l'inconsapevolezza del male può esserlo.

Bibliografia

- BION, W. (1962), *Apprendere dall'esperienza*. Armando, Roma
- BOLLEA, G. (1967), Finalità e compiti della Neuropsichiatria Infantile. *Infanzia anormale*, 79 – 80, 499 – 517
- BOWLBY, J. (1988), *Una base sicura*. Cortina, Milano 1989
- CAPOZZI, F. (2000), Psychodynamic counselling with parents of children with developmental disabilities. *Psychodynamic counselling* 6, 489 -503
- FAVA VIZZIELLO (2003), *Psicopatologia dello sviluppo*. Il Mulino, Bologna
- FERRO, A. (2002), *Fattori di malattia, fattori di guarigione* Milano, Cortina.
- FONAGY, P. (2012), Does psychoanalysis have a valuable place in modern mental health services? Yes. *BMJ* 344
- FREUD, A. (1972), *Il trattamento psicoanalitico dei bambini*. Boringhieri, Torino
- FREUD, S. (1920), *Al di là del principio del piacere*. OSF; vol. 9
- FRIGERIO A. et al. (2009), Prevalence and correlates of mental disorders among adolescents in Italy: the Prisma study. *Eur. Child Adolescence Psychiatry* 18, 217- 226
- HOUZEL, D. (1986), Il lavoro con I bambini autistici in Tsiatis J. et al. *Il lavoro con i genitori*. Borla, Roma
- MANFREDI TURILAZI (1994), *Le certezze perdute della psicoanalisi clinica*. Cortina, Milano
- NERI, C. (2003), *Gruppo*. Roma, Borla.
- NICCOLO', A. (2011), Curare gli adolescenti gravi: note su alcuni cambiamenti di tecnica. Relazione al convegno: il lavoro clinico con gli adolescenti le modifiche della tecnica, Roma, centro di Psicoanalisi Romano.
- PRIVAT; P. QUELIN_SOULIGOUX, D. (2005), *Travailler avec les groups d'enfants*. Paris, Dunod.
- STERN, D. (1998), *Le interazioni madre-bambino: nello sviluppo e nella clinica*. Cortina Milano .
- STERN, D.N. (1985), *Il mondo interpersonale del bambino*. Bollati Boringhieri, Torino 1987.
- VALLINO, D. (2005), *Raccontami una storia . Dalla consultazione all'analisi dei bambini*. Borla, Roma
- RUTTER M. (2008), *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. 5th edition
- WINNICOTT D.W. (1974), *Gioco e realtà*. Armando, Roma

Giuseppina Parisi e Fabio Tini

Un vertice psicoanalitico in setting diversi: “Tempi per le famiglie” e “Intervento domiciliare”

Le immagini della storia di noi figli con i nostri genitori e più in là un mondo di fratelli, sorelle, amici, compagni, figli, professori, analisti, supervisor che hanno reso la nostra esperienza del mondo “sufficientemente buona”, sono le prime immagini che ci vengono alla mente quando ci mettiamo a pensare a questo intervento. Ci tornano in mente le parole di Winnicott, perché costantemente questo enunciato attraversa le nostre esperienze professionali e ci interroga su quale delicato equilibrio sia organizzata quella sufficienza.

Il nostro progetto si pone l’obiettivo di offrire strumenti a sostegno di quella sufficienza, perché i ruoli e le funzioni genitoriali siano sostenute, poste in grado di offrire ai figli la possibilità di “creare il proprio mondo” e acquisire un “senso di fiducia” in sé e nell’ambiente.

La nostra vita di relazione si avvale di questi modelli comportamentali complessi acquisiti negli anni e li utilizza continuamente come chiave di lettura e di comprensione del mondo. Allo stesso tempo questi modelli interni, così come i riferimenti autobiografici, caratterizzano il nostro lavoro analitico, lo attraversano, permettendo, a volte, di costruire un ponte e un incontro.

Negli ultimi 14 anni una parte importante della nostra esperienza professionale si è concentrata nella gestione di progetti riguardanti la realizzazione di azioni di sostegno per l’età evolutiva e la genitorialità. In particolare un progetto finanziato dal Comune di Roma con i fondi della legge 285/97, denominato proprio “Sostegno alla genitorialità”, che ha richiesto e previsto diverse aree di intervento. L’avvio, la struttura e l’esigenza stessa di questo progetto sono stati fortemente condizionati e stimolati dalla ricerca sulla depressione post partum che in quegli anni il professor Ammaniti conduceva attraverso la collaborazione tra Università e Aziende Sanitarie.

I dati che emergevano evidenziavano un disturbo diffuso nella popolazione romana, potenzialmente capace di instaurare serie problematiche nella relazione madre bambino e alla base di futuri problemi di sviluppo emotivo. Gli elementi emersi dalla ricerca posero quindi la necessità di servizi capaci di sostenere questi primi periodi di vita e la relazione tra genitori e figli. Sulla base economica garantita dalla legge 285/97, sulla tutela della famiglia, vennero così finanziati progetti sperimentali, la ricerca sul campo e l’avvio di esperienze pilota.

Già da alcuni anni all’interno dell’Associazione Ce.R.F. (Centro Ricerche sulla Famiglia, già Istituto di Psicoanalisi della Coppia e della Famiglia) di cui facevano parte psicoterapeuti e psicoanalisti, si discuteva e si confrontavano diverse matrici teoriche sull’intervento terapeutico con coppie, coppie genitoriali e famiglie, si mettevano a fuoco le diverse esperienze cliniche e la loro influenza sul lavoro con i minori. L’intervento psicoterapeutico con i genitori e con le famiglie

aveva una storia maggiormente consolidata nelle teorie ad orientamento relazionale, ma con maggiore intensità si faceva strada una riflessione e una necessità di interrogarsi su come il modello psicoanalitico potesse offrire una chiave di lettura utile alla comprensione e alla trasformazione di alcune dinamiche genitori-figli.

L'occasione di sperimentare un modello operativo nel sociale avviene nel 1999: nel territorio del Municipio Roma 6, caratterizzato da una fortissima integrazione tra servizi sociali e sanitari, viene bandito un progetto di "Sostegno alla genitorialità" che viene vinto dall'Associazione.

Da allora prosegue la riflessione, la verifica e l'aggiornamento di metodologie, modelli di intervento e azioni di sostegno alle funzioni genitoriali e al lavoro con l'età evolutiva.

Le aree di intervento previste dal progetto sono diverse. Riguardano, tra le altre, un lavoro ambulatoriale di sostegno alle coppie genitoriali e ai minori, attraverso colloqui di consultazione, psicoterapie individuali per genitori e bambini, interventi psicoterapeutici madre-bambino.

Non ci soffermeremo tuttavia su questa attività, ampiamente consolidata, perché desideriamo parlare oggi, in particolare, di due tipi di intervento molto specifici, che ci hanno consentito di trattare le situazioni familiari, sia in ambito di prevenzione primaria che nei casi con disturbi più strutturati. Sono attività che, per l'organizzazione e per il setting, possono situarsi a cavallo tra il sostegno sociale e il sostegno psicologico, ma la cui invariante in entrambi i casi è stata proprio la matrice psicoanalitica del pensiero e della metodologia di lavoro.

Si tratta dei *Tempi per le famiglie* e dell'*Intervento domiciliare*.

I *Tempi per le Famiglie* sono un'esperienza di gruppi di genitori e bambini che interessa l'area della prevenzione primaria, permettendo di cogliere, ove presenti, sul nascere situazioni o difficoltà nell'ambito della relazione madre e/o genitore-bambino.

L'*Intervento domiciliare* è un sostegno rivolto alle donne agli ultimi mesi di gravidanza o a coppie madre-bambino nei primi anni di vita, in situazioni in cui sembra estremamente difficoltosa e fragile la naturale funzione di *rèverie* svolta dalla madre agli inizi della vita del piccolo.

Tempi per le Famiglie

I *Tempi per le Famiglie*, rivolti a genitori con bambini da 0 a 3 anni, nascono come tipologia di Servizio intorno alla fine degli anni '80 in alcune regioni come la Lombardia, la Toscana, l'Umbria e l'Emilia. Hanno il fine di promuovere forme flessibili di sostegno alle famiglie, per prevenire i disagi e i rischi creati dall'isolamento e dall'assenza di una famiglia allargata, favorendo l'aggregazione spontanea di famiglie. Sono occasioni in cui i genitori, in presenza più numerosa di mamme, possono trascorrere del tempo giocando con i propri figli in compagnia di altre mamme, sostenuti e coadiuvati da educatrici esperte in età evolutiva, in un ambiente pensato, organizzato e

attrezzato sia per piccoli che per grandi.

Come istituzione del terzo settore l'Associazione Ce.R.F. opera in integrazione con i Servizi ASL e con il Servizio Sociale del Municipio, integrando i servizi già disponibili e offrendone altri in risposta alle esigenze rilevate sul territorio.

L'avvio di gruppi di *Tempi per le Famiglie*, sin dall'inizio del progetto, ha avuto uno spazio ampio e rilevante, interessando a pieno titolo l'area della Prevenzione primaria, rispetto all'insorgenza precoce di dinamiche disfunzionali nella relazione madre-bambino, sostenendo i genitori sin dai primi mesi di vita del figlio.

I gruppi hanno una frequenza settimanale, della durata di due ore. Vi possono partecipare 12/13 coppie madre-bambino, a volte riesce a partecipare anche qualche papà. In base all'età del bambino si formano gruppi diversi, il primo da 0 ai 12/14 mesi, fino all'avvio della deambulazione, l'altro dai 14 mesi ai 3 anni circa. Solitamente si tratta di bambini che non frequentano il nido, ma le cui mamme desiderano offrire loro occasioni di socializzazione. Allo stesso tempo è anche una esigenza molto sentita dalle stesse mamme il condividere i vissuti e le esperienze legate alla genitorialità.

L'organizzazione dei gruppi varia in relazione all'età dei bambini: cambiano i giochi, la strutturazione degli spazi, la modalità di intervento delle educatrici e la relazione con le mamme. Ma nel corso del tempo ci siamo accorti di come, sempre e indipendentemente dall'età dei figli, il gruppo si organizza principalmente intorno ad alcune tematiche connesse alle tappe dello sviluppo infantile e alla relazione madre bambino. L'attenzione si sposta dai cambiamenti che si generano nella coppia con la nascita di un figlio, alla progressiva elaborazione e confronto tra le fantasie di un bambino fantasticato e il bambino reale, compaiono i temi dell'allattamento e della modulazione della relazione, e progressivamente si discutono le tematiche dello svezzamento, del sonno, dell'autonomia, dell'aggressività, del rapporto con i coetanei, delle paure, del rapporto col padre ...

In base all'esperienza maturata abbiamo scelto di formare gruppi il più possibile stabili nella frequenza, al fine di favorire la costruzione e il consolidamento dei legami, sia tra i piccoli che tra i grandi, insieme alla possibilità che i legami possano mantenersi anche al termine della esperienza in comune, facendo nascere spontaneamente gruppi di *auto aiuto* tra famiglie.

Oltre alle educatrici è sempre presente nel gruppo una psicologa, che accoglie i pensieri, le preoccupazioni, le domande e le osservazioni delle mamme, favorendo un clima di ascolto tra i partecipanti al gruppo. Le educatrici, al contempo, sostengono le mamme nella relazione con i piccoli proponendo attività o avviando degli scambi all'interno di situazioni di gioco, ma non si tratta mai di interventi troppo strutturati o saturi, quanto al contrario di stimoli, di proposte che le mamme possono fare proprie e riproporre successivamente a casa nella relazione col bambino.

Questo prevede una grande capacità di osservazione, di affiancamento all'adulto ma non di sostituzione ad esso nelle funzioni genitoriali.

L'atmosfera che si cerca di favorire è di tranquillità e di accoglienza calda e familiare, di osservazione e rispetto per i tempi dei bambini e per le riflessioni e le richieste delle mamme.

Il modello dell'*infant observation* sull'osservazione del neonato e della relazione madre-bambino, sviluppato dalla Bick (1964)²³, rappresenta il nostro apripista.

Le mamme e i bambini vengono accolti e fatti accomodare in uno spazio che man mano cominciano a riconoscere come familiare, sanno di essere aspettate e anche loro aspettano con piacere il momento dell'incontro, si delinea un clima di intimità e di scambio, in cui si crea posto anche per le difficoltà e i dubbi che ciascuna incontra nel rapporto e nella cura dei figli.

Lo spazio viene preparato in modo diverso a seconda dell'età dei bambini. Nel gruppo di bambini entro i 14 mesi, con materiali morbidi, tappeto e cuscini, con giochi adatti ai piccoli²⁴, libri di stoffa o cartonati, animaletti morbidi, sacchetti con spezie profumate. Nei gruppi con bambini più grandi compaiono animali, bambolotti, blocchetti di legno per costruire, libri, materiale per disegnare, giochi che riproducono attività quotidiane come il cucinare, il mettere a letto i bambini/bambolotti.

In termini analitici possiamo considerare come la preparazione attenta e pensata dello spazio fisico, della sede, possa essere in relazione con la preparazione di un contenitore interno, la mente delle operatrici che si apprestano ad accogliere il gruppo, con le storie quotidiane che ogni coppia porta e che affida e condivide con loro e col gruppo delle mamme in generale.

Si tratta di un Servizio molto delicato proprio rispetto allo strutturarsi delle precoci relazioni madre-bambino e dei loro possibili destini. Una caratteristica è che, grazie alla sua configurazione non clinica, accoglie anche una fascia di utenza che, pur essendo portatrice di un disagio talvolta non riconosciuto o negato, difficilmente si rivolgerebbe ad un servizio maggiormente connotato su un piano sanitario. Inoltre, il tipo particolare di setting, contrassegnato dalla continuità, dentro uno spazio e un tempo definiti, in presenza dei bambini, favorisce l'attivazione di dinamiche gruppali, di processi identificatori e di intense dinamiche proiettive²⁵.

I processi e le dinamiche in gioco agiscono su più livelli. All'interno delle molteplici relazioni che si stabiliscono nel gruppo c'è una esposizione a differenti modelli di funzione materna, che può rendere possibile identificarsi con altre modalità di "stare in relazione con un figlio". Allo stesso tempo i bambini, progressivamente, cominciano a sperimentare momenti di autonomia nel gioco,

²³ Bick. E., (1964), L'osservazione del lattante nell'addestramento psicoanalitico.

²⁴ Un esempio centrale e sempre importante è il "cestino dei tesori", in cui all'interno di un cestino vengono posti oggetti di uso comune e quotidiano, non pericolosi, tappi di gomma per lavandini, tappi di sughero larghi, spazzole, piccole spugne, cucchiaini di legno, cerchi di gomma, piccoli contenitori, campanelle Tutti oggetti utili a stimolare vista, tatto, sperimentazione.

²⁵ Le dinamiche in atto possono essere assimilabili a quelle che si presentano (con riferimento al modello bioniano di funzionamento dei gruppi), nei gruppi di lavoro e nei gruppi in assunto di base, pur non coincidendo con nessuno dei due.

modulano la distanza/vicinanza dalla madre, stabiliscono con facilità o meno relazioni con i coetanei, richiedono il supporto della madre nelle loro attività o cominciano a poter usare come riferimento anche gli altri adulti.

Il gruppo comincia a operare come contenitore delle esperienze materne/genitoriali, delle fantasie, delle preoccupazioni e delle angosce generate in alcune situazioni dal rapporto col bambino piccolo, ma allo stesso tempo il funzionamento del gruppo favorisce l'emergere delle risorse e delle potenzialità trasformative. La relazione duale e quella grupale si avvicinano di continuo influenzandosi reciprocamente, caratterizzando il funzionamento del gruppo e di ciascuna delle coppie madre-bambino. I concetti teorici che ci vengono in aiuto nella comprensione di quanto accade rimandano sia a Winnicott (la madre sufficientemente buona, il concetto di holding) che a Bion (la capacità di *reverie* materna e la *funzione alfa*, come funzione relazionale che nasce dal rapporto madre-bambino).

Ferro parla della mente della madre capace di accogliere e trasformare le angosce primitive del suo bambino, che può successivamente trasmettergli “*oltre al 'prodotto lavorato' (le angosce bonificate: gli elementi beta trasformati in elementi alfa), anche (...) soprattutto, il metodo per compiere tali trasformazioni (la funzione alfa)*”²⁶. Ferro, inoltre, si sofferma a riflettere sulle qualità che la mente materna deve avere per svolgere questa funzione, e cioè la “*capacità di accogliere, di lasciar soggiornare, di metabolizzare, di restituire il prodotto dell'elaborazione, e soprattutto di 'passare il metodo'. Ciò avviene attraverso la insaturità della restituzione da parte dell'altro e il consentire di 'andare a bottega' nella mente dell'altro*”²⁷.

In tal senso il lavoro con i gruppi di madri e bambini può rappresentare una sorta di “bottega” in cui apprendere il mestiere della *reverie*, sostenendo e affiancando quelle madri che esprimono una maggiore difficoltà nell'avvio della relazione col proprio bambino.

La precocità dell'intervento contraddistingue questo servizio, consentendo spesso una inversione di tendenza in situazioni a rischio, fungendo da contenitore alle ansie e alle preoccupazioni materne, sostando con esse in attesa che prendano una forma, senza respingerle indietro troppo velocemente. Il riferimento è alla “*capacità negativa*”, teorizzata da Bion²⁸, che a volte mette alla prova il gruppo nel suo insieme, operatori compresi.

²⁶ Ferro A. (2002), Fattori di malattia, fattori di guarigione, Edizioni Cortina, Milano, p.17

²⁷ Ferro A. (2002), Fattori di malattia, fattori di guarigione, Edizioni Cortina, Milano, p.18

²⁸ Mutuata da Keats, in Bion W.D., in *Cogitations*, Armando ed., 1996, Roma

Frammenti di un incontro di TPF. Un secondo incontro, con mamme e bambini entro i 6 mesi

La prima ad arrivare è Ilaria con Lorenzo. E' silenziosa, ma sembra contenta di essere arrivata. Lorenzo (5 mesi) si guarda intorno con sguardo vivace, sembra riconoscere il luogo, quando mi avvicino per salutarlo mi guarda negli occhi agitando le manine. La mamma lo mette seduto appoggiandolo a lei, ma ben presto lui ritrova la sua posizione sdraiata della scorsa volta. Sembra trovarsi subito a suo agio, guardandosi intorno tranquillo. Ilaria lo lascia fare, lasciandogli un tempo tranquillo di esplorazione. Si mette comoda anche lei.

Il 'mettersi comodi', sistemandosi pian piano, trovando o ritrovando la posizione giusta, quella della volta scorsa, rende a nostro avviso anche la qualità emotiva dello stare insieme in questo contesto, e mostra anche il tipo di funzionamento della relazione.

Arrivano Valentina e Marcello, genitori di Davide (7 mesi). Il papà è molto contento di essere venuto a questo incontro, racconta di aver partecipato al corso di preparazione al parto. Entrambi erano pronti ad affrontare insieme quel momento, ma all'ultimo D. si è girato e si è dovuti intervenire col cesareo. Tutto è andato bene, ma per loro è stato un grande dispiacere non avere potuto fare un parto naturale. Uscendo dall'ospedale hanno avuto qualche difficoltà. Dice M.: "Quando sono in ospedale i bambini sono tutti tranquilli, ma quando si torna a casa cominciano a piangere e uno non sa ancora bene cosa fare ...". V. ha avuto problemi con l'allattamento. D. piangeva, a lei stava venendo la mastite, M. l'aiutava a fare uscire il latte, altrimenti D. non riusciva ad attaccarsi ... V. dice che il marito in quei momenti l'ha aiutata molto, lei si sentiva angosciata, fare uscire il latte era molto doloroso e da sola non riusciva.

Potremmo pensare che Marcello ha svolto una funzione di *reverie*, dovremmo dire paterna?²⁹, rispetto alle angosce di Valentina e agli stati sensoriali vissuti da D., consentendo alla coppia madre-bambino di approdare ad un contatto e ad un incontro soddisfacente e nutriente per entrambi.

Questa esperienza riportata dentro al gruppo attiva le associazioni delle mamme.

Nicole, la mamma di Leonardo (6 mesi) racconta che da quando lei ha ricominciato a lavorare L., che prima era un "angelo", si è trasformato in una "belva". Quando lei è a casa non la lascia un secondo, lei non riesce a fare nulla. Insiste molto sul cambiamento concreto del bambino, sembra non dare rilievo al significato del cambiamento per lei. Dice che è lui a sentire la mancanza della mamma, non lei del figlio.

In questo caso sembra comparire una certa difficoltà nella comprensione degli stati d'animo del

²⁹ A tale proposito A. Ferro : "... funzioni successive saranno l'introiezione della tollerabilità della frustrazione, della capacità del lutto, del tempo, del limite. Tutto ciò passa attraverso 'il mentale' che si attiva nella relazione con la madre e con il padre; la reverie credo infatti che possa essere in egual misura materna e paterna". Da: Ferro A. (2002), Fattori di malattia, fattori di guarigione, Edizioni Cortina, Milano, p.19

bambino, che vengono piuttosto interpretati e caricati, attraverso intense identificazioni proiettive, anche dei propri vissuti. Sembra affacciarsi un aspetto persecutorio, tirannico e claustrofobico, sembra carente una funzione di *reverie*, tutto appare molto concreto.

Compaiono, un po' in tutte le mamme, i vissuti relativi al confronto tra la situazione di un bambino fantasticato e ancora non nato, e il bambino e la relazione reale. Compaiono i temi della separazione, dell'allattamento, dei cambiamenti emotivi del bambino e della madre.

Tra le mamme ci si scambiano pensieri sul rapporto col proprio bambino, si riesce già a uscire qualche volta senza di lui? N. afferma che se lei dovesse scegliere tra il suo compagno e il figlio sceglierebbe naturalmente il compagno. Si chiede se è normale. Le mamme le offrono delle risposte, il loro punto di vista, chi vive il contrario, il fare coppia col figlio e l'esclusione del compagno ...

Di cosa si sta cominciando a parlare? Della comparsa del terzo nella coppia, di cosa accade nei rapporti col partner, della entrata nella dimensione edipica, di una presunta necessità di 'scelta' tra oggetti d'amore, della fantasia di erotizzazione del rapporto col figlio? Queste solo alcune delle tematiche attivate.

Arriva Angela, mamma di Matteo (quasi 5 mesi). Parla dell'allattamento, di come le piaccia e senta che si tratta di un momento importante e intenso nel rapporto con M.. A., prima della nascita di M., ha subito un importante intervento all'utero, da cui ancora sta riprendendosi. La nascita di M. è un vero miracolo! Molti medici le sconsigliano di allattare, non si deve debilitare, lei si sente pressata, ma non vorrebbe interrompere bruscamente. Avverto una certa ansia nel suo tono. Osservo come sembra sentire l'allattamento come una esperienza molto vitale e ricca, sia per lei che per M., ma anche interferita da timori per la sua salute.

Si avviano confronti tra le mamme, che parlano delle iniziali difficoltà con l'allattamento, di incontri avvenuti e di altri riusciti meno, di una buona sintonia e intimità in cui al vissuto della malattia si contrappone la forza vitale del legame o, al contrario, di una vicinanza percepita come troppo intima e 'perturbante' per poter essere tollerata.

G. Corrente³⁰, riprendendo e ampliando un concetto introdotto da F. Corrao (1981)³¹ parla della *funzione gamma* del gruppo, da considerare come l'analogo simmetrico della funzione alfa per l'individuo, che sarebbe alla base delle trasformazioni emozionali e relazionali del gruppo, generando sogni e miti di gruppo. Negli esempi presentati un mito che compare sembra essere la fuoriuscita dall'Eden (il rapporto col bambino fantasticato e idealizzato) e la caduta nella realtà (il

³⁰ Corrente G., (2002), Complementarità tra diverse funzioni della mente: Alfa dell'individuo e Gamma del Gruppo, in *Koinos, Gruppo e Funzione Analitica*, Gennaio-Dicembre 2001, Anno XXII numeri 1-2

³¹ Corrao F., (1981), *Struttura poliadica e funzione gamma*, in *Orme*, volume secondo, Teresa Corrao (a cura di). R. Cortina ed. Milano 1998.

bambino reale); oppure un altro mito che emerge e di cui sembra farsi portavoce Nicole, sembra quello edipico, con la fantasia materna di un bambino che interrompe la relazione duale di coppia.

La funzione alfa e la funzione gamma si alternerebbero all'interno della situazione di gruppo, alimentandosi a vicenda. Osserva Corrente: *“Un’adeguata oscillazione Gamma-Alfa permette lo strutturarsi di un campo dove potranno essere accolti gli eventi e svilupparsi le trasformazioni (analitiche) attraverso le quali approdare alla costruzione di un contenitore gruppale adatto a ri-significare le esperienze vissute”*³². Ed è proprio un processo progressivo di risignificazione di alcune dinamiche di relazione che apre alla possibilità delle trasformazioni e del cambiamento.

E' difficile rendere la complessità dei piani presenti in questi gruppi: le incertezze dei genitori e le difficoltà dei piccoli possono essere accolte e sostenute precocemente attraverso il lavoro del gruppo stesso, prevenendone ove possibile lo strutturarsi in modo stabile.

E' interessante, a proposito della funzione dei TPF, l'analisi che ne fa F. Caggio, pedagogo e uno dei primi responsabili di un TPF di Milano.

Riguardo alle problematiche sollevate dalla crescita del bambino Caggio sottolinea la tendenza a: *“una certa drammaticità del presente (i denti che spuntano, lo svezzamento...): la novità trova però un certo acquietamento nel gruppo delle madri abbassando i rischi di una lettura in termini di ‘patologia’ e di ‘devianza’ da una ‘normalità’ continuamente allusa”*.

Questa sdrammatizzazione favorisce peraltro la strutturazione di un pensiero, a volte di non facile accettazione, che i bambini crescono e crescendo riescono e vogliono allontanarsi; per quanto stiano bene con gli adulti, si interessano da subito agli altri piccoli ed agli altri oggetti, allontanandosi.

“Il gruppo quindi aiuta ad uscire da una sorta di egocentrismo diadico che sembra voler garantire il piccolo da ogni attacco esterno improvviso o incontrollato a fronte anche di una tendenza individuale delle madri a prevenire e controllare qualsiasi imprevisto: lo stare in gruppo allenta le tensioni e le posizioni di difesa nei confronti di un ‘non buono’ proveniente dal fuori”³³.

Se la famiglia risulta essere da una parte il fruitore di questo servizio, dall'altra ne diventa coproduttore per se stessa e per altre famiglie.

Intervento Clinico a Domicilio

L'intervento domiciliare è il primo servizio attivato dalla nostra Associazione nel Municipio Roma

³² Corrente G., (2002), in: Complementarità tra diverse funzioni della mente: Alfa dell'individuo e Gamma del Gruppo, in Koinos, Gruppo e Funzione Analitica, Gennaio-Dicembre 2001, Anno XXII numeri 1-2, p.42

³³ Caggio F., in Non solo nido, Atti del Convegno: I tempi per le Famiglie. Ancona, 1997, p.35-36

6 nel 1999. Accenniamo brevemente alle caratteristiche del servizio. E' un intervento specialistico, effettuato da educatrici professionali e psicologhe con esperienza nel campo dell'età evolutiva e dell'intervento domiciliare, coordinate da una psicologa e supervisionate da uno psicoterapeuta.

Il servizio offre un intervento domiciliare di sostegno alla genitorialità, dagli ultimi mesi di gravidanza fino ai 5 anni di vita del bambino. Si tratta di una fase particolare del ciclo di vita della famiglia ricca di innovazioni e incertezze, che accompagnano cambiamenti di ruoli e relazioni, un periodo che richiede adattamenti e sforzi creativi alla ricerca di nuovi equilibri.

Lo strumento dell'intervento è la presenza, attenta e discreta, dell'operatrice nel domicilio della famiglia, una figura esperta che condivide e supporta i genitori nei loro compiti, anche favorendo la verbalizzazione e il confronto sulla gestione e l'organizzazione concreta della vita familiare.

Le problematiche per le quali può venir richiesto l'intervento oscillano da situazioni di prevenzione a casi con patologie multi generazionali strutturate.

Proprio a partire dalla varietà di problematiche e di esigenze, sin dall'avvio della nostra esperienza abbiamo ritenuto poco funzionale offrire un servizio eccessivamente standardizzato. Per garantire la capacità del servizio di adattarsi alle diverse famiglie abbiamo definito una metodologia di valutazione che fosse precisa, univoca, in grado di fornire nelle diverse situazioni una chiave di lettura e comprensione del processo in atto e di approntare poi un intervento su misura.

Il focus dell'attenzione è sempre la relazione, la qualità emotiva degli scambi comunicativi e le caratteristiche dell'organizzazione familiare e delle cure genitoriali. Per questo motivo, ad esempio, l'intervento non è mai sostitutivo o alternativo al genitore, ma avviene sempre in collaborazione con le figure genitoriali di riferimento come accompagnamento, sostegno ed elaborazione di strategie volte a migliorare la qualità delle relazioni familiari nella cura dei figli.

Gli obiettivi vengono sempre concordati con i servizi invianti ed esplicitati nell'incontro di presentazione con la famiglia, incontro in cui sono presenti i genitori, gli operatori coinvolti/invianti, il responsabile del servizio di intervento clinico a domicilio e l'educatrice che interverrà nella situazione.

A questo primo incontro fa seguito una visita domiciliare nella quale vengono stabilite le specifiche modalità operative (la periodicità, la durata e le attività intorno alle quali si svolgeranno prevedibilmente gli incontri).

Il servizio si attiva su segnalazione del Servizio Sociale Minori del Municipio, del TSMREE e dei Consultori della ASL RM C D6, con i quali l'Associazione collabora sia nella presa in carico congiunta che in interventi specifici.

La presenza dell'operatrice nel domicilio ruota intorno alla possibilità di offrire ai genitori un contenitore sussidiario che faciliti l'espletamento delle funzioni di cura e accudimento dei figli.

Come ci descrive la Fraiberg il metodo prevede “*continue osservazioni dello sviluppo del bambino e interventi, discreti e non didattici, volti ad aiutare la madre a riconoscere i bisogni e i segnali*”³⁴.

L’operatrice accompagna la madre nelle sue funzioni, raccoglie e verbalizza la sua fatica e i momenti di difficoltà, con un atteggiamento non giudicante ma empatico e accogliente.

La storia dell’incontro tra genitori e figli è naturalmente più antica dell’incontro reale e concreto e precede la nascita, proviene dalla storia della propria infanzia e dall’esperienza con i propri genitori, ma subisce una improvvisa accelerazione con la gravidanza, che avvia processi emotivi estremamente profondi. Per questo il progetto prevede la possibilità di sostenere la madre sin dagli ultimi mesi di gravidanza.

La signora Franca, 38 anni, una diagnosi di depressione maggiore, una storia professionale come maestra, poi l’insorgere di problemi fino alla richiesta di trasferimento ad un lavoro amministrativo. Una storia affettiva fatta di due lunghe relazioni. Negli ultimi due anni l’incontro con un coetaneo e, poco dopo la morte della propria madre, la scelta di sposarsi. La signora rimane incinta ma, alla notizia di un parto gemellare, la sensazione di un compito troppo arduo per le proprie competenze rompe il delicato equilibrio emotivo. La signora è seguita dal CSM, ma l’ansia sembra inarrestabile. Il compagno manifesta la sua preoccupazione per lo stato di salute emotiva di Franca.

