

Pensabilità e dissociazione in una popolazione colpita da trauma massivo: una ricerca intervento di matrice psicoanalitica

di Antonella Granieri* e Francesca Viola Borgogno**

Casale Monferrato è un comune della provincia di Alessandria, nel Piemonte Orientale, tristemente noto a livello nazionale e internazionale per le vicende legate all'amianto e all'alto livello di mortalità dei suoi abitanti. Nelle sue vicinanze sono presenti, infatti, numerose cave di marne argillose che lo hanno reso per anni luogo elettivo per la produzione di cemento e di *eternit* (dai primi del Novecento), una fibra di cemento amianto che ha dato il nome alla multinazionale svizzera titolare dello stabilimento casalese, l'Eternit, che per oltre mezzo secolo ha rappresentato la principale risorsa economica della città.

Negli anni Settanta, però, l'amianto iniziò a essere associato ai numerosissimi casi di morte per patologie polmonari: l'esposizione all'asbesto è infatti il principale responsabile della formazione di placche pleuriche, asbestosi e soprattutto mesotelioma pleurico¹.

Nonostante tali patologie siano presenti ormai da più di trent'anni nell'intera comunità casalese con fattori di rischio esponenziali, la storia traumatica di Casale Monferrato è stata per decenni negata e mai affrontata: un non voler vedere né sapere, spesso in nome di logiche e interessi economici, indice degli aspetti narcisistici e distruttivi presenti nelle comunità e nelle istituzioni “in sofferenza” (Kaes, Bleger, Enriquez, Fornari, Fustier, & Roussillon, 1988).

La drammaticità della situazione di Casale Monferrato ha portato i Servizi Sanitari a cercare di

* *Membro Ordinario della Società Psicoanalitica Italiana (SPI) e dell'International Psychoanalytical Association (IPA).*

Specialista in Psicologia Clinica.

Professore Associato Confermato di Psicologia Clinica e Direttore della Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica.

Coordinatore del gruppo di ricerca-intervento “Valutazione psicologica e presa in carico globale della persona affetta da mesotelioma”

Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Torino.

** *Candidata della Società Psicoanalitica Italiana (SPI) e dell'International Psychoanalytical Association (IPA).*

Specialista in psicoterapia individuale e di gruppo (I.I.P.G.). Si è formata sui gruppi multifamiliari in Argentina

con il prof. García Badaracco e collabora con il dottor Narracci alle attività da lui promosse con il Gruppo di

Coordinamento dei Gruppi Multifamiliari della Regione Lazio e con il neo-nato Laboratorio Italiano di Psicoanalisi Grupale.

¹ Il mesotelioma maligno è un tumore raro e fatale che ha un tasso medio di sopravvivenza di circa 9 mesi e causa l'1% delle morti mondiali per cancro (Ministero della Salute, 2012). Il suo impatto è devastante non solo sul piano fisico (dolore, disturbi respiratori, spossatezza, disturbi del sonno, perdita dell'appetito), ma anche su quello psichico (depressione, ansia, paura, impotenza, rabbia) e relazionale (ritiro sociale, perdita del senso di appartenenza e della coesione sociale) (Granieri, 2008; 2013; Granieri et al., 2013).

implementare modelli di presa in carico multidisciplinari che comprendessero anche una puntuale valutazione delle dinamiche intrapsichiche e relazionali di pazienti e *caregivers*. A tale scopo, tra il 2006 e il 2008 l'allora ASL20-21-22 di Casale Monferrato ha finanziato un progetto di ricerca, coordinato da Antonella Granieri, intitolato “*Indagine conoscitiva degli effetti psicologici riscontrabili a livello clinico sulla comunità casalese colpita dal mesotelioma*”. I risultati della ricerca hanno reso evidente l'impatto traumatico della diagnosi oncologica: pazienti e familiari mostravano un impoverimento della vita affettiva, somatizzazioni, ritiro sociale, difficoltà a prendere decisioni in forma sia individuale sia grupppale, una maggiore sensazione di scoraggiamento e demoralizzazione, profondi vissuti di impotenza e vulnerabilità di fronte a minacce reali o immaginarie, oltre alla sensazione di aver fallito nella propria storia di vita e di avere risorse insufficienti per affrontare le circostanze della quotidianità. Tutti sintomi, questi, presenti nei quadri post-traumatici (Granieri, 2008; 2013; Granieri et al., 2013). Le ripetute richieste di aiuto sottendevano il profondo bisogno di essere aiutati a elaborare quanto stava capitando loro per crearne una possibile rappresentazione psichica, per comprenderne le cause (incidente, fatalità, caso) e per poter altresì iniziare a comunicare gli affetti correlati a suddetta realtà traumatica individuale/sociale e concomitanti a essa (rabbia, cinismo, dolore, impotenza, panico, disperazione).

