

La cura del campo familiare: dal dialogo fra generazioni di terapeuti a quello con i pazienti contemporanei. Un progetto di ricerca clinica e di cura del soggetto e del suo campo familiare transgenerazionale.

di Francesco Comelli, Paolo Leoni, Maura Monguzzi, Francesca Borgogno, Maurizio Pinato, Leopolda Pelizzaro, Roberto Cerabolini, Luigi Valera, Sara Bruni, Dora Rossi, Francesco Bisagni, Chiara Mauri, Marco Ramella

Abstract

In questo testo trovano spazio le ricerche sul setting e sulle cure, operate da un gruppo di ricerca che ha lavorato sul rapporto fra mente estesa familiare e soggetto, dove la prima diventa uno spazio ectopico di deposito di contenuti del soggetto. L'équipe funziona da contenitore per gli elementi che i soggetti del gruppo familiare hanno potuto affrontare solo mediante strategie difensive.

Parole Chiave: famiglia, individuo, contenitore, contenuto, setting.

Introduzione

Questo lavoro nasce da esperienze cliniche con adolescenti che hanno mostrato una particolare resistenza alle cure o una particolare difficoltà ad utilizzare i tradizionali strumenti terapeutici: l'area di riferimento è quindi quella dei disagi nella contemporaneità, caratterizzati da agiti compulsivi, distruttività e dipendenza.

È possibile che la resistenza alle cure di questo tipo di pazienti sia legato a nodi e tematiche non risolte nelle generazioni precedenti, a partire dalle difficoltà per i genitori di trasformare le loro esperienze difficili avute come figli. Ciò può aver determinato legami disregolati fra genitori e figli, con inconsapevoli posizioni del genitore nel contenere il figlio sulla base di proprie problematiche non trattate o non consapevoli.

I pazienti cosiddetti resistenti, che mettono in crisi i tradizionali strumenti di cura, ci hanno spinto a studiare il rapporto psicopatologia\cultura e a considerare i gruppi familiari come gruppo – ponte nel confine fra soggetto e cultura, e fra soggetto e psichiatria. I gruppi familiari vengono studiati in questo tipo di lavoro sulla base del concetto di mente estesa (Corrao, 1999) esistente fra diversi soggetti, che corrisponde all'esistenza di un gruppo efficace nel produrre una grammatica intersoggettiva implicitamente condivisa.

Lo stimolo a lavorare sulle generazioni nasce quindi da esperienze con pazienti “resistenti” (Shapiro, 2011) e non principalmente da suggestioni teoriche, nel tentativo di reperire confini più chiari fra i traumi del genitore e i derivati nella psiche del figlio, spesso contenuta da contenitori familiari o genitoriali magari utili alla sopravvivenza del gruppo familiare (o di un suo rappresentante), ma favorevoli una cronica mancata separazione dai legami fra due soggetti appartenenti a una diversa generazione della stessa famiglia.

Ciò può determinare fenomeni noti a chi lavora in psichiatria, con lunghe storie di farmaci diversi, diagnosi continuamente rinnovate, ricoveri con continue psichiatrizzazioni, oppure, sempre più, rifiuto delle cure.

La resistenza del paziente non è pertanto rivolta alla psicoanalisi, ma si pone come oggettivo fallimento di diverse terapie in ragione di una impermeabilità o incomprensione dei linguaggi che il “*popolo di terapeuti*” è uso utilizzare.

Questi pazienti pongono alla cultura scientifica una sfida nel senso di proporsi come categoria non ancora sufficientemente pensata dai contesti culturali: riguardo al rapporto fra psicopatologia e cultura, Devereux (1970), parlando di inconscio etnico, allarga questo concetto ai grandi gruppi, la cui comunanza starebbe nella specificità della rimozione di alcune caratteristiche emotive che non sarebbero delle buone pratiche per un dato gruppo sociale: ciò indica un rapporto stretto fra contesti di appartenenza culturale e modi di ammalare, o di trattare il dolore.

Cioè a dire modalità di rapporto stretto fra questi disagi e i contenitori culturali sociali e/o familiari (vedi anche la presentazione del presente testo).

Per studiare questi fenomeni ha preso forma un gruppo di lavoro sulle aree transgenerazionali che ha potuto ospitare casi difficili al proprio interno, senza proporre esclusivamente un trattamento analitico, ma piuttosto ospitando il campo del gruppo familiare, nell'ipotesi che esso contenga alcuni suoi membri in maniera cronica, impedendo di fatto operazioni simboliche e favorendo invece nel soggetto contenuto una ripetizione compulsiva rappresentante un'area del campo familiare non elaborata.

In alcuni casi di sintomatologia incoercibile o compulsiva con ripetuti fallimenti terapeutici, lo studio dei gruppi familiari a tre generazioni ha potuto mettere in evidenza il funzionamento della famiglia come gruppo non tanto orizzontale quanto verticale, ossia a più generazioni, che nel tempo non ha potuto trattare o trasformare un tema traumatico per uno o più componenti del gruppo familiare stesso, con la conseguente trasmissione delle modalità di un mancato trattamento del trauma da una generazione all'altra.

Badaracco e Narracci (2011) affermano che nel paziente designato si può osservare la presenza di stati psichici (come agiti, idee compulsive, reiteratività di funzioni) che non sono “*digeribili*”, come se il paziente fosse la stazione di arrivo di questo materiale, che però trova una origine e una stazione intermedia nei genitori a loro volta alle prese con situazioni di intrattabilità di nuclei traumatici o di dolore non elaborato.