Si propone alla signora un intervento che prevede due incontri a settimana, una psicologa la accompagnerà nelle sue pratiche quotidiane. Franca accetta.

E’ appena entrata nel settimo mese di gravidanza, ha smesso di andare a lavorare e dichiara di fare fatica a stare da sola, specialmente le mattine quando il compagno è al lavoro.

L’operatrice riporta sin dal primo incontro la sensazione di non percepire l’imminenza di questa nascita, la signora le racconta la sua fatica a organizzare anche solo lo spazio fisico della casa. Gli incontri iniziano sempre dentro casa, per poi svolgersi per lo più all’esterno, nel quartiere. La definizione stessa degli incontri, come sostegno alla futura maternità, sembra però rappresentare un’occasione di riflessione e avvicinamento: sempre più spesso la signora Franca parla dei suoi timori di non essere una madre adeguata e di non riuscire a far fronte alle esigenze dei figli. Sono preoccupazioni accolte e sostenute dall’operatrice, che ne riconosce la legittimità e sottolinea l’importanza di trovare risposte e risorse adeguate. Sembra che parallelamente alla possibilità di sentire accolte e considerate le sue preoccupazioni, la signora le possa esprimere in modo più continuativo e preciso, fino a cominciare a riflettere e confrontarsi su ipotetiche possibilità di risposta. L’incontro con una figura femminile accogliente e attenta sembra progressivamente permettere a Franca di esprimere, nelle inevitabili oscillazioni emotive, le sue preoccupazioni, ma anche il desiderio di offrire ai figli un ambiente accogliente. L’incontro con l’operatrice sembra

³⁴ Fraiberg. S. (1999) I fantasmi nella stanza dei bambini, in: Il sostegno allo sviluppo, Cortina, Milano, p. 187

rappresentare un contenitore sufficientemente solido per accogliere le sue ansie e progressivamente accompagnarla a costruire un incontro con i figli reali.

La storia dell'intervento attraversa momenti importanti nei quali Franca parla della sua storia e della sua famiglia di origine: la casa dei suoi genitori, così piccola da non poter ricordare di avere avuto uno spazio tutto suo, la depressione della propria madre e la paura di non saper difendere i figli dalla propria, il suo senso di fallimento come maestra, la paura di non poter esprimere le sue ansie, il timore che il compagno non possa accettare la sua paura di non farcela.

L'intervento proseguirà per quasi due anni accompagnando Franca nell'incontro con i figli, ma ancora prima ad attrezzare la casa e se stessa ad accoglierli e a tollerare le inevitabili ansie, preoccupazioni e sensi di inadeguatezza.

La funzione dell'operatrice è quindi quella di accogliere e contenere le ansie connesse al ruolo e alle funzioni di genitori, in particolare *“per quel gruppo di famiglie che sembrano venire possedute dai loro fantasmi... [per quelle situazioni dove] .. gli intrusi provenienti dal passato si sono stabiliti nella stanza dei bambini”*³⁵ e interferiscono nella relazione d'amore genitori figli. L'operatrice diventa il contenitore delle proiezioni in atto, nel tentativo di elaborarle, in una dinamica contenitore contenuto potenzialmente evolutiva. Allo stesso tempo l'operatrice ha bisogno di essere a sua volta all'interno di un contenitore efficace in grado di poterla supportare in questa funzione di *reverie* così complessa.

Il ruolo dell'equipe di riferimento, in particolare nella supervisione, è appunto quella di fornire un contenitore agli elementi proiettati nell'operatrice, in una dinamica nella quale la funzione di contenimento ed elaborazione può rinforzarsi e sostenersi in un rapporto di contenitori concentrici. E' quella funzione che R. Romano delinea quando afferma che: *“Così come esiste una funzione alfa nell'individuo e una corrispondente funzione gamma nel gruppo, allo stesso modo possiamo trovare una funzione di reverie individuale e una corrispondente funzione di reverie grupale”*.³⁶

Sul modello di lavoro proposto dalla Bick, il gruppo assume la funzione determinante di tenere a mente una serie di osservazioni e di confrontarle tra loro, evidenziando i modi tipici di comunicazione di quel dato nucleo familiare, come ad esempio la disponibilità o l'insofferenza della madre al contatto fisico o la capacità di accogliere, di tenere e contenere proiezioni.

Bion parla della capacità precocissima del neonato di proiettare la sofferenza come un primitivo e rudimentale modo di comunicare. Questa modalità proiettiva avviene nella relazione precoce madre bambino, ma, all'interno delle dinamiche familiari, investe anche l'operatrice. La capacità del gruppo di contenere l'intensità di queste proiezioni e facilitare un processo elaborativo risulta allora

³⁵ Fraiberg S. I fantasmi nella stanza dei bambini, in *Il sostegno allo sviluppo*, Cortina, Milano (1999), p.180

³⁶ Romano R., presentazione in *Grupalidad y supervivencia*. P.R. 2010

fondamentale per l'intervento e per la capacità di *rèverie* dell'operatrice.

Carla è una donna di 30 anni, si presenta come una ragazza madre, ha avuto una figlia da appena un mese e non può lavorare. Ha fatto richiesta di un aiuto economico presso il Servizio Sociale Minori del Municipio, ma nel corso del colloquio con l'assistente sociale emerge una certa quota di ansia di Carla nelle cure materne, si dice preoccupata per la crescita della figlia, ha sempre paura di non darle abbastanza. Tiene continuamente la figlia al seno e questo nel contempo la mette in agitazione e la irrita perché le sembra di non riuscire a fare più niente. Con il padre della bambina ha rotto i rapporti, non gli ha permesso il riconoscimento della figlia.

L'assistente sociale propone a Carla la possibilità di potere utilizzare il nostro servizio come sostegno a questo momento di difficoltà. Carla accetta perché si sente sola, a volte non capisce i bisogni della bambina e questo la mette in grande agitazione.

Carla è una donna semplice e diretta, accogliente e burbera nei modi. Ha una casa piccola dove vivono lei, la figlia e tre gatti. Carla si aggira confusamente tra oggetti e animali tenendo costantemente in braccio la figlia.

All'avvio dell'intervento l'operatrice si trova immediatamente in difficoltà per un personale timore dei gatti, che si aggirano per casa saltando da una parte all'altra e contribuendo a dare l'impressione di un clima di confusione e di una scarsa igiene.

Carla tiene costantemente in braccio la figlia, ma contemporaneamente è come se la considerasse poco: sembra sempre occupata simultaneamente dalla piccola e da qualche altra cosa da fare, anche il suo sguardo è sfuggente e si posa solo un attimo sulla bimba. A volte si sente irritata e verbalizza di sentirsi in difficoltà "con questo fagotto ingombrante tra le mani".

Nei primi incontri l'operatrice riporta la sensazione che la bambina possa continuamente urtare contro oggetti e mobili, è costante la sensazione del pericolo al quale è esposta, l'operatrice vive il desiderio di prenderla in braccio, o di verbalizzare alla madre l'impressione che sia troppo distratta, ma si trattiene e riporta all'equipe la sua ansia, che spesso prosegue al di là degli incontri. Nel gruppo di supervisione le preoccupazioni dell'operatrice sono accolte con grande empatia e attenzione. In queste situazioni l'equipe assume un ruolo fondamentale quando esce da una mera funzione di comunicazione di tecniche e assolve la funzione di contenitore che descrive C. Curtò (et al) "*Comprendiamo per tale spazio quello dove si sviluppa il 'giocare del pensiero', con dubbi e oscillazioni, con progressi e regressi, senza premura per raggiungere delle 'verità' o delle 'risposte', vale a dire, sviluppando la 'capacità negativa' come a suo tempo è stata la proposta di Bion sulla traccia di Keats*"³⁷.

³⁷ Curtò C. e altri, in Grupo Sygma, Convegno "Transmission e Interfecundacion" Roma, 21/01/12

La bambina appare in salute e non sembra giustificare l'ansia materna, ci si chiede cosa l'alimentazione susciti nella madre e perché debba continuamente tenere in braccio la figlia.

Il gruppo si sofferma sulle preoccupazioni e i timori profondi dell'operatrice verso i gatti, per lei sono animali poco prevedibili, che non conosce e di cui teme le reazioni. In una sorta di parallelo, dal gruppo emerge la fantasia che per Carla la maternità, l'assunzione del ruolo di madre possa suscitare altrettante apprensioni e angosce intollerabili.

I fantasmi della Fraiberg sembrano abitare la casa di Carla: sul piano transferale l'ansia suscitata dai gatti sembra riflettere l'angoscia di Carla per un ruolo materno altrettanto imprevedibile e pericoloso. Il comportamento di Carla verso la bambina forse è un modo di 'distrarre' le ansie e i pericoli che quel ruolo di madre e il rapporto con la piccola sembrano inconsciamente evocarle.

Nel gruppo si decide di evitare interventi "normativi", ma viene evidenziato come questi comportamenti "disattenti" siano accentuati mentre C. parla dell'alimentazione della figlia e ci si chiede quale esperienza abbia avuto Carla di cure materne e di alimentazione.

Si decide così che l'operatrice presti attenzione a questi momenti e faciliti la possibilità di Carla di esprimersi. Carla torna spesso sul tema del mangiare e sull'ansia di non dare abbastanza alla figlia, l'operatrice verbalizza quanto pesante debba essere per lei la grande preoccupazione e le difficoltà emotive che vive. Carla sembra subito sintonizzarsi su questo riconoscimento, interrompe il suo continuo movimento, si siede e racconta di una grande paura di non essere all'altezza del ruolo di madre. L'operatrice le riconosce come la sua fatica faccia però crescere la figlia e Carla racconta di avere una continua paura che possa accaderle qualcosa e che lei possa non sentirla, per questo porta la bambina sempre con sé.

Nel corso degli incontri Carla alterna momenti di maggiore agitazione a momenti in cui si lascia andare a parlare, progressivamente il tempo dei dialoghi cresce e Carla racconta dei molti problemi della sua famiglia di origine: il padre, alcolista e violento, ha sempre rappresentato per lei e i fratelli un continuo timore e la madre sembrava troppo presa a cercare di difendersi per potersi occupare di lei e dei fratelli.

L'intervento con Carla è durato quasi tre anni, con momenti di grande intensità emotiva. Il rapporto con la figlia è ancora difficile, a tratti ambivalente. Carla ha accettato di far riconoscere la figlia dal padre naturale e ha chiesto di essere aiutata a stabilire i modi e i tempi in cui dovessero vedersi. Carla, più consapevole della propria fragilità, ha chiesto di essere aiutata ed è stata avviata ad una psicoterapia personale.

Le esperienze che abbiamo descritto, parte significativa del lavoro della nostra Associazione, configurano un'area di intervento transizionale, tra quella strettamente di cura psicoterapeutica e quella di concreto intervento sociale.

Il Tempo per le Famiglie e l'Intervento a domicilio quindi come 'spazi terzi', all'interno dei quali attraverso il confronto col gruppo e/o con gli operatori i genitori possono valorizzare e scoprire risorse personali inespresse, da mettere a disposizione del rapporto con i propri figli.

Bibliografia

- Bick. E., (1964), Note sull'osservazione del lattante nell'addestramento psicoanalitico. In (a cura di) V. Bonaminio, B. Iaccarino, L'osservazione diretta del bambino, Boringhieri 1984.
- Bion W.D., *Cogitations*, Armando ed., 1996, Roma
- Caggio F., Non solo nido, Atti del Convegno: I tempi per le Famiglie. Ancona, 1997
- Corrente G., (2002), Complementarità tra diverse funzioni della mente: Alfa dell'individuo e Gamma del Gruppo, in *Koinos*, Gruppo e Funzione Analitica, Gennaio-Dicembre 2001, Anno XXII numeri 1-2
- Corrao F., (1981), *Struttura poliadica e funzione gamma*, in Orme, volume secondo, Teresa Corrao (a cura di). R. Cortina ed. Milano 1998.
- Curtò C. e altri, *Gruppo Sygma*, Convegno "Transmission e Interfecundacion" Roma, 21/01/12
- Ferro A. (2002), *Fattori di malattia, fattori di guarigione*, Edizioni Cortina, Milano
- Fraiberg S. I fantasmi nella stanza dei bambini, in *Il sostegno allo sviluppo*, Cortina, Milano (1999)
- Romano R., presentazione in *Gruppalidad y supervivencia*. P.R. 2010

Piero Sistopaoli

La costruzione della relazione terapeutica con il paziente all'esordio psicotico

Il sapere psicoanalitico consiste in un corpus di conoscenze relativo alla vita mentale individuale, interindividuale, gruppale, societaria. Esso può essere usato come un telescopio, che guarda alle organizzazioni interumane, le istituzioni e come un microscopio che scruta i micromovimenti prosodici della relazione esistente fra “due persone che parlano in una stanza”. Piuttosto che di essere “esportata” o “applicata”, la psicoanalisi ha bisogno di reagire con altri saperi quali, ad esempio, l'antropologia, la filosofia, la biologia e le neuroscienze. Nel caso del suo utilizzo nei servizi pubblici l' “accecaamento artificiale” proposto non ha il sapore di una rinuncia, quanto di una “co-costruzione” di nuove forme di conoscenza e di nuove prassi e tecniche operative (Bebee & Lachmann, 2005).

In questo lavoro l'apporto della psicoanalisi (in particolare di quella infantile, compresa fra Melanie Klein ed Anne Alvarez) è embricato con altri saperi: quello derivante dalla *Infant Research* e dalle neuroscienze (apporto ben sintetizzato da A. Shore). Tali intersezioni si rendono necessarie in particolare per chi, lavorando con le psicosi, voglia trovare, fra l' “opprimente senso di realtà” della vecchia psichiatria e la tradizionale “impotenza” della psicoanalisi nella clinica delle psicosi, criteri differenziali più utili ad avviare e sviluppare la relazione terapeutica con questo tipo di pazienti all'esordio di malattia.

La psicosi d'esordio

All'interno del DSM della ASL RM/D, diretto dal dr. Andrea Balbi, è stato istituito il Network per gli interventi precoci, organizzato come una rete di operatori dislocati nei diversi presidi del Dipartimento. Esso è immerso nella psicopatologia psichiatrica severa. La nostra popolazione clinica comprende psicosi schizofreniche e disturbi bipolari oppure stati mentali a rischio di psicosi, nella fascia di età compresa fra i sedici e i ventotto anni. Il modello operativo a cui ci ispiriamo è quello dell'intervento precoce di P. Mc Gorry (1996; 2008), movimento nato in Australia intorno alla metà degli anni '90 e rapidamente diffusosi in occidente. Esso propone un intervento intensivo nelle situazioni di esordio nel tentativo di contrastare il deterioramento precoce delle funzioni cognitive e mentali, cercando di evitare interventi stigmatizzanti ed impropri, quali ad esempio il ricovero nei tradizionali reparti psichiatrici insieme con pazienti schizofrenici già cronicizzati; ricovero che costituirebbe un vero e proprio disturbo posttraumatico da stress e che avvierebbe precocemente il giovane paziente in direzione della cronicità. Per questo motivo lavoriamo

sostenendo il ruolo sociale, ovvero adoperandoci affinché i nostri pazienti non perdano i legami con la scuola, il lavoro, la famiglia, e utilizzando tecniche di intervento gruppali ed individuali in prevalenza di tipo cognitivo, sistemico, ma anche orientate dalla psicoanalisi. Ad esempio per quanto attiene ai gruppi o alle scelte organizzative abbiamo optato per l'intervento di rete piuttosto che costituire un servizio ad hoc non solo per motivi economici: troppo spesso i gruppi istituzionali dei servizi di salute mentale somigliano ai frammenti dispersi della mente dei loro utenti e le dinamiche che vi si attivano sono sovrapponibili agli "assunti di base" descritti da Bion (1961). Gli operatori referenti, suddivisi nei diversi Presidi del Dipartimento entrano in contatto fra loro in tempo reale, seguendo le vicissitudini dei pazienti nei passaggi tra le varie strutture (ad es. fra il CSM e la nostra Comunità Terapeutica, oppure il Centro Diurno sportivo). Il NIP (Network per gli interventi precoci) nel quale lavoro ha una funzione trasversale fra i Presidi e, seguendo i pazienti all'esordio, ne facilita i rapporti e fornisce alcuni approfondimenti clinici, diagnostici, psicoeducativi e in taluni casi specifici trattamenti terapeutici individuali. Questa connessione è resa operativa proprio nell'intento di "riallacciare i legami spezzati" (Racker '68) nell'équipe curante e offre il vantaggio di evitare che il paziente si perda fra un segmento e l'altro del Dipartimento.

Il Sé come marker di tratto della vulnerabilità psicotica

Quando si lavora con un paziente appena compensato dopo una rottura psicotica, ovvero con sintomi quali: allucinazioni uditive, idee di riferimento, deliri o gravi sintomi negativi appena in remissione, il primo passaggio per un terapeuta è quello di cercare una mente come interlocutore. Per far ciò è necessario aiutare il paziente a nominare le sue percezioni, sensazioni semplici, fino a che siano organizzate in un sentimento d'insieme, *una gestalt percettiva*. Il senso globale del Sé del paziente deve poter riemergere come quello del neonato di due mesi descritto da Stern (D. Stern 1985), e insieme con esso, quello dell'Oggetto in una nuova e più evoluta sintesi. J. Parnas, uno psichiatra danese di formazione fenomenologico-esistenziale, appartenente all'area di *Early Intervention*, trova che esistano "anormalità di base della coscienza" che antecedono il disparato assortimento dei sintomi schizofrenici e che tale "disturbo della presenza", ovvero: un indebolito essere-nel-mondo, vuoto interiore, percezione soggettiva di diversità, rappresenti un disturbo del Sé di base che costituisce "un marker di tratto della vulnerabilità psicotica" (J. Parnas 2012). L'aspetto interattivo è stato ben rielaborato da Beebe & Lachmann in ambito psicoanalitico in un lavoro che, utilizzando conoscenze derivanti dall'Infant Research e dalle neuroscienze, evidenzia come Il Sé sia "costruito" nell'ambito di una relazione interattiva che influenza e regola, a sua volta, Il Sé e l'oggetto (cit.). Il Sé dunque, al pari dell'oggetto, viene "Co-costruito" e il modello relazionale che

ne deriva, la sua *cultura*, ossia la prosodia, il sistema implicito di aspettative e gli annessi livelli emozionali, saranno stratificati nella *memoria procedurale* e pronti a presentificarsi al di là della memoria esplicita, spesso come *enactment*, nelle future relazioni d'oggetto, ovvero con i curanti.

Il binomio Sé/Oggetto ricorda da vicino quello Vulnerabilità/Stress, ovvero l'ipotesi più accreditata esistente in psichiatria rispetto agli esordi psicotici (Kendler 1993). Teniamo ancora la lente di ingrandimento sulla eziopatogenesi della Vulnerabilità. Trevarthen (1977; 1979) ci illustra quanto le "protoconversazioni" madre/bambino, aventi caratteristiche costanti di tono, scansione temporale, prosodia e ripetizione, non si limitino a influenzare il cervello, ma siano necessarie per la sua crescita. A. Schore sostiene che, affinché queste transazioni siano propriamente evolutive, "questo scambio deve avvenire nel contesto di una relazione affettiva a valenza positiva vissuta dalla coppia" (A. Schore 2003). In questo contesto la madre non può essere solo uno specchio, ma *uno specchio che amplifica* l'arousal e il piacere del bambino in un crescendo regolato dalla distrazione del suo sguardo quando l'attivazione è troppo alta. Anche lo sviluppo della corteccia destra sembra modulato dalle prime esperienze di relazione e in particolare dagli stati di euforia, regolati dalla madre attraverso la comunicazione preverbale ed inconscia stabilita attraverso la sintonizzazione dei due emisferi destri. Il cervello destro esercita una funzione di controllo sulle funzioni vitali che sostengono la sopravvivenza, secondo Schore esso contiene il sistema del Sé. L'interazione precoce, promuovendo l'autoregolazione del cervello del bambino, può costituire un fattore di *resilienza* o al contrario di *vulnerabilità psicopatologica*. Esso può consentire l'instaurarsi di una capacità di autoconforto precoce e di riparazione oppure produrre una sensazione di catastrofe imminente. Affinchè si realizzi la prima ipotesi è necessario che la madre (o il caregiver) sia in grado di contenimento emotivo, *nel senso che continui a mantenere il coinvolgimento affettivo con il bambino che sta sperimentando affetti negativi, mostrando la capacità di tolleranza degli affetti negativi in entrambi*. La capacità del caregiver di ricreare un clima positivo promuove la resilienza del bambino contribuendo a promuovere una rappresentazione di Sé efficace e capace di continuità. La psicoterapia che propone A. Schore è una terapia della regolazione affettiva attraverso cui il Sé del terapeuta si dà come regolatore del Sé del paziente e che utilizza l'identificazione proiettiva come modalità di comunicazione inconscia e trasmissione di affetti vitali, valorizzando gli elementi prosodici della comunicazione più dei contenuti verbali. Il terapeuta però, oltre ad avere una buona capacità di reverie, deve avere la capacità di riconoscere e regolare i propri affetti, in specie quelli negativi, come dire una buona "capacità negativa" (W.R. Bion '70).

La relazione terapeutica con il paziente all'esordio psicotico

Il paziente, stabilizzato dalle cure farmacologiche e da una accoglienza attenta al suo stato emotivo stabilisce una alleanza terapeutica con il terapeuta dell'équipe curante a cui è assegnato. L'accoglienza che il paziente riceve sarà supportiva in prima istanza ma attenta al rapporto che egli ha con la realtà esterna e con quella psichica; ossia al suo senso di Sé e ai suoi affetti vitali. Nel rapporto individuale con il paziente il terapeuta dovrà essere accogliente e affidabile ma non collusivo. Buon senso ed esperienza aiuteranno a trovare la giusta distanza. Il terapeuta si sintonizzerà con il senso di Sé del paziente, aiutandolo a ricostruirlo a partire dalle sensazioni somatiche semplici, aiutandolo anche, mentre si sgonfiano i sintomi produttivi, a costruire nuovi significati validando insieme con lui nuove ipotesi e possibilità, tentando con ciò di attivare nuove connessioni fra i pensieri e/o fra i pensieri e gli affetti, facendo emergere un *Io osservante*. In questa fase occorre valorizzare i rari momenti di benessere transitorio che il paziente può sperimentare, momenti di non-angoscia che possono far sentire al paziente che la sua patologia può non essere eterna e che esiste una via di uscita dal claustro persecutorio o depressivo nel quale si è infilato e che, sostenendo la speranza, indicano implicitamente un metodo di lavoro. Diversi anni fa un paziente, in una seduta permeata da angosce paranoidi e molto acute, mi confidava, disperando, che venire da me serviva a poco, infatti era solo "un piccolo piacere". Allora mi sembrò una svalutazione, oggi penserei che potrebbe essere un buon inizio. L'alleanza deve essere stabile affinché il paziente possa sentirla nel tempo come una base sicura. Essa deve essere contrassegnata da autenticità. Occorre rimanere in contatto con la verità anche quando il paziente deliri. L'inconscio conosce le bugie anche se la coscienza può esserne soggiogata. Affinché il rapporto funzioni il terapeuta dovrà essere appassionato al suo lavoro e genuinamente interessato al paziente dosando qualità umane e professionali. Il terapeuta non dovrà essere sentito come depositario di un sapere criptico. Egli potrà validare le nuove conoscenze con il paziente mostrando, quando capita, di poter anche sbagliare e correggere l'errore sotto i suoi occhi. Identificandosi con il paziente egli potrà anche comprendere la sua necessità storica di ricorrere a difese primitive per mantenere l'equilibrio, riconoscendo, rispettandola, la sua vulnerabilità nelle relazioni interpersonali e tenendola in mente al fine di osservare come si muove nel transfert. B. Joseph ha mostrato, attraverso il suo straordinario tatto clinico, quanto sia infiltrante il Sé distruttivo nella relazione terapeutica, che rischia di essere ipostatizzata in una atmosfera di "quasi-morte" (B. Joseph, '89). Le parti del paziente che restano fuori della mente si presenteranno, attraverso l'identificazione proiettiva come *enactment* nella relazione. La relazione trasferale è dominata dalle memorie procedurali. Il transfert non va direttamente interpretato, il lavoro sarà prevalentemente concentrato

sul controtransfert. Se si è costruita una buona intesa col paziente, ad esempio sulla sua vulnerabilità nelle relazioni d'oggetto, sarà più facile che lui accetti di farsi aiutare a capire. Non è vero che lo psicotico non abbia tout court la capacità simbolica per cogliere i significati. Al di là del pensiero concreto, ogni operatore sa che egli a volte ci sorprende per la lucidità folgorante con cui esprime direttamente, per esempio in un gruppo, ciò che altri non riescono a rappresentare ma che una volta formulato possono riconoscere come vero. Parafrasando Stern potremmo parlare di "isole di coerenza simbolica". Affinché la cura sia efficace dobbiamo ipotizzare tempi lunghi in cui i curanti lavorino in sintonia associando le famiglie alla cura. Il processo terapeutico, così come la costituzione del Sé, attraverserà fasi discontinue in cui gli affetti negativi o denegati saranno in primo piano nella relazione e testeranno la *capacità negativa* del terapeuta.

Significato e uso dell'idealizzazione nella terapia: l'insegnamento di Anne Alvarez

In presenza di un clima relazionale paranoideo o appiattito da un ritiro mortifero, la via di accesso alla relazione può passare attraverso l'idealizzazione e gli affetti vitali. E' necessario individuare qualcosa del Sé di prezioso da idealizzare, ad esempio dopo un piccolo successo o un momento di non angoscia del paziente, esprimendolo anche attraverso *un rituale condiviso*, come si fa nelle terapie con i bambini autistici. Ciò tiene viva anche la speranza del cambiamento. Il terapeuta deve essere capace di sopportare l'incertezza su tempi lunghi senza perderla e continuando a esplorare i micromovimenti del paziente nella relazione. Anne Alvarez (A. Alvarez 1993) ha illustrato come anche in presenza di una modalità narcisistica onnipotente e distruttiva si possa avviare la relazione terapeutica su un binario più sano, proprio a partire dalla ricerca implicita di vitalità anche espressa sintomaticamente. J. Chasseguet-Smirgel (1975) ha evidenziato come la funzione idealizzante, che nasce come reazione all'impotenza primaria, costituisca una apertura alla relazione introducendo nel Sé un'ombra dell'oggetto e avviandolo, per così dire, nella sua direzione. La Alvarez inoltre mostra quanto le idealizzazioni dei bambini non siano solo difese contro penose esperienze di perdita o vergogna, ma anche, in condizioni normali, "una necessità evolutiva". Raggiungere in terapia questo livello con un giovane deprivato, depresso o con seri "sintomi negativi" è un passaggio evolutivo molto importante. Il terapeuta, come una madre che contenga sanamente le aspirazioni del bambino, non dovrà bloccarle ma aiutarle a costituirsi in *identificazioni anticipatorie*, aventi carattere di prova e anticipazione per il futuro (P. Sistopoli 1997). Perché ciò possa accadere però occorre distinguere le idealizzazioni costruttive da quelle distruttive. Rosenfeld afferma con chiarezza che non ci può essere una reazione terapeutica negativa se prima non ce n'è stata una positiva (H. Rosenfeld '87). Nei casi di narcisismo distruttivo - egli suggerisce nei suoi

ultimi lavori - vengono idealizzate difensivamente parti onnipotenti e distruttive del Sé al fine di negare la natura separata dell'oggetto. In questi casi il paziente trarrebbe giovamento dall'osservare quanto nel suo Sé esista un Sé scisso/persuasore occulto onnisciente, che agisce come un perfido Super-Io, attaccando quanto di buono possa esistere nell'oggetto: egli sente che ogni cosa che abbia valore negli oggetti esterni fa parte di lui"(ivi, p.97). Questo elemento di preziosità, per quanto grottesco ed antievolutivo, sembra proteggere il Sé ed è pericoloso demolirlo con l'interpretazione: "perciò è necessario distinguere il lato positivo dell'autoidealizzazione da quello negativo"; quando ciò non riesce si creano pericolose confusioni entro il Sé e nel suo legame con l'oggetto. La distinzione fra le due forme di idealizzazione può rappresentarsi, nei pazienti compensati, attraverso i sogni (P. Sistopaoli 2005).

Superato lo scompenso psicotico l'Io del paziente, riconnesso, è comunque coartato e minato. Esso potrà essere aiutato a ri-costituirsi, nell'esperienza della relazione con il terapeuta, se potrà identificarsi con un oggetto vitale e disponibile. Tale "compagno vivo" deve essere attento alle "forme vitali" del paziente (F.Tustin 1984), alla prosodia del linguaggio (melodia, accento, modulazione del volume, tensione vocale), ovvero al connubio intenzione/linguaggio, al modo in cui vengono ricercate le parole: slancio, esitazione, arresto, graduale ripresa, eccetera (Stern, 2010). Queste qualità dinamiche mostrano quanto un corpo possa essere, *nell'hic et nunc*, abitato e vitale oppure un contenitore svuotato.

