

# L'ASCOLTO DELL'OGGETTO CHE FA IMPAZZIRE

Francesca Viola Borgogno<sup>1</sup>

I conflitti sono patologici perché producono vincoli di interdipendenze patogene che rendono molto difficile o impossibile la loro elaborazione o risoluzione. Assomigliano in questo a veri e propri “dilemmi”. In questo senso: “Non è sufficiente prenderne coscienza per produrre un cambiamento; è necessario ottenere certi cambiamenti perché si possano aprire spazi mentali per poter pensare e quindi per poter cambiare” (García Badaracco, 2000a, pag. 79).

Ho conosciuto Jorge García Badaracco nel 2000, in quanto era stato invitato da mio padre, Franco Borgogno, a tenere un ciclo di seminari clinici presso la Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica della Facoltà di Psicologia dell'Università di Torino a cui ho avuto la fortuna di poter assistere.<sup>23</sup>

---

<sup>1</sup>**Borgogno, F.V.** (2009). *L'ascolto dell'oggetto che fa impazzire*.

In A. Granieri (a cura di). *Esperienze di ascolto in situazioni di crisi*. Fratelli Frilli Editori.

<sup>2</sup> Il mio interesse per la patologia grave era nato da poco. Nello stesso periodo infatti avevo iniziato a frequentare i laboratori teatrali organizzati dall'A.S.L. 5 (diretta dal Prof. Pier Maria Furlan) dove si lavorava terapeutamente con pazienti psichiatrici utilizzando il teatro come “contenitore” e “motore di cambiamento”. Questa esperienza, negli anni, mi ha insegnato a guardare con rispetto i pazienti e a credere nelle loro “potenzialità sane”. Per questo ci tengo qui a ringraziare i conduttori: la Dottoressa Maria Gabriella Garis, Luciano Caratto, Carola Zampaglione, Loris Mosca, e tutte le persone che, come me e con me, hanno partecipato in questi anni a questi gruppi teatrali.

<sup>3</sup> Jorge García Badaracco, per chi non lo conoscesse, è una delle persone che più hanno contribuito ad apportare un pensiero fresco e originale nella psicoanalisi e che maggiormente si sono battute per avvicinare la psicoanalisi alla psichiatria, specialmente in Argentina. □

Egli, nonostante nel corso della sua carriera ne sia stato presidente per due volte consecutive (1982 e 1984), in una recente conferenza tenuta alla Società Psicoanalitica Argentina (A.P.A.) ha messo in evidenza come questo suo doppio interesse e questa sua doppia formazione gli abbiano creato negli anni non pochi problemi a essere pienamente riconosciuto sia dagli psicoanalisti, che lo consideravano uno psichiatra, sia dagli psichiatri, che lo consideravano uno psicoanalista.

Il suo merito, tuttavia, non si limita a mio avviso all'aver cercato di integrare la psichiatria con la psicoanalisi ma piuttosto si situa nell'aver dedicato la sua vita a cercare di capire un po' di più quello che passa nell'animo delle persone, e che spesso noi non riusciamo a comprendere, anche quando desideriamo sinceramente farlo perché le amiamo o ne siamo amici o quando (come terapeuti) vorremmo occuparci clinicamente di loro.

Niente poi di quello che Jorge ha pensato proviene da una semplice speculazione teorica: egli è prima di tutto un clinico e ha passato la sua vita lavorando con pazienti anche (e soprattutto) gravi e cercando di mettere in pratica quello che andava elaborando e concettualizzando grazie alla sua esperienza e al suo studio.

Potrebbe al limite essere definito un “visionario”, perché è arrivato a definire e concettualizzare alcune esperienze molto prima che i tempi fossero maturi, e solo ultimamente sta sbocciando un riconoscimento della sua coraggiosa esplorazione nel campo della sofferenza mentale.

Rimasi, in quell'occasione, molto colpita da come la forte personalità, la grande passione per l'insegnamento, e tutti gli anni di esperienza clinica riuscissero a rendere le parole di questo psichiatra-psicoanalista vive, ricche di emozioni e di spessore mentre sviluppava l'argomento che è il suo cavallo di battaglia: la "psicoanalisi multifamiliare".<sup>4</sup>

E' stato precisamente da quel momento che ho iniziato ad approfondire lo studio della sua opera, e in particolare della sua tecnica di lavoro. Ho avuto inoltre nel 2003 l'onore (e l'onere) di revisionare la traduzione italiana e di correggere le bozze del suo libro *Psicoanalisi Multifamiliare* per la Bollati Boringhieri. Ho cercato di trasformare questo compito per me impegnativo in un'occasione di apprendimento, ma a questo punto è sorto in me il desiderio di una formazione "pratica" con lui, spinta dalla convinzione che solo una partecipazione attiva mi avrebbe permesso di cogliere appieno l'originalità e il valore effettivo dell'approccio ch'egli propone.

Vorrei soprattutto condividere con chi leggerà queste pagine qualcosa della particolare atmosfera e del clima psicologico-emozionale che si viene a creare in questi incontri terapeutici da lui organizzati e ultimamente promossi in varie parti del mondo.

---

<sup>4</sup> García Badaracco ricorda che quando iniziò a lavorare con i gruppi multifamiliari non conosceva lo sviluppo di questa disciplina. Da pubblicazioni posteriori, ha appreso che già altri autori si erano interessati al tema. "Tra essi Peter Laqueur, che nel 1964 riprese l'esperienza, iniziata nel 1951, di terapia familiare multipla con pazienti schizofrenici al Creedmore State Hospital di New York" (García Badaracco, 2000a, pag. 67). Laqueur partì da una premessa metodologica diversa da quella di García Badaracco, dato che aveva sviluppato il gruppo familiare multiplo a partire dalle riunioni settimanali con i familiari dei pazienti e con i pazienti separatamente. "Successivamente decise di riunirli in un unico gruppo per sedute di due ore, in cui si discutevano i problemi e si davano informazioni sulle terapie e sull'evoluzione dei malati" (*Ibidem*). Entrambi gli autori avevano constatato, come ricorda lo stesso García Badaracco, "l'influenza negativa, su quei pazienti che non hanno consolidato sufficientemente il loro processo terapeutico, di un nuovo ingresso nell'ambiente patogeno, in cui si riproducono i comportamenti patologici e patogeni tra i pazienti e i loro familiari" (*Ibidem*, pag. 68). Sempre negli anni sessanta, Murray Bowen (1983) sviluppò il suo metodo di terapia multifamiliare al centro medico di Georgetown, negli Stati Uniti. "Egli combinava le osservazioni cliniche di famiglie con pazienti mentali gravi, in particolare schizofrenici, con le sue idee sulla tecnica terapeutica. Cominciò concentrandosi sulla psicoterapia individuale del paziente e di sua madre, ma successivamente ampliò le sue ipotesi di lavoro giungendo a considerare la schizofrenia come un processo che coinvolge tutta la famiglia intesa come unità malata. Modificò pertanto il suo schema terapeutico, ponendo la psicoterapia familiare come unica modalità di trattamento. In seguito riunì diverse famiglie in un contesto terapeutico multifamiliare. Osservò che si ottenevano risultati migliori e in minor tempo rispetto ai metodi convenzionali, e restò sorpreso dalla rapidità dei miglioramenti, superiore del 50 per cento a quanto ottenuto con altre famiglie. Introdusse poi una modifica, dedicando ciascuna seduta a una famiglia, mentre le altre ascoltavano e ne traevano le loro conclusioni. In seguito Bowen utilizzò il contesto multifamiliare per la terapia di coppia, basandosi sulla sua precedente esperienza di sedute con una sola coppia affiancata da un terapeuta come potenziale 'terzo'" (*Ibidem*).

## LA MIA ESPERIENZA NEI GRUPPI MULTIFAMILIARI

A Buenos Aires ho partecipato alle riunioni multifamiliari. Da principio ero solita scrivere su un quaderno, durante il gruppo, quello che stava accadendo: i passaggi della conversazione, gli interventi dei terapeuti, alcuni appunti e rimandi a quella che credevo fosse la teoria di riferimento. Dopo qualche incontro Jorge García Badaracco mi ha consigliato di sospendere questa mia opera di “scriba”, spiegandomi che era più importante che io partecipassi con tutta me stessa al gruppo, in modo più attivo, e con un’attenzione “fluttuante”, nel senso che sarebbe stato per me maggiormente arricchente “respirare l’aria che si creava” piuttosto che cercare di ricondurre alla teoria le dinamiche che si venivano a creare: ne avrei guadagnato in spontaneità. Ho deciso allora di seguire il suo consiglio, senza immediatamente comprendere che la sua era un’indicazione tecnica, un contratto nel *setting*, pur cogliendo che ciò mi avrebbe permesso un ascolto più empatico e un maggior coinvolgimento emotivo: durante i dialoghi ho iniziato a sentire con sempre maggior chiarezza le mie emozioni e ciò mi ha consentito di “ri pescare” pensieri e ricordi, a volte legati a “vissuti” personali molto forti. Ed erano proprio questi che mi permettevano, una volta “pensati” (nel senso di mentalizzati, o portati alla coscienza), di associare e riflettere. Ripensandoci ora, credo che il mio prendere appunti fosse anche una modalità di difesa: usare un quaderno mi permetteva di avere una distanza “gestibile”; potevo registrare quello che stava accadendo e decidere che era qualcosa di molto lontano da me, invece di trovarmi coinvolta nel profondo, realmente.

Ci sono stati momenti in cui mi sono identificata in chi parlava, e a volte nel farlo ho provato dolore: ero a contatto con delle mie parti sofferenti, di cui non ero pienamente consapevole, ma che erano dentro di me e risuonavano alle parole degli altri, con mia sorpresa. Credo che questo capiti a tutti i partecipanti, terapeuti compresi. Ciò che accade nel presente mentre si sta ascoltando, risuona al proprio interno, nella propria storia, attraverso le proprie esperienze, ed è a partire da questo coinvolgimento che è possibile condividere l’esperienza in modo empatico, riuscendo a vedere le potenzialità di chi si ha davanti, e non solo ciò che di solito viene etichettato come “patologico”. Sicuramente è più semplice essere distanzianti, e farlo porta il vantaggio di sentirsi “dalla parte di chi sta bene”, di chi è “sano”, o – mi si permetta il tono scherzoso – di chi è “invincibile”.

Credo che sia importante dirlo, perché nelle riunioni multifamiliari si scopre che le distanze dettate dal ruolo che si occupa davanti agli altri in certi momenti non sono altro che schermi di protezione: un modo cioè per preservarsi, in modo onnipotente, dal pensiero che la sofferenza sia una

cosa comune a tutti, e che la sofferenza, specie quella “mentale”, non faccia parte solo di chi è definito “matto” perché sta tentando di comunicarlo con delle modalità poco consone.

Sentirsi prossimi a qualcuno che nella vita “fa il paziente” fa paura: porta a mettersi in questione, a interrogarsi. Attraverso i meccanismi dell’identificazione, ci si ritrova coinvolti e toccati direttamente, a volte solo per il fatto di ascoltare.

Il fatto che non conoscessi così bene lo spagnolo è stato per me un limite che mi ha fatto soffrire nel momento in cui ho iniziato a partecipare attivamente: nel momento in cui ho iniziato a sentirmi parte del gruppo e a voler dire la mia. Quando prendevo la parola, dopo aver a lungo riflettuto su cosa volevo dire, facevo molta fatica a parlare e a spiegare quello che avevo in mente, perché il mio vocabolario era limitato e non era ricco abbastanza da aiutarmi a esprimere i vissuti che sentivo e che cercavo di riportare al gruppo in modo da poter dare anch’io il mio contributo, su un piano condivisibile e utile a tutti, scevro da ciò che nella mia testa avevo sentito come troppo personale. Ero convinta inoltre che ciò che capitava durante le riunioni (i dialoghi, gli accadimenti, gli scambi) dovesse essere metabolizzato dai terapeuti e ridato ai pazienti attraverso un intervento che, per essere terapeutico, doveva dimostrare di essere prima di tutto sincero ed empatico, secondo arricchito di una propria elaborazione personale più che teorica, in grado di rendere il punto in questione maggiormente condivisibile, offrendo per esempio la possibilità di fare dei paragoni.

In realtà, pian piano, riunione dopo riunione, mi sono resa conto che se da un lato la mia poca padronanza della lingua mi portava a sentire di non potermi esprimere, dall’altra andava ad avvalorare il fatto che la psicoanalisi multifamiliare non si basa essenzialmente sull’interpretazione ma sulla forza dei vissuti emozionali che si possono sperimentare e condividere durante le riunioni. Infatti la maggior parte delle emozioni “passavano” durante gli incontri a un livello pre-verbale più che con le parole; era cioè, in altri termini, più importante il “partecipare”, il “guardare”, l’“esserci”. Credo quindi che il fatto di aver io sperimentato tutto questo possa essere un’ulteriore conferma di quanto è stato teorizzato da García Badaracco.

Agosto 2004

Appena arrivata a Buenos Aires vengo portata dall'assistente di Jorge García Badaracco al Borda<sup>5</sup>, il manicomio, dove si terrà la riunione multifamiliare. “Non si deve perdere tempo” mi dice. “Dato che stai qui solo due mesi devi approfittarne; le riunioni al Borda si tengono il martedì mattina e il giovedì, poi c'è la riunione serale all'A.P.A., la Società Psicoanalitica Argentina, tutti i martedì sera, e dato che oggi è giovedì, forza, non perdiamo l'occasione. Jorge arriverà direttamente lì, sarà felice di vederti”.

E così partiamo per l'avventura. Sono un po' cotta dal viaggio, ma molto eccitata all'idea di tuffarmi subito nell'esperienza, e alquanto emozionata all'idea di poter finalmente prendere parte di persona ai gruppi di cui ho tanto letto.

Devo fare una premessa: prima di tutto ritengo necessario specificare che le riunioni sono aperte, sono libere. Possono parteciparvi sia i pazienti ricoverati che quelli esterni, i familiari, i terapeuti, gli operatori sociali, gli infermieri, gli studenti di psichiatria e non, e in generale tutte le persone esterne che sono venute a conoscenza dell'esistenza di questi gruppi e che hanno deciso di prendervi parte, per curiosità o per necessità. Secondo, credo importante distinguere le diverse realtà in cui si inseriscono i gruppi.

Il gruppo del giovedì si tiene in una sala del manicomio, al terzo piano. E' una sala qualsiasi, dove fuori della porta vi è un cartello scritto a pennarello: “Riunione multifamiliare, il giovedì mattina, dalle 10 alle

<sup>5</sup> Il nome completo di questo ospedale psichiatrico di Buenos Aires è *Josè Tomàs Borda*. Questo non è sempre stato il suo nome. Infatti, quando Pichon-Rivière aveva iniziato a lavorare al suo interno il Borda si chiamava ancora *Hospicio de las Mercedes*.

Questo luogo aveva avuto su di me un forte impatto: la povertà, le condizioni in cui risiedevano i malati, le guardie, erano rimasti dentro di me, e mi avevano in qualche modo insegnato che cosa sia realmente la realtà manicomiale. L'Italia è l'unico paese in cui i manicomi sono stati chiusi, e uno studente di psicologia che ha avuto modo di lavorare in psichiatria non si immagina davvero in che condizioni ancora oggi possono essere tenute queste persone negli altri paesi del mondo, in particolare in quelli “poveri” come l'Argentina. Ho visto pazienti camminare in inverno senza scarpe, tra cicche spente e cani randagi che cercano qualche avanzo da mangiare; ho visto finestre con grate ma senza vetri, sporcizia e corpi accasciati per terra che vivono tra un dentro e un fuori senza fare una piega; ho visto consultori che sembravano prigioni, e ho avuto modo di provare sulla mia pelle come ti trattano le guardie, e devo dire che mi hanno fatto paura.

Le riunioni che fa García Badaracco spezzano questa realtà alienante, permettono un dialogo, danno speranza e insegnano la solidarietà. Eppure, anno dopo anno vengono svalutate e osteggiate: García Badaracco lotta ancora oggi infatti per difendere i suoi spazi. E' capitato più di un giovedì che la stanza della multifamiliare fosse stata “riempita” letteralmente di sedie e di banchi, quasi a rispondere a una antica richiesta del dottore di avere qualche sedia in più vista la numerosità sempre crescente dei presenti: ebbene, la risposta è stata quella di “invadere” la stanza e di “togliere il posto alle persone”. Ho visto García Badaracco, che quest'anno ha compiuto 83 anni, entrare impassibile e iniziare a sistemare queste sedie sui lati, una a una, aiutato da tutti noi, e sedersi senza fare una piega se non commentando che, dopo tanti anni, inizia a essere stufo perché ha passato la sua vita a lottare controcorrente nella psichiatria, mentre avrebbe potuto concentrarsi per sviluppare nuovi gruppi multifamiliari in altri ambiti, per esempio quello scolastico, a livello “preventivo”.

12”. Questo gruppo è nato nel 1993; la maggior parte dei partecipanti si conosce da tempo, ha una storia comune ormai e il clima che si è creato permette un certo tipo di lavoro.

C’è uno psicologo che in questo periodo sta provando a condurre, si occupa di gestire i turni della parola e di fare da mediatore tra gli interventi. Di solito García Badaracco arriva un po’ in ritardo, e si siede tra i partecipanti; tutti lo salutano, ma si cerca di non interrompere la riunione; lui si inserisce pian piano naturalmente nella conversazione. Tratta le persone in modo molto diretto; i partecipanti, che ormai lo conoscono, si fidano di lui e ne riconoscono l’autorità e le capacità.

Quando si arriva prima delle 10 si può vedere che la sala è vuota. Viene preparata dagli stessi partecipanti, dai primi che arrivano diciamo: si tira fuori un tappeto, e si mettono in cerchio le sedie, ci si siede e si aspetta. Quando inizia a esserci un certo numero di persone si inizia. La gente può entrare e uscire, può parlare o semplicemente stare ad ascoltare; tutti tengono molto al rispetto, per cui i partecipanti sono i primi a non permettere di disturbare “senza motivo” (sto pensando per esempio a più di un’occasione in cui un paziente internato che entrava e cercava di attirare l’attenzione veniva sì invitato a sedersi ma al contempo invitato al silenzio dai presenti). Mi colpisce il fatto che ci sia un continuo via vai dal cerchio alla finestra per fumare, e il fatto che ci sia chi beve il *mathe* e chi beve il caffè, creando un’atmosfera quasi “casalinga”, che fa dimenticare di essere in un manicomio: una realtà che, devo dire, si percepisce appena fuori dalla porta della multifamiliare e che mi ha toccato profondamente per la sua durezza e crudità.

Il gruppo del martedì mattina si tiene invece a pian terreno, all’Admisión, il servizio psichiatrico d’urgenza del Borda, servizio che è stato creato dal Dottor Materassi, direttore dell’ospedale, e che è attualmente gestito dal Dottor Novarini.

L’atmosfera è molto più agitata; la porta è sorvegliata da una guardia: bisogna chiedere il permesso per entrare e bussare per poter uscire. Alle 11.30 passano degli infermieri con i carrelli della mensa, interrompendo tutte le volte la riunione, tra i commenti innervositi dei partecipanti sul fatto che è una consuetudine a cui non riescono ad abituarsi. Percepirla di primo acchito come una mancanza di rispetto, mi sono interrogata sul perché ciò fosse permesso; è stata per me un’importante occasione per prendere consapevolezza del fatto che la sala si trova sul “confine” tra il manicomio e la realtà esterna (dalla porta interna entra chi è internato, dalla porta custodita chi è “libero”). Credo che tutto ciò si senta durante la riunione, e che sia uno dei motivi per cui c’è molta più tensione in questo gruppo che negli altri. I partecipanti non sono gli stessi: alcune persone seguono tutti e tre gli incontri settimanali, alcuni

solo uno, solitamente quello che gli piace di più o quello in cui ha iniziato a partecipare.