I nostri interventi clinici possono avvenire pertanto anche prima di un trattamento vero e proprio del cosiddetto paziente, sul gruppo familiare, ma tutto ciò presuppone comunque un pensiero analitico, senza il quale questo discorso non avrebbe un senso: così il nostro gruppo di lavoro ha attuato riflessioni su quanto le teorie e le prassi in uso oggi, fossero adatte a curare l'adolescente contemporaneo, o se servissero modelli nuovi che potessero permettere di meglio intendere l'importanza degli “*interstizi intergenerazionali*” e del “*non detto transgenerazionale*”.

Gli scriventi hanno cioè dovuto in sostanza interrogarsi sulle necessarie modifiche del proprio modo di lavorare rispetto alle tematiche adolescenziali odierne: in sintesi

abbiamo dovuto interrogarci sulla psicopatologia contemporanea, che prevede almeno un cambiamento del rapporto con il lutto, con la separatezza e con il senso del limite.

Come terapeuti, rispetto ai nostri “*nonni*”, ossia gli autori che hanno iniziato la psicoanalisi un secolo fa, molti di noi si interrogano sulla possibilità di esplorare strade maggiormente intersoggettive e di poter “*fare un lutto*” e una trasformazione rispetto a modalità di cura che oggi non sarebbero più all' interno dei modi di essere o di soffrire delle persone. Oggi i pazienti adolescenti sono magari tecnicizzati o esperti in aree prestazionali, ma hanno strumenti diversi da quelli utilizzati tre generazioni prima per affrontare i lutti, le separazioni e i limiti.

L'interesse per le epoche e per i nostri “*nonni analisti*” può anche essere affrontato riflettendo sulle trasformazioni della sofferenza psichica avvenute da un secolo ai giorni nostri, come ricorda Rossi Monti (2008), che implicano oggi una maggior presenza di aree psicotiche o di disturbi di personalità rispetto alle nevrosi più visibili un tempo.

Anche le tecniche di cura hanno dovuto quindi evolvere e diventare più vicine alle aree primarie: in sostanza abbiamo dovuto come terapeuti trasformarci e saper abbandonare delle certezze, in altre parole fare dei lutti rispetto a modalità di lavoro o di credenza teorica che vedevano l' analista distante da modalità intersoggettive. È proprio questo che molte frange di adolescenti invece si trovano a non saper fare, ossia compiere operazioni di lutto, per affrontare le piccole o grandi morti che possiamo incontrare.

Proprio la possibilità di “*fare un lutto*”, di separarsi, di vedere il limite, di essere autonomi relazionalmente, costituiscono dei markers della condizione adolescenziale: le aree delle angosce di morte, del lutto e della separatezza (Comelli, 2010) sono tendenzialmente poco esperite o gestite nella fascia adolescenziale, a vantaggio di una anestesia da oggetti da cui si sviluppa dipendenza; ma anche a vantaggio di una tematica narcisistica capace di tenere in scacco la vergogna del proprio mondo interno, evitando l'intimità della relazione. Il “*negativo*”, il “*male*”, possono solo comparire come parte della sintomatologia o come fascinazione di un mondo non esperibile altrimenti.

Nella società occidentale contemporanea, sembra che l'angoscia di morte e di separazione non tollerate, affrontate o integrate nella relazione, ricompaiano presentificate nel caso delle patologie anoressiche nella possibile morte delle pazienti o nei comportamenti autolesivi, come in un ritorno puntuale e tragico di quegli elementi che non erano stati compresi, incontrati o gestiti nelle relazioni familiari o intrapsichiche.

Seguendo uno slang giovanile che parla molto della bipolarità positivo/negativo, si potrebbe dire che queste due dimensioni hanno bisogno di contenitori che ne garantiscano il senso della esperibilità e della percepibilità.

Male, negativo

È evidente quanto l'Io debba affrontare a partire dal trauma della nascita, la vasta gamma di angosce che variano da quella di morte a quella di separazione.

Classicamente l'alternanza fra una parte di sé buona e onnipotente che segue la sola pulsione di soddisfacimento primario, e la parte del negativo persecutorio, prevede che la componente di angoscia di morte e di separatezza, il cosiddetto «negativo», trovino ospitalità in un contenitore materno, il seno materno, avviando quella dinamica fra le due polarità che getta le basi per il transfert e per una futura simbolizzazione. In altre parole, gli elementi indesiderabili, distruttivi del mondo interno, compresi i sentimenti di odio, possono o meno (Klein, 1952), integrarsi con quelli amati, in un unico elemento, come segno di crescita mentale e di accesso alla formazione del simbolo.

Ci possiamo domandare cosa sperimenta il soggetto nei casi in cui l'esperienza materno infantile, la esperienza dell'appartenenza del gruppo familiare, non permetta una relazione oggettuale sufficientemente tutelante le capacità simboliche o la contenibilità degli oggetti persecutori.

In parole più semplici, quanto l'assenza di un limite ha consentito una esperienza intima del dolore, quanto in famiglia si è riusciti a non illudere che le protezioni siano perenni e totali, quanto si evita di tollerare il dolore, quanto i pianti dei figli sono stati sentiti solo come una disgrazia, o ancora quanto i traumi possano essere stati trattati e non silenziati, quanto i legami dei genitori verso i figli non siano stati motivati da problemi non risolti dai genitori, quanto si è favorito un mondo solo buono senza aiutare i figli ad affrontare i dolori in ragione o di un'assenza del paterno (forse reattivo al maschile del secolo scorso, produttore di guerre e di violenza autorizzata) o di un'ipertrofia del materno protettivo in cui il dolore o la separatezza sono considerati non come elementi da esperire, quanto da anestetizzare.

Molti di questi pazienti presentano un rifiuto nel domandare aiuto, anche se è possibile che esso sia chiesto dai familiari, con la successiva necessità di comprendere che tipo di pensiero sviluppa l'analista attorno alle domande dei familiari.

