

Gruppo, supervisione, istituzioni. La supervisione di gruppo. In: Gruppi nelle Istituzioni, *Gruppi*, 3, Franco Angeli, Milano 2005.

## IL GRUPPO NEL CONTESTO ISTITUZIONALE E LA SUPERVISIONE DI GRUPPO

Presenterò il tema della supervisione con i gruppi istituzionali introducendo piuttosto che una trattazione sistematica alcune suggestioni e spunti per la riflessione e trattando più da vicino alcuni aspetti essenziali. Tali aspetti potrebbero risultare utili per l'individuazione dei complessi elementi che fanno parte della vita del gruppo nel contesto istituzionale e indicare le funzioni, i diversi assetti (supervisione, terapia, lavoro di équipe, ricerca) e le caratteristiche specifiche.

Accennerò brevemente anche alla terapia di gruppo che si svolge in ambito privato, o microgruppo analitico tentando di svolgere considerazioni comparative sugli aspetti comuni, o differenziati rispetto al campo mentale e alle funzioni che si attivano nell'ambito pubblico.

### **1. Enunciato generale: quale setting**

Vorrei introdurre una nozione preliminare relativa al setting per indicare come, da un punto di vista psicoanalitico, il setting privato e il setting istituzionale non siano fra loro sostanzialmente differenti. Anche se il setting materiale e il contesto del lavoro di analisi e cura cambiano, non cambia il setting di lavoro interno alla mente dell'analista, la sua lavorazione dei modelli, la sua finalità di porsi in relazione con il contesto. La seduta di analisi individuale o di gruppo non si svolge in nessun caso in uno spazio privato soggettivo, ma in un assetto e in uno spazio mentale condiviso,

che partecipa alla vita di un contenitore istituito e che tende a sviluppare un processo di legame, rappresentazione e conoscenza, al fine di rendere pensabili gli elementi e i contenuti che direttamente o indirettamente vengono a farne parte e a trovarsi in relazione fra loro.

Può avvenire che le condizioni generali di un ambito istituzionale, per motivi espliciti oppure inconsci del "campo istituzionale" (Correale 1991) non consentano l'instaurarsi del setting di cura, ma piuttosto diano segnali di saturazione e turbolenza, di sofferenza del gruppo curante e di perdita della fiducia e del pensiero creativo e che tendano a sviluppare piuttosto comportamenti rigidi o un eccesso di identificazione degli operatori con la patologia dei pazienti o sensazioni di logoramento e svuotamento della produttività dei ruoli, dell'efficacia del lavoro e della capacità di scambio e collaborazione. Si renderà così necessario che all'interno di quella situazione istituzionale si riordini la funzione del setting di cura, sia come insieme delle regole materiali sia come dispositivo di lavoro delle diverse unità di cura, perché sviluppino contatto, aumento del legame fra i membri e un processo elaborativo e di consapevolezza.

La partecipazione ad attività dinamiche di gruppo, a carattere esperienziale, o di supervisione sembra assolvere alla funzione di rigenerare un campo di legame e di scambio nel quale gli elementi saturati o incistati che hanno prodotto la turbolenza siano sollecitati a emergere e ad essere rivissuti in termini di esperienza diretta e di comprensione, per essere rielaborati e trasformati.

### **1 a. Nota sul gruppo-istituzione**

Le istituzioni hanno generalmente il compito di rappresentare e di contenere al loro interno un insieme di funzioni, regole e culture provenienti dal gruppo sociale. Questo funzionamento importato dalla cultura sociale può essere inconsapevole e automatico oppure può far parte della vita delle istituzioni con un contatto realistico e complesso con i loro problemi. In tutti i casi l'istituzione, particolarmente quella

sanitaria, delegata dalla comunità a tutelare la salute sociale, contiene in ogni sua attività, in ogni elemento della sua organizzazione e della sua vita alcune rappresentazioni collettive corrispondenti al suo mandato: essa è tenuta a considerare tali elementi, a riconoscerli, o come fisiologici e coerenti, oppure come interferenti nel processo di cura, ma in tutti i casi operanti al suo interno.

Quando Bion (1961) elaborò la sua teoria dei tre assunti di base come sistemi innati e arcaici usati dal gruppo per difendersi dall'esperienza evolutiva e di contatto con ciò che è sconosciuto, estese la sua concezione all'analisi del gruppo allargato della comunità, individuando la funzione di rappresentazione, contenimento e governo degli assunti di base attribuita alle principali istituzioni dello stato, a tutela della sua possibilità di progredire e di non essere travolto dalla violenza primitiva. I tre esempi proposti da Bion descrivono un funzionamento di scambio sociale complesso, basato sulla idea di relazione reciproca contenitore-contenuto. In questo quadro l'istituzione militare è immaginata come quella che contiene e rappresenta l'assunto di base di attacco-fuga. La Chiesa, come l'istituzione che esprime al suo interno ed elabora l'assunto di base di dipendenza. L'aristocrazia (in termini odierni dovremmo forse fare l'esempio della classe che detiene il potere economico e tecnologico, tendente all'integrazione globale) rappresenta e governa l'assunto di accoppiamento e l'attesa messianica della redenzione ad opera di un salvatore che dovrà nascere dall'accoppiamento dei migliori. Come si vede, i tre assunti, e le tre istituzioni, sono profondamente interrelati ai diversi piani del loro funzionamento. L'accoppiamento, la dipendenza e il terrore persecutorio si intrecciano, si sostituiscono, si subentrano a vicenda, o si associano a seconda dell'oscillazione del processo che è più in vista in una dato momento o in una data configurazione.

