

Psicoterapia di gruppo per pazienti tossicodipendenti: la lettura dell'episodio di gruppo come strumento di mentalizzazione

di Nicoletta Balestra*

[Ricevuto il 04/09/2025
Accettato il 30/10/2025]

Riassunto

Questo articolo esplora alcuni aspetti inerenti il rapporto tra mentalizzazione e capacità narrativa in un gruppo terapeutico, omogeneo, aperto, per tossicodipendenti inseriti in una comunità terapeutico-riabilitativa. L'assenza di mentalizzazione e di capacità riflessiva può essere testimoniata anche dalla qualità della narrazione di gruppo e da contenuti che segnalano la presenza di un pensiero arcaico. Presenterò alcuni aspetti relativi alla conduzione di gruppo con lo scopo di evidenziare come essa sia volta allo sviluppo della mentalizzazione introducendo come metodologia il racconto dell'episodio di gruppo

Parole chiave: Gruppo terapeutico, Mentalizzazione, Capacità narrativa, Tossicodipendenza.

* Psicologa clinica e di comunità, psicoterapeuta individuale e di gruppo, diplomata presso la Scuola di specializzazione COIRAG di Milano; libera professionista, si occupa di clinica per adolescenti e adulti; lavora nell'ambito del disturbo da uso di sostanze e coesistenza di patologia psichiatrica e disturbi di personalità collaborando con setting pubblici e del privato sociale; ha svolto per diversi anni attività di prevenzione primaria e secondaria in contesti di marginalità socioeducativa. Supervisore e consulente al ruolo per organizzazioni sociosanitarie; con scuole, comune e consultori elabora progetti di sostegno psicologico e supporto alla genitorialità (via Tonani, 3 – 43124 Parma); nicoletta.balestra@libero.it

Gruppi/Groups (ISSNe 1972-4837), 1/2024
DOI: 10.3280/GRUOA1-2024OA22682

FRONTIERE

Abstract. *Group psychotherapy for drug addicts: the group episode's reading how mentalization means*

This article explores some elements concerning the relationship between mentalization and narrative ability in a therapeutic open homogeneous group for drug addicts in a therapeutic community for rehabilitation. Lack of mentalization and reflective capacity can be witnessed also from the quality of group narration and from contents that signal the presence of an archaic thought. I will explore some elements about group leading to show how the aim is the development of mentalization, introducing as a methodology “the group event story”.

Keywords: Therapeutic group, Mentalization, Narrative ability, Drug addiction.

Contesto di riferimento

Il contesto di riferimento è quello di una comunità residenziale terapeutico riabilitativa del nord Italia, per tossicodipendenti seguiti dai ser-DP del territorio; in essa ho lavorato nel ruolo di psicoterapeuta della struttura. Otto era il numero di posti letto e il gruppo terapeutico di cui tratterò, dall'aprile 2023 all'aprile 2025, in media è stato composto da cinque membri. Il mio modello teorico di riferimento è quello psicodinamico; la terapia di gruppo è stata usata, fin dall'inizio della cura delle dipendenze, come forma principale di trattamento in svariati setting istituzionali e ambulatoriali. La letteratura gruppoanalitica riporta il valore terapeutico del gruppo sotto vari aspetti; per citarne solo alcuni, dalla capacità di dare coesione a un'identità frammentata dei pazienti, promuovendo il raggiungimento di una maggiore consapevolezza del sé, a quella di favorire il rispecchiamento tra i membri, aiutando a stabilire una connessione tra pari; negli ultimi decenni c'è una letteratura che attribuisce valore al gruppo come promotore di processi inerenti la capacità di mentalizzare, capacità necessaria per affrontare un lavoro su di sé (Fonagy *et al.*, 2008) sia esso di natura supportiva o esplorativo-espressivo. Nel presente articolo il lettore tenendo come base il modello psicoanalitico rileverà dunque l'integrazione con lavori recenti di clinici come Fonagy sulla mentalizzazione e di Schore con una formulazione interpersonale di alcuni concetti a partire dal suo lavoro neuropsicoanalitico sullo sviluppo psicopatologico, in particolare sul trauma relazionale precoce. Alcuni autori (Liotti, 2014; Mucci, 2020; Shore, 2003) evidenziano come certe manifestazioni psicopatologiche, incluso l'abuso di sostanze, ci parlino di traumatizzazioni cumulative da mano umana fin dai primi anni di vita, avvenute all'interno di una dinamica interpersonale in cui il soggetto ha subito direttamente e/o assistito a violenza psicologica, fisica, sessuale e/o grave forma di trascuratezza fisica