Nei disagi contemporanei con prevalenza di angosce libere (ad es. gli attacchi di panico) o di sintomi compulsivi (ad es. i disturbi alimentari), dobbiamo fare i conti con il mancato avvio del registro simbolizzante e del senso della separatezza, con un'induzione ad una conformistica diminuzione del valore della identità soggettiva a vantaggio di un appoggio a meccanismi regressivi di massa.

Sulla difficoltà di organizzare il rapporto fra bene e male presento qui il caso di F.

Il caso di F.

F. è un giovane di 24 anni molto energico e violento, di famiglia di elevato livello sociale: durante l'infanzia ha subito la conflittualità del padre verso la madre e viceversa, trovandosi nel mezzo di intense "battaglie" genitoriali e assumendosi da piccolissimo l'incarico di difendere chi riteneva fosse debole, con un coraggio estremo. Un coraggio che stupiva tutti per il suo opporsi e sfidare l'aggressore. In

particolare F. odiava il padre, in quanto egli aggrediva molto violentemente la madre. Separatisi i genitori, la madre lo educava dicendogli tutto ciò che avrebbe dovuto fare, facendo da sua consigliera anche formalmente corretta per ogni problema della sua vita, quasi ponendosi ad un livello di compagna (molto compiaciuta di avere un figlio bello forte e selvaggio, quasi stimolandolo in realtà ad essere così, salvo lamentarsi poi della sua violenza). La madre assumeva anche il ruolo di saggia persona che sa sempre cosa è meglio, dando consigli che assumeva a sua volta da una psicoanalista. La madre è una donna che presumibilmente ha favorito una forte dipendenza del figlio, anche se nel tentativo di proteggerlo, ma essendo inconsapevole di tutto questo (a sua volta la madre era stata una figlia deprivata e ha fornito al figlio un eccesso di cure scambiandolo per accudimento e segno di affetto). F. quindi cresce con l'idea che la madre è sicuramente quella che gli ha salvato la vita, e che la madre ha tutte le ragioni su tutto, anche se poi lui esplose frequentemente sia contro di lei che contro molte persone.

Dopo una diffidenza iniziale e una difficoltà ad essere tranquillo in seduta, F. di colpo piange esplosivamente per il suo dolore, e ci abituiamo a pensare che sia meglio esplodere così piuttosto che esplodere in dimensioni solo rabbiose. Un grosso problema che emerge è il fatto che F. in realtà amava molto il papà, da bambino lo attendeva volentieri, poi però doveva scontrarsi con l'incontro di un padre cattivo, duro e offensivo e ciò infrangeva questa attesa, spingendo F. a difendere la madre ma anche a sentirsi in colpa per l'odio/amore che sentiva per il padre (odio per la sua violenza e amore incondizionato per il suo papà). La colpa, di cui lui non era consapevole, nasceva da questa forte ambivalenza odio/amore, sia verso il padre (quando provava per lui odio), che verso la madre (nei momenti in cui osava pensare al di fuori delle idealizzazioni equivalenti al pensiero materno), ma anche per il timore che seguendo se stesso avrebbe tradito in modi diversi sia la mamma che il papà. Risulta, oggi e allora, molto difficoltoso per F. capire la compresenza e l'instabilità dell'equilibrio fra amore e odio assieme.

Molto spesso sembra voler che qualcuno lo aiuti nell'attraversare il senso di queste repentine variazioni di umore e di pensiero fra bene e male.

In molte situazioni di lite che giornalmente ha con tanta gente, e a volte in maniera pericolosa (denunce, rischio di far male, è un ragazzone enorme e fortissimo), io sento che spesso lui può avere delle ragioni anche condivisibili in linea di principio, che sono alla base del suo trascendere. Il problema pertanto che emerge in seduta, è che lui, non avendo fiducia in sé, non ha fiducia nel riconoscimento della sua ragione. È quindi come se, non credendo lui nelle sue possibilità, passasse ad uno stato primario di odio e di rabbia violenta per la sua sfiducia nel sostenere con le parole le sue giuste ragioni.

Gradualmente favorisco l'espressione delle sue emozioni in seduta e lui presenta una gamma contemporanea di tutto il mondo emotivo passando dalla commozione per l'aiuto che dà ad un ragazzino con problemi motori, all'odio per chi lo deride. Come anche appare sempre più importante per lui avere un'apertura verso ciò che sente prima ancora di farlo filtrare alla sua madre interna che dice e sa cosa sia giusto o cosa sbagliato. Ho dovuto, gradualmente nelle sedute, assumere una posizione di

intensa neutralità rispetto ai suoi tentativi di capire cosa pensavo per esempio del suo consumo di marijuana (molto osteggiato dalla madre, ma che mi veniva sbandierato come un qualcosa cui io avrei dovuto incondizionatamente aderire).

F. ha gradualmente potuto capire che il fare qualcosa di diverso da ciò che pensa la madre, causa in lui altrettanta colpa e spavento, sviluppando poi una forte rabbia per tale sentimento e alla fine una percezione di sé come cattivo.

Emerge cioè molta rabbia quando si sente dominato, anche internamente da posizioni di fedeltà obbligata alla madre o agli ideali che essa trasmette, di fatto non riuscendo a soggettivare il suo modo di essere.

