

## Verso una psicoterapia di comunità per il nuovo disagio mentale

Raffaele Barone<sup>\*</sup>, Simone Bruschetta<sup>\*\*</sup>

### Gruppoanalisi e nuovi confini della psicopatologia

La gruppoanalisi inglese, nata dall'incontro fecondo tra i paradigmi sociologici ed antropologici della ricerca sulla natura umana con la prassi cliniche, psicologiche e psicoanalitiche, ci spinge a considerare la realtà intrapsichica un riflesso della realtà interpersonale e ad intendere, di conseguenza, il fatto psicologico come empiricamente preceduto dal fatto sociale. Secondo questa ipotesi, i confini tra i nostri territori psicologici e sociali di appartenenza, che fenomenologicamente ci differenziano dalle altre persone, al contempo in realtà ci legano indissolubilmente ad esse. (Brown, Zinchin, 1994; Dalal, 1998)

Più recenti teorizzazioni gruppoanalitiche hanno inoltre portato a considerare il disagio mentale che caratterizza la nostra società, come la conseguenza della progressiva irriducibilità culturale che si sta venendo a determinare tra i campi mentali all'interno dei quali si declina la vita dell'individuo: la famiglia, la scuola, il lavoro, il quartiere, la città, ecc. (Lo Piccolo, 2000)

Il campo mentale familiare non è più percepito come isomorfo a quelli sociali che regolano la vita formativa, lavorativa, aggregativa e politica. Ciò determina una grave deficit di base, che le nuove generazioni si trovano a dover colmare nel momento in cui le istanze familiari, di cui sono portatrici, si devono esplicitare sulla scena sociale (come ad esempio nell'istituzione scolastica, cioè ben prima della paradigmatica crisi adolescenziale). Si determina contemporaneamente anche una difficoltà esistenziale dei genitori nell'integrare le proprie modalità di percepire, rapportarsi e pensare a se stessi in relazione agli ambienti vitali di appartenenza e di partecipazione sociale dei propri figli. Detto ancor più esplicitamente, i modelli relazionali ed i valori culturali appresi e/o trasmessi nel mondo familiare non sono più validi, utilizzabili e riconoscibili nei contesti di vita e di partecipazione sociale; e viceversa.

L'anomia sociale che incide così tragicamente sull'istituzione familiare di oggi e la conseguente difficoltà di investimento nella funzione genitoriale da parte di tutti gli individui che abitano le nostre comunità di vita, portano alla diffusione di una specifica

---

\* Psichiatra, Psicoterapeuta Gruppoanalista. Docente di Psicopatologia e lavoro clinico nella salute mentale, Università degli Studi di Palermo. Presidente onorario Associazione Italiana Residenze per la Salute Mentale (AIRSAM). Dirigente Medico DSM Caltagirone, AUSL 3. È stato componente del gruppo di lavoro presso il Ministero della Salute per l'elaborazione delle Linee di Indirizzo per la Salute Mentale in Italia.

\*\* Psicologo Psicoterapeuta Gruppoanalista. Master Universitario in Formazione e Sviluppo delle Risorse Umane, Università degli Studi di Catania.

sofferenza mentale e uno specifico disagio sociale che ci parlano in realtà dei disturbi e/o delle difficoltà nella relazione fondante ogni gruppo umano e cioè quella tra le generazioni, la cui qualità per definizione determina le possibilità evolutive specie-specifiche.

All'interno delle nostre famiglie sembra infatti entrare in crisi proprio l'investimento narcisistico che la generazione dei genitori fa sulla progenie. Investimento narcisistico intrafamiliare oggi disturbato dalle forti sollecitazioni che le strutture narcisistiche personali subiscono sul confine con il mondo sociale extrafamiliare. Da qui le classiche patologie della dipendenza/trasgressione da norme valoriali confusive rispetto ai campi mentali fondanti l'identità. Norme valoriali confusive, perché confusi risultano i confini tra la matrice familiare posta a fondamento narcisistico della personalità e le rete dei legami con gli altri gruppi sociali. La psicopatologia che ne deriva può assumere forme diverse come i nuovi disturbi delle dipendenze patologiche, i nuovi disturbi d'ansia come gli attacchi di panico, ma anche come i diffusissimi disturbi di personalità che ricoprono ormai un *range* sintomatologico che va dal nevrotico al francamente psicotico.