ed emotiva, da persone per lui fondamentali nel processo di crescita, come i caregivers (il PDM-2-Lingiardi e McWilliams, 2017 parla di *Complex PTSD*, non ancora classificato nel DSM-5). In aggiunta molti soggetti nei primi due anni di vita possono aver subito un trauma relazionale precoce (Shore, 2003) a causa di una mancanza di sintonizzazione tra caregiver/bambino dovuta principalmente alle difficoltà del caregiver stesso a stare in relazione col piccolo. L'intersoggettività tra un sé e un altro da sé in chi subisce tali traumi risulterà fortemente compromessa, innescando un'importante vulnerabilità anche nei sistemi funzionali del sistema nervoso; la madre non sarebbe riuscita a compiere la funzione regolatoria dei sistemi che permettono il raggiungimento di un sufficiente equilibrio di *arousal* nell'infante, non essendo stata psicobiologicamente sintonizzata; inoltre un secondo caregiver di supporto è stato spesso assente oppure, se presente, agente egli stesso di eventi dannosi per l'infante; in tali casi si getterebbero le basi verso una disregolazione importante di molte funzioni psichiche, sorta all'interno di una relazione di attaccamento disfunzionale. Shore coniugando teoria dell'attaccamento e recenti sviluppi delle neuroscienze ha affrontato tali tematiche in modo molto dettagliato nell'ultimo ventennio; sensazioni corporee maladaptive invadono i soggetti con tali traumatizzazioni e alimentano quella "diffusione" dell'identità corporea oltre che psichica di cui ci ha parlato anche Kernberg; difficile diventa verbalizzare il dolore psichico essendo nato all'interno di una relazione col caregiver che non ha pensato alla mente del piccolo, non si è immedesimato in lui, nei suoi bisogni e, aggiungerei, non ha nemmeno sognato il suo piccolo (indico con ciò il pensare e immaginare con desiderio di vita il bambino prima della sua venuta al mondo). Il trauma relazionale dello sviluppo è così precoce che le memorie traumatiche non possono ancora venire codificate nell'ippocampo restando registrate nel sistema limbico in una sorta di memoria implicita, di base presso l'amigdala. La capacità di mentalizzare verrebbe inevitabilmente compromessa, mancando la primaria sintonizzazione caregiver-infante (il bambino non è "tenuto a mente"); il piccolo non ha potuto accedere agli aspetti che portano poi a poter sviluppare una personale capacità di ascoltare i propri stati interni, accogliere e riconoscere personali bisogni, emozioni, desideri, credenze. Il *network* cerebrale impegnato in esperienze di integrazione sé-altro e che, se si strutturasse adeguatamente, sembrerebbe favorire l'attività di mentalizzazione dell'esperienza, risulterà compromesso; con queste premesse, aspetti come empatia, comportamenti prosociali e responsabilità morale non si svilupperanno pienamente; anche il proprio corpo diventa sovente una dimora tormentata in cui risiede il proprio sé, non autentico, fragilissimo, diffuso. L'elaborazione e il controllo degli affetti rimane l'area di maggiore difficoltà; il non verbale diventa un'espressione sub-simbolica, concreta, l'unica

reale per comunicare e attraversare le esperienze di vita, non essendo presente, come direbbe Bion (1962) un apparato per pensare. Daniel Stern (2018) include nell'area dell'esperienza "non formulata" molte manifestazioni psicopatologiche; possiamo considerare anche le esperienze sostitutive come l'abuso di sostanze, autolesionismo, certe forme di disturbi alimentari, tra gli esempi di azioni per calmierare un malessere che non trova parole e modalità diverse per emergere.

