



Asociación para el Estudio de Temas Grupales,
Psicosociales e Institucionales

ÁREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES

(ISSN 1886-6530)

www.area3.org.es

Extra Nº5 – Verano 2023

Material presentado en la III Asamblea Internacional de Investigación en torno a la
Concepción Operativa de Grupo, Salvador de Bahía, 8-10 de septiembre de 2022

La Clínica Psicosociale, il Gruppo Famiglia e le Istituzioni Sanitarie¹

Grupo di lavoro²	Rosa Gómez Esteban
Alex Scherzer	Fiorenza Milano
Lola Lorenzo	Raffaele Fischetti
Margarita Lorea	Giuseppe Ceresi
Ricardo Klein	Lucia Balello

Presentato Alex Scherzer

RIASSUNTO

Nella Clinica Psicosociale che pratichiamo, la famiglia e le istituzioni attraverso cui passano i cosiddetti pazienti sono tematiche imprescindibili da considerare nel nostro intervento. L'approccio è portato avanti con una concezione strategica di queste modalità di intervento. Le strategie psicoterapeutiche comprendono approcci individuali, di coppia e di gruppo, equipe terapeutiche, analisi istituzionale, ecc.

Parole chiave: Clinica psicosociale, gruppo familiare, emergente, strategie terapeutiche.

“... le conclusioni che risultano dalle nostre esperienze ci permettono di considerare la malattia mentale non come la malattia di un soggetto, ma come quella dell'unità di base della struttura

¹Trabajo presentado en Nodo Clínica.

sociale: il gruppo familiare. Il malato disimpegna un ruolo, è il portavoce, emergente di quella situazione totale” (EP-R).

In queste due frasi, del 1960, Pichon esponeva profonde innovazioni nel campo della salute mentale, della psichiatria, della psicologia e della psicoanalisi. L’ECRO contiene almeno tre decentramenti, che stanno diventando sempre più rilevanti:

- 1°:** Da una visione individuale antropocentrica all’unità collettiva: il gruppo.
- 2°:** Dalla situazione triangolare (edipica) di un soggetto (il suo kleinismo di allora) ai ruoli - funzioni differenziati di madre, padre, bambino e altri - nel funzionamento del gruppo familiare.
- 3°:** Dalla cosiddetta “malattia mentale” di un soggetto alle dinamiche del gruppo familiare. Il gruppo familiare non ha motivo di coincidere con la famiglia nucleare. Il lavoro della Clinica Psicosociale mira a contestualizzare storicamente e politicamente la comprensione della vita familiare, delle sue condizioni concrete di esistenza. Il suo rapporto con le generazioni (radici geografiche e storiche come risultato di guerre, carestie, esilio, migrazioni), le diverse congiunture socio-politiche, le istituzioni legate ad esse come costruttori di soggettività e della cura della Salute Mentale. Non è l’interazionismo. È la micropolitica della vita quotidiana.

Non usiamo più la terminologia patologia mentale, né parliamo di malattia mentale. Stiamo discutendo se parlare di cura o se non usare questo termine per designare un “miglioramento”.

Aperture

In queste note continuiamo e approfondiamo alcuni aspetti del lavoro di E. Pichon-Rivière sul gruppo familiare. Pichon-Rivière non voleva allievi fedeli, ma continuatori del suo pensiero che aprissero nuove strade nel campo della formazione, della clinica e dell’ambito istituzionale. Negli ultimi 40 anni abbiamo approfondito soprattutto le nozioni di compito, emergente, vincolo e strategie terapeutiche, portandole da nozioni empiriche e strumentali a concetti.

Non è comune parlare di Emergente, di Compito o anche di vincolo, perché si tratta di parlare di latente o di inconscio. Per questo è facile cadere nella banalizzazione di queste nostre importanti nozioni.

Così, ad esempio, quando parliamo di “vincolo a quattro vie” parliamo di un doppio movimento di andata e ritorno tra i soggetti, ma questo movimento non è lineare perché ha a che vedere con la fantasia di me sull’altro e la fantasia dell’altro su di me.

