

Il lavoro sul limite tra corpo, gruppo e disabilità

di Giovanna Bazzacco*, Stefania Bisagni** e Ilaria Locati***

*[Ricevuto il 10/09/2024
Accettato il 26/04/2025]*

Riassunto

Il presente lavoro nasce in un gruppo di ricerca sulle dinamiche dei gruppi terapeutici. La chiusura pandemica ha portato gli autori a focalizzare l'attenzione sul recupero della dimensione del corpo in relazione alla gruppaltà. Ci si è chiesti se il setting gruppoanalitico possa essere adottato nell'ambito della grave disabilità congenita e acquisita, dove le possibilità espressive e relazionali sono molto limitate. Gli autori ritengono che la concretezza dei limiti verbali, motori e cognitivi di cui il corpo disabile è portatore necessiti di un'area di gioco e di esplorazione creativa per sviluppare nuove potenzialità espressive. Pur non essendo il contesto nosografico elettivo per la gruppo-

* Psicologa, psicoterapeuta, gruppoanalista, analista del comportamento e istruttrice di mindfulness. Socia Asvegra e Ariele (Milano). Lavora in una struttura per persone con disabilità e in una residenza per religiosi anziani (OPSA, Rubano) e come libera professionista (via Gattamelata, 21 – 35426 Padova); g.bazzacco@gmail.com

** Psicologa, psicoterapeuta a indirizzo sistemico relazionale, individuale e gruppale. Socia Asvegra. Lavora da anni nel privato sociale (Polis Nova S.C.S. Centro Diurno Disabilità “Mosaico” e “New Team Mosaico” – via due Palazzi, 16 – 35136 Padova; <https://www.gruppopolis.it/>). Libera professionista (via Po, 3 – 35135 Padova); stefania.bisagni@gmail.com

*** Psicologa, psicoterapeuta, gruppoanalista, libera professionista. Docente sede di Padova Scuola COIRAG. Socia Asvegra e GASI (via Savona, 33 – 35142 Padova); ilaloca@hotmail.com

Gruppi/Groups (ISSNe 1972-4837), 1-2/2023
Doi: 10.3280/gruoa1-2-2023oa21223

CONTRIBUTI ORIGINALI

analisi, si ipotizza che il lavoro clinico guidato da un pensiero gruppale permetta di realizzare interventi a favore della salute mentale, creando occasioni di piena partecipazione, declinata nelle dimensioni di autodeterminazione e autorappresentanza. Attraverso la presentazione di alcune esperienze cliniche si vuole osservare come l'approccio gruppoanalitico può favorire la mobilitazione del corpo e del pensiero esplorando nuove possibilità di comunicazione e relazione di cui il gruppo è promotore.

Parole chiave: Gruppoanalisi, Setting, Creatività, Disabilità, Corpo.

Abstract *Working on the border among body, group and disability*

The work the authors are presenting originates in a research group on the dynamics of therapeutic groups. Pandemic closure induced the authors to focus on the dimension of the body in relation to group; they wondered whether the group analytic setting could be adopted in the context of severe congenital and acquired disability, where expressive and relational possibilities are very limited. The authors consider that the tangibility of the verbal, motor and cognitive limitations of the disabled body needs an area of play and creative exploration to develop new potentials for expression and relationship. Even though it is not the elective nosographic context for group analysis, the hypothesis is that adopting a group analytical paradigm when working with severe disability empowers mental health interventions and enables opportunities for full participation, promoting self-determination and self-representation. Clinical experiences are presented in order to observe how the group analytic approach can support the mobilization of body and thought, by exploring new possibilities of communication and relationship.

Keywords: Group analysis, Setting, Creativity, Severe disability, Body.

Premessa

Questo lavoro nasce in un gruppo di studio sulla psicodinamica dei gruppi all'interno dell'Associazione Asvegra, dalla condivisione di alcune esperienze cliniche a favore di persone con disabilità, con il comun denominatore gruppoanalitico nell'approccio di cura.

La finalità di questo lavoro è quella di evidenziare possibili applicazioni del modello gruppoanalitico nel lavoro clinico con persone con disabilità, come riflessione preliminare a un possibile approfondimento di ricerca sull'applicazione di una pratica con riferimenti gruppoanalitici al mondo delle disabilità, fisiche e intellettive, congenite e acquisite: la gruppoanalisi ha titolo per entrare nel mondo della cura alle disabilità? Che vertice osser-

vativo e che interrogativi terapeutici può proporre al processo di cura? Che adattamenti si rendono necessari alla pratica gruppoanalitica per favorire un'applicazione a un contesto nosografico non elettivo?