Ci ricollegiamo qui anche alle riflessioni di Stanghellini (2006) e Rossi Monti sul mutato *panorama clinico* nel quale incontriamo oggi la follia. Panorama che consente per esempio di "entrare in contatto con pazienti vulnerabili ben prima che sviluppino sintomi psicotici". "La metamorfosi della follia si palesa anche nel fatto che le psicosi assomigliano sempre più a organizzazioni di personalità e si impastano con gli assetti personologici o con gli effetti di sostanze psicoattive. Se prima il delirio era la vera icona della follia ora il prototipo della follia – sostiene Stanghellini – è una condizione strisciante pseudo-sociopatica, caratterizzata dalla perdita della capacità e della volontà di intenzionarsi in un mondo comune" (Rossi Monti, 2006)

### **Nuovi confini della sofferenza psichica**

Naturalmente siamo ben consapevoli della sostanziale artificiosità di una correlazione diretta tra nuove categorie diagnostiche, che lentamente si vanno ridefinendo, e nuove modalità di sofferenza psichica, che la mostra epoca propone. Un atteggiamento epistemologicamente attento ci dovrebbe indurre a riflettere costantemente su come nuove categorie e teoresi psichiatriche inducono l'occhio del clinico a vedere altrettanto nuove realtà patologiche. Ma lo stesso atteggiamento etico ci induce a ricercare le matrici sociali ed antropologiche di questi cambiamenti epocali che oggi attraversano e trasformano tanto velocemente quanto irreversibilmente le persone che abitano questa parte di mondo che usiamo definire *moderna ed occidentale*. Cambiamenti che risultano essere tanto psicologici e culturali quanto al contempo imbricati nella nostro stesso funzionamento biologico. (Ceruti, Lo Verso, 1998; Bocchi, Ceruti, 2004)

Quando, un secolo fa, Freud studiava per la prima volta le vicissitudini psicopatologiche dell'ansia e del narcisismo, l'istituzione familiare era sottoposta a dinamiche sociali già molto differenti rispetto a quelle di oggi. La dimensione dell'appartenenza comunitaria era più forte e maggiormente in grado di sostenere gli individui nei loro investimenti familiari. La famiglia patriarcale di tipo contadino rappresentava un'organizzazione della vita comunitaria in cui tutti gli universi sociali venivano a coincidere con quello familiare. Il ruolo genitoriale si sovrapponeva a quello di referente sociale. Le dinamiche evolutive della società, e le necessarie lotte di emancipazione delle classi più deboli, avvenivano tutte dentro la famiglia, con la conseguenza però dell'alienazione sociale, e quindi della possibile follia, per chi perdeva la battaglia e veniva emarginato. La famiglia borghese della società industriale, rappresentava invece un'organizzazione in cui era la famiglia a conformarsi completamente alle istituzioni della società industrializzata e burocratizzata. I legami familiari si giocavano sulla scena sociale, si rappresentavano nei salotti, ma non sempre avevano un riscontro reale nell'intimità domestica. Le emozioni intense, legate al rapporto genitoriale, per essere elaborate intrapsichicamente dovevano essere rappresentate teatralmente sulla scena sociale attraverso una sintomatologia medica tutta somatica; l'isteria appunto.

Fu proprio Freud (1914, 1923) a scoprire che sia le nevrosi isteriche che la psicosi schizofreniche (queste ultime concettualizzabili a partire dallo studio di quelle particolari psiconevrosi dette appunto narcisistiche) parlavano di un romanzo familiare in cui era l'investimento narcisistico sui legami affettivi a determinare lo sviluppo psicopatologico.

Oggi non esiste più, in conseguenza dell'urbanizzazione totalizzante degli spazi di vita, una comunità familistica come quella patriarcale, ma nelle stesse città non esiste neanche più una istituzione sociale che interconnetta tutte le altre, come faceva un secolo fa l'istituzione burocratica-produttiva delle organizzazioni lavorative. La quale conformava appunto a sé non solo le istituzioni educative e formative, ma anche l'istituzione familiare, quella religiosa, e con esse tutti gli altri spazi della vita sociale.

