

Fattori terapeutici?

Anna Ferruta

Abstract

Riprendere la questione dei fattori terapeutici nel trattamento comunitario non è un esercizio retorico. Lo sviluppo delle conoscenze sull'apparato psichico gruppale indicano che la dimensione gruppale inconscia struttura sin dall'origine la psiche del soggetto. Inoltre il contesto socioculturale attuale indebolisce le capacità di fondare la soggettività su alleanze inconsce condivise. Il trattamento comunitario presenta valenze preziose per il trattamento di patologie narcisistiche, psicotiche, borderline. In particolare ne vengono illustrate le dimensioni paraeccitatorie, dei contratti narcisistici, dei processi transizionali e creativi.

Parole chiave: soggetto singolare plurale, alleanze narcisistiche, dimensione paraeccitatoria, aree transizionali, riabilitazione, creatività

Introduzione

In che modo diventiamo soggetti sufficientemente forti, in contatto con la nostra intimità e orientati verso l'altro non conosciuto? Parlare dei fattori terapeutici del dispositivo di cura 'Comunità Terapeutica' può sembrare un esercizio retorico ripetitivo. Ogni sviluppo innovativo sembra essere bloccato da una perenne oscillazione tra il polo organizzativo che eredita dagli ospedali psichiatrici il carattere di esclusione dal contesto di vita e di protezione dalla follia, a livello individuale e gruppale, e il polo relazionale che eredita dalla cultura della psichiatria sociale l'esigenza di inserimento nel territorio e il bisogno di relazioni vivificanti. Il rischio insito nel proposito di affrontare ancora una volta questa tematica è quello di avanzare considerazioni valide ma poco stimolanti e poco efficaci. Che cosa c'è ancora da dire di innovativo? Forse il problema principale è soltanto la trasformazione in pratica sociale di orientamenti e linee guida ormai consolidate, contenute ad esempio nell'eccellente contributo di Marta Vigorelli (Fattori terapeutici della comunità residenziale, 2012), tramite l'approvazione di progetti politici efficaci e una valida formazione degli operatori.

Invece ritengo che ogni volta sia importante pensare a un nuovo inizio, a mettere a fuoco le specificità che fanno della situazione attuale, sia per quanto riguarda lo sviluppo delle ricerche sul funzionamento psichico, sia il cambiamento delle condizioni di vita socioculturali, un momento unico da comprendere e utilizzare al meglio. Con Bollas (1992) possiamo dire che ogni volta siamo creati dagli incontri con gli altri: "Ogni ingresso nell'esperienza di un oggetto somiglia al rinascere, perché la soggettività viene nuovamente informata dall'incontro, la sua storia viene modificata da un presente estremamente efficace che ne cambia la struttura." (p. 58-59)

Nel campo degli approfondimenti sul funzionamento psichico nella relazione analitica si va configurando quella 'Singolarità' dell'esperienza psichica nella molteplicità di incontri soggetto-mondo con l'altro soggettualizzante, di cui parla Tiziana Bastianini (2014): una creatività intrinseca alla potenzialità del legame, attraverso la quale il soggetto costruisce e negozia attivamente forme di esperienza psichica.

Il soggetto preso in considerazione è un soggetto psichico singolare-plurale (Kaës, 2007): le forme del divenire soggetti si collocano in quell'area limite tra intrapsichico ed intersoggettivo, che contiene la diade, la triade, il gruppo familiare, il gruppo sociale (Neri, 2014).

Le ricerche di Kaës (2015) sull'apparato psichico gruppale parlano dell'intersoggettività come di una struttura dinamica dello spazio psichico tra più soggetti legati tra loro da assoggettamenti

strutturanti o alienanti: 'pas l'un sans l'autre et sans l'ensemble qui les contient' (2015, p.249).

