

## Centro Psicoanalitico di Bologna

12 giugno 2025

### **Ripensare la clinica in gruppo: ritrovare un filo narrativo tra esperienze diverse e frammenti sparsi nel lavoro con pazienti gravi**

Chiara Ghetti, Gabriella Minenna

*Non c'è conoscenza se non seguendo il sentiero talora luminoso talora oscuro delle parole, ma ci sono parole che curano, e fanno del bene, e parole che fanno del male. Non sempre siamo consapevoli della importanza che le parole hanno nel destare risonanze emozionali, che siano portatrici di serenità e di attesa, di tenerezza e di speranza, o invece di malessere e di sofferenza, di angoscia e di disperazione*  
E. Borgna "Tenerezza"

*Non crediate mai che l'istituzione abbia finito di evolversi*  
P. C. Racamier "Lo psicoanalista senza divano"

#### **Tra psicoanalisi e psichiatria, per introdurre**

Sono molti gli autori che hanno sostenuto la necessità di mantenere aperta la ricerca psicoanalitica sulle gravi patologie psichiche, e soprattutto sull'intreccio tra psicoanalisi e psichiatria, che si può dimostrare fecondo e fonte di reciproca rivitalizzazione (Berti Ceroni 2003, Bonfiglio 2000). Non ci inoltreremo sul tema in questa sede, ci preme solo ricordare che per la psicoanalisi costituisce una sfida aperta fin dalla sua nascita, con una vastissima letteratura (solo per citare alcuni autori: Ferenczi, Sullivan, Searles, Resnick, Racamier, Roussillon, De Masi, Correale, Berti Ceroni, Bolognini e tanti altri).

Attualmente nelle sindromi psicotiche e nei gravi disturbi di personalità la terapia si avvale della costruzione di una rete che coinvolge diversi professionisti, anche di differenti aree istituzionali, il cui insieme costituisce l'ambiente di cura. Per rendere questo ambiente effettivamente terapeutico gli strumenti offerti dalla teorie psicoanalitiche costituiscono risorse preziose, utili nel modulare la giusta distanza e la temperatura nella relazione col paziente ed il suo ambiente di vita, nel ricercare il significato dei sintomi e nell'orientare la progettualità terapeutica. Ci indicano quanto sia importante che la relazione di ogni singolo curante col paziente sia orientata ad accoglierlo con la sua storia, le sue caratteristiche umane ed esistenziali, le sue esperienze affettive, per conoscere aspetti che possono suggerire qualche prima rappresentazione del suo mondo interno. Spesso si tratta di abbozzi talmente frammentari che è solo nella integrazione tra le menti del gruppo degli operatori che questi frammenti possono trovare una loro composizione, suggerendo una chiave per l'intervento terapeutico (Monari 2004).

Nei servizi di salute mentale la discussione dei casi clinici nel gruppo di operatori è una pratica iniziata con la messa in discussione del sistema manicomiale e proseguita con la costruzione

progressiva della rete dei servizi. Nei decenni scorsi, a partire dagli anni '80, le esperienze in ambito analitico orientate a sostenere la funzione terapeutica del gruppo sono state rappresentate soprattutto dalle supervisioni di équipe, che hanno visto impegnati molti analisti, il cui apporto ha potuto talvolta incidere sullo sviluppo dei servizi, avendo anche il merito di essere state per molti professionisti una prima occasione di contatto con il pensiero analitico. Nel tempo, come osserva Bolognini, anche la tecnica delle supervisioni analitiche di équipe si è modificata, in particolare passando dalla supervisione alla intervizione, in accordo con l'evoluzione contemporanea della tecnica analitica verso la ricerca di livelli interspichici facilitanti lo scambio tra due menti, in una terapia individuale, e nella mente di gruppo in una équipe, per attivare processi interni trasformativi (Bolognini 2019).

Più recentemente in ambito analitico sono stati messi a punto altri dispositivi di supporto al lavoro con pazienti gravi e di confronto con il lavoro psichiatrico.

Tra questi il dispositivo del Seminario Clinico di Gruppo di cui parleremo questa sera, un incontro dedicato ad accogliere, contenere e metabolizzare i contenuti mentali, pensieri o protopensieri spesso carichi di notevole investimento emotivo, che i professionisti della salute vivono nell'esperienza del lavoro terapeutico, soprattutto nel lavoro con persone affette da patologie gravi o croniche.

Altre esperienze che ci sembrano interessanti sono gli incontri di confronto alla pari, sulla clinica, tra analisti e professionisti che lavorano nei servizi. Si tratta di realtà sorte da qualche anno, di cui volentieri citiamo brevemente un paio. Nel Centro Veneto sono state organizzate giornate di studio a cadenza annuale con la Società Italiana di Psichiatria, che hanno portato alla creazione di un gruppo di discussione clinica "misto" tra psicoanalisti e non, che si è ritrovato con continuità (Pierri 2018). A Firenze si sono organizzati annualmente seminari in stretta collaborazione tra il Dipartimento Salute Mentale dell'ASL e il Centro Psicoanalitico fiorentino (Quattrocchi [spiweb](#)), ed anche qui ci sono stati incontri di un gruppo di intervizione "misto" tra analisti e professionisti della salute mentale

### **Come abbiamo cominciato: un po' di storia**

Chiara:

Ciò che mi ha portato 4 anni fa a proporre al segretario scientifico Monari, e all'Esecutivo, di riattivare il gruppo che abbiamo chiamato *Ripensare il caso clinico*, come Anna Ferruta (2010) lo aveva pensato e battezzato, è il fascino, colto fin dagli insegnamenti di Giordani alla scuola di specializzazione, del processo di cura e comprensione della patologia più grave. Le prime letture di Kohut, Kenberg, Gabbard, Berti Ceroni e Correale, poi di Winnicott e Bion a cui loro rimandavano, e la frequenza dei seminari sugli "Strumenti psicoanalitici in psichiatria", mi aiutarono a sentirmi a casa in questa dimensione anche nell'impatto con il lavoro nei servizi, a cui ho dato il mio impegno per diversi anni.

Ero fresca di associatura quando fui coinvolta, con altri colleghi del Centro, in una proposta di riflessione comune con alcuni colleghi del Dipartimento di Salute Mentale, progetto che dopo un inizio incoraggiante purtroppo naufragò rendendo tangibile, se ancora ce ne fosse stato bisogno, che se pareva esserci autentico interesse da parte di alcuni colleghi del DSM, la complessità istituzionale richiedeva però di essere conosciuta e pensata più profondamente.

Poco tempo dopo ebbi l'occasione di organizzare una serata di discussione di un caso clinico con alcuni colleghi di un servizio di salute mentale, alcune colleghe del Centro e la conduzione di Anna Ferruta, su proposta di Marco Mastella, allora segretario scientifico del Centro. Ferruta intendeva presentarci il metodo che aveva messo a punto e quel tipo di contenitore, di cui nei mesi successivi potemmo approfondire l'esperienza con A. Ferruta e G. Foresti, ci sembrò adatto, per le caratteristiche che illustreremo, ad aprire uno spazio di pensiero e condivisione sul lavoro clinico con quei colleghi dei servizi che avevamo visto interessati.

Lo spazio lo aprirono Marco Monari insieme a Franco Gazzoletti, che nel 2016 organizzarono al nostro Centro i Seminari Clinici di gruppo che avevano conosciuto dall'esperienza dei colleghi romani a loro volta promotori di questo approccio (Riefolo, Boccara, De Intinis e altri). A questa esperienza, che i due autori hanno illustrato in un incontro Intercentri a Roma (Monari 2020), parteciparono una dozzina di psicoterapeuti, ma si interruppe a seguito dal lock down pandemico. Qualche tempo dopo proposi a Marco di riorganizzare il gruppo in setting da remoto, sulla base dell'esperienza condotta nell'attività clinica online durante la pandemia e anche nella conduzione di gruppi su piattaforma da remoto (ad es. il progetto Anchise con i coordinatori delle Residenze per Anziani e AUSL Bo, realizzato dai colleghi del gruppo Psicoanalisi nel sociale e nelle emergenze,).

Gabriella:

Accettai volentieri la proposta di lavoro condiviso da parte di Chiara un po' per nostalgia del lavoro istituzionale da cui mi ero dimessa dopo circa trenta anni di onorata carriera, ma in fuga dalle guardie notturne e festive, da turni di lavoro che aumentavano e da altre dinamiche aziendali che non ero più in grado di comprendere e sostenere

Nel corso degli anni in DSM avevo partecipato a tanti gruppi di lavoro dedicati a pazienti psicotici o ai loro familiari, ma soprattutto mi dedicai dal 2000 al 2015 alla nascente Unità di Psicoterapia (UPT), con piena responsabilità organizzativa nel costruire un modello possibile per far fronte alla crescente richiesta di sostegno psicologico/psicoterapia soprattutto da parte della popolazione giovanile.

Il gruppo si è dimostrato altamente stimolante perché costituito sia da specializzandi in psichiatria con frequenza nei vari anni con più o meno esperienza, sia da psicologi in formazione appartenenti a varie scuole; tutti comunque interessati alle vicende istituzionali e alla matrice psicodinamica.

Questa fortunata opportunità mi fu offerta "per grazia ricevuta" perché l'allora mio primario aveva studiato a Pavia e nonostante le sue caratteristiche estremamente pragmatiche aveva nutrito grande stima e ammirazione per Petrella e De Martis.

Petrella fu infatti invitato, con tutti gli onori dovuti, dopo un anno dall'inizio dell'esperienza come omaggio alla sua grande esperienza istituzionale e psicoanalitica.

Il gruppo si rivelò ben presto come un grosso contenitore molto vitale e motivato, una mente collettiva capace di favorire la condivisione dei problemi fra i curanti, le ansie e le angosce destinate dalla presa in carico dei primi pazienti; una situazione di formazione permanente, una sorta di "laboratorio artigianale". Molti dei giovani colleghi intrapresero successivamente percorsi di analisi o psicoterapie psicodinamicamente orientate.

A questa arricchente, direi per tutti i partecipanti, me compresa, esperienza, si è poi aggiunto l'incarico di Responsabile Dipartimentale del Gruppo Esordi con condivisione all'interno dei vari gruppi regionali con l'obiettivo di creare modelli di lavoro possibili per l'accoglienza di questi pazienti. Questo impegno era associato ad un lavoro costante di supervisione come conduttore dei gruppi di lavoro multiprofessionali dei vari CSM bolognesi (Minenna 2018).