Tutto ciò non ci deve indurre a fare una battaglia di retroguardia, mitizzando i bei tempi andati, ma al contrario dobbiamo riconoscere che è cambiato il mandato sociale delle agenzie e degli operatori deputati alla cura psichica.

Nelle società industriali di inizio secolo scorso, anche le istituzioni di cura mentale erano conformi al modello di ordine burocratico ed efficienza produttiva che letteralmente regnava nell'amministrazione pubblica e nell'impresa privata. Il dissenso sociale venivano allora combattuto politicamente e culturalmente, mentre, al contempo, veniva denegato anche il semplice disagio affettivo familiare. Dissenso e disagio venivano inoltre spesso *patologizzati*, cioè trattati come manifestazione di disordine mentale se non addirittura di perversione morale.

## Nuovo disagio sociale e nuova patologia mentale

Oggi forse, le istituzioni professionali cui apparteniamo con ci chiedono più di difendere i confini mentali sempre più sgretolati che la nostra società ormai post-industriale sta così rapidamente svuotando di significato, né tanto meno di difendere i nuovi modelli dominanti, sociali, economici o culturali che siano. Il nuovo mandato sociale, quando eticamente assunto dalle istituzioni e dagli operatori clinici, sembra invece essere paradossalmente quello di aiutare le nostre comunità di vita e di lavoro a sviluppare pratiche coevolutive sia per quei modelli culturali emergenti dalla globalizzazione dei nostri territori urbani, sia per quei modelli culturali retaggio di antropologie che originano da ambienti relazionali sempre più poveri ed emarginati. In altre parole, potremmo dire che il mandato sociale, e forse anche la vera emergenza sociale, sembra essere quello della prevenzione e della cura della frammentazione della vita psichica lungo quei confini che un tempo, nel distinguere ambiti mentali differenti in realtà ne organizzavano gli scambi simbolici, e che oggi invece fungono da vere e proprie linee di frattura semantica difficilmente rimarginabili.

La psicopatologia infatti si manifesta sempre -e si è sempre manifestata- negli spazi e nei tempi critici degli attraversamenti dei confini territoriali, culturali e mentali che organizzano la soggettualità psichica. Solo per citare alcuni dei confini psichicamente fondanti la soggettualità della nostra epoca, ricordiamo quelli tra figli e genitori, tra famiglia e società, tra affetti e lavoro, tra educazione e religione, civiltà e naturalità, cittadinanza ed esclusione, tra normalità e diversità, ecc. ecc.

Come dice Dalal (1998), richiamando una tesi quasi marxiana, è il potere che ha la società di definire i confini entro cui possano muoversi ma anche riconoscersi e quindi esistere gli esseri umani, che determina le modalità con cui la psiche, e tutte le dinamiche inconscie che la qualificano, può prendere forma in una data epoca storica.

La sofferenza psichica assume quindi oggi i caratteri di un disturbo nosograficamente determinato solo quando il disagio sociale che si viene a determinare su queste linee di frattura, invece di essere alleviato da interventi di *cura dei legami* (Scabini, Rossi, 2003) e di *presa in carico delle relazioni* (Lo Coco, Lo Verso, 2006), viene cronicizzato con interventi socio-sanitari francamente iatrogeni che accentuano il disadattamento e la sofferenza, irrigidendo le linee di discontinuità tra i campi mentali di appartenenza, e riducendo di conseguenza l'ampiezza degli spazi mentali di partecipazione alla vita civile. Per dirla in termini eriksoniani, precludendo alla radice il superamento evolutivo di una crisi psico-sociale in atto.

La patologia mentale non va quindi intesa solo come una malattia dell'individuo, né tanto meno soltanto del cervello, ma come la manifestazione di una disagio e di una sofferenza di culture, territori, comunità, reti e gruppi umani che disarticola i legami e le relazioni esistenti tra le persone e contemporaneamente ne impedisce la creazione di nuovi se non all'interno di istituzioni culturali (come la nosografia psichiatrica e la

statistica psicometrica) interessate alla misurazione quantitativa della distanza tra le proprie categorie di senso e quelle sviluppate dentro i contesti umani nei quali la sofferenza si manifesta.