Il gruppo dell'istituzione sanitaria è delegato dalla comunità perché trasmetta e organizzi la sua cultura di base e la sua concezione dell'idea di salute, di malattia e cura. La regolazione dei bisogni e delle soluzioni da adottare sono in certo modo connesse stabilmente e reciprocamente con il sistema di richieste che provengono dalla cultura sociale (Girelli, Neri 2004). In tal senso ritroveremo nel gruppo

istituzionale generale e in tutte le sue parti un funzionamento tendente a veicolare, o a metabolizzare (e curare) al suo interno e verso l'esterno le varie facce di questo "mandato" e gli elementi della mentalità di base e della cultura del gruppo sociale. Ma oltre a governare un assunto sociale di malattia, l'istituzione curante ne fa parte e quindi è maggiormente a rischio di "ammalarsi", di funzionare in modo isomorfo con il suo oggetto (Barnà, Brignone 2004), sia a livello di unità che si ammala o non riesce a curare, sia a livello delle relazioni di contrasposizione o simmetrizzazione fra gruppi delle diverse unità curanti (Hinshelwood 1996).

La sollecitazione, rivolta al pensiero psicoanalitico e in particolare a quello orientato verso lo studio del gruppo, a riflettere sui problemi dell'organizzazione sanitaria, ha prodotto una notevole letteratura sviluppata negli ultimi decenni che ha preso in considerazione molteplici temi e ha messi in campo nuove elaborazioni dei modelli. Fra gli aspetti più importanti emerge la considerazione delle nuove patologie, che esulano dalle tradizionali categorie psichiatriche e che sono nuove anche rispetto all'impianto classico delle formulazioni psicoanalitiche originarie e che impongono la rielaborazione teorica e il rimaneggiamento dei modelli di lavoro (Correale, Rinaldi 1997; Green 2002). Molti studi sono centrati sui bisogni e la sofferenza del gruppo istituzionale (v. Correale, Kaës, Kernberg, Pines 1996; Hinshelwood, 2004) e sull'apporto del punto di vista psicoanalitico (Bonfiglio 2000; Tagliacozzo 2005); vari contributi trattano la funzione della supervisione esterna (C.A. Barnà; A. Correale; R. Tagliacozzo) e la formazione (Ferruta 2003) anche in relazione a temi specifici di istituzioni specializzate, come quelle per il trattamento degli adolescenti (cfr. Telleschi, Torre 2005).

### **1 b. Gruppo terapeutico nell'istituzione**

Se il conduttore di un gruppo che si svolge all'interno di un contesto istituzionale ha molto bisogno del contenimento del più generale gruppo istituzionale e vi fa conto in modo dipendente, rischia di confondere gli elementi che dovrebbero

far parte del processo di gruppo delegandoli al contesto istituito e non riuscendo a inserirli nella responsabilità psichica della mente propria e del gruppo. D'altra parte la "impregnazione culturale" che promana dall'istituzione (Dubor 1970) può avere un valore di stimolo a regolare il tempo evolutivo del passaggio dagli elementi di "azione" della cura istituzionale, verso elementi di pensiero simbolico e può promuovere nel tempo l'elaborazione di quei contenuti che vengono "depositati" nel contesto impersonale proprio per le loro qualità impensabili e di difficile elaborazione soggettiva (Tagliacozzo 1986).

Ma se al contrario un conduttore di un gruppo istituzionale fosse molto isolato dal contesto istituito nel quale il gruppo è nato ed è stato concepito e se tendesse a delimitare la propria indipendenza mentale e culturale, il proprio modello e l'autoreferenzialità del suo gruppo di terapia, perderebbe allora la possibilità di riconoscere una componente di base della situazione del gruppo e di verificare le capacità del modello stesso di mantenersi in contatto con essa al fine di elaborare i significati e la qualità dei legami. Correale (1981) illustra come il legame dell'équipe curante con la vicenda storica del gruppo istituzionale in cui essa opera e da cui è contenuta e che contiene la storia, i miti, la memoria e le vicissitudini dell'istituzione stessa, aiuti l'équipe a fruire delle valenze e risorse psichiche del gruppo. Il gruppo équipe sviluppa nel tempo longitudinale del suo lavoro una memoria e un patrimonio di risorse basato sulla condivisione affettiva anche intima e confidenziale, che tende a stimolare la ricerca, l'elaborazione, il confronto e, quindi, il contenimento creativo dei casi e del campo psichico che essi producono nel contesto istituito. Parallelamente la funzione di organizzatore e regolatore affettivizzato dell'evoluzione del gruppo-équipe svolta dall'accumulo temporale del suo sedimento e della sua memoria storica rischia anche d'altra parte, secondo Correale, di rallentare e condizionare lo slancio ideativo e innovativo del gruppo-équipe stesso e la valorizzazione della sua autostima (Di Leone 2004) come organismo in grado di autoregolarsi.