Una esemplificazione clinica: Sacha

Di origine Moldava, i suoi genitori si sono separati poco dopo la sua nascita. La madre lo lasciava a vivere con i soli nonni all'età di 9 anni, trasferendosi in Italia per lavorare. Sacha viene descritto come un bambino buono ma molto vivace e poco disciplinato in quanto "i nonni gli facevano fare tutto quello che voleva". All'età di 12 anni, dopo tre anni di separazione e poco prima di rientrare in Italia con lui, la madre lo ritrova più aggressivo e arrogante, appassionato di musica *rap*. All'età di 16 anni viene ricoverato nel reparto psichiatrico di un ospedale per "Bouffée delirante in disturbi del comportamento". Qualche mese prima egli aveva dato un pugno ad un compagno di scuola e in seguito era stato picchiato duramente per ritorsione da altri ragazzi al punto che era stata fatta d'ufficio una denuncia per lesioni ai suoi danni. Dopo questo episodio Sacha inizia a ritrarsi dalle relazioni sociali e dalla scuola e a frequentare un gruppo di preghiera, già frequentato dalla madre. La donna aveva trovato in camera del ragazzo i manifesti dei suoi idoli rappers strappati e lui, chiuso in un ostinato silenzio, che sembrava non capire le richieste di spiegazione di lei. In breve Sacha iniziava ad uscire di casa per andare a evangelizzare la gente assumendo atteggiamenti

bizzarri. Una volta era uscito con le pantofole della madre ai piedi. In quei giorni le confidava di aver sentito una voce che lo esortava a fare la volontà di Dio. La mattina del ricovero la madre aveva trovato un appunto scritto sul telefonino: “Parlare di meno!”: si sentiva spiato e perseguitato. Il ragazzo viene inviato al NIP dal TSMREE, che accoglie la richiesta dell’ospedale dopo il ricovero in quanto il ragazzo è minorenne ed io inizio a seguirlo in psicoterapia circa due mesi dopo la dimissione. Il dr. Renato Menichincheri, responsabile del NIP, inizierà a seguirlo di lì a poco in consulenza psichiatrica e farmacologica. Il ragazzo appare molto diffidente nei confronti miei e della dr.ssa Vincenza Perrone, tirocinante che mi affianca nel trattamento, e minimizzante la sua patologia. Lo scompenso è rientrato ma egli si tiene molto “coperto”, adoperandosi per evitare di entrare in contatto con i suoi pensieri e le sue emozioni e, a giudicare dal suo sguardo, soprattutto con noi. Ciò pur rimanendo formalmente rispettoso e disponibile. Appare chiaro ben presto che Sacha non vuole condividere con noi il suo segreto, che pure finirà in qualche modo per rivelarci: è solo Dio che può far guarire gli uomini dando loro (o meno) la salute, compresa quella mentale. “Dio non si è mai rotto un osso”, spiega, e Sacha ha dovuto capire come mai a lui sia accaduto! Come a dire che lui non era abbastanza credente per essere salvato. Egli non sopporta però di connettere queste riflessioni con la sua vicenda; accetta di parlare con noi “solo in generale e in termini non personali”. Diviene rapidamente chiaro che egli è solo anche nel gruppo di preghiera che frequenta, in quanto interessato al solo rapporto con Dio. Ricorda un sogno ricorrente: il nonno era stato avvelenato ed era morto ma lui e sua madre tornano a trovarlo, lo disseppezzano e si accorgono che è vivo. Descrive il sogno con grande distacco e alla richiesta di esprimere cosa senta rispetto ad esso, risponde, quasi stupito della domanda, che non sente nulla. Alla mia proposizione: “C’è un nonno vivo da qualche parte!”(animandomi) rimane ancora inerte e poi aggiunge che non sa se l’immagine del nonno vivo sia piacevole o meno. Solo: “Non provoca niente”. Il quadro desolante che si riproponeva nei primi mesi era in parte forato dalla battaglia ideologica che Sacha combatteva con noi nell’intento malcelato di evangelizzarci: ad esempio lasciandoci l’indicazione di ascoltare alcune canzoni religiose; in parte però così facendo, finiva per farci partecipi del suo mondo. Egli sembrava più interessato a dotarsi di nuovi mezzi per comprendere la realtà, riconoscendo autenticamente la sua incapacità a comprendere il suo vero sentire. Questo spinta evolutiva alla conoscenza veniva però rapidamente torta in direzione del suo bisogno di aumentare il controllo sulle sue pulsioni sessuali ed aggressive (di cui non ci permetteva di parlare) per fini ascetici. Sacha sembrava seriamente impegnato a divenire santo: cercava di non rispondere allo scherno dei suoi compagni di scuola, di voler bene a tutti perdonando ma assumendo per contro nelle relazioni una postura onnipotente finemente denigrante degli altri, a partire da noi terapeuti, sentiti come arroganti nella nostra presunzione di curarlo. D’altra parte Sacha, guardando così in

alto, trascurava anche di valorizzare le sue risorse, ad esempio ci siamo accorti dopo diversi mesi che, pur avendo brutti voti in diverse materie, egli aveva ottimi voti in matematica: non ce lo aveva mai detto, tentando di resistere alla “vanità”. Un piccolo cambio di marcia forse c’è stato dopo circa due anni di trattamento, in una seduta in cui ho perso un po’ la calma che, con lui, avevo fino ad allora mantenuto. Prima di incontrarlo mi sentivo indispettito per il fatto che la seduta precedente, a causa di un mio ritardo di pochi minuti, se n’era andato. Devo premettere che fino a quel momento eravamo riusciti a mantenere un setting abbastanza “pulito”. Le sedute avevano un ritmo settimanale con giorno e ora fissi; nei primi tempi Sacha tendeva ad arrivare molto prima e ad entrare senza aspettare. Siamo riusciti nel tempo a far sì che lui fosse più preciso, cosa che non è stata troppo difficile in quanto, come detto, egli faceva le cose che gli venivano richieste dagli adulti con ubbidienza, anche se non era convinto della loro utilità. Per esempio assumeva correttamente la terapia neurolettica anche se era convinto che servisse a poco. Sacha entra con un lieve sorriso beffardo; gli chiedo come mai la volta precedente fosse andato via, risponde che io non c’ero, dunque... (sorrisino). Gli dico che il suo comportamento è molto arrogante; che sabotava le regole se non le mette lui; che c’è un aspetto di Sé che guarda gli altri dall’alto in basso identificandosi con Dio, con un dio sprezzante verso gli umani, visti come piccole stupide formiche... Mi fermo, so di avere esagerato. Mi guarda sorpreso e poi ferito. C’è un attimo di pesante silenzio dopodiché gli chiedo cosa pensi. Mi risponde che non vuole rispondere, visto quello che io penso di lui, d’ora in poi continuerà a venire ma non mi parlerà mai più! Mi sento spiazzato e sento di essere stato incauto. Un padre che non lo ha mai guardato veramente. La rabbia è diventata pena. Dopo un attimo di riflessione mi scuso con lui ammettendo di aver esagerato, immediatamente comincia a distendersi. Più cautamente correggo il tiro dicendo che mi sembra che mentre lui parla di umiltà e compassione verso i suoi simili, c’è una parte di Sé che in controtendenza e senza clamore, nega nei fatti di avere un qualche interesse vero per loro, “verso di noi”. Aggiungo di essermi arrabbiato perché non riesco a raggiungerlo. Sacha, che già si era ammorbidito, si apre e dice che lui è chiuso con tutti, con Sé stesso e perfino con Dio e che lui si sente veramente malato perché non controlla la sua mente, ossia non controlla le intrusioni dei brutti pensieri (bestemmie, immagini indicibili) che all’improvviso compaiono in essa. Lui anzi vorrebbe capire, aggiunge, come funziona la sua mente (“Perché ci si ammala?”; “Cosa dice la scienza?”); anzi, pensa che noi forse questo potremmo fare: capire come funziona *tecnicamente* la mente. Ovvero, i suoi aspetti “funzionali”, non quelli “mistici”. Qui Sacha sembra ridefinire una possibile alleanza terapeutica, che finalizza alla funzione obliqua del comprendere, al suo aspetto “terreno”. Nello stesso modo i farmaci possono aiutarlo al fine che i suoi pensieri siano più chiari. Niente di più, ma anche niente di meno. Noi gli diciamo che ci stiamo. Darwin non entrerà in rotta di collisione con Dio!

Il trattamento di Sacha è andato avanti per circa quattro anni. Con lui sono stati fatti contestualmente altri interventi, oltre alla già menzionata terapia con lo psichiatra: con i professori della sua scuola; con due membri del suo gruppo di preghiera; con il Tribunale per i Minori. Inoltre egli ha frequentato, dopo aver effettuato una valutazione cognitiva, un gruppo psicoeducativo misurandosi con altri giovani all'esordio. Infine dopo un primo breve inserimento in una comunità terapeutica, che non ha avuto buon esito a causa delle sue difficoltà relazionali e che lo ha visto riacutizzarsi ed effettuare un nuovo ricovero in SPDC, egli è stato inserito in una seconda comunità terapeutica dove è rimasto, crescendo, per diversi anni. Qualche tempo fa ci è venuto a trovare mostrando di aver raggiunto un buon equilibrio e una migliorata capacità di comprendere ciò che sente. Non c'erano più stati ricoveri. Spontaneamente ci ha detto di aver ripensato al sogno del nonno vivo e che ha provato una "sensazione piacevole" (illuminandosi) che non ricordava di aver provato in precedenza. Ci ha spiegato di sentire che qualcosa dentro di Sé si è "scongelata" e che stare con gli altri – madre compresa - era diventato possibile. Sacha si godeva una esistenza relativamente tranquilla anche se gli era rimasta una certa postura un po' rigida e "onnipotente". Egli del resto, non avendo potuto godere di un padre reale, aveva dovuto "convivere" con quello onnipotente, ovvero *divenire* Lui. Di lì in avanti continuare a "scongelarsi" avrebbe significato "farsi uomo" e, in quanto tale, empatizzare, gioire e soffrire con gli altri.

Riassumendo penso che il delirio mistico di Sacha abbia costituito un primo tentativo di autocura, nel senso di un suo tentativo di sperimentare se un padre avesse mai potuto veramente amarlo. Certo in una forma iperbolica, d'altro canto sul fondo della mente esistevano angosce depressive e condizioni di carenza relative alla sua infanzia e al sistema genitoriale nel suo complesso che difficilmente avrebbero potuto essere elaborate. Come spesso accade negli stati mentali a rischio di psicosi troviamo compresenti aree psicopatologiche nell'affettività e nel pensiero contemporaneamente. Un punto di svolta sembra esserci stato quando Sacha ha sentito un po' della mia *hybris*; in quel momento deve essersi sentito non più solo! E inoltre ha visto in diretta come continuavo a pensare correggendo la rotta ed ammettendo (in parte!) i miei limiti. Pur non essendo Dio, mi riconosceva una qualche capacità di aiutarlo a capirsi e come "dio minore" potevo in parte funzionare come modello di identificazione e dunque se io sbagliavo e mi potevo correggere, forse poteva provare a farlo anche lui.

Bibliografia

- Alvarez, A. (1992) *Il compagno vivo*, 1993 Astrolabio
Bion, W.R. (1961) *Esperienze nei gruppi*, 1971 Armando
Bion, W.R. (1970) *Attenzione e interpretazione*, 1973 Armando
Chasseguet-Smirgel, J. (1975) *L'ideale dell'io*, 1991 Cortina
Correale, A. *Il campo istituzionale* 1991 Borla

- Joseph, B. (1989) *Equilibrio e cambiamento psichico*, 1991 Cortina
- Edwards, J. (2001) *Being Alive – Building on the work of Anne Alvarez* Brunner Routledge
- Mc Gorry, P.D. et al. (1996) EPPIC: an evolving system of early detection and optimal management, *Schizophrenia Bulletin* 22 (2)
- Mc Gorry, P.D. et al. (2008) Early Intervention in psychosis: concepts, evidence and future directions, *World Psychiatry* 7 (3)
- Parnas, J. (2012) Basic Self-Disturbance Predicts Psychosis Onset in The Ultra High Risk for Psychosis “Prodromal” population *Schizophrenia Bulletin* – Online February 20, 2012
- Rosenfeld, H. (1987) *Comunicazione e Interpretazione*, 1989 Bollati Boringhieri
- Schore, A.N. (2003) *La regolazione degli affetti e la riparazione del Sé* 2008 Astrolabio
- Schore, A.N. (2003) *I disturbi del Sé* 2010 Astrolabio
- Sistopaoli, P. Narcisismo libidico e narcisismo distruttivo nelle psicoterapie psicoanalitiche istituzionali in *Prospettive psicoanalitiche nel lavoro istituzionale* Vol 15, n.1 1977
- Sistopaoli, P. Rappresentazioni oniriche nei disturbi gravi di personalità in adolescenza in: A. Balbi, G. Lago, P. Petrini (a cura di) *Sonno, sogno e psicopatologia* 2004 Universo
- Stern, D. (2010) *Le forme vitali* 2011 Cortina
- Trevarthen, C. (1977) Descriptive analysis of infant communicative behaviour in: Shaffer, H.R. (Ed.) *Studies in Mother-Infant Interaction* London: Academic Press
- Trevarthen, C. (1979) Communication and cooperation in early infancy: a description of primary intersubjectivity in: M. Bullowa (Ed.), *Before Speech* Cambridge University Press
- Tustin, F. (1984) Autistic Shapes, *International Review of Psycho-Analysis*, 11: 279-290

Isabella Bersani, Nicola Boccianti, Patrizia Cupperi, Maria Rosaria Gerardi, Maria Guglielmi, Cassandra Tamponi, Stefano Zengarini

La forza della gravità. Esperienze di trattamento del paziente grave

Il lavoro che presentiamo è il risultato delle riflessioni di un gruppo di psichiatri, psicologi e infermieri che lavora con pazienti gravi nei diversi servizi dei Dipartimenti di Salute Mentale - Centri di Salute Mentale, Centri Diurni, Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura - o negli studi privati.

Alcuni componenti del gruppo sono anche membri dell'I.S.eR.D.iP. , l'Istituto di Studio e Ricerca sui Disturbi Psicici fondato dal Prof. G. C. Zapparoli ed hanno collaborato per più di 20 anni con il professore .

Le occasioni che hanno favorito l'incontro fra questi operatori sono state le supervisioni effettuate dal Prof. Zapparoli presso diverse strutture dei Dipartimenti di Salute Mentale, corsi o seminari da lui condotti in varie sedi pubbliche e private. Questi incontri hanno dato vita ad un gruppo stabile che si è confrontato sulle questioni che rappresentano le sfide quotidiane nel lavoro con i pazienti gravi e che, al di là della diagnosi, vengono percepite dagli operatori come forti indicatori di gravità. In modo particolare le riflessioni si sono concentrate sui pazienti che rifiutano l'aiuto pur manifestando una condizione di estremo bisogno, sui peggioramenti delle condizioni cliniche dopo fasi di stabilità, sui rifiuti ad assumere una terapia farmacologica, sulla scarsa compliance al trattamento, sui casi con ripetuti ricoveri, sugli agiti auto ed etero aggressivi, sugli impasse di fronte al fallimento di ogni strategia usata e risorsa impiegata.

Sono cioè quei casi per i quali si verificano più spesso conflitti all'interno dell'equipe curante e per i quali si giunge a dire : “ le abbiamo provate tutte ma non ha funzionato nulla”.

Il gruppo di studio ha utilizzato *il modello dell'integrazione funzionale dell'intervento* elaborato da Zapparoli nel corso di molti anni di studio delle patologie gravi . Questo modello, come a molti è noto, utilizza il concetto di continuum della psicopatologia secondo l'asse deficit-conflitto e lo schema evolutivo caratterizzato dalla sequenza simbiosi-separazione-individuazione (Mahler 1952). Il modello si propone di entrare in contatto e capire la parte psicotica e mette al centro della riflessione teorica e della pratica clinica il concetto di *bisogno specifico* (Zapparoli 2008) espressione di una organizzazione deficitaria di personalità.

Senza entrare nel merito del problema dell'eziologia del deficit, ci serve dire soltanto che per organizzazione di personalità basata sul deficit, letteralmente “mancanza”, intendiamo tutte quelle situazioni nelle quali lo sviluppo ha subito gravi interferenze a causa di fattori di varia natura nell'ambito delle relazioni affettive primarie, dell'ambiente e nella costituzione biologica. Tali

fattori hanno determinato uno sviluppo patologico di tappe evolutive e funzioni della mente, per cui il risultato è la insufficienza di strumenti necessari per far fronte in maniera adeguata ai bisogni ed alla realtà. Ciò si manifesta nei deficit che noi oggi osserviamo. Solo per citarne alcuni: deficit nella capacità di tollerare la passività, la frustrazione, l'attesa di fronte all'emergere di un bisogno; deficit nella capacità di riconoscere e tollerare il confine fra sé e l'altro; deficit nella capacità di rinunciare alla onnipotenza, nella capacità di tollerare l'ansia, nella capacità di autoregolazione.

Per quanto aree deficitarie possano essere presenti in tutte le organizzazioni di personalità comprese quelle con un buon adattamento e quelle appartenenti all'area conflittuale, è negli stati psicotici e borderline che le riscontriamo in maniera preponderante. Questo gruppo di persone esprime bisogni specifici che costituiscono potenti spinte motivazionali e il loro soddisfacimento è prioritario rispetto a qualsiasi altro tipo di bisogno.

Questi bisogni sono riconducibili a due esigenze fondamentali:

- il mantenimento dell'onnipotenza
- il mantenimento di legami simbiotici.

Queste esigenze, descritte in vario modo dalla letteratura, si esprimono in una serie di bisogni specifici (Zapparoli 2008, p.125), fra i più significativi citiamo:

bisogno di non avere bisogni;

bisogno di vivere in un mondo illusorio;

bisogno di un oggetto inanimato o non qualificato;

bisogno di mantenere la costanza del dolore;

bisogno di una continuità funzionale;

bisogno di una residenza emotiva.

I bisogni specifici, le cui manifestazioni possono apparirci irragionevoli ed incomprensibili, sono collegati al senso di sicurezza di base e la mancanza di una risposta ad essi viene vissuta come una minaccia alla stessa sopravvivenza.

La conseguenza sarà un avvitarsi in modalità di difesa e auto-cura (Ping Nie Pao 1984; Zapparoli 2002), come i deliri, le dispercezioni, le resistenze al trattamento, i comportamenti bizzarri; auto-cura e difese, seppure inadeguate e distruttive, sono quelle che il paziente ha autonomamente adottato per proteggere il Sé da gravi angosce di frammentazione ed annichilimento. Solo un'adeguata risposta ai bisogni specifici può favorire la conquista di una più stabile sicurezza di base, e con ciò l'emergere di nuovi bisogni e l'acquisizione di una certa autonomia.

La condizione deficitaria non implica solo la mancanza di qualcosa nella struttura e nel funzionamento del paziente, ma anche, come conseguenza di questo, la necessità di trovare una compensazione al deficit, "una protesi" (Zapparoli 2002, p. 156) che possiamo immaginare come

una sorta di stampella.

Tuttavia il concetto di deficit viene spesso accolto con molte resistenze.

Gli operatori, come il paziente e i suoi familiari, possono interpretarlo come una condanna alla inguaribilità ed alla cronicizzazione, in realtà è proprio attraverso il riconoscimento del limite (Zapparoli 2002) che sarà possibile fornire al paziente una compensazione al deficit e impostare un trattamento adeguato.

La compensazione, la protesi, può favorire sin dall'inizio un migliore funzionamento e può essere temporanea e gradualmente ridotta oppure, a volte, essere il sostegno necessario per tutta la vita.

La costruzione dell'alleanza terapeutica viene ricercata soprattutto attraverso il dialogo con la parte psicotica (Zapparoli 1988, p.60) per individuare i bisogni specifici che essa esprime in modo da offrire la compensazione necessaria, e gli interventi dovranno essere integrati ed adattati ai bisogni presenti in quel momento. Ritorna pertanto necessario capire dove si collochi il paziente rispetto all'asse deficit – conflitto perché è sulla base di questa valutazione che sarà possibile decidere di utilizzare i nostri strumenti (farmaci, psicoterapia, assistenza, un intervento riabilitativo, il riconoscimento di una invalidità, ecc.) in senso trasformativo o protesico.

Naturalmente la scelta non sarà mai rigida e definitiva, e si dovrà frequentemente ricalibrare il rapporto tra gli interventi che si basano sul supporto protesico e quelli che mettono l'enfasi sul ritorno alla normalità.

In queste situazioni infatti può succedere di osservare che una iniziale collaborazione si trasformi in ostinata resistenza al trattamento, oppure che da sorprendenti miglioramenti si passi a profonde regressioni; nei casi più gravi si possono verificare anche drammatici gesti auto ed etero lesivi. Una possibile spiegazione è che il paziente sia stato esposto prematuramente ad una realtà che non era in grado di sostenere ed abbia reagito utilizzando, a volte in maniera ancor più distruttiva, le sue primitive strategie di difesa (Zapparoli 1987).

Gli strumenti elettivi per individuare i bisogni specifici sono l'osservazione e l'ascolto delle emozioni che l'incontro con il paziente attiva negli operatori e nel contesto, l'analisi del transfert e controtransfert; di pari importanza la ricostruzione dettagliata della storia personale del paziente e degli eventuali trattamenti già ricevuti, con una valutazione dei successi e degli insuccessi che questi hanno avuto.

Proseguiamo il nostro discorso con la descrizione di alcuni dei bisogni specifici che più frequentemente incontriamo e che rimandano a tipiche situazioni cliniche. Per semplificare l'esposizione, useremo delle vignette cliniche.

Bisogno di non avere bisogni

Se di fronte all'emergere di un bisogno non c'è sufficiente fiducia nelle proprie capacità di trovare risposte e soddisfazioni adeguate, la tensione collegata allo stato di bisogno non viene vissuta come uno stimolo, ma come una perdita del controllo che genera una penosa condizione di impotenza fino ad arrivare ad uno stato emotivo di panico organismico (Ping Nie Pao, 1984). L'illusione di non avere bisogni (Zapparoli 2002) esprime l'esigenza di evitare lo stato di tensione, la frustrazione dell'attesa e la dipendenza dall'oggetto per la loro soddisfazione, rappresenta quindi una difesa onnipotente che, negando l'esistenza stessa del bisogno, vorrebbe contrastare il vissuto di passività ed eliminare la "tirannia" esercitata dal bisogno.

Francesca aveva bisogno di un importantissimo certificato medico per avere dei benefici che lei stessa inseguiva da molto tempo. La posizione di Francesca, portata avanti ad oltranza, era la seguente: "Non sono io che devo chiedere il certificato, è lui (il medico) che me lo deve fare e se non glielo chiedo, perché al colloquio parlo di altre cose, mi deve fermare e chiedermi se lo voglio". Pochi giorni dopo Francesca riferisce allo psicologo del Centro Diurno: "il dottore è uno stronzo, un irresponsabile, non mi ha fatto il certificato, domani scade la pratica".

Nonostante le numerose spiegazioni che gli operatori danno a Francesca per farle comprendere che se desidera una cosa deve anche chiederla, Francesca non si sposta dalla sua posizione iniziale e si mette in una situazione in cui rischia di perdere ciò di cui ha bisogno.

Francesca non può chiedere perché questo significherebbe riconoscere di avere bisogno: gli operatori, non riconoscendo il suo bisogno di non avere bisogni, pretendono che rinunci alla sua onnipotenza e non riescono a trovare una strada per andarle incontro.

Si uscirà dalla situazione di impasse con l'intervento dello psicologo del Centro Diurno che farà da intermediario fra Francesca ed il medico, ed infine Francesca avrà il certificato che le serve.

Giovanna, una paziente borderline in una fase di scompenso psicotico, aveva distrutto il telefono, il contatore della luce e i rubinetti di casa. Si era allontanata dall'abitazione e per alcuni giorni aveva vagato per la città dormendo sulle panchine. Una volta rientrata nella casa senza acqua, luce e telefono, aveva mostrato grande capacità di adattarsi alla situazione, per l'acqua si serviva di una fontanella pubblica e con soddisfazione ci comunicava che se la cavava benissimo "visto che le bastava poco per vivere". La stessa paziente in altri momenti esprimeva innumerevoli ed "urgenti" bisogni, in questo stava probabilmente cercando di realizzare l'illusione di non avere bisogni.

Il bisogno di oggetto inanimato o non qualificato

Esprime il bisogno di rendere l'altro un oggetto senza valore, interscambiabile con altri, impotente. Risponde alla necessità di proteggersi dalla relazione con le varie implicazioni che questa comporta, cioè dipendenza, reciprocità, rischio di abbandono. Il bisogno è quello di poter avere la sicurezza di esercitare un controllo onnipotente sull'altro che contrasti con la paura che l'altro eserciti a sua volta un controllo, e di ottenere relazioni che può controllare secondo i suoi tempi e spazi (Zapparoli 2002, Searles 1974). La richiesta è quella di "esserci" ma in una posizione di astensione, attesa, sospensione, una posizione empatica (Ping Nie Pao 1984, Winnicott 1965, Balint 1968) non facile da accettare e che contrasta con l'ideologia del "bisogna fare qualcosa". A volte è molto utile offrire al paziente un interlocutore da lui percepito come "senza potere", privo degli strumenti per modificare l'altro e quindi incapace di intaccare il nucleo onnipotente psicotico. Vengono in mente quei pazienti che non rispettano gli appuntamenti, vengono in giorni diversi da quelli concordati, "pretendono" prestazioni a comando. Se il nostro obiettivo sarà quello di educare al rispetto delle regole, non avremo molte possibilità di riuscita se non avremo capito il bisogno profondo che c'è dietro questi comportamenti. La comprensione di questo bisogno è fondamentale nella fase di avvio di una relazione terapeutica e nella creazione di un'alleanza.

Un giorno Giorgio disse: "Fammi il colloquio altrimenti ti denuncio, io sono un paziente tu mi devi curare, ma niente domande, ti devi fare gli affari tuoi, le cose mie non ti devono interessare ... devi stare zitto... senti quello che ti dico io, mi devi sentire". Dopo circa un ora di colloquio chiede: "... che dici lascio la macchina lì o la parcheggio da un'altra parte ... consigliami".

Solo dopo un anno di ascolto fu possibile arrivare ad una prima relazione di reciprocità, all'interno della quale era possibile chiedere oltre che ascoltare e rispondere a domanda.

Livia aveva chiesto di intraprendere una "psicoanalisi". Agli incontri con la terapeuta stava per quasi tutto il tempo zitta e quando questa faceva per intervenire, la paziente sollevava la mano in un gesto molto esplicito che stava a significare "ALT!, non mi disturbi!". Appariva in ascolto, forse di voci. In altre occasioni, con lo stesso gesto, la terapeuta veniva invitata a fermarsi nel mezzo di un discorso. Anche in questo caso ci sono voluti molti mesi prima che si stabilisse un clima di fiducia e di scambio.

In entrambi i casi, accogliere la necessità del paziente di non essere stimolato e il suo bisogno di esercitare un controllo onnipotente sulla relazione, ha consentito lo sviluppo di un'alleanza terapeutica

Bisogno di una residenza emotiva

Esprime il bisogno di un'area privata (Zapparoli, 1997) di condivisione con l'operatore all'interno della quale sentirsi accolti, ascoltati e dove la parte folle può essere compresa ed accettata nella sua necessità. E' "la casa emotiva", che può essere tanto un luogo, come lo studio del terapeuta o il servizio, quanto una relazione costante con l'operatore o l'équipe. La residenza emotiva è quello spazio in cui il paziente deve avere la sicurezza che la sua produttività delirante e dispercettiva venga riconosciuta come tentativo di autocura e che gli interventi proposti siano finalizzati unicamente a contenere le manifestazioni distruttive di essa.

La condivisione del delirio nell'ambito della relazione terapeutica può agire da contenimento delle stesse tematiche deliranti; non ostacolandone la libera espressione si può arrivare a far sì che il paziente stesso le critichi e ne ridimensioni la portata, diversamente da quanto accadrebbe contrastandone i contenuti.

Il bisogno di vivere in un mondo illusorio

Un paziente era convinto di essere bravissimo nel gioco d'azzardo e spendeva tutta la sua pensione in "giocate" che fruttavano poco rispetto all'investimento fatto.

Il gioco rappresentava la sua unica forma di forza e di controllo sulla realtà perché ogni vincita dimostrava concretamente l'esistenza dei suoi poteri paranormali. Le perdite invece erano negate.

Gli operatori, in accordo con la famiglia, lavorarono per stabilire un budget fisso di giocata ma non per eliminare il gioco.

Nell'esempio proposto si riconosce l'esigenza vitale per questo paziente di conservare "un'area illusionale" (Zapparoli 1997, p.37) all'interno della quale poter esprimere l'onnipotenza e coltivare fantasie grandiose e deliranti. Gli operatori costruiscono un dialogo con il bisogno espresso dalla parte psicotica, e si limitano a contrattare con il paziente i confini all'interno dei quali si possa esprimere in modo tale da contenerne la distruttività.

Il bisogno della costanza del dolore

Sperimentare il piacere mette in contatto con la possibilità' della perdita, vuol dire accettare di dipendere da qualcosa che non si controlla. Si può evitare il rischio dell'abbandono mantenendo la costanza del dolore o del vuoto, che diventano essi stessi presenza, sicurezza (Zapparoli 2008).

Marco soffre di acuti e persistenti dolori a livello intestinale causati dalla colite spastica presente

dall'età di 18 anni, quando ha perso la madre. Ha effettuato già 2 colonscopie dall'esito negativo. Questi dolori insieme a forti oscillazioni umorali, accompagnano la sua vita. Il giovane uomo, in seduta, descrive un soggiorno fuori dalla sua città, durante il quale gli spasmi si sono particolarmente acuiti, nonostante ciò ha mangiato i cibi controindicati. Durante il viaggio di ritorno racconta che era "piegato in due dal dolore". La terapeuta commenta che il dolore è un compagno fedele, si può sempre contare su di lui. Marco sorride ed afferma: è una fedele amica fastidiosa. La terapeuta propone di riflettere sulla possibilità di contenere l'amica, certo non di interrompere il rapporto.

Alcuni mesi dopo Marco inizia la seduta riferendo di aver incontrato la psichiatra (come la terapeuta ha proposto), ha deciso di provare a prendere una medicina, ha capito che non lo "stravolgerà". Si è chiesto se il dolore gli mancherà, se non starà più così male potrebbe sentirne la mancanza, ma poi ha pensato che il dolore non può mancare mai nella vita.

Il bisogno della continuità funzionale.

Per i pazienti con struttura deficitaria che comporta una non idoneità all'autoconservazione, un problema centrale è: "chi si occuperà di loro alla morte della figura simbiotica da cui sentono che dipende la loro sopravvivenza". Il servizio può garantire la continuità funzionale con "l'equipe eterna" che, a differenza dei genitori, "non muore mai" e può rispondere al bisogno di sopravvivenza fisica e psichica dei pazienti dipendenti da un unico oggetto di bisogno (simbiotico); le funzioni degli operatori possono infatti essere regolate e modulate in base alla diagnosi del bisogno specifico prevalente in quel momento.

Può capitare che tali pazienti, nell'affrontare il dilemma dipendenza/emancipazione sperimentino forti impulsi aggressivi auto ed etero diretti. Come osserva la Mahler, cioè, si trovano nella condizione di affrontare la pulsione aggressiva di fronte al graduale aumento della consapevolezza di essere separato.

Zapparoli ci ricorda che: "Il nostro compito di clinici e di terapeuti è soprattutto, a mio parere, quello di riconoscere quando la distruttività del paziente psicotico porta alla morte del Sé, oppure quando porta alla sua rinascita in senso emancipativo" (Zapparoli, 1979).

Nel caso che segue assistiamo ad un conflitto tra un inedito bisogno emancipativo che suscita sgomento nel paziente stesso e nei suoi familiari e, nello stesso tempo, la necessità di un accudimento continuo e del mantenimento di una dipendenza infantile.

Il conflitto viene affrontato lavorando per l'integrazione dei diversi bisogni presenti; il coinvolgimento nel trattamento di altre figure professionali mira a dare risposte più adeguate e a

garantire la continuità funzionale.

Un giovane paziente psicotico, con comportamenti aggressivi verso i genitori, dopo un lungo periodo di reclusione in casa, nella sua stanza, manifesta l'intenzione di uscire per cercarsi un lavoro. Dopo alcuni tentativi falliti, rinuncia e si rivolge alla psicoterapeuta della ASL con la stessa richiesta.

I genitori, dal canto loro, sono molto spaventati da questo suo atteggiamento ma, allo stesso tempo, vorrebbero favorirlo e spingono affinché gli si trovi un lavoro.

Mentre apparentemente chiede aiuto alla terapeuta, il paziente in realtà non perde occasione per dimostrare quanto tale aiuto sia inefficace e impotente, dal momento che la terapeuta si rifiuta di fare l'unica cosa che dovrebbe fare, cioè riconoscere finalmente il suo valore e farlo lavorare presso la ASL sostituendosi ai genitori incapaci e ai datori di lavoro da lui contattati senza successo: "Se Lei fosse veramente una persona seria e affidabile mi troverebbe un posto alla ASL ma siccome non lo è, sono destinato a fallire, per me c'è solo il suicidio" e ancora: "Se Lei mi facesse assumere potrei dimostrare a tutti di cosa sono capace, addirittura potrei sposarmi o andare via di casa".

Messo di fronte all'incongruità della sua richiesta e alla necessità di curarsi, il paziente denuncia l'inutilità di tutti gli interventi, rifiuta i farmaci, il ricovero, la frequenza al centro diurno in quanto: "troppo spaventato dalle persone che mi si avvicinano". Nello stesso tempo si procura lesioni, colpevolizza e aggredisce i genitori, attacca l'equipe del CSM e in particolare la terapeuta alla quale mostra le sue ferite rendendola responsabile: "guarda che cosa mi hai fatto fare", le dice.