E' una grande opportunità il fatto di poter fare un gruppo multifamiliare qui: durante un colloquio il Dottor Novarini mi ha detto che è "una attività strutturante del servizio" dal 1999. Permette infatti una consulenza immediata per il paziente che in caso contrario dovrebbe aspettare all'incirca un mese e mezzo per un appuntamento. I gruppi di García Badaracco – sempre secondo l'opinione del suddetto Dottore – creano un contesto emozionale sicuro dove il clima di condivisione e di rispetto promuovono la salute attraverso lo sviluppo di risorse sane, invece che la solita tassonomia che tende alla stigmatizzazione del soggetto. La terapia multifamiliare si integra poi con gli altri servizi offerti dall'ospedale, in modo articolato. Secondo i dati raccolti dal servizio è stato possibile in 4 anni vedere all'incirca una media di 1000 pazienti per anno, cosa che invece, a causa della scarsa disponibilità economica dello stato, non sarebbe stata altrettanto possibile fare con le usuali consultazioni individuali. La media dei giorni di ricovero è inoltre scesa in modo evidente da quando esistono i gruppi di García Badaracco: si è calcolato che su 4000 pazienti ci sia stata una media di ricoveri pari a 2,75 giorni, ciò segnala il fatto che i ricoveri devono essere stati brevi e pensati accuratamente. Questi dati sostengono la validità teorica dei gruppi multifamiliari (il Dottor Novarini l'ha definita "solida"), e vanno nella direzione delle nuove linee guida proposte dalla cultura ospedaliera (dal momento che sono in grado di rispondere positivamente ai criteri di "efficacia", "efficienza" ed "equità") che lavora, in un paese in cui l'internazione psichiatrica è ancora attiva, affinché quest'ultima sia una risposta eccezionale a una scompenzazione psicotica più che la norma. In questo senso il Dottor Novarini esalta il tipo di lavoro che sta facendo con l'équipe terapeutica (formata da medici, psicologi, psichiatri, assistenti sociali, e infermieri) perchè il paziente può qui usufruire sempre di più di un trattamento inter o trans disciplinario, quale "atto di salute mentale" complessivo e non semplice somma parziale delle parti che lo compongono.

Infine, il gruppo dell'A.P.A. si tiene di sera, il martedì dalle 20 alle 22. Bisogna arrivare un po' prima se si vuole trovare da sedere perchè non è una camera molto grande quella che è stata riservata alla riunione, e la gente invece è sempre di più, volta dopo volta: segno questo del fatto che l'utilità del metodo di García Badaracco sta iniziando ad essere maggiormente riconosciuta, e che sta iniziando a destare curiosità e interesse sia tra gli psicoanalisti che tra gli psicoterapeuti con altre

formazioni e appartenenti ad altre società.<sup>6</sup> A Buenos Aires vi sono moltissimi psicologi e tanti psicoanalisti; la psicoanalisi è parte integrante della vita degli argentini. Ricchi e poveri vanno dallo psicologo, nel pubblico o nel privato; vi sono diverse scuole o correnti di pensiero, a volte discordi tra loro. Mi riferisco alle referenze teoriche divergenti, che negli anni hanno portato a vere e proprie scissioni interne, per esempio, tra gli psicoanalisti. Ci sono oggi infatti due società psicoanalitiche: l'A.P.A. e l'A.P.D.E.B.A..

Le riunioni multifamiliari dell'A.P.A. sono registrate; gli psicoanalisti che vi partecipano regolarmente non sono molti: hanno formato un gruppo di studio con García Badaracco, con cui si ritrovano dopo la riunione per fare chiarezza sui riferimenti teorici, e il sabato mattina per leggerne i lavori, convinti della validità terapeutica della psicoanalisi multifamiliare, e interessati a comprendere e imparare la tecnica con cui questi gruppi vengono portati avanti in modo da poterne un giorno creare dei nuovi, indipendentemente dalla figura di García Badaracco, che siano altrettanto "terapeutici". Importante notare questo: che i gruppi di García Badaracco siano forieri di miglioramenti e guarigioni è comprovato dall'esperienza clinica dell'autore; il rischio e le perplessità riguardano il fatto che si possano ottenere gli stessi "effetti" riproducendo l'esperienza altrove, senza il suo inventore. E' per questo molto importante poter partecipare direttamente ai gruppi multifamiliari e alle riunioni di studio tenute da questo "maestro" per poter cogliere appieno in che cosa consiste in pratica la psicoanalisi multifamiliare, ed in special modo che cosa vuol dire condurre un gruppo del genere perché riesca a essere altrettanto terapeutico. Di gruppi multifamiliari ce ne sono altri nel mondo, ma l'esperienza che propone García Badaracco è differente e credo unica: si tratta di applicare la psicoanalisi in un *setting* allargato, con tutte le modifiche teoriche e tecniche necessarie, derivanti da un grosso investimento mentale, quello dell'autore, che ha dedicato la maggior parte della sua vita a studiare e praticare la psicoanalisi, e che si è interessato, a partire dal suo essere "psichiatra", alla comprensione e alla cura della malattia mentale, in particolare dei pazienti gravi.

Ho visto dei tentativi di conduzione di altri terapeuti durante la mia permanenza a Buenos Aires, in presenza o meno di García Badaracco; devo dire che l'intensità delle riunioni, e degli scambi non era la stessa, e

---

<sup>6</sup> Nell'estate 2005, sono tornata a Buenos Aires e ho potuto essere presente in un particolare "momento" per il gruppo dell'A.P.A.: la sede della riunione è stata spostata al primo piano, nella sala "Alvarez de Toledo", la camera che l'Associazione usa per i seminari "ufficiali" più importanti, l'unica che permette un'affluenza molto numerosa, in quanto la gente che partecipava alla Multifamiliare era talmente tanta che la camera dell'ultimo piano, utilizzata fino a quel momento, non era abbastanza capiente per poter ospitare tutti. Questo è un "segno" a parer mio importante del fatto che la Psicoanalisi Multifamiliare sta, di anno in anno, venendo maggiormente apprezzata e riconosciuta per la sua utilità terapeutica, non solo da chi la "scopre", ma anche dalle istituzioni.



tutti i partecipanti se ne rendevano conto. Degno di nota il fatto che i pazienti commentino gli interventi dei conduttori e l'andamento dei gruppi, specialmente i pazienti che li frequentano da anni, e che ormai hanno interiorizzato il funzionamento della psicoanalisi multifamiliare, a volte, oserei aggiungere, meglio e più profondamente degli psicologi professionisti.

## VIGNETTE CLINICHE

Proverò a riportare quello che è avvenuto durante tre riunioni a cui ho partecipato. Non sono tre riunioni consecutive perché il mio intento è quello di mostrare attraverso queste vignette alcune particolarità, premettendo che non ho registrato le riunioni, ma ho solo preso degli appunti su quelli che ritenevo essere dei passaggi interessanti ed esemplificativi di alcune dinamiche tipiche. Le tre riunioni si differenziano prima di tutto per il fatto di essere ambientate nei tre distinti luoghi in cui si svolge la multifamiliare. Il fatto che siano tre diverse riunioni, avvenute in un lasso temporale di tre settimane, e dove i protagonisti degli scambi non sono gli stessi, può rendere l'idea di come si lavora in questi gruppi sia a un livello individuale che a un livello gruppale. I due piani si intersecano continuamente, e grazie alla capacità del conduttore gli interventi mirano proprio a questo lavoro sinergico. Inoltre credo possa rendere anche l'idea di che cosa voglia dire arrivare a partecipare ad un gruppo già avviato che ha la caratteristica di essere un gruppo eterogeneo e aperto. Quando si partecipa per la prima volta ad un gruppo, a qualsiasi tipo di gruppo, si entra, generalmente, come degli sconosciuti, e ci si trova davanti a degli sconosciuti: non sai cos'è successo a quelle persone e a quel gruppo prima di quel momento. Non conosci la loro storia, e per questo c'è un tempo per l'inserimento; serve per conoscersi, per capire le dinamiche contestuali, e così via. Nel caso di un gruppo "libero", qual'è quello della multifamiliare, il tipo di entrate ed uscite contemplano una regolazione differente. Le riunioni sono aperte, quindi può parteciparvi chi vuole, e c'è un *turnover* di persone che partecipano, alcune delle quali con cadenza regolare, da anni, e alcune sporadicamente, o solo una volta (anche se è difficile). Questo fa sì che tu non sia l'unico ad essere lì per la prima volta, o l'unico a non conoscere gli "antefatti". Inoltre questo dà la possibilità di partecipare all'inserimento dei nuovi arrivati "nascondo" con loro davanti al gruppo presente in quel determinato momento. Alcune persone, come già accennato, sono degli "affezionati": i "pazienti storici" di Jorge García Badaracco, che lo seguono nei gruppi mostrandosi ottimi collaboratori nell'esprimere quella che è "l'eredità storica del gruppo". Questi pazienti hanno infatti bene in mente che cos'è la psicoanalisi multifamiliare, essendo testimoni e fruitori diretti della sua efficacia. Essi hanno percorso o stanno percorrendo un processo terapeutico, fatto di miglioramenti e ricadute, possono o meno aver provato a essere ricoverati (a seconda della loro gravità) e sono in grado di esplicitare, meglio di qualunque trattato,

cosa significhi e che cosa voglia significare partecipare a questi gruppi. García Badaracco è per esempio solito rivolgersi a un ragazzo in particolare in questo momento, Cristian, perché quest'ultimo sta vivendo un momento di "rinascita": fin da bambino era stato definito uno schizofrenico, si presentava – racconta su di lui l'autore – "furioso", e per questo veniva preso per matto. Oggi, si è riappacificato con la famiglia (che lo faceva impazzire) e partecipa alle riunioni proferendo della sua personale esperienza, con una calma e una lucidità degne di nota, oltre che di rispetto. E' in grado di ripercorrere le tappe della sua malattia e di essere d'aiuto agli altri partecipanti, prima di tutto perché prova vivente della reversibilità della malattia mentale (chi lo conosce oggi non lo definirebbe certo uno schizofrenico; e non sto parlando solo di "impressioni", nel senso che sono scomparsi i sintomi necessari affinché si possa fare una diagnosi di schizofrenia). E' seguito in trattamento individuale dallo stesso García Badaracco, che è molto affettuoso con lui e che lo incoraggia e lo sprona a parlare agli altri. Cristian parla di una "spirale creativa ascendente" riguardo alle possibilità che pian piano gli si stanno aprendo davanti grazie all'aver oggi delle nuove risorse egoiche con cui affrontare la vita e la società. I genitori di Cristian partecipano alle riunioni: la mamma a quelle del martedì sera e del giovedì mattina, il papà solo a quella del martedì sera perché lavora; Cristian viene a tutte, e ultimamente anche il fratello sta prendendo l'abitudine di venire alle riunioni (dove prende appunti). E' curioso sentire parlare la madre di Cristian: fino a poco tempo fa era convinta che suo figlio fosse guarito grazie a un miracolo; oggi accetta il fatto che sia merito della multifamiliare. Gli scambi tra i membri di questo gruppo familiare avvengono oggi in modo pacato: non si sente la parola "colpa" nelle loro interazioni. Questo è uno dei risultati di un lungo percorso: Cristian era furioso con i suoi genitori, e loro all'inizio non erano in grado di "sentire" le sue ragioni.<sup>7</sup> Solo dopo un lungo lavoro si è creata una comunicazione reciproca in grado di arricchirli, che è passata attraverso momenti di forte dolore e presa di coscienza dei genitori. In alcuni momenti essi si sono sentiti squalificati, incapaci, ecc. davanti al figlio e davanti al gruppo, ma grazie al clima creato da García Badaracco hanno imparato un nuovo modo di ascoltarsi reciprocamente e hanno ricontestualizzato quanto aveva portato Cristian alla pazzia. Essenzialmente essi stessi non avevano le risorse egoiche necessarie da passare al proprio figlio; si era poi creata una simbiosi patologica tra madre e uno dei due figli, il più piccolo, cioè

---

<sup>7</sup> E' estremamente toccante osservare come durante gli incontri sia possibile vedere in atto, fra genitori e figli, la forza delle interdipendenze patologiche e patogene in gioco, che si esplicitano soprattutto attraverso i reciproci sguardi. Sono infatti questi ultimi a dare il *timing* della comunicazione. E' solo grazie alla presenza di altre persone, e del conduttore in particolare, che questo potere degli uni sugli altri può venire monitorato e diminuito.

Cristian. Il padre era assente, e non era assolutamente in grado di interpersi in questa simbiosi che non ha permesso per lungo tempo a Cristian di crescere e di diventare un individuo a tutti gli effetti. Ho ricostruito la storia di Cristian collezionando questi tasselli durante i due mesi in cui ho partecipato ai gruppi.<sup>8</sup> Mancano molti elementi ma credo renda l'idea di che cosa possa "fare" la psicoanalisi multifamiliare.

Partecipare ai gruppi multifamiliari è molto emozionante. La prima volta che sono intervenuta spontaneamente durante un gruppo sono arrossita; quello che ho detto "mi è venuto da dentro", non ci ho dovuto pensare. Ho guardato il padre di un paziente e ho parlato. In quel momento non contava più il mio imbarazzo; era come se avessi sentito che dovevo cercare di fare qualcosa perché "sentivo" il suo dolore, lo vedevo sul suo volto. Inoltre, veder uscire un paziente che ormai "conosci", sapere come stava poco tempo prima (anche solo tre settimane prima) e vedere in che situazione si trovava adesso; vedere suo padre che non poteva ascoltare i consigli di un altro padre e che soffriva e si sentiva umiliato: tutto questo era per me "molto forte" (la parola argentina "*impactante*" rende bene l'idea). Credo che l'impulso a farmi avanti (noto infatti che le mie parole sono state precedute da un gesto) sia arrivato a seguito di quello che ho percepito per identificazione: sì, credo di essermi identificata e di aver provato dentro di me qualcosa di quello che stava provando quell'uomo, e di aver dato, nei confronti della sensazione angosciosa che mi dava, una risposta di quelle che avrebbero potuto aiutare me (o di quelle che penso avrebbero potuto aiutare mio padre se ci fosse stato lui seduto lì, con quell'espressione sul volto). Inoltre, nel fare ciò, credo di aver usato parte degli "insegnamenti pratici" di García Badaracco così come ho avuto modo di apprendere attraverso la frequentazione dei suoi gruppi. Mi riferisco al fatto che, dopo aver partecipato alle riunioni multifamiliari e

---

<sup>8</sup> Nel 2005 all'A.P.A. (durante un gruppo multifamiliare del martedì sera) ho visto Cristian arrivare alla riunione dicendo che non era mai stato "tanto peggio" durante tutta la sua malattia e il suo trattamento, perché ora, nel momento in cui era "guarito", si sentiva una totale nullità. Per prima cosa García Badaracco (conduttore in quel momento e suo analista personale da molti anni) dopo averlo ascoltato, gli ha rimandato che non era possibile che non si fosse mai sentito peggio, perché lui si ricordava bene, ed era sicuro che anche Cristian in realtà lo sapesse bene, come era stato "peggio" di così, e che avevano fatto insieme un percorso importante e difficile da cui non sarebbe più tornato indietro ma che piuttosto quello che stava facendo era un "test" per vedere cosa ne pensavano anche gli altri. Secondariamente il gruppo, e in particolare le persone che conoscevano bene Cristian e che avevano condiviso con lui le alterne vicende del suo trattamento, gli hanno subito rimandato che non era vero che fosse una nullità perché era una persona con molti lati positivi, così come loro avevano avuto modo di scoprire durante le riunioni. A seguito di quella riunione ho parlato con García Badaracco del fatto che ci sarebbe un gran bisogno di strutture per il reinserimento di questi pazienti nella società, in quanto, lasciati come sono a se stessi una volta curatisi, essi impiegano spesso molto tempo prima di arrivare a capire che cosa fare della propria vita, mentre avrebbero bisogno di essere accompagnati in questa fase delicata. Al proposito credo che l'Italia sia avvantaggiata perché la psichiatria pubblica contemporanea punta molto sulla "riabilitazione sociale".

avendo osservato la sua conduzione, in questi due anni credo di avere imparato che la cosa che serve di più alle persone sono i vissuti sinceri ed empatici. Non c'è infatti, a priori, un intervento che possa definirsi “giusto” o “sbagliato”, ma ci sono degli interventi che riescono ad arrivare al cuore delle persone più di altri, e riescono a penetrare oltre quelle che potremmo chiamare “le loro difese”.<sup>9</sup>

Devo dire inoltre che mi sono resa conto che è ben diverso “condurre” un gruppo dal farvi parte in qualità di partecipante (come è diverso anche il caso di una studentessa che va lì per osservare e apprendere un modello di lavoro). Prima di tutto per partecipare non c'è bisogno di sapere “il prima e il dopo” di quelle che sono le vite dei pazienti: ci si può inserire “lungo il cammino” così come lo fanno i pazienti quando arrivano per la prima volta alla multifamiliare, e in questo senso si può capire che cosa provano questi ultimi a entrare nella sala della multifamiliare e sedersi in mezzo a una moltitudine di persone. In particolare si possono immaginare meglio quali sono le emozioni che si mettono in gioco (paura, imbarazzo, e così via) in questi momenti. Se tuttavia chi partecipa e osserva può anche non sapere a che punto del processo terapeutico si trovano i pazienti, il conduttore deve averlo ben presente per poter intervenire in modo mirato. Inoltre l'intervento di un partecipante apporta sicuramente qualcosa (ed è considerato e apprezzato di per sé) ma ha un “peso” letteralmente diverso da quello di uno “psi”, a cui, “nel bene e nel male”, viene riconosciuto, oltre il ruolo istituzionale, anche il *background* teorico e clinico che si pensa debba possedere solo per il fatto di essere uno “psi” (anche se come ho già detto i pazienti della multifamiliare, in particolare quelli del Borda, sono spesso abbastanza “schietti”, “irriverenti” e abbastanza “disillusi” sul modo di lavorare “comune”, o potremmo dire “più classico”, degli psicologi e in particolare degli psichiatri).

---

<sup>9</sup> Nei gruppi di García Badaracco non si giocano role-play. Vi è però una sorta di drammatizzazione “naturale”, quando per esempio il conduttore si offre con una doppia funzione: quella di Io ausiliario (“faccio tuo padre”) e quella di coordinatore. Ciò avviene all'interno delle dinamiche che si vengono a creare nella riunione. In questo senso mi è anche capitato di assistere a un altro fenomeno di questo tipo: durante un gruppo multifamiliare (all'A.P.A.) un ragazzo si alza e inizia a parlare a una madre: non è suo figlio. Le parla però rivolgendosi a lei come se fosse suo figlio (le dice “mamma... io...”), provocando in lei una reazione di commozione. Con il suo intervento la madre ha potuto fare l'esperienza di un “passaggio” (mi verrebbe da definirlo così) che le mancava per prendere consapevolezza di qualcosa riguardante suo figlio. Tutto questo all'inizio suscita lo stupore dei partecipanti; io per prima, che conosco il figlio della donna (che non è presente fra l'altro in questo periodo alle riunioni), non capisco bene quello che capita: è tutto estremamente “reale”, e ha un effetto terapeutico immediato sulla donna, diventando per lei un'occasione per fare l'esperienza di un qualcosa che, per le difficoltà di comunicazione tra madre e figlio, non le sarebbe stato possibile fare, o che comunque avrebbe richiesto molto tempo e una serie di coincidenze, per accadere nell'ambito di un rapporto interpersonale. La cosa bella – se mi si scusa l'espressione parlata – è la spontaneità con cui un qualcosa che definirei “terapeutico” può avvenire portato dagli stessi partecipanti e non solo dal conduttore: dimostrazione tangibile del clima di grande solidarietà esistente tra le persone che partecipano alle riunioni.