Iniziammo così io e Chiara, con il desiderio di essere vicine ai giovani colleghi in formazione e a quelli impegnati sul fronte istituzionale, consapevoli della scarsità di momenti di pensiero e riflessione che i tempi frenetici del DSM concedevano e consapevoli altresì del sostanziale cambiamento della tipologia della domanda e relativa diversa modalità di presentazione dei bisogni da parte dei pazienti. A questo proposito, in linea con quanto quotidianamente ci confrontiamo sia nel corso di supervisioni istituzionali sia privatamente, riportiamo da un articolo della Lowenkron apparso sulla Rivista (2004): “La sofferenza soggettiva si manifesta ancora di più sotto la forma di sintomi narcisistici e depressivi in soggetti che mostrano difficoltà ad articolare in una narrazione le proprie storie, i vissuti e i dolori. Impoveriti nelle loro capacità di creare fantasie, si incontrano ogni tanto con l'assenza di vissuto, il vuoto di parola, la solitudine, la minaccia di annichilimento e di perdita della identità”.

La nostra costante attenzione e cura, con lo sguardo comunque rivolto all’“orizzonte psicoanalitico”, si concentra sulle comunicazioni all'interno del gruppo, impegnative per chi le dice, e per chi le ascolta, di natura proiettiva, transferale o controtransferale, talora anche fantasiose o bizzarre, un intreccio a volte difficilmente decifrabile. Come suggerisce Borgna (2003): “(...) Il linguaggio della psichiatria non può non essere, anche, il linguaggio delle immagini e delle metafore: che possono sembrare giochi di artificio futili e temerari solo se non siamo capaci di intenderne il senso profondo e illuminante”.

Noi analiste e il gruppo al lavoro sulle tracce di una nuova possibile storia, da riscrivere, da risignificare, connotandola di speranza per un lavoro clinico possibile.

L'attesa e non la fretta o l'urgenza, nel cercare migliori livelli di integrazione nelle storie (nella maggior parte dei casi frammenti, schegge di storie) alla ricerca di un filo narrativo che metta sempre più al centro il paziente, i suoi vissuti, le sue emozioni.

Sappiamo, anche dalla nostra diretta esperienza, quali limiti siano posti dalla *mission impossible* che viene ora richiesta ai servizi, il cui mandato sociale, come osservano Foresti e Rossi Monti (2004) non è chiaro, l'obiettivo del lavoro è confuso e i mezzi non sono adeguati allo scopo. Facilmente si possono innescare cicli di illusione terapeutica irrealistica, con slanci di onnipotenza, e successiva delusione e frustrazione fino al burn out.

Per poter sostenere il lavoro con pazienti gravi nelle istituzioni in misura realistica e non velleitaria ci è quindi sembrato importante avere cognizione di quello che è possibile fare, tenendo conto con Riefolo (2020, a sua volta ripreso da Libermann 1972) dei limiti rappresentati dal metasetting, cioè da quelle condizioni che fanno parte della cornice di realtà che ci comprende (ad esempio la scarsità di operatori, o di mezzi) e che sono fuori dalla nostra decisione o controllo. Tra questi anche una certa riluttanza delle istituzioni ad investire su formazioni orientate ad un funzionamento psicoanalitico.

Seguendo il suggerimento di Ferruta e le orme di Monari e Gazzoletti, siamo così ripartite dal piccolo, dai contatti diretti con colleghi sufficientemente motivati a mantenere un livello di piacere nel proprio lavoro, sul quale investire. Abbiamo evitato il contatto diretto con l'istituzione psichiatrica, ma gli incontri di questo gruppo hanno promosso, in alcuni partecipanti, la richiesta di realizzare gli stessi incontri con la loro équipe di appartenenza, facendosene mediatori e referenti. Sono stati così organizzati percorsi di Seminari Clinici di Gruppo presso Centri di salute mentale, SERDP e SPDC.

Iniziammo nel 2021 con un primo piccolo gruppo online che si è andato poi ampliando e riprendendo anche gli incontri in presenza. Complessivamente in quattro anni sono passati dal gruppo una trentina di colleghi, la maggior parte hanno partecipato più anni, alcuni l'intero ciclo. Nell'ultimo anno le iscrizioni sono state 21, tanto che è stato possibile avviare un altro gruppo grazie alla disponibilità di Manuela Martelli e Daniela Marangoni

## **Il gruppo, l'istituzione**

*Nell'istituzione lo spazio psichico si assottiglia con il prevalere dell'istituto sull'istituente, con lo sviluppo burocratico dell'organizzazione a scapito dei processi"*  
(R. Kaës 2009)

Pensiamo il Gruppo come area di espressione e messa in scena, che dà corpo a qualcosa che altrimenti rimarrebbe implicito.

Sicuramente l'analista che maggiormente si è occupato della definizione delle funzioni di un gruppo di lavoro, al lavoro, è stato Correale sviluppandolo nel campo istituzionale (tema peraltro condiviso da Francesco Corrao e Claudio Neri).

Correale sottolinea quanto sia importante "poter affidarsi al sostegno, alla costanza, alla coesività e all'inventiva di un gruppo, che funga da supporto e da integrazione al singolo individuo curante".