La terapeuta coglie il messaggio paradossale del paziente: la relazione terapeutica si è fatta troppo stretta, tale da indurre angosce di annientamento motivate dal bisogno fusionale che si esprime nella relazione terapeutica analogamente a quanto è accaduto prima con la madre, ed è vissuta ormai come una minaccia per la propria integrità fisica e mentale. E' opportuno perciò rallentare la cadenza della psicoterapia e introdurre altre figure più rassicuranti con funzione di accudimento, in maniera da garantire la continuità dell'équipe.

Di fronte ad un crescendo di gesti auto lesivi che culmina in un tentativo di suicidio in seguito all'uccisione di un piccolo animale indifeso, con grande angoscia di tutti e grave sgomento e senso di colpa del paziente, la terapeuta dichiara la propria disponibilità a "morire funzionalmente" ridimensionando il proprio ruolo e rallentando la cadenza delle sedute. Nel sollecitare il paziente ad accettare le prescrizioni dello psichiatra per i suoi impulsi aggressivi di varia natura, la terapeuta comunica: "Se mi fa troppa paura con i suoi gesti, io non posso aiutarLa, debbo perciò invitarLa a rivolgersi allo psichiatra."

Sottolinea altresì le esigenze fusionali ambivalenti del paziente, da un lato la spinta a fare da sé, dall'altro il bisogno vitale di mantenere una dipendenza infantile.

A questo punto il paziente comunica alla terapeuta le proprie fantasie omicide nei suoi confronti, motivandole con il rifiuto ad assumerlo presso la ASL e con il successivo abbandono a seguito del rallentamento della terapia. Riconoscendo la pericolosità dei propri gesti ed impulsi il paziente accetta però la frequenza regolare di un infermiere come figura di accudimento che, gradualmente sostituendosi alla madre, medica i tagli che egli si procura; nel frattempo inizia la cura farmacologica come sollievo e contenimento dell'angoscia fino ad acconsentire in seguito al ricovero in SPDC. La terapeuta allora può proporre la presenza di un educatore come figura in grado di indirizzare le spinte emancipative del paziente favorendone l'inserimento in un tirocinio di lavoro presso un centro della ASL. Il messaggio, da parte della equipe, viene così proposto: "Non possiamo farti assumere presso la ASL, facendoti diventare parte di noi, ma possiamo assumerti come equipe, con la funzione di *tirocinante*". Di pari passo, alcuni colloqui con il paziente e la madre lo aiuteranno a ritrovare una giusta distanza con la propria madre ed i familiari; successivamente potrà riavvicinarsi ad un amico, e riuscirà persino a partecipare a delle gite con il Centro Diurno.

Ridefinendo in questo modo la domanda del paziente nella duplice valenza di accudimento ed emancipazione si sottolinea la compresenza di diverse figure terapeutiche tra loro coordinate, ognuna con un proprio ruolo ma tutte rispondenti ad esigenze specifiche e si superano gli aspetti di matrice fusionale/distruttiva presenti in una relazione terapeutica dai confini troppo labili, parziale riedizione della precedente relazione madre/bambino.

La resistenza al cambiamento

La questione costituisce il fondamento della teoria e della tecnica psicoanalitica e ne accompagna tutto lo sviluppo. E' una condizione presente in misura diversa in ogni paziente : per alcuni è una condizione costante, pensiamo per esempio a quei pazienti che sembrano non trarre beneficio da alcun intervento, per altri può manifestarsi soltanto in alcune fasi del trattamento.

La disponibilità ad accettare che il paziente scelga di non cambiare (Searles, 1986) o anche che non possa cambiare, è una premessa necessaria ad ogni azione terapeutica che voglia essere realistica e di autentico aiuto. La consapevolezza di questo ostacolo può aiutarci a combattere la sensazione di impotenza che ci assale di fronte agli insuccessi, ci può stimolare a porci nuove domande e a continuare la ricerca di risposte più appropriate.

Per restare nel tema fin qui affrontato, la resistenza al cambiamento sarà tanto più irriducibile quanto quello prospettato sarà in contrasto con i bisogni specifici e le finalità del paziente

(Zapparoli 1987).

Vengono in mente quei pazienti che dopo aver trovato un lavoro lo abbandonano, o che regrediscono dopo un miglioramento, o che interrompono gli studi poco prima della conclusione, o quelli che rifiutano la terapia farmacologica. Ci potremmo chiedere: c'è la paura di accedere ad una dimensione più autonoma, il lavoro viene vissuto come una minaccia al mantenimento di legami simbiotici? C'è forse la paura di stare bene? Come è stata proposta, o come viene vissuta, la cura farmacologica? Per esempio una paziente non rispondeva alle attese della terapia farmacologica, e rifiutava di assumere nuovi farmaci. Quando il terapeuta comprese che la paura della paziente era quella di guarire la rassicurò sul fatto che il farmaco avrebbe potuto contenere l'angoscia ma non eliminare la malattia. Da questo momento in poi, non solo l'adesione al trattamento farmacologico diventò stabile e partecipata, ma si ottenne anche una maggiore risposta al farmaco.

In conclusione un cenno al titolo dell' intervento: la forza della gravità, ovvero la forza della patologia, delle sue manifestazioni spesso di intensità distruttiva come le voci “cattive”, gli agiti violenti, i rituali estenuanti. Forza che annulla la vita emotiva e sociale della persona e che spesso rende impotenti familiari, terapeuti e l'intera equipe curante.

E poi pensiamo alla forza di gravità, viceversa, nella sua accezione newtoniana: una delle forze fondamentali della natura che ci vincola alla superficie terrestre e, per così dire, ci tiene con i piedi per terra. E' la forza in virtù della quale è possibile esercitare il controllo dei movimenti e realizzare la nostra progettualità. E allora, sempre riferendoci al modello dell'integrazione funzionale, pensiamo al terapeuta come un intermediario tra le due accezioni della gravità, un mediatore tra la patologia e la normalità, tra il nucleo onnipotente e le leggi che assoggettano l'essere umano. Il nostro lavoro mira ad aiutare il paziente psicotico a creare un ambito privato nel quale poter mantenere il nucleo onnipotente (deliri, bizzarrie, rituali) e poter accettare in ambito pubblico che la sua onnipotenza debba scendere a compromessi con i limiti dati dalle regole sociali.

Come testimonia Mario che arriva in seduta ingioiellato, molte le collane vistose, le spille, un grande anello per ogni dito, e che afferma: “Ah finalmente è venerdì, la settimana di lavoro è finita. Finalmente posso mettere tutti i gioielli che, come lei sa, ho bisogno di portare quando vado in giro ... ma che certo non posso indossare in ufficio”.

Bibliografia

- Balint M. *La regressione*. (1968) Trad.it. Ed. Cortina, Milano, 1983
Freud S. *La perdita di realtà nella nevrosi e nella psicosi*. (1924) Trad. it. OSF Vol.10 Ed. Bollati Boringhieri, Torino, 1989
Gislon M.C. *Manuale di psicoterapia psicoanalitica breve*. Dialogos Edizioni, Bergamo 2005
Mahler M. S. *Le psicosi infantili*. (1952) Trad. it. Ed. Boringhieri, Torino 1968
Ping Nie Pao *Disturbi schizofrenici*. (1979) Trad. it. Raffaello Cortina Editore, Milano 1984

Searles Harold F. *Scritti sulla schizofrenia*. (1965) Trad. it. Ed Bollati Boringhieri, Torino 1974
Searles Harold F. *Il paziente bordeline*. (1986) Trad. it. Ed Bollati Boringhieri, Torino 1988
Winnicott D.W. (1965) *Sviluppo affettivo e ambiente*. Trad. it. Armando Editore, Roma 1970
Zapparoli G.C. *La paura e la noia*. Il Saggiatore 1979
Zapparoli G.C. *Psicosi e segreto*. Ed Bollati Boringhieri, Torino 1987
Zapparoli G.C. *Paranoia e tradimento*. Ed Bollati Boringhieri, Torino 1992.
Zapparoli G.C. *Vivere e morire*. Feltrinelli Editore, Milano 1997
Zapparoli G.C. *Psichiatria oggi*. Ed Bollati Boringhieri, Torino 1998
Zapparoli G.C. *La follia e l'intermediario*. Dialogos Edizioni, Bergamo 2002
Zapparoli G.C. *Psicopatologia grave: una guida alla comprensione e al Trattamento*. Dialogos Edizioni, Bergamo 2008
Zapparoli G.C. *Introduzione al modello dell'integrazione funzionale nella Patologia grave*. Dialogos Edizioni, Bergamo 2009

Il lavoro psicoanalitico nelle istituzioni

Ezio Maria Izzo

La psicoanalisi e la psicoterapia nelle istituzioni

Rivisitare la storia recente e passata della psicoterapia istituzionale porta inevitabilmente a vivere la difficoltà di dare la giusta collocazione ed il giusto riconoscimento alle varie esperienze pratiche che si sono susseguite in più di mezzo secolo.

In questo lungo tempo, esse sono diventate tanto numerose da rendere impossibile anche il solo menzionarle. Mi limito allora a qualche cenno storico per riportare poi la mia personale esperienza di terapia in una Comunità-Cooperativa, esperienza dalla quale ho tratto la convinzione che un particolare tipo di lavoro, un lavoro con contenuti simbolici, come il gioco per i bambini, può avere una notevole valenza terapeutica utilizzato nella cura dei pazienti gravi.

Sul modello del “lavoro protetto” non si è più tanto parlato negli ultimi anni. La ragione è anche che queste numerose esperienze motivate dal fare prima che dal teorizzare, pongono grosse difficoltà nell'elaborazione di precisi riferimenti teorici.

Allora cominciamo col dire che nel portare nelle Istituzioni ciò che apprendiamo dalle teorie è necessario innanzitutto mantenere un atteggiamento molto disincantato, privo di entusiasmi che non siano saldamente sostenuti da reali condizioni favorevoli, è necessario saper accettare la gravità e la complessità del paziente e della sua psicopatologia ed i limiti del terapeuta, se guardiamo l'altro vertice.

Già Racamier (1972) a conclusione del suo famoso libro *Lo psicoanalista senza divano*, ammoniva gli psicoanalisti a non credere che il loro lavoro in un'istituzione potesse cambiare “il volto del mondo” e consigliava di usare le personali teorie con modestia e discrezione, mantenendosi attenti piuttosto alla realtà concreta.

Per prima cosa c'è da dire che la psicoterapia nelle Istituzioni, anche nelle migliori intenzioni delle tante équipe che sono scese in campo, hanno poi sempre dovuto fare i conti con l'invidia reciproca, consapevole o inconsapevole, comunque distruttiva fra la psichiatria, o è più esatto dire fra gli psichiatri, gli psicoterapeuti dei diversi orientamenti e gli psicoanalisti.

Sono convincenti le parole di Claudio Magris quando afferma che: “Gli eredi di Freud non sono i fumosi ideologi che adoperano spettacolarmente la psicoanalisi, come una gomma americana, ma i terapeuti che, con pazienza aiutano qualcuno a vivere un po' meglio” (Magris, 1986). E' ciò che sosteneva anche Franco Basaglia quando ricordava che la grande psichiatria era stata lasciata ai piccoli psichiatri, mentre i grandi psichiatri si interessavano della piccola psichiatria.

Non si può che essere d'accordo, ma anche senza i “fumosi ideologi” in troppe occasioni si è comunque trattato di un confronto che ha incrinato, piuttosto che rinsaldare il rapporto frai diversi

operatori sia quelli di formazione medico-organicistica, sia quelli di formazione psicologica e psicoanalitica.

Se vogliamo però sperare che non sia un rapporto irrimediabilmente compromesso, occorre che all'interno di ogni comunità scientifica si faccia con modestia una attenta autocritica sulle proprie metodologie, spesso divenute dogmatiche e sul mutato clima socioculturale di questi ultimi decenni. Come psicoanalista non posso non ricordare che sono passati 40 anni dall'uscita de "Lo psicoanalista senza divano" (1972) e solo forse negli ultimi anni sono state riviste le posizioni di quegli analisti ancora convinti di poter portare nelle istituzioni psichiatriche il metodo psicoanalitico classico da utilizzare per i pazienti gravi che si rivolgono loro.

Eppure la storia della presenza degli analisti in istituzioni era iniziata in maniera del tutto diversa. Era alla fine della seconda guerra mondiale, quando Wilfred R. Bion, frequentando l'Ospedale militare di Northfield in Inghilterra, aveva dato inizio alle esperienze di comunità terapeutiche, attento ai fattori sociali e culturali ed alle interazioni relazionali nell'incontro sia con il singolo paziente, che con i gruppi o con l'istituzione nel suo complesso.

All'incirca negli stessi anni analisti di orientamenti diversi si ritrovavano in Francia nella clinica La Borde, diretta da Jean Oury, di formazione lacaniana, che apriva a tutti coloro che frequentavano quella particolare stagione politica, che usò la lotta alla segregazione psichiatrica come discorso politico di attacco allo sfruttamento delle classi sociali più deboli e come discorso di libertà tout-court.

Daumezon, Tosquelles, Guattari ed altri, sono nomi da non dimenticare perchè pionieri di un nuovo pensare sulla gestione della malattia mentale, che, come poi Franco Basaglia in Italia, misero fra parentesi il discorso psicopatologico, per concentrarsi sull'aspetto gestionale del cosiddetto paziente, portando l'attenzione sulle dinamiche istituzionali e sulla cultura psichiatrica custodialistica e segregante.

Verso quei rivoluzionari operatori, tutti coloro che oggi operano nel campo della salute mentale, a qualunque orientamento appartengano, dovranno sempre riservare un riconoscente ricordo, perchè furono loro ad iniziare il cammino di quegli alti valori umani che trasformarono il mandato sociale per gli operatori della salute mentale da custodialistico in mandato terapeutico.

Uno splendido esempio di integrazione di diverse discipline, fra psicoterapia e psichiatria ci è venuto poi dagli Stati Uniti e da coloro che operarono a Chestnut Lodge, da Frieda Fromm-Reichmann, a McGlashan, a Searles, a Pao ed altri.

Fu a questo punto che venne in primo piano la domanda sulle possibilità reali delle psicoterapie nelle istituzioni, che è dunque altra cosa della psicoterapia delle istituzioni dei decenni precedenti. E' la differenza del modello fra La Borde e Chestnut Lodge.

In Italia avevamo comunque conquistata la legge 180 ed i più nobili regolamenti che siano mai stati scritti sui diritti della persona con disturbi mentali.

In quegli anni operavo nell'O.P. di Guidonia e per circa vent'anni diedi impulso ad un progetto di apertura di alcuni reparti, spostandoli fuori dall'Ospedale e trasformandoli in Comunità-Cooperative di lavoro protetto per psicotici. In tutta Europa e anche in USA durò però poco quella meravigliosa stagione, nella quale sembrò anche possibile, ma per pochissimo tempo, che il sapere psichiatrico ed il sapere psicoanalitico, si confrontassero e potessero integrarsi.

La situazione negli ultimi decenni è diventata molto più difficile poichè, all'inizio di questo nuovo secolo, una crisi economica inizialmente silente è entrata prepotentemente a scompaginare un assetto terapeutico-assistenziale che così faticosamente avevamo conquistato in una elaborazione durata più di cinquanta anni. Questa grave crisi dell'economia ha portato in America ed in Europa una condizione di assoluta precarietà sociale, dando luogo ad una "società liquida" e ad "identità liquide", come le ha chiamate Baumann, che si sono tradotte in una paradossale riscoperta dell'antipsichiatria, questa volta direi come antipsicoanalisi, che però ora vuol dire sostanzialmente un generale disimpegno, a partire dalla politica, verso i problemi sociali e nel caso dei pazienti psichiatrici li ha liberati nel deserto. Per gli operatori della salute mentale, ritrovatisi in una grande carenza di mezzi e di risorse a disposizione, è oggi ancor più difficile degli anni passati attuare un qualsiasi intervento terapeutico di gruppo o individuale che sia.

Siamo ora nell'epoca della sanità "aziendalizzata" e la dicotomia custodia-terapia si è trasformata in quella ancor più drammatica di terapia-costi/benefici.

Ma è proprio impossibile coniugare la cura con il risparmio? Credo di no.

"*Si può fare*" è il titolo del film del regista Giulio Manfredonia che racconta la storia, vera nei contenuti essenziali, di un intervento di terapia in ambiente psichiatrico,svoltasi in una Cooperativa di riabilitazione per pazienti gravi, che in realtà opera da anni in provincia di Pordenone. Ricordo con un certo orgoglio che nei primi tempi della organizzazione di quella Cooperativa alcuni suoi operatori frequentarono le Cooperative di Guidonia, già costituite anni prima per i pazienti gravi e lungodegenti dell'Ospedale.

Domandiamoci cosa dobbiamo intendere per paziente grave. Ho detto in altre occasioni che non amo usare questo astratto, vago e deludente aggettivo, pur tuttavia nessuno è riuscito a trovare una definizione più attinente e appropriata e allora ritenendo egualmente generiche sia la nosografia psichiatrica classica, che le classificazioni del DSM, mi sembra soprattutto importante chiarire che stiamo parlando di persone con patologie determinanti grave compromissione, fino alla rottura, del rapporto con la realtà e difficoltà relazionali interpersonali.

Per questi soggetti la terapia è opportuno che tenga conto dell'integrazione fra gli interventi

psicodinamici ed i metodi della psicologia sociale, che tiene in conto l'osservazione del paziente alle prese con ruoli e funzioni socialmente competenti. E' questa la base di partenza della proposta, nella terapia dei pazienti gravi, del loro inserimento in un'attività che sia un lavoro.

L'inserimento del paziente in gruppi ai quali si offre come strumento di cura un lavoro protetto, vede in esso un'azione umana che spinge all'emancipazione e all'autonomia. Dagli Stati Uniti Liberman e Spivak e dalla Svizzera Ciompi ci hanno fatto giungere modelli ad indirizzo comportamentale, finalizzati al rinforzo di comportamenti valutati socialmente, quali le attività lavorative, il self help, l'autogestione del proprio spazio abitativo. Secondo questi psichiatri l'esito della malattia non è determinato tanto dalla specificità della malattia in sé, bensì dalla durata dell'effettivo distacco dal mondo lavorativo e relazionale.

Ad integrazione di questo modello proponevo, all'inizio degli anni '80, come operatore di formazione psicoanalitica, la riflessione sul significato psicodinamico del lavoro, da unire al modello che veniva suggerito dagli psichiatri prima citati. Il lavoro non solo come obiettivo della riabilitazione sociale, cioè reinserimento nella vita lavorativa, come priorità primaria da raggiungere, ma il lavoro come strumento terapeutico dinamico-relazionale, che possiamo chiamare riabilitazione psichica per quei pazienti gravi la cui psicopatologia è già diventata perdurante e non solo per loro.

Proponevo cioè di pensare ad un particolare tipo di lavoro che, come il gioco, potesse permettere al paziente la rinegoziazione dell'area transizionale e la possibilità di conquistare la capacità di simbolizzazione per la ripresa, anche se parziale, del processo maturativo.

Nelle due Cooperative di lavoro riabilitativo che riuscii a creare, i pazienti giunsero in poco tempo alla creazione di prodotti che immessi nel mercato fruttarono cospicui guadagni e potemmo vedere come il denaro accresceva rapidamente il senso di sé dei pazienti, oltre che provocare l'interesse degli amministratori per il notevole risparmio dei costi dell'assistenza ai pazienti stessi. Un politico arrivò a proporre di far pagare in parte ai pazienti, con il loro guadagno, la retta di degenza.

Nel caso delle Cooperative di Guidonia l'integrazione fra il modello psichiatrico di gestione farmacologica ed il modello psicoanalitico gioco-lavoro che proponevo, divenne poi impossibile da portare avanti per dinamiche inconsce non elaborate nel gruppo degli operatori dell'O.P. che trovarono il miglior alleato nelle regole dell'aziendalizzazione pretestuosamente interpretate.

Dopo più di vent'anni dall'inizio di quella esperienza terapeutico-riabilitativa, il tutto fu smantellato e giunse traumaticamente a conclusione.

Ritengo però che, come hanno dimostrato le tante Cooperative sorte poi sul territorio nazionale soprattutto in Emilia ed in Veneto, con questa formula sia possibile allo stesso tempo dare risposta al problema costi-benefici e soprattutto credo sia possibile consegnare agli operatori di formazione

dinamica un modello psicoanaliticamente orientato di terapia per pazienti gravi.

Pur ricordando l'ammonimento di Racamier di usare la teoria mantenendosi attenti alla realtà concreta, è comunque utile riguadagnare qualche riflessione psicoanalitica sul lavoro.

La prima chiara e completa definizione di lavoro si deve ad Elliot Jaques: "Il lavoro è l'esercizio di discrezionalità all'interno di limiti descritti per raggiungere un oggetto" (Jaques, 1970). La capacità di lavorare è quindi direttamente connessa alla forza delle funzioni dell'Io messo di fronte alla difficoltà del dover scegliere. Jaques distingue nel processo mentale del lavoro sei stadi, ognuno dei quali richiede un buon funzionamento dell'Io.

Ne consegue che il funzionamento mentale di uno psicotico grave difficilmente potrà riuscire in un compito che abbia caratteristiche di responsabilità e discrezionalità per le quali la società lo definisce lavoro. Nonostante ciò lo stesso Jaques riconosceva nel lavoro sia un'attività fondamentale nel provare la forza dell'io di una persona, ma anche capace di rafforzare la sua salute mentale. Nel lavoro possiamo trovare sia una misura della forza dell'Io, sia una terapia che, portando ad una necessaria cooperazione per il progetto comune, spinge verso relazioni che aprono anche i più tenaci ritiri narcisistici.

La funzione terapeutica del lavoro deriva dai suoi connotati di attività creativa, simbolica e riparativa.

Anche per la Klein le esperienze legate ad un compito da svolgere i cui contenuti simbolici contengano ansie distruttrici, favoriscono l'elaborazione della posizione depressiva, la spinta riparativa e quindi il processo verso la maturità. Sia nel bambino, che negli adulti, un compito portato a termine determina un rafforzamento della stima di sé e delle proprie capacità creative.

Ma se per accedere con successo a questa azione chiamata lavoro è necessaria una buona forza dell'Io, sarà allora possibile che il funzionamento mentale di un paziente grave possa essere in armonia con il mondo del lavoro sociale ed uscirne rafforzato? La risposta è che l'utilizzazione del lavoro sia come mezzo che come fine terapeutico è possibile se pensiamo ad un particolare tipo di lavoro, un lavoro quasi come un gioco, che abbia un forte contenuto simbolico.

Tra gli analisti italiani Franco Fornari (1976) ha analizzato la funzione del lavoro e l'organizzazione mentale che necessita, vedendola come esperienza maturativa nel fare da ponte fra le angosce persecutorie primarie e la realtà. Anche Fornari, ponendo l'equazione progetto di lavoro = progetto di gestazione, sostiene che oltre alla simbolizzazione è necessaria una verifica sul piano di realtà.

Il modello teorico di riferimento nella lettura della mia personale esperienza delle Comunità-cooperative di lavoro protetto è il pensiero di Winnicott ed i suoi concetti di aree e fenomeni transizionali.

Stiamo attraversando anni nei quali il tema del lavoro sociale è quotidianamente in primo piano.

Anche il sedicesimo Congresso Nazionale della Società Psicoanalitica Italiana di quest'anno 2012 reca come sottotitolo “Danaro, Potere e Lavoro” e credo che per la prima volta si porranno riflessioni sul significato del lavoro dal punto di vista psicoanalitico, che Winnicott con le sue osservazioni sull'area transizionale ci ha proposto.

La mancanza di posti di lavoro, la loro precarietà, la facile perdita del lavoro, con le sue conseguenze psichiche sulle persone, ha fatto capire la fondamentale importanza che il lavoro ha nella costruzione e nel mantenimento di quel sentimento della continuità dell'esistenza che Winnicott lega strettamente ai fenomeni transizionali. Il sentimento della continuità dell'esistenza, che all'inizio viene mantenuto dalle buone cure materne, è poi sostenuto dalle esperienze transizionali (il gioco e la fantasia) che in seguito si aprono verso aree e strutture sociali rappresentate da esperienze artistiche, religiose, ma soprattutto da esperienze di lavoro. Anche in persone con buon equilibrio psichico abbiamo visto che la perdita del lavoro determina la rottura del sentimento vitale della continuità dell'esistenza.

Per il livello mentale di un grave psicotico, un particolare tipo di lavoro, simile al gioco, può costituire l'esperienza dell'offerta di rinegoziazione dell'area transizionale con la successiva graduale e parziale apertura al mondo esterno, a quella realtà alla quale i meccanismi patologici non avevano permesso di arrivare. Nelle Comunità-Cooperative molti pazienti che ho seguito per più di vent'anni hanno mostrato una sempre più solida forza dell'Io che ha consentito loro di allontanarsi in qualche misura delle difese patologiche dei deliri o delle chiusure narcisistiche. Hanno ripreso un parziale contatto con la società stimolati dalla vendita dei loro prodotti che alcuni di loro collocavano nel mercato.³⁸

In questa possibilità evolutiva è il significato terapeutico del lavoro nella psicoterapia istituzionale delle psicosi o diciamo pure dei pazienti gravi.

Proprio come il gioco è lo strumento e il fine nella psicoanalisi dei bambini ai quali si offre l'esperienza di poter scoprire la capacità di giocare creativamente, così nei pazienti adulti per ricucire la loro rottura con la realtà e quindi con il lavoro, rottura che è una riedizione dell'incapacità del bambino di giocare creativamente, possiamo offrire l'esperienza della scoperta della loro capacità di lavorare creativamente.

Concludendo mi sembra utile elencare quattro regole fondamentali nell'organizzazione di una Comunità-Cooperativa con fini terapeutici:

- 1- Un lavoro che sia innanzitutto liberamente scelto e che possa essere lasciato e ripreso liberamente.
- 2- Un lavoro che lasci spazio alla fantasia, quasi come un gioco e che metta molto gradualmente in

³⁸ Si sono ben prestati allo scopo i lavori agricoli tipo produzione di ortaggi, l'allevamento di animali da cortile, i lavori di

contatto chi lo compie con il mondo esterno.

- 3- Un lavoro che porti alla creazione di un oggetto con il quale il soggetto possa ripercorrere l'esperienza dalla simbiosi alla separazione
- 4- Un lavoro protetto da impegni troppo categorici e che non presenti contenuti discrezionali troppo ardui, proprio come un gioco.

Bibliografia

Fornari F. (1976), *Simbolo e codice*, Feltrinelli, Milano.

Freud S. (1929), *Il disagio della civiltà*, OSF, Boringhieri, Torino.

Izzo E.M. e Lucchi M. (1991), Il significato del lavoro nella milieu-therapie della schizofrenia. *Prospettive Psicoanalitiche nel lavoro Istituzionale*, 9, 2, 1991.

Magris C. (1986), *Danubio*, Garzanti, Milano.

Jaques E. (1970), *Lavoro, creatività e giustizia sociale*, Boringhieri, Torino

Racamier P.C. (1972), *Lo psicoanalista senza divano*, Cortina, Milano.

Winnicott D.W. (1958), *Dalla Pediatria alla psicoanalisi*, Martinelli, Firenze

Gian Carlo Di Luzio

Servizi, psicoanalisi e disturbi alimentari

Con la presente relazione viene affrontato il tema del ruolo della Psicoanalisi e dello psicoanalista, all'interno dei servizi pubblici, nella cura dei disturbi alimentari psicogeni³⁹.

La Psicoanalisi fin dai suoi esordi si è occupata della comprensione e della cura dei Disturbi Alimentari ed in particolare della AN; dagli anni Cinquanta ai Settanta ha rappresentato l'approccio principale a questa sindrome. Modelli teorici vari si sono susseguiti ed integrati nel tempo attraverso le fasi storiche dello sviluppo della psicoanalisi: modello classico del conflitto pulsioni-difese, Psicologia dell'Io, Teoria delle relazioni oggettuali, Psicologia del Sé.

La teoresi psicoanalitica sui D.A. può essere considerata, soprattutto per quanto riguarda lo studio della AN, attraverso i due orientamenti della teoria pulsionale da una parte e dall'altra della teoria del deficit del Sé. A questo secondo appartengono gli Autori dei riferimenti teorici maggiormente utilizzati dallo scrivente, senza nulla voler togliere al valore delle altre teorizzazioni⁴⁰.

39

I disturbi alimentari (DA), E.D., "Eating Disorders" nei Paesi Anglo-sassoni o Disturbi del Comportamento Alimentare, DCA, in Italia) sono in netto aumento nel mondo occidentale, specie per quanto riguarda l'area della iper-alimentazione edell'obesità; rispetto a quest'ultima si parla di una vera e propria "pandemia". Come è noto, i DA sono disturbi psichiatrici, psicopatologie della alimentazione che di frequente si associano ad alterazioni somatiche, in particolare ponderali (dalla magrezza al sovrappeso/obesità, dal minimo al massimo BMI, body mass index= peso in Kg/altezza in metri al quadrato).

I DA sono classificati nel DSM-IV- R e lo saranno anche nel V con alcune revisioni. I più noti sono la Bulimia (BN), la Anoressia (AN) Nervosa e il Disturbo da Alimentazione Incontrollata (DAI, in Inglese "Binge Eating Disorder", BED); la cui frequenza epidemiologica decore in ordine decrescente dalla AN al DAI.

La obesità, pur non essendo riconosciuto come D.A., presenta con essa una notevole contiguità clinica per la presenza di disordini nella alimentazione, di dis-percezione sia dell'immagine corporea che degli stimoli di fame-sazieta, di deficit del senso di sé e parimenti di necessità di una équipe curante multi-inter-disciplinare.

La Anoressia Nervosa (AN) è la malattia psichiatrica con il maggior tasso di mortalità (follow-up a 11 anni indicano tassi di mortalità del 7,4%).

Le linee guida internazionali più accreditate, ispirate alla "evidence-based medicine", (APA, NICEAPA, rispettivamente, American Psychiatric Association, 2006; NICE UK, National Institute for Clinical Excellence, 2004) sottolineano la necessità, ai fini di un approccio efficace, che il trattamento sia effettuato da un gruppo curante integrato (il cosiddetto "team approach"), multi professionale, multi-inter-disciplinare; necessariamente multiple sono infatti le discipline di cura e quindi molteplici le figure professionali dei curanti che debbono valutare e trattare questi casi attraverso una significativa interazione tra loro (psichiatra, psicoterapeuta, psicologo, medico-nutrizionista, dietista, etc.,...).

Il trattamento considerato più idoneo è quello ambulatoriale ma tre altri livelli possono essere necessari a secondo della necessità di intensità e di durata del trattamento: 1) ricovero ospedaliero, 2) ospedale diurno (day-hospital), 3) comunità terapeutica specializzata.

40

Tra gli autori di questo secondo orientamento ricordiamo soprattutto: Bruch, Harper, Sands, Goodsitt, Geist, dei quali gli ultimi tre si ispirano esplicitamente alla Psicologia del Sé di Kohut.

La Bruch, pioniera della clinica della psicopatologia alimentare, attraverso una esperienza clinica durata tutta una vita, edifica una teoria in cui vengono rilevate le insufficienze delle risposte genitoriali che determinano un deficit sia del senso di separazione e di efficacia del sé, sia della consapevolezza enterocettiva degli stimoli di fame-sazieta e che della psico-percezione dell'immagine corporea. Tale teoria interpreta l'intero arco della psicopatologia alimentare dalla ipo alla iper alimentazione, dall'estrema emaciazione anoressica al massimo accumulo calorico, l'obesità.