A questo proposito credo inoltre che gli “psi” debbano avere (o comunque, nel caso si stiano ancora formando, debbano “acquistare nel tempo”) una maggiore consapevolezza di quella che può essere chiamata “la loro risposta controtransferale”, perché è essenzialmente con essa che devono lavorare, a patto che sia “pensata” ed “elaborata” al proprio interno prima di venir restituita ai pazienti, in modo da renderla maggiormente “terapeutica”. In particolare tutti riconoscono la saggezza di García Badaracco e lo rispettano molto (alcuni dei pazienti che ho definito “storici” lo chiamano tra loro affettuosamente “*el viecho*”, appellativo questo che mi ha fatto sempre pensare a García Badaracco come a uno “sciamano” e al gruppo multifamiliare come al suo “villaggio”).

Molte volte in passato mi sono trattenuta dal “dire la mia”: mi sentivo in imbarazzo, un po’ per la lingua, un po’ per mancanza di coraggio e un po’ perché sentivo di dover “imbrocchare” al primo colpo l’intervento.

Credo di essermi avvicinata di più allo spirito della multifamiliare durante il mio secondo soggiorno argentino, nell’estate del 2005: quell’anno ho infatti partecipato più attivamente, mi sono permessa maggiormente “di provare”, senza preoccuparmi troppo di dovermi nascondere dietro a conoscenze teoriche e così via. Mi sono cioè “messa in gioco”, e nel farlo ho provato delle forti emozioni. Durante i gruppi mi sono lasciata trasportare dal clima emozionale che si veniva a creare volta per volta: ho ascoltato gli interventi e nel farlo ho ripensato alla mia vita. E’ a partire da tutto questo che ho iniziato a partecipare, a poter “essere me stessa nel gruppo”, e più in generale con le persone. Credo che sia questa una delle cose che durante questi gruppi fa star meglio le persone che vi partecipano: il poter permettersi di “essere se stessi”.<sup>10</sup> Credo inoltre che solo partecipando da questa posizione si possa pensare di aiutare gli altri. E’ un po’ come per l’analisi individuale: si deve prima imparare a essere “pazienti” per poter imparare a essere “analisti”, perché mentre si è pazienti si impara come aiutare se stessi (tra le altre cose) e successivamente come aiutare anche gli altri (sulla base cioè di quello che è servito a noi quando eravamo pazienti). Dopodiché sarà il tempo e l’esperienza a segnare la strada, a insegnarci, e alla pratica si potrà allora

---

<sup>10</sup> Noto inoltre che ho avuto una partecipazione più attiva al Borda che all’A.P.A.: all’A.P.A. infatti mi sentivo “inibita” dalla presenza di una “moltitudine” di psicoanalisti che mi conoscevano come la figlia di Franco Borgogno, e sentivo questo come disturbante, nel senso che “mi faceva perdere per strada” una parte delle emozioni che provavo, mentre quando sono intervenuta un giovedì mattina al Borda, per esempio, mi sono anche commossa, mi sono permessa di commuovermi e ho permesso agli altri partecipanti di vedermi così. All’interno della Società Argentina di Psicoanalisi non mi sarei sentita altrettanto bene nel farlo.

Invece, alcuni pazienti, come ho già detto, amano molto la riunione dell’A.P.A., amano “essere protagonisti”, compresi alcuni “psi”, e riflettendo su questo credo dipenda prima di tutto dal proprio modo di essere e dalla propria storia personale, ma anche dal tempo passato nella multifamiliare, perché credo che questa modifichi profondamente le persone, in particolare rispetto al loro modo di stare in gruppo e di partecipare.

pensare di accompagnare la teoria. Credo in sostanza di aver imparato che leggere e studiare non è sufficiente per capire che cosa sta dietro all'“apparente semplicità” delle cose che servono per affrontare la complessità della vita relazionale e più in generale della vita in quanto tale (dico semplicità perché García Badaracco non vuole che ci si riferisca a quello che capita durante le riunioni con il termine “difficile” o “complicato”, ma piuttosto con il termine “complesso”).

## GIOVEDÌ MATTINA – SALA DEL TERZO PIANO.

Conduce lo psicologo Ricardo Gonzales; i coordinatori sono Jorge García Badaracco e Maria Elisa Mitre.

Sono appena arrivata a Buenos Aires, entro con Hernand Simon (l'assistente e segretario di García Badaracco), e ci sediamo. Inizio ad ascoltare, sono incuriosita dall'atmosfera. Non capisco tutto quello che dicono i presenti, sia per la lingua che per il fatto che siamo entrati a riunione già iniziata. C'è uno psicologo che conduce. García Badaracco non mi sembra esserci; lo cerco con lo sguardo tra la folla di persone sedute, e non mi sembra di riconoscerlo, ma ecco che entra, va a sedersi, mi vede, "mi fa gli occhi"; tutti lo salutano. Dopo un po' arrivano anche gli studenti di psichiatria, che stanno seguendo il corso di psicopatologia con una psichiatra psicoanalista che segue da anni Jorge (mi permetto di chiamare per nome l'autore tutte le volte che lo "cito" durante il racconto di queste vignette).

Si sta parlando di perdono, e ci si sta chiedendo come si fa a essere tanto forti da perdonare. Ognuno dice la sua. Un figlio si sposta e si avvicina alla madre; era seduto un po' appartato su una panca che costeggia il muro e non nel cerchio di sedie, dove invece sta la madre: le chiede dei soldi. La madre non lo ascolta; commenta le cose altrui e non dà il tempo agli altri di ascoltare. Jorge rimanda al gruppo che anche chi fa subito domande non dà il tempo di ascoltare. Il primo che ha parlato mette in relazione il non ascolto per lui con quello del figlio della donna, e collega tutto ciò con la sua rabbia e la voglia di uccidere sua madre. Dice di essere costretto a fumare erba tutto il giorno per non pensare. In tutto questo vedo che le persone si alzano e si siedono per andare a fumare, e mangiano anche. La porta è aperta. Inizia a parlare un ragazzo: non si capisce bene quello che dice; mi giro a guardare le altre facce per capire se sono io che non capisco... Jorge, "come a rispondermi", chiede allo psicologo che conduce come mai non gli ha chiesto di ripetere se non si è capito cosa dice. Dice che l'incomunicabilità e la non comunicazione non devono essere fomentate attraverso l'indifferenza, perché permettono che nel mondo la gente non rispetti i suoi simili, e che non si tenti di riscattare chi è in evidente difficoltà. Inizia a parlare un uomo: è un veterano di guerra. Racconta che al posto del mangiare durante i combattimenti gli davano le anfetamine, per "non sentire", e ci dice che lui era solito mutilarsi. Parla dei drogati secondo la polizia, di come questa li cataloga, e chiede a noi come li cataloghiamo. Jorge dice che qua (nel gruppo) non



cataloghiamo. Il ragazzo che “parla strano” si alza; inizia a parlare di politica, come se gli fosse partito un disco interno. Jorge gli “urla” che non stiamo parlando di questo, e gli dice che qui si ascolta. Si inizia ad affrontare un nuovo tema: essere risentiti nei confronti della vita. Essere il nemico di se stesso. Di come ci sia un altro in noi che non siamo noi (credo si stia riferendo al concetto “degli altri dentro di noi” – “los otros in nosotros”). Il veterano si siede per terra in mezzo al cerchio: dice che vuole cambiare il mondo. Jorge gli spiega che qui stiamo cercando di sentirci meglio, e che lui sente l’impotenza di non poter fare. Continua il discorso che stava facendo prima che il veterano si alzasse. Parla degli ordini genitoriali che vengono a formare dentro ognuno di noi delle “sovraesigenze”: parla dell’oggetto che fa impazzire e di come queste immagini interne siano dei nemici che abitano dentro di noi e rovinano, fin dall’infanzia, la vita. Dice che qui si cerca di liberarci di questi nemici. E ci dice: “vediamo se siamo in tanti a pensare questo”, “vediamo se siamo da soli a provare questo”. C’è un clima di grande solidarietà; viene rilevato da tutti: qualcuno dice che la solidarietà è il sogno di tutti. Jorge ribatte che qui cerchiamo di trasformarlo in un vissuto possibile. Ci chiede se secondo noi è possibile creare questo clima in casa propria. Ritorna sull’argomento “degli altri in noi”, e dice che bisogna distinguere come le presenze viventi in noi rispondano a volte al posto nostro, e dell’importanza di rendersi conto di come realmente siamo, e della difficoltà di ritrovarsi. Dice che per riscattarci dobbiamo tenere più in considerazione quello che dicono gli altri, perché c’è la tendenza a non ascoltare abbastanza ma a intervenire troppo. Bisogna capire invece che la solidarietà si guadagna ascoltando e condividendo con rispetto quello che gli altri ci danno di loro. Monica, (una paziente esterna che segue le riunioni assiduamente e che mi presenteranno una volta finito il gruppo) lo paragona al “membro fantasma”. Jorge le chiede se pensa che sia chiaro a tutti ciò che dice. Le propone di parlare di “essere abitati da vissuti” (“*vivencias*” – lo spagnolo rende bene l’idea). La paziente ricorda che il martedì passato aveva iniziato a coordinare lo psicologo, ma che aveva finito di farlo un paziente perché lo psicologo coordinava male. Jorge dopo poco dice a Martin (il ragazzo che fuma tutto il giorno, e che verrò poi a sapere è stato molto violento in passato) che vede che lui, in tutto questo tempo che si conoscono, non si è mai reso conto di come gli altri tengano a lui. Martin dice di sentire come un filtro che non fa passare niente e che il suo volume va a 10 quando quello esterno va a 1000, e allora sente queste voci interne che gli dicono che è un peccatore e che allora uno si punisce come peccatore perché sente di esserlo. Tutti ascoltano comprensivi. Il veterano dice di essere “il prodotto” di una violenza sessuale, e che non conobbe mai suo padre. Jorge parla del fatto che ci si rende conto delle cose, e di come si è veramente, solo quando ci

si concede la possibilità di rendersi conto. Chiede anche agli studenti che cosa ne pensano e una ragazza dice che hanno già parlato le persone “matte” – usa questo termine con ironia – che sono più sagge delle persone “sane”. Si chiude parlando di come ti vedono i familiari e di come ti vedono in generale le altre persone. Di come bisogna rendersi conto di questo malinteso perché solitamente prima di capire l’importanza di chiedersi “come vorresti essere” passano anni e si dà il peggio di sé. Un paziente con un “ciupa–ciupa” in bocca parla di questo e si commuove, si mette a piangere, e Jorge lo “abbraccia” (il paziente si è andato a sedere fra le sue gambe). Conoscerò questo paziente meglio: è stato un cocainomane; adesso sta andando a un gruppo tipo gli alcolisti anonimi ed è più di un mese che non si droga. E’ stato uno psicotico delirante fino a poco tempo fa. La sua storia in breve parla di un padre che non c’è mai stato, di una madre con cui ha avuto e ha una relazione altamente patologica, di come sia diventato psicopatico grave, commettendo anche azioni “criminali”, e lo vediamo oggi al gruppo in un momento molto regressivo del suo processo terapeutico, momento in cui sta lasciando il “personaggio” creato dal falso sé per far emergere la parte infantile sana. E’ seguito da una psicoanalista nel privato e da uno psichiatra, entrambi vengono ai gruppi; lui dice di “amarli” e di dovere a entrambi moltissimo. Martin dice di essere violento con la moglie perché questa lo giudica di continuo e con ciò gli fa una violenza continua – allo stesso modo, dice Jorge, di come fanno senza rendersene conto tante madri con i propri figli – e Martin dice che lei non riesce a vedere la sua disperazione né la sua parte buona. La riunione si sta per chiudere; Jorge riprende la parola, mi guarda, e mi presenta al gruppo. Divento “viola”: tutti si girano a guardarmi, ringrazio e dico che sono molto emozionata di esserci anch’io, poi mi racconto un po’ e dico che parteciperò ai gruppi per due mesi perché ho intenzione di scrivere una tesi al riguardo. Mi scuso per il mio spagnolo e tutti mi sorridono affettuosamente, la riunione finisce. La madre del ragazzo che aveva chiesto i soldi, appena ci alziamo, mi si avvicina e con le lacrime agli occhi mi dice di essere italiana, e mi racconta di come è arrivata con il marito per “fare soldi” tanto tempo prima. Io sono un po’ imbarazzata, la abbraccio. Usciamo.

## MARTEDÌ MATTINA – ADMISIÓN

Conduce lo psicologo Ricardo Gonzales; i coordinatori sono Jorge García Badaracco e Maria Elisa Mitre.

Arrivo davanti alla sala della multifamiliare del pianterreno: è chiusa. La guardia fuori mi guarda sospettosa, poi mi fa entrare. Mi passa dentro la sensazione che non sia un posto dove si entra e si esce liberamente e che la guardia sia lì a ricordartelo. Lo psicologo che conduce è il medesimo della volta scorsa. Stanno presentando un nuovo paziente; è stato accompagnato dalla moglie. Inizia a parlare la moglie per lui: hanno un bebè, e sono venuti perché vogliono avere una famiglia felice e sanno che ci sono cose che non si conoscono attraverso i libri.

Continua intanto ad aprirsi la porta e ad arrivare gente; la stanza si riempie: è una camera piccola e sporca; per terra c'è una vecchia moquette, e tutto questo sembra condensi l'atmosfera. C'è un clima molto più pesante rispetto alle riunioni del giovedì: è difficile, almeno per me, rimanere concentrati su quello che sta accadendo nella stanza. La donna racconta che suo marito la lascia parlare al posto suo perché si è reso conto di essere egoista, e che ultimamente le ha detto per la prima volta di aver bisogno di essere aiutato invece di chiederle continuamente “che cosa ho?”. Alla riunione è presente anche il direttore del reparto, il Dottor García Novarini. E' lui a parlare, rivolgendosi alla donna ma anche a tutto il gruppo; dice che questo posto (si sta riferendo alla multifamiliare) è unico per questo: credo che intenda che nei gruppi multifamiliari sia possibile chiedere aiuto senza doversi vergognare di ammettere di avere un problema o di non capire, e così via perché, proprio nel momento in cui ci si inizia ad aprire, ci si rende conto di non essere i soli a cui certe cose capitano, e si può così uscire dall'isolamento e iniziare veramente a fare qualcosa per se stessi. Novarini aggiunge che al Borda si entra per un motivo e poi si rimane per un altro: credo qui intenda che si arriva alla multifamiliare con poche o tante aspettative e che si ritorni dopo la prima volta perché ci si ritrova arricchiti di “qualcosa”, anche se magari non era esattamente quello che ci si aspettava. (Le mie sono chiaramente congetture, fatte in base a quello che ho potuto capire fino a oggi riguardo ai principi che ispirano questo modello di lavoro e in base ai vissuti personali suscitati dall'aver partecipato ad alcune riunioni di persona: quella che sto descrivendo è più o meno la quarta o quinta riunione a cui ho preso parte. Ciò significa che tra la prima vignetta che ho riportato e questa sono passate due settimane). C'è un paziente che continua a

muoversi tra le sedie; va a mettersi dietro alla persona che parla; inizia a urlare che cos'è il gruppo, quasi a zittire il Dottore. E' Orazio, uno dei pazienti "storici" di García Badaracco. Nel corso della mia permanenza a Buenos Aires avrò modo di conoscerlo bene: è stato uno dei primi pazienti del Borda (dov'è stato internato per molto tempo) a partecipare alle riunioni multifamiliari. Era uno dei pazienti più gravi. Ora sta molto meglio: non è più ricoverato; trasmette un programma radio dal manicomio, ed è un attivo interprete delle necessità dei malati rispetto all'Istituzione (lotta perché le cose migliorino); non manca mai a una riunione, e anche qui si sente un po' uno dei *leaders* del gruppo (secondo me ha in mente un giorno di poter condurre lui un gruppo, cosa che sente di poter fare perché ha una lunga esperienza nei gruppi). Non sopporta che un dottore o un terapeuta si permetta di dare sentenze o giudizi su cosa è o non è la multifamiliare, quasi sia lui il portavoce della cultura del gruppo e l'unico in grado di connettersi sia con chi è ricoverato che con chi è esterno, perché lui è stato entrambe le cose.

Intanto è arrivato uno strano signore con due pile di bottiglie di plastica colorate in mano: si chiama Eduardo. Sembra che arrivando così abbia una certa impellenza, e che sia bisognoso di attenzione. Tutti lo guardiamo con un misto di perplessità e preoccupazione: sembra furioso e pronto a esplodere. Margherita (la psichiatra che insegna Psicopatologia) dice che dobbiamo chiedergli cosa succede perché, se no si ripete quello che capita in famiglia. Mi sembra di aver già sentito queste parole, dette da García Badaracco in un'altra occasione. Credo che nel farlo stia ribadendo uno dei concetti chiave della psicoanalisi multifamiliare. In particolare Margherita tenta di rimandare a Eduardo che si è accorta di lui, e che ha percepito che c'è qualcosa che non va. La gente si anima perché non vuole che si interrompa la conversazione. Orazio dice che Eduardo "sa" aspettare il suo turno. Mi viene da pensare che nel dirlo Orazio esprima una nota di stizza, dovuta al fatto che ci sia una sorta di competizione per chi deve avere le attenzioni del gruppo, e in particolare dei terapeuti. Eduardo è un paziente che non è più internato: in questo momento è su tutte le furie con la persona che si occupa di gestire il giardino del Borda, in cui lui sta costruendo una serra di fortuna (ecco il perché delle bottiglie). Ci dice gridando di non essere più internato da 4 anni, e che ciononostante ha voglia di creare qualcosa di utile lì dentro, sottolineando il fatto che questo significa per lui poter rivalutare il senso che può avere questo luogo, adesso che può entrarvi e uscire, oltre a significare che sta decisamente meglio.

Noto che oggi i tirocinanti hanno tutti il camice bianco e mi chiedo se ciò dipenda dal fatto di essere all'Admisión. Entrano Jorge García Badaracco e Maria Elisa Mitre. Un paziente che ho già visto altre volte cambia argomento, e inizia a parlare di sé e dei suoi vissuti sull'infermità

mentale. Parla di vincoli con la madre, figura a cui si sottometteva; dice che gli costa molto dirlo, specie se oralmente (credo abbia l'abitudine di scrivere). Mi colpisce inoltre il fatto che questi pazienti abbiano fatto proprio il lessico di García Badaracco e mostrino di aver colto cosa vogliono dire determinati concetti tecnici e teorici. Jorge chiede al suo vicino come definisce la pazzia. Questo gli risponde che l'arroganza porta in sé la pazzia; poi parla di sé, del lavoro che non poteva fare con suo padre, di come sta meglio e della voglia di vivere che sente di avere oggi, momento in cui può condividere quello che gli interessa. Dice anche che ha capito cosa gli piace. Prima si sentiva guardato come un pazzo; oggi si sente appoggiato. Si parla dell'importanza di poter condividere. Jorge alza il tiro: ci fa notare come ognuno possa iniziare a generare cose per se stesso nel momento in cui c'è qualcuno che ti appoggia e vede le tue potenzialità. Gli dice che suo padre adesso lo appoggia perché ha riconosciuto in lui dei cambiamenti, che ha colto le dimostrazioni che gli ha dato e che è pronto ad aspettarlo. Parla delle potenzialità sane quali risorse potenziali presenti in ogni persona. Orazio dice che un passaggio del genere è capitato anche a lui.