È spaventato e ha paura quando sente il dominio, che peraltro giustifica, della posizione sempre giusta della madre. Lui si domanda se può avere un'idea differente da quella materna senza sentirla come inutile e svalutata, ma si domanda anche se è buono o cattivo quando prova rabbia verso la madre salvatrice. Il meccanismo sembra quello di sentirsi quasi violentato da “*obblighi/ideali/tutti giusti materni*”, per poi diventare feroce per riparare alla violenza subita intollerabile. Penso che sia la madre che lui possono avere ragioni comprensibili, ma che la loro relazione è disturbata: ossia la madre spesso dice o sostiene pareri e pensieri condivisibili, ma essi vengono imposti come ineluttabili e parallelamente F. può avere anch'egli molte ragioni, ma preferisce esprimerle con una forte rabbia piuttosto che fidarsi semplicemente delle sue parole: F. appare sempre più come una persona sfiduciata, che deve compensare proponendosi con forza totale per sopperire ad un suo senso di grave deficit. Va detto che l'elemento che lo differenzia dalla madre è il consumo di marijuana, che funziona da elemento di dipendenza da un lato (riproduce una dipendenza), ma che dall'altro lato è l'elemento temuto maggiormente dalla madre e l'unico elemento su cui il soggetto sviluppa un segreto. Cioè è l'unico fatto che non dice alla madre. Tutto ciò con un sentimento di colpa importante. Prende forma gradualmente che la sua cattiveria cosiddetta starebbe nell'avere una propria identità, che si tradurrebbe nell'essere non fedele e non onesto: cioè una propria idea viene scambiata per disonestà e cattiveria, ossia in un suo essere negativo e cattivo. Il suo “*negativo*”> viene ora definito, compreso, arginato e possibilmente trasformato in un'ottica di trattamento del suo dolore di colpa (Comelli, 2015).

La cura di questi pazienti è complessificata sia dal fatto che i trattamenti comunitari, ove indicati, non sono più accessibili per ragioni economiche, che dal rifiuto delle cure degli stessi pazienti, che paiono alla ricerca di una risposta immediata all'urgenza ed alla sopravvivenza piuttosto che alla cura di sé. Oltre ai problemi dei pazienti emergono sempre più le necessità di pensare i genitori mediante spazi di intervento sul campo familiare che possano monitorare o rappresentare i cambiamenti generazionali che mettono in dura crisi il nostro metodo di lavoro e la psiche del paziente.

In molti casi come quello di F. il focus è sull'impossibilità di curare un singolo elemento della famiglia senza occuparsi di un'area fortemente presente nel soggetto malato di pertinenza del gruppo familiare di cui il soggetto è parte spesso inconsapevole.

Si è pertanto pensato di sviluppare un dispositivo che potesse tenere “*in incubazione*” i pazienti gravemente dipendenti, prendendo in carico le due generazioni precedenti o realmente o sul piano della esplorazione teorico clinica.

Abbiamo pensato di introdurre questo tipo di prassi (costituita da un'equipe di una quindicina di colleghi che si occupa del rapporto fra soggetto ammalato e gruppo familiare a più generazioni) per ovviare al tema della difficoltà alla simbolizzazione e anche per comprendere nella terza generazione l'origine del disagio intergenerazionale e i risvolti psicopatologici nei pazienti. Tale prassi ha consentito di aprire degli scenari di comprensione su sintomatologie molto ripetitive e coatte che non lasciavano spazio ad una cura.

Istituzione familiare - istituzione terapeutica

Nella pratica del gruppo di lavoro del transgenerazionale abbiamo compreso quanto siano forti i legami, le potenzialità e le aree di criticità fra l'istituzione terapeutica e l'istituzione familiare (Comelli, 2010): prova ne sia che lo sforzo di pensare ad una istituzione terapeutica per la gestione dei casi complessi o francamente frammentati o difficilmente connotabili o collocabili in istituzioni già presenti (es. le doppie diagnosi) risponde forse all'esigenza di ospitare in una équipe complessa una rielaborata istituzione familiare. Dunque una équipe che possa metaforicamente svolgere una funzione di circolazione extracorporea per il sangue circolante nel gruppo familiare. E dunque offrire un percorso alternativo a questo “sangue”, e alle sue funzioni depurative alternative o trasformative (Comelli, 2014).

I pazienti con disturbo grave di personalità o con doppia diagnosi pongono la questione della loro pensabilità come pazienti, come tematica e come metodo di cura.

I cambiamenti del quadro psicopatologico che vedono un viraggio verso le dipendenze seguono la situazione culturale che prevede una anestesia del dolore piuttosto che una sua gestione o trattamento.

Così la mancanza di strutture o di cure più pensate riflettono solamente la difficoltà culturale di esprimere un pensiero sulla cultura stessa e sui suoi riferimenti.

Ciò segnala una uscita dai normali e codificati sistemi di cura per le psicosi, piuttosto “*rodati*”, e una domanda sullo sviluppo di strutture terapeutiche nuove o su sistemi che permettano metodologie più adatte ai pazienti e non alla validazione delle singole teorie o scuole, quasi sempre “*incrostate*”.

Ad esempio il ricorso costante ad agiti sulla base di legami patologici propone la questione del non esclusivo utilizzo di strumenti che esplorino l'interiorità del soggetto, quanto che forniscano dei contenitori meno patologici di quelli che compongono il gruppo interno del paziente o dei familiari.

Il lavoro di ricerca

Il lavoro del nostro gruppo di ricerca è per ora di ricerca clinica, ossia è andato man mano strutturandosi e articolandosi nel corso del tempo, mettendo progressivamente

in campo una pluralità di strumenti di lavoro, di modalità di intervento e di aree di riflessione teorica. La partenza del nostro gruppo di lavoro di ricerca e sperimentazione, ha avuto come sfondo l'esperienza, maturata da alcuni di noi, di contesti di cura ad orientamento psicoanalitico, applicata a soggetti portatori di disturbi alimentari, che comportava oltre che la necessità di frequente confronto e collaborazione fra colleghi, un modo nuovo di “*pensare insieme*”, ed un mettere in campo pluralità di interventi integrati, grazie ai quali produrre dispositivi “*pre-clinici*”, in attesa di poter condurre più attivamente la cura.