Hilde Bruch (1974) individua tre aree deficitarie nella AN (che in misura minore e in modo diverso sarebbero presenti anche negli altri D.A.) : deficit del senso di efficacia della personalità fino al sentimento paralizzante di impotenza che pervade ogni vissuto; deficit della psico-percezione dell'immagine corporea; deficit della percezione e della discriminazione degli stimoli provenienti dal corpo (fame, sazietà).

Harper nel centro dei disturbi alimentari di Toronto ha studiato l'utilizzo della gruppo analisi nei D.A. ed ha focalizzato il suo intervento sull'esperienza interpersonale dei DA, ricollegandosi alla *Interpersonal Therapy* (ITP).

La concezione di Goodsitt (1983), che si riallaccia, alla teorizzazione del Sé elaborata da Kohut (1976), pone l'accento sul ruolo svolto dalle relazioni nel mantenere la stima di sé e la coesione del Sé e sul legame simbiotico delle anoressiche con i genitori, legame che non ha mai superato la fase di separazione/individuazione. Le condotte anoressiche che dunque, riflettono «una mancanza di autonomia, un bisogno oggettuale importante, ma non tollerabile» (Goodsitt, 1983). *Il fallimento del*

Ruolo della Psicoanalisi e dello Psicoanalista nei Servizi Pubblici

Un tema rilevante per lo psicoanalista che nei servizi lavora “gomito a gomito” con psichiatri e psicoterapeuti di orientamento non analitico, considerato l’affermarsi della “Evidence Based Medicine” e della richiesta di criteri di appropriatezza degli interventi clinici da parte delle Direzioni delle ASL, è quello della validazione, all’ interno della ricerca scientifica contemporanea, della efficacia della psicoanalisi a confronto con altre psicoterapie, nel trattamento dei disturbi alimentari; tuttavia tale problematica, per motivi di spazio, non viene qui affrontata ma solo in maniera estremamente sintetica nella nota ⁴¹.

processo di separazione/individuazione causerebbe così una dipendenza dall’oggetto, che viene però rimosso o negato. Secondo questo approccio, l’anoressica non è in grado di riconoscere il proprio Sé come nucleo dell’identità personale e metterebbe in atto misure difensive di controllo del proprio corpo e dell’ambiente per difendersi dal pericolo costante di frammentazione del Sé.

Sands rileva le peculiarità dello sviluppo individuativo femminile per le quali principalmente nelle donne si sviluppano i DA;

Geist ha sottolineato il fallimento dell’ accudimento empatico degli accudenti nella genesi dei DA ed il ruolo dell’ empatia nel trattamento.

Dunque secondo l’ orientamento della Psicologia del Sé il D.A. è un tentativo di autocura di una lesione strutturale del Sé dovuta a fallimenti empatici e a deficit di di accudimento da parte delle figure parentali; in conseguenza di ciò attraverso il D.A. avviene un ritiro difensivo dalle relazioni interpersonali rimpiazzato da relazioni con oggetti “non umani” (immagine ideale magra, esperienza ambivalente con il cibo, etc.,...).

41

Un paradosso domina lo scenario attuale della psicoanalisi dei D.A.: da una parte la psicoanalisi è stato il più antico trattamento dei D.A., in particolare della anoressia, dall’ altra essa riceve scarsi riconoscimenti da parte della letteratura internazionale quale trattamento efficace.

Nelle linee guida NICE e APA le psicoterapie di prima indicazione sono tutte di orientamento cognitivista. Quale seconda indicazione, perché seppure altrettanto efficace è di più lunga durata, viene considerata la ITP (*Interpersonal Psychotherapy*), che è nata negli Stati Uniti dall’ orientamento psico-biologico di Adolph Meyer, quello “inter-personale” di Harry Stuck Sullivan, dagli approcci “interpersonalistici” alla depressione di Arieti e Bemporad e dal “New Haven-Boston Collaborative Depression Project” degli anni ’70. La ITP, poco conosciuta in Italia ma molto diffusa nel mondo anglo-sassone, è terapia non-psicoanalitica ma con un certo grado di contiguità con essa per il suo interesse per il funzionamento interpersonale e per le vulnerabilità della personalità dell’ individuo.

La ITP dunque trova considerazione come alternativa alla CBT (Cognitive Behaviour Therapy), mentre invece nell’ ambito psicodinamico solo la CAT (Cognitive Analytical Therapy) e la psicoterapia psicodinamica “focale” vengono citate limitatamente alla terapia della AN. Per quanto riguarda il ruolo della psicoterapia analitica di gruppo il riconoscimento è ancora meno rilevante e più incerto.

Dunque la Psicoanalisi pare essere la “grande assente” nella cura dei DA nella Comunità Scientifica Internazionale ma in realtà, nel corso del secolo XIX, essa si è occupata di disturbi alimentari, ed in particolare anoressici, a tal punto che Thoma, autore del classico testo “Anorexia Nervosa” (1967), ha riportato studi di più di 60 casi nell’ arco di oltre 60 anni e quindi si può sostenere a ragione che **la psicoanalisi sia stata l’ orientamento psicoterapeutico che di più ha studiato i vissuti psichici profondi nei disturbi alimentari.**

Dall’ esame della letteratura internazionale sulla cura dei DA, così come viene riassunta nelle Linee Guida Internazionali, tra cui le più accreditate sono quelle degli Istituti Scientifici degli Stati Uniti e della Gran Bretagna, risalenti rispettivamente al 2006 e al 2004, emerge in conclusione che **la psicoterapia psicodinamica viene considerata utile solo nella AN ma non nella fase acuta.** La motivazione è che le psicoterapie “manualizzate”, ovvero con procedure fisse descritte, con durata breve e numero di sedute fisse, per es. la CBT e la ITP possono essere meglio studiate e validate rispetto alle psicoterapie psicodinamiche e pertanto queste terapie hanno ricevuto una validazione d’ efficacia molto più elevata rispetto a quelle psicodinamiche.

Riportiamo una sintesi delle Linee Guida:

LINEE GUIDA NICE (UK, National Institute for Clinical Excellence, 2004):

Le psicoterapie indicate come efficaci per la AN sono la CAT (cognitive analytical therapy, CBT (cognitive behaviour therapy), la ITP (interpersonal psychotherapy), la “focal psychodynamic therapy”, la terapia familiare focalizzata sul D.A.

Le psicoterapie indicate come efficaci per la BN sono la CBT-BN (cognitive behaviour therapy for BN) e se è assente risposta o rifiutata la ITP (interpersonal psychotherapy). La psicoterapia psicodinamica non viene nominata.

Le psicoterapie indicate come efficaci per i DCA-NAS, non DAI-BED, sono tra quelle per i DA quelle indicate per la forma

Nonostante un crescente aumento di tali disturbi., in Italia , specie nel Centro-Sud, i servizi pubblici per D.A., dotati di équipe multidisciplinari integrate, sono piuttosto scarsi e difficilmente coprono i tutti e quattro i livelli di assistenza, ambulatoriale, diurno, ospedaliero e di comunità. Altrettanto si può dire dei centri privati .Questo determina da una parte un disagio all’utenza che è costretta a ricercare a distanza dal luogo di residenza i pochi centri attrezzati sui 4 livelli di cura, tenendo anche conto che il trattamento ambulatoriale è il fulcro del trattamento, e dall’altra un disagio per lo psicoanalista e l’ équipe curante che debbono accogliere una notevole domanda di assistenza in servizi, raramente organizzati, come già detto, sia per quanto riguarda l’ integrazione multi-interdisciplinare che i vari livelli di intensità di cura.

Da quanto detto, possiamo affermare, in estrema sintesi, che lo psicoanalista che si occupi della cura dei Disturbi Alimentari nel servizio pubblico, oltre a “mettere da parte” il rassicurante e stabile assetto “divano-stanza” di studio, debba accettare la sfida di confrontarsi con gli aspetti seguenti:

- a) con disturbi di crescente rilievo epidemiologico, cui forniscono assistenza pochi centri clinici di riferimento sul territorio nazionale, di lunga durata, gravi sia sul piano psichico che somatico, *la cui motivazione al trattamento è a volte debole o ambivalente;*
- b) con un gruppo curante multidisciplinare in cui integrazione e comunicazione sono fattori essenziali per una sua efficace operatività;
- c) con un corpo malato affetto spesso da elevata malnutrizione e condotte autolesionistiche;
- d) con altre discipline mediche (nutrizionista, dietista, endocrinologo, etc.) in contesti di cura quali l’ ospedale generale, il day hospital, la comunità specializzata;
- e) con altri indirizzi psicoterapeutici, tutti potenzialmente utili in tipologie e fasi diverse del disturbo;
- f) con la necessità di adattare la tecnica alla specificità del disturbo e del contesto istituzionale (es. introduzione elementi psicoeducativi e approccio” focale”);
- g) con una impostazione della Comunità Scientifica Internazionale sempre più legata alla “Evidence Based Medicine” e di conseguenza con Linee Guida Internazionali che privilegiano gli indirizzi psicoterapeutici più “testati” da ricerche e studi di efficacia e quindi essere

di DA più somigliante al NAS in trattamento (AN, BN,DAI-BED);

Le psicoterapie indicate come efficaci per i DCA-NAS,DAI-BED, sonola BED-CBT (cognitive behaviour therapy for BED), la ITP-BED (interpersonal psychoterapy for BED) e la DBT-BED (Dialectical Behavioural Therapy for BED)

LINEE GUIDA APA (American Psychiatric Association, 2006):

Per l’ AN l’ unica terapia indicata sulla base di evidenze elevate è la terapia familiare per pazienti in età evolutiva. Sulla base di evidenze non elevate viene indicata la psicoterapia empatica psicodinamica o la CBT O la ITP.

Per la BN sussistono evidenze elevate solo per la CBT. Utile viene indicata la ITP e la terapia familiare. La terapia psicodinamica viene considerata senza prove di efficacia.

Per un cambiamento di questo scenario si dovranno aumentare le ricerche di efficacia sulla psicoterapia psicodinamica dei D.A., considerare significativi solo i follow-up che superino i 2 anni se non addirittura i 5, cifra che sarebbe lo “standard” per le patologie croniche ed infine prevedere che, oltre i dati sintomatici e “macroscopici” del peso e della condotta alimentare,

- disponibile ad affrontare controlli a distanza dei risultati dei propri trattamenti (*follow-up*);
- h) con l' utilizzo di settings gruppali, psicoeducativi, terapeutici, riabilitativi, di “auto-mutuo-aiuto”, particolarmente utili per pazienti che tendono all'evitamento e isolamento sociale;
 - i) con la delicata e complessa, fase dell' adolescenza, età in cui il disturbo spesso esordisce;
 - l) con le famiglie dei pazienti, le quali possono rappresentare un fattore patogeno ma anche una decisiva risorsa;
 - m) con la ricerca di teorizzazioni psicoanalitiche clinicamente utili a comprendere tale specifica psicopatologia ed in particolare a spiegare i particolari fenomeni dell'esperienza soggettiva di tali pazienti: l'esperienza negativa di sé, l'autosvalutazione, il deficit di autostima, l'autolesionismo conscio/inconscio, l' alexetimia, l' immagine corporea negativa, etc.,...;
 - n) con i dati progressivamente crescenti delle neuroscienze su tale patologie (come per es. quelli del *neuroimaging* su AN);

Su ciascuno di questi punti sarebbe necessaria una più estesa e approfondita trattazione, specie per quanto riguarda la relazione di ciascuna area con la specificità della psicoanalisi e del ruolo dello psicoanalista, che però per sinteticità omettiamo.

Tuttavia è opportuno riservare qualche considerazione sull'ultimo punto .

Le ricerche di *neuroimaging*, che sono in continua e rapida evoluzione , ci aprono nuovi scenari, in quanto sono in grado di individuare i meccanismi neurali e le aree cerebrali coinvolte nei funzionamenti psicodinamici patologici che rileviamo nella esperienza psicoterapeutica. Per esempio la dimostrazione di aree simil-atrofiche al livello corticale e dei ventricoli a fronte di una iper-attività dei nuclei sotto-corticali nella AN (specie restrittiva) ci fanno comprendere rispettivamente sia i deficit dell' Io, che nella fasi di elevata malnutrizione, rendono poco possibile un approccio psicodinamico sia l'esistenza contemporanea della floridissima attività ossessiva (iper-attività sottocorticale), focalizzata su alimentazione ed immagine corporea, la quale è probabilmente una forma di difesa da stati di intollerabile angoscia pervasiva e “frammentante”, dovuta anche allo “stress nutrizionale” subito dal cervello.

Psicoanalisi e Disturbi Alimentari: la mia esperienza

Vengono ora descritti, dal mio punto di vista, aspetti peculiari del trattamento dei D.A. che possono richiedere all' analista cambiamenti nel setting, nella tecnica, nella teoresi.

siano considerati anche i dati di funzionamento più generale della personalità e gli aspetti psicodinamici.

a) Riferimenti teorici

Come già detto i riferimenti teorici psicoanalitici che mi sono sembrati più utili nella “prassi clinica” sono stati quelli centrati sul deficit del Sé ed in particolare i contributi della Bruch e degli Autori, già citati di derivazione kohuttiana, Sands, Goodsitt e Geist.

In particolare ho trovato fecondo l’uso dell’immersione empatica e la “focalizzazione” sul disturbo alimentare interpretato come modalità riparativa del deficit del Sé.

Tale deficit riguarda l’identità, il diritto all’esistenza e alla individuazione, la percezione e “lettura” degli affetti, la regolazione delle emozioni, la vitalità, l’assertività, il senso di efficacia, l’attribuzione soggettiva dei talenti e capacità, la regolazione dell’auto-stima; esso viene espresso da sentimenti di auto-negatività, inadeguatezza, auto-disistima-, “difettosità”, “mostruosità”, “vuoto”, confusione tra percezioni emotive e fisiche, insoddisfazione dell’immagine corporea.

La comprensione empatica delle modalità con cui l’apparato sintomatico, quale arcaica “strategia autoterapeutica”, fornisce supporto al Sé fragile ed espleta funzioni difensive rispetto all’esporre all’esperienza interpersonale, risulta fondamentale nella stabilizzazione dell’alleanza terapeutica e successivamente nell’esplorazione di nuove modalità, meno autolesionistiche, di “accudimento” delle vulnerabilità del Sé.

Lo psicoterapeuta che lavori con questo tipo di pazienti e che vada al di là dell’aspetto sintomatico non può non rilevare il fatto che *l’esperienza soggettiva di questi pazienti ruota quasi costantemente attorno ad un sentimento nucleare e radicale di inadeguatezza di Sé*, anche se tale fenomenologia risulta a tal punto variegata da caso a caso, che mi sono sentito, in un precedente scritto, spinto a definire il sentimento di base comune che percepisce “deficit”, con il termine, seppur generico, di *“sentimento negativo di Sé”*, in attesa di trovarne altro più soddisfacente⁴².

L’ipotesi è quindi che tale sentimento di sé rifletta proprio il deficit del Sé e che *proprio attorno a tale deficit si strutturi gran parte della fenomenologia patologica*.⁴³

42 In un precedente scritto, la possibile configurazione strutturale del Sé sottostante mi è parsa denominabile, con metafora “astrofisica”, “Eclissi del Sé”, intendendo con essa richiamare l’esperienza soggettiva del paziente che sente “oscurato”, “inesistente”, “paralizzato”, il nucleo di Sé che dovrebbe promuovere l’individuazione (del “vero Sé” di Winnicott, il “Sé potenziale sano”) e far percepire identità, il senso di efficacia, autostima, etc... Infatti l’eclissi solare è un evento, che, seppur eccezionale, laddove sia totale, ci fa sperimentare una situazione inquietante: la fonte di energia più essenziale per la nostra vita, il sole, è presente ma un corpo celeste (es. la luna), frapponendosi tra esso ed il nostro pianeta, ne riesce ad annullare in gran parte l’effetto luminoso, fino al punto da dare l’impressione angosciante che l’astro si “sia spento”.

Questa immagine ci rende, in una certa misura, il vissuto che questi pazienti possono provare: il nucleo di energia del (“vero”) Sé sano potenziale (il sole) viene percepito (nel loro caso assai ben più durevolmente!) oscurato (inibito) da un altro nucleo (il pianeta privo di luce che si interpone), *privo di energia positiva* (il Sé adattivo “svalutato”, “inadeguato”); tale percezione dolorosa da parte del soggetto è appunto il “sentimento negativo di Sé”.

43 In verità la presenza quasi costante di un sentimento “negativo” del Sé, centrale, pervasivo e persistente era stato già puntualmente rilevata dalla Bruch decenni fa, nei suoi studi pionieristici sulla AN e sull’obesità e nelle magistrali descrizioni dei vissuti soggettivi delle sue pazienti. Nonostante la sua originaria formazione biologica, ella fin dall’inizio è stata convinta della rilevanza dei fattori psicodinamici, sulla scorta di una esperienza su centinaia di casi, comprendenti anche l’area della obesità, che nella sua cornice teorica è solo il polo opposto della AN, in un “continuum” di uno stesso spettro patologico, ipotesi ripresa dalle più recenti prospettive “trans-nosografiche”. Pur non sottovalutando la portata dei meccanismi di difesa riguardanti la pulsionalità (specie libidica) ella descrive, nel caso della AN, una fragilità della personalità che riguarda l’identità, il concetto di sé, il sentimento di efficacia, il senso di autonomia, il diritto a decidere

Inoltre, come già espresso da Lydia Pallier⁴⁴ in tali situazioni di deficit del Sé, due fenomeni tipici, riscontrabili anche in altre sintomatologie, si presentano frequentemente all'analista che si occupi di D.A., che potrebbero essere definiti; “*sindrome del bluff*”⁴⁵ e “*sindrome del rimbalzo*” , strettamente collegate tra loro e con il deficit di attribuzione/appropriazione soggettiva⁴⁶. Nella “Sindrome del bluff” si assiste al fatto che quando la paziente è riconosciuta positivamente, ovvero sia apprezzata fisicamente o per altre sue qualità, ella pensa e sente in realtà di essere un “bluff” : non crede di avere veramente quelle qualità, ma pensa che esse siano in realtà un “trucco” per cui si attende di essere smascherata da un momento all'altro con sua grande vergogna: per es, una paz. bulimica mi racconta che un ragazzo si interessa a lei ma ella è sicura che questi si stia sbagliando nell'apprezzarla. Inoltre un'altra paziente anoressica, Ilenia, quando sono in gioco capacità che vengono esplicitamente riconosciute da qualcuno, non può riconoscersele come realmente sue, accrescendo così la propria autostima. Potremmo dire che i riconoscimenti positivi “rimbalzano” sul Sé anziché penetrare nel sentimento di sé e rafforzarlo (di qui “Sindrome del rimbalzo”). Infatti Ilenia, quando il capoufficio le riconosce un aumento di stipendio non richiesto per l'ottimo rendimento, non può attribuirsi tali elevate doti professionali e quindi rafforzare il senso di sé. Proprio questa “anoressia psichica”, questa incapacità a “nutrire” il Sé “carente” con esperienze interpersonali, ha un ruolo importante nello sviluppo e nel mantenimento del disturbo alimentare: il sé rimane “denutrito”, svalutato, “ingabbiato” nel mondo fantasmatico di corpo e cibo e ci si sente inadeguati ad esporsi nell'area interpersonale. Uno degli assi portanti della patologia consiste proprio in un tentativo di elaborare questa percezione dolorosa di difettosità del Sé e di cercare di ripararla.

Dopo che si sia instaurato un rapporto di sufficiente fiducia ed intimità, queste persone dunque riferiscono l' essersi sentite, fin dall' infanzia, “inadeguate, non all'altezza”, “diverse”, “non presentabili” al confronto con gli altri⁴⁷; l' “impresentabilità”⁴⁸ può sconfinare nel sentimento di

della propria vita e a percepire la mente e corpo come aree su cui poter aver diritto di attività e sviluppo propri. Da questo punto di vista la malattia viene fatta risalire, in un'ottica eziopatogenetica multifattoriale, ad un disturbo della personalità associato ad una radicata disfunzione percettiva sia della immagine corporea che dei segnali di fame sazietà, sviluppatasi precocemente, in conseguenza di deficit di accudimento dei “care-givers”. Invece la successiva organizzazione della psicopatologia dell'alimentazione, spesso di anni più tardiva, viene considerata, almeno in parte, come un tentativo seppur malato, di riequilibrare e riparare il diffuso sentimento di incapacità e di mancanza di identità che caratterizza il disturbo di personalità.

44 In realtà tali “espressioni” mi sono giunte da comunicazioni orali ricevute in corso di supervisione, mentre sono in forma più che altro implicite nei suoi scritti.

45 In una recente comunicazione orale Lydia Pallier mi ha precisato che preferisce denominare la sindrome del bluff come “Sindrome del Millantatore”, in quanto il soggetto teme di millantare un credito che non ha due volte: sia perché non crede di avere alcun valore sia perché finge di averlo.

46 Tale termine derivato da Cahn descrive, nell'ambito del processo di “soggettivazione” , la difficoltà di attribuire al Sé esperienze mentali appartenenti al soggetto.

47 Tenendo conto di tale varietà della fenomenologia soggettiva possiamo ipotizzare che la patologia del Sé si estenda, a seconda dei casi, con una graduazione di gravità, da una parte più “centrale” in cui sono stati compromessi, in fasi più precoci (per es. attraverso alterate “esperienze speculari arcaiche”) il sentimento del diritto all'esistenza, la percezione dell'appartenenza a sé della mente e del corpo, il meritare valore e spazio nella propria esistenza, a parti più “periferiche”: in questi casi è come se il Sé non permeasse sufficientemente le azioni del soggetto, le sue qualità, i suoi talenti. Tali pazienti

non sentire il diritto alla vita”⁴⁹; in altri la accentuazione del sentimento di negatività può arrivare fino al punto di sentirsi portatori di una oscura “difettosità”, “mostruosità”⁵⁰. A volte tale sensazione acquista una forte pregnanza fantasmatica del tipo: “*in me c’è un buco nero, un’ombra, qualcosa di negativo...*”. Frequente è inoltre la descrizione quasi fisica di un “vuoto”, un “buco”, in genere collocato all’interno dell’addome che induce a riempirsi con l’abbuffarsi. Al contrario un “pieno negativo”, una sorta di “mostro interno”, induce all’atto di espulsione tramite il vomito autoindotto. Di frequente il “pieno-schifoso” ed il “vuoto” angosciante sono riferiti come sequenze di uno stesso scenario. Per illustrare questo aspetto riporto il caso di unapaziente anoressico-bulimica, Clara, che dopo anni di terapia, con notevoli progressi nella capacità di “insight”, mi aveva portato questo sogno: “*...mi trovavo davanti ad uno specchio e mi osservavo...ad un certo punto notavo come un brufolo, una sorta di “cunicolo” nella pelle del viso...”scandagliavo” questo punto, grattandomi con le unghie... scopro con disgusto che sotto c’era un lungo verme schifoso...andando ancora più in profondo vedevo che sotto la pelle non c’era nulla...ma solo un enorme spazio bianco, senza niente, come un enorme stanza bianca...*”. La paziente per anni aveva fronteggiato il “sé-schifoso-verme”, inconsapevolmente, ricercando con la restrizione alimentare di raggiungere un ideale fisico “magro”, percependo “annidato” nel grasso il “sè schifoso”; il danno del Sé aveva comportato uno stato “alexetimico” con la sopravvivenza di sole due emozioni forti, la rabbia e sentimento di “vuoto”. Le abbuffate, favorite fisiologicamente dalla restrizione

non riescono ad esprimere con efficacia le proprie attitudini e capacità, spesso elevate, come se non ne potessero disporre a pieno titolo o non fosse consentito loro di apprezzarne tutto il loro valore né potessero farle valere. Per es., come nel caso riportato di Ilenia, paziente anoressica, laureata in economia a pieni voti ma lavora come commessa che, quando le viene riconosciuto un aumento di stipendio per le sue capacità, si stupisce che ciò sia accaduto.

Potremmo così raggruppare, in una sorta di classificazione fenomenologica che va dal centro alla periferia, le forme di “sentimento negativo di Sé”:

Sentimenti di mancanza di diritto all’esistenza, all’espressione e realizzazione di Sé, alla progettazione della propria vita, sentimenti di inesistenza, di invisibilità;

Sentimenti di diversità, alienità, sentimenti di difettosità/mostruosità;

Sentimenti di vergogna, impresentabilità, autosvalutazione, autodisistima

Sentimenti di colpa, di indegnità;

Sentimenti di incapacità rispetto a specifiche funzioni (comprensione, intelligenza, eloquio, femminilità, esecuzione di compiti, etc.)

48 Il mito di Filottete, riportatomi più volte nel corso dell’analisi di una grave paziente bulimica, per esprimere i suoi sentimenti, mi sembra rappresentare questo stato. Filottete eroe greco, durante il viaggio in mare verso Troia contrae una malattia diffusa della pelle, molto repellente e maleodorante. I compagni di spedizione lo abbandonano solo su in isola. Per anni nessun essere umano gli si avvicinerà ed egli svilupperà un forte senso di fragilità per l’isolamento subito e di bisognosità di rapporto umano. Dopo anni Ulisse, che per vincere la guerra ritiene importante acquisire l’arco di Ercole, allora in possesso di Filottete, raggiunge l’isola e si finge essere un amico che lo vuole rivedere. Ma ottenuto l’arco, subito dopo l’abbandonerà con gran dolore di Filottete per la delusione e l’inganno.

49 Altre volte è proprio l’esperienza nucleare di sé, il fondamento dell’identità, che viene presentata come molto precaria. Le pazienti nel riferire fatti e sentimenti, esprimono contenuti più o meno impliciti del genere: “io ho sempre sentito di non meritare di esistere... non credo di aver diritto ad avere una esistenza autonoma.. non valgo nulla...non merit onulla, etc...”. In questi casi i pensieri sono accompagnati da vissuti molto penosi, il senso di inesistenza e di inconsistenza è accompagnato da angosce esistenziali profonde, viene espresso un senso di impresentabilità di fronte al genere umano; il sentimento di vergogna è forte, spesso devastante ed è causa della necessità di un progressivo isolamento dagli altri, stato che le pazienti nascondono, quasi per un inconscio “alibi”, con l’attribuire il non uscire allo stato di malessere conseguente alle condotte bulimiche, spesso devastanti sia sul piano fisico che psichico. In questi casi il diritto e il valore del proprio esistere sono vissuti con dolorosa precarietà e sembra che il disturbo alimentare dia comunque dignità di una “identità” di persona “malata” risparmiando loro la vergogna e l’angoscia di mostrare a sé e al “mondo” una “identità” senza meriti né diritti, gravida di oscure ed indefinite negatività, insomma una “identità impresentabile”.

nutrizionale, le riempivano il “vuoto” che percepiva in occasione di frustrazioni e abbandoni : repentinamente il cibo introdotto con l’abbuffata la faceva “magicamente” sentire grassa, percepiva un “Sé-schifoso” che con violenza il vomito auto- provocato cercava di espellere. Nel corso della terapia un sorta di processo di “alfabetizzazione emotiva” aveva aumentato la conoscenza delle proprie emozioni; progressivamente la persecuzione da parte del “Sé onnipotente-perfezionistico” si era ridotta e il sentimento autosvalutativo (“il sé verme” del sogno) e nuove emozioni avevano attenuato il sentimento di vuoto. Dopo anni - la paziente è tuttora in terapia - la crisi bulimiche sono completamente scomparse.

La Bruch sottolinea il fatto che in queste pazienti pensieri ed emozioni, come del resto anche il proprio corpo, sembrano non appartenere a se stesse; esse non si sentono nella condizione di poter disporre di se stesse nella propria vita; è solo nel “teatro del corpo”⁵¹ e nel mondo del cibo che esse sembrano poter trovare una forma di espressione di sé. Nel caso di Ilenia, anoressica, solo dopo qualche anno di terapia analitica, si rende conto che i pensieri con cui giudica il mondo e gli altri non siano realmente suoi ma quelli della madre ed esclama in una seduta: “... *ma io penso con la mente di mia madre!*”

In un'altra paziente bulimica, Giulia, emerge in terapia il rapporto tra le sue crisi bulimiche e la sua difficoltà ad esprimere con rabbia ed efficacia la sua assertività nei confronti di un capoufficio che tende a svalutarla: le crisi sembrano “scaricare” una frustrazione avvenuta nel rapporto “inter-umano” attraverso lo spostamento degli affetti (es. la rabbia è tramutata nella violenza delle condotte bulimiche) in una area di relazione con oggetti “non umani” (il cibo).⁵² Risulta evidente che il suo “apparato orale” non può riempirsi di parole che escano e si indirizzino con efficace rabbia verso un'altra persona. A causa di un Sé autosvalutato, Giulia non si sente in diritto di difendersi, né in grado di sostenere ed esprimere emozioni intense né di avere il coraggio di assumersene il carico nei confronti di un'altra persona; di conseguenza *nell'apparato orale le parole vengono sostituite dal cibo*, espulso poi con violenza, al posto di un'energica comunicazione.

Il *deficit del Sé* (l’ “eclissi del Sé”), ha *riflessi* molteplici e complessi *sulla “corporeità”* nei D.A. Un aspetto senz'altro centrale è lo spostamento difensivo del “sentimento negativo di sé”, dalla psiche sul corpo, sotto forma di *“immagine negativa del corpo”*⁵³ e di *“insoddisfazione corporea”*, probabilmente in quanto la rappresentazione concreta ne permette un migliore fronteggiamento.

50 Vedi in bibliografia .Pallier per il tema della mostruosità.

51 Vedi Resnik in bibliografia.

52 In un precedente articolo (v. bibliografia) ho ipotizzato, come evidenziato anche da altri Autori, che i DAP, sarebbero in realtà più disturbi dell’ esperienza interpersonale (vedi gli approcci nordamericani ai DAP della ITP, la Psicoterapia Interpersonale) che dell’ alimentazione. La fragilità del Sé di queste persone li porta ad evitare l’esperienza interpersonale e a sostituirla con quella con oggetti “non-umani”, più “padroneggiabili”, quali il cibo e l’immagine fisica. Con un riferimento alla terminologia di S.Resnick, in essi assistiamo ad una sostituzione del “teatro della vita” con il “teatro del corpo”.

Oltre l'immagine corporea negativa, altri fenomeni psichici clinicamente evidenti nell'esperienza corporea dei D.A. sono: il tentativo di riparazione di tale immagine corporea deficitaria con un Sé fisico ideale perfezionistico ("magrezza ideale") tramite la restrizione/selettività alimentare, l'attività di rappresentazione della difettosità nel corpo attraverso condotte autolesionistiche (tra cui bulimia e aumento ponderale), la dispercezione dei segnali di fame-sazietà, la condizione alexetimica⁵⁴.

Possiamo quindi concludere che i DA, dal punto di vista della Psicoanalisi del Sé, sono disturbi del Sé in cui la lotta per la sopravvivenza psichica, per il senso di identità, per l'autostima, per l'ideale di Sé, è spostata difensivamente nel corpo e nell'alimentazione a causa dell'eccessiva vulnerabilità del Sé ad accedere allo scenario interpersonale.