Scherzer descrive questo meccanismo come mutazione (vedi Zona comune, pubblicato in “Area 3”) e parla di prospettive, meta-perspettive e meta-meta-perspettive (tratto da R. Laing).

Bleger ha introdotto due livelli di socialità: una è la più conosciuta socialità per interazione e l’altra è la socialità sincretica o socialità per partecipazione. Il gruppo tende a burocratizzarsi in quanto organizzazione e a diventare antiterapeutico non solo per una reiterazione dei modelli nei livelli dell’ interazione, ma soprattutto per la necessità di mantenere il clivaggio (o separazione) tra i due livelli.

Non lavorare sui livelli della socialità sincretica della famiglia significa assumere la segregazione sancita dalla società, assumere i criteri normativi, i meccanismi attraverso i quali certi soggetti si ammalano o si segregano e, soprattutto, assumere il criterio dell'adattamento passivo alla salute e alla "malattia" e alla sua segregazione come "cura".

Le fantasie emergono nel vincolo e nel compito, più precisamente nei vincoli che servono a realizzare i compiti familiari, prescritti dalla società.

L'emergente si presenta come una qualità nuova ed è proprio questa differenza che ci permette di vedere la scena. Appare una trasformazione legata alla situazione attuale, al nuovo contesto gruppale. Nella scena entra in gioco una fantasia o un fantasma in cui tutti sono compromessi e a cui tutti partecipano. Le fantasie emergono nel legame, non nella mente di un individuo isolato (solipsismo). La nozione di campo ha permesso di vedere in un modo nuovo come si fabbrica una fantasia. Il percorso interpretativo consiste nel raccontare al gruppo, scena per scena, ciò che sta accadendo. L'interpretazione viene utilizzata per aiutare a trasformare gli elementi di "partecipazione" (socialità sincretica) in vincolo. Nelle scene vediamo il va e vieni del gruppo con il compito. L'immaginario che il gruppo va istituendo è presente nei va e vieni del gruppo con il compito.

STRATEGIA DI INTERVENTO

La situazione di sofferenza di una famiglia non ci serve per elaborare una diagnosi psicopatologica della famiglia, ma per utilizzare i sintomi che emergono in risorsa e creare una nuova scena con la presenza del terapeuta o dell'équipe del servizio pubblico o privato, trasformando la scena iniziale basata sui sintomi in problemi dell'emergente e della sua famiglia.

Facciamo una diagnosi situazionale del vincolo tra la famiglia e i terapeuti per poter pensare la psicoterapia familiare come strategia di intervento e non come tecnica di intervento, come ci ricorda la teoria degli Ambiti elaborata, negli anni '60, da J. Bleger. Spesso, nelle diagnosi, ci si dimentica del contesto, ma nella diagnosi situazionale viene messo in primo piano. Quando arriva un paziente, bisogna sempre chiedersi perché è arrivato in questo momento. Questa domanda rimanda al contesto.

L'inquadramento situazionale introduce un ordine metodologico e strategico di estrema importanza perché pone l'accento sullo studio di ciò che sta accadendo qui e ora (hic et nunc) nel tempo e nel luogo presenti. Non c'è situazione senza storia, ma dall'organizzazione di questo qui e ora emergono le esperienze passate che integrano il campo attuale. Dobbiamo pensare a chi può essere il depositario affidabile del contesto: si tratta di persone che hanno una relazione molto stretta o di persone che si estendono all'altra persona (indiscriminazione)?

Il punto di urgenza del paziente, quello che lo tocca di più in quel momento, ci indica strategicamente la direzione e lo spazio di entrata dove si trova minore resistenza.

L'importanza della dimensione strategica comprende gli approcci individuali, di coppia e di gruppo, le équipe terapeutiche, ecc. Terapie combinate, terapie associate", A. Scherzer).

Abbiamo svolto e svolgiamo tuttora il lavoro clinico in ambito pubblico, privato, istituzionale.

