

MARCO LA SCALA

**Il dialogo possibile tra
Psicoanalisi e Psichiatria**
Animare l'intervisione nei gruppi clinici

Prefazione di *Roberto Musella*

Con contributi di: *Maria Ceolin, Gaetano Filocamo
Daniela Lagrasta, Andrea Pasqui, Carmen Riemer*



Collana **I territori della Psiche**

diretta da *Doriano Fasoli*

Board Scientifico: *Alberto Angelini, Andrea Baldassarro, Nicoletta Bonanome,
Carla Busato Barbaglio, Nelly Cappelli, Giuseppina Castiglia, Domenico Chianese,
Cristiano Cimino, Rita Corsa, Antonio Di Ciaccia, Riccardo Galiani,
Roberta Guarnieri, Lucio Russo, Marcello Turno.*



Alpes Italia srl – Via G. Gatteschi 23 – 00162 Roma
tel./fax 06-39738315 – e-mail: info@alpesitalia.it – www.alpesitalia.it

© Copyright

Alpes Italia srl – Via G. Gatteschi, 23 – 00162 Roma, tel./fax 06-39738315

I edizione, 2025

Marco La Scala, è Medico, Psichiatra, Neuropsichiatria infantile, Psicoanalista Membro Ordinario con funzioni di training della SPI e dell'IPA. Esperto nella psicoanalisi del bambino e dell'adolescente. Coautore in numerosi libri tra cui *Metamorfosi della pulsione*, Franco Angeli 2014 e *Eros e Thanatos*, Franco Angeli 2019.

Cocuratore e coautore dei libri: *La nascita della rappresentazione tra lutto e nostalgia*, Borla, 2001; *Il lavoro psicoanalitico sul limite*, Franco Angeli, 2008; *Le Fonti dello Psicico*, Borla 2009.

Autore dei libri: *Spazi e limiti psichici*, Franco Angeli, 2012 e di *Percepire, allucinare, immaginare* Franco Angeli 2017.

In copertina: *Rudere a Salina*, di Marco La Scala.

Impaginato interno: a cura di Giulia Salerno.

TUTTI I DIRITTI RISERVATI

Tutti i diritti letterari e artistici sono riservati.

È vietata qualsiasi riproduzione, anche parziale, di quest'opera.

Qualsiasi copia o riproduzione effettuata con qualsiasi procedimento (fotocopia, fotografia, microfilm, nastro magnetico, disco o altro) costituisce una contraffazione passibile delle pene previste dalla Legge 22 aprile 1941 n. 633

e successive modifiche sulla tutela dei diritti d'autore.

Indice generale

PREFAZIONE <i>di Roberto Musella</i>	V
1. LA SOGLIA TRA PSICOANALISI E PSICHIATRIA	1
2. PSICOPATOLOGIA DELLA RELAZIONE INTERSOGGETTIVA NELLE FORME NARCISISTICO IDENTITARIE	5
3. INVOLUCRI PSICHICI, BARRIERE E TRANSITI TRA I SOGGETTI DELLA CURA	13
<i>Il limite come area di elaborazione psichica</i>	13
<i>Configurazioni del limite nella clinica</i>	17
<i>Il lavoro clinico sul confine</i>	17
<i>Il lavoro clinico sulla frontiera</i>	19
<i>Ma questo spazio tra due che destino può avere? L'area di transizione e l'area transizionale</i>	19
<i>Funzionamento borderline</i>	21
<i>Impasse e transfert narcisistico negativo e positivo</i>	25
<i>Flussi identificatori e introiezione</i>	27
4. INTERVISIONE CON CONDUTTORE-ANIMATORE NEI SERVIZI PUBBLICI	31
<i>La soggettività e la componente erogena del masochismo nel paziente e nel curante</i>	31
5. DALLA SUPERVISIONE ALL'INTERVISIONE NELLE COMUNITÀ TERAPEUTICHE. LA NECESSARIA INTEGRAZIONE <i>di Gaetano Filocamo</i>	41
<i>Premessa</i>	41
<i>Le Comunità Terapeutiche Doppia Diagnosi</i>	43
<i>Cos'è la Doppia Diagnosi</i>	43
<i>La struttura comunitaria</i>	44
<i>Dalla Supervisione all'Intervisione e loro integrazione</i>	46
<i>La supervisione</i>	46
<i>L'intervisione</i>	49
<i>Conclusione</i>	52

