

Lo Psicodramma con un gruppo di donne con Mild Cognitive Impairment

di Flora Inzerillo*

[Ricevuto il 11/02/2024

Accettato il 14/10/2024]

Riassunto

Questo lavoro prende spunto dal seminario clinico “Dialogo tra psicoterapia e neuroscienze: interventi individuali e gruppali di presa in carico del paziente geriatrico”, organizzato dalla sede di Palermo della Scuola COIRAG in modalità online. In linea con le attuali riflessioni epistemologiche legate a un *concetto di cura*, sempre più articolato e complesso, la relazione proposta ha approfondito la conoscenza di una multidimensionalità degli interventi terapeutici e riabilitativi rivolti a una popolazione definita fragile, come l’utenza geriatrica; nello specifico parliamo di soggetti che pur non raggiungendo i 65 anni di età presentano problematiche relative alle funzioni mnestiche e/o dell’umore (Mild Cognitive Impairment). L’accoglienza e la gestione della domanda d’aiuto, legata alla sofferenza esistenziale, ha trovato un setting favorevole nel gruppo di psicodramma, che ha facilitato la visualizzazione e il riattraversamento delle proprie esperienze di vita attraverso le interconnessioni con quelle degli altri; consapevoli che un progetto terapeutico riabilitativo deve poter

* Psicoterapeuta COIRAG, psicodrammatista e musicoterapeuta; socia Apragip e componente del Consiglio Direttivo della stessa; docente di Psicodramma individuativo presso la sede di Palermo della Scuola COIRAG (via Quintino Sella, 68 – 90139 Palermo); Florainzerillo@gmail.com

Gruppi/Groups (ISSNe 1972-4837), 1-2/2023
Doi: 10.3280/gruoal-2-2023oa21217

GRUPPI IN CONTESTI PARTICOLARI

integrare l'approccio neuropsicologico e il decadimento cognitivo a una chiave di lettura analitica delle storie di vita dei pazienti.

Parole chiave: Psicodramma analitico individuativo, Caregiver, Rispecchiamento, Mild Cognitive Impairment, Gruppo terapeutico omogeneo.

Abstract. *Psychodrama with a group of women with Mild Cognitive Impairment*

This paper takes its cue from the clinical seminar “Dialogue between psychotherapy and neuroscience: individual and group interventions for taking care of the geriatric patient”, organized by the Palermo branch of the COIRAG School in online mode. In line with the current epistemological reflections related to a concept of care, which is increasingly articulated and complex, the proposed report delved into the knowledge of a multidimensionality of therapeutic and rehabilitative interventions aimed at a population defined as fragile, such as geriatric users; specifically, we are talking about individuals who, although they do not reach 65 years of age, present problems related to memory and/or mood functions (Mild Cognitive Impairment). The reception and management of the demand for help, linked to existential suffering, found a favorable setting in the psychodrama group, which facilitated the visualization and re-translation of one's own life experiences through interconnections with those of others; aware that a rehabilitative therapeutic project must be able to integrate the neuropsychological approach and cognitive impairment with an analytical key to the patients' life stories.

Keywords: Analytical individuating psychodrama, Caregiver, Mirroring, Mild Cognitive Impairment, Homogeneous therapeutic group.

Introduzione

Le domande che oggi più che mai obbligano ogni psicoterapeuta, all'interno del proprio contesto lavorativo a un ripensamento dei dispositivi di cura in termini di *contenitori* ma anche di *contenuti*, riguardano i seguenti quesiti: chi sono i pazienti che arrivano nei nostri servizi? com'è cambiata la domanda dei pazienti? quale sofferenza portano? come la portano? come si può fare un intervento? con quale relazione terapeutica? quale la nostra specificità nel modo di intervenire? come sta cambiando l'intervento individuale, gruppal e istituzionale? Oggi più che mai una domanda così complessa non può che essere accolta da una *mente gruppal e*, multidisciplinare e multidimensionale, avvalorando sempre di più ciò che Foulkes affermava:

«(...) anche la stessa nascita dell'identità psichica, la stessa esistenza umana nelle sue diverse possibili articolazioni, hanno luogo e acquistano senso sempre in riferimento a reti (networks) dinamicamente interattive di relazioni» (Foulkes in Di Maria e Lo Verso, 1995, p. 40).