CLINICA

Nel gruppo abbiamo lavorato su casi clinici gravi e complesse

Situazione clinica 1

Questo primo caso clinico¹, riguarda un gruppo familiare formato dai genitori e da tre bambini adottati in Africa, che provenivano da una zona dove c'era la guerra, e dove avevano assistito a situazioni molto difficili, dolorose e sinistre, inclusa la morte violenta di uno dei genitori... due punti importanti emergono nel controtransfert

- 1) il primo come "paura di toccare..."
- 2) il secondo si presenta come "buco"

Il dibattito tra di noi si è centrato sul tipo di logica utilizzata dagli autori dell'articolo, vale a dire sul passaggio dalla logica del negativo, di cui Hegel ne rappresenterebbe il momento più avanzato e complesso, alla logica "affermativa" del Filosofo italiano Roberto Esposito.

Preso come qualcosa che non parlava di ciò che non c'era ma di qualcosa che c'era (logica affermativa), il buco "diventò" l'emergente centrale della "africa" di tutti e di ciascuno.

Situazione Clinica 2

Si tratta di un primo colloquio familiare in cui gli autori² del lavoro cercano di "mostrare" un modo di funzionamento psicotico della famiglia. (socialità gruppale per partecipazione di J. Bleger).

Nel colloquio i membri della famiglia non si parlano, non si chiedono, sembra che non si sentano, ma "vanno paralleli". Il padre appare assente, messo fuori, sta fuori: non dice niente e nessuno gli chiede niente.

Nel colloquio si mostra con chiarezza il "deposito incrociato", assegnato e assunto, di Pichon-Rivière

G. (la madre) dice di avere sempre pensato che la figlia fosse indipendente e serena dato che si era sempre dimostrata una bambina autonoma e spensierata fino a sedici anni, quando aveva avuto il "primo attacco di panico".

S. (la figlia) risponde di essersi sempre sentita sola e abbandonata; "il panico", dice, "penso di averlo avuto da sempre ... all'asilo ero terrorizzata all'idea che nessuno venisse a prendermi e di essere lasciata lì ... mi sentivo sempre in colpa si pensi che quando lei (la madre) piangeva mi sentivo angosciata e velocemente facevo un esame: avevo fatto i compiti? avevo fatto bene le cose che dovevo fare? mi chiedevo che cosa avessi fatto di sbagliato... e ancora ... avevo tutto in ordine? Pensavo che piangesse per colpa mia ; ...avevo 5/6 anni...."

G. replica dicendo che l'ha sempre vista come una bambina libera e molto intelligente. mentre R. (il figlio), aveva pianto ininterrottamente giorno e notte dal momento della nascita e aveva

smesso di “colpo” quando S. era nata; “si pensi che dalla nursery, ad un certo punto, me lo hanno portato per vedere se con me riusciva a quietarsi” ma non si quietava”.

Nella discussione gli autori esplicitano il latente che emerge nella scena familiare del colloquio dove la madre mostra di parlare con una figlia ideale che non sembra avere nessuna corrispondenza con la figlia reale bisognosa.

Il padre silenzioso ma presente, attivamente mantiene la situazione di indifferenziazione; il fratello assente lascia fuori per tutti il pianto ininterrotto e il bisogno di dipendenza, di cure e attenzioni costanti.

L'indiscriminazione viene mantenuta e utilizzata come difesa dal terrore di “rimanere soli e abbandonati”. Entrando nella scena emergente si può lavorare sui “grumi” che irrompono³ nella seduta alla ricerca di un'interpretazione che permetta alla famiglia e a tutti loro di uscire dalla ripetizione o stereotipia.

Situazione clinica 3

Un'adolescente che, dal balcone di casa sua (non permetteva a nessuno dei presenti di avvicinarsi), ha minacciato di gettarsi sul marciapiede se i medici curanti l'avessero ricoverata nuovamente in un istituto psichiatrico. I medici, la famiglia e l'ambulanza di assistenza domiciliare erano lì, a casa sua. E ha posto una condizione: “che parlassero con Scherzer” e che lui potesse fare qualcosa di diverso.

Era una paziente di un centro di trattamento diurno dove lui gestiva tecnicamente l'istituto e coordinava il gruppo terapeutico. Infine, grazie a conversazioni telefoniche avvenute nello stesso momento (da parte di Scherzer), gli psichiatri sono stati sollevati dal caso, l'ambulanza è stata ritirata e tutti sono stati liberati dalla situazione.