Mentalizzazione e costruzione del setting gruppale

Il concetto contemporaneo di memoria implicita (che si colloca in una sorta di inconscio non rimosso) ci dice di come le prime memorie traumatiche vengano iscritte nel corpo non essendoci ancora una mente pensante; la messa in parole dei propri traumi diventa quindi qualcosa di molto difficile proprio perché "a parole" non sembra possano essere recuperabili. Quello che si può allora tentare di fare è offrire una esperienza di condivisione a partire dal trovarsi con altri corpi e menti in un luogo e tempo stabiliti dove venga offerto un contenitore in cui certe immagini, fantasie, bisogni possano venire riconosciuti, modulati e restituiti. Mentalizziamo quando siamo consapevoli degli stati mentali consci e inconsci (pensieri, cognizioni, affetti, emozioni, motivazioni) in noi stessi e negli altri; ciò presuppone che si consideri una qualità mentale di certi fenomeni come i comportamenti e le azioni verbali e non, proprie e altrui, così che essi possano venire percepiti immaginativamente e sia possibile attribuire significati, nella consapevolezza che questi stati mentali siano delle rappresentazioni non uniche della realtà, avvicicabile secondo molti possibili punti di vista. Deficit nella mentalizzazione si riscontrano in soggetti con DUS e aumentare o stimolare la capacità di mentalizzare può diventare un obiettivo del trattamento; Fonagy (2006) dice che assegnare alla terapia tale scopo potrebbe apparire una cosa modesta: ma pur non risolvendo i problemi né le sofferenze, l'aumentata mentalizzazione potrebbe rinforzare la capacità di tollerare la disregolazione emotiva, la gestione delle emozioni, il discontrollo degli impulsi, la tendenza agli agiti. Già Winnicott (1971) individuando il ruolo centrale del rispecchiamento materno nello sviluppo del sé prefigurò il contributo della teoria dell'attaccamento alla comprensione dello sviluppo della mentalizzazione, che è da intendersi come un fattore comune in diversi orientamenti teorici, incluso quello psicodinamico. Nelle storie dei membri del gruppo di cui scrivo, è mancato un attaccamento sicuro al caregiver; essendo stato insicuro o disorganizzato anche le narrazioni sono spesso frammentate, cariche di elementi non elaborati, a tratti suggestive ma superficiali, come "recitate"; a

volte i contenuti si fanno sintetici, parzialmente coerenti, così poco particolareggiati da apparire quasi rinunciari. Chi invece racconta con eloquio abbondante, pare quasi “prostituire” la sua storia rivolgendosi all’interlocutore in modo quasi indifferenziato come se l’affetto legato all’evento fosse non presente perché dissociato; sembrerebbe venire meno una capacità narrativa coerente e modulata: gli aspetti traumatici della propria storia non sono a volte nemmeno riconosciuti, pertanto non possono essere narrati o se lo si fa, le difese primitive mantengono comunque l’affetto alienato (ad es. una persona può raccontare di aver subito violenza sessuale nell’infanzia senza che emergano la paura, il terrore, la disperazione che ha provato): d’altra parte gli elementi che sono incisi nella memoria implicita (l’inconscio non verbale di cui parla Mucci, (2020) non possono essere ricordati perché iscritti in un substrato biologico; a volte nei racconti si rintraccia un alone semantico (inerente ad es. la vita “di strada” o situazioni “da galeotto”) dove una qualche valenza affettiva pare legata solo alle scelte di vita in cui l’agito legato alle sostanze ha preso il sopravvento; il soggetto arriva a definire così la propria identità (di tossico, alcolista ecc.) in modo tendenzialmente effimero. Il contesto ideale per mentalizzare è quando ci si trova in un ambiente sufficientemente sicuro, in uno stato mentale abbastanza calmo per recepire stimoli esterni e interni con adeguata e non eccessiva attivazione psicofisica; inoltre, il sentire qualcun altro lì con noi in una dimensione di ascolto mentalizzante, aggiungerei, è fondamentale in casi in cui la capacità propria di mentalizzazione è gravemente compromessa. In psicoterapia si deve predisporre una cornice spazio-temporale ben definita in cui le interazioni nel presente possano svilupparsi; il setting del gruppo terapeutico deve essere percepito come luogo sicuro per i membri. Nella comunità di cui sto parlando, io sono stata sia la terapeuta di gruppo che individuale: ci sono svantaggi e vantaggi in ciò; per Khantzian (1990) l’aspetto positivo è che lo psicoterapeuta dovrebbe essere in grado di cogliere bisogni, ricettività, evoluzione dei membri considerando le varie angolazioni che può cogliere dal lavoro con due strumenti diversi (gruppo e colloquio individuale). Ogni membro è stato preparato all’ingresso in gruppo con un colloquio individuale iniziale; ai nuovi arrivati, soprattutto se esprimevano resistenze verso il partecipare al gruppo e il prendere parola, veniva esplicitato che in gruppo vi è la possibilità di prendersi del tempo per vedere come ci si sente e non vi è l’obbligo di parlare, soprattutto di cose sentite come molto personali. Il setting prevedeva di incontrarsi per un’ora e mezzo ogni settimana, lo stesso giorno e ora; questo incontro è stato un punto stabile nell’organizzazione comunitaria; non solo la psicoterapeuta conduttrice ma anche gli operatori in questo tipo di contesti devono averlo in mente: questo è fondamentale perché gli ospiti possano sentire la tenuta del setting gruppale. Il gruppo iniziava alle 16,30 e terminava alle