Sulla scorta di questi risultati allarmanti, la Regione Piemonte ha chiesto alla Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica dell'Università degli Studi di Torino di individuare una tipologia di intervento clinico in grado di rispondere alla qualità dei bisogni evidenziati.

Confrontandoci su quale potesse essere l'intervento più adatto a questo scopo, abbiamo condiviso l'idea che un gruppo terapeutico psicoanalitico (Bion, 1961) potesse fornire il *setting* più adatto per elaborare il dolore di queste persone (Corrao, 1998), permettendo da un lato di storicizzare la malattia e dall'altro di poter creare molteplici narrazioni del dolore, nel rispetto delle sue sfaccettature: da quello più legato ai bisogni del soma e del corpo a quello squisitamente psichico (Granieri, 2011a).

All'interno del panorama di gruppi orientati psicoanaliticamente, abbiamo pensato che il dispositivo grupppale multifamiliare (García Badaracco, 1990; 2000), per sua natura eterogeneo poiché caratterizzato dalla presenza contemporanea di pazienti, familiari e operatori, potesse rivelarsi il più adatto per lavorare sulle situazioni di crisi che coinvolgono, come a Casale Monferrato, un ampio numero di persone.

In particolare, pensavamo che nel gruppo multifamiliare si potesse elaborare la sofferenza e la rabbia che la malattia oncologica aveva prodotto sul paziente e sulla sua famiglia, e la paura legata al “contagio aereo della malattia” che si era diffusa nella popolazione casalese, sempre più coinvolta in questa vicenda drammatica. A Casale ci si occupava dei malati, dei morti, ma a nostro parere non vi era un'attenzione adeguata a coloro che sopravvivevano al trauma nella sua concretizzazione: la morte.

Tuttavia, le persone che sopravvivevano dovevano fare i conti con il trauma che bussava ripetutamente alla porta, un trauma che si faceva sentire tanto a livello individuale (depressione,

angoscia e impotenza, ritiro affettivo e sociale, compromissione dell'*agency*², mancata elaborazione del lutto) quanto a livello gruppale (frammentazione dei legami sociali, trasformazione dell'identità gruppale, sgretolamento del senso di appartenenza) (Varvin, & Volkan, 2003). Questi aspetti avevano a loro volta un importante impatto sulla dimensione collettiva interiorizzata dal singolo (Kaes, Bleger, Enriquez, Fornari, Fustier, & Roussillon, 1988), principale responsabile del senso comune e della possibilità di riconoscere la comunità di appartenenza come un vero e proprio patrimonio condiviso.

In questo senso, il clima emozionale che i terapeuti promuovono con i loro interventi durante gli incontri di un gruppo terapeutico multifamiliare permette un progressivo sviluppo delle capacità personali dei partecipanti e fa sì che la creatività di ciascuno possa arrivare a stimolarsi reciprocamente all'interno di quella che diviene una sorta di microsocietà curativa (Borgogno, F. V., 2009; 2011; 2012; García Badaracco, 2000). Questo produce una modalità di funzionamento gruppale visualizzabile come una "mente ampliata" (García Badaracco, 1990), in cui ciascuno arricchisce l'insieme apportando il proprio punto di vista: ogni contributo individuale stimola, infatti, le potenzialità del gruppo nel generare associazioni attraverso un continuo gioco di identificazioni, favorito dal fatto che i partecipanti non coinvolti direttamente in una situazione riguardante altre persone o famiglie del gruppo possono pensare con più chiarezza. Nel processo mentale promosso dal vedersi rispecchiati negli altri si acquista inoltre maggior coraggio per potersi esprimere spontaneamente davanti ad altre persone che appaiono come presenze in grado di contenere e di favorire lo sviluppo di risorse egoiche genuine³. Nei gruppi multifamiliari il transfert, invece di concentrarsi su una sola persona, l'analista, come nel contesto della psicoanalisi individuale, si disperde, si diluisce sui terapeuti e sugli altri membri del gruppo. Si genera in questo modo il fenomeno dei transfert multipli: ognuno durante l'incontro può diventare oggetto di transfert per qualcun altro, elemento che - se adeguatamente tenuto in considerazione, utilizzato ed elaborato - può diventare un aspetto terapeutico estremamente importante. Nel gruppo multifamiliare tutto ciò che è carico emozionalmente ha qualcosa di transferale. Non è possibile rendere visibile ognuno di questi transfert multipli. La questione, come spiega García Badaracco, è un'altra:

"Si tratta di rendere evidente, in maniera costruttiva il fenomeno del transfert in un caso particolare, davanti a tutti gli altri partecipanti, nell'intento di creare una capacità collettiva di scoprire la dimensione transferale di ogni relazione interpersonale, in modo che ciascuna persona che partecipa alla riunione (in rapporto alle sue possibilità) possa pensarlo e vederlo prima negli altri, e poi, a poco a poco e ogni volta di più, in se stessa." (García Badaracco, 2000, p. 180).