Il seguente lavoro proverà a chiarire come tale pensiero critico ha prodotto dei risultati all'interno di un servizio caratterizzato da una elevata cultura organicistica e medicalistica, che appartiene al reparto di Geriatria del Policlinico di Palermo, la cui utenza presenta come vincolo di età i 65 anni, ovvero soggetti definiti dal Servizio Sanitario Nazionale come pazienti geriatri. Tale fase del ciclo di vita si configura dinamicamente come molto complessa, intrisa di profondi cambiamenti che la persona "anziana" può faticare a concepire (Inzerillo, 2016).

Quasi sempre il processo di invecchiamento è caratterizzato da tre aspetti evolutivi che possono risultare non omogenei e non coincidenti: invecchiamento biologico (mutamento, decadimento del corpo e detrimento funzionale), psichico (il modificarsi dell'adattamento alla vita quotidiana, la disregolazione affettiva e il declino cognitivo) e sociale (il cambiamento del ruolo dell'anziano nella società e il passaggio dalla condizione di indipendenza a quella di dipendenza) (Lo Verso, Inzerillo e Ajovalasit in Lo Verso, 2021). Ciò contribuisce fortemente alla costruzione di un quadro complesso che può divenire invalidante e degenerativo, in cui il disturbo somatico e il disagio psichico si intrecciano, dando vita a una nuova forma di "*malessere esistenziale*". Quest'ultimo è fortemente connesso con l'attuale mondo sociale, frenetico, in cui il soggetto anziano non si riconosce, che tende a strutturare configurazioni familiari caratterizzate da eccessive distanze relazionali tra i membri o da ruoli *con-fusivi* malsani, che esigono rapidità di movimento, facilità di adattamento e capacità di resilienza che molti anziani non possiedono. È questo il tipo di malessere implosivo in questi ultimi anni e manifestato da una precisa fascia di popolazione: soggetti che pur non raggiungendo i 65 anni, hanno fatto richiesta presso il nostro ambulatorio di una prima visita per problematiche relative alla memoria e/o a disturbi dell'umore.

Il sentimento del tempo è un aspetto cruciale capace da solo di sollecitare una profonda sofferenza, poiché la percezione del tempo comincia a cambiare nel momento in cui la persona sente l'avanzare dell'età. Infatti, se prima il tempo coincideva con la dimensione progettuale, come orizzonte di vita possibile, nell'anziano diviene restringimento dell'esperienza: si assottiglia, sollecitando la rievocazione di scenari passati che possono anche essere avvertiti come incompiuti, interrotti o giudicati errati.

Quasi sempre, laddove emergono disillusioni causate dalle profonde trasformazioni *socio-psico-fisiche* non mentalizzate ed espresse, si manifesta una vera sofferenza isolante, dove la sofferenza psichica diviene l'unica maniera per esprimere il modo con il quale ogni persona vive il tempo della vecchiaia.

È ormai assodato che esiste una forte correlazione tra disturbi dell'umore e un lieve deterioramento cognitivo, principalmente inerente alla perdita di memoria. Correlazione che consente di esplorare le difficoltà portate dai pazienti definiti Mild Cognitive Impairment¹. L'esperienza clinica diretta, svolta all'interno del servizio ha consentito l'esplorazione graduale del funzionamento mentale di tali pazienti attraverso l'utilizzo di alcune capacità mentali di base così come riportate dal PDM-2².

Tali soggetti riportano spesso sentimenti di sfiducia, esclusione da parte dei contesti sociali e rifiuto rispetto alla possibilità di appartenere a qualunque tipo di realtà gruppale, sperimentando una crescente perdita del desiderio di rimettersi in gioco all'interno di un gruppo. Alla luce di tale constatazione si è cercato di fornire risposte terapeutiche adeguate attraverso interventi di psicoterapia rivolti specificatamente a questa fascia di individui che, pur non manifestando una demenza³ conclamata, avvertono un disagio profondo interno a cui non si riesce a dare parola, che si canalizza sul versante somatico e che irrimediabilmente interferisce a livello delle normali competenze cognitive. In questi anni ho potuto sperimentare l'efficacia terapeutica del dispositivo gruppale in ambito istituzionale, in quanto è un vero contenitore trasformativo di istanze profonde della struttura dell'individuo; è quel luogo in cui si determinano le riattivazioni dei propri gruppi interni, attraverso la drammatizzazione del gruppo-famiglia che si dispiega nei processi identificativi e proiettivi nei confronti dei membri del gruppo. Ciò avviene in

¹ Il DMS-5 definisce i Mild Cognitive Impairment individui che presentano deficit cognitivi maggiori rispetto a quelli che ci si potrebbe aspettare per la loro età e istruzione ma al contempo tali deficit non interferiscono in misura significativa con le loro attività giornaliere.