Il gruppo terapeutico nel contesto istituzionale fa parte dell'insieme emotivo, affettivo, mentale, relazionale interno al campo mentale dell'istituzione. Il transfert

dei suoi membri con il conduttore e i microtransfert fra i membri tendono a riportare all'interno del gruppo i contenuti, gli stili, i modelli che compongono questo insieme del contesto o in ogni caso a radicarvisi, trattenendoli al proprio interno come elementi costitutivi della fondazione e della storia del gruppo. Gli elementi del contesto promanano dal setting inteso come ambiente allargato (le caratteristiche materiali costanti, come l'atmosfera, lo spazio, le consuetudini orarie, il flusso delle presenze di altri operatori e pazienti, il clima acustico, lo stile con il quale è arredato l'ambiente ecc); e dall'incontro con le figure che svolgono i diversi ruoli (al telefono, all'accoglienza, al momento delle cure infermieristiche, nella consultazione medica e psichiatrica ecc) e che andranno a far parte all'interno del gruppo del materiale di elaborazione e di significazione. In particolare gli elementi dell'appartenenza istituzionale, quindi della sua "eternità" inconfutabile, della sua costanza nel tempo, del potere e sapere medici conferiti ufficialmente dalla società per erogare cure e assistenza a carattere permanente e indiscutibile, si ritroveranno all'interno del gruppo come configurazione della relazione con il conduttore - e conseguentemente con gli altri partecipanti. A seconda quanto è sentita rassicurante e accessibile la sua funzione di curante e quanto dà prova di stabilità a fronte della malattia, ma anche di comprensione per la sua pena e la sua gravità, sarà possibile che il transfert puramente istituzionale (cioè passivo e arcaico) si trasformi in possibilità di elaborazione e partecipazione fiduciosa ad un processo collettivo. Proprio nel gruppo l'assunzione di responsabilità psichica in luogo dell'attesa di salvezza passiva, e la fiducia di riuscire a trasformare la nozione di malattia immodificabile in occasione produttiva che può generare esperienza e cambiamento, si rendono maggiormente possibili in quanto vanno a far parte di un processo condiviso, con un forte valore coesivo (Neri1995). Per molte patologie nelle quali la carenza identitaria e la fragilità del sé hanno una importanza di fondo, il legame del gruppo, più diffuso rispetto all'assetto duale, può risultare meno opprimente e claustrofobizzante; mentre d'altra parte il processo di gruppo, che per sua natura stimola le aree indistinte della mente, è basato su un campo di elementi e sistemi mediante cui queste potranno essere

riattualizzate e rivissute nel qui e ora della seduta. I sistemi dei quali dispone il gruppo per la rielaborazione, la messa in comune e la trasformazione dei pensieri, fantasie, ricordi, rappresentazioni che si sviluppano all'interno del campo, sono molteplici. Il gruppo aumenta l'attività identificativa e di rispecchiamento (Foulkes 1964; Pines 1986) dei partecipanti; l'incontro e lo scambio delle "valenze" (Bion 1961) profonde e lo sviluppo di campi mentali condivisi, in cui confluiscono apporti di mondi psichici diversi, che nel qui e ora della seduta potranno essere partecipati e coordinati. La situazione e l'atmosfera irrealistica del gruppo inoltre consentono al singolo di fare esperienze emotive in una condizione di sogno condiviso (Anzieu 1976), che aiuta il racconto mitico e onirico (Gaburri 2004), la catena associativa (Kaës 1993), l'amplificazione tematica (Corrao 1998, ripresa da Correale, 2001) e la possibilità di risuonare con contenuti emotivi e psichici che la mente singola non accetterebbe (Marinelli 2004 bis) o di cui non riuscirebbe a fare esperienza.

Un elemento che qualifica la vita del gruppo sta anche nel tipo di fondazione e nascita che esso ha avuto. E' molto importante considerare il modo di costituirsi del gruppo, la sua origine e la motivazione a nascere in una data situazione germinale, in un gruppo istituzionale, o nella mente di un singolo, in cui si è originata la sua "preconcezione" (Bion 1970) prima di fare la "realizzazione". Il gruppo che si riunisce e inizia il suo percorso è nato e si è organizzato con i suoi elementi embrionali e fondanti prima del suo inizio materiale.

Certamente la formazione di un gruppo terapeutico è complessa e può avere diverse origini: può darsi che nell'ambito territoriale nasca sulla base di un bisogno pratico ed economico, come quello di riunire più individui in uno stesso spazio tempo per la terapia; o sulla base di una similarità patologica o di altre forme tematiche che si presentano come "omogenee" (Marinelli 2004). Oppure il gruppo può nascere per riunire pazienti per i quali una condizione sociale sarebbe più attivante, o più adatta a collegarsi con gli aspetti indifferenziati del sé; con gli elementi psicosomatici e somatopsichi e con quelli che fanno parte dell'area della dipendenza. Un gruppo può anche essere organizzato sulla base di una ricerca tematica che coinvolge un certo

territorio, o sulla base di un progetto promosso da un singolo curante o équipe e anche dall'interesse di ricerca. In tutti i casi queste origini saranno riconosciute come un patrimonio specifico, matriciale e tenderanno a configurarsi all'interno del gruppo, lungo il corso della sua vicenda, con caratteristiche riconoscibili, alle quali verranno nel tempo conferiti diversi significati, tendenti a ricomparire ciclicamente, nelle varie fasi di vita del gruppo, probabilmente in funzione del bisogno periodico, o legato ai momenti di destabilizzazione, di ricollegarsi con le basi dell'identità originaria e storica, per ristabilirla durante i momenti di cambiamento o per rinnovarla nelle fasi di inerzia, o per rinforzare l'identità affettiva a fronte del timore di lacerazioni della continuità (vedi l'idea della funzione del *Genius loci* del gruppo in Neri 1995).