6. DALLA SUPERVISIONE ALL'INTERVISIONE IN UN "GRUPPO DI LAVORO"	
TRA PSICOANALISTI.....	53
<i>La supervisione nella formazione</i>	54
<i>L'intervisione nei "gruppi di lavoro"</i>	57
DALL'ESPERIENZA FORMATIVA DELLA SUPERVISIONE AL GRUPPO DI LAVORO	
CON L'INTERVISIONE. RIFLESSIONI AUTOANALITICHE <i>di Andrea Pasqui</i>	61
<i>L'apertura</i>	62
<i>L'esposizione</i>	62
<i>La scoperta dell'animatore e il lavoro nei confini</i>	64
<i>Le "forme del sentire", la trama e il luogo</i>	66
<i>Dal gruppo di intervisione alla nuova gruppalità interiore per la cura dei pazienti</i>	67
<i>Osservazioni</i>	68
<i>Il gruppo di lavoro e il metodo analitico</i>	73
<i>Il "gruppo di lavoro" finalizzato alla ricerca: il pensiero metapsicologico</i>	75
<i>Transiti e plasticità dei confini: in seduta e nel gruppo</i>	77
7. NOTE SUL PROCESSO PSICOANALITICO ATTRAVERSO I CONTRIBUTI DI	
THIERRY BOKANOWSKI E FLORENCE GUIGNARD <i>di Daniela Lagrasta e</i>	
<i>Carmen Riemer</i>	83
<i>Fattori che vanno ad articolarsi durante il processo</i>	85
<i>Controprocesso e Antiprocesso</i>	86
<i>L'Infantile, la rappresentazione tappo, l'interpretazione tappo, la macchia cieca</i>	87
<i>Ma come uscire dalla macchia cieca e sapere che se ne è davvero usciti?</i>	89
8. ROCCO E L'INFANTILE MELANCONICO <i>di Maria Ceolin</i>	91
BIBLIOGRAFIA	97

Prefazione

Roberto Musella

Provegno da un'epoca non lontana in cui la psicoanalisi abitava regolarmente le aule universitarie della psichiatria e le istituzioni sanitarie. Queste, grandi o piccole che fossero, avevano un approccio al paziente che teneva conto, in primo luogo, del fattore umano. Un'epoca recente, che tuttavia sembra lontana anni luce, in cui una percentuale non irrilevante di psichiatri faceva un'analisi personale per quella che veniva sentita un'esigenza di esplorazione di sé, del proprio mondo interno che si riconosceva, inoltre, funzionale alla comprensione della psiche e del disagio dell'altro. Alcuni, certo non tutti, proseguivano e intraprendevano una formazione specifica che conduceva agli istituti di formazione psicoanalitica. I numeri di allora sono impietosi paragonati a quelli di ora: tra analisti formati e analisti in formazione presso la SPI l'istituto universitario che frequentavo ne contava ben dodici. Molti altri o erano in analisi, o avevano già fatto un percorso di analisi personale o erano in procinto di intraprenderla. Infine, quelli che comunque non erano e non sarebbero stati analizzati (a parte un numero assai esiguo di chi si dichiarava come solo farmacologicamente orientato) avevano intrapreso una qualche forma di psicoterapia, perlopiù ad orientamento dinamico.

Oggi il panorama è totalmente cambiato, assistiamo ad un'alienazione della soggettività, non solo dei pazienti ma anche dei curanti, alla trasformazione degli individui in automi con compiti specifici e, nello specifico del nostro contesto, alla deumanizzazione della sofferenza e della cura che non considera più la dimensione degli affetti quella più pertinente all'approccio terapeutico.