Crediamo che per le patologie così comuni in Occidente globalizzato (anche se anche l'Oriente non islamizzato è assimilabile all'Occidente), caratterizzate da desimbolizzazione e desoggettivazione, siano importanti lunghe fasi preliminari pre-cura: esse presuppongono una gestione analitica -non una sola gestione psichiatrica o comportamentale- che possa evitare di saturare con la proposta di un setting automatico e rigido il campo delle possibili domande del soggetto, vero obiettivo della cura. In questo senso pare interessante il vertice dei gruppi di familiari come ambiti di studio sulle funzioni di contenitore, secondo Leoni “*contenitori rotti*” (Leoni, 2014).

Per pazienti nei quali si assiste ad un deficit di domanda di cura e con i quali – come già era stato notato sin dagli studi e ricerche pionieristiche di Mara Selvini Palazzoli (1988) l'implicazione del contesto familiare risulta strutturalmente parte della sofferenza soggettiva, è stato necessario articolare un tipo di intervento di cura a più livelli, con un coinvolgimento forte anche di familiari del paziente, in primo luogo i genitori, e con un coordinamento e collaborazione forte fra più terapeuti, che settimanalmente si confrontavano nel gruppo dei curanti (Comelli, 2014).

Un'idea portante consiste nel fatto che molti di questi pazienti, spesso trattati solo individualmente, presentassero nei loro sintomi, aree del gruppo familiare a più generazioni non ancora risolte dall'intero gruppo familiare stesso. Di qui l'idea di verificare e valutare l'esistenza di tali aree e il loro rapporto con la sintomatologia resistente, in modo da evitare che la cura fosse solo su soggetti separati (es solo il figlio o solo il genitore), ma anche sulle aree non risolte della famiglia a più generazioni. Una simile strutturazione del lavoro ha permesso che i pazienti riducessero grandemente i drop-out e le fughe dalle terapie: un elemento ritenuto fondamentale è stato non solo l'aver soccorso la genitorialità, ma il lavoro sulle dinamiche del gruppo dei curanti, che hanno potuto affrontare in uno spazio altro le conflittualità familiari e, in definitiva, restituire al curante del singolo paziente un'idea delle aree conflittuali della famiglia del soggetto in cura, riprodotte in vivo nel nostro gruppo. I pazienti intorno ai quali si è incentrata la nostra riflessione teorico-clinica e il nostro lavoro di cura e di ricerca sono soggetti nei quali, oltre alla carenza o assenza di domanda di cura, si trova una ridotta, quando non praticamente assente, capacità di simbolizzazione degli affetti, rispetto ad un grande utilizzo dell'agito, in vario modo auto lesivo, anziché processi più evoluti di elaborazione del dolore psichico.

Il caso di R., già presentato in altri lavori di cui trovate riferimento bibliografico, ma considerato formativo, appare in questo senso effettivamente esemplificativo e chiaro (Comelli 2010; Comelli, 2014).

Il caso R.: essere senza confini mentali e il rapporto con la distruttività. Brevi cenni clinici e una possibile modalità di sviluppo analitico

R. si definisce un'adolescente ma ha 27 anni. La sua sorellastra, emigrata oltreoceano, è più grande di lei ed è nata da sua madre prima che sposasse il padre di R.

R. è obesa ed assume dosi molto importanti di cocaina, ha un suicidio mancato in anamnesi, ed i suoi agiti l'hanno più volte confrontata con il rischio di morte.

L'estrema gravità della sua condizione psicopatologica hanno convinto chi si è occupato di lei, sia nella sfera pubblica che in quella privata, a definire il suo caso come "*incurabile*".

Nessun intervento veniva più accettato da lei e sembrava necessario quindi un lavoro preliminare per preparare un terreno favorevole per lo sviluppo di una terapia di carattere analitico.

Sono stati molto utili nelle fasi iniziali, pur in presenza di una paziente molto lontana da una comprensione analitica, concetti psicoanalitici (come quello di "*contenitore*") che solamente una profonda formazione analitica può permettere di applicare.

La paziente viene vista privatamente perché l'invio è avvenuto su specifica richiesta di un collega della struttura pubblica.

Agli incontri preliminari partecipa solo la madre (E.): essa spiega che il sintomo di R. è distruggere tutto, ossia gli oggetti, se stessa e soprattutto la madre e la nonna in ogni modo. La madre appare come una donna dipendente essa stessa dalla figlia: tutti i curanti hanno cercato di staccare madre e figlia, ma la loro coppia è più forte di tutto. Nella terapia immediatamente si affacciano una serie di associazioni e pensieri onirici della veglia che sono: a) la madre contiene ancora dentro sé la figlia; b) la madre è la paziente; c) la madre è a sua volta molto implicata e forma una coppia con la sua stessa madre; d) R. è la figlia della coppia madre/nonna; e) *last but not least*, si parla sempre di tempi molto lontani dal presente: la madre parla come fosse ieri di momenti che affondano nel passato della nonna e di lei stessa, come fatti ancora attuali, internamente forse attuali, trasmettendo all'ascoltatore un senso di bizzarria e di psicopatologia cronologica del gruppo familiare.

R. ha ormai una fortissima sfiducia nei medici e/o psicologi ed in tutte le strutture di cura oltreché nelle diverse tecniche terapeutiche e questo è un fattore di rischio suicidario che allarma.

Il padre, un uomo violento, se ne è andato di casa quando R. aveva 4 anni e vive adesso con un'altra donna. La madre sostiene che R. si sentirebbe in colpa per la fuga del padre e per la separazione dei genitori: R. insegue da sempre il padre e diventa lo zerbino di ogni uomo che incontra. Gradualmente si comprende però che madre e nonna, sempre sottomesse alle violenze dal padre di R., hanno mancato di difendersi da lui, sostenendo con R. una improbabile bontà del padre, salvandolo e

giustificandolo, comunque non connotando mai la sua distruttività, che invece è molto evidente anche per R. (che però cresce nella confusione fra ciò che è bene e ciò che è male).