² Il PDM-2 definisce le funzioni dell'asse ME che riguardano il profilo del funzionamento mentale degli anziani attraverso una scala di valutazione a cinque punti, dove 5 equivale a un funzionamento quasi ottimale, 3 equivale a una alterazione della funzione in condizioni di stress e 1 equivale a una compromissione quasi totale della funzione (Lingiardi e McWilliams, 2018).

³ «La demenza consiste nella compromissione globale delle funzioni cosiddette corticali (o nervose) superiori, ivi compresa la memoria, la capacità di far fronte alle richieste del quotidiano e di svolgere le prestazioni percettive e motorie già acquisite in precedenza, di mantenere un comportamento sociale adeguato alle circostanze e di controllare le proprie reazioni emotive: tutto ciò in assenza di compromissione dello stato di vigilanza. La condizione è spesso irreversibile e progressiva» (Biondi, 2015).

maniera isomorfica alla psicologia mentale specifica dei membri che compongono il gruppo, alla loro età e alla loro cultura d'appartenenza.

Alla luce di tali considerazioni, nasce il gruppo mediano supportivo⁴ istituzionale, che negli anni è diventato un *nuovo* dispositivo di cura, in quanto funge da contenitore e mediatore delle differenti realtà psicosociali. Caratteristica di questo tipo di gruppo è quella di facilitare la relazione interpersonale attraverso una conduzione non direttiva, focalizzata sul *qui e ora* al fine di acquisire la fiducia reciproca per consentire al contempo il recupero della memoria delle antiche appartenenze familiari, stimolando il desiderio di prendere parte a nuovi contesti sociali, ma soprattutto focalizzandosi su un trasfert e un controtransfert laterali⁵ (Kaës, 2013). Poiché la maggior parte dei pazienti con presenza di MCI sono di sesso femminile e poiché la maggior parte di questi risultano portatori anche di uno stress assistenziale significativo, in quanto *caregiver*, ho deciso di procedere con la formazione di gruppi tutti al femminile, donne il cui ruolo di caregiver risultava ormai una armatura, quasi una seconda pelle non facilmente percepibile agli stessi soggetti.

Ma chi sono le nostre donne?

Alcune di queste donne sono accomunate dal punto di vista psicodinamico dalla perdita di ruoli identitari, che, poiché rigidi e saturanti, hanno lasciato dei vuoti all'interno di una maglia familiare ancora non pensabile e dunque non riattraversabile.

Altre donne sono accomunate dal tema della rinuncia delle parti di Sé, intendendo anche rinuncia della propria autenticità in termini di desideri, sogni, o altro, per ricercare inconsciamente un riconoscimento, una gratificazione al proprio nucleo narcisistico, pena il fatto che tale modalità collusiva le abbia intrappolate in una tela in cui il tempo e lo spazio perdono la loro valenza reale.

Per ognuna di loro il gruppo ha consentito quel dialogo con l'esterno permettendo, dunque, una riorganizzazione del dialogo interno. Ognuna di loro viene a conoscere se stessa attraverso la reazione che causa negli altri e l'immagine che le viene restituita (*rispecchiamento*); inoltre, l'individuo si differenzia in un costante confronto di somiglianze e di differenze con le altre.

⁴ Il gruppo supportivo come strumento terapeutico è definito come: «quel gruppo psicoterapeutico il cui prerequisito indispensabile è quello di generare una alleanza terapeutica positiva non soltanto tra il singolo partecipante e l'équipe clinico-sociale che lo ha in carico, ma soprattutto con gli altri pazienti» (Roth, Fonagy e Parry, p. 287 trad.it. 1997).

⁵ Nel "nuovo" gruppo supportivo-espressivo il tradizionale concetto di "spostamento trasferale e controtrasferale" lascia il posto a nuove modalità di coinvolgimento affettivo-relazionale determinando in "trasfert e contro-transfert laterale". In tal senso il transfert laterale diviene una nuova chiave di lettura per una più profonda comprensione dell'esperienza grupale.