Le ragioni storiche di questa deriva possono essere diverse e diversamente interpretabili. Da una parte la difficoltà, come afferma La Scala, di mantenere una doppia identità professionale che ha portato gli psichiatri-psicoanalisti a disertare le istituzioni di cura per dedicarsi alla pratica psicoanalitica privata (di fatto producendo una distanza che ha lasciato campo libero ai diversi orientamenti che si sono impadroniti del territorio psichiatrico), dall'altra il triste fenomeno, figlio dei nostri tempi, che presume che tutto debba essere misurabile in termini economici, votato al risultato tangibile ed efficace che segue il mantra del rapporto costi/benefici, infine lo scarso valore attribuito alle pubblicazioni psicoanalitiche (anche alle più prestigiose riviste del settore) che non garantiscono il punteggio necessario per vincere i concorsi pubblici per quegli studiosi che si dedicano alla ricerca psicoanalitica. Il combinato disposto di questi fenomeni, che presumibilmente non esauriscono il campo delle cause, ha portato al risultato che quelli che occupano oggi posti di rilievo nelle istituzioni sanitarie e nelle cliniche psichiatriche universitarie, sono anche quelli meno attrezzati allo studio e alla comprensione dei fenomeni psicologici, non solo psicoanalitici ma più ampiamente affettivi, fenomenologici e, in ultima analisi, umani.

Gli psichiatri del secolo scorso, ispirati dalla psicoanalisi, sono transitati per la legge 180, per la psichiatria democratica e sono approdati oggi ad una psichiatria biologica e farmacologica per la quale prendersi cura degli affetti e delle relazioni è in contrasto con la logica meccanicistica e biologistica del disagio.

La psichiatria attuale, lontana da quella che abbiamo vissuto fino al tramonto del secolo, è fatta di tabelle che non tengono in alcun conto la soggettività. La logica è quella del protocollo che appiattisce l'individuo ad una casella da trattare con una molecola e non ad un soggetto da capire. La scissione della cura, che si è venuta a creare nelle istituzioni sanitarie del SSN, tra cure farmacologiche e psicologiche, ha condotto al paradosso che i pazienti psichiatrici corrono il rischio di restare vivi sul piano biologico, pur avendo la licenza di morire psichicamente.

La psicoanalisi, che mette al centro del suo impianto teorico-clinico il significato del sintomo e ne fa il baluardo della sua tecnica, interpretandone il senso o piuttosto accogliendo il disagio e promuovendone la sua trasformazione, abita da tempo in un contenitore separato ed autofinanziato, lontano dalle istituzioni sanitarie e dalle università.

A partire da queste premesse il volume di La Scala, arricchito dai contributi di Filocamo, Pasqui, Ceolin, Lagrasta e Riemer si interroga sulle possibilità di dialogo che restano, se ne resta qualcuna, tra la psichiatria contemporanea e la psicoanalisi, dialogo che al momento ha raggiunto il suo minimo storico.

Mentre le nevrosi, ormai scomparse dal DSM, vengono trattate principalmente nelle stanze d'analisi e negli ambulatori e mentre le gravi psicosi vengono contenute esclusivamente negli istituti psichiatrici, i pazienti al limite, anche per lo scarso successo delle terapie farmacologiche, dice La Scala, diventano un possibile territorio di incontro tra psichiatria e psicoanalisi. Il lavoro sul limite, al centro del pensiero di La Scala, può proporsi di conseguenza, a partire da questo spazio esperienziale condiviso, come nuova cerniera teorico-clinica tra le due discipline.

Come vedremo, un secondo ordinatore presentato nella ricerca di La Scala, l'intervisione, si può collocare sulla soglia tra psichiatria e psicoanalisi, proponendosi come possibile strumento di lavoro sul confine e come organizzatore in grado di creare confine lì dove questo manchi.