Egli individua tre funzioni fondamentali del gruppo:

CONTENIMENTO

INTEGRAZIONE

GIUSTIZIA

Per quanto riguarda IL CONTENIMENTO, lo definisce come l'insieme di tutte quelle attività e quegli atteggiamenti diretti a stabilire un contesto tranquillizzante e sostenitivo, un luogo unitario e protetto, dove collocare gli elementi sparsi di una certa configurazione; rappresenta quindi, la premessa metodologica per una osservazione più adeguata e precisa (Correale, 1999).

L'altra fondamentale funzione del gruppo, strettamente connessa al Contenimento, è l'INTEGRAZIONE.

Capita spesso che i pazienti, soprattutto quelli più gravi, attivino nei terapeuti stati psichici complessi, creando una sorta di diffrazione degli affetti. Sembra che ogni membro del gruppo colga prevalentemente un aspetto della sofferenza psichica del paziente, ma la verità psichica sta nel modo in cui questi affetti sono mescolati nella sua soggettività.

La riunione di gruppo è il luogo in cui tutti questi affetti, stati d'animo e reazioni controtransferali, possono trovare una unità e una sintesi.

Per arrivare realmente ad una integrazione, però, non è sufficiente riunirsi. Il gruppo, infatti, è il substrato indispensabile per l'integrazione, ma non giunge di per sé alla integrazione stessa.

E' necessario che il gruppo attivi in sé una funzione aggiuntiva, attraverso la quale la somma delle informazioni diventi una immagine nuova, coerente e ricca del paziente.

Correale definisce questa funzione "la funzione poetica del gruppo", che consiste essenzialmente nel "selezionare, nella massa di notizie e informazioni portate, una scena speciale, che abbia la capacità di rendere chiaro a tutti uno stato affettivo di base vissuto dal paziente e di permettere a tutti di identificarsi col vissuto del paziente".

In altre parole, in questo modo è possibile per ognuno dei curanti sviluppare una funzione empatica con uno stato affettivo di base del paziente.

La terza fondamentale funzione del gruppo, identificata da Correale, è la GIUSTIZIA.

A tale proposito l'autore afferma che, per permettere alle altre due funzioni (il Contenimento e l'Integrazione) di svolgersi in modo adeguato, è necessario un clima caratterizzato da un senso di libertà personale, da un lato, e dal rispetto per i colleghi dall'altro (tenendo presente le diverse formazioni ed indirizzi teorici).

Il gruppo ha bisogno di un'atmosfera in cui si mescolano entusiasmo e curiosità per il proprio lavoro, rispetto e tolleranza reciproca.

E' indispensabile, quindi, una ricerca costante dell'armonia fra le parti, nel senso che ad ogni partecipante deve essere riconosciuto non solo un ruolo professionale, ma anche una specificità individuale.

Per l'analista che lavori nei servizi, Correale (2003) suggerisce che la sua funzione possa consistere proprio nel promuovere una serie di reti informali, che definisce col termine di *gruppalità diffusa*, che permettano l'attivazione di percorsi per l'interiorità del paziente e degli operatori, attraverso l'azione della leadership "intesa come potente fattore di rimodellizzazione della cultura del gruppo" che "non va in alcun modo concepita come colonizzatrice, ma come favorente un clima di continuo, ininterrotto processo di apprendimento comune".

... Da queste premesse la nostra scelta del contenitore del "Seminario Clinico di Gruppo"... con la funzione di rimettere in moto un processo terapeutico in "impasse" o del tutto bloccato.

### **Seminari Clinici di Gruppo e Ripensare il caso Clinico**

Il Seminario Clinico di Gruppo-SCG -che altri colleghi chiamano Seminari Analitici di Gruppo-SADG, come li chiamò a suo tempo Giovanni Hautmann (2007), che li prefigurò fin dagli anni '80-viene attuato, ove sia possibile, direttamente nelle équipes di lavoro della salute mentale e anche in altri contesti sociali e sanitari, come ad esempio da Ferruta in équipes neurologiche (Astorri e al 2016), o nel nostro Centro dal Gruppo PER in équipes educative, dal gruppo Psicoemergenze in équipes sociali e pediatriche, e dal gruppo Psicoanalisi e Medicina in équipes di MMG (Scardovi e al. 2024, Ghetti e al 2022). Questi seminari sono eredi dell'apporto degli studi sulla supervisione psicoanalitica duale, di cui esiste vasta letteratura (Ferro 2021, Masina 2023), della supervisione di gruppo (Bolognini 2019) e dei gruppi Balint, messi a punto fin dagli anni '50 (1957).

Il gruppo Ripensare il Caso Clinico è un SCG che si realizza non nell'équipe o nello staff di un servizio, ma con professionisti, nel nostro caso psicoterapeuti psichiatri e psicologi, provenienti da diverse istituzioni, diverse équipes di lavoro, o da studi privati, motivati all'esperienza di discutere e pensare in gruppo le situazioni terapeutiche difficili che incontrano nella loro attività. Potremmo dire che è un *format* proposto da Ferruta (2010, 2019) che presenta questa struttura: un piccolo gruppo (12, max 15), tale che ci sia spazio per gli interventi di tutti e tutti si sentano coinvolti; un tempo definito (di solito 2 ore, a volte di più) perché si possano avviare libere associazioni; un luogo che nel nostro caso è volutamente la sede del Centro, oppure la piattaforma online; un numero di incontri secondo un calendario previsto; 2 conduttori/conduttrici formati all'ascolto del funzionamento mentale inconscio nei gruppi, che secondo le dimensioni del gruppo possono anche diventare 3, in tal modo il terzo può svolgere l'utile funzione di osservatore (Perini 2024), e il dispositivo può prestarsi alla formazione per candidati o altri colleghi.