E inoltre come ci occupiamo in modo adeguato dei corpi e della corporeità nel setting di gruppo e nel processo terapeutico, in funzione dell'assoluta preminenza di questa dimensione, in riferimento a persone con disabilità che molto spesso colpiscono anche il corpo e non solo l'intelletto?

Le esperienze cliniche che fanno da riferimento di partenza sono tra loro molto diverse: una si riferisce a un lavoro clinico individuale in un Centro Diurno per persone con disabilità intellettiva, un'altra riguarda un laboratorio teatrale in una struttura riabilitativa per persone che hanno avuto una cerebrolesione acquisita, e una terza esperienza si riferisce a un gruppo terapeutico in una comunità per persone con disabilità congenita, fisica e intellettiva di grado medio-lieve.

Quali gruppi per le persone con disabilità

I Disturbi del Neurosviluppo come categoria diagnostica ci interrogano profondamente in termini etici e deontologici sull'idea della natura umana. Guardare alla storia della disabilità (Schianchi, 2012) significa fare i conti con la realtà di persone con menomazioni fisiche, sensoriali, cognitive, psichiche e relazionali tanto da veder messa sovente in discussione la loro inclusione a livello sociale.

All'interno dei servizi per persone con disabilità ci muoviamo in un territorio sperimentale di cura, i nostri utenti rappresentano i “cugini poveri degli psichiatri”, quelli che fanno fatica a essere seguiti nei Centri di Salute Mentale perché ritenuti impropri, pur in presenza di patologia psichiatrica, in relazione al livello intellettivo.

Il contesto nosografico non è elettivo neppure per la gruppoanalisi oltre che per la psichiatria, la presenza infatti di disabilità intellettiva è stata considerata sovente come una controindicazione alla terapia di gruppo classica e in letteratura la documentazione è molto scarsa.

Già Ferenczi (1931) sollevava il dubbio a proposito del metodo psicoanalitico: non è il paziente a essere inadatto al dispositivo, ma il metodo di cura da dover essere rivisto e adattato.

Su tale stimolo, condividiamo alcune riflessioni sulla base delle nostre esperienze cliniche.

Il gruppo è per tutti? Anche per le persone con disabilità intellettiva?

Se già Freud nel 1921 scriveva: «Ogni individuo è partecipe di molte anime collettive» (p. 23), la gruppoanalisi pone l'esperienza delle gruppaltà come fondante nel formare la persona.

Ritenendo che tale assunto possa dirsi vero anche in riferimento alle persone con disabilità, non appare tuttavia per loro un processo automatico l'accedere al fare esperienza di interazioni gruppalì "sufficientemente mature" in cui confrontarsi con l'alterità: spesso la loro attenzione è centrata su di sé e l'accesso alla relazione con l'altro è funzionale al loro bisogno, in un rapporto di dipendenza e di ego-referenzialità.

I gruppi educativi, i più comuni e diffusi nelle azioni riabilitative e di cura delle persone con disabilità, hanno un focus prevalentemente orientato alla promozione delle funzionalità individuali, mentre attività di gruppo promosse con un approccio gruppoanalitico puntano a far emergere il concetto di gruppaltà, quale «rete antropologica identificatoria che ha costitutivamente il carattere della molteplicità e della complessità, e che implica tutta la storia del soggetto» (Lo Verso, 1994, p. 106).

Sottolineiamo l'importanza di tenere a mente il gruppo per il terapeuta che lavora nell'ambito della disabilità, sia che prevediamo come dispositivo di cura l'attivazione di gruppi condotti con una metodologia gruppoanalitica, pur con i dovuti adattamenti, sia che proponiamo attività prevalentemente espressive-relazionali come un laboratorio teatrale, sia che elaboriamo una progettualità sulla singola persona con interventi finalizzati al familiarizzare con la dimensione gruppalè.

I vignetta clinica – caso individuale in un Centro Diurno

Per accompagnare una persona con disabilità intellettiva verso una dimensione gruppalè – intesa in senso ampio e non solo terapeutico – è spesso necessario partire da un percorso individuale.

Proveremo a esemplificare questo lavoro con un caso clinico cercando di leggerlo attraverso una lente gruppoanalitica che si interconnette a un approccio cognitivo-comportamentale, che è lasciato ai margini.