La relazione gruppoanalitica si esprime in un lavoro d'individuazione attraverso il riconoscimento e la ricucitura delle parti scisse del sé. Il modello gruppoanalitico mette in relazione l'individuo con la società; la matrice dinamica che si crea all'interno del gruppo intermedio altro non è che la creazione di una microcomunità rappresentativa di una nuova microcultura.

La costruzione della matrice dinamica è ciò che consente via via l'acquisizione di una particolare abilità: vedere le cose in maniera divergente piuttosto che convergente, cosicché il *familiare diventa estraneo e l'estraneo familiare*, trasformando la microcultura del gruppo da una connotazione familocentrica a un modello socioculturale più evoluto ma equivalente a quello originario. Affinché ciò avvenga è necessario un tempo che consenta il lento attraversamento dei diversi livelli del transpersonale verso la creazione di una nuova *matrice dinamica* (Pontalti in Lo Verso e Di Blasi, 2011). Pertanto, durante i percorsi gruppali sono stati presi in considerazione anche i criteri di efficacia, con una valutazione e misurabilità degli esiti del trattamento e un'attenzione ai tempi/risorse impiegate nella cura (Blackmore *et al.*, 2009; Lo Coco, Prestano e Lo Verso, 2008; Fonagy, 2006; Westen, Novotny e Thompson-Brenner, 2004; Di Blasi *et al.*, 1998).

Sono stati usati una serie di strumenti durante le diverse fasi del percorso gruppal. Tra gli strumenti utilizzati nella fase di "valutazione del processo", la Griglia di Rappresentazione della Matrice di Ahlin, MRG (Ahlin in Di Blasi *et al.*, 1988)⁶ ha evidenziato alcuni temi culturali che via via emergevano:

- la lontananza e la vicinanza rispetto al senso di morte (livello universale);
- il senso del dovere e della libertà (livello familiare);
- la religione (livello culturale-ambientale);
- la solitudine del femminile.

Nel tentativo di rendere visibile "l'implicito" collegato a tali tematiche, ho proposto una esperienza a tempo determinato di psicodramma con alcune di queste donne, finalizzato alla più facile esplorazione di alcuni eventi

⁶ La MGR è uno strumento clinico di tipo qualitativo che richiede, per la sua utilizzazione, il ricorso all'osservazione diretta. Esso consente, attraverso un diagramma, di rappresentare la matrice di gruppo nel momento in cui viene attivato un tema di gruppo. Otto sono le determinanti prescelte da Ahlin, che rimandano ai fattori terapeutici descritti da Bloch e Crouch. Ogni determinante è specificata lungo un continuum che definisce il livello minimo e il livello massimo di apertura/chiusura rispetto a ogni sezione delle stesse. Le determinanti utilizzate sono: flusso di comunicazione, imagery, clima emotivo, rivelazione di sé, accettazione, modello di relazione, modello di autorità, carattere del confine. Ciascuna di essa è articolata in cinque categorie. A livello grafico le determinanti sono rappresentate a raggiera all'interno di tre cerchi concentrici. I tre cerchi rappresentano tre diversi climi di gruppo che possono essere generati dalla matrice; cerchio interno: clima di gruppo fusionale, denso; cerchio di mezzo: clima di gruppo ottimale; cerchio esterno: clima di gruppo dispersivo, frammentario, vago.

personali, alla riemersione di ricordi e sogni, alla messa in scena di conflitti più o meno celati, ma che attraverso l'azione drammatica e la rappresentazione scenica delle interazioni di ruolo sono state svelate!

Perché, come ricordano due nostri grandi maestri Gasseau e Gasca:

«L'agito sia corporeo che verbale è (..) ciò che prepara e favorisce l'azione psichica e il cambiamento terapeutico. Il gioco è ciò che attiva particolari vissuti corporei: senso di impotenza, forte rabbia, gioia e dolore percepiti posturalmente»

e ancora:

«(...) con il metodo psicodrammatico non esiste terapia se non stimolando trasformazioni del vissuto corporeo, e non esiste apprendimento duraturo se non collegato a una esperienza emotiva di cui neurofisiologicamente vengano investiti i canali somatici» (Gasseau e Gasca, 1991, p. 121).

Seduta psicodrammatica “*La pesantezza del prendersi cura*”

Riporto alcuni momenti relativi a una seduta di psicodramma intitolata dall'osservatrice “La pesantezza del prendersi cura”.