La terapia analitica, in un contesto di intervento interdisciplinare integrato (in un "team" costituito da medici nutrizionisti, dietisti, psichiatri, etc.), ha il compito di riconoscere questa lotta con le sue ambivalenze, liberare il Sé "imprigionato" e riavviare il processo di individuazione, il passaggio dai fantasmi corporei alle rappresentazioni psichiche.

b) Tecnica

L'approccio analitico si deve integrare con altri trattamenti, tra cui interventi motivazionali, psicoeducativi e riabilitativi, intervenendo in specifiche fasi del progetto di cura.

La terapia analitica, per la maggior parte dei pazienti che si recano in un servizio pubblico, è una fase avanzata del trattamento.

53 Vedi in bibliografia Bruch, "Patologia del Comportamento Alimentare".

54 Lo spostamento del sentimento negativo di Sé sul corpo costituisce il meccanismo di difesa con cui il Sé fragile cerca di rappresentarsi il sentimento negativo di sé deviandolo in auto-percezione dell'immagine fisica, in immagine corporea negativa. Il Sé inadeguato diventa un corpo inadeguato, brutto, "grasso", il "vuoto" psichico un "vuoto" fisico, e in tal modo il confronto con una problematica fisica sembra più affrontabile: il nemico è il grasso: La soluzione magica allora diventa la ricerca di un corpo ideale magro e il perfezionismo diventa la correzione del "sé imperfetto". Il vuoto divenuto vuoto fisico viene colmato con quantità non controllate di cibo; quando i meccanismi di compenso (vomito etc.) vengono a mancare, il corpo aumenta di peso ed il grasso viene a rappresentare il Sé "mostruoso".

L'immagine corporea negativa è dunque l'immagine mentale del corpo che i pazienti con DA percepiscono "negativa". I fantasmi interni determinano percezioni abnormi (dispercezioni) del corpo di vario genere: dal sentirsi grassi a rappresentazioni di difetti in altre aree del corpo, per es. pancia, cosce, gambe, etc.,...: la ipo- o la iper-alimentazione dovranno appunto tentare di riparare o attaccare questo corpo negativo. Ma essendo l'obiettivo un corpo ideale non verrà mai raggiunto. Le anoressiche si vedranno sempre grasse anche in condizioni di massima restrizione e le obese penseranno di contenere una sé stessa magra a qualunque peso arrivino.

La dispercezione dei segnali di fame-sazietà si insedia molto precocemente all'interno di una relazione patologica di accudimento in cui viene impedito lo sviluppo fisiologico del ritmo fame-sazietà in quanto il cibo viene utilizzato dall'accudente (spesso la madre) per regolare propri stati emotivi e fantasie ed in tal modo viene "esportato" nel figlio un modello di alimentazione funzionale ad esigenze di controllo delle "emozioni" e viene strutturato una inibizione del collegamento fisiologico tra alimentazione/ digiuno e fame/sazietà.

La condizione alexetimica, la mancata lettura delle emozioni, si struttura all'interno dello stesso quadro di accudimento sfavorevole all'individuazione; un Sé confuso su di Sé sarà anche confuso sulle proprie emozioni. Le emozioni per un Sé fragile e con scarsa autostima sono fonti di angoscia persecutoria e pertanto tendono a rimanere indistinte e "non-lette" nella area della percezione corporea.

Nello stadio iniziale c'è la necessità di una valutazione approfondita che esplori contemporaneamente l'area dietologico-nutrizionale, quella medico-internistica e quella psichiatrico-psicologica (incluso l'aspetto motivazionale) e che individui il livello di intensità di cura (ospedale, day-hospital, ambulatorio, etc.).

Spesso il paziente e/o la famiglia nel caso di minori non sono consapevoli del disturbo che, specie nel caso dell'AN, viene negato o dissimulato; di qui deriva la necessità di un *approfondimento della motivazione al trattamento*⁵⁵ e di un "percorso motivazionale" non familiare allo psicoanalista più tradizionale.

La prima fase del percorso è di frequente una "preparazione" alla terapia e si basa largamente sulla "psicoeducazione" o "educazione terapeutica" che consiste nel fornire conoscenza teorica del disturbo, a partire da segni e sintomi sviluppare una consapevolezza ed infine strutturare una alleanza terapeutica.

La psicoeducazione può avvenire anche, come integrazione dell'intervento individuale, attraverso piccoli gruppi di pazienti motivati, sufficientemente omogenei sul piano sintomatologico, per un numero definito di incontri⁵⁶.

Difficoltà nella coesione del gruppo curante si presentano specie nei casi più gravi: per es. nei casi di AN una "trappola" è il rischio di trasferire la "scissione mente-corpo" nella *équipe terapeutica*. Il paziente accetta di curare la sua mente ma rifiuta di curare la nutrizione e il corpo. Qui è da sottolineare l'assoluta necessità che l'equipe sia consapevole delle resistenze e scissioni del paziente e che, attraverso una efficiente comunicazione, mantenga "compatta" l'integrazione dei trattamenti nel lungo termine, non permettendo che il paziente deroghi dall'osservanza del progetto terapeutico nella sua completezza.

Solo all'interno di una solida équipe curante multi-interdisciplinare è possibile passare alla fase psicoterapeutica. La psicoterapia analitica fornita al paziente può essere individuale o di gruppo. All'inizio il trattamento è individuale e solo successivamente può essere integrato con un contemporaneo trattamento gruppo-analitico.

La *gruppo-analisi*, così come sottolineato da Harper e da molti altri Autori, può essere notevolmente utile, in quanto il paziente ha molto bisogno per individuarsi dell'esperienza interpersonale che però teme a causa del sentimento negativo di sé, i deficit di autostima, l'immagine negativa corporea, l'ideale perfezionistico. La ITP si focalizza proprio sull'incremento di efficacia interpersonale.

La psicoterapia analitica individuale fornita nel pubblico non può che essere "focale" e limitata nel

55 Il modello di Di Clemente-Prochaska che prevede fasi pre-contemplative/contemplative ci mostra la lunghezza del percorso motivazionale

56 Gruppi psicoeducativi per pazienti DAI/BED sono condotti dallo scrivente per 10 incontri.

tempo. Essa ha il compito di rendere consapevole il paziente dei rapporti tra il suo disturbo alimentare e le vulnerabilità del suo Sé sia nei confronti del suo scenario interno (per es. l'immagine ideale di Sé), sia dello scenario familiare (per es. ruoli giocati all' interno di famiglie patologiche), sia riguardo allo scenario interpersonale (es. difficoltà di confronto con i coetanei dell'altro sesso), sia rispetto al corpo reale (es. discrepanza tra corpo ideale e corpo reale). Rilevante è l' analisi del molteplice uso del cibo: il cibo può consolare ma può anche auto-ledere, può tirare sù ma può anche anestetizzare la mente.

Nelle fasi più avanzate la terapia dovrebbe affrontare la condizione alexitimica, la confusione tra percezioni fisiche ed emotive, l'immagine corporea negativa ed il sé negativo, l'onnipotenza del controllo del cibo e dell'immagine fisica ideale, il perfezionismo ideale. Il bozzolo protettivo del D.A. andrebbe lentamente ma progressivamente sciolto dall'analisi permettendo al paziente di vivere in relazione ad "oggetti umani" e di abbandonare i "magici feticci" di cibo e corpo.

Naturalmente il lavoro sarà più agevole in soggetti all'esordio e in contesti favorevoli piuttosto che in soggetti con una lunga storia alle spalle e i quali vivano in famiglie gravemente patologiche.

L' integrazione con una *terapia familiare* è, anche secondo le linee guida, un "must" nel caso di adolescenti, in cui spesso la cura può essere ostacolata dalle dinamiche familiari.

Il "corpo reale", non quello "fantasmatico" e "mentale", distorto soprattutto nella AN, può essere un utile oggetto di terapia, da cui la diffusione della "terapia dello specchio", focalizzata sulla immagine corporea. L' esperienza di confronto con il corpo reale può essere utile, in fase avanzate della terapia, perché i pazienti con il D.A. hanno come "divorziato" dal corpo, in quanto rappresentante del sé svalutato. Un lavoro di sensibilizzazione alla consapevolezza percettiva del "soma" e delle sue tensioni psicosomatiche può essere proficuamente attuato in gruppo. Di qui i *gruppi di riabilitazione psico-corporea*⁵⁷.

Altri aspetti tecnici del lavoro analitico, che per motivi di spazio, è possibile solo nominare, sono: l'elaborazione della dis-identificazione dal Sé negativo e dall'identità derivante dalla malattia, la stimolazione della capacità riflessiva rispetto all'ideazione ossessiva, la "espansione" di consapevolezza delle emozioni, specie relativamente al campo interpersonale, l'elaborazione del deficit del diritto all'individuazione e all'attribuzione soggettiva dei talenti, l'attenuazione dell'attività giudicante perfezionistica del sé ideale, la rilevazione delle resistenze allo sviluppo individuativo (inclusa la identificazione sessuale adulta ed il processo separativo dal mondo familiare), la "de-somatizzazione" ovvero l'elaborazione trasformativa delle esperienze corporee in esperienze psichiche, l'analisi controtransfertale dei vissuti riguardo a corpo e cibo indotti dalle identificazioni proiettive e comunicazioni non verbali inconsce del paziente.

57 Gruppi di riabilitazione psicocorporea per pazienti DAI/BED sono stati condotti dallo scrivente per 10 incontri in equipe

Conclusioni

I Disturbi Alimentari sono disturbi psichiatrici severi e di lunga durata che richiedono, a secondo della tipologia e della fase, trattamenti specialistici integrati multidisciplinari che si possono articolare su gradi vari di intensità e luoghi diversificati di cura. E' in tale contesto che la cura psicoanalitica deve inserirsi e non proporsi onnipotentemente al di fuori di esso. Seguendo le linee guida internazionali, essa può essere indicata solo in una fase avanzata di consapevolezza, motivazione e collaborazione del paziente, all' interno di un progetto complessivo che includa la rieducazione alimentare e la cura medica del corpo.

Tecnica e setting dovrebbero essere adattati alla specificità del disturbo e in sintonia con gli altri interventi.

La cura dei Disturbi Alimentari nel servizio pubblico comporta per lo psicoanalista un notevole decentramento rispetto ai suoi "assetti" sia interni che esterni.

La fantasia onnipotente di avere uno strumento "speciale" è messa a dura prova sia dalla gravità del disturbo e dalla sua resistenza alla cura, sia dallo scarso riconoscimento delle linee guida internazionali per le terapie psicodinamiche dei D.A. che, infine, dalla stretta integrazione della psicoterapia con gli altri trattamenti multidisciplinari, parimenti necessari.

Tale frustrazione, tuttavia, viene beneficamente compensata dalla vitale stimolazione che l'operare in questo campo dà alle capacità di flessibilità e di creatività dell'analista nel setting e nella tecnica e al suo spirito di indipendenza nella ricerca teorica dei modelli di riferimento più esplicativi ed utili all'intervento clinico, in dimensioni in cui la mente ed il corpo, l' istinto alla vita e l' attacco ad esso sono strettamente intrecciati..

Bibliografia

- Abraham S., Llewellyn-Jones D.(2001), *Eating Disorders (Fifth edition)*, Oxford: University Press.
- American Psychiatric Association (2006), *Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders*, APA, Third Edition: Arlington, Virginia
- Bruch. H.(1973), *Eating Disorders :Obesity, Anorexia ,Nervosa and the Person Within*, New York: Basic Books.
- Bruch. H.(1973), (1991), *La bella addormentata: fuga dal cambiamento*. In Greenspan I.S , Pollock., G.H.(1997), *Adolescenza*, Roma: Ed. Borla"
- Costin C. (1999), *The Eating Disorder Sourcebook*, Los Angeles: Lowell House.
- Cuzzolaro M. (2004), *Anoressie e Bulimie*, Bologna: Il Mulino
- Di Luzio G., et al. (2008), *Terapia di gruppo ad orientamento analitico: effetti terapeutici su pazienti con disturbo del comportamento alimentare*, Quaderni Argo, N.0, 71-97.
- Di Luzio G. 2008, , *"Individuation of the Self and Eating Disorders in Adolescence"*,

“*Individuazione del Se’ e Disturbi Alimentari in Adolescenza*” Funzione Gamma, Rivista dell’
Università “La Sapienza”, [www.funzione gamma.edu](http://www.funzionegamma.edu);
Fairburn, C.G. e Brownll, K.D. (a cura di) (2002), *Eating Disorders and Obesity: A
Comprehensive Handbook*, New York, Guilford Press
Garner D.M., Garfinkel, P.E. (1997), *Handbook of Treatment for Eating Disorders*. New York: The
Guilford Press.
NICE Guideline, 2004.
Thoma H. (1967) *Anorexia Nervosa*. International Universities Press.

Il lavoro psicoanalitico nelle istituzioni

Silvia Grasso

Luoghi istituzionali

I luoghi istituzionali sono luoghi di grande attaccamento, quasi sempre muto e di passioni violente, per lo più segrete che talora trovano drammaticamente un'esposizione, quasi sempre eccessiva. Sono luoghi che richiamano, che incarnano, il mito di fondazione della civiltà, l'atto violento da cui la civiltà si è originata, lo spargimento di sangue che costò l'atto di istituire regole, delimitare i soprusi, coltivare la parità di opportunità o almeno l'illusione di essa. Se tutte le istituzioni sono luoghi delle origini, le istituzioni della salute mentale lo sono doppiamente, perché parlano in contemporanea di un'origine del gruppo e di un'origine del soggetto, del percorso per divenire un soggetto, a partire dall'origine, degli aggiustamenti necessari, dei fallimenti nel tragitto. Nella misura in cui parlano della civiltà, le istituzioni testimoniano anche della violenza che pretendono di regolamentare.

La civiltà nasce dalla necessità di abiurare la violenza, scambiare un quanto di piacere con un tanto di sicurezza, come Freud ci ha insegnato, è quanto ci offre ma anche il disagio che impone. Dentro ogni legge, ogni regola, c'è un'implicita allusione al crimine.

Nell'ambito istituzionale ricordiamo com'eravamo, in particolare com'eravamo quando non eravamo in quanto soggetti ma in quanto insieme. Più che ricordare, riattualizziamo in modo automatico e inconsapevole qualcosa di quel che eravamo, come insieme, qualcosa che abbiamo sempre continuato a essere, a dispetto della civiltà e delle sue conquiste e dei nostri sforzi di soggettivazione.

Le istituzioni sono luoghi d'incrocio tra l'individuale e il collettivo, luoghi d'intersezione inestricabile tra il singolare e il plurale, luoghi senza tempo, spazi sovrapposti: scatole cinesi senza fine, l'esperienza più praticabile di viaggio nel tempo che si possa fare. L'individuo esiste per sé stesso e in quanto membro di una catena, catena cui è assoggettato senza intervento della sua volontà, come ci ricorda Freud in *Introduzione al narcisismo* (Freud, 1914, 448).

Per questo doppio statuto del narcisismo ogni individuo è portatore oltre che di una singolarità di una gruppaltà interna, che è ciò su cui l'istituzione si fonda: il gruppo, l'istituzione stessa, sono eventi intrapsichici prima che luoghi del mondo esterno. Nel luogo istituzionale ogni soggetto è vincolato da leggi mute quanto ferree. Le regole del contratto narcisistico per le quali ogni soggetto occuperà un posto che gli è stato assegnato, un posto già presente, vacante, riservatogli da un gruppo che non lo conosceva neppure, assoggettarsi per partecipare di un'eternità, per sconfiggere la morte.

Le regole del patto denegativo, per cui ogni differenza dovrà essere sottaciuta dando rilievo alle

similitudini, agli accordi, alle armonie. Le ragioni della separazione dovranno essere celate, oscurato tutto ciò che divide, che potrebbe mettere in discussione la formazione del gruppo e la conservazione del legame d'identificazione che tiene insieme la massa.

Il clangore di Eros abbaglia il campo istituzionale, toglie le ombre agli oggetti, li paralizza nell'immutabilità senza prospettiva: se il legame non può essere sciolto, Thanatos, oscurato da troppa luce, dovrà prendere la forma della siderazione (Enriquez, in Kaes, 1991, 81). Nulla può cambiare, le istituzioni lo impediranno, in una gattopardesca tolleranza di tutti i cambiamenti, purché nulla muti davvero.

Al di là di ogni finalità, prescindendo da ogni "mission", per usare un linguaggio odierno, lo scopo ultimo e non dichiarato di ogni istituzione è quello di auto preservarsi. L'unica pulsione riconosciuta dall'istituzione è quella auto-conservativa. Eros e Thanatos, inibiti nelle loro mete saranno soltanto al servizio dei processi d'identificazione, dell'aggregazione, della "psicologia delle masse". Nelle masse dunque rivive l'orda primigenia.

Persino in quelle masse artificiali e organizzate rappresentate dalle istituzioni, Freud parlava della Chiesa e dell'esercito, ma si potrebbe parlare di un partito politico o di un dipartimento di salute mentale, si realizza la versione idealizzata dell'orda primordiale, in cui la condizione per la quale "tutti i figli si sapevano perseguitati in maniera uguale dal padre primigenio ed in maniera uguale lo temevano" viene trasformata in quella non meno temibile "il capo ama in misura uguale e giusta tutti i singoli individui" (Freud, 1921, 312).

Ogni volta che siamo all'interno di una massa, una grande manifestazione politica, un concerto in piazza, la partita allo stadio, entriamo in stato di fascinazione ipnotica.

All'interno dell'istituzione siamo messi a confronto con l'Imago dell'Antenato fondatore, ricorda René Kaes "siamo presi dentro la rete del linguaggio della tribù e in esso soffriamo di non riuscire a far riconoscere la singolarità della nostra parola"(Kaes, 1991, 13). Ogni istituzione, secondo Kaes, in linea con Freud, istituisce il divieto di possedere la madre-istituzione, il divieto del ritorno all'origine e della fusione immediata. Divieto grazie al quale noi possiamo divenire soggetti desideranti e parlanti. Divieto contro cui la violenza psicotica si scaglia tentando d'infrangerlo, nei fatti, continuamente.

L'istituzione costituisce lo sfondo della nostra soggettività, "l'istituzione ci precede, ci assegna e ci iscrive nei suoi legami e nei suoi discorsi" e questo radicale decentramento della nostra soggettività se da un lato ci spiazza, costringendoci a rivedere "l'illusione centrista del nostro narcisismo", dall'altro ci struttura (Kaes, 1991, 14).

"Siamo posti di fronte al pensiero che una parte del nostro Sé è "fuori di Sé" e che quello stesso qualcosa che è "fuori di Sé" è la cosa più primitiva, più indifferenziata, lo zoccolo del nostro essere,

ovverosia tanto ciò che, alla lettera, c'espone alla follia e allo spossessamento, all'alienazione, quanto ciò che fomenta la nostra capacità creativa" (Kaes, 1991, 14).

Il corrispondente interno di questo spazio comune indifferenziato ed esternalizzato con il quale, nell'istituzione, siamo costantemente a contatto è, per Kaes, una delle componenti dell'inconscio, lo spazio irriducibile a partire dal quale si organizza la vita psichica. "Tale esternalizzazione di uno spazio interno è il rapporto più anonimo, più violento e più potente che noi intratteniamo con le istituzioni" (Kaes, 1991, 14).

Lo spazio psichico si costituisce tra due poli: il polo biologico che rende possibile l'esperienza corporea, cui si riferisce la teoria della pulsione, il polo sociale che è alla base dell'esperienza istituzionale. Il soggetto ha due fondamenta ombelicali una nel suo corpo, l'altra nell'istituzione, nel gruppo.

Lo stesso vale per il sogno. Kaes parla di *spazio onirico condiviso* in riferimento al fatto che lo spazio onirico nasce dalla capacità onirica di un altro e di più altri, la famiglia o la comunità. Riconosce al sogno un *secondo ombelico oltre quello corporeo, che è l'intersoggettivo intrapsichico*. Arriva ad affermare l'esistenza di una *polifonia del sogno* "...elaborato da e in una molteplicità di spazi e tempi, di immagini e voci:" e ancora, parla di "...una fabbrica di sogni in cui più spazi onirici si compenetrano, in cui più sognatori si fanno sentire e capire da più sognatori, da più ascoltatori, interni ed esterni." (Kaes, 2007, 201).

Il lavoro costante all'interno delle istituzioni consiste nel ricondurre a una rete di senso il non-rappresentabile. L'istituzione incarna la legge, il divieto, sacralizza il padre dopo la sua uccisione, ma anche l'indifferenziato, il collettivo, il non-Io.

In quest'ultima accezione, secondo José Bleger, fornisce la matrice su cui può depositarsi, per non farsi troppo sentire, il lato simbiotico della personalità di ciascuno, quello che abbiamo bisogno di dimenticare per conquistare l'autonomia, quello che è necessario dare per scontato per conquistare la separazione, per accedere all'individuazione. La simbiosi è il nostro punto di partenza, il nostro inizio avviene in un insieme.

Potremmo dire con una battuta che è necessario avere alle spalle "una simbiosi affidabile" per diventare soggetti. Deve esserci e allo stesso tempo non esserci, è indispensabile che sia ignorata, lasciata, come una valigia troppo ingombrante, in un deposito bagagli affidabile, dove potrà sempre essere ritrovata, in caso di necessità, ma che non possiamo portare con noi perché ci impedirebbe nei movimenti.

L'istituzione con la sua promessa d'eternità si presta perfettamente a esercitare la funzione di depositario degli aspetti indifferenziati della nostra personalità, che dobbiamo tenere scissi per poter operare all'interno di un gruppo. In ogni gruppo si realizza una relazione che paradossalmente è una

non-relazione, in quanto avviene in condizione di non-individuazione (Bleger, in Kaes, 1991, 64).

Ci sono dunque, nei servizi di salute mentale, come in tutte le istituzioni, perché possano tenersi in piedi e riuscire a operare, molte cose che non devono essere pensate, molte cose che devono essere sconosciute. Questo rende tali istituzioni molto simili ai pazienti che hanno il compito di curare.

Quel che sono come psicoterapeuta lo devo a due principali fonti d'esperienza, quella del training per diventare psicoterapeuta psicoanalitica (analisi personale, frequenza dei seminari, supervisioni) e quella del lavoro svolto nell'istituzione pubblica.

Credo di non esagerare nell'affermare che l'esperienza istituzionale ha contribuito alla mia formazione psicoanalitica almeno tanto quanto l'esperienza analitica personale. La mia identità psicoterapeutica psicoanalitica si è avvalsa in egual misura del training analitico e di quello istituzionale.

Quando mi è stata proposta l'idea di collaborare al convegno lavoravo ancora in un centro di salute mentale, servizio nel quale sono rimasta per 16 anni della mia vita lavorativa.

Dopo l'estate, quando arrivò la conferma delle date e del programma, si era verificato un grande cambiamento: avevo lasciato il CSM ed ero tornata a lavorare in ospedale, in un servizio psichiatrico diagnosi e cura (SPDC).

L'esperienza ospedaliera è stata la mia prima esperienza nell'istituzione pubblica. Dopo molti anni di "lavoro sul campo", negli stessi termini in cui potrebbe dirlo un antropologo, come parte di un servizio territoriale, ho deciso e colto l'opportunità di tornare a lavorare in ospedale.

Quando arrivò il programma del convegno la prima sensazione fu che non avevo più diritto a partecipare, di cosa avrei parlato? Non avevo più nulla da raccontare.

Come dicevo i luoghi istituzionali sono luoghi di forte attaccamento, di un attaccamento tenace e muto che si fa molto sentire nei momenti di cambiamento, tanto da rendere spesso il cambiamento impraticabile.

Il pensiero di cambiare posto di lavoro mi colse per la prima volta in modo repentino e del tutto imprevisto. Pensando a una giovane amica che avrebbe desiderato cambiare posto di lavoro irruppe nella mia testa l'idea: "Io voglio cambiare posto di lavoro".

Riflettendoci le ragioni del cambiamento erano maturate da molti mesi, ma l'idea si formulò nel modo impetuoso e "dal nulla" che ho descritto: per il tramite di un'identificazione con l'amica che avrebbe desiderato spostarsi, potei dirmi "io voglio spostarmi!". La cosa più difficile dopo averlo rivelato a me stessa, fu dirlo agli altri. In primo luogo ai componenti l'equipe, il ristretto numero di persone con le quali ho collaborato per anni.

Fu difficile e foriero di sensi di colpa, di oscura vergogna, come quelle cose che non si fanno, non si sa bene perché ma si sa, con certezza, che non si fanno.

Atto sintomatico, il pensiero “non ho più nulla da dire”, connesso con l'impraticabilità della separazione dal luogo di un investimento istituzionale così duraturo e intenso. Staccarsi significava rimanere senza nulla.

Per questo l'idea di un allontanamento può comparire soltanto come un fulmine a ciel sereno, come non fosse stata mai pensata, rimanendo con un carattere d'estraneità perturbante. Pur avendola pensata, pur essendo nostra, pur volendo perseguirla, è come se non ci appartenesse completamente. Per lo stesso carattere d'impensabile appena il progetto di allontanamento avrà preso corpo, ma ancora non si sarà realizzato, diventerà impossibile sostare più a lungo nel luogo che si è deciso di lasciare, perché d'improvviso non ci appartiene più, non gli apparteniamo più. Il luogo che era tuo, parlava anche di te, d'improvviso è straniero e non vedi l'ora di allontanarti per non avere più sotto gli occhi ciò che sta per accadere, per portare altrove il tuo bagaglio d'indifferenziato, cercare un altro deposito per il non-Io che siamo.

Un malessere diffuso prenderà allora il posto di quel senso naturale di stare a casa propria che prima trovarsi in quel particolare servizio suscitava. Una sensazione discreta, sottile, di cui si avvertiva l'assenza più che la presenza: quando sei a casa tua non hai bisogno di dirtelo, lo senti, l'allarme, nel registro della simbiosi, suona solo fuori casa.

Il malessere avrà il carattere fisico della stanchezza mortale, della permanente confusione di testa, dello sconforto non definito per troppe consegne da lasciare, troppe cose da sistemare, troppi bagagli da preparare. Non si trovano mediazioni praticabili, si è tentati di fuggire, senza salutare nessuno, far perdere le tracce di sé, semplicemente e in silenzio, essere dimenticati per dimenticare, anzi per non aver mai vissuto.

Nel registro dell'appartenenza i rapporti hanno carattere di elementarità: appartieni o no, ti appartiene o no. Non possono essere concesse molte altre alternative. Fare esperienza interiore di questa irriducibile mentalità è molto faticoso, estremamente istruttivo: una sorta di regressione forzata ad un livello primitivo che, in condizioni di normalità, non ci concediamo di sperimentare. Abbiamo bisogno di non sapere quanto dipendiamo dall'ambiente per poterci muovere con una certa leggerezza nel mondo.

Non sono queste in fondo le passioni che animano i pazienti più gravi, le traversie relazionali in cui si dibattono? Quando non puoi fare di meglio, quando non è tollerabile la percezione di una separazione, di una distanza dall'oggetto, puoi solo assicurarti che almeno l'appartenenza sia rispettata.

Così la frase mille volta sentita dire “Sono un paziente di Via Gioacchino Ventura”, prenderà senso compiuto: il paziente appartiene all'indirizzo del servizio, sta tutto lì, nell'edificio, nei mobili delle stanze, nei corridoi, nel cucinino, soprattutto nella segreteria, luogo di accoglienza e smistamento.

Questo vale anche per il medico o per lo psicologo. Loro però, a differenza del paziente, coltivano l'illusione di "essere" il servizio, per scoprire, ben presto quanto il servizio "sia" a prescindere da loro, a prescindere da tutti.

Spesso i contatti più significativi con i pazienti, o con i colleghi, anche per parlare di lavoro, avvengono nei luoghi di passaggio di un servizio.

Non nelle stanze, dietro le scrivanie, non nelle sale riunioni, ma nei corridoi, nelle anticamere, nel cortile, davanti al bollitore dell'acqua per fare il tè, davanti alla porta del bagno, quando l'incontro non è così definito, quando si può sfumare in una contiguità non significativa, ma sensibile, testimonianza di quello stare insieme in un luogo deputato a prendersi cura, senza tener conto della necessità di cura.

Quei luoghi di passaggio, i corridoi, gli angoli sono i luoghi dell'anonimato, dell'indistinto, usati da tutti, di tutti e di nessuno. Per questa peculiarità si prestano perfettamente a raffigurare un legame inossidabile e perfettamente occultato, costantemente affermato mediante il diniego.

Nell'istituzione ho fatto esperienza viva di un attaccamento irrinunciabile e spietato, per usare un termine caro a Winnicott, che non ha vie di mezzo, perché non è ragionevole e non può fare ricorso al pensiero, forma di amore che deve essere affermata con la negazione.

Sono stata dunque un medico dell'ospedale di Ostia, del San Filippo Neri, di Via Ventura per divenire, infine, uno psichiatra dell'Ospedale Santo Spirito. Ho patito quest'appartenenza indifferenziata, sopportando la ferita narcisistica che il non essere riconosciuta come soggetto mi procurava ma posso dire, senza ombra di dubbio, di averne anche goduto a piene mani.

Appartenere a un'istituzione deputata alla cura delle malattie mentali, mi ha consentito di prendere contatto, in modo mediato e sostenibile, con un'esperienza originaria che altrimenti avrei solo dovuto riconoscere come estranea, che mi ha riguardato, nel più profondo di me mi riguarda ancora, mi riguarderà sempre. Esperienza che sostiene la mia soggettività, la nutre, la vivifica silenziosamente. Humus che alimenta le mie radici individuali.

Mi sono occupata di bisogni originari, che potevo riconoscere con più facilità, in quanto almeno in apparenza non miei. Ho coltivato, attraverso l'istituzione di cura, cui appartengo insieme ai pazienti, "il genio delle origini" di cui parla Racamier. L'ho seguito nelle sue acrobazie: l'irriducibile negazione della separazione originaria, l'ostinato rifiuto di riconoscere il distacco dalla madre, l'inossidabile aspirazione a possedere la madre a prezzo della vita mentale, la rocambolesca creatività nel negare ogni differenza, nell'imporre la moltiplicazione all'infinito dell'identico.

Ho condiviso la fede nell'invarianza delle cose, nell'indifferenziazione, nella simbiosi benefica e miracolosa, nell'inamovibilità. Ho siglato patti di non-cambiamento: una marcia sul posto, a passi di formica, per avere l'illusione di star fermi muovendosi, senza allontanarsi però mai troppo dal

luogo delle origini. In caso contrario infatti, se il movimento verrà segnalato come eccessivo, se scatterà l'allarme, perché non avremo fatto attenzione a non svegliare il gigante che dorme, pagheremo un prezzo di confusione, spaesamento, disorientamento, derealizzazione, panico.

I pazienti lo sanno e fanno lo slalom per evitarlo e per insegnare a noi, riottosi, l'assoluta necessità di stare fermi. "Io mi accontento delle briciole" diceva un paziente saggio alla sua terapeuta.

Non si finisce mai d'imparare a stare bene nell'istituzione, senza goderne troppo, senza penare troppo, in un assetto serenamente operativo, divertendosi ancora, quando è possibile. Imparare a farlo significa anche essersi presi cura di una parte della personalità il cui sviluppo è fondamentale: quella che fa capo al nostro essere prima che individui gruppo.

Un assetto grupale inconscio, tanto importante e determinante, quanto la nostra inconscia singolarità. Di questa gruppalità inconscia facciamo esperienza nel lavoro istituzionale con tutti i suoi eccessi.