Il caso riportato è quello di Veronica, una giovane donna che, terminato il percorso scolastico, sembra aver perso le sue competenze, bloccata dalla paura del cambiamento. Inizialmente chiusa nel silenzio, comunica però attraverso il corpo un'intensa vitalità. La madre, protettiva ed esasperata, ha strutturato la propria vita attorno

a Veronica, evitandole ogni tipo di frustrazione per paura che potesse “frammentarsi”. Ciò ha favorito relazioni esclusivamente duali, limitando drasticamente la possibilità di esperienze gruppali.

La riflessione dell'équipe è stata chiara sin dall'inizio: partire da un intervento individuale e duale era necessario, ma l'obiettivo doveva essere l'inclusione di Veronica in un contesto gruppal. La sfida consisteva nel farle sperimentare relazioni e situazioni nuove che promuovessero autonomia e qualità di vita. Il lavoro terapeutico è iniziato nello studio della terapeuta, con Veronica accompagnata da un educatore dedicato. Le prime fasi prevedevano brevi incontri bisettimanali di un'ora.

Il primo traguardo è stato creare un legame di dipendenza con la terapeuta, utile per potersi successivamente separare dall'educatore e aumentare la permanenza in struttura. In questa fase, la terapeuta rappresenta per Veronica una base sicura. Le esperienze condivise hanno avuto una forte valenza affettiva, consolidate attraverso la stabilità della relazione. Tuttavia, ogni minima variazione o cambiamento nel setting provocava reazioni angosciose, evidenti nel linguaggio corporeo (tremori, pianti, sudorazione) e vocale (voce tremante, acuta).

Progressivamente, si sono introdotte terze figure nel setting: dapprima nell'ambiente sicuro dello studio, poi spostandosi in un'altra stanza, con il graduale inserimento di altri utenti. Dopo più di un anno, Veronica ha cominciato a desiderare ciò che percepiva come appartenente agli altri, compiendo il passaggio simbolico dalla “stanza sicura” a quella condivisa con il gruppo. Questo evento ha segnato un passaggio fondamentale: l'uscita da un contesto protetto a uno aperto e imprevedibile.

Il desiderio di partecipare conviveva, però, con un dolore intenso: Veronica manifestava il conflitto interno tra cambiamento e stabilità attraverso rigidità fisica, somatizzazioni, lanci di oggetti e crisi di rabbia, seguiti da senso di colpa. Queste crisi non erano semplici regressioni, ma momenti di evoluzione, di rottura con lo schema precedente, che richiedevano tempo per essere elaborati. Il tempo si è rivelato quindi una variabile essenziale: solo attraverso esso Veronica ha potuto processare l'esperienza e prepararsi a nuovi passaggi.

Discussione

L'interesse del caso di Veronica risiede nella possibilità di osservarlo secondo una doppia lente: da una parte, quella gruppoanalitica, dall'altra quella educativa-abilitativa. Anche se non si parla di un gruppo psicoterapeutico in senso stretto, il percorso di Veronica riflette il modo in cui un individuo entra in relazione con il mondo e con gli altri. Il passaggio dal lavoro individuale alla dimensione collettiva stimola passaggi evolutivi fondamentali e richiede un setting mentale aperto da parte dei professionisti della cura.

L'esperienza di Veronica mostra come l'intervento pianificato – l'anticipazione di alcuni passaggi – abbia aiutato a rendere più accettabile la realtà, pur

restando sempre viva la tensione del cambiamento. L'inserimento nei gruppi di abilità sociali ha consentito un confronto tra emozioni e modi diversi di affrontare le esperienze. Tuttavia, la difficoltà degli operatori è stata costante: le strategie sembravano continuamente da rivedere, e l'équipe ha vissuto momenti di incertezza e senso di impotenza. La domanda che ne emerge è: come trasformare l'esperienza di frammentazione in una di integrazione?

L'équipe ha riconosciuto due funzioni fondamentali nel lavoro con la disabilità: quella soggettiva, legata alla vicinanza emotiva e alla relazione affettiva, e quella oggettiva, legata all'organizzazione del lavoro e alla continuità dell'intervento. È essenziale che chi si occupa di cura abbia consapevolezza non solo della correttezza tecnica del proprio intervento, ma anche dell'impatto che questo ha sul soggetto.

Rileggendo il caso con l'aiuto di autori come Neri (2021), emerge l'idea che il gruppo non è qualcosa da cui emanciparsi, ma una presenza fondamentale per l'individuo. Il vero obiettivo non è vivere senza gruppo, ma essere in grado di fare esperienza di diversi gruppi nel corso della vita, sperimentando nuove appartenenze. Veronica, interagendo con il gruppo, ha iniziato a costruire la propria soggettività: attraverso il gruppo ha definito un confine, un limite, un senso di sé.