18,00 del giorno prefissato; alle 16,00 gli ospiti facevano la merenda. Il fatto che l'operatore di turno preparasse il caffè alle 16,00 richiamando i membri, implicitamente evidenziava a mio parere il fatto che il gruppo fosse pensato e voluto dalla comunità come istituzione: questo ha già a mio parere un importante significato terapeutico perché vi è un pensiero dell'équipe che sostiene le azioni poste in essere. Anche il preservare lo spazio del gruppo (la responsabile di struttura e gli educatori non accettavano ad es., nel limite del possibile, appuntamenti voluti dai servizi per gli utenti nel giorno e orario dell'attività del gruppo) è fondamentale. Le regole di base esplicitate erano: esclusione di violenza fisica e verbale, richiesta di puntualità, impegno a non allontanarsi per fumare per non interrompere la costruzione di significati condivisi. I contenuti di un gruppo terapeutico sono tutelati dalla *privacy* ma essendo il contesto istituzionale, esplicitavo che in alcuni casi (in relazione soprattutto a violazioni inerenti regole di base) avrei potuto portare alcuni aspetti all'équipe. Il compito dichiarato e più volte ripreso è stato quello di comprendere più chiaramente se stessi e gli altri lavorando sul senso di sé e sull'alterità. Circa la conduzione, rifacendomi a quanto propone Khantzian (1990), ho utilizzato una tecnica attiva, con interventi brevi favorendo la partecipazione tra i presenti, restando sul *qui e ora* di quel che accadeva. Possibile l'utilizzo di domande come: Può spiegare cosa intende per...? Può fare qualche esempio? Gli altri hanno capito cosa intenda M.? Secondo voi come sta oggi M. che dice a voi questa cosa? Perché guarda S. mentre parla di M., che è qua presente con noi? Mi pare che il suo silenzio meriti di essere considerato ecc., così da stimolare lentamente la possibilità di mentalizzare. Comunicavo che argomenti che ritenevo potessero allontanare dal compito li avrei segnalati (le storie di droga in particolare possono essere frequenti, storie in cui la droga non è nominata perché inserita in una ricerca di significati possibili ma usata quasi per rimettere in atto a parole vissuti che paiono agire il desiderio di sostanza). "Il mio ruolo è quello di facilitatore della comunicazione tra di voi – dichiaravo – e tenuta delle regole di base". Frequenti sono le criticità con questi pazienti, per l'estrema povertà nelle relazioni di gruppo, la formazione del capro espiatorio, la presenza di una certa aggressività verbale e fisica soggiacente, la presenza di persone con tratti narcisistici importanti (incluso forme di narcisismo maligno) e antisociali. In gruppo ho avuto nel tempo anche pazienti con aspetti strutturali di funzionamento basati sulla dissociazione, o con un funzionamento psicotico (calmierato nella sintomatologia da terapia farmacologica); il gruppo aperto in una comunità di questo tipo dovrebbe considerare tali aspetti e lavorare per obiettivi minimi.

Inserimento di una narrazione condivisa attraverso il racconto dell'episodio di gruppo

Il lavoro che lo psicoterapeuta di gruppo deve fare è quello di provare a tenere viva nella propria mente la mente del gruppo in quel momento. Deve anche tenere viva la storia del gruppo, così che passato, presente e futuro siano contemplati; esponendosi al gruppo (attraverso gli interventi che fa, il suo c. non verbale, postura ecc.) dà anche la testimonianza della sua presenza fisica e psichica. Bion (1972) quando inserisce il concetto di rêverie ci dice di come la madre restituisca all'infante che piange (ed è così piccolo che sembra non conoscere ancora le parole e il significato del suo dolore) un significato al suo dolore ma in modo calmierato arrivando, tramite ripetute esperienze di questo tipo, a offrire un apparato mentale al suo bambino: così dovrebbe provare a fare il terapeuta. Il gruppo dovrebbe sentire che la reazione del terapeuta è qualcosa che il gruppo sente appartenere a lui stesso; ciò lo farebbe sentire riconosciuto e contenuto. Bion pone in luce come sia la madre che per prima deve permettere che le cose (stimoli sensoriali, dolori, eccitamenti ecc.) avvertite dal piccolo si trasformino in significati; arrivando al bambino più e più volte nel corso del tempo, potranno essere tenuti dentro come esperienza. Dunque, i segnali del piccolo captati dalla madre, vanno "digeriti" dalla stessa, cioè trasformati e poi rimandati in modo che egli possa accettarli; poi anche da solo costruirà dei significati, ma prima ci deve essere un caregiver in grado di farlo per lui. Le parole di chi diventato adulto non ha avuto questa esperienza che significato hanno dunque? Esse sono come "blocchi di cemento", usate solo per agire gli affetti, colpendo, sfogando propri stati interni che pur se espressi, di fatto restano non significati. Ciò che è rimasto inanimato, non significato nei primi anni di vita, rimane tale e non essendo accessibile al pensiero non può davvero essere narrato. A partire dal lavoro di Bowlby (1969) si è accettato che ogni forma di psicoterapia pare ingaggi sempre il sistema di attaccamento e generi un'esperienza che possa attivare alcune funzioni psichiche rimaste ferme e sofferenti. Nel mantenere una tecnica di gruppo secondo una prospettiva gruppoanalitica ma anche facendo riferimento alla letteratura più recente che ho sopra menzionato, considerando gli aspetti così concreti e primitivi incontrati con l'utenza, ho pensato di introdurre come metodologia una restituzione al gruppo stesso in forma scritta (sotto forma di racconto breve) del lavoro che il gruppo andava facendo di volta in volta; preparato lo scritto dopo un incontro, lo leggevo all'inizio di ogni nuova seduta di gruppo. La narrativa proposta nell'episodio ha da essere coerente con i vissuti del gruppo; l'importante lavoro di collegamento dei vari interventi di quell'ora e mezza, sovente frammentari e scollegati, va fatto dal terapeuta nella stesura, come operasse una sorta di cuci-