² Per la nozione di *agency* si rimanda il lettore a Franco Borgogno (2011).

³ Queste risorse egoiche possono essere definite come la capacità di ognuno di noi di tollerare le emozioni, cioè come un insieme di capacità (simbolizzare, elaborare, pensare, metaforizzare) che la persona non può utilizzare se non riesce più a convivere con le sue emozioni (García Badaracco, 1989).

Accogliendo la nostra proposta operativa come un intervento innovativo, in ambito psicotraumatologico e preventivo, nel 2010 è stato finanziato il “*Progetto d'intervento psicologico nella comunità casalese colpita da mesotelioma*”, coordinato da Antonella Granieri.

Il primo gruppo multifamiliare a Casale Monferrato è iniziato nell'aprile 2010. Il gruppo era condotto da chi scrive e al suo interno si contavano diversi psicologi e psicoterapeuti interessati all'esperienza, che come noi venivano da Torino ogni settimana per assistere agli incontri. Al gruppo potevano partecipare pazienti, familiari, operatori dei servizi sanitari e assistenziali nonché tutti i cittadini interessati.

La decisione di proporre una sede di incontro diversa da quella dell'Associazione dei Familiari delle Vittime dell'Amianto è stata mossa dall'intenzione di proporre ai casalesi un luogo fisico, non soltanto psichico, in cui poter fare un ulteriore passo rispetto al semplice riunirsi in qualità di membri di una Associazione nata con il fine di ottenere il riconoscimento del danno da un punto di vista legale ed economico. In tal senso, la sede è stata offerta dal Sindaco di Casale Monferrato come segno dell'interesse per la possibilità di creare uno spazio di pensiero condiviso per la popolazione tutta.

Ai nostri incontri, però, non c'era né il paese né l'Associazione dei Familiari delle Vittime dell'Amianto nella numerosità attesa: si poteva contare una media di 15/20 partecipanti per ogni incontro. Lo “zoccolo duro” del gruppo era costituito principalmente da persone che avevano sofferto la perdita di diversi componenti della loro famiglia. Queste persone ci avevano dato fin da subito l'idea di esser rimaste molto sole dopo i loro lutti. Se da una parte il processo Eternit e la partecipazione all'Associazione davano un senso alla loro esistenza, dall'altra avevano l'impressione che venendo da noi cercassero qualcosa di diverso dall'aver ragione, dal risarcimento, dalla lotta contro la terribile ingiustizia che era occorsa loro e ai loro cari. Un'ingiustizia che spesso aveva sovvertito la cronologia temporale delle generazioni (molte mamme e nonne avevano visto morire i loro figli e nipoti). Venivano con l'idea che oltre ai lutti qualcosa che non sapevano definire inizialmente, qualcosa di ancora più intimo e personale, fosse stato portato via. Con il tempo capimmo che erano le emozioni a esser state congelate dal trauma massivo ed estremo che aveva colpito Casale Monferrato: in particolare, la loro capacità di emozionarsi e di collegare le proprie esperienze a sentimenti quali la gioia e il dolore.

Nella letteratura psicoanalitica è ben noto che a seguito dell'esposizione a una situazione traumatica è possibile che la persona non riesca più ad accedere a queste risorse interne, che vengono congelate e dissociate dall'impatto che il trauma, in questo caso la malattia oncologica, ha avuto sul singolo e sulla sua famiglia. Se una diagnosi tumorale è di per sé un evento altamente traumatico, quando la genesi della patologia è dovuta all'esposizione a un agente ambientale nocivo e all'azione inumana dei proprietari di una fabbrica, la qualità dell'esperienza vissuta si connota ancor più

negativamente (Varvin, 2013a). Essa porta in campo emozioni intense che, a causa del carattere di imprevedibilità, incomprensibilità e drammaticità dell'insorgere della malattia, mettono a dura prova le capacità del singolo. Per difendersi dall'irruenza distruttiva del trauma, il soggetto cerca allora strategie che gli consentano di sopravvivere psichicamente all'evento, strategie che se da un lato mirano a evitare il dolore che deriverebbe da una nuova esposizione al trauma, dall'altro rappresentano *“tentativi abortiti di mentalizzare e integrare le esperienze traumatiche all'interno di un ambiente interno e/o esterno percepito come minaccioso”* (Rosenbaum, & Varvin, 2007).