I momenti di angoscia sono stati interpretati come resistenze al cambiamento, dove la regressione ha permesso l'emergere di aspetti corporei e infantili. In quei momenti, il "noi" scompariva, lasciando spazio a un vissuto primitivo e isolato. Tuttavia, proprio il gruppo è diventato per Veronica una sorta di "madre collettiva", contenitore delle sue ansie e delle sue esplosioni emotive. Il bisogno di attenzione, così marcato all'inizio, si è poi redistribuito: la fiducia si è estesa ad altri spazi, ad altre figure.

Come scrivono Cairo e Montari (2017) prendersi cura dell'altro implica riconoscerne la realtà come un campo di possibilità, assumendo la responsabilità del proprio agire non come un dovere morale, ma come espressione del desiderio di coltivare la vita.

Il gruppo, anche quando non è terapeutico in senso stretto, funziona come dispositivo trasformativo, a partire già dalla mente del terapeuta o dell'équipe che opera in un'ottica gruppale. Crediamo importante sottolineare l'importanza del setting, come lo ripropongono Giannone e Lo Verso (Lo Verso e Di Blasi, 2011), perché l'impianto teorico, la teoria della tecnica per comprendere una serie di elementi, tra cui la sofferenza e la processualità della relazione, e le caratteristiche personali di chi si prende cura, hanno sicuramente influenzato l'intervento e la relativa rilettura del caso.

Facciamo riferimento alla costruzione di una propria identità e anche della vita psichica. Il caso di Veronica ha evidenziato l'aspetto del processo

di interiorizzazione, dove la relazione nel nuovo setting-fuori dalla famiglia, costituisce la parte centrale del processo. La soggettivizzazione è passata dal pensiero dell'équipe, che ha offerto un'alternativa a quello della madre. La presenza degli altri ha stimolato un movimento interiore, un'interiorizzazione che ha spostato l'equilibrio tra dentro e fuori.

Veronica ha potuto muoversi perché ha potuto confrontarsi con l'altro, sperimentando se stessa attraverso lo scambio con il gruppo. Il movimento nasce da questo scambio dinamico.

Come sostiene Foulkes: «Il gruppo è la matrice della vita mentale; che l'individuo è nel gruppo un punto nodale di una rete di rapporti inconsci» (Lo Verso e Di Blasi, 2011, p. 56). Questo caso rappresenta un esempio concreto di come tale rete possa sostenere e stimolare il cambiamento e la crescita.

Il vignetta clinica – Il gruppo di teatro

Vorremmo suggerire che la gruppaltà può essere esperita, promossa e pensata, con una cornice di senso “gruppoanalitico” anche in contesti che non siano quelli più ortodossi del gruppo terapeutico, dove nel setting mentale del conduttore si lavora sull'esperienza delle dinamiche di gruppo: il laboratorio teatrale è pensato come uno spazio in cui consentire ai membri di appropriarsi e lavorare sulla consapevolezza dell'impatto della propria disabilità in relazione agli altri, attori-partecipanti del gruppo e spettatori esterni.

C. faceva la chirurga, è una bella donna, sulla cinquantina, separata, viveva con le figlie. Dopo la rottura dell'aneurisma ha avuto un importante ritiro sociale, l'eloquio è difficilmente comprensibile ed è tornata a vivere con i genitori che si sono presi cura di lei. Non voleva partecipare ad alcuna attività, dopo pochi minuti cominciava a chiedere insistentemente quando poteva andare a casa, a piangere con singulti e conati di vomito. Si calmava solo se usciva a fumare, cosa che chiedeva di poter fare in continuazione.

Questi comportamenti erano trasversali a tutte le attività, incluso il laboratorio teatrale. Trascorreva la maggior parte del tempo sulla soglia piangendo, chiedendo di poter fumare in attesa di andare a casa.