Viene proposta una scansione del tempo anch'essa volta a promuovere il coinvolgimento: una prima fase di esposizione del caso, che possibilmente non superi i 30 min, ogni volta a turno da un

partecipante diverso, poi un breve intervallo (15-20 min) in cui chi presenta può rispondere a domande per chiarimenti o notizie ulteriori, dopo il quale il gruppo viene invitato a esprimere i propri pensieri associativi, mentre chi ha presentato rimane in ascolto per circa 1 ora nel corso della quale è compito dei conduttori ascoltare e intervenire per dare una lettura trasversale dei pensieri emersi, aiutando il gruppo nella costruzione di un profilo nuovo della situazione discussa, a partire dalle immagini e dagli aspetti emotivi che vengono condivisi. Al termine un momento di 10-15 minuti in cui chi ha presentato ha la possibilità di riprendere la parola per condividere i pensieri sollecitati dall'ascolto dei vissuti del gruppo. E' possibile al termine proporre una piccola finestra ludica per attribuire un nome al paziente, un nickname come ulteriore esercizio di rappresentazione e al contempo di sintesi del lavoro svolto. Inoltre, a sostegno del senso di appartenenza al gruppo che si va sviluppando nel susseguirsi degli incontri, è utile poter leggere all'inizio di ogni nuovo appuntamento un report dell'incontro precedente.

Queste le caratteristiche del setting, che danno senso e valore al lavoro del gruppo, definendolo e distinguendolo dai momenti informali di convivialità che frequentemente lo precedono o lo seguono, interstizi peraltro fecondi di relazioni umane e professionali anch'essi utili al gruppo e ai singoli.

Per descrivere quale sia la qualità analitica di questo dispositivo potremmo partire da cosa il SCG non è. Non è supervisione ai curanti da parte di un esperto sul materiale clinico, sebbene della supervisione classica mantenga la tensione a comprendere ciò che non viene colto nella dimensione individuale della mente del terapeuta. E non è analisi delle dinamiche inconse messe in campo dai curanti a livello della loro dimensione personale, perché non è un gruppo terapeutico. Certo la disponibilità ad aprirsi con le proprie associazioni ed esprimere fantasie ed emozioni in relazione al caso espone intimamente ciascun partecipante anche all'emergere di parti sconosciute del Sè che entrano in risonanza con aspetti del paziente, rispetto alle quali è importante evitare interpretazioni individuali che non sarebbero utili né ricevibili in quel contesto, così come eventuali giudizi o critiche sull'operato.

Nel SCG le emozioni dei partecipanti possono invece essere fonte di conoscenza sul caso proprio in quanto in risonanza con aspetti inconsci del paziente o del curante implicati nella situazione clinica. L'obiettivo infatti è quello di sostenere nel gruppo la funzione curante, riattivandola proprio là dove si è arenata, di fronte a quelle situazioni bloccate ed inquietanti dove il terapeuta si può sentire al contempo risucchiato e impotente, oppure confuso e con i sensi annebbiati, o ancora schiacciato da responsabilità insostenibili, molto solo di fronte alla complessità.

Fanno parte del metodo analitico l'utilizzo delle libere associazioni, l'ascolto *con tutti i sensi* (Bastianini e al. 2021) e l'attenzione fluttuante con cui chi conduce segue lo svilupparsi delle associazioni per poter cogliere le interconnessioni tra i contenuti consci e inconsci che si presentano.

In questo particolarmente sta la connotazione psicoanalitica del dispositivo: cogliere nella dimensione di una mente gruppale ciò che una mente singola non riesce a vedere né a decifrare, accogliere e riconnettere elementi scissi, evacuati, denegati, del paziente e dei suoi legami familiari ed affettivi, dandone rappresentazione e ricomponendoli in immagini nuove che permettano nuovi canali di accesso alla relazione terapeutica. Ogni voce del gruppo, silenzi compresi, possono esprimere aspetti del paziente e della sua relazione col terapeuta o con l'équipe curante, delineando una figura del mondo interno del paziente da inserire nel nuovo mosaico che sta prendendo forma.

La funzione curante può essere così esercitata dal gruppo stesso, e chi conduce ha la responsabilità del mantenimento del setting e dell'ascolto e lettura di quanto si sta sviluppando nella catena associativa.

Sinteticamente Ferruta (2019) identifica 5 dimensioni che descrivono il funzionamento di chi conduce il SCG:

Costruire il setting: la cornice di tempo e luogo di cui abbiamo detto

Ascoltare: disporsi cioè nella posizione mentale concava di apertura a quanto si osserva e ascolta, recettiva agli aspetti emotivi nel gruppo e internamente a sé (potremmo dire senza memoria e senza desiderio?)