La realtà psichica dell'inconscio di cui si occupa la psicoanalisi esiste non solo nel soggetto individuale quale emerge dal contesto della cura classica, ma è anche un prodotto delle relazioni con i gruppi che danno origine al soggetto, contiene anche la soggettività dell'oggetto. La realtà psichica rimanda sia alla psicosessualità infantile sia all'intersoggettività. La realtà psichica nello spazio del gruppo ha una sua consistenza specifica che struttura il soggetto. Accanto alla relazione oggettuale (effetto nella psiche del rapporto con l'altro) esiste lo spazio psichico del legame, che resta altro, non soltanto movimento di investimento.

Un soggetto non esiste senza legami. Un'esigenza di lavoro psichico è imposta al soggetto non solo dal corpo ma anche dal legame con altre menti, che richiede di affrontare il conflitto tra essere a sé il proprio fine e essere soggetto nel gruppo e per il gruppo. Occorre sottolineare la funzione dell'oggetto nel favorire o ostacolare la creatività del soggetto, dando rilievo in particolare alle condizioni in cui avvengono gli incontri con l'altro perché possano permettere l'espansione o la mortificazione della soggettività. Il divenire Io del soggetto comporta anche l'integrazione degli aspetti plurali che lo precedono. La psicoanalisi di gruppo descrive l'insieme in cui Io può diventare, come nella musica, una sinergia di elementi collegati tra loro. Il soggetto è singolare plurale.

Nella Comunità Terapeutica e nel suo dispositivo di cura si attivano quindi complessi meccanismi psichici di riorganizzazione della soggettività, relativi sia alla storia infantile del soggetto sia alla sua necessità di appartenenza gruppale, di integrazione degli aspetti plurali che lo costituiscono. Una dimensione complessa del lavoro di cura nella Comunità Terapeutica riguarda la dimensione dei processi integrativi che ricreano continuamente il soggetto e le sue competenze plurali. Si tratta di una procedura che richiede l'attivazione di incontri terapeutici individuali e di gruppo e una formazione degli operatori che li renda consapevoli del carattere strutturante della dimensione gruppale, che può essere sottratta alla sua appartenenza potenzialmente alienante e restituita alla qualità di generatrice di piacere condiviso.

A proposito delle tracce che costituiscono un marker personale delle prime iscrizioni somatosensoriali, queste, osserva Monniello (2014), non sono in contraddizione con la loro continua trasformazione e riorganizzazione a contatto con l'esperienza di incontri con alterità complesse: "I vissuti sensoriali vanno man mano costruendo mappe di memoria; lasciano, con il tempo, resti dovuti alla ricorsività e alla ritmicità, che coesistono con le processuali trasformazioni successive." (p.660)

Che cosa pensiamo di una visione del percorso analitico come una conquista di integrazioni ottimali stabilizzate nell'organizzazione interiore? Possiamo parlare di ricorrenze di stati dissociati e di esperienze parziali continuamente integrabili o dobbiamo pensare che tali situazioni si configurino come emergenze e regressioni patologiche, alla luce di uno schema stabilizzato dell'organizzazione dell'apparato psichico? Siamo per lo sviluppo di un'interazione dinamica con l'altro in continua trasformazione oppure per segnalare carenze e intoppi nelle diverse aree di organizzazione dell'apparato psichico e tentare di risolverle? Gallese (2014) ritiene che la simulazione incarnata "attualizza la nostra storicità dinamica nella modalità della relazione. E' contemporaneamente la traccia e la mano che la crea." (p.700)

Le tracce identitarie dei modi nei quali si sono rappresentate le prime esperienze costituiscono tracce personali indelebili di come organizzare la configurazione del mondo soggettivo: come l'occhio del pittore, la mano dello scultore, il suono e la parola del poeta, il ritmo della musica.

Le prime esperienze conferiscono il senso di sé, e gli incontri con gli altri continuamente lo trasformano in uno sviluppo processuale: siamo esposti fin dall'origine e per tutto l'arco della vita all'incontro con l'istante (Monniello, 2014).