Siamo consapevoli quindi che il sistema nosografico adottato non può che avere una rilevanza scientifica relativa, contestuale ed affatto universale, se non esclusivamente come sapere sedimentato delle pratiche di incontro e conoscenza reciproca che nella nostra società si sono nel tempo strutturate tra le istituzioni culturali che organizzano i servizi socio-sanitari ed i contesti umani di sofferenza e disagio.

Riteniamo comunque pur sempre utile il principale strumento nosografico figlio di tale incontro, il Manuale Diagnostico-Statistico dell'American Psychiatric Association, proprio perché ci mostra con un linguaggio chiaro e condivisibile da tutti gli operatori *psy*, le operazioni di costruzione sociale di quelle manifestazioni affettive, cognitive e comportamentali necessarie al posizionamento del confine tra ciò che oggi, nella nostra società, intendiamo come *normale* e ciò che definiamo come *patologico*. (Canguilhem, 1966)

### **Narcisismo, lavoro clinico-sociale e prassi terapeutiche**

Il rischio psicopatologico specifico che identifichiamo quindi nella nostra società è rappresentato da ciò che è stato definito *disorganizzazione della personalità*; con tutti i possibili conseguenti disordini nelle rappresentazioni della relazione tra il Sé e l'Altro da Sé; intese queste ultime gruppoanaliticamente come *relazioni soggettuali*. (Lo Verso, 1994)

Intendiamo, altresì la dimensione narcisistica dei legami tra le generazioni, come dimensione strutturale della mente (Kernberg, 1975), come cioè la matrice mentale di quelle strutture psichiche dotate di stabilità e continuità nel tempo, che abbiamo definito *organizzazioni di personalità*. (Nucara, Menarini, Pontalti, 1995)

La personalità va dunque intesa come quella organizzazione del confine tra mondo interno e realtà esterna, che si struttura simbolicamente nel bambino che cresce in ambiente narcisisticamente investito e che si esplicita attraverso un insieme di modelli di comportamento, cioè di risposte strutturate sulla base di valori culturali. Il nucleo centrale della personalità è quindi la rappresentazione di Sé e dell'Altro da Sé, intesa come la sensazione cosciente della propria unicità individuale nella molteplicità delle relazioni e dei contesti sociali. Pertanto possiamo definire la *personalità come esplicazione sociale dell'identità* attraverso connessioni tra i confini che organizzano i diversi gruppi umani di appartenenza e partecipazione sociale, primo fra tutti quello familiare.

I temi culturali che la matrice familiare veicola come pensiero familiare prevalentemente inconscio, costituiscono i primi *oggetti-Sé* (Kohut, 1971) strutturanti la personalità dell'individuo, esplicando la funzione trasformativa del transpersonale

(l'insieme di eventi inconsci collettivi predeterminati rispetto all'individuo che ne è attraversato) in eventi mentali (operazioni di pensiero autonome che strutturano la matrice dell'identità personale).

Quando le strutture interconnettive tra i vari contesti sociali vengono a mancare, allora diventa difficile assumere su di sé quella molteplicità di ruoli e funzioni sociali, (tutte una irriducibile dall'altra e potenzialmente in conflitto l'una con l'altra), che ogni individuo deve coltivare per potere crescere e realizzarsi come tale nelle nostre comunità di vita e di lavoro. Essere genitore, essere coniuge e contemporaneamente figlio, ma anche svolgere il proprio ruolo al lavoro, a scuola, nella propria vita affettiva, con gli amici, con i colleghi, ed ancora la propria funzione di professionista, cittadino, formatore-educatore, di essere umano religioso, solidale e creativo.

### *Il nuovo disagio della civiltà iperurbana*

Essere se stesso nella molteplicità (caoticità-indeterminatezza) delle relazioni interpersonali, che sono a loro volta strutturate dalla molteplicità dei campi sociali, sembra essere questa l'utopia psicologica della nostra epoca.

Un compito impossibile e paradossale per definizione, che sollecita costantemente e mette a dura prova le strutture narcisistiche della nostra personalità.