Patire: cioè arrivare a sentire in prima persona l'intreccio emotivo presente nel gruppo

Associare: lasciare fluire la catena associativa, che crea uno spazio di pensabilità di ciò che non è ancora tollerabile o metabolizzabile, ampliando lo spazio mentale e quindi la capacità trasformativa secondo la funzione contenitore-contenuto

Configurare: iniziare a dare forma al flusso ideativo ed emotivo per cogliere, dalle interazioni inconsce e consce, una immagine del funzionamento psichico del paziente e della relazione terapeutica, che ha un effetto trasformativo.

In merito al processo associativo che si sviluppa nel gruppo Ferruta osserva (2022): “Questo funzionamento mentale è descritto da diversi autori con formulazioni differenti ma sostanzialmente convergenti: la *central phobic position* descritta da Green (2000) come funzionamento in analisi di pazienti che ripetono assetti mentali rigidi per evitare attraverso il fluttuare associativo di entrare in contatto con emozioni che non sono attrezzati ad affrontare; la *rêverie* bioniana, rivisitata da Ferro (2003) spesso con passaggi molto arditissimi, come capacità di sognare con il pensiero onirico della veglia contenuti inconsci non accettati (...); il rapporto contenitore-contenuto bioniano inteso da Ogden (2004) come un processo vitale in continua espansione e cambiamento. L'espansione della capacità del contenitore può prendere forma nel cominciare a ospitare associazioni eterogenee o a notare dettagli apparentemente irrilevanti; la crescita del contenuto si riflette nell'espansione della gamma e profondità dei pensieri e sentimenti derivati dalla esperienza emozionale. Contenitore e contenuto sono inseparabili, in una relazione di figura-sfondo reversibile”

Un ultimo aspetto che vorremmo segnalare riguarda la possibilità che il SCG sia anche un contenitore ludico, dove il dare voce a parti scisse del paziente, o a personaggi del suo mondo interno, si può realizzare anche giocando una parte o un ruolo, come segnalano diversi autori (Ferruta 2010, Boccara 2020, Saraò 2020). Quello che possiamo affermare nella nostra esperienza è che ci succede di sentire affiorare, al termine dell'incontro, un senso di leggerezza, quasi di sollievo, che ci fa pensare sia ad una buona digestione, sia alla già citata funzione poetica del gruppo sottolineata da Corrao.

## **La nostra esperienza**

In questi 4 anni il gruppo ha cambiato gradualmente composizione, ma ha mantenuto una discreta disomogeneità nelle caratteristiche dei partecipanti, sempre con una prevalenza femminile evidente. Nell'ultimo anno ad esempio su 12 partecipanti 3 sono uomini, le età variano dai 30 ai 73, 6 psicologi e 6 medici di cui 5 psichiatri, 8 lavorano come dipendenti del SSN di cui 1 con funzioni

apicali, 1 in convenzione, 3 esclusivamente in libera professione. Sono inoltre 6 quelli che vivono fuori dalla provincia di Bologna (tra modenese, reggiano, e riviera).

Tra gli psichiatri c'è la compresenza di giovani appena specializzati e altri che hanno esperienza consolidata, tra gli psicologi una parte è inserita in istituzioni pubbliche mentre altri lavorano solo privatamente. Molti hanno formazioni ad orientamento psicoanalitico, ma di scuole varie, alcuni hanno una esperienza di terapia psicoanalitica personale, altri l'hanno intrapresa nel frattempo.

Questa diversificazione dei partecipanti non pregiudica la comunicazione, resa fluida dal clima di ascolto e attenzione che si sviluppa nel SCG. Abbiamo anzi potuto apprezzare quanto proprio questa varietà costituisca una risorsa significativa nel lavoro collettivo.

Proponiamo ora il report di un incontro del seminario clinico

*(segue materiale clinico non pubblicabile)*

Ci sembra emerga con evidenza come l'aspetto supportivo nei confronti della terapeuta si realizzi non solo su un piano di condivisione solidale, ma proprio attraverso l'ascolto della co-costruzione del pensiero in gruppo, in cui ciascuno esprime una parte, un pezzo, potremmo dire anche un personaggio che probabilmente risuona con aspetti del mondo interno del paziente, della stessa psichiatra e dell'équipe curante. La propria fatica denegata, la collusione delle richieste impossibili dell'istituzione con lo spirito di abnegazione idealizzato della giovane terapeuta, e con il bisogno insaziabile di attenzione del paziente, erano incastrate in un blocco che le associazioni del gruppo hanno iniziato lentamente a sciogliere.

Vorremmo anche sottolineare che proprio l'elemento bizzarro, apparentemente insulso, il residuo scartato, l'odore di ferro, trova nella mente del gruppo una rappresentazione complessa che fornisce una chiave di senso, e che forse può ulteriormente essere ripensato e trasformato dalla terapeuta. Questo aspetto sensoriale persistente viene colto anche nella sua qualità comunicativa, qualcosa che il paziente emana, percepibile particolarmente da chi si trattiene a lungo con lui, come lui richiede alla dottoressa

Infine ci pare importante condividere quanta attenzione sia richiesta a chi conduce per resistere alla tentazione di esprimere subito le proprie associazioni ed ipotesi interpretative, usando magari anche la propria posizione privilegiata di riferimento all'interno del gruppo. Ci sembra che si tratti di applicare anche qui, come nelle terapie individuali, quella astinenza che lascia il tempo al gruppo di raccogliersi in un assetto di pensiero associativo, di disposizione all'ascolto delle proprie sensazioni e fantasie da cui possono fluire poi nuove rappresentazioni