Come vittime, le persone che incontravamo nel gruppo avevano dovuto scotomizzare le proprie emozioni per sopravvivere a un dolore e a delle perdite "senza senso", rimaste tali fin quando due sindacalisti - Bruno Pesce e Nicola Pondrano - avevano proposto ai casalesi di unirsi e cercare di ottenere una condanna contro chi l'Eternit l'aveva creata e portata avanti, pur sapendo che l'amianto era oltremodo nocivo sia per i lavoratori sia per l'ambiente e per quanti lo respiravano.

Se in un primo momento del lavoro si sono presentati alcuni pazienti con il mesotelioma, quasi a dirci che erano sopravvissuti - almeno per il momento - alla malattia e che forse c'era una speranza di cura, il gruppo ha visto la quasi esclusiva partecipazione dei familiari delle vittime dell'amianto. L'emozione principale che emergeva spontaneamente e prepotentemente tra queste persone era soprattutto una grande rabbia (Rozenfeld, 2012).

Potremmo dire che è stata una vera e propria lotta quella che abbiamo intrapreso con il gruppo quando inseguivamo la possibilità di *“rendere visibile l'invisibile”*, ossia quando esploravamo il dramma di dover tollerare il rapporto con la non guaribilità e con la possibilità di essere inquinati.

La partecipazione al gruppo multifamiliare ha reso possibile nel tempo dire a qualcuno quanto si soffrisse e si fosse angosciati (Cancrini, 2002), senza vergognarsi delle proprie emozioni. In questo senso, si può pensare al gruppo come a una sorta di *“culla”* dove farle rinascere dopo l'evento traumatico (Varvin, 2013b).

Esso ha permesso, inoltre, di elaborare le intense fantasie inconsce di rompere, aggredire, rivendicare, quasi una coazione a ripetere (Ambrosiano, & Gaburri, 2013) che rendeva i cittadini attivi, riducendo l'impatto della profonda passività insita nell'essere abitanti in un luogo geografico contaminato.

Il livello di angoscia era così eccessivo e trasversale nel clima dei diversi incontri da distruggere la presenza di oggetti interni (buoni o cattivi che fossero) e quindi la capacità di rappresentarsi (Bion, 1959; 1970).

Ogni seduta era altresì punteggiata da una profonda vergogna data dal fatto che in momenti diversi della vita tutti i Casalesi avevano accettato qualcosa di pericoloso. Infatti, se lavorare l'amianto aveva portato benessere economico, via via e sempre di più si era compresa anche la sua pericolosità. A lungo, però, gli operai del noto cementificio e le loro famiglie (ma anche coloro i quali dal *business*

dell'Eternit traevano indirettamente vantaggio) avevano finito per convivere con questa dimensione "di rischio" grazie all'impiego di potenti meccanismi di difesa, quali la negazione (Di Chiara, 1999), sposando così la versione proposta dal quadro dirigenziale dell'Eternit, avallata anche dai professionisti preposti al controllo dei fumi e delle polveri.

Emergeva, inoltre, un'altra sfumatura, tanto della colpa quanto della vergogna (Miller, 1993): si continuava a vivere a Casale, pur non procedendo nella bonifica, nonostante gli inviti delle maestranze e dei cittadini più attivi sul piano politico. Arroccandosi su una posizione regressiva e difensiva, la popolazione rivendicava che fosse lo Stato a pagare le opere di bonifica, anche a costo di continuare a vivere sotto tetti di eternit che "tanto sono lì da sempre".

Sentimenti, quelli fin qui descritti, che si presentificavano nel gruppo come sabbie mobili che impaludavano il cammino verso una nuova progettualità rispetto al territorio e che spingevano nella direzione di una comunità che si descriveva attraverso i morti.

In questo senso, fin dalle prime sedute a livello controtransferale ci è apparso chiaro che ci veniva chiesto di confrontarci con un vissuto ben preciso: come fare a sopravvivere al vuoto di esistenza e di significato (Borgogno, 1999; 2011) che congelava gli aspetti vitali della popolazione. Un vuoto che si presentificava a diversi livelli: per noi terapeuti erano le numerose sedie vuote, per i casalesi era il vuoto prodotto dalle numerose morti; infine, per chi portava avanti l'opera di denuncia si trattava del vuoto conseguente al dire ciò che non si poteva dire.