Limite e intervisione sono dunque i due organizzatori di questo volume che si intersecano diversamente, non senza difficoltà di incontro.

Nel libro di La Scala si presentano due vertici, due binari paralleli che affrontano due questioni che ci domandiamo se, e quando, si possano incontrare. Il primo binario concerne il rapporto controverso tra psichiatria e psicoanalisi alla luce degli stati limite, mentre l'altro riguarda l'intervisione psicoanalitica. Il primo binario si snoda negli interstizi della cura ed è inquadrabile metapsicologicamente, il secondo si propone attraverso processi avanzati e strumenti analitici innovativi, con lo scopo di osservare dinamiche specifiche legate al metodo psicoanalitico.

Invertendo l'ordine proposto, partirei dall'intervisione.

La specificità della supervisione psicoanalitica, individuale e di gruppo, come processo che promuove interiorizzazioni e identificazioni, mette la relazione al centro della formazione, producendo gradi diversi di identificazione che accompagnano il futuro analista nella sua pratica professionale. Oltre alla propria analisi personale, ai seminari e alle supervisioni individuali, un tema dibattuto negli istituti psicoanalitici è quello dell'istituzione del cosiddetto quarto pilastro: l'acquisizione della capacità di lavoro in gruppo, condiviso con i colleghi, a partire da quella che viene definita supervisione di gruppo.

L'intervisione, proposta da La Scala e dagli altri colleghi che hanno contribuito alla stesura del libro, è un lavoro di gruppo che però si differenzia dalla supervisione di gruppo. Essa non prevede la presenza di un soggetto supposto sapere che governa il gruppo ma, piuttosto, si sviluppa attraverso la cooperazione tra pari, facilitata da un coordinatore che viene definito animatore.

A differenza della supervisione di gruppo, nell'intervisione si struttura un percorso nel tempo dotato di cadenza regolare in cui viene condiviso un oggetto terzo da esplorare e si configura maggiormente come un "gruppo di lavoro" con l'obiettivo di facilitare un procedere associativo negli scambi tra i componenti del gruppo. Il gruppo può essere costituito da componenti con la stessa professionalità e dunque più omogeneo oppure anche da professionalità diverse come più spesso accade nei Servizi pubblici.

Nel gruppo di intervizione si incontrano gli inconsci dei partecipanti e si allentano i confini tra i componenti, come ben esemplificato dalla descrizione di alcuni passaggi clinici molto pertinenti. Un po' come avviene nel processo analitico in cui la mente del paziente e quella dell'analista si sovrappongono nella regressione formale necessaria al processo analitico, lì dove il paziente colonizza la mente dell'analista per far svolgere a lui quel lavoro psichico che egli non è riuscito a svolgere, così nel gruppo di intervizione si allentano la soggettività e i confini dell'Io dei singoli partecipanti per svolgere un lavoro di gruppo finalizzato alla comprensione di fenomeni altrimenti inaccessibili.

Il rispecchiamento sembra essere al centro del lavoro di intervizione e si mostra utile ad uscire dall'impasse dei disturbi dell'area narcisistica-identitaria con difetto di capacità rappresentazionale.

Ad una prima lettura, il libro di La Scala sembrerebbe dunque percorso da due dimensioni, una che si occupa della teoria e della clinica del disagio psichico profondo che confina con la psicosi, l'altra che affrontata attraverso la lente dell'intervisione si occupa della cura dei casi limite nelle stanze di analisi e nei contesti di ricovero a lungo termine. Ad una prima lettura sembra esserci uno scollamento tra i due macrotemi che vengono affrontati diversamente nella prima e nella seconda parte del libro. Ma rileggendo più attentamente si intravedono fertili punti di contatto tra le due aree tematiche, quale possibile luogo intermedio di integrazione e sviluppo concettuale.