Jorge chiede a Maria Elisa se ha voglia di esprimerlo anche lei al gruppo; più precisamente le chiede se "sente" queste parole (Maria Elisa è conosciuta dal gruppo per essere una psicoanalista "emotivamente attiva", nel senso che dà delle risposte molto di "pancia" e molto "fuori dagli schemi", per lo meno quelli classici. L'ho vista urlare, alzarsi e andare ad abbracciare i pazienti, mettersi a piangere, e cose del genere, e farlo in modo molto sentito e sincero. In questo credo si ispiri alla tecnica attiva di Ferenczi, uno degli autori che è solita citare spesso quando ci riuniamo tra operatori. Mi sento di dire che ha una funzione "complementare" a quella di Jorge; conosce molto bene la sua teoria in quanto è stata sua allieva fin dal principio; ha lavorato quand'era tirocinante nella clinica di quest'ultimo e oggi scrive con lui dei lavori "a quattro mani"; a volte mi stupisco per le reazioni che ha, ma vedo che sono sempre "pensate" all'interno di un filo comune a quello del conduttore, nel senso del percorso terapeutico del paziente. Maria Elisa è inoltre molto vicina ai pazienti perché è stata una paziente; riconosce la sofferenza e sa identificarvisi. Mi ha infine aiutato molto facendomi delle supervisioni e permettendomi di partecipare alle attività della sua "Fondazione Mitre", dove, tutti i pomeriggi della settimana, si svolgono dei gruppi e dei laboratori, oltre che le "classiche" sedute individuali, sul modello della clinica che aveva García Badaracco; tra l'altro vengono qui molti di quelli che erano i pazienti della clinica di Jorge).

Maria Elisa riformula il pensiero dicendo che a volte non possiamo vederci dentro perché stiamo molto male. Dice che venendo al gruppo si inizia a vedere qualcosa negli altri, definendolo come il primo passo per

poterlo riconoscere in se stessi. Usa un'espressione, "*el lochito*", mentre parla della sofferenza che si prova a essere guardati dagli altri come matti. Jorge chiede a uno psichiatra che viene ai gruppi ormai da mesi e che lavora nel Borda con alcuni di questi pazienti come può vedere quanto appena detto in un paziente che ha in carico, Alejandro. Lo psichiatra risponde che il paziente si è accorto di avere delle risorse e non solo la pazzia, e che ha vissuto questo passaggio senza sapere come è accaduto. Commenta il fatto che sia molto importante che gli altri credano in quello che noi non possiamo vedere in un determinato momento, perché se no si aspetta qualcosa che dall'alto arrivi a cambiare la situazione. Mi fa pensare a una specie di "*deus ex machina*" o di un farmaco magico e portentoso, che però non esisterà mai nella realtà. A questo punto il primo paziente che ha parlato dice che stavamo proprio parlando di questo: aggiunge che non serve allora prendere uno psicofarmaco per poter essere se stessi e poter fare qualcosa. Maria Elisa, intanto, si alza e va a dare un bacio a una signora che si è emozionata mentre chiedeva come si può spiegare questo a un figlio. Si sta riferendo a suo figlio: sente di volerlo liberare dal vincolo che ha con il padre perché (per lei) quanto detto è quello che vede capitare in casa. Riflettiamo insieme a Jorge sul fatto che ci vogliano anni per questo "processo" di cura. Jorge vuole che ognuno trovi la sua propria verità. Un paziente gli dice di rimbrotto che parla da anni di un "mare di cagate" spacciandole per oro. Jorge quasi ride, e gli risponde per nulla infastidito, che è lui che da anni si rovina la vita o la rovina al gruppo perché cerca una perfezione che porta sfiducia, dubbi, e sconforto. Si rivolge poi a Maria Elisa e le chiede che cosa le sembra se "Pablo in questo momento non fosse realmente Pablo" ma il "padre di Pablo", o la "mamma di Pablo", che lo attacca perché oggi sembra poter essere il vero Pablo, cosa che lo riempie di colpa verso il padre e lo porta a difenderlo attaccando quello che negli altri gli fa risuonare il vero Sé. Il paziente subito gli risponde che non vuole più venire al gruppo e che non vuole chiedere scusa se non verrà più. Jorge dice che (il paziente) non vuole più venire perché venendo perde sicurezza, e che non ha colpa se vuole provare ad avere una vita fuori. Una donna gli dice che lei lo ama e che non sta perdendo tempo; si mette a piangere. Pablo riparte con la colpa. Jorge García Badaracco gli dice che vede un mondo tutto di aggressioni: è molto preparato ad affrontare la violenza del mondo perché si è costruito una scorza e qui la perde, questa scorza, perché pian piano gli sta diventando naturale essere più carino (durante la riunione infatti il paziente aveva offerto una tazza di *mathe* a un infermiere), più propositivo (ha iniziato ad intervenire per aiutare gli altri da poco), gli sta venendo voglia di fare (ha ripreso a studiare per prendere un diploma), e che tutto questo gli costa una gran fatica perché deve lasciare da parte la

sicurezza data dall'essere "un certo tipo di persona" (a vederlo oggi direi scorbutica e imbronciata, quello che si definisce "un guastafeste"), ma gli dice altresì che è normale che "mollare la scorza" faccia paura, perché uno quando è maggiormente se stesso è più vulnerabile, più attaccabile, e termina dicendo che il gruppo rispetta il suo vissuto e può capire perché fa così; capisce cioè che lui è solito denigrare tutti così come i genitori hanno fatto con lui, e che diventa aggressivo perché perde sicurezza, sentendosi allora come si sentiva in famiglia, come colui che a casa si prendeva tutte le responsabilità – una specie di Gesù Cristo – ma che noi tutti sappiamo che è in realtà ipersensibile ed è per questo che fa fatica a tollerare tutto ciò. Ma gli dice anche che, poco a poco, gli diventerà sempre più possibile farlo, e che si accoglierà di poter essere sempre più se stesso.

Tramite questo intervento mi pare che García Badaracco stia dicendo che il paziente in questo momento è "abitato" da un padre o una da una madre interiorizzati (a cui il paziente sente di dover rimanere fedele), che lo portano ad attaccare il conduttore e il gruppo perché quello di cui si sta parlando è quel processo terapeutico che lui stesso sta compiendo e che lo ha portato a essere maggiormente se stesso, ma che i tempi non sono ancora maturi affinché lui (il paziente) possa essere pienamente consapevole di avere delle nuove e più sane risorse per affrontare la vita; nello stesso tempo Pablo vive una sorta di lotta interna tra il vecchio sé stesso e il nuovo; le difese sentono la situazione "pericolosa" per cui tendono a riproporre gli antichi e rigidi schemi di comportamento appresi per far fronte all'ansia. Ci viene inoltre suggerita a tutti la possibilità di vedere dentro noi stessi le parti che in realtà non ci appartengono, frutto delle identificazioni patologiche. Al gruppo è utile vedere una persona che parla come se fosse "posseduta" dal padre e una controparte (quella impersonificata dal conduttore) che si fa portavoce della parte autentica davanti a lui. E' infatti possibile riconoscersi in quello che sta accadendo; è possibile cioè vedere che questa persona in realtà soffre molto per com'è, e si può sentire attraverso l'identificazione il dolore che tutto ciò porta e che cosa suscita dentro di sé: che cosa tutto questo può voler dire per la propria storia personale. Pian piano si possono, attraverso questo processo introspettivo graduale, vedere come si era e come si è; si possono sperimentare i ruoli di carnefice e di vittima, e ci si può rendere conto dei cambiamenti e di come questi siano maggiormente visibili adesso. Non so se è chiaro quello che ho cercato di descrivere: è molto difficile rendere l'intensità del momento, le dinamiche in gioco, e come a tutto questo siano sottesi dei forti riferimenti teorici.

La riunione intanto si conclude di lì a poco; si rimanda la continuazione del discorso al prossimo incontro del martedì, e si avverte che la sera ci sarà un gruppo all'A.P.A.. Tutti si alzano e si allontanano tra le

chiacchiere. Gli operatori, ed io, ci riuniamo ancora una decina di minuti in un'altra camera per discutere con García Badaracco.

Durante questo momento di supervisione emerge il fatto che nella multifamiliare si può vedere come i sintomi non siano altro che dei vissuti intollerabili e si discute su come si possa lavorare in modo da renderli maggiormente tollerabili. I “rimproveri e i reclami” – di cui García Badaracco scrive nei suoi libri – nella sequenza che ho appena descritto erano per esempio esemplificati dal comportamento del paziente che ho definito “insultante”. Discutiamo della necessità di capire perché il paziente ha bisogno di farli, e García Badaracco insiste ulteriormente sul fatto che il paziente, così facendo, sta cercando di comunicare qualcosa che evidentemente non sa dire in altro modo. Si è fatto tardi; Jorge deve andare verso lo studio perché ha dei pazienti nel pomeriggio. Lo ringraziamo per il tempo concessoci e ci avviamo verso l'uscita. Ci rivedremo con lui di sera, all'A.P.A.. Il gruppo di oggi è stato molto “forte”, e sento il bisogno di elaborare ancora un po' quanto è accaduto (specialmente “dentro la mia pancia”) prima di partecipare ad un'altra riunione. Qui con Jorge il lavoro è molto intenso e i ritmi di lavoro sono serrati; mi sto pian piano rendendo conto della forza e della passione che spingono questo uomo a investire tutte le energie in questo lavoro. Mi sento profondamente fortunata per la possibilità che mi sta dando e spero di riuscire a comprenderne bene gli insegnamenti “pratici”, oltre che teorici. E' lui il primo a tenere al fatto che la sua opera sia compresa in tutte le sue parti in modo da poter un giorno eventualmente essere riprodotta altrove, cosa che io sogno di fare. Proprio a questo scopo ho intenzione di ripetere nuovamente l'esperienza (nell'estate 2005), per altri due mesi.



## MARTEDÌ SERA – A.P.A.

Conducono Jorge García Badaracco e Maria Elisa Mitre.

Arrivo poco prima delle 20.00. La sala è già piena; c'è gente nel corridoio: ormai mi conoscono in tanti e mi salutano festosi. Qui all'A.P.A. il clima è molto tranquillo; mi sembra quasi sia un po' un'occasione mondana per tanti, specialmente per alcuni pazienti: vengono in centro, nella zona più ricca, ci tengono a vestirsi bene, è sera, la gente magari si trova prima per fare merenda insieme, mi sembra sia anche un'occasione "sociale".

Mi affaccio sulla porta (la camera è messa parallela al corridoio, ha una forma rettangolare, la porta è a vetri, e si estende per tutto il lato "lungo" del rettangolo, le sedie sono organizzate ai lati della stanza in una direzione e nel mezzo perpendicolarmente: c'è un piccolo spazio libero propri davanti al lato della porta di fronte a dove di solito si siedono gli analisti), Maria Elisa, vedendomi sulla porta, mi "urla" di entrare. Io, un po' imbarazzata, non so come farmi largo: sgattaiolo tra le sedie e mi siedo per terra più o meno davanti a lei, vicino ad altre persone. Ci sono parecchi ragazzi giovani: alcuni non li ho mai visti (a questa riunione partecipano anche alcuni figli degli psicoanalisti: il figlio di Maria Elisa per esempio viene regolarmente, e porta con sé la fidanzata). Vi sono pure molte coppie, anche anziane: per lo più genitori dei pazienti. Noto una proporzione madri-padri più omogenea di quella che di solito c'è alle riunioni del Borda, e credo che dipenda dal fatto che di giorno molti padri lavorano. A quest'ora invece hanno tutti finito di lavorare e possono partecipare. Riconosco tra le persone una ventina di analisti; di questi una decina (quella che ha creato il gruppo di studio con García Badaracco) è solita sedersi sulle sedie che rimangono centrali e davanti alla porta. Maria Elisa e Jorge sono in mezzo a loro. C'è anche Elenita, la moglie di García Badaracco: si siede sempre davanti a lui, in mezzo alla folla, e qui partecipa sempre con molta simpatia. Mi sembra ci siano molte persone appartenenti a un livello sociale più alto di quello che frequenta le riunioni del manicomio. Mi accorgo di ciò, non solo osservando le facce e gli abiti delle persone, ma anche perché molte persone che intervengono si esprimono in modo diverso da quello che solitamente mi sto abituando a sentire: un modo che potrei definire più erudito (e direi più complicato anche). L'accento addirittura mi sembra essere leggermente differente, più pulito; si sentono meno parole gergali. Il clima è buono, la gente mi sembra sorridente; vedo circolare sacchetti pieni di caramelle, offerti da

qualche signora gentile, che ormai prevede che la voce a qualcuno si secherà a causa del sovraffollamento e dei termosifoni che sparano aria calda. In fondo alla sala, c'è un tecnico-audio che registra la riunione. Ci sono inoltre anche alcuni psicologi o simili che frequentano questo spazio per ragioni personali e non di studio, per esempio la mamma di Thomas, la donna che Jorge ha menzionato durante l'intervista e che ricordo qui brevemente essere una psicologa che è stata in analisi per venti anni: ha un figlio, Thomas, che fino a poco tempo fa è stato gravemente malato e che solo ultimamente ha iniziato a star meglio. Il suo "miglioramento" è coinciso col momento in cui i familiari hanno iniziato a frequentare le riunioni multifamiliari: quando i suoi genitori sono stati "presi in carico" da Jorge, potremmo dire che Thomas ha iniziato "a sentirsi libero di poter stare meglio").

Quando arrivo una ragazzina sta parlando al microfono (necessario alla registrazione); è la prima volta che viene. Sta raccontando una strana storia: non capisco tutte le parole, ma mi sembra che dica delle cose molto imbarazzanti per sé; la osservo un po' perplessa perché non sembra rendersene conto. Alcuni presenti in sala ridono; Jorge li ammonisce e dice loro di portare rispetto. La ragazzina sta dicendo di aver ricevuto delle telefonate *hard*, ma non so se dipende da come lo dice ma le intenzioni che "passano" non sono troppo belle, nel senso che mi pare stia passando per una "..." invece che per la vittima, e sembra dirlo tutta contenta, cosa che mi fa anche venire il dubbio che il suo sia un modo per attirare l'attenzione, anche se mi sembra che nessuno la stia ascoltando veramente (io per prima sto osservando un sacco di particolari, ma devo dire che è come se non cogliessi le sue parole in quanto tali).

Jorge le sorride e la ferma; le dice che è meglio che pensi un secondo a quello che dice, e le spiega che non c'è bisogno che si renda ridicola agli occhi di tutti: qui avrà le attenzioni che necessita ma deve imparare a esprimersi in modo tale da non ripetere l'esperienza che sembra sia solita fare a casa (quella cioè di parlare ed essere umiliata). Jorge le dice queste cose perché gli sembra che qui ci stia facendo capire, prima di tutto, che a casa non viene ascoltata e che quando parla è derisa, se non peggio. La ragazzina cambia faccia; perde tutta la grinta e sembra di colpo indifesa, piccola, e molto triste. Fa un tentativo di negare le emozioni che le stanno affiorando sul volto; prova ad aggiungere ancora particolari al racconto spinto. Jorge, sempre molto pacato, le dice di smetterla; le rimanda le sue emozioni; le dice che non deve aver paura del silenzio, e lei si mette a piangere. Singhiozza: fa una pena incredibile. Una ragazza, Cata, che è seduta di fianco a me si alza e la va ad abbracciare. C'è brusio, la gente commenta. Jorge ci dice che a volte le persone invece di parlare e suscitare solidarietà lo fanno in un modo che li porta a essere ridicolizzati, a non essere realmente ascoltati, ripetendo così quello che

sono soliti vivere in casa. Ci dice che qui noi dobbiamo essere attenti che questo non succeda; dobbiamo essere molto rispettosi, e ci ammonisce: sapendo che può succedere, dobbiamo prestare attenzione e riconoscere quello che sta capitando. In questo senso “è nostro dovere” fermare una persona che sta facendosi, diciamo, “deridere”; non permettere cioè che “si faccia del male da sola”, nel senso che dovremmo cercare di connetterci maggiormente con la parte sana che dopo risentirà di tutto ciò, ulteriormente, e che se ne andrà “ferita”, avendo trovato un’ulteriore conferma di trovarsi in un mondo in cui è permesso che questo capiti. Chiaramente, una persona che sta facendo questo non se ne rende conto; sono “gli altri” che possono rendersene conto e che devono fermarla: non devono permetterle di ferirsi in questo modo. Lei “lo deve fare” ma noi dobbiamo far sì che viva l’esperienza in un modo “alternativo” a quello in cui di solito la vive: dobbiamo cioè darle l’opportunità di vivere l’esperienza in un modo nuovo, che non “concretizzi” il traumatico ma che offra un’alternativa “correttiva” o “terapeutica”, quale primo passo di quello che potrà essere il suo percorso per stare meglio.

Alcuni partecipanti commentano, il microfono passa tra le persone; si sposta verso chi alza la mano, poi lo riprende Jorge, che dice che per il momento è più utile parlare d’altro, dicendo alla ragazzina di stare tranquilla, che verrà il momento in cui, attraverso l’ascolto, imparerà a far uscire le parole “giuste”, e troverà il suo “ascolto”. Più tardi infatti la ragazzina ci racconterà la sua triste storia; da questa sera la vedrò venire alla multifamiliare tutti i martedì e la vedrò via via riuscire a essere maggiormente se stessa, ispirando negli altri dei moti maggiormente identificativi, cosa che mi segnala che dev’essere lei stessa maggiormente connessa al suo sé più vero, e meno a questo primo personaggio un po’ “pagliaccesco”. Un signore si alza e inizia a leggere qualcosa che ha scritto: sta descrivendo la sua esperienza terapeutica, facendo un paragone tra quanto ha appreso durante i lunghi anni di analisi individuale e quello che ultimamente gli è sembrato di iniziare a sentire dentro di sé venendo alla multifamiliare. Usa un linguaggio forbito e ciò mi fa pensare al fatto che potrebbe essere un uomo di lettere (inoltre devo dire che noto anche un lieve manierismo nel racconto e mi viene per un attimo da pensare che sia un “esercizio di stile”; non riesco in sostanza a “connettermi” del tutto con la sua parte infantile, quella che soffre, o meglio, potrei dire, me lo vedo come un bambino che legge il “temino” davanti ai compagni e si aspetta un bel voto: me lo riesco a immaginare con il *papillon* e una quarantina di anni in meno). L’uomo racconta di com’era da bambino, di quello che oggi lo fa soffrire, di come suo padre avesse sempre pensato di dover essere duro, di come anche lui fosse cresciuto pensando che non ci si dovesse emozionare e commuovere nella vita; di come anche il suo primo analista (un kleiniano vecchio stile) lo

avesse rinforzato in questo senso e di come invece lì nel gruppo, e grazie alla sua seconda analisi, si fosse sorpreso a emozionarsi, dapprima provando una grossa vergogna e poi imparando a lasciarsi andare, scoprendosi maggiormente in grado di riconoscere le emozioni, e insistendo sul fatto che proprio l'aver potuto essere ascoltato e accolto gli avesse permesso di recuperare una sua parte "bambina" che aveva quasi completamente rimosso. A me dispiace, ma dà l'impressione di essere un po' finto. Non so se è il microfono, o cosa, ma all'A.P.A. mi capita spesso di percepire alcuni interventi come un modo di mettersi in mostra davanti agli altri; di sentire che c'è un interesse a farsi vedere (cosa questa che c'è anche e specialmente tra gli analisti), in un modo per lo meno che non mi porta a sentire con la "pancia", ma a essere maggiormente critica. La cosa che sto per descrivere però ristabilisce in me la credenza di essere in un clima veritiero e non costruito: un paziente sente la storia, coglie esattamente quello che è il tema e lo riporta (usando parole senz'altro più semplici) a se stesso, alla sua storia. Ed è grandioso il modo estremamente commovente con cui gli dimostra di averlo compreso nel profondo: gli dimostra cioè di aver avuto anche lui lo stesso tipo di esperienza, prima ricevendola da "figlio", poi insegnandola a sua volta come "padre". E' un momento molto importante: si sta capendo come nella vita tendiamo a riprodurre quello che ci viene fatto provare. Si parla della possibilità di incontrare un ambiente, qual è quello della multifamiliare, in cui è possibile prendere coscienza di questo e del fatto che sia possibile immaginare di poter fare un'esperienza nuova; un luogo dove ci si possa rimettere in contatto con le proprie parti "dissociate", e dove ci si possa riappacificare anche con ciò che ci aveva fatto stare molto male a suo tempo.