Durante le prove viene proposto un esercizio con una scatola: a turno la si apre e si mostra agli altri con gesti e movimenti il contenuto che si è immaginato, il resto del gruppo deve indovinare. La scatola arriva anche nelle mani di C., che se la mette sotto il braccio e non ha intenzione di aprirla. Il gruppo insiste: B. si avvicina sussurrandole con delicatezza se per favore si può dare una sbirciatina? A. le intima di fermarsi per un “controllo”. Con sorpresa di tutto il gruppo C. si ferma e socchiude il coperchio: appena qualcuno si avvicina alla fessura chiude con un gesto violento

il coperchio e si rimette la scatola sotto il braccio. Il gioco si anima e il gruppo si muove inseguendo C. che comincia a camminare a zig-zag tra i compagni di gruppo e si ferma interagendo con alcuni di loro che cercano di trattenerla per convincerla ad aprire la sua scatola, soddisfazione che non darà a nessuno.

Nelle prove successive il gruppo si attiverà in tentativi di inseguimento, intrattenimento e interazioni che, pur cambiando ogni volta, ripropongono la chiusura e l'ambivalenza di lasciarsi toccare e guardare dentro, dove la scatola rappresenta il contenitore psicofisico ferito e danneggiato dal trauma, con tutta la paura e l'ambivalenza di lasciarsi toccare e far entrare l'altro, esponendosi al rischio di essere rifiutati, giudicati, e ulteriormente feriti.

Il laboratorio teatrale è un dispositivo che intende esplorare nuove modalità comunicative, con l'obiettivo di promuovere la mentalizzazione e la condivisione di affetti e pensieri che rischiano di rimanere bloccati nel corpo. Foulkes era interessato al legame tra mente e corpo e ha osservato che è possibile osservare il mondo solo attraverso il mezzo del corpo, che è il veicolo per fornirci l'esperienza del mondo esterno (Foulkes, 1990).

Le persone con cui lavoriamo sono pazienti con cerebrolesione acquisita che sono state dimesse dall'ospedale dopo aver attraversato il reparto di rianimazione e quello di riabilitazione, per affacciarsi a quella che viene chiamata la fase del reinserimento: a casa, in famiglia, al lavoro, nella società. In questa "fase" che dura decenni, l'inserimento è parziale e la riabilitazione continua. Dovevamo trovare un dispositivo che fosse motivante per l'utenza ed efficace per il reinserimento. Il laboratorio teatrale, che oggi compie 25 anni, è nato con l'obiettivo di promuovere nuove possibilità di lavorare sulla relazione, le emozioni, i legami e di trovare una modalità per portare i nostri utenti fuori dalle palestre e dagli ambulatori passando dal ruolo di utente fruitore di servizi a quello di attori e attrici capaci di dare voce e corpo alla propria storia, interrotta dall'evento traumatico. I limiti dell'utenza rappresentano una grande sfida per questo progetto: le difficoltà motorie ostacolano gli spostamenti, per alcuni i problemi di memoria e attenzione sono gravemente invalidanti e la compromissione del linguaggio può colpire sia la comprensione che la produzione; problemi comportamentali come l'abulia, il discontrollo degli impulsi e l'irritabilità complicano e minacciano continuamente la possibilità di stare in relazione.

Discussione: osservazioni gruppoanalitiche

L'evento traumatico subito dai nostri pazienti ha causato una rottura delle condizioni ambientali (perdita del lavoro, delle autonomie, delle relazioni so-

ciali) annullando il senso di fiducia della persona. Il gruppo di teatro si propone come una nuova esperienza in una situazione specifica: all'interno della stanza non ci sono obiettivi particolari se non quello di esprimersi il più liberamente possibile, favorendo la libera interazione nel gruppo. Il gruppo, lavorando sul copione e la messa in scena dello spettacolo, sviluppa un senso di appartenenza intorno all'esplorazione della propria scatola, di cui ognuno è custode. Attraverso la costruzione della propria scatola e l'interazione con gli altri la storia si articola sulle possibilità di modulare la distanza fisica ed emotiva tra i partecipanti al gruppo: lasciarli avvicinare, guardare dentro, togliere il coperchio o tapparlo, sfidando i limiti delle proprie disabilità e lo sguardo dell'altro. Hopper (2003) suggerisce che le dinamiche dei gruppi di persone che hanno subito un trauma sono caratterizzate dall'incoesione: le reazioni agli stimoli possono essere di ritiro o fusione. Se l'ambiente di lavoro del gruppo è condotto da un gruppoanalista che lo presidia come luogo sicuro in cui facilitare l'esplorazione dei confini personali e sociali, toccare i confini dell'identità lesionata dal trauma, sperimentare intimità, sicurezza, libertà di movimento e modalità di avvicinamento e allontanamento dagli altri, anche il laboratorio teatrale diventa un ambiente terapeutico utile alla riabilitazione del sé.