La sintomatologia isterica prima descritta non si manifesta più, ad esempio, attraverso la teatralizzazione sociale del disagio familiare, proprio perché non esiste più il teatro sociale, inteso come scena su cui rappresentare il disagio della civiltà di freudiana memoria. La scena sociale si è trasformata in una miriade di piccoli spazi di vita in cui ripetere il sintomo coattivamente, per rappresentare parti importanti di Sé come unica strategia per mantenere la fragile integrità del proprio apparato psichico.

La sintomatologia narcisistica si manifesta invece attraverso un permanere su un registro di funzionamento mentale di tipo immaginario che impedisce di pensare la comunità al di là del confine familiare, intendendo sostanzialmente il sociale come rappresentazione speculare a Sé. Una confusa e confondente società dello spettacolo, direbbe Pezzella (1996) dove l'Altro non è una persona reale, ma un principio fantasmatico privo di volto e quindi di identità incontrato su una scena sociale sostanzialmente di tipo oniroide; con poteri suggestivi, assoggettativi, manipolatori, insegnanti, seduttivi, erotici, e così via.

Il disagio psicologico nelle comunità urbane contemporanee consiste proprio nella sostanziale complessificazione e pluralizzazione dei contesti sociali attraverso i quali si fonda la soggettualità e si costruisce l'identità personale, ma soprattutto sulla progressiva distanza valoriale che si determina tra le istituzioni culturali che organizzano tali contesti.

Da qui deriva l'assunto che curare la grave patologia mentale vuol dire curarsi contemporaneamente della salute mentale della comunità locale nella quale si manifesta.

Così come le soggettività che animano i contesti relazionali nei quali si manifesta il disagio devono co-evolvere assieme alla persona designata di volta in volta come paziente; allo stesso modo anche le comunità di vita e di lavoro, in cui avviene l'incontro tra le agenzie socio-sanitarie e gli operatori deputati alla presa in carico della sofferenza mentale, devono co-evolvere assieme alle istituzioni culturali ed economiche che tale incontro mediano.

La salute mentale di una comunità si misura quindi anche sulla competenza che i suoi cittadini dimostrano nel saper partecipare alla costruzioni di reti sociali sufficientemente estese ed integrate rispettando, senza però farsi *irretire* da esse, le peculiarità delle istituzioni sociali che queste attraversano e dei campi mentali che costantemente le modificano.

### **Salute mentale di comunità**

La salute mentale di una comunità si misura sulla capacità che hanno le soggettività che la animano, di aumentare quello che le teorie psico-socio-economiche chiamano *beni relazionali* (Brunori, 2003). Tali beni, che nel loro complesso contribuiscono al cosiddetto *capitale sociale di comunità* consistono essenzialmente in reti di sostegno al sentimento di appartenenza ed in processi collettivi di partecipazione, in grado di promuovere effetti *mentalizzanti* e *socializzanti* sugli individui e di ridurre quindi la *somatizzazione* del disagio psico-sociale. (Fasolo, Cappellari, 1999; Barone, Bellia, 2000a)

Lo sviluppo sociale (economico, politico, culturale, ecc.) di una comunità territorialmente definita si fonda quindi sulla competenza che il management e le amministrazioni locali dimostrano nel saper progettare e governare tali reti e tali processi, costruendo su di essi efficienti organizzazioni di servizi socio-sanitari assieme ai competenti gruppi scientifico-professionali ed agli auto-organizzati gruppi sociali portatori di interessi.

Emerge quindi una idea di cura psichica intesa come lavoro di comunità con i gruppi umani all'interno dei quali attivare i fattori terapeutici tipici di tutti i dispositivi di cura multipersonali. Questi fattori possono essere infatti classificati secondo una triplice funzione terapeutica, che come fa notare Fasolo (2002) è molto simile a quella svolta nel suo complesso dall'empowerment descritto dalla psicologia di comunità.

I fattori terapeutici possono così essere distinti - secondo le più classiche ricerche empiriche sul processo delle psicoterapie (Meckensie 1997) - in fattori:

- di *Supporto*, come l'accettazione, l'universalità, l'altruismo e la speranza
- di *Rivelazione di sé*, come l'apertura, la trasparenza e la catarsi

- di *Apprendimento*, come il modellamento, l'apprendimento vicario, la guida e l'educazione.