Un ulteriore elemento da considerare riguarda le differenze di setting e di formazione di un gruppo di terapia strutturato nell'ambito delle strutture residenziali, che pone alcuni aspetti specifici ai quali è appropriato qui accennare. Il gruppo nella comunità terapeutica o nel Day Hospital o in certo senso anche nel reparto ospedaliero fa parte della vita stessa dell'istituzione, nella quale molte attività di vita quotidiana, di riabilitazione, di gruppo intermedio sono proposte e organizzate dall'équipe. Il gruppo terapeutico quindi vi nasce con caratteristiche proprie, connesse con un particolare stile di confidenzialità e vicinanza sensoriale. I pazienti condividono un contatto quotidiano, una sensorialità, una comunicazione concreta, uno scambio di informazione e di pensieri costante. Il gruppo appartiene alla struttura che lo contiene, alla sua storia, alla sua atmosfera, vi è quasi immerso e intrattiene con essa una relazione fortemente reciproca di contenuto che attende di essere metabolizzato ma che anche fornisce sostanza e ritmo al contenitore. Le idee di fondazione e di identità di un gruppo in un contesto come questo tendono a far parte dell'identità stessa dei membri e sono basate fortemente sulle qualità storiche dell'istituzione, sui suoi miti fondativi, sulla concezione della malattia e della cura propria di quella data struttura e sul valore delle relazioni di accudimento sensibile e costante degli operatori.

Ma questo tema, nel numero della rivista, è altrove trattato più specificamente.



In tutti questi casi, la supervisione in gruppo portata da un supervisore non coinvolto nelle dinamiche storiche di una determinata unità territoriale, e che non fa parte direttamente dei legami interni alla concatenazione sociale con cui essa è collegata, può essere di molto aiuto per ristabilire uno spazio di legame, di elaborazione e pensiero più differenziato e creativo (cfr. par.1. a, 2. a.)

## **2. Gruppo di supervisione con gli operatori**

Anche il gruppo degli operatori riunito per la supervisione riporta una propria concezione dell'essersi riunito che risulta legata a un' idea fondante relativa all'origine del gruppo. Può darsi che sia difficile rintracciarla, poiché la supervisione nasce solitamente sulla base di esigenze degli operatori collegate a molteplici fattori. Sovente tali fattori sono legati al disagio causato dalla gravità dei pazienti o dall'organizzazione inadeguata della struttura e il più delle volte bisogna che il lavoro di supervisione e di messa in comune delle idee e delle emozioni proceda un bel po' prima che i bisogni e le motivazioni più reali emergano. Attraverso l'esame dei casi, o direttamente nei gruppi di formazione o esperienziali, emerge la consapevolezza di un agire come curanti all'interno della struttura che è stato finora quasi sostitutivo del pensare, o non sufficientemente connesso con uno spazio per pensare e condividere più adeguato rispetto all'impegno della presa in carico. Spesso la ripetizione e l'immobilità nel tempo, l'assuefazione alla gravità e alla frustrazione delle guarigioni impossibili possono generare una tendenza degli operatori a non discriminare a sufficienza lo stato mentale proprio da quello dei malati, o a identificarsi con la parte più impotente del lavoro e a scegliere posizioni di distacco o isolamento, o addirittura di ostilità. Il gruppo di supervisione riattualizzando le esperienze di lavoro e collegandole ad un contesto emotivo, affettivo, ideativo amplificato e condiviso, riesce a restituire ai curanti il desiderio di apprendere, di distinguere, di riconoscere la qualità e lo stile del proprio operare e vitalizza l'interesse alle condizioni dei malati e all'apprendere dall'esperienza a modulare l'autostima come équipe (Di Leone 2004) e

un grado appropriato di fiducia nel grado di evoluzione che i pazienti potranno maturare. Le attese onnipotenti possono essere ridimensionate e di pari passo può crescere la tolleranza della frustrazione e l'apprezzamento dell'esperienza e del legame, sia verso i colleghi sia verso i pazienti. L'emergere nel gruppo delle ragioni del disagio può essere a volte estremamente penoso e richiedere un tempo anche lungo, in quanto può coinvolgere idee e fantasie personali degli operatori e mettere in discussione la loro relazione e motivazione di lavoro.

In tutti i casi all'interno del gruppo di supervisione è importante stabilire un legame fra le idee e le emozioni connesse con la nascita del gruppo stesso, con le sue origini, la sua vitalità e coesione, con la vicenda del gruppo istituzionale allargato, e i pensieri e fantasie sviluppate a partire dal caso clinico. Rintracciare e valorizzare questo legame è indispensabile se si tende a rifornire il gruppo di un'esperienza di efficacia, di reale condivisione, di ampliamento del campo ideativo e evolutivo, a fronte dell'attività di accoglimento e elaborazione della presa in carico dei casi.