III vignetta clinica – Il gruppo terapeutico

Il gruppo terapeutico si svolge in una comunità per Persone con Disabilità (PcD) e/o Disturbi del Neurosviluppo e con profili molto eterogenei di disabilità intellettiva, da lieve a grave. Il gruppo è costituito da sette signori in carrozzina, uno che cammina autonomamente e uno accomodato sul suo girrello, l'educatore e la conduttrice psicoterapeuta. Alcuni sono assenti perché a letto in purga.

U. con un urlo si porta al centro del gruppo. O. chiede quanto manca al suo compleanno, vuole delle chiavi come regalo e tira fuori da un calzino una piccola pila che ha ricevuto in regalo. G. è triste perché la sua mamma è mancata da poco. A. arriva camminando in punta di piedi, sbilanciato in avanti, passa a fianco di U., che è ancora posizionato al centro e fa il gesto di allungare un braccio per afferrarlo. A., senza essere toccato fisicamente da U., si lascia cadere a terra sulle ginocchia. F. dice: "Brutto!" a U. A., aiutato dall'educatore, si alza e va a sedersi. Dice: "Male alla schiena!". Chiedo ad A. cosa sia successo prima. Continua a lamentare male alla schiena e poi: "Cascato! Cascato!". L. dice che ha fatto tutto da solo nel cadere perché U. non l'ha nemmeno toccato. U. urla, strattona la tavoletta della carrozzina che vorrebbe togliere e rifiuta anche la fascia inguinale, senza la quale cadrebbe a terra.

R. gli dice di smetterla di urlare, che dà fastidio. L. fa notare a U. che, a parte R. e A., sono tutti in carrozzina e che lui usa la tavoletta per appoggiare il tablet o il libro.

D. dice che per lui è importante avere una carrozzina comoda, gli è infatti da poco arrivata una carrozzina migliore. D. è un paziente con sclerosi multipla, che attualmente in autonomia riesce solo a mangiare e a usare il cellulare. Prima della nuova carrozzina passava molto più tempo a letto e questa è la prima occasione in cui partecipa al gruppo.

Chiedo a G. come sta e lui risponde, indicando le lettere su una tastiera portatile, che gli manca tanto la mamma. Anche R. e O. dicono che sentono la nostalgia della mamma che non c'è più. L'educatore dice che prima F., il piccolino del gruppo, ha incontrato la sua mamma. E F.: "Brutta!" e poi: "Il cuore fa bum bum". U. sussurra: "Galline", perché con la mamma lui si occupava delle galline, e poi, sempre sotto-voce, racconta che la mamma tirava il collo alle galline, le spennava e le cucinava. M., il più anziano del gruppo, chiede a D. se vuole bene alla propria madre, se lo chiede perché non ne parla mai. D., che ha rotto da anni i rapporti con la famiglia di origine perché questa era in conflitto con la moglie, esita a rispondere. D., sempre molto schivo in questi mesi a parlare della famiglia d'origine, dice di voler bene alla sua mamma e che gli manca. Io sottolineo che, come per alzarsi volentieri dal letto ci vuole una buona carrozzina che sostenga bene il corpo, così anche per occuparsi delle persone importanti ci si deve sentire ben sostenuti, per poter sostenere la fatica della cura dei rapporti. Interpello G., che racconta di quanto gli abbia fatto piacere dare un ultimo saluto alla mamma durante il funerale, cosa resa possibile dal lavoro di équipe.

Discussione: Qualche indicazione di praticabilità

In merito al bisogno di interventi a favore della salute mentale per persone con disabilità, tentare di esportare un modello di lavoro con riferimenti sul piano teorico ai modelli di Yalom e Foulkes in un contesto caratterizzato in genere da un livello di pensiero concreto e da un accesso parziale al livello simbolico e di una corrispondente complessità di linguaggio, può non essere semplice.

La finalità profonda che avvertiamo è connessa alla necessità di fare un passaggio fondamentale nella riabilitazione al ruolo di persona consentendo la piena partecipazione alla vita sociale, attraverso due fondamentali dimensioni: l'autodeterminazione e l'autorappresentanza.

Francescutti *et al.* scrivono che autorappresentanza significa: «Poter parlare o agire per se stessi tra altre persone, da soli o in gruppo, assicurarsi che il proprio punto di vista venga preso in considerazione e compreso (...)» (2016, p. 27), e autodeterminazione: «Compiere scelte e prendere decisioni

basate sulle proprie preferenze e interessi e fare in modo che alcune cose accadano nella propria vita» (2016, p. 26).