I padri e i figli presenti sono molto scossi: ognuno ha trovato qualcosa in cui rivedersi, in un processo di riconoscimento e di identificazione "che sembra saltare da una sedia all'altra" e fa sì che ognuno riporti qui in gruppo la sua esperienza. Jorge spiega quello che sta capitando, dice che è molto importante che capiti; nel farlo collega le diverse storie e ce ne fa ricordare alcune dicendo "per esempio.. quella volta.."; chiede ai presenti interessati se adesso pensano di poter vedere in un altro modo la cosa, se hanno voglia di provare a riraccontarsi.

Io sono realmente commossa. La cosa che mi colpisce di più è la naturalezza con cui si possa "essere" tutti insieme, ognuno per com'è, con il suo *background*, ma in grado ognuno di noi di dare il proprio contributo all'assemblea; in sostanza, mi colpisce il fatto che chiunque può dare qualcosa affinché ci si connetta maggiormente agli altri: come ognuno in sostanza abbia in sé un grande valore "terapeutico" per gli altri.

La riunione continua con il tema dei fratelli: alcuni pazienti hanno i propri fratelli presenti. Si parla di come essi si siano avvicinati grazie alla multifamiliare; di come sia il fratello-paziente che il fratello-sano (anche se sembra ironico dirlo) abbiano fatto esperienza della malattia; di cosa questi ultimi abbiano imparato durante i gruppi e attraverso le storie degli altri. Noto che qui all'A.P.A. il discorso sembra sia maggiormente centrato sul fatto di prendere coscienza delle cose che passano alle riunioni: come si tenda, rispetto alle riunioni del Borda, a esplicitare – almeno in questo momento (rifletto sul fatto che ogni gruppo ha una sua storia di gruppo e come ogni gruppo sia in “momento” differente della sua storia, e di come questo porti nel gruppo a vivere dinamiche distinte) – il lavoro fatto e a riflettervi, più che ad aggiungere nuove e continue esperienze in un clima maggiormente d'azione e di controreazione così come è quella che si viene a creare durante i gruppi del Borda. Definirei quello dell'A.P.A. “il momento del ricordo emozionato e della presa di coscienza” rispetto a un “momento dell'espressione e del suscitare una risposta diretta”. Attraverso le diverse voci ci si rende conto delle diverse tappe del percorso. Ogni paziente e ogni fratello presente sembra essere in un momento diverso; c'è però molta vicinanza tra tutti. Anche gli analisti partecipano, e non lo fanno “dando interpretazioni su” ma “ricordandosi di”. Questo mi sembra molto bello, mi fa riflettere: la multifamiliare accompagna le persone, sia i pazienti che i familiari. Tutti hanno fatto un cambiamento grandissimo, ognuno per quello che poteva fare, secondo le sue possibilità; tutti si sono arricchiti dal confronto con gli altri grazie alla possibilità data dal fatto di “poter contare sugli altri” e si sono così sviluppate in ognuno delle risorse nuove.

La multifamiliare offre questo, inoltre, a mio parere: senza essere “materna” riesce a produrre risorse con cui ognuno arricchisce la propria capacità di pensare. La riunione sta per terminare; si stanno tirando le fila, quando Orazio, dalla porta rivolto a Jorge inizia a fargli quella che credo sia una scenata di gelosia. Per tutta la riunione mi è sembrato di vederlo in continuazione entrare e uscire, entrare e uscire, e mi ero chiesta cosa stesse capitando: mi sono affezionata a lui (lo vedo infatti tutti i pomeriggi perché viene alla Fondazione Mitre per partecipare ai gruppi che vi si tengono quotidianamente) e, se non fossi stata bloccata tra le sedie, mi sarebbe venuto da andare a chiedergli che cosa aveva. Mi accorgo che guarda verso Jorge e Maria Elisa senza riuscire a incrociare il loro sguardo. Orazio dice a Jorge che lo segue fedele da 25 anni e che lui (Jorge) “padre” (si sta rivolgendo a Jorge facendo finta che sia suo padre, gli sta dicendo “papà..”) non lo vede mai. Per lui non c'è: non esiste, e non è mai esistito, e dice che è per questo che lui è finito al manicomio. Maria Elisa va su tutte le furie con lui, lo “secca” dicendogli di smetterla di fare la vittima e di fare la commedia. Gli dice di smettere perché si

vede che non è il suo vero Sé a parlare, ma il personaggio che gli deriva dalle identificazioni patologiche con il padre. Gli dice duramente che facendo così non riesce a vedere gli altri.

Jorge a questo punto chiude la riunione parlando delle difficoltà che si incontrano nel chiedere affetto; del fatto che spesso uno si vergogni ad ammettere di aver bisogno di affetto, e di come spesso non si sia stati autorizzati, da piccoli, a sentirne la necessità come una cosa sana. Dice ancora che Orazio si è espresso con dei “reclami”, che sono delle difese che ha eretto per non connettersi al dolore che provoca in lui sentire i sentimenti depressivi collegati al fatto che oggi è in una fase avanzata del suo percorso terapeutico, per cui inizia a dover affrontare il lutto per quello che ha vissuto “il bambino che c’è in lui”. Orazio è toccato, ma “gioca” per non darlo a vedere a Jorge che, da esperto, ha dato al gruppo la possibilità di intendere questo offrendosi per una sorta di “drammatizzazione” che potremmo definire “spontanea”. Gli vogliamo tutti bene, per cui ne sorridiamo, convinti del fatto che sappia bene che non è andata proprio così. La gente si alza, è tardi.

Gli analisti, ed io, andiamo nella stanza di fianco a fare la riunione teorica. Qui il livello teorico è molto più alto; anche gli analisti non sembrano più gli stessi. Iniziano a voler dire come la pensano; ognuno sente la necessità di riferirsi alle teorie; ognuno vuole capire se il suo intervento sarebbe servito. Jorge invita alla semplicità: è molto severo con loro. Credo siano anni che cerca di farli connettere maggiormente con i loro vissuti e mi sembra inizi a non sopportare più queste piccole competitività interne e questo sfoggio tra “pari”. Credo sia preoccupato del fatto che il suo metodo possa essere riprodotta o meno senza di lui. Durante questi incontri a volte “urla” che cosa secondo lui i co-conduttori avrebbero dovuto fare; invita alla riflessione; sgrida quando è stato lasciato passare qualcosa “senza coglierlo”: nella sua multifamiliare l’omertà, tanto comune nella società odierna, non deve essere incoraggiata. A me sembra che questi terapeuti ogni tanto abbiano quasi paura e che in realtà senza il polso forte di Jorge non tutti siano così sicuri di poter reggere un gruppo allargato (fatto da cotanti e così tanti pazienti). Rifletto sulla possibilità che i pazienti ci offrono di connetterci al nostro sé; su come a volte le resistenze provengano proprio da chi sente di avere il ruolo terapeutico, e sulla differenza che passa tra l’“essere terapeutici” e l’“essere terapeuti”: sull’importanza cioè di avere un pensiero critico senza perdere la parte dei vissuti (il pensiero riferito alla teoria a volte può impedire di sentire), su come non sia facile riconoscersi vicini a quelli che sono i pazienti, sul fatto che bisogna essere coraggiosi per poterlo ammettere a se stessi, prima ancora che agli altri, su come García Badaracco sia “rivoluzionario” nel volere che ognuno si prenda le sue responsabilità e che possa contare sugli altri nel farlo e nell’iniziare un

percorso di cambiamento psichico profondo. Di come sia difficile dare all'altro un ascolto sincero che non ecceda con l'aggiungere "qualcosa di proprio" ma che accompagni nel dolore (di come per esempio si debba poter anche accettare il fatto che qualcuno può anche non voler essere aiutato). Imparo l'importanza di monitorarsi continuamente e il fatto che quella di un terapeuta dev'essere una formazione *in itinere*.

Parliamo infine del fatto che nella multifamiliare il processo di cambiamento (che viene definito, tramite le parole usate da un paziente in una delle ultime riunioni, quale "spirale creativa ascendente") sarebbe meno rapido se non si verificassero momenti anche molto dolorosi, e di come sia stato fondamentale il momento di commozione generale (sul "poter trovare uno spazio in cui commuoversi"), e su come si tenda ad anestetizzarsi per non provare dolore. García Badaracco insiste sul fatto che per risolvere questa sofferenza dobbiamo proprio parlare di cosa è stato doloroso, e che nel farlo sia necessario rispettare il tempo dell'altro affinché l'esperienza non sia per lui "traumatica" ma "terapeutica".

Arriva il momento di tornare a casa. Ormai è notte; io inizio a crollare, ma mi sento piena di tutto quello che ho visto e sentito. Ringrazio Jorge uscendo, ci diamo appuntamento per giovedì mattina.

## ALCUNI CENNI TEORICI

La presenza simultanea di più pazienti e dei loro familiari nel gruppo multifamiliare costituisce un contesto ampliato in cui appare infatti una fondamentale dimensione nuova, “esogamica”. Nel dare prova, attraverso i resoconti della pluriennale esperienza del nostro autore, di essere un così valido strumento nel produrre cambiamento psichico, il gruppo multifamiliare obbliga a ridefinire la vera natura della tendenza al non-cambiamento e dei reali fattori di cambiamento. L’opportunità di ricontestualizzare tutte le esperienze precedenti permette al tempo stesso di ripensare e di reimpostare le problematiche più centrali rispetto al funzionamento della mente, alla natura di ciò che è mentale, alla nozione di conflitto, alla regressione, alla compulsione, al legame, alla simbiosi e così via. A rivisitare cioè i concetti e i modelli di base attraverso i quali opera la psicoanalisi.

García Badaracco ha speso gran parte della sua vita a studiare la patologia mentale grave, in particolare la psicosi, e nel suo lavoro clinico con i pazienti ha cercato di trovare il modo per curarli. Non accettando il dato comune proveniente dalla psichiatria classica che per lungo tempo ha sostenuto che questi erano pazienti “incurabili”, l’autore si è trovato d’accordo con altri autori a lui contemporanei che preferivano considerarli semplicemente dei pazienti che “tendono a non cambiare”(García Badaracco, 1999).

Nel tentativo di comprendere l’origine di questa loro “tendenza al non-cambiamento” (*Ibidem*), e trovandosi a dover superare alcune difficoltà che l’analisi dei pazienti psicotici comportava, l’autore si è accorto dell’importanza di utilizzare tutte le risorse disponibili, cercando nuovi modi per integrarle e ripensando, a partire da questo nuovo punto di vista, temi quali i criteri di analizzabilità, il ruolo dello psicoanalista, il transfert psicotico, il *setting* reale dell’esperienza terapeutica, il processo terapeutico, e così via.<sup>11</sup>

Tale convinzione lo ha portato a pensare di modificare piuttosto il *setting* classico; a introdurre cioè alcune variazioni nella tecnica e a utilizzare una matrice, la comunità terapeutica, quale contenitore per i diversi tipi di intervento. Al suo interno ha sempre lavorato con la psicoanalisi, e lo ha fatto “individualmente”, “con la famiglia nucleare”, “con gruppi di

---

<sup>11</sup> Il trattamento con pazienti difficili, realizzato simultaneamente in differenti contesti, ha reso a García Badaracco – com’è lui stesso a ricordare – gradualmente più evidente che “i funzionamenti mentali patologici, che tendono a essere ripetitivi, rigidi e caratterizzati da una forte tendenza al non cambiamento, siano in realtà parte di una rete di interazioni e vengano continuamente ri-alimentati all’interno di relazioni di interdipendenza caratterizzate anch’esse da un forte potere patogeno” (García Badaracco, 1999, pagg. 76-77).



pazienti”, “con gruppi di familiari”, e “con gruppi multifamiliari”. Nel fare tutto questo García Badaracco è sempre stato sostenuto dal fatto che fosse la stessa esperienza clinica a dimostrare che “l’entusiasmo e la convinzione della reversibilità della malattia mentale siano fondamentali affinché il paziente psicotico possa realizzare le tappe del suo processo terapeutico” (García Badaracco, 1979a, pag. 23).<sup>12-13</sup> Sostanzialmente lo psicoanalista deve credere, secondo García Badaracco, che “il suo paziente potrà arrivare a essere un essere umano riscattabile in quanto tale, da se stesso e dalla maggioranza” (*Ibidem*).

Commentando la sua affermazione l’autore aggiunge che quella che per lui, quale psicoanalista, è una “convinzione, che si sviluppa a partire da un desiderio profondo, reale, di aiutare il prossimo” (*Ibidem*, pag. 24), e che, a suo parere, dovrebbe essere la *condicio sine qua non* per chi voglia essere “Psicoanalista”, non è in realtà una “condizione inclusa abitualmente in quello che si definisce psicoanalisi, poichè la psicoanalisi, e soprattutto alcune delle scuole che si sono sviluppate al suo interno, la considerano come un qualcosa che lo psicoanalista non dovrebbe avere per poter fare psicoanalisi e tendono piuttosto a sottolineare che (lo psicoanalista) dovrebbe funzionare sotto il segno della massima neutralità” (*Ibidem*, pag. 24).

Ritengo utile ricordare qui che l’autore ha sviluppato l’idea che “la rigidità delle strutture mentali, con una forte tendenza alla ripetizione

---

<sup>12</sup> In questo García Badaracco si dimostra erede e continuatore del pensiero di Pichon-Rivière.

Enrique Pichon-Rivière sviluppò la sua esperienza come psichiatra nel Borda, di cui divenne direttore del servizio d’ammissione (l’Admisión) che rappresenta il primo contatto tra i pazienti e l’ospedale. Quando iniziò a lavorarvi c’erano 4500 ricoverati, di cui il 60% si trovavano in uno stato di completo isolamento: nessuno li visitava ed essi erano maltrattati dagli infermieri. La reazione di Pichon-Rivière fu immediatamente quella di creare dei gruppi di formazione per questi infermieri, perché realizzò che essi abusavano dei pazienti a causa della loro ignoranza rispetto alla malattia mentale. Iniziò così a trasmettere l’idea che la malattia mentale non è incurabile e che il recupero dipende dallo sforzo collettivo che comprende quello degli infermieri e del capo reparto, in questo caso lui stesso. Per ragioni politiche però gli infermieri vennero licenziati. Senza perdersi d’animo Pichon-Rivière decise di insegnare a un piccolo gruppo di pazienti, non troppo gravi, come aiutarlo, e intanto iniziò a fare dei piccoli gruppi basati sull’analisi dei ruoli (il “dottore”, il “paziente”) in modo da rinforzare lo sviluppo di una nuova *leadership* più funzionale. In poco tempo i pazienti che si erano trasformati in infermieri si dimostrarono essere più competenti di questi ultimi, in quanto capaci di maggiore empatia. Inoltre, il loro stato mentale era nettamente migliorato, essi si stavano dimostrando “in grado di adattarsi alle dinamiche della società”: erano cioè divenuti “produttivi”. Dopo pochi anni Pichon-Rivière creò anche il primo reparto per adolescenti, ma la sua pratica non ortodossa generò una forte inimicizia da parte dei vecchi psichiatri. Divenne così il bersaglio di gravi critiche, spesso “vere e proprie calunnie”, che alla fine lo costrinsero a dimettersi. Anche se non vi erano state delle concrete imputazioni contro di lui, le sue attività erano state stroncate duramente da alcuni reazionari e da alcuni influenti uomini politici. Quando si dimise i pazienti scesero in rivolta. Lui usò tutto il suo potere contrattuale per evitare che la polizia usasse le armi. Dopo aver lasciato il manicomio Pichon-Rivière applicò le sue idee e tecniche per lavorare con i gruppi in varie istituzioni e comunità. Ad esempio nel 1958, con un gruppo di colleghi condusse un gruppo allargato e un gruppo-multipersonale nell’Università Argentina della città di Rosario (Pichon-Rivière e altri, 1960).

<sup>13</sup> Quest’articolo esiste solo in lingua originale, le parti del testo che riporterò qui sono state da me tradotte in italiano.

compulsiva del trauma, è tale proprio a causa dell'identificazione patogena con aspetti psichici delle figure parentali" (*Ibidem*), e che, più in generale, è convinto che "il fenomeno mentale abbia, più di quanto non appaia, una componente emotiva che svolge la funzione di stabilire e mantenere un'interdipendenza reciproca tra gli esseri umani attraverso i significanti" (*Ibidem*, pag. 76).<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> La natura interdipendente del funzionamento mentale è da riferirsi secondo l'autore al funzionamento mentale sia normale che patologico (García Badaracco, 1999).

## IL CLIMA EMOZIONALE

“Nel gruppo multifamiliare la presenza di persone reali con cui i pazienti hanno legami nel momento presente fa emergere, attraverso i dialoghi dal vivo e in diretta, la dinamica interrelazionale quotidiana che avviene nella convivenza. Nello stesso tempo si avverte l’attualizzazione e la presenza dei conflitti intrapsichici primitivi, che tendono a ripetersi” (García Badaracco, 2000a, pag. 179). A poco a poco, grazie alla forza del contesto e del clima emozionale che si viene a creare, i dialoghi si caricano di componenti emozionali e raggiungono toni talora molto alti.

A questo proposito García Badaracco scrive così nelle prime pagine del suo libro *Psicoanalisi Multifamiliare*: “Rispetto alla riunione multifamiliare propriamente detta, cominciai a capire che i legami che i partecipanti stabilivano gli uni con gli altri, e specialmente con me, erano tanto importanti che dovevo privilegiare la dimensione dell’incontro rispetto a qualsiasi altro aspetto tecnico. Le idee di ‘atteggiamento spontaneo’ e di ‘disponibilità’ come fondamento della relazione terapeutica costituirono il gruppo multifamiliare, permettendo così di uscire dallo schema classico, che privilegia l’aspetto del ‘contratto’ tra paziente e analista. [...] Nei nostri gruppi sembrava che il paziente visse rispetto agli altri situazioni conflittuali intense, che a volte esprimeva verbalmente o altre volte con un linguaggio gestuale. Era difficile trovare le parole adeguate per parlare della follia. Ma potevamo percepirla quando una persona chiaramente alterata si esprimeva urlando o diceva cose incoerenti. Si trattava allora di essere capaci di tollerare ciò che questa persona ci faceva sentire, con tutta la confusione inerente al fatto di non poter pensare né capire che cosa voleva dirci. L’apparente incoerenza delle espressioni cominciava ad avere un senso se, nonostante il carico emozionale che impediva di pensare, potevamo tentare, con fatica, di costruire con l’immaginazione uno scenario virtuale in cui ciò che questa persona stava dicendo a poco a poco acquisisse un senso. Se ascoltavamo attentamente quello che dicevano gli altri pazienti, ci rendevamo conto che essi ci aiutavano a capire” (García Badaracco, 2000a, pagg. 41-42).

L’inclusione progressiva della famiglia reale durante alcuni momenti del processo terapeutico (come avviene durante la terapia familiare e multifamiliare) gli permise infatti, da un lato, di vedere “in azione” alcuni aspetti che, dissociati e confinati nel mondo interno del paziente, rimarrebbero altrimenti affrontabili con molta difficoltà, e dall’altro di

veder emergere con chiarezza anche nei familiari alcuni aspetti patologici che devono essere curati affinché il paziente si possa curare.<sup>15</sup>

Se durante gli incontri è possibile vedere nei pazienti la riattivazione delle identificazioni primarie patogene, inserendo le famiglie quale presenza reale nei gruppi multifamiliari è altresì possibile vedere dal vivo come i familiari a lungo non riescano, a causa della loro immaturità emozionale, a vedere oltre l'etichetta di malattia guardando il paziente e i suoi atteggiamenti "malati" (espressione di profonde angosce, condensate nei sintomi psicotici) considerati da tutti come impenetrabili e incomprensibili. Vi è invece, secondo l'autore, la necessità di capire che questi pazienti hanno avuto una storia di vita fatta di continue disillusioni emozionali con figure parentali che non sono state in grado di funzionare da oggetti strutturanti le risorse sane dell'Io. Solo così la malattia mentale può essere finalmente vista quale "fallimento dichiarato e manifesto di uno sviluppo interrotto e frustrato" (García Badaracco, 1990a).