La paziente è stata ricoverata nell'istituto che frequentava. È rimasta lì per quattro giorni, senza farmaci anti-psicotici, solo con ipnotici e ansiolitici minori per poter dormire, ed è stata integrata nelle attività istituzionali. Si sono tenute quattro sessioni familiari con il paziente incluso (ovviamente). Dopo questa strategia clinica è migliorata notevolmente, tornando a dormire a casa e mantenendo la frequenza all'istituto psicopedagogico.

Nella discussione emerge una corrispondenza tra segregazione (ricovero in ospedale) e suicidio-omicidio. La minaccia della ragazza di buttarsi dalla finestra sembra parlare del momento di passaggio dall'ospedale psichiatrico (segregazione dei sintomi) a un momento di elaborazione all'interno di strutture di tipo comunitario.

Situazione clinica 4

Un'altra situazione clinica: quella di un'adolescente di 15 anni con la sua bambina di sette mesi con disturbi del sonno.

Nella discussione abbiamo analizzato la dissociazione nel sistema sanitario pubblico che a livello manifesto ha il compito di curare con un modello di organizzazione che attraverso procedure fisse va in senso contrario. L'indicazione terapeutica era per una terapia familiare che non poteva essere effettuata perché il marito aveva 18 anni e non poteva frequentare il Servizio di Psichiatria Infantile, perché secondo la normativa l'assistenza è disponibile fino ai 18 anni. Un chiaro esempio di come lo Stato possa dissociare la famiglia attraverso la burocratizzazione della situazione.

QUESTIONE FINALE

Sui nuovi contributi alla concezione pichoniana. Resta da esplicitare e approfondire uno scambio sui nuovi contributi alla Concezione Operativa nel campo della Salute Mentale, già scritti (anche pubblicati in diversi libri e siti web) dai colleghi del gruppo e da altri colleghi della Concezione Operativa di Psicologia Sociale, che inizieremo a fare dopo la pausa estiva europea.

² Gruppo di lavoro

- *Alex Scherzer*: laureato in psicologia. Psichiatra. Psicologo sociale. Psicoterapeuta di gruppo e familiare. Insegnante e supervisore, in diverse istituzioni e nel settore privato.
- *Lola Lorenzo*: psicologa clinica, in SSP. Psicoterapeuta di gruppo. Membro fondatore, insegnante e supervisore dell'Associazione di Psicoterapia Psicoanalitica Operativa (APOP).
- *Margarita Lorea*: Psicologa. Psicoterapeuta. Membro fondatore, insegnante e supervisore dell'Associazione di Psicoterapia Psicoanalitica Operativa.
- *Ricardo Klein*: psicologo. Psicologo sociale. Direttore della Scuola di specializzazione in Gestalt. Buenos Aires. Professore a contratto di Teoria e tecnica dei gruppi. UBA.
- *Rosa Gómez Esteban*: Psichiatra. Psicoanalista. Insegnante e supervisore di programmi di formazione in psicoterapia di gruppo e clinica di gruppo. Membro dell'Associazione per lo studio delle problematiche psicosociali e istituzionali dei gruppi. Area3.
- *Fiorenza Milano*: Psicologa clinico. Psicoterapeuta di gruppo, familiare e di coppia. Membro docente e supervisore di GRIPO.
- *Raffaele Fischetti*: Psicologo clinico. Psicoterapeuta di gruppo, familiare e di coppia. Supervisore istituzionale. Presidente di GRIPO.
- *Giuseppe Ceresi*: Psicologo clinico, psicoanalista della SPI e dell'IPA. Psicoterapeuta infantile e di gruppo. Formatore e consulente nel campo dell'apprendimento organizzativo.
- *Lucia Balello*: psicologa clinica. Psicoterapeuta di gruppo, familiare e di coppia. Fondatore, insegnante e supervisore di GRIPO. Responsabile del Master in Psicoanalisi della coppia e della famiglia.