Crediamo che attraverso i gruppi terapeutici possiamo creare dispositivi per l'esercizio in primis dell'autorappresentanza, come possibilità di riconoscere e di farsi portavoce autorevoli del proprio punto di vista e del proprio sentire, favorendo conseguentemente anche l'autodeterminazione.

Occorre porre l'attenzione sulla gruppaltà come: «Fattore decisivo nei servizi», come suggerisce Fasolo (2005, p. 118). Il gruppo terapeutico con orientamento analitico può diventare il contesto privilegiato di esercizio della propria relazionalità, dell'autorappresentanza e dell'autodeterminazione che fondano il riconoscimento della soggettività umana.

Nello specifico, un gruppo psicoterapico con persone con disabilità può avere, pur con i dovuti adattamenti, gli stessi obiettivi e fondamenti di uno per persone normodotate, nei termini di restituire valore alla soggettività in relazione e di rendere possibili processi di mentalizzazione altrimenti bloccati.

Per condurre inoltre un gruppo psicoterapico ci vuole a monte un gruppo di personale di cura che percepisce il valore dell'attività terapeutica svolta attraverso il dispositivo gruppale.

È utile inoltre la presenza dell'educatore di nucleo, quale facilitatore a livello comunicativo in merito agli accadimenti della quotidianità.

Le sedute di gruppo sono ridotte a livello di durata temporale a mezz'ora, con cadenza settimanale, in relazione ai tempi di attenzione in genere ridotti dei partecipanti.

Nella mia esperienza, è possibile la presenza in gruppo anche di persone con disabilità intellettiva grave, purché non troppo disturbanti e compensate dalla presenza di altri partecipanti sufficientemente abili nella comunicazione verbale. La presenza di chi presenta un basso livello di funzionamento intellettivo è facilitata da buoni rapporti preesistenti a livello di relazioni individuali.

Conclusioni, in merito alla massiccia presenza del corpo nelle esperienze gruppali delle persone con disabilità

Vorremmo condividere alcune riflessioni emerse sul significato di lavorare anche sulla dimensione corporea con un pensiero gruppoanalitico come base dall'intreccio dei tre contributi.

Seguendo l'invito di Hadar di includere il corpo non solamente come: «nozione simbolica, ma piuttosto come realtà del qui e ora» (2019, p. 3) nel setting e nel processo terapeutico gruppale, ci siamo interrogate su farcene

carico, considerata la gravidanza dell'esperienza corporea per le persone con disabilità.

Lavoriamo con persone che fanno fatica da un punto di vista di processi di mentalizzazione e metacognitivi a esprimere a parole quello di cui fanno esperienza e utilizzano spesso il corpo per entrare in una relazione con l'altro.

Spesso la comunicazione è difficile e compromessa per cause molto differenti, tuttavia lo sforzo che le persone con disabilità attuano è quello di cercare di dare voce a ciò che vivono e sentono dentro al proprio corpo e il compito di chi si prende cura di loro e dell'équipe che se ne occupa è quello di intercettare e tradurre questi messaggi-segnali, oltre che promuovere la partecipazione attiva per la crescita personale nelle varie aree di vita.

Spesso quello che viene definito un "comportamento problema" non è altro che un'incapacità a esprimere un proprio bisogno, una difficoltà a rendere espliciti i propri desideri e pensieri.

Nel gruppo terapeutico osserviamo che il corpo demarca spesso la partecipazione o meno: quando una persona sta male fisicamente o quando è in purga viene lasciato a letto.

Il gruppo è costituito quasi esclusivamente da persone in carrozzina.

Spasmi, scialorrea, difficoltà di controllo motorio degli arti e di articolazione della voce, necessità di un contatto corporeo stretto e continuo come veicolo di comunicazione, ritmi comunicativi frammentati per permettere di ripetere urlando delle frasi all'orecchio di chi è sordo, fanno parte della corporeità nei gruppi.

Nel laboratorio teatrale ripetersi settimanale delle prove, il gruppo ha incarnato la relazione: i comportamenti evitanti di C. si sono trasformati in una danza. Hadar afferma che:

«Tutti gli esseri umani sono traumatizzati in un modo o nell'altro, ed hanno una tendenza a dissociare dal corpo poiché esso è il luogo del trauma, dei sentimenti e delle memorie dolorose, e della realtà dell'invecchiamento e della morte» (2019, p. 11).