tura: il racconto deve avere una logica narrativa, una sorta di trama di cose accadute la settimana precedente che vengono appunto trasferite in una narrazione. L'apertura con la lettura dell'episodio è una testimonianza del fatto che il terapeuta tiene "in mente" il gruppo; inoltre vuole essere anche un collegamento tra passato (il gruppo della volta scorsa) e presente e la lettura/restituzione dovrebbe favorire un certo rispecchiamento; si deve prestare attenzione affinché la lettura non venga sentita come intrusiva, o troppo fortemente allineata su aspetti molto dolorosi eventualmente emersi, che vanno sì riportati ma in forma emotivamente più contenuta, digerita; sappiamo che una parola è scelta male anche quando sembra ben rappresentare il dramma dell'altro, ma l'altro non ha la mente ancora pronta per riceverlo e farlo proprio. L'episodio narrato e letto al gruppo stesso ha da essere semplice, breve, chiaro negli enunciati e nel lessico. Dopo la lettura può accadere che il gruppo passi ad altre cose; talvolta invece un membro fa un commento, chiede maggiori dettagli e si mantiene una continuità. Qualche volta sono stati fatti commenti su di me come: "Ma lei si ricorda tutto quello che è stato detto?" oppure "Ma lei che fa la cucitrice doveva anche dire che..." che paiono testimoniare che il mio tentativo di tenere a mente il gruppo pare sia stato percepito, almeno nel "concreto". Riporto come esempio uno dei racconti di episodio che ho scritto e, la volta successiva, letto al gruppo:

"Un gruppo si ritrova e parla di una coniglia che cura bene il suo piccolo; arriva qualcuno, un gigante, che le fa paura. Un po' la coniglia va indietro ma poi cerca di attaccare il gigante per proteggere il suo piccolo. È una buona madre, dice l'uomo-gigante, perché protegge il suo piccolo. Una buona madre cura e difende i piccoli. C'è chi ricorda il suo cane che era sempre con lui e quando doveva fare i suoi bisogni si fermava e cercava di appoggiarsi alle gambe del padrone guardandolo senza fargli pipì addosso, aspettando. Il padrone capiva di cosa avesse bisogno perché ci si intendeva senza parole. Come fa un genitore? Fare il genitore, dice il gruppo, è il mestiere più difficile del mondo. In gruppo oggi succedono cose; un po' si ride, ci si commuove, ci si addormenta, c'è qualche sbadiglio. Anche quando dalle storie di animali si passa alla droga pare non ci si intenda e qualcuno non vuole parlare di droga ma parla dei malefici del diavolo, che fa paura ed entra in testa. Ricorda di quando era in carcere e qualcuno con lui si comportava come se avesse dentro il diavolo: si può sconfiggerlo facendoselo amico, giocando a carte con lui".