Dopo un primo momento di esplorazione dello spazio circostante ho invitato le partecipanti a concentrarsi sul proprio corpo cercando di individuare quelle parti percepite con maggiore pesantezza, attenzionando in particolar modo la testa, le braccia, la pancia e le gambe.

Lasciando loro il tempo necessario, poi le ho invitate a esprimere il senso di pesantezza provato con una descrizione il più possibile dettagliata del tipo di dolore e della parte del corpo coinvolta. Alla fine di tale resoconto ho invitato ognuna di loro a rintracciare (invitandole nuovamente a una esplorazione dello spazio) una situazione della propria vita, un momento legato a un ricordo in cui avevano avvertito un peso simile. E così partendo dal qui e ora, ognuna di loro ha rintracciato nel *lì e allora* un elemento emozionale ma al contempo neurosensoriale denso di simbolico: c'è chi ha tirato fuori il momento del parto del primo figlio, momento colmo di dolore e di pesantezza soprattutto degli arti inferiori; c'è chi ha ricollegato un momento della propria vita in cui si è sentita costretta a diventare pilastro per la propria famiglia nonostante non ne possedesse la forza; c'è chi associa il mal di testa e la propria confusione mentale sperimentata nel qui e ora della seduta a una pesantezza di un rapporto professionale: accudire una signora affetta da Alzheimer e quindi prendersi cura è motivo di estrema stanchezza e di estrema confusione mentale.

Infine, c'è chi associa la pesantezza alle spalle e alle braccia ricollegandolo a un momento significativo della propria vita passata in cui il proprio padre, in punto di

morte, le affida la madre mettendole addosso come un macigno di cemento un profondo senso di responsabilità.

Questi alcuni dei ricordi e dei collegamenti emersi.

L'isomorfismo di Milena

La conduttrice decide a questo punto di far giocare una donna che chiameremo Milena, aiutandola a ricostruire il momento in cui avverte in maniera isomorfica gli stessi sintomi sperimentati dalla signora anziana che accudisce. Viene messa in scena e si drammatizza un episodio importante attraverso la tecnica del cambio di ruolo e del doppio. Milena viene aiutata nell'individuazione del suo stato confusivo, probabilmente prodotto da un sentimento inaccettabile e inconfessabile: la rabbia. Rabbia nei confronti di una relazione che: *"Spesso mi obbliga a prendermi cura contro voglia di relazioni gravose di cui necessito per sopravvivere, ma che non sono frutto di una mia libera scelta"* (Milena).

Attraverso la tecnica psicodrammatica e attraverso le restituzioni che ogni Io-ausiliario ha reso, emerge una discordanza all'interno di questo ruolo di accudente portato da Milena. Per questo motivo si procede con l'esplorazione di una seconda scena, invitandola questa volta a rintracciare un momento della propria vita familiare in cui ha sentito una costrizione e una sofferenza del *prendersi cura*.

Milena risperimenta nel gioco il ruolo di *piccola mamma* voluto dalla propria madre, ruolo che per anni aveva dovuto assolvere prendendosi cura del fratello minore e della casa, fino al momento in cui non aveva deciso di crearsi una propria famiglia.

In un incontro successivo, durante una *fantasia guidata* di attraversamento di un fitto bosco, proprio Milena individua come personaggio salvifico dell'attraversamento del bosco il proprio marito, che chiameremo Giuseppe. Ancora una volta, esplorando la protagonista con la *tecnica del Doppio* e grazie alle inversioni di ruolo con l'Io-ausiliario che faceva Giuseppe, emerge da un lato la rappresentazione della bambina adulta capace di badare a se stessa, che deve negare le proprie fisiologiche paure, saturando completamente il mondo affettivo ed emozionale, e dall'altro ne viene fuori una rappresentazione di marito come figura genitoriale pronto a sostenere la propria moglie-figlia, supportandola nell'utilizzo delle risorse del proprio sé per superare paure, preoccupazioni e ostacoli.

Convergenze tra setting gruppoanalitico e setting psicodrammatico

Questi due momenti di gruppo psicodrammatico mostrano le significative interconnessioni tra differenti tipi di setting che un buon funzionamento dinamico del gruppo può produrre: sia nel setting gruppoanalitico che in quello psicodrammatico:

«Il corpo personale è messo in relazione con quello degli altri a diversi livelli e in diversi modi: la disposizione circolare, l'azione scenica e la funzione immaginale» (Gasca e Sordano, 2023, p. 96).