Primo fra tutti il parricidio iniziale e indispensabile con cui ogni gruppo istituzionale si costituisce, ripetizione di quello fondativo della civiltà. Uccisione del padre per esclamare "Viva il Padre", che si tratti del capo dell'Orda, del padre della psicoanalisi, dell'inventore dell'elettroshock o di Franco Basaglia, poco importa.

Il padre è stato ucciso e l'abbiamo ucciso tutti noi, ma non ne vogliamo sapere nulla, pretendiamo di esserne innocenti. Nella società di fratelli appena nata i nuovi Padri saranno per forza di cosa padri idealizzati che potranno dunque repentinamente trasformarsi in persecutori.

Ascolteremo il linguaggio della tribù, come dice Kaes, ma faremo di più, lo parleremo quel linguaggio, inevitabilmente prima o poi contribuiremo a quel dialogo selvaggio, a prescindere dalla nostra volontà, saremo forzati a parlare come se i nemici fossero sempre fuori dal gruppo, come se ci fossero soltanto possibilità estreme e contrapposte, come se all'interno regnasse perfetta armonia o solo buone intenzioni. In un momento o nell'altro saremmo inavvertitamente portati ad aderire ai fantasmi da sempre circolanti nei luoghi istituzionali, presenze che ci precedono, ci prescindono e seguiranno a esercitare la loro influenza quando saremo andati via. Allora il terapeuta ideale, la migliore terapia, l'assistenza più efficace, l'accoglienza più avvolgente, il paziente più interessante, giovane, brillante, la psicosi più difficile da curare, il romanzo familiare più strano, originale, tragico, ci soggiogheranno e noi balleremo quella danza. Ci scaglieremo, ci schiereremo contro o a favore di qualcosa: le famiglie, altri operatori, altri settori dell'unità operativa, sosterremo a spada tratta le ragioni del "nostro" paziente o della nostra "famiglia".

Perché a quel punto il paziente oltre che di Via Ventura sarà il nostro, della dott.ssa tale e tal'altra, dell'equipe x o y, che meglio di tutti gli altri lo conoscono, lo capiscono, sanno calmarlo. Coloro che saprebbero certamente guarirlo, emendarlo da ogni sofferenza, avviarlo ad una autonomia, se

non ci fosse l'esterno, terribile e continuamente deludente o minaccioso, a rovinare tutto.

Questa danza, noi operatori dell'istituzione pubblica, spesso anche professionisti esperti e navigati dei nostri studi privati, prima o poi, la balleremo. Bisogna saperlo, essere preparati, essere consapevoli che non è grave, fa quasi parte della cura: è il *transfert istituzionale*. Sperimentaremo, in modo inequivocabile, attraverso le dinamiche istituzionali, le nostre parti non integrate, scisse, le forme più sfumate dell'angoscia primaria.

Diventeremo, attraverso il setting istituzionale, cassa di risonanza per vissuti primari di abbandono, tradimento, gelosia, invidia, rivalità, avidità, confusione e disorganizzazione mentale. Vissuti resi ancor più potenti dal reale stato di abbandono, tradimento, disorganizzazione del paziente che contagierà il contesto, senza possibilità alcuna di arginare la marea.

Ci sembrerà a volte di realizzare l'impossibile, sfiorare lo straordinario per poi assaporare l'amezza della sconfitta, dell'inertità, dell'impotenza. Allora all'illusione di guarire l'inguaribile subentrerà la delusione, con il rischio della rinuncia, del ritiro totale dell'investimento, del rimanere all'interno dell'istituzione come naufraghi, esiliati, orfani dell'Ideale.

Avvertiremo soltanto la fatica del compito che, a quel punto, ci apparirà impossibile, dell'ascoltare, senza speranza, la stessa storia, che non troveremo più interessante, curiosa, stimolante, ma opaca, senza prospettiva, piatta. Saremo preda della noia mortale, dell'indifferenza emotiva.

Prima di arrivare a questo punto però di solito accade qualcosa. Ci sentiremo spinti, nel dispiacere, nell'amezza, nella rabbia per l'ennesima delusione, a cercare di condividere questi sentimenti. Troveremo una sponda in qualcuno dei compagni di trincea, essenziali e vitali per la sopravvivenza emotiva, compagni di cordata. Attraverso il racconto, che farà venire a galla altri racconti, accenderà il confronto, la densità emozionale sperimentata si allenterà. Ci troveremo allora a commuoverci, sorridere, ridere di quel che è successo, proveremo sollievo nel riconoscere nell'altro la stessa fatica, proveremo simpatia per noi stessi e i nostri sforzi, scopriremo il valore più profondo, nutritivo di una fratellanza non militante, discreta, non complice, solidale.

Quando non ci sono genitori praticabili e l'istituzione non ne ha, se non di provvisori e mai all'altezza del padre Ideale, la fratellanza può divenire una risorsa straordinaria. Consente di ridimensionare le sconfitte, di ritrovare la possibilità d'incontro, di ascolto, d'interesse, di rimanere vitali, di non spegnere la curiosità e il piacere di lavorare. Consente di ridere e sorridere cose d'inestimabile valore per chi lavora nella salute mentale.

Allora si può scoprire che ciò che può curare nell'istituzione è l'istituzione stessa nei singoli curanti. Ogni curante imparerà, mai una volta per sempre, in un training permanente, a far in modo di non costituire un'interferenza con la propria individualità, accompagnando i movimenti del gruppo, rendendosi più gruppo che sia possibile, a partire dal riconoscimento del proprio gruppo

interno.

Godendo di un'appartenenza discreta, diventando sfondo individuale di un gruppo in primo piano, trovando protezione nel gruppo, non esponendosi troppo, senza tuttavia chiamarsi fuori, implicati ma non in prima persona e dunque non invischiati, un passo indietro, in linea con gli altri.

Accompagnare la danza, non dar troppo peso agli eccessi, sapendo che sono la fisiologia del gruppo istituzionale, il modo di esprimersi, lo psicodramma necessario alla vita istituzionale stessa.

Il gruppo assolve alla funzione per la società che il sogno assolve per l'individuo, ci ricorda Didier Anzieu (Anzieu, in Kaes, 2007, 48), è l'arena in cui mettiamo in forma i nostri desideri, le nostre paure. Come il sogno consente il sonno e la vita, come il sogno racchiude le utopie cui dobbiamo rinunciare, perché possiamo tenercele strette, perché si possa non rinunciarvi mai, come il sogno ripete ciò che è stato accanto a ciò che non è stato mai.

Nel gruppo mettiamo in scena, come nel sogno, la realizzazione dei desideri e delle difese issate contro quegli stessi desideri. Per questo il gruppo come il sogno è indispensabile per vivere.

Nella settimana in cui la mia malattia da distacco istituzionale ha raggiunto il suo massimo, dopo aver più o meno, salutato tutti i pazienti e i familiari ed essere più o meno scappata dal centro di salute mentale, prima di mettermi a piangere davanti al timbro in uscita, smontate le tende del mio lavoro sul campo, ho fatto un sogno.

“Era mattina mi svegliavo, nell'uscire dalla camera da letto di casa mia per andare in cucina a preparare il caffè, trovavo il corridoio ingombro, come una soffitta, di una moltitudine di oggetti differenti, ammucchiati, persino un po' impolverati. Mi dicevo: com'è possibile, la mia casa è nuova, mi sono appena trasferita, era in ordine quando sono andata a dormire, da dove viene tutta questa confusione? In mezzo a quella montagna di cose stipate nel corridoio, troneggiava un tandem. Mi sembrava naturale ci fosse, ma mi chiedevo un po' sgomenta dove lo metterò? E' ingombrante! Nel momento stesso in cui mi ponevo la domanda, trovavo la risposta: prendevo il tandem per il manubrio e lo spingevo verso lo studio, dicendomi soddisfatta, starà qui.”

Nel sogno chiamavo tandem quello che compariva chiaramente come un riscio, pertanto si trattava di entrambe le cose. La confusione tra i due veicoli è rimasta nella mia mente anche da sveglia.

Ho potuto dirimerla soltanto quando mi è tornato in mente il riscio indiano, trainato da un essere umano, emblema della miseria e della resistenza alla fatica, al dolore, ma anche dell'inesauribile volontà di vivere, persino con gioia.

Una bicicletta per due persone, per essere due in uno, ma anche un veicolo a pedali per tre o più persone, antiquato mezzo di locomozione per un piccolo gruppo.

Veicolo d'altri tempi, d'altri luoghi, ricordo di giochi d'infanzia, giochi da ragazzi, ma al contempo strumento di un'umanità dolente e indomita, capace di sopravvivere alla catastrofe. Emblema di una

fatica da fare insieme, spostando i pesi con cautela, bilanciando i movimenti, andando a tempo per non cadere.

Ho portato con me, nello studio analitico, le insegne di un lavoro che non si può fare da soli, che deve essere portato avanti in affiancamento, fratelli di campo, solidali verso le reciproche debolezze, capaci di ridere e piangere insieme nel riconoscere la propria e altrui follia, la propria e altrui straordinaria, comunissima normalità.

Quando ho iniziato a riflettere sul tema della tavola rotonda, la prima cosa che mi è venuta in mente è stata che il lavoro nell'istituzione pubblica aveva fatto di me una terapeuta con un esame di realtà più acuto, dandomi maggiore consapevolezza dei miei limiti, dei limiti impliciti di un lavoro impossibile.

A lavoro concluso posso senz'altro affermare che c'è qualcosa che l'*istituzione pubblica* ha fatto per me in misura maggiore: *ha enormemente amplificato la mia capacità di sognare*, di vedere la realtà indossando gli occhiali del sogno, allenando quotidianamente la mia capacità di *réverie*. Dono straordinario tanto per la professione almeno quanto per la vita.

Bibliografia

- Bleger J. (1970), Il gruppo come istituzione e il gruppo nelle istituzioni. In Kaes R., Bleger J., Enriquez E., Fornari F., Fustier P., Roussillon R., Vidal J.P. (1988), *L'istituzione, le istituzioni*, Borla, Roma 1991.
- Enriquez E. (1987), Il lavoro della morte nelle istituzioni. In Kaes R., Bleger J., Enriquez E., Fornari F., Fustier P., Roussillon R., Vidal J.P. (1988), *L'istituzione, le istituzioni*, Borla, Roma 1991.
- Freud S. (1914), *Introduzione al narcisismo*, OSF, vol. 7, Boringhieri, Torino.
- Freud S. (1921), *Psicologia delle masse analisi dell'Io*, OSF, vol. 9, Boringhieri, Torino.
- Freud S. (1929), *Il disagio della civiltà*, OSF, vol. 10, Boringhieri, Torino.
- Kaes R. et al. (1991), *L'istituzione, le istituzioni*, Borla, Roma.
- Kaes R. (2007), *Un singolare plurale*, Borla, Roma.
- Racamier P. C. (1993), *Il genio delle origini*, Cortina, Milano.

Cono Aldo Barnà

Per un assetto psicoanalitico nei servizi.

Ho aderito con piacere e interesse a questa iniziativa presso l'Azienda USL Roma C sul "Lavoro psicoanalitico nelle istituzioni". La considero un'iniziativa coraggiosa, dovuta al tenace lavoro organizzativo di Giorgio Bartolomei e Massimo Armario e sostenuta dalla partecipazione di tanti colleghi, competenti e appassionati, che da anni operano nei servizi, nel rispetto dell'assetto e dell'etica psicoanalitici, anche in presenza di condizioni difficili in ragione di problematiche complesse, antiche e recenti, che scoraggiano un tale approccio.

E' il mio auspicio di sempre, che gli operatori dei servizi e delle strutture intermedie possano fruire validamente di un contatto organico con la cultura psicoanalitica, con il suo vertice interpretativo, con l'assetto emozionale specifico dell'ascolto psicoanalitico, con la metodica ricostruzione storico-narrativa della vita del paziente e della psicogenesi del suo disagio, e che tutto ciò si accompagni a un metodo di discussione e di elaborazione che favorisca la crescita individuale e collettiva degli operatori e del gruppo di lavoro, assieme al riconoscimento reciproco delle motivazioni, delle risonanze e delle difficoltà vissute nel coinvolgimento con i pazienti.

Tutto ciò nella speranza che si realizzi la possibilità di elaborare insieme linee d'intervento, progetti terapeutici, singole gestioni e soprattutto di esaminare ed esorcizzare insieme i fattori di usura del lavoro psichiatrico, disponendo di un ambito sistematico e competente di analisi e di confronto riguardo a tali fattori usuranti: mi riferisco soprattutto ai fantasmi difficili da comunicare e che si tenta, con fatica e malamente, di elaborare in termini individuali.

E' così che io concepisco la sistematica supervisione in gruppo con un consulente psicoanalista, dei servizi deputati alla cura e alla riabilitazione dei pazienti psichiatrici.

La mia esperienza testimonia della felicità e della grande utilità di quest'*assetto grupale di supervisione*, che è cosa diversa dalle supervisioni interne o dalle riunioni cliniche, e che, a mio parere dovrebbe diventare uno strumento stabile di lavoro, di formazione e di aggiornamento per tutti gli operatori della salute mentale.

Un'esperienza che mi conduce inoltre, ancora una volta, a rinnovare la proposta a favore dell'istituzione nei servizi di salute mentale di una valida e articolata *opzione psicoterapeutica*, tale da affiancare ed integrare significativamente l'approccio prevalente di carattere farmacologico.

L'aumento delle richieste di cura, a fronte di una continua riduzione delle risorse disponibili, impone agli amministratori, e ai tecnici della salute, una scelta oculata dei trattamenti da rendere disponibili, che tenga conto delle prove di efficacia anche a riguardo dei costi (Fava e Masserini, 1997, 2002; Gabbard e al., 1997; Tansella, 1997; Ranci Ortigosa, 2000).

Uno studio americano, pubblicato sull'*American Journal of Psychiatry*, ha analizzato i lavori sull'esito della psicoterapia pubblicati dall'84 al '94. Due risultati in particolare meritano di essere ricordati: Il primo è che solo 35 dei 686 lavori selezionati riportavano misure di esito che avevano qualche implicazione relativa ai costi. Il secondo, che i risultati di questo piccolo sottogruppo di studi dimostravano che la psicoterapia tende a ridurre i costi dei trattamenti di molti disturbi mentali gravi, apparendo quindi come una sorta d'investimento in grado di avere un impatto positivo sulla performance lavorativa e di ridurre durata e frequenza delle costose ospedalizzazioni (Gabbard et al., 1997).

Non opero, a proposito, alcun distinguo tra i diversi approcci esistenti, ne intendo privilegiarne alcuno. Penso infatti, che sia soprattutto necessaria la riaffermazione in sé del rapporto psicoterapeutico e della costituzione di una "*mentalità psicoterapeutica*" in tutte le figure professionali coinvolte nella cura e nell'assistenza al disagio psichico (Barnà, 1988, 1990; Galli, 1986, 1990).

Promuovere la qualità dei servizi in questo senso, comporta, più in generale, un sostegno culturale e scientifico al ruolo centrale che la psicoterapia sta assumendo quale risposta moderna al disagio e alla sofferenza dell'individuo.

Molte fasce della popolazione, che non sono in grado di sostenere i costi di una terapia privata, ricevono dai servizi socio-sanitari solo dei trattamenti di urgenza ed emergenza, mentre è loro precluso l'accesso alla psicoterapia.

Ciò crea una situazione paradossale: a fronte del fatto che il disagio sociale è più presente nelle fasce più povere della popolazione, proprio queste vengono escluse da un trattamento che rimane disponibile, privatamente, solo per le fasce agiate.

In conclusione ritengo che in tutta questa materia siano necessarie nuove scelte e che esse debbano scaturire da un esame critico della realtà della psichiatria nel nostro paese, soprattutto del suo sviluppo in questi ultimi anni, caratterizzati prima dall'avvio della legge di Riforma e quindi dalla cosiddetta "*Aziendalizzazione*" delle strutture sanitarie (Olivetti Manoukian, 1988).

E' necessario che il dibattito sulle scelte operative si svolga all'interno di un confronto fra esperienze e necessità rintracciate dalla pratica territoriale di questi anni; ma è anche necessario un adeguamento del dibattito politico e amministrativo a proposito dell'impiego delle risorse relative alla sicurezza sociale in relazione agli avanzamenti della ricerca scientifica.

Negli anni '80 la "*Carta di Ottawa*" ha definito la promozione della salute come "*un processo finalizzato a mettere le persone in grado di controllare e migliorare la loro salute*"; quindi come "*un'azione multidisciplinare*", di cui ha delineato le implicazioni politiche e sociali, identificandone

le attività essenziali. Ha così tracciato cinque azioni fondamentali tra cui quelle di: “*Orientare i servizi sanitari*” e di “*costruire una politica pubblica per la salute*” (WHO 1986, 1995).

Ebbene la promozione della salute mentale è da considerarsi un ambito particolare della promozione della salute, più complesso di altri in quanto di definizione ed individuazione meno immediata. Il costrutto “*salute mentale*” appare infatti controverso: numerose teorie hanno tentato di definirlo, ma è evidente, rispetto all’ambito della salute fisica, la maggior difficoltà ad effettuare una precisa demarcazione fra normalità e patologia (Dalgard et al., 1991).

La dimensione fortemente soggettiva della salute mentale, la forte correlazione fra il contesto familiare, sociale ed economico e lo stato di salute, pur nell’impossibilità di specificarne i rapporti con una relazione lineare, contribuiscono a creare questa complessità (Lynch et al., 1997, Thornicroft e Tansella, 2000).

E’ quindi necessario un avanzamento epistemologico, culturale e tecnico degli studi sul disagio psichico, sulle strutture profonde della formazione dell’individuo e della personalità, assieme alla comprensione dello specifico umano e operativo della relazione tra curante e curato, ma anche tra utente e gruppo dei curanti, gruppo dei curanti e istituzione, istituzione e società (WHO 1986, 1988).

Si tratta di un grosso sforzo di adeguamento teorico-tecnico da parte di tutte le componenti dei servizi. Ciò che renderebbe fruibile per tutta l’utenza, una modalità adeguata di ascolto, un complessivo atteggiamento psicoterapeutico e arricchirebbe significativamente l’attuale dialettica culturale ed economica tra pubblico e privato rendendola più articolata. (Arkowitz, 1992; Carere Comes, 2006).

L’indicazione prevalente è quindi quella di una ricerca e una sperimentazione pluralistica che connotino una nuova fase della riforma dell’assistenza in un rapporto non più avverso alle tecniche, ma favorevole nei confronti di quelle conoscenze e di quelle competenze che permettano una gestione più consapevole e più moderna del disagio in una società avanzata; in relazione quindi alle contraddizioni specifiche del nostro modello di sviluppo (Norcross e Goldfield, 1992; Safran, Greemberg e Rice, 1992).

Per rispondere ai processi di trasformazione in corso, ci vogliono dunque contenuti culturali, scientifici e tecnici adeguati. La risposta in questa direzione rimane anche quella di una strutturazione dei servizi secondo un indirizzo psicodinamico, relazionale ed efficacemente psicoterapeutico.

E’ necessaria per questo la costituzione di momenti e ambiti formativi specializzati in primo luogo ad assicurare questa evoluzione culturale e tecnica di tutto il personale ancor prima della

strutturazione degli ambiti terapeutici specifici che impieghino cioè un sottogruppo specializzato di tecnici formati alla psicoterapia.

Il riconoscimento di condizioni propedeutiche, la loro costituzione all'interno della mentalità e del funzionamento di tutto il servizio, la strutturazione di una modalità di elaborazione e di verifica degli interventi, la salvaguardia della continuità terapeutica rappresentano i valori preponderanti per la costituzione di un "primo livello" a cui si pone la questione della strutturazione psicoterapeutica (Barnà, 1988; Bolelli, 2001).

Ho altrove definito questo primo livello come *"quello complessivo degli operatori che accedono a un'alternativa culturale e tecnica, di concezione e di impostazione del loro lavoro, adatta a superare la cultura medica, sostanzialmente organicista, della malattia mentale. Assumendo invece l'orientamento etio-patogenetico odierno che si esprime a favore di un sistema aperto pluri-fattoriale in cui, cioè, l'interazione e la transazione di molteplici fattori influenzano i livelli di salute e di malattia"* (Barnà, 1988; Martini e Corlito, 1988).

Si tratta quindi di costituire, in termini consequenziali, un clima, un metodo e un protocollo di funzionamento che garantiscano l'organizzazione delle attività del servizio all'interno di una reale integrazione pluri-professionale e una partecipazione reale di tutti alla gestione del servizio.

Ciò alla ricerca di un funzionamento capace di superare anche i limiti teorici e d'indirizzo presenti nella stessa legge di riforma, e di proporre quindi livelli più adeguati di interpretazione e di gestione del disturbo mentale.

Affinché il servizio mantenga una propria identità è inoltre necessaria una programmazione che contempli il suo pieno inserimento nelle strutture del territorio, ma anche la strutturazione autonoma di momenti interni di riflessione e di identificazione del proprio specifico teorico e tecnico e di aggiornamento ideologico e modellistico.

Bisogna cioè, come prima qualifica psicoterapeutica del servizio, attivare e rendere ben funzionante un lavoro gruppalmente capace di elevare, nel collettivo e nei singoli operatori, la consapevolezza delle ansie, dei fantasmi e delle dinamiche messi in moto dall'incontro e dalla presa in carico del paziente e del suo disturbo, ma anche di quelli presenti nel gruppo familiare, nella comunità sociale più prossima, ma anche nel servizio e nella rete dei rapporti all'interno del servizio (Elliot, 1955. Menzies Lith, 1959).

Un livello soprattutto capace di fornire strumenti di analisi e di elaborazione delle ansie che derivano agli operatori dal contatto e dal coinvolgimento con le manifestazioni della sofferenza mentale. Così che sia possibile strutturare una più adeguata comprensione delle proiezioni che regolarmente l'istituzione e il singolo operatore si trovano ad accogliere, mescolate con i bisogni reali e le urgenze. Come anche una comprensione della qualità patologica delle difese che si

mettono in moto e che si basano su massicce negazioni, scissioni e proiezioni che dalla situazione focale tendono a riverberarsi nel clima e nel funzionamento del servizio, così come nei rapporti tra gli operatori; quando non costituiscono spine psicopatologiche in grado di introdurre scompensi, più o meno circoscritti, nella motivazione degli operatori, se non addirittura nella loro salute mentale.

Organizzare delle attività specifiche per la gestione di questo livello significa ancora, di nuovo, avviare una “*strutturazione psicoterapeutica del servizio*” (Barnà, 1988).

Fatto salvo questo primo livello di necessaria strutturazione psicomica dell'intero servizio, è possibile impostare il problema successivo. Quello, cioè, della programmazione e dell'erogazione di trattamenti psicoterapeutici da parte del servizio, nelle situazioni in cui se ne individui una precisa necessità e possibilità.

In termini pratici si tratta in sostanza di individuare un gruppo di operatori che siano collocati nel servizio in modo da conservare, da un lato, omogeneità con l'orientamento e la pratica collettiva, ma capaci, allo stesso tempo, di erogare una prestazione specializzata attraverso un rapporto di profondo coinvolgimento personale, fatto di procedure, di regole di funzionamento e di comunicazione particolari che necessitano perciò di una disposizione adeguata oltre che di competenza specifica (Barnà, 2008; Ponsi, 2006).

Mi riferisco alla necessità di una cornice teorica, metodologica e psicologica che sia in grado di contenere il rapporto terapeutico e di farlo svolgere con adeguate garanzie.

Alcune di queste garanzie sono costitutive e irrinunciabili sia in termini etici che scientifici. Esse vanno aldilà delle regole deontologiche di responsabilità in cui tutti gli operatori sanitari si riconoscono.

Sono garanzie tecniche necessarie affinché il trattamento si svolga in un ambito controllabile, del quale poter interpretare l'andamento, con lo scopo di ottenere infine la sua migliore risoluzione.

E' inoltre necessario che i tempi di una psicoterapia erogata da un servizio pubblico contemperino i bisogni dell'utente con i criteri di economicità del servizio a riguardo delle risorse e dell'uso delle sue forze operative.

Io non credo che il setting adeguato all'utenza del servizio e alle suddette esigenze di programmazione e impiego virtuoso delle risorse, possa essere semplicemente ed imitativamente mutuato dalla pratica privata libero-professionale. Ritengo piuttosto che esso si debba strutturare in modo specifico, con un'organizzazione adeguata, con una sua cornice di riferimento, in un'utile continuità con il servizio, attraverso la condivisione dei luoghi e dei criteri di verifica, ma in una giusta separatezza ed autonomia tecnica.

Dopo la risoluzione di queste problematiche, con un'adeguata elaborazione riguardo alle opzioni tecniche, è necessario pensare alla formazione degli operatori, al funzionamento del gruppo dei

terapeuti, al confronto tra le opzioni tecniche e i vari modelli di riferimento e all'eventuale integrazione tra essi ed infine alla funzione sistematica della supervisione e dell'aggiornamento.

Ritengo che per molti aspetti, ci troviamo, ancora una volta in un momento nel quale è importante ampliare la comprensione della sofferenza mentale nelle forme emergenti nelle quali giunge alla nostra osservazione, e, contestualmente, rivedere e aggiornare la teoria della tecnica e del processo terapeutico (Jones, 2000; OMS 2001).

Un aspetto nuovo quindi e molto incoraggiante in questo senso è dunque rappresentato dal fatto che le neuroscienze stanno progressivamente chiarendo i meccanismi cerebrali a monte del funzionamento mentale e che, sempre più frequentemente e più chiaramente, tali ricerche stabiliscono significative concordanze con le teorie psicodinamiche affermando in definitiva che le rappresentazioni interne delle relazioni interpersonali che gli esseri umani vivono nell'ambiente esterno, hanno la fondamentale funzione intrapsichica di “*regolatori biologici*” che controllano i processi fisiologici (Schore, 1994).

Ciò fa esprimere alcuni autori a favore di una “*nuova cornice intellettuale per la psichiatria*” che integri le conoscenze sul funzionamento della mente umana (Kandel, 1999).

Questi studi considerano la psicoterapia come una forma di apprendimento (Etkin et al., 2005) e tendono a concordare sul fatto che gli interventi psicoterapici modulano l'attività di specifiche aree cerebrali e che ciò sia alla base del miglioramento clinico (Frewen e al., 2008).

I risultati più noti sugli equivalenti neurobiologici del cambiamento indotto dal processo psicoterapico si riferiscono soprattutto alle psicoterapie di tipo cognitivo-comportamentale (Roffman et al., 2005). Anche se studi relativi alla psicoterapia psicodinamica hanno evidenziato ad es. una normalizzazione della ricaptazione della serotonina a livello della regione pre-frontale mediale e del talamo in soggetti con disturbo borderline di personalità, nella cui patogenesi era presente una elevata frequenza di episodi traumatici (Viinamaki et al., 1998).

Alcune ricerche recenti sembrano inoltre dimostrare che il trattamento psicoterapico della depressione non solo è di potenza pari al trattamento farmacologico, ma ha effetti di prevenzione della ricaduta maggiormente durevoli nel tempo. Ciò darebbe alla psicoterapia una convenienza anche economica rispetto alle altre misure terapeutiche (Layard, 2006; London school of economics and political science, 2006; Valenstein, 2006).

L'angoscia che caratterizza i nostri pazienti è oggi più indefinita e generalizzata. Si tratta di soggetti scarsamente identificati, con una frequente assenza di significato, un'incerta e precaria concezione del futuro e un profondo senso di smarrimento e di solitudine.

Curare, in questa congiuntura, vuol dire sempre di più, fornire ad essi una significativa esperienza relazionale controllata e profonda, finalizzata alla loro evoluzione affettiva ed identitaria, capace al contempo di porgere nella stessa modalità relazionale modelli e stimolazioni che promuovono lo sviluppo di capacità autonome e financo di creatività.

Da questo punto di vista sarebbe auspicabile una *formazione psicodinamica* di tutte le figure professionali coinvolte nel lavoro d'igiene mentale. Ma soprattutto appare necessario concepire nel funzionamento quotidiano del servizio, nell'identificazione, verifica ed elaborazione dei problemi, delle gestioni, degli interventi quel laboratorio psicodinamico di gruppo che, nell'esperienza di molti è il contesto adatto a gestire le ansie collettive e i vissuti che si attivano in relazione alle situazioni prese incarico.

Vorrei aggiungere a chiusura del mio intervento alcune riflessioni che riguardano più da vicino la mia identità di psicoanalista aperto alle problematiche del pubblico. Tutti quanti sappiamo quanto complesso e alterno, anche se ricco e proficuo, sia stato il dialogo della psicoanalisi con le altre discipline soprattutto per il tenace pregiudizio a proposito della sua collocazione epistemologica.

Sappiamo che lo stesso Freud, che pure avrebbe voluto dimostrare, per rinsaldarlo, il profondo legame della sua ricerca con la biologia e la neurofisiologia, dovette rinunciarci rinviando il suo "*progetto*" a tempi migliori (Barnà, 2008).

Oggi sono passati tanti anni da allora. Le nostre osservazioni cliniche hanno proceduto e la modellistica relativa alla mente e al rapporto terapeutico si sono arricchite. Ha proceduto la ricerca neurologica e le teorie sulla mente formulate dai neuro-scienziati, così come ha proceduto la riflessione dei filosofi della scienza e quella relativa all'epistemologia (Merciai e Cannella, 2009).

Sarebbe perciò auspicabile tentare un nuovo accordo o, almeno, delle convergenze significative, tra i vari ambiti. Un accordo che ci aiuti a formulare indicazioni utili per le nuove forme del disagio: indicazioni d'igiene mentale, d'igiene nelle relazioni tra le persone e sul trattamento del disagio mentale. Riprendendo quindi un invito dello stesso Freud a "*trovare un punto di contatto con la biologia*" (Freud, 1913) accennerò ad alcune riflessioni provenienti da un ambito interdisciplinare, di confronto e di verifica relativo all'uso e alla rilevanza dell'approccio psicoterapeutico nella cura del disagio mentale e ad alcuni studi e ricerche che ne comprovano l'efficacia e l'opportunità.

Negli scritti di validi ricercatori troviamo infatti, sempre più frequentemente, accenni e formulazioni incoraggianti rispetto alla speranza di un reciproco riconoscimento convergente.

Molti studi hanno già offerto in realtà prove suggestive relative al fatto che la psicoterapia può comportare modificazioni del funzionamento cerebrale (Baxtere al., 1992; Schwartz e al., 1996; Vinamaki e al., 1998). Gli studi di *neuroimaging* (fMRI e PET) hanno infatti dimostrato che sia la terapia cognitiva che la psicoterapia dinamica hanno evidenti effetti sul sistema nervoso centrale

(Janiri et al., 1992).

Daniel Siegel, a sua volta, contesta *“l'impressione che nella ricerca neuro-scientifica un certo 'determinismo biologico' stia contribuendo ad una perdita della mente a favore del cervello, e afferma, che i dati più recenti emersi dalla ricerca neurobiologica vanno esattamente nella direzione opposta”* (Siegel, 1999). Aggiunge inoltre: *“Spesso le attività di coloro che lavorano nelle singole discipline procedono in maniera del tutto indipendente; tuttavia, se passiamo in rassegna i dati emersi nel corso degli ultimi anni, appare evidente che esistono in realtà molti punti di convergenza fra queste diverse aree di ricerca”* (Siegel, 1995).

La ricerca e le comprensioni relative al *“cervello emotivo”* sono state foriere d'altre significative convergenze tra la ricerca neuro-scientifica e gli assunti psicoanalitici sul funzionamento mentale e sul ruolo, in esso, della vita affettiva (Le Doux, 1996).