Il termine empowerment può invece essere tradotto come processo sociale di “*apertura a nuove possibilità pensabili*”. (Fasolo, 2002)

In termini gruppoanalitici invece intendiamo il processo di cura come fondamentalmente un lavoro clinico-sociale, volto a rintracciare i contesti e le relazioni in cui si manifesta la personalità del paziente, ed a prendersi cura di tali contesti e relazioni accettando una doppia sfida. La sfida di confrontarsi con l'inconscio sociale (Dalal, 1998) dei gruppi umani di appartenenza e partecipazione (compresi quindi i gruppi curanti), ma anche quella di ricostruire (non solo in senso archeologico, ma anche nel senso letterale di costruire ex novo) nuove appartenenze sociali, ri-iscrivendo nuovamente il paziente, e chi lo accompagna nella sua esistenza, in processi e dinamiche storico-sociali che gli permettano di fare l'esperienza trasformativa del trascorrere del tempo.

Naturalmente i contesti e le relazioni sociali, dal punto di vista gruppoanalitico non sono intese come semplice dato interazionale, né tanto meno sociologica, ma come processi mentali inter-trans-multi-personali che organizzano appunto quella che possiamo definire la psiche soggettuale. (Lo Verso, 1994; Lo Verso, Lo Coco, 2007)

### **Psicoterapia di comunità e grave patologia mentale**

La grave patologia mentale si manifesta oggi in maniera diversa dalle vecchie psicosi schizofreniche. Oggi il disturbo psicotico sempre più spesso si ritrovano in comorbidità con gravi disturbi di personalità, disturbi dell'umore e dipendenze patologiche. L'apparato mentale, che garantisce lo sviluppo ed il funzionamento psichico del soggetto, per questi pazienti sembra difatti funzionare in maniera frammentata, sconnessa se non addirittura scissa, su di una rete di relazioni sociali. Tali relazioni sono di solito impostate, o su dei legami simbiotico-fusionali, che per definizione strutturano appunto relazioni di tipo psicosi da transfert, oppure su legami di soggezione-assoggettamento tipici del transfert oniroide. (Napolitani, 1987)

Per ristabilire l'integrità dell'apparato mentale e migliorarne la coesione risulta quindi necessario avviare, prima di qualsiasi pratica di *individuazione e soggettivazione*, una profonda azione di *socializzazione e mentalizzazione*.

Il miglior fattore terapeutico che un dispositivo di lavoro clinico può aspirare ad attivare per questi pazienti è, quindi, proprio la costruzione di una visione articolata della frammentazione del loro apparato mentale. Diventa così possibile ricostruirne la continuità del funzionamento mentale attraverso l'articolazione dei campi psico-sociali che hanno fondato le appartenenze, strutturandone la matrice identitaria.

La ricerca gruppoanalitico-soggettuale a tal proposito dimostra l'elezione, per la cura di questi pazienti, di due prassi principe (best practices): (Lo Verso, Federico, Lo Coco, 2000; Fasolo, 2002; Barone, Bellia, 2003b; Lo Coco, Lo Verso, 2007)

- la costruzione interdisciplinare di dispositivi di cura gruppal e multipersonali
- la progettazione di interventi mirati allo sviluppo di reti psico-sociali.

È importante ricordare in fine che le psicosi, da sempre, come tutte le patologie gravi, hanno anche un sostrato biologico compromesso di cui tener conto, sia quando si segue un'ottica eziologica sia quando l'ottica seguita è semplicemente quella interessata alla classificazione nosografica della sintomatologia.

Oggi in più, sappiamo che in realtà i fattori biologici, relazionali, antropologici e psichici dai quali origina la grave patologia mentale, non solo sono coesistenti, ma anche assolutamente imbrigliati l'uno nell'altro. Al punto che è letteralmente impossibile individuarne uno come vertice operativo dal quale fare discendere tutti gli altri, anche soltanto come punto di primo approccio terapeutico.