Vissuti che sono stati affrontati solo dopo aver potuto metabolizzare l'alto livello di angoscia portato da chi il torto l'aveva subito da vicino e urlava il suo dramma (anche nel gruppo), nel tentativo di vedere confermata una verità che il resto della popolazione non poteva né perseguire né ascoltare a causa di continui meccanismi inconsci di negazione e scissione, necessari per vivere a Casale senza sperimentare angoscia (Bromberg, 1998)⁴.

Lentamente durante le sedute è emerso come la rabbia dei familiari divenisse più concreta nel momento in cui risultava pregnante la perdita di speranza nel fatto che la sorte risparmiasse il proprio caro. A morte avvenuta, i familiari "sopravvissuti" si erano spesso sentiti "messi da parte" dalla cittadinanza, quasi si dovessero vergognare di aver perso un proprio caro in un modo che angosciava tutti perché dimostrava e ricordava la pericolosità del luogo in cui si continuava a vivere. Per la grande maggioranza delle vittime, la via di uscita da questa solitudine forzata spesso è passata attraverso l'Associazione dei Familiari Vittime dell'Amianto assumendo una nuova identità di gruppo, permeata di

⁴ È noto che le vittime quando denunciano un reato, ancor prima che un risarcimento, ricercano dalle persone a cui si rivolgono (in particolare dagli enti che sul territorio rappresentano la giustizia come le Forze dell'Ordine) la conferma di ciò che è avvenuto loro. In questo senso, anche come terapeuti siamo stati chiamati ad assolvere una funzione di testimonianza, che ha implicato il riconoscimento e la convalida degli aspetti scissi e congelati dall'impatto con il trauma (Boulanger, 2008; Ullman, 2006).

rivendicazione, accusa, organizzazione⁵.

A seguito del lavoro psicologico, le persone che componevano il gruppo e anche noi operatori siamo riusciti ad andare oltre la rabbia e le sue diverse espressioni e abbiamo trovato la forza di accogliere ciò che non è mai facile accogliere, ma che sappiamo essere assolutamente necessario accogliere, ossia il dolore indicibile prodotto dai numerosi lutti a cui erano tutti esposti in quanto popolazione (Narracci, Borgogno, F. V., & Granieri, 2010). Nel gruppo in questo senso diveniva via via più chiaro e comprensibile il tentativo inconscio dei familiari di tener vivi i morti a loro cari non elaborandone mai davvero la morte (forse perché non sarà mai del tutto elaborabile una quantità di sofferenza così massiva e "senza senso") e quindi procrastinando la possibilità di una vera differenziazione "in vita" da queste persone morte.

È stato il clima emozionale in cui si sono svolti gli incontri a permettere che le persone che hanno composto il gruppo iniziassero a poter sviluppare le proprie capacità individuali e che la qualità del pensiero di ciascuno ricevesse stimoli reciproci. Grazie a molti mesi di lavoro si è sviluppata progressivamente una "conoscenza emotiva" nuova, condivisa, in grado di far sì che i partecipanti potessero iniziare a riscoprire le proprie e altrui emozioni e a poterne parlare liberamente, nel tentativo condiviso di trovare una strada per elaborare l'evento traumatico e la sua intensità nella direzione di una maggiore integrazione della personalità e un maggiore equilibrio emozionale (Granieri, 2011b; Ogden, 2005).

Nel gruppo allargato abbiamo in altre parole cercato costantemente di stimolare le persone a "pensare insieme" ciò che solitamente non si riusciva a pensare da soli (il disagio, il dolore, la rabbia, la paura dell'ignoto sulle proprie condizioni fisiche e materiali di fronte al progressivo peggiorare delle proprie e altrui condizioni di salute, la paura del "contagio aereo"), arrivando così progressivamente a poter mentalizzare e significare la sofferenza legata all'evento traumatico.