Il racconto mette insieme gli interventi dei membri del gruppo: un membro parlava dei conigli che sono allevati presso la comunità e di una coniglia; si nota come una parte primitiva venga portata attraverso elementi legati al mondo degli animali. La madre (caregiver) ha da essere protettiva verso la prole: nelle storie dei presenti vi sono caregiver non protettivi, trascuranti, violenti, comunque non sintonizzati col figlio. Lo sguardo dell'uomo fa pensare a come la diade madre-bambino non abbia avuto un buon contenitore terzo (i padri erano assenti e/o violenti), oltre a non essere stata la madre stessa un adeguato contenitore per il figlio; l'uomo fa paura da una

parte e la coniglia-madre si sente minacciata, ma d'altra parte l'uomo sembrerebbe anche rappresentare una parte del gruppo che si interroga sulla genitorialità (è una buona madre, dice l'uomo-gigante). La sintonizzazione preverbale sembrerebbe essere richiamata dalla storia del padrone e del cane. Non sembra essere possibile però avvicinare il tema della genitorialità senza il rischio di soffrire: il gruppo parrebbe preferire l'atto del preservare l'immagine del genitore col detto popolare di "fare il genitore è il mestiere più difficile del mondo" mantenendo dunque aspetti scissi legati alla relazione con i propri genitori. Ecco la droga e la dipendenza con elementi di azioni sostitutive (il "farsi") per sorreggersi psichicamente di fronte all'angoscia terrificante da cui difendersi. Ma questo non è un elemento di cui il gruppo pare essere consapevole, infatti parlerà un po' di storie di droga. Il diavolo può essere visto come la madre-cattiva e diabolica che viene incorporata; parti-oggetti cattivi sono messi dentro e poi proiettati per poi essere temuti ma anche tenuti a bada secondo modalità di identificazione proiettiva (ti controllo attraverso il gioco, che non ha significato simbolico in questo caso); ci sono elementi persecutori che rappresentano una grande minaccia (impersonata dal diavolo) che devono essere eliminati magicamente (farsi amico il nemico); il diavolo è il nemico esterno reale: se l'elemento cattivo è esterno (non l'interno che è stato messo dentro) io non sono folle, è quello che c'è fuori a essere folle. Come scrive Winnicott:

«(...) non è raro che la sensibilità alla persecuzione, al sospetto ed alla diffidenza sia presente dalle primissime fasi quando la madre fallisce (forse senza colpa) nel primo tentativo di instaurare un rapporto e nei suoi primi sforzi di presentare il mondo al bambino» (Winnicott, 1945, p. 161).

Possiamo ipotizzare che in questo gruppo l'emergente abbia a che vedere con sentimenti e idee inconscie contenute nella psiche, difficilmente raggiungibili in modo consapevole da parte del gruppo.

Per la stesura ho proceduto col "cucire" alcuni interventi che avrebbero potuto risultare scollegati, da come sono stati posti. Certe parti del racconto sono state sollecitate talvolta da miei interventi *in itinere*, quali: "Cosa si intende per coniglia buona?". La lettura di solito tiene il gruppo mentalmente ingaggiato stando sul qui e ora; prevede brevi pause, momenti in cui si rivolge lo sguardo su un membro e poi sull'altro in modo circolare. Marcando certe parole, si possono accentuare alcune sillabe. Il terapeuta deve in sostanza restare sulla possibilità che si crei una sorta di attivazione iniziale di gruppo, a volte anche solo basata sul ritmo e sul suono delle parole tra loro collegate, che appaiono in qualche modo famigliari, riconoscibili. Lo scopo con la lettura de "l'episodio di gruppo" è quello di favorire il nascere o il consolidarsi di una qualche forma di pre-mentalizzazione, a partire da quelli che sono i vari aspetti del mentalizzare secondo Fonagy (2006) che riguardano i contenuti degli stati mentali, i livelli di rappresentazione (da quelli più narrativi a quelli più intuitivi e impliciti), l'oggetto (sé-altri), la cornice