Tale dimensione integrativa della cura nella Comunità Terapeutica, che riguarda la costruzione del soggetto singolare-plurale fin dalle sue origini e nel suo sviluppo creativo e ricreativo, è particolarmente importante anche in relazione alle condizioni socioculturali del tempo presente.

Questo complesso lavoro di dialogo e sviluppo tra tracce identitarie e appartenenza gruppale sembra incontrare nelle condizioni psicosociali attuali delle particolari difficoltà che Kaës (2015) sintetizza

al termine del suo ultimo volume sull'estensione della psicoanalisi. Ritiene che le disfunzioni e le carenze dei quadri e dei garanti metapsichici riguardino non solo la strutturazione e lo sviluppo della vita psichica di ciascuno, ma anche le condizioni che la rendono possibile. Indica tre grandi tipi di disfunzionamento che sono in gioco nel contesto attuale:

- nei dispositivi di paraeccitazione
- nelle alleanze intersoggettive di base e identificazioni
- nei processi di mediazione

Nel ripensare ai fattori terapeutici nelle Comunità Terapeutiche possiamo aggiornare il discorso pensando ad approfondire e articolare questi parametri.

Dispositivi di paraeccitazione

Per quanto riguarda le esigenze di potere usufruire di risorse di paraeccitazione, la funzione del dispositivo Comunità Terapeutica è particolarmente appropriato, perché permette al gruppo curante di modulare l'intensità e la qualità dei contesti paraeccitatori in relazione con il percorso individualizzato di ogni ospite. A questo riguardo, possiamo delineare situazioni cliniche estreme di pazienti ospiti in Comunità Terapeutica: soggetti che necessitano del trattamento comunitario per fruire di uno spaziotempo psichico libero, nel quale sottrarsi a un impatto traumatico di incontri con oggetti sopraffacenti e colonizzanti (Faimberg, 1985) le risorse embrionali di un sé alla ricerca di individuazione; oppure le situazioni di soggetti che hanno sviluppato forme di dipendenza patologica da sostanze o relazioni eccitanti che hanno finito per atrofizzare le capacità di contatto con un serbatoio interiore di sogni e desideri, non lasciato in uno stato di tensione, ma immediatamente spento da saturazioni provenienti dall'esterno e sostitutive.

Tra queste due situazioni estremizzate si colloca l'ampia casistica degli ospiti delle Comunità Terapeutiche, che sono alla ricerca di incontri con l'altro a sé che permettano lo sviluppo di capacità percettive e sensoriali sufficienti per non annullare lo sviluppo e la formazione di una potenziale soggettività in fieri o agonizzante.

Da questo punto di vista, il fattore terapeutico della Comunità che svolge la funzione paraeccitatoria necessita la predisposizione di percorsi profondamente individualizzati, su misura. Il momento dell'accoglimento del paziente e quello, dopo qualche tempo di conoscenza, del seminario clinico di gruppo da parte dell'équipe, nel quale formulare una diagnosi clinica, cioè un percorso di cura modulato su quel paziente e su quella Comunità Terapeutica, costituiscono un fattore terapeutico fondamentale, proprio alla luce dell'importanza della dimensione paraeccitatoria. La Comunità Terapeutica può offrire modulazioni plurime e ripetutamente modificate degli incontri Io-altro, oltre le formule standardizzate e anonime. Ma per svolgere questa funzione terapeutica un elemento decisivo è la formazione degli operatori, che necessita di sensibilità all'ascolto delle comunicazioni verbali e non dei pazienti e fermezza nel mantenere saldo il contesto di volta in volta comunemente deciso, non per motivi di rigidità pedagogica, ma per comprensione dell'importanza della dimensione paraeccitatoria necessaria per quel paziente. Talvolta un paziente può partecipare a diverse attività (es.: cucina, pittura) attraverso la presenza silenziosa come testimone partecipe, altre ha bisogno di fare subito l'esperienza di essere il soggetto attivo che non subisce l'intervento ma nella fantasia e in parte anche nella pratica lo produce, come il bebè che al momento delle prime pappe subito vuole aver il cucchiaino e nutrire il caregiver, continuando a coltivare la fantasia inconscia nella quale era stato immerso durante il nutrimento al seno. Le mortificazioni in nome del 'senso di realtà' sono particolarmente inibenti lo sviluppo delle funzioni psichiche; così pure l'offerta di eccitanti continui per placare l'ansie del caregiver, con rischi di impoverimento delle risorse desideranti autonome del soggetto. Si tratta di mettere a disposizione dei pazienti involucri psichici a gradienti variabili di penetrabilità, tenendo conto delle diversità tra chi è 'poroso' e chi invece è di difficile raggiungibilità.