A volte capita che i pensieri dei partecipanti si concentrino su un unico stato d'animo che pervade lo spazio mentale del gruppo, conduttrici comprese. In qualche modo il gruppo sente direttamente l'empasse sperimentato dal terapeuta col suo paziente e si ha la sensazione di attraversare fitti banchi di nebbia, nella quale si va a tentoni. Noi conduttrici ci sforziamo di trovare indizi che suggeriscano dove ci troviamo, nell'intento di sostenere il gruppo, ma annaspriamo noi stesse nella nebbia. Viene in aiuto allora il setting, cornice/sponda a cui aggrapparsi, come nell'incontro in cui affrontammo il caso particolarmente grave di un adolescente con severa anoressia trattata in regime ospedaliero pediatrico ed SPDC, con notevole carico di psicopatologia familiare e ritiro sociale e scolastico completo da 5 anni, un hikikomori doc con estrema resistenza al trattamento.

*(segue materiale clinico non pubblicabile)*

Il gruppo può attestarsi su posizioni difensive anche di fronte a casi meno penosi, ma di cui evidentemente gli aspetti inquietanti sono percepiti su un livello inconscio. Nel prossimo esempio il gruppo, bloccato su una modalità maniacale, riesce poi ad integrare aspetti depressivi:

*(segue materiale clinico non pubblicabile)*

## **Per concludere**

Il gruppo Ripensare il caso Clinico è formato da psicoterapeuti che scelgono di partecipare, al di fuori del loro orario di lavoro e senza guadagno di crediti ECM, mossi dal proprio desiderio e interesse, sebbene facilitati dal costo relativamente contenuto. E' quindi una realtà di formazione particolarmente privilegiata, dove tra i partecipanti si stabiliscono anche rapporti di buona colleganza che creano ponti di contatto e conoscenza tra le varie realtà di lavoro, utilizzabili negli intrecci professionali successivi. Inoltre gli strumenti che si acquisiscono, come la capacità di ascolto e di interazione in un gruppo, o la pazienza di non arrivare a conclusioni premature ma lasciare aperto il pensiero, anche quando si danno le necessarie risposte urgenti, possono essere importati e sperimentati dai partecipanti nella propria équipe di appartenenza.

Diversamente, nel SCG che si svolge nell'équipe multiprofessionale di un servizio il clima di attenzione e ascolto reciproco viene conquistato con tempi più lenti e frequenti sfilacciamenti. Certamente incide il maggior grado di scompenso delle situazioni cliniche presentate, soprattutto in un reparto di Diagnosi e Cura, ma ci sembra che questa sfasatura sia anche il portato del carico dell'istituzione e delle sue dinamiche, che appesantiscono la circolazione dei pensieri rallentandone il necessario metabolismo e la ricerca di senso.

Infine, ripensando ora alla nostra esperienza di conduzione di gruppi sia presso il Centro sia presso le strutture dei servizi, desideriamo proporre un'ultima impressione. Abbiamo la sensazione che anche gli spostamenti fisici tra i luoghi della psicoanalisi e quelli della psichiatria, quanto più sono frequenti e agili, rappresentino e sostengano una nuova circolarità tra le due discipline. La stessa reciproca frequentazione dei luoghi, i centri psicoanalitici e le sedi dei servizi, così come promuove l'incontro e l'ascolto reciproco dell'esperienza clinica, ci sembra solleciti anche l'incontro tra i due ambiti teorici, favorendo una maggiore armonia tra le diverse sensibilità.

Ci auguriamo di essere riuscite a dare l'idea di questa attività che il nostro Centro propone già da diversi anni e che rappresenta un piccolo terreno di incontro, e di *gioco*, con le realtà cliniche della salute mentale nel territorio.

## **Bibliografia**

Astorri S., Ferruta A., Mariotti C.: "La diagnosi genetica: un dialogo per la cura", Franco Angeli, 2016

Michael Balint: Medico, paziente, malattia (1957), Fioriti 2014

Bastianini T., Ferruta A., Guerrini Degl'Innocenti B.: "Ascoltare con tutti i sensi", Fioriti, 2021

Boccaro P.: "I Seminari Analitici di Gruppo. Una diversa esperienza di supervisione istituzionale", in a cura di Gabriella De Intinis, Nicoletta Faccenda, Pier Luca Zuppi: "IL METODO PSICOANALITICO NELLE ISTITUZIONI", Quaderno 1 .www.psicoanalisiiesociale.it, Vecchiarelli, 2020

Bonfiglio B.: "Note sull'analista dentro e fuori la stanza d'analisi" Rivista di psicoanalisi, 4, 2004

Borgna E. : " Le intermittenze del cuore". Feltrinelli , Milano 2003.

Borgna E. : " Tenerezza". Einaudi editore, Torino 2022.

Berti Ceroni G. Correale A. : " Psicoanalisi e Psichiatria", Cortina, Milano, 1999.