Il buon funzionamento dinamico di un gruppo nel quale è presente un sistema cooperativo tra i membri, facilita dunque il prendere in sé aspetti del corpo dell'altro. In accordo con quanto sostiene Damasio, corpo e cervello sono impegnati in una costante coreografia interattiva. Se l'emozione è legata all'attivazione di "programmi di azione", il sentimento è legato alla mappa percettiva composita di uno stato corporeo (Damasio, 2010, p. 127).

Ciò che avviene nel gioco psicodrammatico è ciò che Damasio chiama *diversificazione*: «(..) le immagini che scaturiscono dal gioco e dalle emozioni nascenti favoriscono un'apertura e un nuovo schema di azione» (Damasio, in Gasca e Sordano, 2023, p. 97), che via via trasforma l'emozione nascente in un progetto.

L'emergere dei ruoli-progetto, così come sono definiti da Gasca, evidenzia il processo in base al quale i ruoli interni di distribuiscono in maniera nuova, si trasformano, integrando aspetti potenziali nati dall'incontro con un processo intersoggettivo.

Nello psicodramma, ad esempio, l'utilizzo delle scene virtuali, ovvero di scene psicodrammatiche non realmente accadute, ma che rappresentano «momenti della realtà interiore» del protagonista (Lichtemberg, 1989, p. 45) può rendere tali ruoli "organizzatori" della parte meno cosciente della personalità, permettendone addirittura la trasformazione. Ciò che il modello gruppoanalitico che quello psicodrammatico individuativo esprimono a vantaggio del gruppo è che: non è il gruppo di per sé a diventare terapeutico ma è una particolare maniera di gestirlo che può aiutare il singolo a trovare nei compagni di gioco uno strumento all'individuazione del proprio discorso evolutivo, strumento capace di individuare i propri ostacoli inconsci e di rimuoverli una volta visualizzati.

Il tipo di regia psicodrammatica deve dunque favorire quel processo di individuazione: quest'ultima si realizza a condizione che il conduttore abbia ben chiaro che, ad esempio, in un gruppo di 10 partecipanti, sono almeno 10 i gruppi presenti e almeno 10 gli psicodrammi che si incrociano a ogni sessione.

Possiamo dunque dire che lo psicodramma certamente ha aiutato ogni membro del gruppo a ripristinare il fattore terapeutico principale che è quello della coesione del gruppo (Fasolo, 2002).

L'astensione dallo stabilire argomenti e mete a priori ha posto i pazienti in una condizione di dialogo non soltanto nei confronti del proprio mondo

interno⁷ ma anche nei confronti dei propri compagni attraverso la formazione di transfert laterali, in un gioco di luci e ombre tra somiglianze e disuguaglianze. La nascita all'interno dello spazio gruppale di una matrice dinamica consente ai propri gruppi interni di esprimersi in emozioni: lo spazio gruppale sorge quale spazio emotivo che dona *sensò* e *trama* ai temi privi di significato soggettivo del *transpersonale*. Un'ultima osservazione sull'importanza del corpo come strumento di relazione ma anche come strumento di visualizzazione della natura di una patologia e del processo di cambiamento. Nel gruppo la possibilità rappresentativa attraverso cui la scena viene visualizzata non è mai separata dall'emozione; nello spazio gruppale l'evento è insieme immagine, azione, affettività. Il corpo in quanto "maschera o persona" diventa portatore di emozioni viventi, e pertanto, non è più da intendere come *soma*.

Grazie all'esperienza del *come se* nell'*hic et nunc* del momento gruppale, i temi delle storie personali di ogni membro hanno trovato più facilmente *quei personaggi* pronti a rappresentare *scene nuove*, sì da poter recitare i loro affetti, imprimendosi definitivamente nella memoria del corpo e della mente.

In conclusione, penso che esperienze integrate di questo tipo siano in linea con quanto ormai viene sostenuto da più voci significative nell'ambito clinico-metodologico, e cioè che i nuovi campi terapeutici devono essere sempre più di tipo "sartoriale" (Aprea, 2024), per cercare di accogliere nuovi malesseri e nuove sofferenze esistenziali della nostra epoca, così come quelle che, attraverso sintomatologie *esperite e narrate*, sono state rese visibili dalle nostre pazienti.