## **2 a. Supervisione e lavoro del gruppo**

Una risorsa straordinaria del gruppo di supervisione con operatori dei Servizi, (specialmente se i partecipanti sono realmente desiderosi di essere aiutati a comprendere la loro esperienza e forse la loro motivazione soggettiva al lavoro che hanno scelto) sta nell'attivazione simultanea di vari piani psichici e nell'incontro delle valenze psichiche (Bion 1970) del gruppo di partecipanti con le valenze del caso introdotto nel gruppo. Se il setting e il dispositivo del gruppo (il termine dispositivo, preferito dagli psicoanalisti francesi, indica l'organizzazione del lavoro attivato dal gruppo perché emergano le componenti inconsce e siano modulate le appropriate condizioni per la loro rielaborazione) lavorano adeguatamente l'attivazione dei partecipanti è immediata e i contributi avranno qualità multidimensionali. La presentazione stessa del caso nel gruppo da parte di uno o più operatori avviene in termini attivi e ricchi di notazioni su diversi piani. Il caso presentato è in un certo

senso già diretto ad un gruppo, ed è concepito, direi, come un prisma a molte facce fin da quando viene pensato per la supervisione o meglio fin da quando l'operatore fa la seduta che verrà presentata al gruppo di supervisione. Il caso di una seduta di gruppo portata in un gruppo, quello della supervisione, crea movimenti psichici particolarmente complessi. Il confronto si fa subito polidimensionale e le valenze semantiche delle seduta su cui il gruppo lavora sono attive su piani diversi e simultanei. Tanto più il caso portato è grave e difficile quanto più attiverà fantasie, pensieri, associazioni, ricordi e ricerca anche accelerata (difensiva) di soluzione, Si può sviluppare nel gruppo, specie se ha già condiviso esperienze e un metodo di lavoro, una sintonizzazione emotiva, con produzione di racconti collegati all'ambito degli elementi propri del caso e tendenti ad ampliarne la significazione e la ricchezza espressiva. Al contrario però, quando questa modulazione non si crea e i contenuti del caso sono sentiti come elementi che si disseminano nel gruppo in modo distruttivo e preponderante, può verificarsi una risposta di proliferazione delle immagini e delle metafore, che si presentano più intense e troppo cariche di senso, di difficile comprensione e hanno qualità saturanti e finalità sostanzialmente difensive. In altre situazioni può prevalere uno stato di paralisi immaginativa, di incapacità a organizzare una rappresentazione simbolica (Correale 1989) e un vissuto di impotenza e inerzia. Al contatto con alcuni casi più gravi sembra che velocemente nel gruppo possa diffondersi sia la fantasia grandiosa di cura, sia il timore di non poter contenere la gravità se non frapponendo una distanza, o anche un ritiro, oppure il ricorso a soluzioni pragmatiche, di solito contrapposte, o ad addensamenti produttivi che intasano un pensiero più fluido e la libertà di rappresentare.

Personalmente credo che i pensieri e le fantasie che si producono nel gruppo di supervisione, a fronte del caso grave, sia che abbiano natura conflittiva o invece sinergica, sintonica o apparentemente distante, sia che abbiano qualità metaforizzanti e simboliche, oppure tendano a produrre ed esprimere uno stato di paralisi ipnotica, di timore della pervasione contagiosa dei contenuti distruttivi e dell' attacco al pensiero che promanano dal campo di elementi del caso e penetrano nello stato mentale del

gruppo, comunque credo che la scena prodotta da queste reazioni sia utilizzabile in tutti i casi per produrre un più ricco e pertinente lavoro metabolico e per creare un campo rappresentazionale sintonico e fruibile per l'attività di comprensione e di rinvenimento delle qualità specifiche del caso trattato ed esperito in comune. Direi che la risposta del gruppo di supervisione, anche quando è di coinvolgimento nell'attacco al legame e alla conoscenza, o di invasione e perdita dei confini separativi fra gruppo di operatori che lavorano qui e caso che si svolge altrove, abbia un inestimabile valore di risonanza, di collegamento, e di teatralizzazione dei contenuti e delle caratteristiche del caso, e che questo crei una appropriata dimensione di lavoro con le caratteristiche di fondo del caso stesso. Questa scena amplificata e amplificante si rivela utile non solo a comprendere, ma a far avvenire qui ciò che non può avvenire ed essere detto là (per esempio il contenimento della frammentazione, della violenza dei sentimenti e dell'angoscia, del terrore di annientamento, la possibilità di far rivivere la negazione e la scissione ecc).

E' anche possibile che in tale situazione di gravità del caso portato nel gruppo si slatentizzino elementi di collusione e di rottura soggettiva, durante il tentativo di dialogare con gli elementi soprattutto frammentati, scissi e persecutivi. Ma il dispositivo del gruppo, se lavora appropriatamente, è comunque immaginato anche come sogno collettivo nel quale si depurano gli elementi disgregati, si metabolizzano gli affetti incoesi o confliggenti e la fantasmaticizzazione si amplia in spazi imprevisi, in dimensioni sociali della mente che da solo l'individuo non attiverebbe e verso dimensioni spaziotemporali non allineate con quelle della coscienza e della linearità secondarie. Tale ciclo eccezionale di pensieri, affetti, movimenti psichici condivisi che si realizza è anche subito sentito come utile al trattamento del caso, come se il gruppo realizzasse da se stesso l'importanza del lavoro che esso svolge qui per risuonare con il lavoro e le fenomenologie che si svolgono e si svolgeranno là, altrove, nel luogo della cura di quel caso, nella mente del paziente e dell'operatore che elaborano i suoi elementi.