In questa fase R. viene anche vista insieme alla madre ed alla nonna per valutare un retroterra che appare sempre più importante. Questa scelta, che potrebbe sembrare una rinuncia ad ascoltare la paziente, o una procedura molto lontana da quella psicoanalitica, nasce sia dall'indisponibilità della paziente a sedute individuali, sia da una sua richiesta di sentire la famiglia, sia dal fatto che gradualmente emergeva un "common sense" familiare importante, tale da sopravanzare i contenuti della paziente. R., pur dipendente e passiva, appare inserita nel gruppo "femminile" della sua famiglia, costituito dalla linea generazionale della madre e della nonna, da cui lei ancora non ha assunto una linea di individuazione: tale gruppo femminile ha sempre avuto un comune modo di considerare il maschile, temendolo, e subendo da esso molte vessazioni pur di evitare la sua violenza. Questo gruppo inoltre, ha espulso la distruttività e il "negativo", non trattandoli, con l'effetto di lasciare alla figlia l'arduo compito di fare i conti con gli elementi distruttivi scissi dal gruppo familiare femminile. Dopo un sufficiente periodo di comprensione di queste dinamiche fra generazioni (mediante colloqui madre, figlia, nonna), si fa l'ipotesi che il "common sense" del gruppo familiare matrilineare (madre-nonna-paziente) consista nel non connotare e incontrare la distruttività se non subendola o evacuandola nella figlia, come comprende R. quando parla della sua solitudine nel capire dentro sé come vivere e come considerare il male, la violenza, ciò che esplose dentro di lei. Soprattutto come orientarsi eticamente e internamente fra una percezione di carattere soggettivo (il papà è violento) e un'altra di carattere familiare (il papà è buono): in questo modo R. è lasciata sola di fronte ai temi della distruttività, della violenza, della dicotomia bene/male anche e soprattutto in quanto problemi che il gruppo familiare non è riuscito a trattare nelle precedenti generazioni.

Dopo una fase iniziale di accuse a R. di non difendersi dagli uomini che incontra, madre e nonna arrivano a raccontare che anche loro non hanno mai saputo come rapportarsi col maschile, come difendersi da esso e come "dire di no". Emerge però una consapevolezza di un problema di gruppo familiare: inizialmente madre e figlia narrano i fatti come fossero la stessa persona, con una gemellarità ed un conformismo omogeneo difensivo, che gradualmente si attenua, soprattutto dopo che R. ha cominciato a rendersi conto delle proprie differenze interne rispetto a quanto sosteneva la madre. R. riconosce adesso maggiormente la sua difficoltà con gli uomini: il tratto differenziante di R. rispetto al gruppo familiare è la distruttività che reca nei loro confronti, oltre che nei propri, mentre madre e nonna hanno sempre evitato il contatto con gli elementi distruttivi e violenti. La nonna ha sempre dovuto servire gli uomini prima che questi si arrabbiassero e racconta una storia di un rapporto matrimoniale con un uomo appartenente ad organizzazioni fasciste, descritto come molto violento: non ebbe mai nella vita la possibilità di parlare o di riflettere con qualcuno su questi elementi. Colpisce nei racconti, come i problemi dell'una possano benissimo essere i problemi e i contenuti dell'altra, con l'eccezione del sintomo distruttivo di R., che segna una separazione dal gruppo familiare. La

distruttività di R. pone una sorta di spartiacque fra la ripetizione familiare e l'aver una propria mente. R. si trova piena di distruttività senza possibilità di gestirla, tentando disperatamente di riportarla nel luogo d'origine, ossia il gruppo familiare.

Il terrore riguarda pertanto non la paura dell'elemento distruttivo ma al contrario la sua non significazione.

E., la madre, può prendere in considerazione di essere lei la principale paziente e comprende di dover fare qualcosa per lei, iniziando un'analisi. Contemporaneamente all'inizio della madre di un'analisi, R. accetta le attività terapeutiche diurne che le vengono proposte: il consumo di cocaina da parte di R. pare essere diventato nel contempo saltuario.

Gradualmente anche R. inizia un'analisi di gruppo. Nel corso della analisi, iniziata circa un anno fa, la madre dice di aver sempre protetto R. dal male del mondo e dal male del padre, nascondendole la verità: R. capiva che non era così, ma lei ha voluto "proteggerla" lo stesso. Il mancato riconoscimento della distruttività nella figura maschile, più che essere un fatto reale, costituisce un elemento psichico che la madre non ha mai potuto rappresentare dentro sé: la distruttività è stata senza contenitore ed il maschile come elemento non è stato simbolizzato o elaborato dalla madre di R.

In maniera diversa entrambe, madre e figlia affermano che è come se si stessero risvegliando da un coma, non sapendo, rispetto al maschile ed alla vita in generale, cosa fosse bene e cosa male.

La madre, che adesso si rende maggiormente conto della propria posizione, pur con difficoltà, cerca di separarsi maggiormente dalla figlia, cosa che rifiutava sempre quando le istituzioni glielo proponevano.

Sostiene che capiva razionalmente l'invito a separarsi dalla figlia, ma che non lo aveva mai seguito (sa cioè che è "simbiotica" con la figlia, ma considerava questi solo aspetti teorici di un lontano pensiero psicoanalitico).

In questa situazione ha molto colpito il ruolo della terza generazione (i nonni del/della paziente) ed il fatto che l'analisi del genitore della paziente abbia corrisposto all'analisi della persona che si pone fra il paziente (che non è ancora in grado di sostenere un'analisi) e il nonno, portatore di un mandato inconscio o poco consapevole che si trasmette fra generazioni.