Sono state comprensioni che hanno ridimensionato le pretese egemoniche della ricerca cognitiva o comunque il tentativo di comprendere la mente attraverso un paradigma funzionalista che al massimo può rendere ragione degli aspetti computazionali della mente.

E' proprio Le Doux a scrivere: *“La separazione artificiosa della cognizione dalle emozioni è stata molto utile agli albori delle scienze cognitive e ha permesso di affrontare la mente da una nuova prospettiva; ma oggi è giunto il momento di riportare la cognizione nel suo contesto mentale e di riunire nella mente emozione e cognizione”* (Le Doux, 1996, 42).

Oggi possiamo affermare assieme a lui che le emozioni: *“Siano delle funzioni biologiche del sistema nervoso”*(Le Doux, 1996, 14). Edelman ci ricorda quindi come: *“Uno dei processi fondamentali del cervello... è la capacità di effettuare categorizzazioni percettive, di 'decifrare' il mondo”* (Edelman, 2004, 43).

Il mondo che con la sua complessità fa dire, a sua volta, ad Alberto Oliverio che *“nonostante il progresso delle neuroscienze non si può rinunciare ad altri livelli di descrizione, da quello neurobiologico a quello psicologico”* (Oliverio, 2009).

In tal senso il contributo degli psicoanalisti è molto fitto e grande è il loro interesse per la ricerca inter-disciplinare e per il dialogo. Oggi soprattutto quello con le neuro-scienze e con la ricerca cognitiva.

Io mi fermerei qui avendo già abusato della vostra pazienza e attenzione. Spero che le mie riflessioni siano riuscite a chiarire il mio punto di vista e soprattutto che abbiano fatto procedere, se pure di poco, in ognuno di voi, la convinzione di un avanzamento scientifico e pragmatico, a mio avviso, opportuno e non più procrastinabile per i nostri servizi e, più in generale, per la cultura della *“cura”* nella nostra società.

Bibliografia

- Arkowitz, H. (1992) Integrative Theories of therapy. In D. Freedheim et al. (Eds) *History of Psychotherapy: A century of change* (pp. 261-304). Washington D.C.: APA Press.
- Barnà C.A. (1988) Livelli e problemi di strutturazione psicoterapica del servizio pubblico di Salute Mentale. In: *la psicoterapia nel servizio di salute mentale* (a cura di Martini P., Corlito G.). ETS Editrice, Pisa.
- Barnà C.A. (1990) "La formazione degli operatori" in Benvenuto S & Nicolau O., a cura di, *La bottega dell'anima*. Angeli, Milano.
- Barnà C.A. (1995) Esperienze di supervisione nei servizi, in Marinelli, Sbardela (a cura), *Fattori terapeutici nei gruppi nelle istituzioni*, *Quaderni di Koinos*, n. 3.
- BaxterLR Jr, Schwartz JM, Bergman KS et al. (1992) *Claudate glucose metabolic rate changes with booth drug and behavior therapy for obsessive-compulsive disorder*. *Arch Gen Psychiatry* 1992 : 49 (9): 681-689.
- Bolelli D. (2001) *Le psicoterapie psicoanalitiche nelle istituzioni*. Angeli, Milano.
- Carere Comes T. (2006) Intervista. *Il ruolo terapeutico*, fasc. 102
- Carta di Ottawa (1986) WHO 1986.
- Dalgard, O.,S., Sorensen, T., Biork, S., (1991) Community psychiatry and health promotion research, in: De Pieri, P., Favaretti, C., Pilati, G., Tamang, E., Sbrogiò, L., (1998), *Le reti di setting per la promozione della salute, Educazione sanitaria e proozione della salute*, 21, 3.
- De Masi F. (2006) *Vulnerabilità alla psicosi*. Cortina, Milano.
- Edelman G.M. (2004) "Più grande del cielo", Einaudi, 2004, Torino.
- Elliot J. (1955) "Sistemi sociali come difesa contro i persecutori e l'angoscia depressiva" in Klein M, Heimann P, Money Kyrle R. (a cura)"Nuove vie della psicoanalisi". Il Saggiatore, Milano, 1966.
- Etkin, A., Pittinger, C., Polan, H.J., Kandel, E.R. (2005) "Toward a neurobiology of psychotherapy: Basic science and clinical applications". In *Journal of Neuropsychiatry and Clinical neuroscience*, 17 (2), pp. 145-158.
- Fava E., Masserini C., (1997) *Il Contributo della ricerca valutativa alla clinica*. Angeli, Milano.
- FavaE., Masserini C. (2002) *Efficacia delle psicoterapie nel servizio pubblico*. Angeli, Milano.
- Freud, S. (1913) *L'interesse per la psicoanalisi*. Tr. It. Opere, vol. 7. Boringhieri, Torino, 1966, pp. 265.
- Frewen, P.A., Dozonius, D.J., Lanius, R.A. (2008) "Neuroimaging studies of psychological interventions for mood and anxiety disorders: empirical and methodological review. In *Clinical Psychology Review*, 28 (2), pp. 228-246.
- Gabbard G.O., Lazar S.G., Hornberger J. and Spiegel D., (1997) The economic impact of psychotherapy: a review. *Am. J. Psychiatry* 154: 147-155.
- Galli P.F. (1985) *Le psicoterapie nei servizi psichiatrici*, W. Festini Cucco e M. Gasseau (a cura), Angeli, Milano.
- Galli P.F. (1986) "Psicoterapia formazione e specialismo" in Minguzzi G.F., (a cura di), *Il divano e la panca. Psicoterapia tra privato e pubblico*. Angeli, Milano.
- Galli P.F. (1990) "Psicoterapia in italia: ieri e oggi" in Benvenuto S. & Nicolau O., a cura di, *La bottega dell'anima*, Angeli, Milano.
- Janiri L., Guglielmo R., Brischi A. (2009) *Psicoterapia e neuroscienze: l'integrazione possibile. Modelli per la mente*, 2009.
- Jones E. E. (2000) *L'azione terapeutica. Una guida alla terapia psicoanalitica*. Cortina, Milano.
- Kaes R. (1976), *L'apparato pluripsichico*. Armando, Roma, 1983.
- Kandell E., R., (1999) Biology and the future of psychoanalysis. A new intellectual framework for psychiatry revisited, *Am J Psychiatry*, 156, 4: 50-24.
- Layard R. (2006), "The case for psychological treatment centres", *British medical journal*, 332: 1030-1032.
- LeDoux (1996) *Il cervello emotivo*. Baldini e Castoldi, Milano, 1998.
- London school of economics and political science (2006), *The depression report. A new deal for*

depression and anxiety disorders, <http://www.lse.ac.uk>

Lynch, J.W., Kaplan, G.A., (1997) Whiter studies on the socioeconomic foundation of population health, *Am J of Public Health*, 87. 1409-1411.

Martini P., Corlito G. (a cura) 1988. *La psicoterapia nel servizio di salute mentale*. ETS, Pisa.

Menzies Lith I. (1959) Le funzioni dei sistemi sociali come difesa contro l'ansia: un rapporto su uno studio del servizio infermieristico di un ospedale generale. *Human relations* 13: 95-121

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

Norcross, J.C., Goldfield, M.R. (Eds) (1992) *Handbook of psychoterapy integration*. N.Y. Basic Books.

Oliverio A. (2009) "*La vita nascosta del cervello*", Giunti, Firenze.

Olivetti Manoukian F. (1988) *Stato dei servizi*, il Mulino, Bologna.

OMS (2001) World Health Report.

Ponsi M. (2006) Il cammino della psicoanalisi verso il metodo scientifico. Tradimento o traguardo, in Dazzi N. et al. (a cura) *La ricerca in psicoterapia*, Cortina, Milano.

Ranci Ortigosa M. (2000)(a cura) "*La valutazione di qualità dei sistemi sanitari*". Angeli, Milano.

Roffmann, J., Marci, C.D., Glick, D.M., Dougherty, D.D., Rauch, S.L. (2005) "Neuroimaging and the functional neuroanatomy of psychotherapy". In *Psycho-Logical Medicine*, 35 (10), pp. 1385-1398.

Roth A., Fonagy P. (1996) "*Psicoterapie e prove di efficacia*", Il Pensiero Scientifico Editore, Milano, 1997.

Safran, J.D., Greenberg, L.S., Rice, L. N. (1992) Integrating psychterapy researche and practice: Modeling the change process. *Psychoterapy*, 25, 1-17.

Schwartz JM. Stoessel PW, Baxter LR et al. (1993) *Systematic changes in cerebral glucose metabolic rate after succesful behavior modification treatment of obsessive-compulsive disorder*. *Arch Gen Psychiatry* 1996;63 (2): 109-3.

Schore A. N. (1994) "*La regolazione degli affetti e la riparazione del Sé*". Astrolabio, 2008, Roma.

Siegel, D.J. (1995). Memory, trauma, and psychotherapy: A cognitive science view: *Journal of Psychotherapy Practice and reserch*, 4, 93-122.

Siegel, D.J. (1999) "*La mente relazionale*", Cortina, 2001, Milano.

Tansella M. (1997) "Valutare l'esito delle psicoterapie: il dibattito continua", in: A. Roth A. e Fonagy P., "*Psicoterapie e prove di efficacia*", Il Pensiero Scientifico, Roma.

Thornicroft G, Tansella M, (2000) *Manuale per la riforma dei servizi di salute mentale*, Il Pensiero Scientifico, Roma.

Valenstein M. (2006), "Keeping our eyes on Star*D*", *American journal of psychiatry*, 163: 1484-1486.

WHO, (1986), *The Ottawa Charter for Health Promotion. International Conference on Health Promotion D the move towards a new public health*, Gradiar Public Health Association, Ottawa.

WHO (1988) *Health Promotion Glossary*, Oxford Univ. Press.

WHO (1995) European Working Group on Health Promotion Evaluation; *Reccomandation n. 4*.

Viinamaki, H., Kuikka, J., Tiihonne, J. e al. (1998). "Change in monoamine transporter density related to clinical recovery: a case – control study". In *Nordic Journal of Psychiatry*, 52, pp. 39-44

Giovanna Maria Mazzoncini

Psicoanalisi e Istituzioni

Ringrazio Massimo Armaro e Giorgio Bartolomei per aver organizzato questo importante convegno. Sono molto contenta per l'andamento dei lavori. Nei due giorni in cui ci siamo riuniti vi è stata una testimonianza del grande impegno degli operatori delle Istituzioni, e questo in un momento critico in cui la cultura dei Servizi pubblici e il pensiero psicoanalitico vengono spesso svalutati e in cui l'aziendalizzazione sottolinea e sostiene più i criteri di produttività che la tutela della salute e la qualità degli interventi.

Nel nostro campo l'Istituto Superiore di sanità ha recentemente emesso le linee guida per l'autismo che finiscono con il privilegiare il solo vertice cognitivo-comportamentale, escludendo altre teorie e tecniche patrimonio professionale di molti operatori. Inoltre ci sono state ASL che hanno messo il blocco ai tirocini delle scuole di specializzazione in psicoterapia, mostrando scarsa sensibilità culturale e miopia sui possibili benefici reciproci tra ASL e nuove generazioni di psicologi e neuropsichiatri.

Sottolineo ancora il valore di queste giornate di studio e confronto; noto quanto sia importante la presenza nutrita e attenta di molti giovani colleghi - speriamo si creino presto le condizioni per una loro entrata nei servizi! Attualmente tante esperienze elaborate negli anni rimangono mute, non vengono tramandate perché c'è una *smobilitazione pensionistica generale* degli operatori più anziani e non vi è la contemporanea presenza di nuovi operatori giovani, dato il blocco delle assunzioni nella pubblica amministrazione e nei Servizi in particolare.

C'è il grave rischio di obliare la storia dei Servizi, la loro nascita ed evoluzione. Le radici ideali, teoriche e politiche non vengono così trasmesse e non si dà il passaggio del testimone alle nuove generazioni.

Il riferimento alle esperienze passate – le prime ormai di quarant'anni fa - non vuole avere il tono retorico e nostalgico di un "come eravamo", ma deve rappresentare una traccia viva, che serva a conoscere ciò che si è fatto di buono e ciò che in futuro va evitato. Si tratta di un'esperienza ampia che ha coinvolto molti operatori di tutte le formazioni e professionalità e che vale la pena di elaborare ulteriormente per trarne aspetti costruttivi e per imparare anche da quelli eventualmente fallimentari.

Si tratta di *andare oltre*, sperando di consolidare ciò che è stato condiviso da molti e già sperimentato come utile alla ricerca, alla cura, alla comprensione e alla presa in carico della sofferenza dei pazienti e delle famiglie, e che fa parte della cultura degli operatori capaci di quella evoluzione che migliora la professionalità e consente di proteggersi dai rischi del burn-out

provocato da un'eccessiva fatica mentale ed emotiva non elaborata.

Anche il nostro seminario va in questa direzione e ritengo sia importante ricomporre le fila dopo anni di silenzio e sbandamenti. Mi auguro che questo possa rappresentare un messaggio forte e una volontà di contrastare le tendenze involutive di questi tristi tempi.

Molti hanno ricordato il carattere non solo politico ma anche ideologico del movimento antipsichiatrico e antimanicomiale alla fine degli anni sessanta. Ma non vanno d'altra parte dimenticati i valori promossi in quegli anni, quali l'uguaglianza, la solidarietà, la giustizia, i diritti accanto a doveri. La consapevolezza del diritto alla salute, alla cura, alla cultura e alla dignità, all'istruzione e al lavoro ha permeato molte aree del vivere civile di quei decenni e non è certo propria della sola antipsichiatria. Questi valori hanno informato profondamente un movimento trasversale contro la violenza, l'arroganza del potere, le guerre, le segregazioni, l'emarginazione di qualsiasi tipo, andando a costituire un vero patrimonio civile.

Un importante motore di cambiamento nell'ambito di tutto il sociale e dei Servizi è derivato anche dalla consapevolezza che nelle condizioni di vita alienanti, tutti sono coinvolti e tutti finiscono con l'essere vittime, e spesso nei servizi le condizioni alienate rischiano di diventare comuni ai pazienti e agli operatori.

La disumanità che talvolta vive il paziente, la sua morte emotiva, affettiva, psichica si riflette in un circolo vizioso anche sull'operatore. L'immobilità impedisce la ricerca, l'evoluzione, la crescita di ogni membro del sistema. Questi concetti che sembrano così ovvi sono invece spesso dimenticati in molti sistemi, apparati e ideologie della nostra società, nei quali si manifestano valori che riportano indietro di decenni il livello culturale e civile del nostro paese .

La lotta all'emarginazione è stata anche portatrice di valori forti che hanno dato senso e importanza alla dimensione psichica, affettiva e relazionale. Sono state poste in primo piano l'attenzione al mondo infantile, la prevenzione della malattia non solo fisica, le esperienze di vita precoci, le relazioni primarie e la socializzazione nello sviluppo infantile. Si è creata una forte sensibilizzazione verso il valore delle esperienze negli asili e nelle scuole primarie, si è sostenuta una scuola per tutti . Si è attivata un'attenzione alla formazione degli educatori e operatori a vari livelli. Pensiamo al grande movimento, unico in Europa, dell'integrazione scolastica dei disabili: i bambini più svantaggiati potevano trarre vantaggio in situazioni meno deprivate e depressive e gli altri, "i sani", potevano sperimentare come si possano accogliere e conoscere altri linguaggi, altri modi di esprimersi e comunicare. I bambini disabili potevano sperimentare anche un rapporto diverso con degli adulti disposti ad accogliere, comprendere, aiutare, contenere e trasformare in comunicazione il corporeo, il non verbale, alla ricerca di nuovi linguaggi comuni e nuovi apprendimenti, in un arricchimento reciproco.

Che è successo di tutto questo? Che senso al loro operare possono trovare ad esempio le maestre di sostegno, tra l'altro sempre meno numerose, emarginate nella e dalla classe ?

Se fino agli anni ottanta il movimento anti-istituzionale ha visto la partecipazione di molti psicoanalisti che contribuirono allo smantellamento dei manicomi e alla costruzione dei primi servizi territoriali, in seguito si verificò sempre di più una scissione tra il fare e il pensare, tra l'operare e l'elaborazione della ricerca, tra il primo e il secondo livello specialistico. La de-istituzionalizzazione e le fragili nuove strutture non hanno talvolta sopportato l'urto delle patologie gravi e delle richieste disorientate e massive delle famiglie; era necessario accettare che i tempi di trasformazione fossero molto più lunghi e faticosi del previsto. Il contesto sociale non sempre era pronto ad accettare una trasformazione così profonda, servivano mediazioni e senso dei passaggi. I servizi territoriali erano tutti da inventare e sperimentare, gli operatori necessitavano di una formazione forte che li attrezzasse con nuovi strumenti, non bastavano più o non solo gli "strumenti psichiatrici" tradizionali, o quelli diagnostici tra l'altro all'epoca criticati e spesso non utilizzati ma ne servivano altri più adatti ad una comprensione profonda del funzionamento mentale dei pazienti psicotici o borderline. Nei Servizi intanto si cercava di attrezzare il *reale*, il *pratico*; molto tempo veniva dedicato a nuove esperienze e all'apertura di spazi terapeutici, riabilitativi o educativi nel territorio; si lavorava per creare alleanze con i medici di base, collaborazioni con strutture sociali, ludiche, ricreative e lavorative.

Ricordo la mia esperienza del primo Servizio territoriale di neuropsichiatria infantile e riabilitazione in borgata: istituito sulla carta ma senza fondi e senza piante organiche, nel quale portavamo da casa arredi, oggetti per abbellirlo e per renderlo accogliente, con entusiasmo e dedizione vera ma anche con una incertezza e continua precarietà su quello che era giusto proporre agli utenti, sulle impostazioni e sui metodi operativi da adottare. Credo che quello che ha funzionato, almeno nella mia esperienza (eravamo allora tanto giovani quanto motivati!), sia stato il lavoro di gruppo: nonostante provenissimo da formazioni diverse c'era la tensione al confronto, una pluralità di vertici con cui leggere la realtà e le relazioni, lo scambio di riflessioni intorno alla vita propria e a quella dei pazienti in una continua grande opportunità di crescita. Un'equipe che riesce a dialogare, discutere, che difende lo spazio della riunione settimanale, che riesce a motivare anche chi sta *in panchina*, riesce a lavorare con i pazienti; altrimenti l'equipe tende a diventare come quelle famiglie dove vi è odio, devitalizzazione, disinvestimento affettivo e disinteresse, nelle quali ogni membro subisce un danno psichico.

Che cosa non ha funzionato nei Servizi? Di fronte alla gravità delle patologie e di fronte alla fatica di un lavoro di prima linea e di frontiera, dopo la chiusura dei manicomi e all'inizio del duro lavoro

territoriale, si è creata la necessità di ricorrere a strumenti terapeutici e a riferimenti teorici che guidassero la comprensione dei fenomeni e del funzionamento mentale dei pazienti con patologie gravi e diversificate. Molti operatori hanno fatto ricorso alla formazione fuori dai Servizi, si sono rivolti a formazioni teoriche delle più svariate e solo alcuni si sono indirizzati alla formazione psicoanalitica per gli adulti o per l'infanzia. Se da un lato le nuove acquisizioni cliniche, mi riferisco ad esempio alla teorizzazione di Bion sul funzionamento mentale, aprivano grandi possibilità di comprensione delle patologie gravi, dall'altro proponevano nella formazione una tecnica e un'esperienza valida principalmente per l'attività privata e non sempre esportabile nel servizio pubblico. Questa dicotomia, questa diversificazione hanno provocato sempre di più una distanza tra chi ha scelto l'attività privata e chi è rimasto - a volte eroicamente - nel pubblico, cercando di coniugare le teorie con applicazioni del tutto peculiari. Infatti se i cardini del pensiero psicoanalitico sono gli stessi, come, quanto e in che modo coniugarli con un setting diverso e con un contesto del tutto specifico, con un'utenza propria, apre scenari inediti con connotazioni originali e tipiche del Servizio pubblico. Si pensi solo al fatto che nel Servizio i pazienti non si scelgono, non pagano, non possono decidere di utilizzare secondo il bisogno le risorse né scelgono il terapeuta, ma devono accettare le disponibilità offerte.

Un altro fattore che ha inciso sull'isolamento dei Servizi è rappresentato dalla scissione tra il fare e il pensare, tra l'operare e il comunicare le proprie esperienze. Si è determinata una cronica distanza tra lavoro di ricerca universitaria e le esperienze e la cultura dei Servizi, tra la mente più abituata a scrivere e a far ricerca e il *braccio (o la mente afona)* di frontiera.

D'altro canto i Servizi hanno vissuto in soggezione rispetto alle sedi o società di formazione, non riconoscendo mai il valore di una propria cultura specifica, quella appartenente appunto alla specificità di essere Servizio pubblico.

Un altro elemento di diversificazione e di difficoltà per la diffusione più ampia del pensiero psicoanalitico riguarda la formazione degli operatori: da sempre la psicoanalisi è stata vista come appartenente ad un'élite di operatori in grado di pagarsi una formazione costosa e lunga, mentre altri operatori hanno ripiegato su soluzioni più abbordabili. Sottolineo questo in senso critico perché sarebbe un compito degli istituti di formazione il proporre - con una visione più ampia e meno miope - una maggiore accoglienza per gli operatori dei Servizi e per quelle giovani leve come i tirocinanti, proponendo condizioni favorevoli e accessibili per acquisire formazione. D'altra parte anche i Servizi dovrebbero esprimere forza e tenacia per richiederlo e contrattare.

Una esperienza che in passato è stata molto utile per mantenere vivi collegamenti tra impostazioni teoriche e operatività nei servizi, è stata la supervisione di psicoanalisti che hanno lavorato con il gruppo degli operatori: è necessario che anche in periodi così difficili alcune esperienze vengano

salvaguardate, richieste e mantenute, anche a costo zero sperando che colleghi analisti convinti dell'importanza di questa semina e di questo lavoro si rendano disponibili in tal senso.

Di fronte ad un lavoro psichico così difficile e impegnativo nessun operatore può rinunciare ad una propria analisi che gli permetta di capire meglio il proprio mondo interno e il proprio controtransfert nel lavoro con i pazienti, per non agire collusivamente e funzionare in identificazione proiettiva con il paziente stesso: costruire e mantenere un assetto interno saldo e in continua esplorazione permette di mantenere il contatto con se stessi e con l'altro, permette di pensare e di dar forza e convinzione al nostro operare.

Ripensando ai miei venticinque anni di lavoro nel servizio pubblico mi sovviene la grande ricchezza di esperienze, la possibilità di conoscere e curare una grande gamma di patologie e la fortuna di fare esperienze tanto diversificate, direi quasi un dedalo di esperienze e sollecitazioni irriducibili a quelle dell'attività privata. Inoltre la possibilità – e talvolta la necessità - di sperimentare varie soluzioni e setting in modo più libero, il poter confrontare il tuo lavoro con altri colleghi quotidianamente ha sempre rappresentato una grande opportunità di crescita culturale, scientifica ed umana. Tutto ciò può forse rendere più tollerabile l'attuale difficile situazione, e aprire possibilità creative.

Quale è invece l'apporto dell'esperienza e della cultura del Servizio pubblico al modello psicoanalitico ?

Credo che un grande contributo sia venuto dai Servizi per l'infanzia. Qui l'operatore si è abituato a muoversi in contesti diversi; per citarne alcuni: il lavoro con i genitori, i servizi educativi, il lavoro terapeutico individuale, le visite domiciliari, il lavoro con i gruppi di genitori o di bambini o di adolescenti, fino allo sportello per l'accoglienza nelle scuole, e ai gruppi di adolescenti in comunità, il lavoro di rete. Si è mosso in questi contesti spesso con una libertà maggiore e con il continuo passaggio tra sollecitazioni e interventi nel *concreto* e nel *reale* e l'attenzione al mondo interno, alle relazioni tra tutti i soggetti in campo.

Altro fondamentale apporto è rappresentato dal lavoro terapeutico con i pazienti gravi, che ha permesso sempre di più di dar senso e comprensibilità ad un approccio che dalla impostazione psicoanalitica classica fino a pochi decenni fa era considerato non praticabile, i cosiddetti soggetti non analizzabili.

Con i pazienti che presentano una patologia grave è spesso necessario un lavoro di rete che solo un Servizio pubblico può sostenere, e della rete vengono a far parte anche i Servizi di base, come ad esempio i medici curanti. Questo significa anche far conoscere un modello d'intervento che unifica

le risposte ai bisogni del paziente e non le disperde o non abbandona il paziente.

Infatti la ricaduta che ha il modo di operare e di funzionare di un Servizio che si riferisce a dei principi psicoanalitici sui Servizi limitrofi o presenti in un territorio è molto efficace e può costruire un apporto culturale dai possibili notevoli sviluppi.

I principi che condividiamo tutti e che ormai sono patrimonio degli operatori dei Servizi per la salute mentale per l'infanzia, l'adolescenza e l'età adulta, sono quelli dell'ascolto partecipato, dell'accoglienza e dell'alleanza terapeutica, della sospensione del giudizio, della vigilanza interna rispetto ai processi di identificazione o di proiezione con il paziente e con la sua famiglia.

Che nuove strade ha aperto in questi ultimi tre decenni il pensiero psicoanalitico?

Una visione per così dire gruppale del paziente e di conseguenza un intervento più ricco e complesso.

La direzione non è la ricostruzione archeologica della storia del paziente - e se ciò avviene è in funzione del presente - ma il qui ed ora e la consapevolezza di un Sé che impara a pensare sulle proprie esperienze emotive e affettive e sulle relazioni interne ed esterne. Di conseguenza anche il concetto di interpretazione cambia, non tanto la traduzione dell'inconscio quanto il *sognare* a fianco del paziente, la disposizione ad accompagnarlo nell'esplorazione dei significati e dei suoi sogni. Il paziente prende nella mente dell'analista e nell'analisi una posizione attiva: è la *coppia analitica* che è al lavoro nel processo analitico

Il concetto di campo analitico sottolinea proprio il lavoro della coppia, quello che accade in ogni seduta è opera di due co-protagonisti. L'interesse verso gli aspetti primitivi e primari del funzionamento mentale, gli studi sulla memoria implicita, l'importanza delle esperienze sensoriali e corporee precoci, l'unità corpo-mente hanno permesso di capire meglio e in profondità molte patologie e molti funzionamenti psicopatologici come i disturbi alimentari, i processi dissociativi nelle psicosi e negli stati traumatici, le perversioni.

Attualmente grande interesse rivestono le neuroscienze e certo la possibilità di avvicinarsi ad altre discipline scientifiche non può che arricchire il pensiero psicoanalitico, a patto che l'enfasi del nuovo - che peraltro spesso finisce con il confermare ciò che la psicoanalisi ha già scoperto o intuito - non ci porti a rischi di impostazioni neo-organicistiche che possono essere strumentalizzate a fini meramente diagnostici o di controllo, fuori dalla costruzione congiunta dei significati dell'esperienza soggettiva.

Infatti un altro aspetto sempre più investito d'interesse è il funzionamento psichico e l'integrazione delle aree psicotiche e non psicotiche presenti nel funzionamento di ognuno: pertanto anche la diagnosi cambia totalmente di significato, in quanto passano in secondo piano gli schemi sintomatologici e acquista rilevanza non la fenomenologia ma la funzione del sintomo all'interno

della vita psichica e concreta del paziente.

Attualmente mi sembra che se da un lato la psicoanalisi cerca terreni di confronto e scambio, ed è sempre di più impegnata nella ricerca sulle patologie narcisistiche e dissociative, dall'altro è molto interessata al mondo infantile e all'adolescenza.

La coartazione a strutturare dei setting rigidi riconosciuti come ortodossi è stata da tempo abbandonata dagli psicoterapeuti dell'età evolutiva, a vantaggio di un investimento sul ricercare in ogni modo un passaggio per raggiungere ed entrare intimamente in contatto con il paziente: il gioco, il fare interpretativo che a volte si esprime in una sorta di teatro con il piccolo paziente, dove i personaggi vengono rappresentati e fatti vivere, con il loro portato simbolico funzionale a raccontare le paure, le separazioni, l'odio, il possesso, il bisogno, l'amore e l'intera gamma della vita emotiva.

Il cambio spesso rapido di setting, individuale o con i genitori; gli adattamenti pratici, l'invenzione di setting o assetti su misura, come fare per sei mesi casetta sotto la scrivania, o aspettare per metà della seduta fuori della porta del bagno, o ancora parlare con il piccolo nascosto dietro la tenda o in piedi sul lavandino, non sembrano ormai situazioni eccezionali ma parte del percorso finalizzato all'incontro profondo con il paziente.

Indispensabile strumento di lavoro è il metodo osservativo psicoanalitico approntato da Ester Bick e insegnato anche nelle scuole di formazione di psicoterapeuti infantili come ad esempio l'AIPPI, la SPI e la SIPP, metodo assai utile anche nel lavoro con gli adulti e che permette di disporsi nella condizione mentale della reverie e di imparare a dar significato a tutto ciò che è non verbale, ma corporeo e presimbolico.

Le esperienze sempre più ricche e numerose di terapia precoce genitori (o madre) - bambino o i gruppi di bambini, il lavoro parallelo tra terapie dei genitori e quella dei bambini, il lavoro con le famiglie, sono esempi di un gran movimento di ricerca nell'analisi dell'età evolutiva. Molte esperienze terapeutiche con bambini autistici indicano una grande possibilità di cura allorché si interviene in età precoce. Il limite di molti terapeuti è la non pubblicizzazione di queste esperienze, mentre quelle che sono più conosciute vengono per di più dal mondo accademico o dalla letteratura straniera. Infatti viene spesso criticata la nostra mancanza nel fornire dati, risultanze statistiche e valutazioni standard così lontane dal nostro metodo di elaborazione. Sembra necessario attrezzarsi per affrontare la sfida di richieste della medicina basata sulle evidenze e i criteri oggettivabili.

Ancora, la psicoanalisi si sta interessando sempre di più all'adolescenza che rappresenta un mondo poco approfondito e non del tutto conosciuto anche da parte degli esperti: le nuove tecnologie, le nuove forme di comunicazione diffusissime tra i giovani, l'uso continuo di strumenti come internet incentivano sempre di più il bisogno di un mondo dove le risposte siano concrete e a portata di

mano, dove tutto è veloce e l'abilità sostituisce la pensabilità, dove la distinzione tra reale e virtuale si fa a volte labile e dove le soluzioni sembrano a volte potenziare più il ritiro nell'indifferenziazione o nella solitudine che la vera comunicazione e creatività.

Se il pensiero psicoanalitico è portatore di valori come la ricerca della verità, l'autenticità dei rapporti, il riconoscimento degli affetti e dei sentimenti, i significati che aiutino a costruire un mondo interno e esterno meno scisso e precario, dobbiamo aspettarci un lavoro duro in questo tempo oscurantista, non per difendere un pensiero ideologico ma una qualità dell'essere persone e operatori portatori di questi valori.

La separazione della ricerca e del fare, la scissione rigida tra pubblico e privato, o all'opposto l'esibizione impudica del privato, di fronte a questo disastro che vive la nostra società sbandata e impoverita ci richiedono grande impegno, coesione e umiltà per attaccare la *zona grigia* e iniziare a distinguere dove tutto è indifferenziato e dove ogni persona rischia di essere reificata senza prospettive di senso.

Il lavoro psicoanalitico nelle istituzioni