A tal proposito ricordiamo con Fasolo (1995, pag. 322-323): che “ ... sembra oggi possibile sostenere che una psichiatria veramente biologica sia oltre che fisiologica appunto etologica e si occupi dell'organismo individuale e della neotenia, ma anche dell'organizzazione del suo gruppo primario, utilizzandolo come approccio e strumento d'elezione per lo studio e la cura biologica anche delle malattie mentali. L'ampia sovrapposibilità, se non la totale equivalenza, con l'approccio sociologico sarà poi argomento urgente di verifica e di rilievo accurato delle implicazioni tecnologiche. ... Un dispositivo teorico-tecnico capace di notevole efficacia specifica, tramite l'estensione delle cure dal figlio unico neotenico alla nidata dei cuccioli, al gruppo cioè dei pari, che fra loro si aiutano, giocano, litigano, crescono. ... Si tratta di concepire l'idea che la persona non finisce mai di crescere ... La persona continua sempre il suo sviluppo che è dunque, prima di tutto, un fatto mentale; lo sviluppo della mente si può descrivere in vario modo, ma una recente formulazione gruppoanalitica articola almeno due fasi di questo processo: solo lo stabilizzarsi di una crescente coesione mentale consente il graduale passo evolutivo successivo, mai perfettamente completato, verso la coerenza.”

Bisogna infine sottolineare che alla luce delle più recenti scoperte sulla natura della mente, cioè sullo sviluppo cerebrale (e delle facoltà mentali), avviato da Edelman (1992) con un innovativo programma di ricerca definito *darwinismo neurale*, sarebbe più corretto parlare, anche nel caso della psicosi, di un coinvolgimento delle prime esperienze relazionali nello sviluppo, anche anatomico, del sistema nervoso centrale e viceversa.

Possiamo a questo punto utilizzare molto più agevolmente la teorizzazione della gruppoanalisi soggettuale (Giannone, Lo Verso; 1996) sul rapporto circolare e ricorsivo tra:

- l'implicazione delle determinanti biologiche nello sviluppo mentale,
- le conseguenze delle esperienze relazionali nello sviluppo cerebrale,
- l'influenza delle modalità di funzionamento mentale nello sviluppo dei legami affettivi.

Se sosteniamo che è soprattutto la relazione interpersonale che cura e non più soltanto l'interpretazione psicoanalitica né un qualche meccanismo suggestivo o di condizionamento, come si dibatteva un tempo, allora finalmente si potranno aprire le porte della psicoterapia analitica a tutti quei pazienti, come nel caso della psicosi, che non possono facilmente accedere direttamente, almeno per le prime fasi del processo terapeutico, a modalità di funzionamento mentale di tipo immaginario e/o simbolico, e che quindi non possono ancora usufruire appieno dell'intersoggettività che caratterizza il processo terapeutico che anima i setting a bassa densità di conduzione. (Fasolo 2000; Lo Verso 2002)

La frontiera della ricerca empirica sulla psicoterapia analitica per i disturbi psicotici si sposta di conseguenza su:

- le prassi che permettano agli operatori delle discipline cliniche di instaurare e reggere la relazione terapeutica con questi pazienti,
- le caratteristiche co-transferali che questa relazione deve avere per essere realmente d'aiuto e/o il meno possibile iatrogena,
- i contesti terapeutici dove è possibile che questa specifica relazione clinica si generi e si mantenga all'interno di specifici dispositivi.

## Bibliografia

Barone R., Bellia V. (2000a). *Il volo dell'airone*, FrancoAngeli, Milano.

Barone R., Bellia V. (2000b). Schizofrenia, Gruppoanalisi e psichiatria di comunità; in Tagliavini, Cardamone G., *Ripensare le schizofrenia*, Dugnano (MI), Edizioni Colibrì.

Bocchi G., Ceruti M. (2004), *Educazione e Globalizzazione*, Milano , Cortina.

Brown D., Zinchin L. (1994), *The Psyche and Social World*, London, Routledge. Trad. it. (1996), *La Psyche ed il Mondo Sociale*, Milano, Cortina.

Brunori L. (2003), *Relational Goods in Society, Mind and Brain: Between Neurons and Happiness*, in *Group Analysis* , Vol.16 n.4.