Per troppi anni la paziente veniva seguita senza una presenza di una funzione psicoanalitica che potesse rivolgersi al membro del gruppo familiare più idoneo e più centrale rispetto ai disagi familiari. La conclusione da più parti consisteva nella inattualità dei trattamenti psicoanalitici nella contemporaneità, quando invece era necessario preventivamente lavorare sul contenitore familiare e sulle sue determinanti, proprio per consentire alla mente di fare propria una eredità precedente in tutti i suoi aspetti e trasformando a proprio modo il vuoto di storia legato a elementi non esperiti dal gruppo familiare. Nell'esempio di R. viene trasmesso il terrore irrisolto per il padre, senza che ciò sia stato vissuto o trasformato in un conflitto interno nella nonna o nella madre. Il sintomo distruttivo di R avrebbe avuto secondo noi lo scopo di rappresentare questo conflitto irrisolto e non elaborato. Credo che la dimensione traumatica della mente di molti casi analoghi possa risultare dal trauma che il soggetto ha con la propria distruttività non capita o non simbolizzabile.

Queste tematiche, ossia quelle della distruttività senza contenitori, sta lasciando inoltre una traccia nell'iconografia cinematografica (Haggis, 2007).

Il paziente desoggettivato si trova così in una condizione simile a quella del soldato che combatte una guerra senza sapere perché e che descrive lo stato di depersonalizzazione e di psicotizzazione dell'esperienza bellica (Comelli, 2010). Il termine individuato da Paolo Leoni (2014) relativo ai "contenitori rotti" trasmessi fra generazioni riflette bene il concetto secondo cui ciò che passa è un contenitore che presenta aree di frammentazione o di consolidata incrinatura, senza che ciò possa essere visto altrimenti che con i sintomi.

Conclusioni

In tal senso l'esperienza di questo gruppo di lavoro suggerisce che un gruppo di operatori può formare di nuovo un contenitore sufficientemente in grado di contenere i temi traumatici o inaffrontabili per il gruppo familiare; esso può svolgere quella funzione di mente- contenitore in grado di pensare ai contenuti in maniera tollerabile rispetto alla gestione del dolore e della crescita psichica del soggetto sintomatico e del suo gruppo familiare.

Il contributo di Leopolda Pelizzaro presente nel testo è una continuazione di questo lavoro, in quanto vede un lavoro individuale e di gruppo sul gruppo familiare.

Bibliografia

- Badaracco, J. G., Narracci, A. (2011). *La Psicoanalisi multifamiliare in Italia*. Torino: Antigone edizioni, 2011
- Comelli, F. (2010). *Istituzioni di cura, famiglia e soggetto fra omogeneità e identità*. (a cura di Curi Novelli, M.). Lavorare con il gruppo specializzato. Milano: Franco Angeli, 2010, pp. 83-103.
- Comelli, F. (2014), *Il corpo oggetto della colpa primaria*, in *Ricerca Psicoanalitica*. Milano: Franco Angeli, 2014, pagg. 47-70
- Comelli, F. (2015). *Disturbi psichici nella globalizzazione. Dalla crisi del campo familiare ai sistemi di cura per dipendenze, anoressie e distruttività*. Milano: Franco Angeli.
- Comelli, F. (2010). *Generazioni di analisti, generazioni di pazienti: la distruttività non simbolizzabile nella contemporaneità*, in *Forme della distruttività contemporanee e loro percorsi di cura*. Milano: Franco Angeli, pag. 23 segg.
- Corrao, F. (1999). *Orme*, Milano: Raffaello Cortina, pagg. 120 -150.
- Devereux, G. (1970). *Saggi di Etnopsichiatria Generale*. Roma: Armando, pag 19 e segg.
- Klein, M. (1952). *Le origini della traslazione*, in *Scritti 1921-1958*. Torino: Bollati Boringhieri, 2001.
- Leoni, P. (2014). *Comunicazione personale*.
- Palazzoli Selvini, M. (1988). *Giochi psicotici nella famiglia*. Milano: Raffaello Cortina.

Rossi Monti, M. (2008). *Forme del delirio e psicopatologia*. Milano: Raffaello Cortina.

Shapiro, E. R. (2011). *Resistenza al trattamento e autorità del paziente: il trattamento psicomotricità dell' Austen Riggs Center*, in *Terapia di Comunità, Rivista bimestrale di psicologia*, Anno 11, n. 48, Settembre 2011

Note sugli Autori

Francesco Comelli

Psichiatra, psicoanalista SPI, membro IPA, didatta dell'Istituto Italiano di Psicoanalisi di Gruppo (IIPG), è stato Direttore della scuola IIPG di Milano, e svolge attività psichiatrica, psicoanalitica e psicoterapica individuale e di gruppo. Ha lavorato presso istituzioni e come consulente per la Riforma Psichiatrica per il Governo Greco. Docente di Etnopsicopatologia del Corso di laurea specialistica di Psicologia clinica dell'Università degli Studi "Carlo Bo" di Urbino e in passato presso l'Università degli Studi di Milano, attualmente Direttore scientifico dell'ABA (Associazione Studio e Ricerca Anoressia e Bulimia) e dei suoi corsi. Coordinatore delle attività di Clinica con la Cultura e di Borderblog. È autore di alcuni testi relativi alla materia. Coordinatore di Bastimenti (benessere psiche società)
www.francesco-comelli.com

Email: francesco.comelli@alice.it

Paolo Leoni

Psicoterapeuta e psicoanalista SPI e IPA

Email: paolo.leoni@fastwebnet.it

Maura Monguzzi

Psicologa e Psicoterapeuta, Pedagogista, Formatore Balint accreditato dall'Associazione Medica Italiana Gruppi Balint e dall'International Balint Federation, membro dell'Associazione Culturale Sándor Ferenczi, Docente della sede milanese dell'Istituto Italiano di Psicoanalisi di Gruppo