Alleanze narcisistiche inconse

Un'altra disfunzione che caratterizza il contesto socioculturale attuale riguarda quello che Kaës

indica come la dimensione delle 'alleanze intersoggettive di base e delle identificazioni'.

Le alleanze inconse sono formazioni intersoggettive costruite dai soggetti di un insieme per rinforzare in ciascuno certi processi e strutture da cui traggono beneficio. L'alleanza inconscia che sembra vacillare maggiormente e a cui la Comunità Terapeutica può prestare cure riguarda il contratto narcisistico come richiamo al soggetto a prendere posto nell'insieme e ad affrontare il conflitto tra l'essere da sé il proprio fine ed essere anche soggetto nel gruppo per il gruppo. L'esperienza psichica della Comunità Terapeutica può costituire un dispositivo di cura prezioso per ricostituire il tessuto di un contratto narcisistico necessario, che non riguarda solo il soggetto singolo e nemmeno solo membri della sua famiglia che hanno lasciato dentro di lui aspetti inconsci che lo assediano e lo invadono. Nell'accettare di fare l'esperienza transitoria della Comunità Terapeutica il soggetto ricalifica il contratto narcisistico io-mondo, nel quale esercita la possibilità di occupare, in cambio dell'investimento del gruppo, un posto relativamente indipendente dal vincolo parentale. Alleanze inconse fondano la realtà psichica condivisa, con frequenti rischi di alienazione o autoalienazione. Nel lavoro della Comunità Terapeutica la questione del patto narcisistico viene inevitabilmente alla luce e richiede una riformulazione e ricalificazione. In questa ottica, momenti fondanti del percorso terapeutico in Comunità sono quelli dell'accoglienza, del lavoro con le famiglie, della rielaborazione dell'esperienza in incontri clinici personali. Un quesito che interroga il dispositivo di cura della Comunità Terapeutica è come articolare l'aspetto grupppale della cura con la rielaborazione a livello personale. Anche qui l'oscillazione va dal polo di chi vede la dimensione terapeutica nella partecipazione al progetto complessivo e il polo di chi vede nella psicoterapia individuale il momento trasformativo. Penso che questo sia uno degli aspetti più difficili del lavoro terapeutico della Comunità Terapeutica. I rischi di collusione con la frequente presenza di leader carismatici veicola a cascata la ripetizione di una dimensione analoga nel rapporto di singoli operatori con singoli pazienti che finiscono per rispecchiare dimensioni narcisistiche duali, senza integrazioni plurali, e per riproporre relazioni tendenzialmente claustrale/filiche/fobiche. Per quanto riguarda il contratto narcisistico inconscio nel lavoro di Comunità Terapeutica la responsabilità specifica spetta al responsabile clinico della struttura che ha in mente il funzionamento integrato del dispositivo, attraverso gli apporti delle diverse competenze, come in una musica. Ed è il dispositivo complessivo che cura, mentre il privilegiare le funzioni terapeutiche di questa o quella attività (cucina, atelier, psicoterapia) incrina il valore e l'efficacia del tutto e produce disarmonie e incomprensioni. Un buon strumento che permette di fare evolvere il dispositivo attraverso il contributo attivo di tutti gli operatori/curanti è il seminario analitico di gruppo (Hautmann, 2007; Ferruta, 2010), tenuto da uno psicoanalista che non fa parte della struttura, a cui partecipano tutti coloro che hanno a che fare con i pazienti. La discussione di un caso, secondo il metodo delle associazioni libere e della bioniana mente di gruppo al lavoro, permette a tutti gli operatori partecipanti di fare l'esperienza della profonda alterità dell'altro, del paziente e del suo funzionamento inconscio, rispetto al quale nel gruppo si attivano potenzialità di risonanza, comprensione, pensiero, che alla fine del lavoro danno la possibilità di configurare un nuovo ritratto del paziente, nella sua oscillazione dialettica tra aspetti consci e inconsci, tra appartenenze singolari e plurali. Questo 'ritratto' nuovo, emergente dall'esperienza del trattamento di cura comunitario, costituisce un elemento importante che entra a fare parte del processo di identificazione del soggetto, processo che, come accennato prima, dura tutta la vita e che è sollecitato e reso vivo dall'incontro con altri soggetti che ampliano le possibilità di espressione del sé, che sono state inibite, bloccate, negate, ignorate, nel corso delle esperienze precedenti, talvolta traumatiche, talvolta eccellenti, ma spesso troppo dominanti, uniche, tiranniche, capaci di occupare e impegnare tutto lo spazio psichico disponibile, senza lasciare libere zone non ancora praticate da coltivare. Forse per questo, e non solo per questioni legate allo sfruttamento del pianeta e all'aumento della popolazione mondiale, si riscontra in molti soggetti una particolare sensibilità e vulnerabilità rispetto ai prodotti lavorati, concreti e simbolici, e si aspira a cibi e territori incontaminati, non ancora coltivati. Questi territori sono anche territori psichici immuni da