## **2 b. Caso clinico presentato da operatori dei Servizi sociali**

Una assistente sociale resoconta un caso seguito da un Servizio abruzzese per il quale lavora. Si tratta di una signora e di suo figlio di 16 anni, che da circa tre anni è seguita, insieme al suo convivente e al figlio di lui, della stessa età del suo, dal Servizio sociale nella quale ella è emigrata dalla sua città campana. Il chiarimento successivo evidenzia altri dati: la signora è entrata a far parte di un programma di protezione, avendo assistito assieme a suo figlio ad un delitto per il quale la polizia ritiene di doverli allontanare e proteggere. Ella ha accettato il programma, rinunciando con ciò alla vicinanza di sua madre, che è contraria, e alla figlia, che resterà presso la nonna. La relatrice sostiene che il convivente e suo figlio si sono associati alla signora a scopo di lucro, data la facilità di ottenere denaro con il programma di protezione. Sono descritti vari spostamenti della signora e di tutto il gruppo come spostamenti strategici, legati ad una intenzione di sfruttamento dei beni sociali, di rifiuto di attivarsi e lavorare in vista di un nuovo inserimento sociale e civile più costruttivo. Inoltre la città abruzzese che ha ospitato la signora e il gruppetto annesso a lei viene descritta come una città isolata e pulita che proprio per questo spesso deve subire intrusioni criminali connesse con il bisogno di isolamento ed estraneità al mondo del crimine. La signora ha perso i suoi elementi identitari e usa documenti con un nuovo nome. E' descritta come una madre che sfrutta anche il proprio figlio, al quale richiede un ruolo di esecutore materiale per tutte le necessità e infine un ruolo di "marito". Emerge che la signora ha perso il marito in un delitto, una sparatoria simile a quella di cui è stata testimone oculare insieme al figlio. La relatrice descrive lo stato di deprivazione e degrado domestico, il rifiuto di cure psicologiche e di inserimento lavorativo da parte della signora e del suo convivente, la incipiente delinquenzialità del figlio e del convivente, il figlio del quale invece è trattato come un eletto, sfruttatore di tutto il gruppetto - mentre il figlio della signora è l'unico che svolge i lavori domestici, almeno in occasione delle visite domiciliari da

parte del Servizio, che deve decidere per il suo affidamento. Sembra che la signora tema infatti soprattutto l'eventualità di perderlo.

Il gruppo lavora sul caso con un totale scoraggiamento: viene sottolineato soprattutto l'elemento della corruzione, o collusione delle istituzioni nei confronti di questo gruppo criminotico di sfruttatori dei beni sociali, che usano violenza, crimine e ricatto al fine di impedire ogni collaborazione e processo di cambiamento. Infine nel gruppo nasce una considerazione di carattere meno pessimistico e globale: si nota che la signora ha deciso il nomadismo e la perdita dell'identità non solo per entrare nel programma e per ottenerne i vantaggi, ma per contrastare il parere della madre. Viene ritrovato e messo in evidenza come l'aver assistito ad un delitto, da parte della signora e di suo figlio, sia stato simile all'aver perso in un tempo di poco precedente e in modo simile il marito (in una sparatoria) e come questi elementi siano da vedere in termini di lutto inelaborato e inseparabilità. Il gruppo fa un processo a partire da queste considerazioni e si ritrova infine che la signora, dopo avere accusato e sfruttato Servizi sociali, psicologi e datori di lavoro per non averle accordato soluzioni al suo problema per il quale ritiene responsabile la società, in fondo si è successivamente predisposta a riassumere, dopo tante vicissitudini e "azioni" di tipo paracriminale, il nome e l'identità reali, a uscire dal programma di protezione, dopo tanti nomadismi persecutivi e perfino a ipotizzare di rientrare nel suo paese. Il gruppo sembra orientato a pensare che il Servizio sociale, che si è sentito solo sfruttato e impotente, abbia in realtà traghettato un problema di identità e separazione impossibili, aiutando un processo di elaborazione del lutto, che il lungo periodo criminotico di "azione" priva di pensiero ha però incubato (Dubor 1970), verso una rappresentazione e restituzione identitaria, contenente una nuova funzione simbolica e separativa. Parallelamente si svolge nel gruppo, ad un piano soggiacente, un secondo processo di attacco e recupero della fiducia: si tratta infatti della possibilità di pensare che l'identità dell'assistente sociale, a fronte della supervisione con il supervisore, rischi di essere denigrata e risulti indefinita, non dotata di funzione terapeutica, impersonale e molto dipendente da altre gerarchie pubbliche. Il valore

che il gruppo e il supervisore assegneranno alla presentazione e alla elaborazione del caso saranno quindi di cruciale importanza e la tendenza a produrre fantasie di attacco denigrativo al funzionamento del caso tende piuttosto ad attaccare la propria funzione, al fine di preservarla dal timore dell'insuccesso. Soprattutto in questo caso il campo di elementi specifici era dato dalla impersonalità del ruolo, dalla identificazione con il bene sociale, dalla distanza rispetto alla relazione terapeutica e anzi al bisogno di differenziarsene, valorizzando per contro la supremazia del sociale, del collettivo, del civile come istanza più "alta", non soggettiva e privata. Se il supervisore potrà valorizzare le elaborazioni e le fantasie sviluppate all'interno del gruppo e fare in modo che il loro senso possa essere ricollegato, insieme alle caratteristiche del caso clinico, anche ai processi del qui e ora della seduta e alle rappresentazioni che il gruppo fa di se stesso e della sua condizione specifica, questo potrà sviluppare un vero cambiamento nell'orientamento e nello stile di conduzione del caso stesso da parte degli operatori, giovando in modo sostanziale all'intonazione di una nuova fiducia di base nel processo evolutivo di quello e di altri casi presi in carico.