Berti Ceroni G: "Sui bordi della psicoanalisi. Gli apporti alla psicoanalisi da altre attività di cura" Rivista di psicoanalisi, 2 , 2003

Bolognini S. "Reflections on psychoanalytic supervision changes in psychiatry". In Psychoanalysis and Psychiatry. Partners and Competitors in the Mental Health Field, edited by Claudio Lacks Eizirik and Giovanni Foresti, Routledge, London-New York, 2019

Bolognini S., Mantovani M. : "Le attività di supervisione" in : Berti Ceroni G. Correale A., "Psicoanalisi e Psichiatria". Cortina, Milano, 1999.

Correale A.: "Il campo istituzionale ". Borla, Roma , 1991

Correale A.: "Dall' empatia all'immaginazione empatica" in: "Gruppo e funzione analitica", 1995

Correale A.: " Il lavoro d' equipe", in Berti Ceroni G., Correale A., "Psicoanalisi e Psichiatria" . Cortina, 1999

Correale A.: "Percorsi pubblici dell'interiorità: psicoanalisi e istituzioni psichiatriche", Rivista di psicoanalisi, 2, 2003

Foresti G e Rossi Monti M: "La psicoterapia istituzionale trent'anni dopo" Rivista di psicoanalisi, 1, 2004

Ferro A.: "Le super-visioni", Rivista di psicoanalisi, 1, 2021

Ferruta A.: "Il seminario clinico di gruppo come esperienza analitica, accanto all'analisi e alla supervisione". In: Gabriellini G. ( a cura di). *Giovanni Hautman e il pensiero gruppale*. Felici, Pisa, 2010

Ferruta A. Teaching, training and continual education: methods and models". In Eizirik C.L., Foresti G.(ed.) *Psychoanalytic Ideas and Application Series*. IPA, Routledge, London and New York, 2019

Ghetti C., Grazian N., Rulli R., Scardovi A. La solitudine del curante. L'ascolto psicoanalitico al servizio del rapporto medico-paziente. Relazione al Congresso SPI, Napoli, Giugno 2022

Hautmann G.: "Il paziente tra la dualità analitica e la molteplicità seminariale", Rivista di psicoanalisi, 4, 2007

Kaes R.: "Sofferenza e psicopatologia dei legami istituzionali" Borla, 2009

Libermann D.: "Evaluación de las entrevistas diagnósticas a la iniciación de los tratamientos analíticos. Criterios diagnósticos y esquemas referenciales", 1972, *Rev de Psichoanál*, 29, 461-509

Lowenkron A.M. : "Sulla clinica psicoanalitica attuale: nuovi sintomi o nuove patologie?" . Rivista di psicoanalisi, 4, 2004

Masina L.: "Senza rete. "Le supervisioni extra-training", Rivista di psicoanalisi, 2, 2023

Minenna G.: "Identità precarie e crisi psicotiche: quali possibili nuovi assetti?" in "Incontrarsi o dirsi addio. Il misterioso salto fra Psicoanalisi e Psichiatria", Psiche 2018

Monari M. : "La terapia psicoanalitica dei pazienti gravi e difficili: le prime fasi". Rivista di Psicoanalisi, 4, 2000

Marco Monari, Franco Gazzoletti: Ripensare il caso clinico al Centro Psicoanalitico di Bologna, in a cura di Gabriella De Intinis, Nicoletta Faccenda, Pier Luca Zuppi: "IL METODO PSICOANALITICO NELLE ISTITUZIONI", Quaderno 1 .[www.psicocoanalisiiesociale.it](http://www.psicocoanalisiiesociale.it), Vecchiarelli, 2020

Monari M.: "Sulle funzioni terapeutiche di un day hospital psichiatrico territoriale", Rivista di Psicoanalisi, 2, 2004

Perini M.: "L'osservazione e le sue applicazioni: dalle stanze per bambini alle sale dei consigli di amministrazione", comunicazione personale, 2024

Pierri M.: "*Intersezioni: esperienze di piccoli gruppi clinici al lavoro.* ", in Tiziana Bastianini e Anna Ferruta (a cura di) "La cura psicoanalitica contemporanea. Estensioni della pratica clinica") Fioriti. 2018

Quattrocchi V.: “Relazione sulla 12° edizione dei seminari ASL-SPI “Claustrofilia-claustrofobia: quando la relazione di cura non si trasforma” <https://www.spi-fiorenze.it/quattrocchi-v-2014-relazione-sulla-12-edizione-dei-seminari-asl-spi-claustrofilia-claustrofobia-quando-la-relazione-di-cura-non-si-trasforma/>

Racamier P. C. “Lo psicoanalista senza divano”, Cortina, 1982

Riefolo G.: “Servizi. La parabola vitale del gruppo degli operatori” in Rivista Sperimentale di Freniatria, CXLIV, 2020, 3

Saraò G.: “Il pensiero clinico e il gruppo di lavoro: posizione etica e riflessioni sulla fatica dell’operatore”, in a cura di Gabriella De Intinis, Nicoletta Faccenda, Pier Luca Zuppi: “IL METODO PSICOANALITICO NELLE ISTITUZIONI”, Quaderno 1 .[www.psicoanalisiiesociale.it](http://www.psicoanalisiiesociale.it), Vecchiarelli, 2020

Scardovi A., Ghetti C., Martelli M., Moscara M.: “Il lavoro psicoanalitico nei gruppi e nelle istituzioni: fra *Psiche* e *Polis*”, XXI Congresso Nazionale SPI “Psiche e Polis”, Roma 24-26 maggio 2024