invasioni e intrusioni narcisistiche da parte di oggetti pur bene intenzionati. Sono territori dei soggetti che tendono verso una loro possibilità di espressione, verso la popolazione del mondo delle relazioni intersoggettive. Nel suo ultimo libro Kaës (2015) felicemente osserva: “Lo scopo primo del lavoro psicoanalitico non è la conoscenza dell'Inconscio, ma la (ri)creazione da parte del soggetto di uno spazio psichico nel quale la sua capacità di amare, di giocare e lavorare è liberata (si sbarazza) della sua autoalienazione e della sua alienazione a un altro e a più di un altro “ (p.156 *traduzione mia*). La Comunità Terapeutica può offrire questo spazio-tempo psichico nel quale avviare qualche passo ulteriore nella direzione della soggettivazione nell'intersoggettività.

Processi di mediazione

Per quanto riguarda i processi di mediazione, questi sono al centro della funzione di cura della Comunità Terapeutica. La teorizzazione winnicottiana (1970, 1971) dell'area intermedia dello spazio transizionale trova nella vita della Comunità Terapeutica la sua sede elettiva di sviluppo. La Comunità Terapeutica offre ai pazienti, per dirla con Marion Milner (1969), tutta una gamma di 'pliable medium' che sono costituiti sia dalle attività degli atelier, sia dalle attività della vita quotidiana (fare la spesa, cucinare, pulire, badare alla cura di sé). In quest'area il grande equivoco da affrontare riguarda la comprensione del significato di tutte queste attività intermedie. La contrapposizione tra riabilitazione e soggettivazione balza in primo piano. Il valore terapeutico delle attività intermedie risiede non nella performance raggiunta (costruire un vaso, fare un disegno, coltivare i pomodori, cucinare l'insalata russa, fare la doccia, ecc.). Il valore terapeutico consiste nell'esperienza psicoemotiva vissuta dal paziente di sentirsi attore nel mondo sul quale lascia la sua traccia, la sua impronta trasformativa e dal quale non si sente annullato per effetto di un imprinting sopraffacente. Attraverso esperienze transizionali, il soggetto ha un contatto con l'oggetto non me, di cui sperimenta alterità e estraneità, piacevole o spiacevole, ma comunque ne sente la qualità di oggetto non-me e lo trasforma in qualcosa di prodotto dal soggetto stesso per il suo significato, non in una dimensione allucinatoria delirante, ma in un atto creativo nel quale l'oggetto ricreato non perde le sue caratteristiche percettive e peculiari (Ferruta, 2003). Nelle attività transizionali il soggetto costruisce se stesso come creatore della sua soggettività che interagisce con l'altro senza annullarsi e senza isolarsi: l'esperienza della creatività è necessaria per la salute mentale. Le pressioni socioculturali attuali sono incalzanti, sia nella forma performativa di pretendere l'adeguamento dei soggetti in difficoltà a raggiungere risultati prestabiliti e indipendenti dall'apporto personale del singolo, sia nella forma di dare valore a una creatività priva di vivace vettorialità verso interlocutori, potenziali destinatari messaggi, invece distratti o assenti. Una delle forme di questa comunicazione interrotta, che esprime