D'altra parte solo se il conduttore otterrà una partecipazione impegnata e genuina dalle persone riunite riuscirà a controllare e a usare terapeuticamente i dialoghi delle sedute, se no essi potranno prendere strade incontrollabili e divergenti, fino a creare maggiore confusione e a far fallire le migliori intenzioni di chi conduce.

L'analista-conduttore che partecipa ai dialoghi deve quindi potersi identificare attraverso il controtransfert con la persona che parla e, partendo da quello che sente, deve cercare di aiutarla e sostenerla prima di tutto, affinché essa possa cominciare ad affrontare, facendo riferimento al suo "vero Sé", le vicissitudini della vita. Durante i gruppi il conduttore infatti cerca (sempre) di far emergere, per identificazione, la particolare situazione psico-emotiva di ciascun partecipante, e di realizzare, nei limiti del possibile, una funzione di assistenza all'Io di ciascuno per quanto riguarda la carenza di risorse egoiche necessarie per partecipare in modo costruttivo e per essere in grado di trarne profitto per un autentico sviluppo di nuove risorse dell'Io.

Secondo lo stesso García Badaracco, in questo tipo di conduzione vi è senz'altro qualcosa di molto istintivo (una sorta di intelligenza emozionale) e di automatico, che si sviluppa attraverso l'esperienza. E' d'altronde possibile che un co-conduttore, o addirittura un altro paziente o un familiare, apportino dei contributi utili anche in situazioni limite.

---

<sup>15</sup> Secondo García Badaracco i familiari stanno mettendo alla prova la possibilità futura di un trattamento e di una cura per loro stessi attraverso il trattamento del malato. E' per questo che continuamente sferrano dei potenti attacchi al terapeuta, impedendo o rallentando il processo terapeutico, ed è per questo che il terapeuta o l'équipe deve prendere in carico tutta la famiglia. Vorrei inoltre far notare nuovamente come García Badaracco sia vicino alle idee di Pichon-Rivière. Quest'autore infatti sosteneva che la malattia mentale era il risultato di un gruppo malato (Pichon-Rivière, 1971).

In un modo o nell'altro, si tratterà sempre di prestare un'assistenza specifica all'Io del paziente a partire da una percezione controtransferale rispetto al deficit di risorse dell'Io di cui il paziente soffre. Tale percezione si riferisce all'importanza che ciò (la mancanza di risorse egoiche) deve aver avuto durante la sua vita, in cui egli ha sofferto nel dipendere da persone che non sono state mai capaci di farsi carico della sua sofferenza, anche di quella da essi stessi a lui inflitta proprio perché a loro volta poveri di risorse.

Entrando nello specifico, il clima emozionale in cui si svolgono gli incontri deve permettere che le persone che compongono il gruppo multifamiliare possano sviluppare le proprie capacità personali e che la creatività di ciascuno possa arrivare a stimolarsi reciprocamente. Questo produce una modalità di funzionamento gruppale visualizzabile come una "mente ampliata", che funziona nei termini del cosiddetto *brain storming*, in cui ciascuno arricchisce l'insieme apportando il proprio punto di vista: ciascun contributo individuale stimola infatti le potenzialità del gruppo nel generare associazioni nei suoi partecipanti attraverso un continuo gioco di identificazioni, favorito dal fatto che i partecipanti non coinvolti direttamente in una situazione riguardante altre persone o famiglie del gruppo possono pensare con più chiarezza. Nel processo mentale promosso dal vedersi rispecchiati negli altri, si acquista inoltre maggior coraggio per potersi esprimere spontaneamente davanti ad altre persone che appaiono come presenze in grado di contenere e di favorire lo sviluppo di risorse egoiche genuine. Queste si acquisiscono anche attraverso fasi regressive, e senza dubbio attraverso la fase di recupero della spontaneità. Durante tutto il processo terapeutico, come vedremo, si libera infatti la componente infantile che era stata a volte completamente mascherata dalla patologia, ed è proprio da lì che si produrrà la crescita genuina del "vero Sé".<sup>16</sup>

Secondo García Badaracco, all'inizio del processo terapeutico i pazienti percepiscono maggiormente i messaggi che vengono "passati" a livello non verbale che quelli espressi a livello verbale; perciò, in molte occasioni, è più importante per raggiungerli veramente e "toccarli emotivamente" il "come si dice" rispetto al "cosa si dice".<sup>17</sup> Questo accade innanzitutto ai pazienti psicotici che sono molto sensibili, per la

---

<sup>16</sup> Nel suo ultimo libro García Badaracco cita esplicitamente l'elaborazione di Winnicott sulla metapsicologia della regressione (1960): regressione necessaria per smantellare il "falso Sé", e per arrivare a recuperare il "Vero Sé". Secondo Winnicott in questi momenti in analisi il lavoro di interpretazione si ferma e diventa lavoro di *holding*. Nel gruppo multifamiliare invece il lavoro di sostegno e di contenimento svolto dal gruppo permette la simultanea elaborazione interpretativa giocata su un approccio relazionale realmente intersoggettivo e basato essenzialmente sulla necessità di stabilire un contesto di rispetto per l'altro in quanto soggetto.

loro storia, agli atteggiamenti che avvertono come imposizioni o come doppi messaggi, e alle interpretazioni inadeguate, fuori luogo e/o fuori *timing*, a cui rispondono con rifiuti profondi; non basta infatti che il terapeuta dia un'interpretazione, anche se corretta, se il paziente non è ancora in grado di poterla assumere in sé e di poterla accettare.

Se ciò avvenisse, se cioè il significato emotivo o esperienziale di quanto accade nel suo mondo interno venisse meramente tradotto verbalmente dal terapeuta quale schermo di proiezione dei suoi contenuti inconsci, il paziente potrebbe vivere tutto questo come un rifiuto dei suoi bisogni più primitivi.<sup>18</sup> Bisogna infatti sempre ricordarsi che i pazienti psicotici hanno, al di là di quello che esprimono verbalmente, un profondo bisogno di affetto primario e di contatto personale in un contesto diverso da quello d'origine: un contesto in grado di strutturare le risorse egoiche attraverso una reale presenza che accompagni il loro Io fragile. Hanno bisogno cioè della partecipazione affettiva dell'analista.

Per questi motivi è estremamente importante fare attenzione al “clima emotivo” delle riunioni; bisogna pertanto creare un ambiente di sicurezza psicologica che il paziente potrà sperimentare quale esperienza del tutto nuova, per riuscire in un secondo tempo a ricostruirla in se stesso. Se e quando il paziente inizierà a fidarsi, a sentirsi preso in considerazione dai terapeuti, e di conseguenza inizierà lui stesso a prendersi in considerazione, poco a poco il clima patogeno si trasformerà in un clima in grado di tranquillizzare e tale clima verrà introiettato nell'apparato psichico del paziente come esperienza fondante e arricchente. Infatti: “In una situazione carica di ansia, di violenza, di richieste e di arbitri, nessuno può esprimersi spontaneamente; al massimo potrà introiettare questo clima lesivo, identificarvisi e agire di conseguenza, finché noi, nella nostra funzione terapeutica di oggetti strutturanti, non saremo in grado di offrire un contesto diverso” (García Badaracco, 1990a, pag. 48). E' centrale quindi – sembrerebbe inutile dirlo – ascoltare con attenzione quello che i pazienti dicono e far loro sentire che sono rispettati, perché nel farlo offriremo a queste persone sofferenti la possibilità di un'esperienza nuova, arricchente, e funzioneremo come oggetti strutturanti l'Io debole e immaturo: serviremo così da contenitori per ansie altrimenti incontenibili. Sono proprio tali ansie che spesso

---

<sup>17</sup> A questo proposito è interessante ricordare l'attenzione di García Badaracco al discorso sulla “pragmatica della comunicazione umana” e sui “doppi messaggi” portata avanti da Bateson. Ricordiamo inoltre gli importanti contributi di Paula Heimann sul messaggio inconsapevole e sotterraneo che l'analista, al di là delle parole, trasmette al paziente nelle interpretazioni. Particolarmente famoso e suggestivo il messaggio subliminale che il terapeuta può trasmettere al paziente rispetto a certe aree per lui difficili e per lui stesso non facilmente transitabili, sintetizzabile con un tacito quanto imperioso “*No entry!*” (al proposito vedi Borgogno 1999, nota 15, pag. 84).

<sup>18</sup> Praticamente riflesso e ... restituito al mittente!

tiranneggiano il funzionamento mentale di questi pazienti precludendo loro la possibilità di pensare e di essere se stessi.

Nel momento in cui era impegnato a riflettere sul fatto che fosse per l'appunto necessario creare le condizioni affinché ciascuno dei partecipanti, durante i gruppi, potesse crescere dal punto di vista psicoemozionale, García Badaracco ha incontrato le idee di Humberto Maturana (1996) "sulla conversazione" ritenendole molto interessanti perché quest'autore sottolinea che in essa (la conversazione) la reale natura dell'essere umano si svela attraverso lo sguardo e i gesti che la colorano: Maturana ha infatti sottolineato come l'essere umano, a differenza degli altri animali, risolve "conversando" le proprie differenze emozionali e razionali, e come sia fondamentale per la comprensione dell'umano, sia nella salute che nella sofferenza psichica o somatica, capire la partecipazione del linguaggio e delle emozioni in ciò che nella vita connotiamo con la parola "conversare".<sup>19</sup>

A questo proposito nel libro *Psicoanalisi Multifamiliare* García Badaracco ha sottolineato come fin dal principio di questa sua pratica fosse emerso chiaramente che durante le riunioni multifamiliari i dissensi che si venivano a creare durante i dialoghi (tanto più fra i membri di una stessa famiglia) non fossero risolvibili razionalmente attraverso argomenti logici perché le persone coinvolte emotivamente non erano in grado di pensare: però – come ricorda l'autore – già allora, osservando la situazione dall'esterno era possibile notare che le emozioni tendevano a trapelare attraverso le espressioni (spesso "involontarie") del viso e dello sguardo. Inoltre, dal punto di vista terapeutico, nel contesto multifamiliare divenne presto evidente che le persone che potevano vivere intense emozioni avevano maggiori possibilità di crescita.<sup>20</sup> Ciò nonostante nei gruppi fu ed è tutt'oggi comune la tendenza da parte di molti a negare le emozioni fino a farle scomparire.<sup>21</sup> Il problema secondo

---

<sup>19</sup> Humberto Maturana è un biologo. Premio Nazionale delle Scienze Biologiche nel 1994, lavora a Santiago del Cile. I contributi più significativi che ha dato alle scienze della complessità sono stati la critica del razionalismo obiettivista e la rappresentazione della teoria della cognizione, l'autoreferenzialità di ogni adattamento e di ogni conoscenza, l'enfasi del linguaggio nella costruzione dell'esperienza umana e l'involucramento della conoscenza nell'essere totale, il quale sfida la dualità tradizionale tra mente e corpo che prima erano separati.

<sup>20</sup> Con le parole dell'autore potremmo infatti dire che "è necessario innanzitutto provare emozioni per potere, poi, ragionare" (García Badaracco, 2000a, pag. 71).

<sup>21</sup> Durante la mia esperienza ho rilevato come soprattutto molti padri abbiano una grande paura di emozionarsi e di mostrarsi "emozionati" ed "emozionabili" davanti agli altri, quasi questo li porti ad essere maggiormente "attaccabili". I figli erano spesso dei pazienti "gravi", e, enfaticamente, potrei dire che sono rimasti "gravi" fino a quando i padri non hanno potuto iniziare ad emozionarsi: questo è stato possibile grazie al costante lavoro di metaforizzazione e di ricontestualizzazione del conduttore e grazie agli apporti personali degli altri partecipanti e più in generale grazie al sostegno solidale del gruppo nel suo insieme. Mi sento di dire questo perché, ripetendo l'esperienza argentina per due volte a

L'autore è che spesso la cultura tende a contrapporre emozione e ragione, come se l'emozionale negasse il razionale. Nel nucleo familiare poi, "queste prescrizioni hanno una grande forza emozionale e ci condizionano pesantemente, visto che siamo stati educati a controllare le emozioni" (García Badaracco, 2000a, pag. 71). D'altra parte, continua García Badaracco, "una gran parte di ciò che chiamiamo educazione avviene attraverso quello che i genitori trasmettono con lo sguardo e i gesti, più che con le parole. I figli sono (infatti) istintivamente molto più attenti a ciò che possono leggere negli occhi dei genitori (che a quanto essi dicono)" (*Ibidem*).

Per questo motivo García Badaracco ha allora ritenuto fondamentale creare le condizioni affinché si sviluppi un clima che "crei" all'interno del gruppo, quale "microsocietà", una vera e propria "nuova cultura" che veda di "buon occhio" (nel senso letterale del termine!) il manifestare emozioni, in modo tale che qualsiasi individuo possa arrivare a sentirsi più libero di esprimersi in modo autentico e naturale. Questo avviene a partire dalla possibilità che viene data a ciascuno di poter criticare apertamente "tutto ciò che per un pregiudizio è stato vissuto nell'infanzia come un'educazione appropriata, senza che ci si potesse rendere conto di come fosse dannoso crescere in un ambiente che soffocava le emozioni" (*Ibidem*).

---

distanza di un anno, ho potuto vedere personalmente alcuni pazienti migliorare molto da un anno all'altro: durante gli incontri ho osservato come alcuni di questi padri quest'anno partecipassero in modo "nuovo" alle riunioni e come il loro rapporto con i figli fosse visibilmente cambiato (spesso l'anno scorso i suddetti padri e figli si "scannavano" mentre quest'anno hanno iniziato a rispettarsi). Questi genitori l'anno passato avevano infatti molta paura e vergogna di essere alla multifamiliare perché si sentivano in parte "responsabili" della malattia del figlio, avevano paura cioè di essere accusati (cosa che a volte è avvenuta, ma non dal gruppo quanto piuttosto dai loro stessi figli che durante le riunioni agivano dal vivo le cosiddette "recriminazioni" di cui ho parlato in precedenza). Con il tempo è stato possibile spiegare loro che nessuno aveva intenzione di "processarli". Mentre ciò avveniva, è stata loro mostrata anche quale fosse la reale necessità del figlio ed è stato spiegato perché quest'ultima avesse bisogno di essere espressa con tanta violenza (violenza che noi sappiamo si sviluppa a partire dalle identificazioni patogene dietro a cui il paziente ha finito per nascondersi). In particolare il conduttore nei loro confronti tendeva a evidenziare apertamente e ripetutamente quali avrebbero potuto essere i benefici portati da un cambiamento nel loro modo di guardare i figli: nel fare questo di fondamentale importanza erano le testimonianze di quei padri e di quei figli-pazienti che avevano già sperimentato tutto ciò. Quello che ho descritto qui non è così semplice da realizzare perché porta alla luce antiche ferite nei progenitori e nei loro figli: è necessario un vero e proprio processo di cambiamento profondo in entrambe le parti (ricordiamoci che stiamo affrontando il tema dello smantellamento delle interdipendenze patogene e patologiche di tutta una vita) e ciò può richiedere molto tempo per essere realizzato. Molte volte quando ormai la situazione si sta sviluppando in modo positivo (potremmo dire quando il conduttore è riuscito a sviluppare una salda "alleanza terapeutica" con l'intera famiglia e con le sue singole parti e quando il gruppo sostiene il suo lavoro in modo "attivo") dai racconti dei padri, di cui ho parlato, emerge come anch'essi da bambini siano stati a loro volta soggetti a forti pressioni da parte dei loro progenitori. Il clima che si viene a creare in questi momenti è di grande impatto emotivo: tutti si commuovono ed è come se si innescasse un effetto a catena nelle famiglie, a volte si arriva anche ad abbracciarsi gli uni con gli altri. Il conduttore allora chiude il cerchio tirando le fila di quanto è successo. In particolare ricordo una "chiusura" estremamente toccante sul valore della tenerezza e su come la mancanza di questa tra i famigliari porti i figli alla patologia.



E' a partire da queste considerazioni sulla conversazione che García Badaracco ha deciso di riformulare in forma di interdipendenze patogene alcune problematiche emergenti nei gruppi: queste interdipendenze portano spesso a delle vere e proprie "situazioni dilemmatiche".<sup>22</sup> In tal senso se prendiamo in considerazione la dinamica di questi gruppi vediamo come al loro interno esistano più tipi di interazioni: interscambi manifesti (quello che si dice e si fa), e interscambi latenti (tutto ciò che esiste nella mente, anche se non viene esplicitato a parole, ma che è percepibile negli sguardi e nei gesti).

Nei comportamenti dei presenti si stabiliscono relazioni transferali di ogni tipo: la loro gestione e la loro elaborazione costituisce una delle dimensioni terapeutiche più importanti da tenere in considerazione. Il paziente può infatti, in presenza dei familiari significativi, sperimentare una forte tendenza a esprimersi sulla base delle identificazioni patogene, che contribuiscono a dar luogo a "personaggi" a partire dai quali si costituiscono i transfert psicotici con caratteristiche compulsive.<sup>23</sup>

Entrando inoltre nel vivo delle dinamiche che si vengono a creare durante gli incontri, secondo il nostro autore è possibile vedere chiaramente come nel transfert psicotico la reincarnazione di una qualche persona importante dell'infanzia non sia solo una ripetizione della relazione che il paziente ebbe, ma insieme anche la riattivazione della necessità di avere nuovamente disponibile la figura parentale e al contempo la riattivazione dei conflitti primitivi infantili che il paziente visse con essa.

Essendo poi le componenti delle interdipendenze patologiche molto forti, in questi frangenti la risorsa terapeutica dell'interpretazione psicoanalitica fallisce: "Il paziente non è capace di utilizzarne il significato perché non è in grado di pensare, essendo invaso dai vissuti patogeni veicolati dalle interdipendenze patologiche" (García Badaracco, 2000a, pag. 90).<sup>24</sup>

---

<sup>22</sup> Ricordiamo ancora una volta che per il nostro autore il conflitto è intersoggettivo (con la famiglia esterna) oltre che intrapsichico (con la famiglia interiorizzata).

<sup>23</sup> L'autore parla di "personaggi" perché nel discorso psicotico, nel momento in cui il paziente incomincia a potersi esprimere, si inizia a intravedere una sorta di coerenza interna in rapporto al soggetto che lo pronuncia. Durante i gruppi multifamiliari è possibile individuare l'origine di tali personaggi gradualmente, man mano che i genitori iniziano a intervenire. In base a ciò che essi dicono o fanno, i pazienti sembrano caricature di alcuni loro aspetti: aspetti occulti e segreti tuttavia, e quindi difficilmente individuabili come García Badaracco mette bene in evidenza.

<sup>24</sup> D'altra parte si è detto spesso che il transfert psicotico, a causa delle emozioni in gioco, è "inestricabile" (Sasha Nacht, 1963). García Badaracco commenta questa affermazione precisando che l'inestricabilità del transfert psicotico non è dovuta solo all'intensità delle emozioni ma anche, e specificatamente, alla natura delle interdipendenze in gioco in cui libido e distruttività si rialimentano a vicenda in svariate combinazioni. Un'identificazione proiettiva ad esempio provoca nell'altro una risposta specifica che, a sua volta, stimola un'altra risposta specifica nel primo" (García Badaracco, 2000a, pag. 90).

Anche se nella psicoanalisi classica si è spesso pensato che favorire una simbiosi nel transfert potesse determinare dipendenza e fare del paziente un “tossicomane” dell’analisi (García Badaracco, 1990a) secondo García Badaracco in realtà la ricerca di persone che compensino le funzioni egoiche di cui il paziente è carente esprime una necessità reale, non patologica, in quanto questi da bambino si vide costretto a stabilire un vincolo perverso con l’oggetto, in modo da poterne controllare onnipotentemente il possesso: l’oggetto parentale carente frustrò, infatti, profondamente la dipendenza infantile sana del bambino nei suoi confronti.<sup>25</sup>

In questo senso accompagnare un paziente offrendogli delle funzioni egoiche, non significa – secondo García Badaracco – sostituirsi a lui né pensare o agire al posto suo. Piuttosto nel processo terapeutico è indispensabile e assolutamente necessario passare attraverso una fase di dipendenza sana (come nello sviluppo normale di un individuo che cresce) poichè egli potrà funzionare nella vita con autonomia solo dopo aver introiettato un legame che abbia le caratteristiche di una presenza protettrice.