Inutile dire che si tratta di problematiche difficilmente avvicinabili e fortemente angoscianti. Questa la ragione per cui è centrale riconoscere fino in fondo il tentativo di costituirsi una seconda pelle, una pelle più resistente. È necessario far ricorso alla stessa disponibilità e pazienza che dobbiamo avere con i genitori dei pazienti gravi, che a volte nei gruppi multifamiliari condividono profondi sensi di colpa per l'idea di aver causato un danno senza sapere come. Noi conduttori ci siamo trovati spesso esposti alla difficoltà di maneggiare affetti così profondi: il funzionamento di gruppo può diventare uno strumento prezioso, da integrare con altre risorse. Il gruppo, infatti, pone le persone in una situazione

⁵ Il processo di Torino potrebbe allora essere letto come il concretizzarsi di questi aspetti di resilienza nella lotta contro i proprietari dell'Eternit (Granieri, 2008; 2013), ma anche come conseguenza della rivendicazione (Böhm, & Kaplan, 2012) e del dirigere verso la fonte del trauma la rabbia e gli impulsi distruttivi che albergano nelle vittime (Varvin, & Volkan, 2003).

in cui si riescono a sentire i propri problemi, ma anche a vederli dall'esterno. Esso si costituisce come luogo di confine rispetto al funzionamento della mente, tra il funzionamento secondo il processo primario e il processo secondario. In questo territorio di confine si rende possibile una sorta di abbassamento della temperatura (Narracci, Borgogno, F. V., & Granieri, 2010), un po' come se si dovesse maneggiare qualcosa di incandescente e l'essere tanti insieme costituisse la trama dei guanti ignifughi che lo rendono toccabile, meno istantaneamente traumatico.

Rispetto a un gruppo multifamiliare propriamente detto, a Casale nel corso del tempo si è creato un piccolo-medio gruppo psicoanalitico.

Inizialmente siamo rimaste sorprese che partecipassero poche persone. Solo con il tempo siamo riuscite a comprendere il significato delle numerose sedie vuote che affollavano la stanza. Per ogni persona che si presentava ne venivano evocate diverse altre. La persona era concreta, i soggetti evocati erano i fantasmi dei morti. In questo senso, sebbene non ci fossero i parenti in carne e ossa c'erano i loro fantasmi, rimasti vivi nella mente dei congiunti. I partecipanti, infatti, faticavano a separarsi dai loro cari e con il coinvolgimento attivo nel processo Eternit tentavano di mantenerli vivi senza poter davvero elaborare la loro inaccettabile perdita. Le numerose sedie vuote in una grande sala testimoniavano ogni martedì il dramma di Casale: non vi erano numerosi malati, bensì numerosi fantasmi che a tratti prendevano la parola nei ricordi dei familiari presenti al gruppo.

Lentamente i ricordi sono andati a costituire una trama di storie familiari dapprima descritte nel loro evolvere naturale (si vive insieme, si cerca lavoro, si concepiscono bambini...), ma poi improvvisamente toccate dalla diagnosi fatale.

Un elemento importante si affacciava in momenti diversi all'interno del gruppo: nella popolazione ogni nuovo momento di consapevolezza comportava il confronto con una "marea", una sorta di tsunami che si abbatteva sulla comunità. Ad esempio, quando i Casalesi hanno scoperto di essere cittadini contaminati e contaminabili, purtroppo i nuovi dati epidemiologici li vedevano già primi per numero di morti. A questo proposito è utile ripensare alla dialettica *immunitas-communitas*, nell'accezione descritta da Ambrosiano e Gaburri (2013). Individuandosi nel gruppo, i Casalesi sentivano di poter tornare a fare base sull'essere singoli e vivi, con nella mente il gruppo dei familiari defunti. In questo modo, si avvicinavano in quanto soggetti a una posizione stabile di *immunitas* e potevano aprirsi alla *communitas*, ma così facendo intercettavano la specifica sorte della loro comunità, una comunità predestinata. Raggiunta questa condizione psichica, si è potuto realizzare nel gruppo il transito di quegli aspetti esistenziali che si configuravano come modalità di sopravvivere, escogitate per tollerare un dolore altrimenti impensabile.

Via via che ci si rendeva conto di quanto il lavoro nel gruppo consentisse trasformazioni stabili, cresceva la fiducia nella migliorabilità dei servizi sanitari e assistenziali, da ripensare nel rispetto dei bisogni condivisi da quella specifica popolazione e quindi più adeguati sul piano politico e

amministrativo. Emergeva, inoltre, come tutto questo non si potesse realizzare senza includere il carico emotivo cui erano esposti anche gli operatori, che partecipando anch'essi al gruppo ne condividevano gli effetti benefici legati alla possibilità di pensare insieme.

Riflettendo sull'esperienza del gruppo di Casale e sul suo costituirsi nel tempo quale gruppo specializzato⁶ abbiamo individuato diverse variabili legate al contesto sociale e clinico in cui ci trovavamo:

- la morte rapida dei pazienti;
- la difficoltà dei cittadini di vivere a Casale pienamente consapevoli della possibilità tutt'oggi presente di ammalarsi per il contagio aereo;
- la difficoltà di creare un linguaggio comune con l'Associazione dei Familiari Vittime dell'Amianto e con l'intero gruppo delle figure professionali dell'Ospedale di Casale, che avevamo inizialmente individuato come figure elettive per l'invio di pazienti e familiari bisognosi di ascolto. Difficoltà forse dovute anche alle fisiologiche incomprensioni che possono nascere tra due istituzioni assai diverse, quali l'Università e il Servizio Sanitario;
- in ultimo, ma non certo da sottovalutare, la "pesantezza" in sé delle tematiche trattate nel gruppo.