sia un appello all'altro sia una chiusura al dialogo, è rappresentata dal proliferare di tatuaggi. Sembrano insieme richiesta di incontro e rifiuto, affermazione di individualità e rigetto dell'isolamento, tensione creativa e blocco nell'indelebile. La Comunità Terapeutica permette la manipolazione di materiali e di eventi della vita quotidiana che si prestano ad essere malleabili, cioè occasione di esperienze sensoriali e percettive e insieme occasioni di mostrare la propria capacità di efficacia, di agency, la propria presenza di attori sulla scena del mondo. Gli esseri umani desiderano sentirsi attori della propria vita ed esperienza, per questo le proteste verso qualcuno che non ha dato quello che era necessario alla sopravvivenza vanno lette con attenzione e cautela. Spesso quello che la categoria parentale non ha dato è la possibilità di sentirsi attori della propria esperienza, sia pure supportati e assistiti nel percorso. La proliferazione di risposte già fatte finisce per essere deleteria e rafforzare il danno lamentato. Questa dimensione creativa propria delle attività transizionali in genere è quella più presente nelle Comunità Terapeutiche e meglio gestita, sia per la qualità del dispositivo Comunità Terapeutica che si presta a metterla a disposizione, sia perché spesso gli operatori che se ne occupano hanno vissuto un'esperienza personale di ricerca di creatività dalla quale si sono sentiti aiutati e ricreati.

La funzione del leader nello sviluppo dei fattori terapeutici

Il gruppo funziona sulla base di contratti che si stabiliscono a livello inconscio tra i membri, attraverso un'attribuzione di ruoli che sono essenziali per la salvaguardia e sopravvivenza del singolo e del gruppo. Perché il contratto sia adeguato, occorre prestare attenzione alla questione dei 'garanti metapsichici': con questa espressione Kaës (2007) indica le condizioni implicitamente accettate da ogni gruppo per funzionare, indispensabili come patto comune fondante la libera strutturazione psichica di ogni soggetto.

Un contratto importante è il contratto narcisistico che indica il fondamento di ogni possibile rapporto individuo-società: ha il ruolo di garantire la continuità dell'investimento autoconservativo per ogni soggetto e per l'insieme di cui è parte, impedendo che il narcisismo di un membro perfori l'integrità narcisistica di un altro, come accade quando sono imposte agli operatori o ai pazienti mete terapeutiche troppo elevate, per soddisfare il narcisismo del leader.

La funzione del leader è quella di custode dei garanti metapsichici che permettono il funzionamento di un contratto narcisistico tra i membri del gruppo curante e i pazienti, come continuità dell'investimento autoconservativo per ogni soggetto e per l'insieme. Solo tutelando la vita di tutto l'insieme comunitario, dei curanti come degli ospiti, è possibile conferire al progetto di cura un valore di salvaguardia del narcisismo sano del singolo, non sulla base della semplice repressione di impulsi violenti, ma sulla base della consapevolezza che può crescere solo affondando le radici nel suo personale terreno di appartenenza gruppale.