Tutte queste dinamiche – che immancabilmente si presentano nelle patologie gravi – sono difficilmente gestibili in un trattamento psicoanalitico individuale a causa dell’intensità delle emozioni in gioco, poichè suscitano nell’analista un controtransfert che, seppur in modo non intenzionale, a lungo rialimenta il transfert psicotico impedendo a entrambi di uscire dall’intrappolamento. Come vedremo meglio in seguito è infatti sempre difficile (e al contempo estremamente importante) capire se un paziente e un terapeuta sono rimasti intrappolati in un circolo di reciproca dipendenza patologica, dipendenza che diventa patologica – suggerisce García Badaracco – di fronte al fallimento della comprensione delle necessità di base del paziente.

---

<sup>25</sup> Riporto qui di seguito una nota dell’articolo di García Badaracco in cui egli parla dell’importanza del concetto di “oggetto che fa impazzire”: “Con il concetto di ‘oggetto che fa impazzire’ vogliamo introdurre l’idea dell’esistenza di caratteristiche patogene specifiche degli oggetti. Si tratta di un oggetto che induce inconsciamente il soggetto ad agire (e comportarsi) sadicamente e con malvagità, e lo fa sentire così malvagio e colpevole, perché l’inadeguatezza dell’oggetto incrementa l’invidia e il sadismo del soggetto. Generalmente, l’oggetto agisce molto sadicamente sul soggetto per non rendersi conto dello stato di totale dipendenza e inermità dello stesso. Il desiderio, quale ricerca soggiacente dell’esperienza di soddisfazione, si sottomette alle necessità dell’altro. Si configura così l’esperienza traumatica ripetitiva che si costituisce come fissazione al trauma. La situazione terrorizzante e paralizzante di *dipendere da e avere bisogno di* – ogni volta di più – un oggetto che fa impazzire, porta come unica soluzione di uscita (e da lì la sua specificità) a un’*identificazione patogena* con lo stesso. Si configura così, dentro l’apparato psichico, un’organizzazione polarizzata di una coppia simbiotico-patologica dove ci sono un padrone e uno schiavo, in cui in alcuni momenti lo schiavo tenta di scavalcare il suo padrone e dove entrambi giocano ruoli interscambiabili (all’interno della loro relazione). Uno cerca di dominare l’altro e, a sua volta, il dominato cerca di dominare. Però entrambi sono reciprocamente imprescindibili, non potendo nessuno dei due arrivare ad avere una vera e propria individuazione o autonomia. *La pazzia è sempre, in ultima istanza, una ‘folle a deux’*” (García Badaracco, 1985a, nota 25, pag. 5, trad.mia).

Tale tendenza alla ripetizione compulsiva evoca inevitabilmente la teoria freudiana della pulsione di morte; attraverso la sua pluriennale esperienza García Badaracco ha potuto osservare tuttavia che questa tendenza a ripetere appare in gran parte motivata dalla ricerca di riparare al danno a suo tempo prodottosi in loro, e si presenta anche come transfert psicotico, con la caratteristica di una massiccia identificazione proiettiva sull'oggetto designato. La ripetizione rappresenterebbe in quest'ottica una disperata ricerca dell'oggetto di cui si ha bisogno, la messa alla prova dell'oggetto stesso e l'espressione della necessità che il nuovo oggetto sia veramente capace di funzionare nella strutturazione delle risorse necessarie all'Io per crescere e individuarsi.<sup>26</sup>

All'interno dei gruppi multifamiliari il soggetto potrà col tempo uscire gradualmente dalla simbiosi patologica attraverso le esperienze correttive necessarie, in special modo attraverso l'introduzione, nella relazione, di un terzo capace di immettersi in questa simbiosi: un terzo, rappresentato dalla funzione paterna terapeutica, con il quale costruire – forse per la prima volta nella vita – una situazione triangolare edipica che possa essere elaborata e possa divenire strutturante per l'apparato psichico.<sup>27</sup>

Questo è facilitato grazie al fatto che nei gruppi multifamiliari il transfert si disperde in “transfert multipli”, invece di concentrarsi su una sola persona (l'analista) rendendo molto più fattibile l'elaborazione dei contenuti psicotici di ciascun momento transferale.<sup>28</sup>

García Badaracco tende a cercare di instaurare un rapporto di fiducia con i pazienti, in modo che questi possano sperimentare un rapporto più naturale, che porti a esaurire il vincolo patogeno di tutta una vita, cosa che può avvenire meglio nel contesto multifamiliare, dove c'è una maggiore sicurezza psicologica data dalla presenza di molte persone che stanno condividendo la stessa esperienza e che permettono a ciascun

---

<sup>26</sup> Secondo García Badaracco infatti il paziente all'inizio del trattamento mette ripetutamente alla prova il terapeuta per vedere se questo è in grado di gestire “l'oggetto che lo ha fatto impazzire”: se egli ne sarà capace, potrà allora essere preso come modello “sano” di identificazione su cui appoggiarsi.

<sup>27</sup> Possiamo prendere come esempio quello che succede tra Pablo e García Badaracco durante la riunione che ho descritto a pag. 23.

<sup>28</sup> E' importante tenere a mente che il cambiamento psichico implicherà inevitabilmente per questi pazienti degli aggiustamenti nel modo di gestire le loro relazioni personali: cambiando si andrebbe quasi sicuramente nella direzione di una tendenza ad accorciare la distanza emozionale da cui essi gestiscono le relazioni, e questo li spaventa molto. Per questo motivo tentano disperatamente di mettere una distanza massima tra sé e gli altri, e con loro qualsiasi tipo di trattamento diventa estremamente difficile. Essi hanno infatti sviluppato da molto tempo una forte difesa contro la dipendenza, che vivono come una ferita narcisistica intollerabile perché mette a nudo le loro parti indifese e le loro carenze (il ruolo di malato, ricordiamolo, dà sicurezza al paziente). Inoltre mascherano il loro essere indifesi con l'onnipotenza con cui vengono mantenuti i sintomi: “Sono pazienti – non dimentichiamolo – che appena proiettano le loro emozioni nei terapeuti si spaventano, come fossero minacciati da una possibile vendetta” (García Badaracco, 1990a, pag. 64) mettendo allo scoperto, oltre alla violenza delle loro emozioni anche la profonda fragilità del bambino in essi nascosto.

paziente di viverla in maniera meno persecutoria, gradualmente, attraverso microesperienze di questo tipo.<sup>29</sup> Nelle parole dell'autore: "Per cambiare, il paziente deve aver sviluppato nuove e genuine risorse dell'Io; pertanto nel caso di una patologia psicotica diventa necessaria una regressione operativa del paziente ai livelli primitivi della sua personalità, per poter da lì ripartire con un nuovo processo di sviluppo, su basi più sane. Per potersi curare, questo tipo di paziente ha bisogno quindi di un contenitore psicoaffettivo a struttura familiare che permetta di riprendere e sviluppare gli aspetti immaturi, partendo proprio dalle distorsioni dello sviluppo psicoemotivo che configurano la sua malattia, cioè dagli aspetti che non si erano potuti evolvere nel contesto familiare reale in cui egli ha dovuto crescere" (García Badaracco, 1990a, pag. 28). Ciò permette alla persona non solo di vedere più chiaramente in se stessa e negli altri, ma anche, attraverso la partecipazione attiva, di sperimentare una più forte sicurezza interiore e un'identità più stabile. Durante le riunioni di gruppo inoltre "i pazienti imparano meglio a sopportare la sofferenza legata alla dipendenza terapeutica, apprendendo attraverso l'esperienza di quei malati che hanno già potuto trasformare il sentimento di 'umiliazione', legato al bisogno di dipendenza, in sana accettazione, e che ora possono chiedere aiuto ai terapeuti e, di conseguenza, possono migliorare" (*Ibidem*, pag. 65).

Chiaramente un processo di "mentalizzazione" di questo tipo può necessitare di molto tempo; è solo attraverso ripetute microesperienze emotive "correttive" che si possono raggiungere i cambiamenti sperati. Il paziente solo gradualmente si libererà infatti del vissuto persecutorio che può nascere dai tentativi dell'analista-conduttore di smantellare ed esaurire il vincolo patogeno che lo ha avviluppato per tutta la vita.

Sappiamo che l'analista in questi casi non può avvalersi direttamente della risorsa terapeutica dell'interpretazione psicoanalitica, in quanto il paziente non riesce a utilizzarne il significato perché non è in grado di pensare dal momento che è invaso dai vissuti patogeni veicolati dalle interdipendenze patologiche. E' quindi fondamentale che prima vengano a crearsi delle interdipendenze più sane, attraverso le quali poter liberare il Sé intrappolato: questo è possibile se l'analista si propone al paziente

---

<sup>29</sup> Nel gruppo multifamiliare mi è capitato, mentre partecipavo a una riunione, di vedere personalmente come alcuni pazienti abbiano una percezione abbastanza chiara del potere patogeno che gli altri hanno su di loro, pur senza aver ancora acquisito le risorse per potervi far fronte. Credo che questo dipenda dal fatto che un simile contesto permette e favorisce molto rapidamente l'incremento della "capacità potenziale di pensare in modo riflessivo" di cui parla García Badaracco nel suo libro *Psicoanalisi Multifamiliare*, ma che è comunque necessario un considerevole lasso di tempo perché possa realizzarsi in tutti un processo di "rinascita" che implica un più profondo sviluppo di nuove risorse egoiche mai formatesi in precedenza. L'esperienza clinica ha portato García Badaracco a credere che questi contenuti possano e debbano comunque essere resi espliciti direttamente durante le riunioni e analizzati in gruppo, permettendo così di superare il conflitto e aprendo un panorama nuovo e promettente nel processo terapeutico complessivo dell'insieme dei partecipanti.

come un “terzo” mediatore in grado di smantellare la rialimentazione patogena insita nell’interdipendenza patologica.

Le interdipendenze in realtà possono arrivare a cambiare anche tramite un lavoro interpretativo, nella misura in cui vengono trattate nel transfert, ma è molto più difficile tentare di farlo in un *setting* bipersonale, perché paziente e analista rischiano, in questi casi gravi, di rimanere intrappolati in modo non intenzionale – proprio a partire dalle dinamiche controtransferali che il transfert psicotizzante riesce a creare – all’interno di un’interdipendenza autoperpetuantesi.

Lavorando contemporaneamente e in maniera complementare con il paziente e con la sua famiglia è possibile evitare una violenta reazione terapeutica negativa e un’eventuale interruzione della terapia, sempre in agguato quando la qualità degli oggetti interni del paziente è simile a quella degli oggetti esterni. E’ osservabile infatti una profonda complicità tra i diversi sottogruppi che si vengono a creare fra i membri della famiglia: quando vedono vacillare lo *status quo* acquisito, alcuni di essi cercano di sabotare i risultati terapeutici, attaccando il terapeuta in forma diretta o attraverso il paziente (sfruttando la sua relazione di dipendenza immatura con gli oggetti esterni), con atteggiamenti che oscillano dall’attacco invidioso alla relazione terapeuta-paziente fino alla creazione di un clima sfavorevole al consolidamento dei risultati raggiunti. E’ fondamentale che l’influenza patogena delle figure genitoriali venga neutralizzata affinché si superi la reazione terapeutica negativa. Dobbiamo altresì ancora una volta ricordare che “il malato a volte vive come una grande infedeltà tutto il processo terapeutico, perché sente di essersi allontanato dai suoi genitori come oggetti interni, e ogni miglioramento-cambiamento in questo senso assume per lui il significato di morte dei suoi genitori interni” (García Badaracco, 1990a, pag. 58).

Nel contesto multifamiliare risulta inoltre più facile riconoscere l’influenza sfavorevole che può avere sul paziente l’interazione con i suoi familiari. Di fondamentale importanza è, a questo proposito, il concetto introdotto da García Badaracco di “potere patogeno” di alcuni sugli altri: nella fattispecie, egli si riferisce a quello esercitato dal familiare apparentemente sano (per esempio la madre) su quello considerato apparentemente malato.<sup>30</sup> In un trattamento psicoanalitico individuale lo psicoanalista, a causa dei limiti della tecnica, non ha la possibilità di fornire le risorse di cui il paziente ha bisogno, e nella terapia familiare i comportamenti che mantengono l’infantilismo o la condizione regressiva sono sostenuti dagli altri membri del nucleo familiare.

---

<sup>30</sup> Come già detto altrove, i familiari continuano ad avere un forte potere patogeno, che non agisce solo al passato (Frieda Fromm-Reichmann nel 1943 e poi nel 1948 parlando di “madre schizofrenogena” ha sviluppato in tal senso quest’idea) ma anche nel presente.

All'interno di questo contesto è anche possibile vedere come il narcisismo individuale risulti legato al narcisismo familiare: "Il modo in cui il soggetto narcisista è in relazione con gli altri presenta caratteristiche simili a quelle degli altri membri del gruppo familiare, e in tal senso il lavoro che si può fare è condiviso da tutto il gruppo familiare o da vari gruppi familiari simultaneamente. Non solo si vede la dimensione familiare del narcisismo, ma possiamo intenderlo come un tipo particolare di relazione oggettuale o di vincolo. [...] Tutti i processi di cambiamento psichico – continua l'autore – includono un certo grado di riduzione del narcisismo patologico, e anche processi di 'disidentificazione'. Vediamo che è abbastanza difficile che un solo membro di una famiglia narcisistica possa ridurre il suo narcisismo, se anche gli altri non lo fanno simultaneamente" (García Badaracco, 2000a, pagg. 235-236).

Secondo García Badaracco è il gruppo multifamiliare il contesto più adatto dove poter smantellare queste strutture, in quanto "la molteplicità delle figure di identificazione costituita dalle altre presenze del gruppo offre punti di riferimento (sotto forma di "possibilità di stringere relazioni di interdipendenza sane") a partire dai quali si rende possibile la necessaria disidentificazione. Il Sé trova sostegno in queste nuove identificazioni. Inoltre può essere assistito e sostenuto, nella realtà di questa microsocietà, per rendere possibile il distacco dalla famiglia nucleare" (García Badaracco, 2000a, pag. 64). In tale contesto il conduttore si impegna a garantire lo stato di soggetto di ciascuno dei partecipanti e a "lavorare creativamente – procedendo attraverso esperienze condivise – su ciascuna determinata situazione sia della struttura familiare sia dell'organizzazione mentale del soggetto, affinché tutti i presenti possano trarne qualche beneficio personale" (García Badaracco, 2000a, pag. 53).

"In un primo momento una famiglia può vivere come una minaccia il doversi includere in un gruppo multifamiliare, con timori irrazionali che scatenano fantasie persecutorie" (*Ibidem*, pag. 236).

Durante le riunioni è infatti possibile osservare che gli atteggiamenti dei familiari sembrano diventare tanto più paralizzanti per il paziente quanto più egli inizia a "mobilizzare" (a rendere cioè mobili e mettere in discussione) proprio gli aspetti più paralizzanti della relazione. La rigidità è infatti un patrimonio condiviso da tutti i familiari e se uno di essi pretende di apportare dei cambiamenti viene severamente criticato, aggredito o espulso.

Spesso la famiglia è "realmente", e potremmo dire "visibilmente", molto gelosa della possibilità che il paziente possa instaurare una relazione migliore con il terapeuta, o con il gruppo, per cui inizia a "lavorare

contro” il terapeuta e il trattamento. Sono l’intervento adeguato da parte del conduttore, la segnalazione opportuna dei terapeuti e l’elaborazione di questi contenuti a fare in modo che la situazione si rovesci; il conduttore deve cercare cioè di creare un clima che permetta la presa di coscienza che rende possibile il cambiamento. Deve in sostanza realizzarsi un clima in grado di tollerare, elaborare, metabolizzare le esperienze in modo da creare un vissuto di apertura legato alla nuova esperienza.

Grazie a questo contesto “allargato” e al clima di solidarietà e di rispetto, il terapeuta, sostenuto dal gruppo, potrà smascherare gli “attacchi” dei familiari e riformulare quanto succede nel vivo degli incontri in modo da ottenere un reale sostegno da parte degli altri partecipanti. Questi ultimi infatti, vedendosi come “rispecchiati” negli altri possono agire positivamente per il paziente a partire dalla loro personale esperienza. Genitori di altri pazienti, per esempio, non essendo personalmente coinvolti, riescono a capire cosa sta succedendo ai genitori del paziente in causa e possono esser loro di reale supporto in modo che il figlio possa separarsi e crescere. E’ molto utile poi la presenza di famiglie di pazienti che sono già migliorati perché possono testimoniare che il trattamento serve e possono, più di chiunque altro, dire che cosa è utile che il genitore faccia per un figlio-paziente: essenziale è partecipare alle riunioni così come è fondamentale “credere nella reversibilità della malattia mentale” per poter vedere dei miglioramenti.

Per concludere con le parole dell’autore: “L’arricchimento emozionale della propria vita non è una conoscenza che si può trasmettere. Sono esperienze di vita che si conoscono soltanto quando si possono condividere con qualcun altro. Se nel clima della famiglia d’origine non si è vissuto in questo modo, le persone che sono cresciute in questi ambienti saranno cieche a queste esperienze e dovranno apprenderle come bambini, per poterle poi scoprire da soli” (*Ibidem*, pag. 177).

## BIBLIOGRAFIA

Balint M.:

*The Basic Fault: Therapeutic Aspect of Regression*, Tavistock, London, (1968) [trad. it. *Il difetto fondamentale*, in *La Regressione*, R. Cortina, Milano, 1983].

Bateson G.:

*A Theory of Play and Fantasy* (1955), in "Psychiatry Research Reports", 2, pagg. 39-51.

*Mind and Nature: A necessary Unity*, Bantam Books, New York, (1979) [trad. it. *Mente e natura. Un'unità necessaria*, Adelphi, Milano, 1984]

Jackson D., Haley J., e Weakland J., *Toward a Theory of Schizophrenia*, in *Behavioral Science*, vol. I, October 1956, U.S.A., (1956) [trad. it. *Verso una teoria della schizofrenia* (1956), in Cancrini L. (a cura di), Boringhieri, Torino, 1977]

Beavers W.R.:

*A Systems Model of Family for Family Therapists*, Manoscritto inedito. Si veda anche: Beavers W.R., *Psychotherapy and Growth*, Brunner/Mazel ed., New York, (1977) [trad. it. *Un modello sistemico di famiglia per terapisti familiari*, in *Riv. Di terapia familiare*, vol. I, giugno 1978]

Benedetti G.:

*Foreword*, in Benedetti G. e Furlan P.M., *The Psychotherapy of Schizophrenia*, Hogrefe & Huber Publishers, Toronto, 1993.

Bleger J.:

*Simbiosis y ambigüedad. Estudio psicoanalítico*, Nueva Vision, Buenos Aires, 1967.

Bion W.R.:

*Experiences in Groups and Other Papers* (1961), Tavistock, London, (1968) [trad. it. *Esperienze nei gruppi*, Armando, Roma, 1971]

*Learning from Experience*, Heinemann, London, (1962) [trad. it. *Apprendere dall'esperienza*, Armando, Roma, 1979]

*Attention and Interpretation: A Scientific Approach to Insight in Psycho-Analysis and Groups*, Tavistock, London, (1970) [trad. it. *Attenzione e interpretazione*, Armando, Roma, 1974]



Rickman J., *Intra-Group Tension in Therapy; Their Study as a Task of the Group* (1943), in Bion (1961), 11-26.