Durante il lavoro clinico abbiamo riflettuto a lungo per capire cosa comportasse, sia a livello di conduzione sia di dinamiche gruppali, avere a che fare con partecipanti che potevano rientrare in una tipologia di gruppo "omogeneo", aspetto, questo, apparentemente in contrasto con la prospettiva che vede nell'eterogeneità del gruppo multifamiliare uno dei principali aspetti curativi. In realtà, vista la massività dei traumi e la conseguente perdita di gran parte dei legami sociali e dell'identità individuale in nome di una più rassicurante, motivante e "ritrovata" identità associazionistica, l'omogeneità si è costituita quale acceleratore e facilitatore del recupero di un'identità personale e di gruppo più libera e autentica. Riteniamo, infatti, che per elaborare su ampia scala la condizione traumatica legata alla storia di Casale e dell'amianto sia stato strettamente necessario occuparsi previamente delle persone più colpite dalla tragedia. Esse hanno avuto bisogno di sperimentare una condizione di piccolo gruppo omogeneo arricchito di aspetti multifamiliari, qual è stato il nostro, per potersi sentire di nuovo a tutti gli effetti cittadini casalesi "come tutti gli altri". Pensiamo, per esempio, a quanto possa essere "stigmatizzante" e "inversamente stigmatizzante" sia la chiusura associazionistica sia la complementare difficoltà di accettazione di questa realtà da parte del più grande gruppo cittadino. I partecipanti al

⁶ I gruppi specializzati (Bion, 1961) sono gruppi particolarmente indicati per problematiche che si situano tra versante psichico e somatico, in cui il pensiero tende a esprimersi attraverso azioni automatiche. I componenti del gruppo si ritrovano per affrontare una medesima problematica: in questo senso "specializzato" è termine usato per porre l'accento sull'evento aggregante.

gruppo hanno potuto assumere una propria identità separata di persone autentiche e uniche oltre che di "vittime dell'amianto" (Gaburri, & Ambrosiano, 2003; Neri, 2003), sino a poter essere più facilmente ascoltati dal resto della cittadinanza mentre esprimevano la loro rabbia e il loro sconforto nel vedere con quanta difficoltà le altre persone tollerassero di approcciarsi alla dura realtà che era toccato loro di vivere.

L'esperienza del gruppo multifamiliare si è interrotta dopo solo un anno di incontri, poiché il nostro progetto non è stato poi rifinanziato con il cambio della Giunta Regionale. Nel 2013, tuttavia, il Centro Sanitario Amianto - appena costituito per volontà del Ministero della Salute - ha finanziato un nuovo progetto di ricerca-intervento. Il gruppo si è dunque riunito nuovamente a partire dall'Ottobre 2013 e si incontra ogni venerdì in una sala messa a disposizione dal Comune di Casale.

Ma questa è un'altra storia... E siamo in cammino.

Bibliografia

- Ambrosiano, L., & Gaburri, E. (2013). *Pensare con Freud*. Milano: Raffaello Cortina.
- Bion, W. R. (1959). Attacks on linking. *International Journal of Psycho-Analysis*, 40: 308-315.
- Bion, W. R. (1961). *Esperienze nei gruppi*. Roma: Armando Editore 1971.
- Bion, W. R. (1970). *Attenzione e interpretazione*. Roma: Armando Editore 2010.
- Borgogno, F. (1999). *Psicoanalisi come percorso*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Borgogno, F. (2011). *La signorina che faceva hara-kiri e altri saggi*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Borgogno, F. V. (2009). L'ascolto dell'oggetto che fa impazzire. In A. Granieri (a cura di). *Esperienze di ascolto in situazioni di crisi*. Genova: Fratelli Frilli.
- Borgogno, F. V. (2011). Psicoanalisi Multifamiliare. In D. Vallino, & M. Macciò (a cura di). *Famiglie, Quaderni di Psicoterapia Infantile n.63*. Roma: Borla.
- Borgogno, F. V. (2012). Il lavoro con i pazienti gravi e le loro famiglie: la dimensione "multifamiliare" della psicoanalisi. In D. Vallino, & M. Macciò (a cura di). *Infant observation/Infant research, Quaderni di Psicoterapia Infantile n.65*. Roma: Borla.
- Boulanger, G. (2008). Witnesses to Reality: Working Psychodynamically with Survivors of Terror. *Psychoanalytic Dialogues*, 18: 638-657.
- Böhm, T., & Kaplan, S. (2012). *Revenge: On the Dynamics of a Frightening Urge and Its Taming*. London: Karnak Books.
- Bromberg, P. M. (1998). *Clinica del trauma e della dissociazione. Standing in the Space*. Milano: Raffaello Cortina Editore 2007.
- Cancrini, T. (2002). *Un tempo per il dolore*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Corrao, F. (1981). Struttura poliedrica della mente. *Gruppo e Funzione Analitica*, 2 (2).
- Di Chiara, G. (1999). *Sindromi psicosociali*. Milano: Raffaello Cortina.
- Gaburri, E., & Ambrosiano, L. (2003). *Ululare con i lupi. Conformismo e rêverie*. Torino: Bollati Boringhieri.