Nel lavoro con chi ha subito una lesione cerebrale il corpo è esposto nella sua disumana sofferenza: la comunicazione attraverso il linguaggio è spesso interrotta o ostacolata e la lesione delle reti neurali rischia di lacerare anche le reti sociali. Cercare altre possibilità, incarnare le relazioni, toccarsi e muoversi nel gruppo diventa indispensabile per la trasformazione e l'espressione di angosce di morte e malattia che, se non hanno possibilità di entrare in scena, potrebbero rimanere intrappolati in corpi destinati rimanere sulla soglia, pronti a scappare o nascondersi. Di Marco (1999) ricorda la distinzione fenomenologica in tedesco tra il *corpo-Koerper*, quello sanitario qui così

prepotentemente presente, e il *corpo-Leib*, cioè il corpo vissuto, guidato dall'intenzione e fondamento dell'identità. Crediamo che quando si riesce a fare un passaggio da un evento che riguarda il *Koerper* al *Leib* stiamo lavorando nella direzione terapeutica di dare occasione di pensabilità in gruppo alle differenze e alle identità, di dare riconoscimento alla soggettività dei singoli.

Tante volte i corpi delle persone con disabilità sono difficili da abitare e con molteplici limitazioni. Appaiono inoltre corpi "spenti" nel senso di una importante riduzione di vitalità e reattività: offrire uno spazio anche al confronto spontaneo sul come si "abitano" le limitazioni del corpo fisico, ad esempio la necessità dell'uso della carrozzina o di protezioni fisiche, permette di accedere al *Leib* in un contesto di socialità. È un lavoro complesso perché i vissuti relativi alla corporeità non sono sempre facilmente traducibili in parole e in alcuni casi le parole disponibili possono essere molto ridotte numericamente.

Pensare la cura in senso gruppoanalitico non dovrebbe prescindere dalla fisicità dei corpi, dato che in un gruppo ci si guarda e ci si vede reciprocamente, a maggior ragione se sono corpi che si propongono con limitazioni o esperienze che rendono più difficoltoso il processo di mentalizzazione e di soggettivazione al di là dell'etichetta diagnostica.

Il gruppo può rappresentare un dispositivo, un buon contenitore, in cui il lavoro attraversa più facilmente la dimensione della corporeità e quest'ultima può essere il canale espressivo di vissuti che più difficilmente potrebbero essere adeguatamente resi dalle parole.

Occorre probabilmente pensare al gruppo come quel setting che permette il gioco interattivo e che, contenendo e legittimando corpi, scambi, relazioni, offre possibilità di maggior consapevolezza di sé anche quando i processi di mentalizzazione appaiono meno immediati.

Riferimenti bibliografici

- Cairo M. e Marrone M., a cura di (2017). *Qualità della vita, narrazione e disabilità. Esperienze e proposte*. Milano: Vita e pensiero.
- Di Marco G. (1999). Mantenersi in forma: corpo, gruppo e istituzione. In: Fasolo F. e Cappellari L., *Almanacco 1999 – Psichiatria di territorio*. Padova: La Garangola.
- Francescutti C., Faini M. e Corti S. a cura di (2016). *Disabilità: servizi per l'abitare e sostegni per l'inclusione*. Santarcangelo di Romagna (RN): Maggioli Editore.
- Fasolo F. (2005). *Psichiatria senza rete*. Padova: CLEUP.
- Ferenczi S. (1931). Le analisi infantili sugli adulti. *Opere*, vol. IV, 1927-33. Milano: Raffaello Cortina, 2002.

- Foulkes S.H. (1990). *Selected Papers: Psychoanalysis and Group Analysis*. London: Karnac Books.
- Freud S. (1921). *Psicologia delle masse e analisi dell'io*. Torino: Piccola Biblioteca Einaudi.
- Hadar B. (2019). The Body in Group Analysis. *Group Analysis*, 52, 4: 544-556.
DOI: 10.1177/0533316419857055
- Hopper E. (2003). *Traumatic Experience in the Unconscious Life of Groups The Fourth Basic Assumption: Incohesion: Aggregation/Massification or (ba): I: A/M*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publisher International Library of Group Analysis.
- Lo Verso G. (1994). *Le relazioni soggettuali*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Lo Verso G. e Di Blasi M. (2011). *Gruppoanalisi soggettuale*. Milano: Raffaello Cortina.
- Neri C. (2021). *Il gruppo come cura*. Milano: Raffaello Cortina.
- Schianchi M. (2012). *Storia della disabilità*. Roma: Carocci Editore.