Il leader in questa ottica svolge una funzione essenziale, preservando il gruppo dalle sopraffazioni narcisistiche distruttive della psicosi e tutelando quegli elementi di gruppaltà anonima inconscia che ne costituiscono un elemento di legame vitale (mangiare insieme, evitare rapporti di sottogruppi troppo esclusivi, garantire la continuità del metodo di cura attraverso il ricambio delle persone, proteggere l'intimità psichica di operatori e pazienti dalle intrusioni interpretative, ecc.).

In conclusione

Il dispositivo della Comunità Terapeutica offre prospettive terapeutiche importanti, sia in relazione agli sviluppi delle conoscenze del funzionamento dell'apparato psichico inconscio gruppale, che nella cura individuale è difficile attivare in tutte le potenzialità implicite, sia in relazione al contesto socioculturale attuale, che segnala una fragilità dei contratti narcisistici inconsci strutturanti il divenire Io nel gruppo. Inoltre lo spazio per la creatività del soggetto, il suo sentirsi attore delle relazioni e delle vicende che attraversa, la sua ottimale potenza viene spesso bloccata dall'incontro con soluzioni già pronte, che spengono la domanda, inibiscono il desiderio e lo sospingono verso la ricerca di contesti ripetitivi eccitanti. La tensione relazionale, quella che il dispositivo Comunità Terapeutica può mettere a disposizione con esperienze paraeccitatorie e malleabili, è una dimensione di piacere dell'essere.

Bibliografia

- Anzieu D. (1985). *L'Io-pelle*. Borla, Roma, 1987.
- Bastianini T. (2014). "Home, is where we start from": Il laboratorio del soggetto. *Rivista di Psicoanalisi*, 3, 615-629.
- Bollas C. (1992). *Essere un carattere*. Roma, Borla, 1995.
- Faimberg H. (1985). *Ascoltando tre generazioni. Legami narcisistici e identificazioni alienanti*. Angeli, Milano, 2006.
- Ferruta A. (2003). La terza area- resting place of illusion. *Psiche*, 2, 31-41.
- Ferruta A. (2010). Il seminario clinico di gruppo come esperienza analitica, accanto all'analisi e alla supervisione. In: Gabriellini G. (a cura di). *Giovanni Hautman e il pensiero gruppale*. Felici, Pisa.
- Gallese V. (2014). Quali neuroscienze e quale psicoanalisi? Intersoggettività e sé corporeo: Appunti per un dialogo *Rivista di Psicoanalisi*, 3, 687-703.
- Hautmann G. (2007). Il paziente tra la dualità analitica e la molteplicità gruppale. *Rivista di*

Psicoanalisi, 4, 1057-1064.

Kaës R.(2007). *Un singolare plurale*. Borla, Roma, 2007.

Kaës R. (2015). *L'extension de la psychanalyse*. Dunod, Paris.

Milner M. (1969). *Le mani del dio vivente*. Armando, Roma, 1994.

Monniello G. (2014). Il divenire della vita psichica. Dalla traccia sensoriale alla creazione di sé. *Rivista di Psicoanalisi*, 3, 657-674.

Neri C. (2014). Soggettivazione e teoria del campo. *Rivista di Psicoanalisi*, 3, 721-734.

Vigorelli M. (2012). Fattori terapeutici della comunità residenziale. In: Ferruta A, Foresti G., Vigorelli M. *Le Comunità Terapeutiche. Psicotici, borderline, adolescenti, minori*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Winnicott D.W. (1970). Vivere creativamente. In: (1986). *Dal luogo delle origini*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1990.

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

Nota sull'autore

Anna Ferruta Psicoanalista, Membro Ordinario con funzioni di Training della Società Psicoanalitica Italiana- www.spiweb.it. Socio fondatore di Mito&Realtà- Associazione per le Comunità Terapeutiche e Residenziali- www.mitoerealta.org

e- mail: a.ferruta@libero.it