Riferimenti bibliografici

- Aprea A. (2024). Intervento alle Giornate Franco Fasolo, 2024. COIRAG, Milano. Testo disponibile al sito: <https://www.youtube.com/watch?v=pNmLhFqilVO>
- Biondi M. (2014). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. American Psychiatric Association, DSM-5. Ed. it., Milano: Raffaello Cortina.
- Blackmore C., Beecroft C., Parry G., Booth A., Tantam D., Chambers E., Simpson E., Roberts E. e Saxon D. (2009). *A Sistematic Review of the Efficacy and Clinical Effectiveness of Group Analysis and Analytic/Dynamic Group Psychotherapy*.

⁷ Il gruppo terapeutico non è altro che una riattualizzazione delle dinamiche caratterizzanti i propri gruppi interni. La scena terapeutica solo formalmente è occupata dai rapporti tra i pazienti: in realtà è espressione dei traumi insiti della loro gruppaltà interna, nodi affettivi di interazione nella matrice personale di ognuno (Menarini, Amaro e Papa, in Di Maria e Lo Verso, 1995).

- University of Sheffield: School of Health and Related Research, Centre for Psychological Services Research.
- Damasio A. (2010). *Il Sé viene alla mente. La costruzione del cervello cosciente*. Milano: Adelphi, 2012.
- Di Blasi M., Di Nuovo S., Giannone F. e Lo Verso G. (1998). *Valutare le psicoterapie. La ricerca italiana*. Milano: FrancoAngeli.
- Di Maria F. e Lo Verso G. (1995). *La psicodinamica dei gruppi. Teorie e tecniche*. Milano: Raffaello Cortina.
- Fasolo F. (2002). *Gruppi che curano e gruppi che guariscono*. Padova: La Garangola.
- Fonagy P. (2006). Evidence-based Psycodinamic Psychotherapies. In: *PDM Task Force, Psycodinamic Diagnostic Manual*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.
- Gasca G. e Sordano A. (2023). *Trascendere l'Io. Prospettive junghiane sui gruppi*. Bergamo: Moretti e Vitali.
- Gasseau M. e Gasca G. (1991). *Lo psicodramma junghiano*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Inzerillo F. (2016). Quel confine invisibile tra disturbi di memoria. Psicoterapia di gruppo all'interno dell'Unità Valutativa Alzheimer. In: La Barbera D. e Lo Verso G., a cura di, *Psicoterapia e Medicina*. Roma: Alpes Italia.
- Kaës R. (2013). *Il malessere. Prospettive della ricerca psicoanalitica*. Roma: Borla.
- Lichtemberg J.H. (1989). *Psicoanalisi e Sistemi motivazionali*. Milano: Raffaello Cortina, 1995.
- Lingiardi V. e McWilliams N. (2018). *Manuale Diagnostico Psicodinamico. Seconda edizione PDM-2*. Milano: Raffaello Cortina.
- Lo Coco G., Prestano C. e Lo Verso G., a cura di (2008). *L'efficacia clinica delle psicoterapie di gruppo*. Milano: Raffaello Cortina.
- Lo Verso G. (2021). *La clinica psicoterapeutica. Un contributo di matrice gruppoanalitico-soggettuale*. Rende (CS): Alpes Italia.
- Lo Verso G. e Di Blasi M. (2011). *Gruppoanalisi soggettuale*. Milano: Raffaello Cortina.
- Roth A., Fonagy P. e Parry G. (1996). Psychotherapy Research, Funding and Evidence-Based Practice. In: Roth A. e Fonagy P., *What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research*. New York: Guilford (trad. it.: *Psicoterapie e prove di efficacia. Quale terapia per quale paziente*. Roma: Il Pensiero Scientifico, 1997).
- Westen D., Morrison Novotny K. e Thompson-Brenner H. (2004). The Empirical Status of Empirically Supported Psychotherapies: Assumptions, Findings, and Reporting in Controlled Clinical Trials. *Psychological Bulletin*, 130, 4: 631-663 (trad. it.: Lo statuto empirico delle psicoterapie validate empiricamente: assunti, risultati e pubblicazione delle ricerche. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2005, XXXIX, 1: 7-90).
- DOI: 10.1037/0033-2909.130.4.631