Per facilitare l'integrazione tra le parti, il libro potrebbe essere letto al contrario o inframezzando capitoli della prima con quelli della seconda parte. Il senso che se ne ricava potrebbe risultare il seguente: allo stesso modo in cui la dimensione psicotica della mente cerca un contatto possibile pur nella sua natura scissa e slegata, allo stesso modo in cui pulsioni slegate cercano un contenitore capace di contenerle e legarle dentro la stanza di analisi, così le parti scomposte dell'istituzione psichiatrica cercano un organizzatore psichico in grado di legare le parti scisse che le compongono. L'intervisione potrebbe proporsi come possibile interfaccia tra i luoghi deputati alla cura e la costruzione di senso per le patologie psichiatriche.

Lavoro da venticinque anni in una clinica psichiatrica come consulente esterno, che si è voluto sempre mantenere tale, rifiutando le ripetute proposte di integrazione nel personale medico e di direzione della stessa clinica. Il motivo del mio non facile rifiuto è che l'unica possibilità che ho di funzionare, con la mia specificità di psicoanalista, è di restare io stesso al limite, tema caro a La Scala. Al limite tra essere dentro ed essere fuori, in una zona di confine ma anche di contatto, come lui stesso afferma. Solo lavorando sul limite si ha un margine possibile di funzionamento. È ovviamente un lavoro di equilibrismo delicato e faticoso, continuamente a rischio di fallire. Il lavoro sul limite comporta, come il lavoro dell'analisi, un continuo confronto con la precarietà del proprio essere, della vita, della tenuta psichica. In tutti questi anni mi sono sentito da una parte marginalizzato, e mai veramente integrato, e dall'altra responsabile e collante tra il nosocomio e il mondo esterno, tra le diverse specificità professionali della clinica e tra l'amministrazione e i sanitari.

Sebbene abitare il luogo del sogno, luogo di confine tra Io e non Io, tra legamento e slegamento sia l'unica strada percorribile per promuovere una possibile efficacia terapeutica; la regressione formale del paziente, dell'analista e della coppia analitica, per abitare il confine tra inconscio e preconsciouso, baluardo della teoria della tecnica psicoanalitica, è continuamente messa in crisi nelle istituzioni sanitarie. Con equilibrismo precario sono riuscito, dopo moltissimi anni, a stabilire un setting di incontri settimanali in cui i medici, gli infermieri, i tecnici della riabilitazione e gli operatori sociosanitari partecipano per condividere ed esprimere in gruppo le difficoltà incontrate nella gestione delle emozioni che circolano nella clinica. In un contesto così polimorfo, dove non solo sono l'unico l'analista ma anche l'unico analizzato, faccio una fatica enorme a ricondurre all'interno del gruppo il portato affettivo scisso che inevitabilmente si incontra nelle istituzioni psichiatriche. Il lavoro di legamento è continuamente messo in crisi dalla riattualizzazione della scissione tra i diversi ruoli professionali che sembrano agire in totale mancanza di collegamento tra loro. È un lavoro improbo che tuttavia, se tollerato e analizzato, porta a risultati che, per quanto sempre a rischio di fallimento, sono apprezzabili in tempi molto, molto dilatati.

Nelle strutture psichiatriche il pulsionale messo a tacere, spento con gli psicofarmaci e con gli altri presidi tecnici di detenzione, per l'angoscia della sua componente slegata e distruttiva, è l'unica fonte di energia in grado di riportare vita alla morte.

La pulsione di morte e il sadismo perverso, liquidando i tentativi di legare della pulsione di vita, ne azzerano viceversa, alla radice, le potenzialità trasformative.

La psicosi produce un attacco alla nostra capacità di pensare, alla possibilità di trasformare l'ammontare affettivo in rappresentazioni di senso. Questo vale sia a livello della clinica privata che nei macrogruppi istituzionali, quali i luoghi di cura e contenimento della malattia mentale, dove la dimensione psicotica pervade il gruppo di lavoro e, nella maggior parte di casi, determina un annullamento della capacità di pensare, di fare legame, di amare, portando ad evacuare, liquidandole, le relazioni umane, gli affetti e qualsiasi forma di pensiero creativo.