- García Badaracco, J. (1989). Diagnóstico de las identificaciones patógenas y los déficit de desarrollo de recursos yoicos. In *Diagnóstico en Psiquiatria*. Buenos Aires: Editorial Salvat.
- García Badaracco, J. (1990). *La comunità terapeutica psicoanalitica di struttura multifamiliare*. Milano: Franco Angeli 1997.
- García Badaracco, J. (2000). *Psicoanalisi Multifamiliare - Gli altri dentro di noi e la scoperta di noi stessi*. Torino: Bollati Boringhieri 2004.
- Granieri, A. (2008). *Amianto, risorsa e dramma di Casale. Risvolti psicologici nelle persone affette da mesotelioma e nei loro familiari*. Genova: Fratelli Frilli.
- Granieri, A. (2011a). *Corporeo, pensiero, affetti. Intreccio tra psicoanalisi e neurobiologia*. Torino: UTET.
- Granieri, A. (2011b). Orientaciones para un trabajo psicoanalítico sobre el trauma. In P. Boschán (a cura di). *Sándor Ferenczi y el psicoanálisis del Siglo XXI*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Granieri, A. (2013). *Amiante, la double peine. Casale Monferrato: atteintes physiques, traumatismes psychologiques, résistances*. Fréjus: Sudarenes .
- Granieri, A., Tamburello, S., Tamburello, A., Casale, S., Cont, C., Guglielmucci, F., & Innamorati, M. (2013). Quality of Life and Personality Traits in Patients with Malignant Pleural Mesothelioma and Their FirstDegree Caregivers. *Neuropsychiatric Disease and Treatment Journal*, 9: 1193-202.
- Kaes, R., Bleger, J., Enriquez, E., Fornari, F., Fustier, P., & Roussillon R. (1988). *L'istituzione e le istituzioni*. Roma: Borla 1991.
- Miller, S. B. (1993). *Shame in the context*. Hillsdale: Analytic Press 1996.
- Ministero della Salute (2012). *Stato dell'arte e prospettive in materia di contrasto alle patologia asbesto-correlate*. Quaderni del Ministero della Salute, n. 15, maggio-giugno 2012.
- Narracci, A, Borgogno, F. V., & Granieri, A. (2010). *I gruppi multifamiliari*. Lavoro presentato alla Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica, Università degli Studi di Torino. Torino, 10-11 settembre 2010.
- Ogden, T. (2005). *L'arte della psicoanalisi. Sognare sogni non sognati*. Milano: Raffaello Cortina 2008.
- Neri, C. (2003). *Gruppo*. Roma: Borla.

- Rosenbaum, B., & Varvin, S. (2007). The influence of extreme traumatization on body, mind, and social relations. *International Journal of Psycho-Analysis*, 88: 1527-1542.
- Rozenfeld, A (2012). *La resiliencia: esa posición subjetiva ante la adversidad*. San Sebastia: Letra Viva.
- Ullman, C. (2006). Bearing witness: Across barriers of society and in the clinic. *Psychoanalytic Dialogues*, 16 (2): 181-198.
- Varvin, S. (2013a). *Comunicazione personale*.
- Varvin, S. (2013b). *How to understand traumatization and the traumatized person, Psychoanalytic research on the traumatized patient*. Lavoro presentato alla Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica, Università degli Studi di Torino. Torino, 13-14 dicembre 2013.
- Varvin, S., & Volkan, V. D. (a cura di) (2003). *Violenza o dialogo? Insight psicoanalitico su terrore e terrorismo*. Roma: Borla 2006.