Email: maura.monguzzi@libero.it

Francesca Borgogno

Psicologa, si è specializzata in psicoterapia individuale e di gruppo presso l'Istituto Italiano di Psicoanalisi di Gruppo (I.I.P.G.) di Milano. È una candidata della Società Psicoanalitica Italiana. Per quattro volte è stata in Argentina per svolgere una partecipazione "pratica" dal Professor García Badaracco, in modo da cogliere appieno l'originalità e il valore effettivo dell'approccio che egli proponeva e a cui lei si è interessata fin dai tempi dell'università. Dal 2006 collabora con il Dottor Narracci alle attività da lui promosse con il Gruppo di Coordinamento dei Gruppi Multifamiliari della Regione Lazio. Dal 2009 a oggi ha creato e condotto con alcuni

colleghi della Società Psicoanalitica Italiana di Torino e di Milano diversi gruppi multifamiliari in ambito non solo psichiatrico, ma anche psico-oncologico e privato. Infine, è stata invitata in diverse scuole di specializzazione per portare la sua esperienza teorico-clinica sul pensiero di Jorge Garcia Badaracco e sui gruppi terapeutici multifamiliari.

Email: borgognofrancescaviola@gmail.com

Maurizio Pinato

Cofondatore, socio ordinario e didatta dell'Istituto di Specializzazione in Psicologia Psicoanalitica del Sé e Psicoanalisi Relazionale, ed è membro dell'International Association of Relational Psychoanalysis and Psychotherapy, dell'International Association of Psychoanalytic Self Psychology, dell'Associazione Culturale Sandor Ferenczi e dell'Istituto di Psicoanalisi di Gruppo. Vive e lavora a Milano e Meda (MB).

Email: maurizio.pinato@gmail.com

Leopolda Pelizzaro

Incaricata di insegnamento e ricerca sulla devianza presso Università degli studi di Padova (cattedra di Psicologia Dinamica e Criminologia - Facoltà di Psicologia e Medicina Legale (1973-76)

Iscritta albo psicologi e psicoterapeuti dal 1980 n1788

Ruolo di psicologo equiparato funzione di aiuto presso H. Policlinico e H. Fatebenefratelli -Milano (1976-2005)

Psicoanalista- Membro associato Società psicoanalitica Italiana e dell'International Psychoanalytical Association dal 1994

Psicooncologa. Fondatrice del servizio di psicoterapia nell'Hospice dell'H Fatebenefratelli -Milano

Conduttrice gruppi Balint H Policlinico-Milano (2005)

Docente di psicoterapia presso la Scuola di Psicoterapia dell'immaginario (2008-2010)

Email: leopoldapf@tiscali.it

Roberto Cerabolini

Psicologo Psicoterapeuta a Milano, già Docente a contratto in Psicologia Clinica dell'Infanzia e dell'Adolescenza presso l'Università di Urbino "Carlo Bo"

blog: www.robertocerabolini.wordpress.com

Email: roberto.cerabolini@fraternitaamicizia.it

Luigi Valera

Psicologo psicoterapeuta, psico- oncologo e psicoanalista di gruppo, Docente e Didatta in ambito Universitario milanese, dal 1984 ha ricoperto cariche nazionali presso l'Istituto italiano psicoanalisi di gruppo

Email: luigi_valera@fastwebnet.it

Sara Bruni

psicologa, psicoterapeuta, diplomata IIPG (Istituto Italiano Psicoanalisi di gruppo), conduttrice individuale e di gruppo presso ABA (Associazione studio e ricerca Anoressia e Bulimia, Milano) , ambulatorio stranieri presso Opera San Francesco Milano.

Email: sghj@libero.it

Dora Rossi

psicoterapeuta specializzata in Psicoterapia individuale conseguita presso la Scuola di Psicoterapia Psicanalitica -Milano.e in Psicoterapia di Gruppo conseguita presso IIPG-Milano.

Esperienze lavorative in servizi sul territorio e in ambito privato

Dal 2008 docente presso l'I.I.PG. di Milano.

Email: dorarossi2003@hotmail.com

Francesco Bisagni

psichiatra analista di training della Società di Psicologia analitica, membro del British Psychoanalytic Council, è psicoanalista del dell' Associazione per l' avanzamento della Psicoanalisi negli Stati Uniti, è Psicoterapeuta psicoanalitico del Modello Tavistock.

Email: francesco.bisagni@fastwebnet.it

Chiara Mauri

Psicologa Psicoterapeuta presso l'Istituto Italiano di Psicoanalisi di Gruppo (IIPG), lavora da alcuni anni nel campo della psiconcologia e delle cure palliative.

Collabora con l'Hospice di Mariano Comense (Azienda Ospedaliera S. Anna di Como) occupandosi di supporto psicologico ai pazienti ed ai familiari, conducendo un gruppo terapeutico rivolto ai familiari sull'elaborazione del lutto, lavorando sulla formazione e la supervisione degli operatori sanitari e dei volontari.

Collabora con l'Unità di Cure Palliative Domiciliari dell'Ospedale Multimedica di Sesto S. Giovanni (MI) occupandosi di supporto psicologico a pazienti e familiari e di formazione e supervisione ai volontari.

Email: chiara_mauri@tiscali.it

Marco Ramella

Svolge attività di psichiatra presso CPS di Corsico (Az. Osped. San Carlo Borromeo Milano). Consulente psichiatra del servizio Disturbi Comportamento Alimentare A.R.P. (Milano) Psicoanalista della Società Psicoanalitica Italiana

Email: ramella.marco@tiscali.it