In quanto psichiatri-psicoanalisti, impegnati anche fuori dalle mura delle nostre stanze d'analisi, siamo tenuti a trasmettere agli operatori dei contesti di cura in cui operiamo l'assunto contro-intuitivo che reputa più terapeutico tenere vivo il dolore come potenzialità vitale e trasformativa, piuttosto che spegnerlo buttando il bambino con l'acqua sporca. Il dolore reclama vita, spegnerlo equivale a staccare la corrente proprio quando si accende una spia che reclama cura e attenzione.

Veniamo dunque al secondo organizzatore del volume che riguarda il concetto di limite.

Con "limite" La Scala non intende banalmente una classe nosografica che viene confinata nel vago contenitore diagnostico di disturbo *Borderline*, ma propone un concetto operativo che riguarda diverse zone di contatto, tra interno ed esterno, tra soggetto e oggetto, tra inconscio e coscienza, rendendo il limite un luogo fecondo di scambio e trasformazione.

Il limite per come lo intendono Green, Anzieu, Conrotto e Racalbutto autori citati da La Scala, può essere considerato non solo luogo di confine, ma una zona di elaborazione psichica che svolge una funzione ordinatrice, una sorta di membrana che separa e contemporaneamente collega l'interno dall'esterno.

Allargare la zona del limite, metapsicologicamente, potrebbe coincidere con allargare lo spazio del preconsciouso della prima topica freudiana o dell'Io della seconda topica, rimandando alla funzione perlaborativa della psicoanalisi, funzionante ad un processo non solo ermeneutico e semantico ma, soprattutto, contenitivo e trasformativo.

La costruzione di un involucro psichico trasformativo, simbolizzante, promosso dal rispecchiamento, tema caro a La Scala, riconduce la descrizione della psicopatologia dei casi limite ad assunti metapsicologici e relazionali e non meramente descrittivi.

Trasferendoci nelle comunità terapeutiche, la legittima necessità di contenimento del paziente, aggiunge Filocamo in questo volume, non deve essere confusa con la detenzione. Il contenimento deve rimandare alla funzione terapeutica dell'holding, alla potenzialità del ricovero quale luogo dove poter vivere liberamente la propria psicosi, e non all'artificio forzato della detenzione, assicurata con presidi tecnici, chimici o strumentali che non consentono alcuna possibilità di trasformazione.

Bisognerebbe demedicalizzare i contesti istituzionali e ricondurre la cura al potenziale trasformativo del contatto umano e della relazione, lì dove la contaminazione rappresenta una possibilità ma, ovviamente, anche un enorme rischio quando maneggiata da mani poco esperte.

Quando tutto va bene, sostiene Filocamo, nelle Comunità si attivano transfert del tipo *Io pelle comune* che conducono a confondere le soggettività indifferenziate dei curanti e dei degenti. Dall'attivazione regressiva della superficie corporea comune, attraversando una fase in cui il disagio profondo può essere visto e accolto, come mai lo era stato in passato, si può arrivare gradualmente a delimitare una soggettività a poco a poco differenziata.

Il ruolo dell'intervisione analitica può risultare determinante in queste circostanze. Per salvaguardare la sopravvivenza psichica del curante, messo alla prova dalle identificazioni proiettive dei pazienti, il gruppo di intervisione deve poter respirare un'aria che non è quella abituale della cura residenziale. Un luogo intermedio, transizionale, dove sia possibile sognare, favorendo la costituzione di uno spazio trasformativo, dove diventa possibile raccontare di nuovo la storia di quel paziente piuttosto che di quell'altro, in un modo nuovo e diverso, lontano dalla narrazione della "patologia" istituzionale.

A partire dalle considerazioni, esplicite e implicite, contenute in questo libro, se ne ricava che la psicoanalisi avrebbe ancora molto da dire alla psichiatria e viceversa.