temporale e lo scopo (dal presente agli aspetti più autobiografici). Circa i contenuti il racconto si propone di recuperare qualcosa al margine tra implicito ed esplicito; come gli incubi possono parlarci di possibili ripetizioni e a volte tentativi della nostra mente di rielaborazione di materiale traumatico (anche di memorie implicite) non possiamo escludere che il contenuto che emerge dal gruppo (come nel report sopra riportato) riguardi un tentativo di mettere in scena qualcosa di proto-mentale. Inoltre, durante la lettura, si attiva la capacità attentiva del gruppo (oltre alla memoria associata a percezioni della volta precedente e alla curiosità) attraverso la quale si entra nello spazio e tempo settimanali stabiliti dal setting; è una sorta di stimolo, la lettura, perché si passi a un'attenzione congiunta in cui il testo letto possa rappresentare il terzo elemento presente e che fa parte del dispositivo generale (oltre al sé e al gruppo). Centrale sarà quello che accadrà nel qui e ora, collocandosi però il gruppo in un continuum tra un prima, uno stato presente e un dopo: pertanto anche la cornice temporale (una delle sfaccettature della mentalizzazione) viene sollecitata. Ad esempio, è accaduto talvolta che un membro dicesse frasi come: “Ma è successo l'altra volta?... Non mi ricordavo”, “Ma siamo ancora stati a parlare di questo?”. Un altro precursore di mentalizzazione può essere il fatto che il gruppo possa fare una sorta di verifica tra quello che viene ricordato da uno o più membri e quello che il terapeuta riporta leggendo. Il confronto a volte è stato esplicitato da qualcuno dei presenti che mi ha chiesto subito dopo la lettura, di rileggere un passaggio intervenendo poi con frasi come: “Chi aveva parlato di questo?”, oppure facendo precisazioni: “Quando ho detto questo volevo dirvi che...” iniziando a orientare se stesso verso gli altri, introducendo la possibilità di approfondire e spiegare meglio un punto di vista, che sembrerebbe a questo punto essere stato sentito come proprio, differente quindi da altri punti di vista. Il terapeuta, inoltre, nello stendere l'episodio di gruppo fa un tentativo di collegare stati mentali differenti verso un'integrazione se pur semplice degli stessi (pensieri, emozioni, sensazioni ecc.) ed è tale collegamento che va ad arginare aspetti di possibili disregolazioni avvenute nel gruppo; ricordiamo che una delle cause della disregolazione affettiva è la mancanza di livelli anche i più semplici, di integrazione di stati mentali. Anche situazioni di pseudomentalizzazione di gruppo, soprattutto quando a opera di meccanismi scissionali vi sono elementi letti con estrema polarizzazione, potranno essere riportati nell'episodio ma con la possibilità di collegarli (ad es. con espressioni come: “Sembrava molto inaffidabile il tale, diceva il gruppo, ma del resto c'era un'altra parte del gruppo che diceva che era coerente con i suoi problemi il fatto che il tale facesse certe cose da inaffidabile”) senza attivare necessariamente confrontazioni bensì aprire alla possibilità di poter verbalizzare sia un pensiero che l'altro.

Il racconto dentro l'episodio di gruppo: la storia nella storia

Talvolta, quando gli argomenti erano particolarmente poveri, la frammentazione troppo marcata e/o si attraversavano momenti di impasse (mi riferisco in particolare a momenti di forte regressione con rottura della continuità degli stati mentali nel qui e ora), ho chiesto al gruppo se volesse raccontare una storia; raramente esso ha rifiutato. Il terapeuta lo decide per intuizione, che, come suggerisce Shore, dovrebbe essere al centro dell'esperienza clinica basandosi su ciò che il terapeuta pensa che il paziente (in questo caso il soggetto-gruppo) stia agendo col corpo e con la mente. Il terapeuta dovrebbe evitare che si vada oltre la finestra di tolleranza ma aiutare il gruppo perché si aumenti la tolleranza in condizioni di stress del gruppo. C'era chi rifiutandosi di partecipare poteva essere pronto a svalutare, dicendo frasi come: "Ma qua si raccontano storielle? Che gruppo è?" per poi, magari la volta successiva, superando la resistenza iniziale al coinvolgimento, accettare. Si inizia chiedendo chi voglia partire: si introduce una frase e il membro successivo per posizione occupata nel cerchio aggiunge una parte (di solito una frase) e così via. Gli enunciati vengono costruiti attraverso più turni di parola. Può essere impostata una sequenza procedendo in senso orario o antiorario nella circolarità dei membri. Qualche volta ho partecipato anch'io, quando fin dalla proposta circolavano, a mio parere, elementi piuttosto primitivi: ciò perché il gruppo sovente introduce elementi anche molto distruttivi dove il protagonista muore quasi subito, subisce violenza o fa subire violenza; il terapeuta può inserire quando viene il suo turno, elementi per calmierare questo e mantenere viva la speranza di qualcosa che sopravviva. Ogni tanto qualcuno (che aveva già trascorso diverse settimane in struttura e sentito almeno tre o quattro storie) ha fatto proprio questo strumento e ha chiesto lui stesso, prendendo l'iniziativa, se si volesse raccontare una storia, come se avesse assorbito una sorta di modello operativo interattivo di gruppo. Questo può farci ipotizzare che una qualche appropriazione possa essere avvenuta circa la possibilità di narrare, facendosi in questo caso i pazienti stessi promotori nel gruppo della creazione di un contesto ludico; anche la sequenza in sé è importante e il tipo di interazione che si sviluppa. Si può osservare quanto accade in una circolarità che può essere ripetuta tre/quattro volte: i tempi di ciascuno non sempre vengono rispettati, c'è chi vuole prendere parola quando non è il suo turno o anticiparlo, chi commenta quanto viene a costruirsi, chi fa interventi scollegati; qualche membro cambia posizione fisica o usa forme di comunicazione non verbale marcate. Riporto una storia che ho letto la volta successiva a una sessione di gruppo particolarmente critica avvicinandosi il doloroso periodo delle festività natalizie.