### **3. Gruppo terapeutico privato**

L'analista che sta di fronte al suo gruppo senza alcun altro contenitore oltre quello dello studio, del setting e del suo proprio assetto mentale, si relaziona all'oggetto gruppo in modo diverso rispetto al conduttore del gruppo istituzionale dal punto di vista soprattutto, dirò così, spaziale. E' come se il luogo del lavoro che l'analista realizza, e probabilmente anche il tempo - sia come durata, sia come dimensione concepita e prodotta all'interno della mente soggettiva, oppure collocata e relazionata nel contesto istituito - fosse, in termini di rappresentazione, diversamente dislocato. I contenuti con i quali egli entra in rapporto sono organizzati soprattutto dal suo pensiero, e all'interno dello spazio che sarà riuscito a ordinare, nel quale egli svolge i processi metabolici relativi ai contenuti mentali, psichici, emotivi, affettivi del

gruppo. Il referente del contenitore istituzionale invece, all'interno del quale si potrebbero ritrovare contenuti agglutinati, trasferiti (Bleger 1966), incorporati (Rouchy 1998) e sedimentati nella memoria storica (Correale 1991) e affettiva (Perrotti 1983), non fa parte attiva e diretta del territorio del gruppo privato, se non in modo diverso. In un certo senso il referente istituzionale è presente in tutti i casi, ma è indiretto e diversamente dislocato dal punto di vista dello spazio-tempo del lavoro analitico, in quanto esso (contenitore istituzionale) entra a far parte del campo di gruppo privato solo tramite le appartenenze indirette dei membri ai gruppi istituiti. Il transfert istituzionale con le sue qualità specifiche (Tagliacozzo 1986) è trasferito in modo più indiretto in altri contenitori istituiti, che in tutti i casi stanno all'origine delle appartenenze di ogni membro del gruppo. Credo che sto proponendo di pensare che la qualità del rapporto di attesa e pretesa infinita focalizzato sul "seno istituzionale" dell'istituzione curante (Tagliacozzo ibidem) può prodursi pure in altri contesti, anche in assenza di percorso sanitario vero e proprio. Sarà necessario infatti esplorare per questo la relazione familiare (Nicolò 2004), medica (Bruni 2004), etnica, linguistica e culturale, per ritrovare i medesimi funzionamenti istituzionali degli "incorporati" sociali della mente individuale (Rouchy ibidem) nel senso di deleghe in cui sono stati traslocati verso il gruppo di riferimento o di appartenenza contenuti psichici inelaborati o trattati in un registro profondamente passivo e derealizzato, desoggettivato. Però, a differenza del gruppo che si svolge nell'ambito pubblico, il gruppo privato è maggiormente e più direttamente identificato con il suo campo e la sua produzione di elementi inconsci, il suo spazio psichico è più indeterminato e espanso verso direzioni libere qui e ora, in quanto il teatro relazionale non è delimitato e mediato dalla cornice fornita dal caso clinico e dal contesto istituito e il processo del gruppo non ha oggetti di confronto - da includere, riconoscere o escludere al fine di discriminarli, o separarsene, o trasformarli, o altro ancora. Si può dire che la vicenda del gruppo sia un regolatore che fornisce spazio, scansione e limiti allo svolgimento delle sedute, proprio come nel gruppo istituzionale, ma che l'oscillazione soggettiva del gruppo è più priva di



confini e in un certo senso la sua matrice è maggiormente autoriferita o centrata. Come appare fortemente anche nella supervisione il gruppo privato si centra maggiormente sull'elemento transferale e del controtransfert dell'analista, mentre nell'ambito pubblico, ancorché gli affetti emotivi e trasferali del gruppo possano rivestire importanza e significato notevoli, lo spazio del gruppo e il suo processo restano fortemente connessi con lo spazio e il processo dell'istituzione ospitante, in qualità di un mediatore che assorbe una quota significativa del legame e che crea una (utile o utilizzabile) barriera di delimitazione (e di contatto), all'interno della quale l'oscillazione fra i processi di derealizzazione e di risoggettivazione avvengono in micro tempi e micro spazi che sono specifici di quella situazione. Si può dire che il setting di lavoro non cambia in quanto non cambia la funzione analitica e la necessità che vi siano le condizioni per le quali essa possa svilupparsi. Ma si può precisare che alcuni elementi costanti del lavoro nelle due diverse collocazioni siano da riconoscere come specifici, in quanto in un caso sono metabolizzati solo all'interno della mente dell'analista e nell'altro sono metabolizzati all'interno della mente dell'analista in quanto parte di un campo mentale mediato dal campo storico istituito di appartenenza.

## **Sommario**

*Si mette in evidenza come la supervisione di gruppo in ambito istituzionale sia una funzione correlata con molteplici fattori del più ampio gruppo formato dal contesto, la cui comprensione qualifica il processo evolutivo del gruppo stesso e l'elaborazione dei casi. Si considerano, mediante brevi riferimenti comparativi al gruppo terapeutico istituzionale e anche privato, gli elementi invariati e variabili del setting di analisi, al fine di individuare uno specifico modo di funzionamento del campo dinamico attivato dal dispositivo del gruppo di supervisione. Tale campo di lavoro sarebbe volto a facilitare nel qui e ora della seduta una amplificazione tematica condivisa e sintonica con gli elementi nucleari del caso trattato, sollecitando un*

*processo di trasformazione di tali elementi che si estenderà anche ai molteplici contenitori nei quali il caso transita e con cui è direttamente o indirettamente in relazione.*