Boszormenyi-Nagy I.:

Framo J., *Intensive Family Therapy. Theoretical and Practical Aspects*, Harper & Row, New York, (1965) [trad. it. *Psicoterapia intensiva della famiglia: aspetti teorici e pratici*, Boringhieri, Torino, 1969]

Spark C., *Invisible Loyalties. Reciprocità in Intergenerational Family Therapy*, Harper & Row., New York, (1973) [trad. it. *Lealtà invisibili. La reciprocità nella terapia familiare intergenerazionale*, Astrolabio, Roma, 1988]

Bowen M.:

*Principles and Techniques of Multifamily Therapy*, in William McFarlane ed., *Family Therapy in Schizophrenia*, the Guilford Press, 22:388, Nueva York-Londres, (1960) [trad. it. *Principi e tecniche di terapia familiare multipla*, in Rivista di terapia familiare, vol. I, Giugno 1977]

*Family Therapy in Clinical Practice*, Jason Aronson, New York, (1978) [trad. it. *Uso della teoria della famiglia nella pratica clinica*, in Bowen M., *Dalla famiglia all'individuo*, a cura di Andolfi M. e de Nichilo M., Astrolabio, Roma, 1979]

Borgogno F.:

*Psicoanalisi come percorso*, Bollati Boringhieri, Torino, 1999a.

*L'elasticità della tecnica come progetto e percorso analitico di Ferenczi*, in Borgogno (1999b).

(a cura di) *La partecipazione affettiva dell'analista*, Angeli, Milano, 1999b.

(a cura di C.Bonomi, F.Borgogno) *La catastrofe e i suoi simboli*, Utet, Torino, 2001.

*Sopravvivere alla morte psichica: storia analitica con una paziente schizoide deprivata*, in *Stati caotici della mente*, (a cura di Rinaldi L.), R. Cortina, Roma, 2003.

(a cura di ) *Ferenczi oggi*, Bollati Boringhieri, Torino, 2004

Faimberg H.:

*El telescopaje de generaciones: la genealogía de ciertas identificaciones* (1985), Rev. De Psicoanálisis, 42:5.

*A l'écoute du télescopage des générations: pertinente psychoanalytique* (1993), in Kaes R., Faimberg H., Enriquez M., Baranes J.J.: *Trasmissione de la vie psychique entre générations*, Dunod, Paris, (1993) [trad. it. *Trasmissione della vita psichica tra generazioni*, Borla, Roma, 1995]

Fairbairn W.R.D.:

*An Object-Relations Theory of the Personality*, Tavistock Press, London, (1952) [trad. it. *Studi psicoanalitici sulla personalità*, Boringhieri, Torino, 1970]

Ferenczi S.:

- (1929) *Il bambino indesiderato e il suo istinto di morte*, in *Fondamenti di psicoanalisi*, Vol. 3, Guaraldi, Rimini, 1974, anche in *Opere*, vol. 4, R. Cortina, Milano, 2002.
- (1931) *Le analisi infantili sugli adulti*, in *Fondamenti di psicoanalisi*, Vol. 3, Guaraldi, Rimini, 1974, anche in *Opere*, vol. 4, R. Cortina, Milano, 2002.
- (1932a) *Confusione delle lingue tra adulti e bambini*, in *Fondamenti di psicoanalisi*, vol. 3, Guaraldi, Rimini 1974; anche in *Opere*, vol. 4, R. Cortina, Milano, 2002.
- (1932b) *Diario clinico*, Cortina, Milano, 1988.
- (1930) *Principio di rilassamento e neocatarsi*, in *Opere*, Vol. 4, R. Cortina, Milano, 2002.

Fleck S.:

*Psycho and Sociodynamic Parallels between Families and Mental Health Services: A General Systems Approach*, in Benedetti G. e Furlan P.M., *The Psychotherapy of Schizophrenia*, Hogrefe & Huber Publishers, Toronto, 1993.

Foulkes S.H.:

*Group Process and the Individual in the Therapeutic Group*, in Foulkes, 1964.

*Therapeutic Group Analysis*, Maresfield, London, 1964.

*Group-Analytic Psychotherapy*, Gordon and Breach, London, (1978) [trad. it. *Psicoterapia gruppoanalitica. Metodi e principi*, Astrolabio, Roma, 1977]

Freud S.:

Per gli scritti di Sigmund Freud si fa riferimento all'edizione Boringhieri delle "Opere", in 12 volumi.

- (1905a) *Frammento di un'analisi d'isteria (Caso clinico di Dora)*. Vol.4.
- (1905b) *Tre saggi sulla teoria sessuale*. Vol. 4.
- (1908) *Teorie sessuali dei bambini*. Vol. 5.
- (1910) *Le prospettive della terapia psicoanalitica*. Vol. 6.
- (1912a) *Consigli al medico nel trattamento psicoanalitico*. Vol. 6.
- (1912b) *Tecnica della psicoanalisi*. Vol. 6.

- (1914a) *Per la storia del movimento psicoanalitico*. Vol. 7.
- (1914b) *Introduzione al narcisismo*. Vol.7.
- (1914c) *Ricordare, ripetere, rielaborare*. Vol. 7.
- (1915-1917) *Introduzione alla psicoanalisi*. Vol. 8.
- (1925) *Inibizione, sintomo e angoscia*. Vol. 10.
- (1938) *Compendio di psicoanalisi*. Vol. 11.

Fromm-Reichmann F.:

*Psychoanalytic Psychotherapy with Psychotics*, Psychiatry, vol. 6, 277-79 (1943).

*Notes on the Development of the Treatment of Schizophrenia by Psychoanalytic Psychotherapy*, Psychiatry, vol. 11, 267-77 (1948).

Furlan P.M.:

*Recensione critica di tre autori sul narcisismo*, Psicoter. Sci. Um., vol. 2, 70 (1979).

*Introduzione a O. Kernberg, Sindromi marginali e narcisismo patologico*, Bollati Boringhieri, Torino, 1988.

*Utilità della coerenza fra tecnica e teoria in psicoterapia*, in Putrella (a cura di), *Modelli e tecniche in psicoterapia. Atti del Congresso della Società italiana di Psicoterapia medica, Verona 1984*, Centro Scientifico Torinese, Torino, 1988.

Roagna G., Barboni S. e Rosso C., *La schizofrenia e l'Ospedale Generale: le risposte alla crisi. Interventi su pazienti afferiti a un DEA della città di Torino*, Archs Suiss. Neurol. Neurochir. Psychiat. (1990).

*Psychotherapeutical Factors in Different Settings of Individual Treatment of Psychoses*, in Benedetti G. e Furlan P.M., *The Psychotherapy of Schizophrenia*, Hogrefe & Huber Publishers, Toronto, 1993.

(a cura di Elena Della piana, Pier Maria Furlan, Marco Galloni) *La follia dalla Stultifera navis alla medicina*, In *I luoghi delle cure in Piemonte*, Celid, Torino, 2004.

García Badaracco J.:

Per le date delle opere di Jorge García Badaracco mantengo la numerazione progressiva della sua bibliografia completa così come l'ho riportata a pag. 206, e che ho utilizzato per le citazioni nel testo.

- (1978a) *La familia como contexto real de todo proceso terapéutico*, in *Terapia Familiar*, 1, 9-16.
- (1978c) *Integración del psicoanálisis individual y la terapia familiar en el proceso terapéutico del paciente psicótico*, in *Revista de Psicoanálisis*, XXXV:3, 529-578.

- (1979a) *Introducción de la problemática familiar en el proceso terapéutico del paciente psicótico*, in *Revista Terapia Familiar*, 3, 10-24.
- (1979f) Zemborain, E.: *El complejo de Edipo a la luz de la experiencia clínica con pacientes psicóticos*, in *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, Nro 59, 59-90.
- (1983b) *El psicoanalista trabajando con pacientes psicóticos*, in *Revista de Psicoanálisis*, 1983, XL:1, 19-26.
- (1985a) *Identificación y sus vicisitudes en las psicosis. La importancia del concepto de "objeto enloquecedor"*, in *Revista de Psicoanálisis*, XLII:3, 495-514.
- (1989a) *Diagnóstico de las identificaciones patógenas y los déficit de desarrollo de recursos yoicos*, in *Diagnóstico en Psiquiatría*, Editorial Salvat, Buenos Aires, 1989, 317.
- (1990a) *Comunidad terapéutica psicoanalítica de estructura multifamiliar*, Editorial Tecnipublicaciones S.A., Madrid, (1990) [trad. It. *La comunità terapeutica psicoanalitica di struttura multifamiliare*, FrancoAngeli Editore, Milano, 1997]
- (1991a) *Conceptos de cambio psíquico: aporte clínico*, in *Revista de Psicoanálisis*, XLVIII:2, 213-242.
- (1991) *Ferenczi e la psicoanalisi contemporanea*, in *La partecipazione affettiva dell'analista – Il contributo di Sandor Ferenczi al pensiero psicoanalitico contemporaneo* (a cura di Franco Borgogno), FrancoAngeli Editore, Milano, págs. 72-86.
- (2000a) *Psicoanálisis Multifamiliar - Los otros en nosotros y el descubrimiento del sí-mismo*, Paidós, Buenos Aires, (2000) [trad. It. *Psicoanalisi Multifamiliare - Gli altri dentro di noi e la scoperta di noi stessi*, Bollati Boringhieri, Torino, 2004]
- (2004b) *Il posto di Sándor Ferenczi nella storia delle idee psichiatriche*, in *Ferenczi oggi* (a cura di Franco Borgogno), Bollati Boringhieri, Torino, 64-84.
- (2005) *Demonios de la mente. Biografía de una esquizofrenia*, Editorial Universitaria de Buenos Aires, Buenos Aires.

Greenson R.R.:

*The Technique and Practice of Psychoanalysis*, vol. I, International Universities Press, New York, (1967) [trad. it. *Tecnica e pratica della psicoanalisi*, vol. I, Feltrinelli, Milano, 1998]

Guimon J.:

e altri (a cura di), *Diagnóstico en psiquiatría*, Salvat, Barcellona, 1989.

Guntrip H.:

*Personality Structure and Human Interaction: The Developing Synthesis of Psychodynamic Theory*, International Universities Press,

New York, (1961) [trad. it. *Struttura della personalità e interazione umana*, Boringhieri, Torino, 1971]

Haley J.:

*Problem-Solving Therapy*, Jossey-Bass, San Francisco, California, (1977) [trad. it. *Le strategie della psicoterapia*, Sansoni, Firenze, 1974]

Hartmann H.:

*Ego Psychology and the Problem of Adaptation*, International Universities Press, New York, (1939) [trad. it. *Psicologia dell'io e problema dell'adattamento* (1939), Boringhieri, Torino, 1978]

Heimann P.:

*About Children and Children-No-Longer Collected papers 1942-80*, The New Psychoanalytical Library Institute of Psycho-Analysis, London (1989) [trad. it. *Bambini e non più bambini*, Edizioni Borla s.r.l., Roma 1992]

Hill R.:

*Families under Stress*, Harper, New York, 1949.

Hoffman L. e Long L.:

*A Systems Dilemma*, *Family Process*, 8, 1969; Hetrick E. e Hoffman L. *The Broome Street Network*, in Sanders D.S., Fisher J. Kurken O. (a cura di), *Fundamentals of Social Work Practice*, Duxbury Press, North situate, Massachusetts, 1981.

*Family Therapy: An Intimate History*, Norton Professional Books, (2001) [trad. it. *Principi di terapia della famiglia*, Ed. Astrolabio, Roma, 1981]

Jackson D.D.:

Bateson G., Haley J., e Weakland J., *Toward a Theory of Schizophrenia*, in *Behavioral Science*, vol. I, October 1956, U.S.A., (1956) [trad. it. *Verso una teoria della schizofrenia* (1956), in Cancrini L. (a cura di), Boringhieri, Torino, 1977]

(a cura di), *Ethiology of Schizofrenia*, Basic Books, New York, 1960.

*The Monad, the Dyad and the Family Therapy of Schizophrenics*, Basic Books, New York, 1961.

James H.M.:

*Premature Ego Development*, *Int. J. Psycho-Anal.*, vol. 41 (1960).

Jones M.:

*The Therapeutic Community: Social Learning and Social Psychiatry*, Yale University Press, New York, (1968) [trad. it. *Ideologia e pratica della psichiatria sociale*, ETAS KOMPASS S.p.A., Milano, 1970]

Khan M.M.R.:

*The Privacy of the Self: Papers on Psychoanalytic Theory and Technique*, Karnac Books, London (1974) [trad. it. *Lo spazio privato del Sé*, Boringhieri, Torino, 1980]

Klein M.:

*Contributions to Psychoanalysis 1921-1945*, Mac. Grow-Hill, (1964) [trad. it. *Scritti 1921-1958*, Boringhieri, Torino, 1978]

Kohut H.:

*The Analysis of the Self: Systematic Approach to Treatment of Narcissistic Personality Disorders*, International Universities Press, New York 1978 [trad. it. *Narcisismo e analisi del Sé*, Bollati Boringhieri, Torino, 1976].

*The Restoration of the Self*, International Universities Press, New York, (1971) [trad. it. *La guarigione del Sé*, Boringhieri, Torino, 1980]

Laing R. D.:

*The Divided Self*, Tavistock Publications Limited, London (1959) [trad. it. *L'Io diviso*, Giulio Einaudi editore s.p.a., Torino, 1969].

Laqueur P.:

*Terapia familiar múltiple*, in AA. VV. (1996).

Lazell E.W.:

*The Group Treatment of Dementia Praecox*, Psychoanal. Rev., vol.8 (1921).

Lear T.:

*Spheres of Group Analysis*, Group-Analytic Society London, 1985.

Levy D.:

*Maternal Overprotection*, Columbia University Press, New York, 1943.

Lidz R.W. e Lidz T.:

*The Family Environment of Schizophrenic Patients*, Am. J. Psychiat., vol. 106 (1959).

Lidz T.,:

Cornelison A., Flek e Carlson D.T., *Intrafamilial Environment of Schizophrenic Patients*, Psychiatry, vol. 20, 329-42 (1957a).

Little M.:

*The Analyst's Total Response to His Patient's Needs*, (1957) [trad. it. *La risposta totale dell'analista ai bisogni del paziente*, in Little (1986)]

*Toward Basic Unity. Transference Neurosis and Transference Psychosis*, Free Association Books, London, (1968) [trad. it. *Verso l'unità fondamentale*, Astrolabio, Roma, 1994]

*Transference in Borderline States*, in *The International Journal of Psycho-Analysis* 47, 4, 476-485. Also in *Transference Neurosis and Transference Psychosis: Toward Basic Unity*, New York, 1981.

Losso R.:

*Psicoanálisis de la familia. Recorridos teórico-clínicos*, Grupo Editorial Lumen, Buenos Aires, 2001.

Mahler M.S.:

*On Childhood Psychosis and Schizophrenia: Autistic and Symbiotic Infantile Psychosis*, *Psychoanal. St. Child.* Vol. 2, 286-305 (1952) [trad. it. *Psicosi infantili (Le)*, Bollati Boringhieri, Torino, 1985]

*Autism and Symbiosis: Two Extreme Disturbances of Identity*, *Int. J. Psycho-Anal.*, vol. 39, 77-83 (1958).

Maturana H.:

*The Biological Foundation of Self-Consciousness*, (1990) [trad. it. *Autocoscienza e realtà*, Cortina, Milano, 1970]

*La realidad, ¿objetiva o construida?*, Nueva Ciencia, Barcelona, 1996.

Minuchin S.:

*Famiglie e terapia della famiglia*, Astrolabio, Roma, 1977.

Pichon-Rivière E.:

*Trattamento de grupos familiares* (1970), in AA. VV. (1970 b).

*El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social*, Nueva Vision SAIC, Buenos Aires, 1971.

*Teoría del vínculo*, Edición Nueva Vision SAIC, Buenos Aires, 1980.

Rayner E.:

*The Independent Mind in British Psycho-Analysis*, Free Association Books, London, (1990) [trad. it. *Gli Indipendenti nella psicoanalisi britannica*, R. Cortina, Milano, 1995]

Rosenfeld H.:

*Impasse and Interpretation*, Tavistock Publications, London (1987) [trad. it. *Comunicazione e interpretazione. Fattori terapeutici e antiterapeutici nel trattamento psicoanalitico dei pazienti psicotici, borderline e nevrotici*, Bollati Boringhieri, Torino, 1989]

Searles H.F.:

*The Effort to Drive the Other Person Crazy: an Element in the Aetiology and Psychoterapy of Schizophrenia*, (1959) in Searles 1965 [trad. it. *Il tentativo di far impazzire l'altro partecipante al rapporto: una componente nell'eziologia e della psicoterapia della schizofrenia* (1959), in Searles (1965)]

*Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects*, Karnac Books, London, (1966) [trad. it. *Scritti sulla schizofrenia* (1965), Boringhieri, Torino, 1974]

*Countertransference and Related Subjects: Selected Papers*, International Universities Press, London, 1999 [trad. it. *Il controtransfert* (1979), Bollati Boringhieri, Torino, 1994]

Slavson S.R.:

*An Introduction to Group Therapy*, Commonwealth Fund, New York, 1967.

Stanton A. e Schwartz M.:

*The Mental Hospital*, Basic Books, New York, 1954.

Stern D.N.:

*The Interpersonal World of The Infant*, Basic Books, New York, (1985) [trad. it. *Il mondo interpersonale del bambino*, Bollati Boringhieri, Torino, 1987]

Sullivan H.S.:

*The Interpersonal Theory of Psychiatrist's View*, W.W. Norton, New York, (1953) [trad. it. *Teoria interpersonale della psichiatria*, Feltrinelli, Milano, 1962]

Tubert-Oklander J. e Hernández de Tubert R.:

*Operative Groups, The Latin-American Approach to Group Analysis*, Jessyca Kingsley, London, 2004.

Watzlawick P., Jackson D. e Beavin J.H.:

*Pragmatics of Human Communication: A Study of Interactional Patterns, Pathologies, and Paradoxes*, W.W. Norton, U.S.A., (1967) [trad. it. *Pragmatica della comunicazione umana*, Astrolabio, Roma, 1971]

Weakland J.:

*L'ipotesi del 'doppio legame' sulla schizofrenia nell'interazione a tre*, in Sluzki C. e Ransom D. (a cura di), *Il doppio legame: La genesi dell'approccio relazionale allo studio della famiglia*, pagg. 43-59, Astrolabio, Roma, 1979.



Winnicott D.W.:

*The hate in the counter-transference*, (1974) in Winnicott (1958) [trad. it. *L'odio nel controtransfert*, (1947), in Winnicott (1958)]

*Through Paediatrics to Psycho-Analysis*, Tavistock Publications, London, (1958) [trad. it. *Dalla pediatria alla psicoanalisi*, Martinelli, Firenze, 1975]

*The capacity to be alone*, (1959) in Winnicott (1965) [trad. it. *La capacità di essere soli* (1959), in Winnicott (1965)]

*Metapsychological and clinical aspects of regression within the psychoanalytical setup*, [trad. it. *Aspetti metapsicologici e clinici della regressione nella situazione psicoanalitica* (1960), in Winnicott (1965)]

*Maturational Processes and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development*, Karnac Books, London, (1965) [trad. it. *Sviluppo affettivo e ambiente. Studi sulla teoria dello sviluppo affettivo*, Armando, Roma, 1970]

*Play and Reality*, Tavistock Publications, London, (1971) [trad. it. *Gioco e Realtà*, Armando Editore, Roma, 1974]

*Holding and Interpretation: Fragment of an Analysis*, Grove/Atlantic, London, 1989.

Wynne L.:

*Intrafamilial Splits and Alignments in Exploratory Family Therapy*, in Ackerman N. et al. (a cura di), *Exploring the Base for Family Therapy*, Family Service Association of America, New York, 1961.

*Changing Approaches to Schizophrenic Patients and Their Families: 1954-1988*, in Benedetti G. e Furlan P.M., *The Psychotherapy of Schizophrenia*, Hogrefe & Huber Publishers, Toronto, 1993.