Ceruti M., Lo Verso G. (1998). *Epistemologia della complessità e psicoterapia*, Milano, Cortina.

Dalal F. (1998), *Taking the Group Seriously*, London, Jessica Kingsley,. Trad. it. (2002). *Prendere il gruppo sul serio*, Milano, Cortina.

Di Maria F. (2000), *Psicologia della convivenza*, Milano, FrancoAngeli.

- Erikson E.H. (1959), *Identity and the Life Cycle*; New York: International Universities Press.
- Erikson E.H. (1968), *Identity: Youth and Crisis*; New York: Norton. Trad. it. (1980), *Gioventù e crisi d'identità*; Roma, Armando.
- Fasolo F. (1995). *Verso una psichiatria a vertice gruppale*, in Di Maria F., Lo Verso G., *La psicodinamica dei gruppi*, Milano, Cortina.
- Fasolo F. (1998). *Come può ancora fare senso la psichiatria*, in Ceruti M., Lo Verso G., *Epistemologia della complessità e psicoterapia*, Milano, Cortina..
- Fasolo F. (2000). *L'organizzazione dei gruppi in un dipartimento di salute mentale*, in Costantini A., *Psicoterapia di gruppo a tempo limitato*, Milano, McGraw-Hill..
- Fasolo F. (2002), *Gruppi che curano & gruppi che guariscono*; Padova, La Garangola.
- Fasolo F., Cappellari L. (1999), *Psichiatria di territorio. Almanacco 1999*, Padova, La Garangola.
- Ferraro A. M., Lo Verso G. (2007), *Disidentità e dintorni. Reti smagliate e destino della soggettualità oggi*, Milano, FrancoAngeli
- Freud S. (1914), *Introduzione al narcisismo*; in *Opere*, vol. VII, Torino, Boringhieri.
- Freud S. (1923), *Nevrosi e psicosi*; in *Opere*, vol. IX, Torino, Boringhieri.
- Kernberg O. F. (1975). Trad. it. (1978), *Sindromi marginali e narcisismo patologico*, Torino, Boringhieri.
- Kohut H. (1978), *The Search for the Self*, New York, International Universities Press. Trad. it. (1982), *La ricerca del Sé*, Torino, Boringhieri.
- Lo Coco G., Lo Verso G. (2006), *La cura relazionale. Disturbo psichico e guarigione nelle terapie di gruppo*. Milano, Cortina.
- Lo Piccolo C. (2000), *Paperino non ha storia. Disturbi di personalità e universi relazionali*; in Di Maria F., *Psicologia della convivenza*, Milano, FrancoAngeli.
- Lo Verso G. (1994), *Le relazioni soggettuali*; Torino, Boringhieri.
- Lo Verso G. (2002), *Il gruppo nel modello della gruppoanalisi soggettuale*; in Di Maria F., Lo Verso G., *Gruppi. Metodi e strumento*, Milano, Cortina.
- Lo Verso G., Federico T., Lo Coco G. (2002), *Il lavoro clinico coi gruppi nel sociale*; Roma: Borla.
- Napolitani D. (1987), *Individualità e gruppaltà*; Torino, Boringhieri.
- Nucara G., Menarini R., Pontati C. (1995), *La famiglia e il gruppo: clinica gruppoanalitica e psicopatologia*; in Di Maria F., Lo Verso G., *La psicodinamica dei gruppi*; Milano, Cortina.
- Pezzella M. (1996), *Narcisismo e società dello spettacolo*, Roma, Il Manifesto libri.
- Rossi Monti M. (2006). Prefazione a Stanghellini G., *Psicopatologia del senso comune*, Milano, Raffaello Cortina.
- Ruvolo G. (2000), *Aziendalizzazione della polis e coscienze comunitarie nell'azienda*; in Di Maria F., *Psicologia della convivenza*, Milano, FrancoAngeli.

Scabini E., Rossi G. (2003), *Rigenerare i legami: la mediazione nelle relazioni familiari e comunitarie*, Milano, Vita e Pensiero.

Stanghellini G. (2006), *Psicopatologia del senso comune*, Milano, Raffaello Cortina.