## **Bibliografia**

- Ancona L. (2004), *Il gruppo luogo e sostanza di sogno*, in Marinelli S., Vasta F. (a cura di), *Mito sogno gruppo*, Borla, Roma.
- Anzieu D. (1976), *Il gruppo e l'inconscio*, Borla, Roma, 1979.
- Bamà C.A. (1993), Esperienze di supervisione nei Servizi, *Quaderni di Koinòs*, 3, 1995.
- Bamà C.A., Brignone A. (2004), *Mito sogno gruppo*, Boria, Roma.
- Bion W.R. (1961), *Esperienze nei gruppi*, Armando, Roma, 1971.
- Bion W.R. (1970), *Attenzione e interpretazione*, Armando, Roma, 1973.
- Bleger I. (1966), Psicoanalisi del quadro psicoanalitico, in *Setting e processo psicoanalitico*, Raffaello Cortina, Milano, 1988.
- Bonfiglio B. (2000), *Uno psicoanalista al Servizio*, Borla, Roma.
- Carnarda F., Pepe B., Refe M, (2004) (a cura di), *L'orecchio di Van Gogh*, in *Le storie di vita*, Intervista I, p. 34, Kairos, Chiaravalle, Regione Abruzzo.
- Corbella S. (2003), *Storie e luoghi del gruppo*, Raffaello Cortina, Milano.
- Corrao F. (1998), *Orme*, Raffaello Cortina, Milano.
- Correale A. (1991), *Il campo istituzionale*, Boria, Roma.
- Correale A. (1993), *La supervisione nei Servizi pubblici*, in Asioli F., Ballerini A., Berti Ceroni G. (a cura di), *Psichiatria nella comunità cultura e pratica*, Boringhieri, Torino.
- Correale A. (2001) (a cura di), *Borderline*, Borla, Roma.
- Correale A., Rinaldi L. (1997) (a cura di), *Quale psicoanalisi per le psicosi*, Raffaello Cortina, Milano.
- Di Leone G. (2004), La regolazione dell 'autostima nell'équipe di un Centro di Salute Mentale. Omogeneità e differenze, in *Gruppi omogenei*, Borla, Roma.
- Dubor P. (1970), *Lo psicoanalista in ascolto del tossicomane*, tr. it. Borla, Roma 1999.
- Fazio A. (2004), Il lavoro di gruppo con lo Staff in un reparto psichiatrico londinese: dalla disfunzionalità dell'Istituzione frammentata, allo stato nascente di comunità terapeutica, in *Gruppi omogenei*, Borla, Roma.
- Ferruta A. (2003), La psicoanalisi fuori della nicchia ecologica. A contatto con le patologie gravi nelle Istituzioni, in Rinaldi L. (a cura di), *Stati caotici della mente*, Raffaello Cortina, Milano.
- Foulkes S.H. (1964), *Psicoterapia e analisi di gruppo*, Boringhieri, Torino, 1967.
- Girelli R., Neri C. (2004), La nozione di malattia. Considerazioni storiche, antropologiche e cliniche, *Rivista Italiana di Gruppoanalisi*, 2.

- Green A. (2002), *Idee per una psicoanalisi contemporanea*, Raffaello Cortina, Milano 2004.
- Hinshelwood R.D. (1996), Day Hospital e Servizi: relazione tra i gruppi, *Koinòs Fattori Terapeutici nei Gruppi e nelle Istituzioni*, 3.
- Hinshelwood R.D. (2004), *Suffering Insanity*, Psychoanalytic Essays on Psychosis, London.
- Kaës R. (1993), *Trasmissione della vita psichica tra generazioni*, tr. it. Borla, Roma, 1995.
- Kaës R., Pines M., Kernberg O., Correale A. (1998), *Sofferenza e psicopatologia dei legami istituzionali*, Borla, Roma.
- Marinelli S. (2004a), *Funzioni dell'omogeneità*, in *Gruppi omogenei*, Borla, Roma.
- Marinelli S. (2004b), *I miti del gruppo. Demitizzazione e rimitologizzazione*, in *Mito sogno gruppo*, Borla, Roma.
- Neri C. (1995), *Gruppo*, Borla, Roma.
- Nicolò Corigliano A. (2004), *Qualità e funzione familiare dei sogni nel setting familiare e di coppia*, in *Mito sogno gruppo*, Borla, Roma.
- Perrotti P. (1983), *Eclissi dell'io nel gruppo terapeutico*, in *La processualità nel gruppo*, Bulzoni, Roma.
- Pines M. (1983), La specularità nella psicoterapia di gruppo, tr. it. *Quaderni di Psicoterapia di Gruppo*, 1.
- Rossimonti M. (2005), Recensione a *Gruppi omogenei*, di Corbella S., Girelli R., Marinelli S. (a cura di), *Funzione Gamma Site*, [www.funzionegamma.edu](http://www.funzionegamma.edu).
- Romano R. (1975), Seminario sull'esperienza psicoanalitica, presso il Centro Ricerche di Gruppo, "Il Pollaiolo" di Roma.
- Rouchy J.C. (1998), *Il gruppo spazio analitico*, tr. it. Borla, Roma, 2000.
- Searles H.F. (1986), *Il paziente borderline*, Boringhieri, Torino, 1988.
- Tagliacozzo R. (1986), Il Servizio di un DSM visto dal punto di vista di uno psicoanalista: modelli relazionali ed eventi trasformativi psichici, *Gruppo e Funzione Analitica*, VII, 3.
- Tagliacozzo R. (2005), *Ascoltare il dolore. Scritti*, Astrolabio Ubaldini, Roma.