In un gruppo c'è chi ha mal di denti: è arrabbiato con gli operatori e gli altri non lo hanno aiutato: "Lecchini!" dice. Chi sta in silenzio e chi invece dice che preferisce parlare direttamente in ufficio agli operatori dei problemi, non davanti a tutti. C'è chi dice che qua pare non ci sia un gruppo, ognuno pensa per sé. C'è chi prende a pugni piccoli "per gioco" il vicino che dice: "Fai male!". La conduttrice dice al gruppo: arriva il Natale, l'ultimo dell'anno, forse non fanno solo male i denti e i pugni. È un periodo che "fa male". C'è chi ride di ciò: "Quando gli operatori dormono, l'ultimo dell'anno, facciamo festa ragazzi!". Nel gruppo c'è chi ha in mano un arancio, ci gioca, lo lancia: un altro lo prende e poi lo fa cadere per terra. La cucitrice-psicologa dice: "Raccontiamo una storia?". Il gruppo accetta tranne chi ha il mal di denti. Si parla di un ragazzo che ha un arancio. Il ragazzo è il padre del piccolo arancio-figlio: il loro rapporto è difficile. L'arancio figlio è buono anche se a volte suo padre pensa sia cattivo, si chiama signor Buono ed è in pericolo. Fa delle cose e può morire: va a una festa di notte, dove ci si sballa, gente fulminata e rischia la sua vita. Muore? Qualcuno racconta che morirà ma c'è chi dice che forse muore il suo doppio, perché ha un doppio. L'arancio vive e incontra cose morte, pezzi di cose, sederi, pezzi vivi e una grande bocca che inghiottirà padre e figlio. La grande bocca sputerà fuori i due che sopravviveranno.

Nel racconto c'è sia la parte che viene prima della proposta di raccontare una storia sia la storia stessa; dall'inizio del racconto e proseguendo, si può ipotizzare che il gruppo si sia immerso in una sorta di contagio emotivo identificandosi con il protagonista signor Buono, che sembra parlare del soggetto gruppo, nel quale è assente una capacità di elaborazione simbolica e di regolazione affettiva che viene invece agita fin dall'inizio (con i pugni, il muovere il frutto ecc...). La storia parla di una relazione difficile tra padre e figlio e di un'affettività che prende forme molto primitive. Emerge la presenza di un'importante componente di aggressività orale fuori e dentro la storia (il mal di denti lamentato da un'ospite ripreso dalla grande bocca che divora tutto, per poi sputare fuori) con elementi che fanno pensare a oggetti parziali orali, anali, sadici a tratti, persecutori. Lo sputare fuori ci parla di come gli elementi non vengano digeriti, metabolizzati e si passi anche alla fine da un dentro a un fuori di elementi (padre e figlio) concreti. Aspetti introiettati pare siano richiamati dall'incontro del protagonista con pezzi/parti non coese in una unità; il rischio è che il figlio (piccolo arancio cattivo/buono) possa con un'aggressività auto-diretta (chi ha iniziato la storia ha un rapporto molto difficile con i genitori che presentano un funzionamento a tratti psicotico) uccidersi. Il tema del sopravvivere lo inserisco io formulando un'idea di "via d'uscita vitale" contro i tentativi del gruppo di far morire il protagonista. Ho sentito di dover tenere questa parte pur operando una modificazione in cui dalla conduzione ho fatto un intervento come parte io stessa immersa nel racconto. Ho pensato che fosse importante tenere una parte vitale in una situazione estremamente difficile dove una certa spietatezza legata ad attacchi istintuali pareva emergere su più piani (contenuto della storia, fantasie di procurarsi sostanze, una sorta di eccitazione del gruppo a livello anche di comportamento non verbale); il protagonista, del resto, incontra pezzi di cose, non ha incontri con persone intere. Anche lui non è "uno" essendo buono e cattivo e fuori controllo. Siamo

di fronte alla presenza di affetti inconsciamente forti, opprimenti, terribili che rievocano relazioni oggettuali traumatiche.

Nel caso il gruppo costruisca una storia, come nella situazione sopra citata, ci si avvale dunque del *turn taking*, che richiede una capacità di mentalizzazione implicita, soprattutto se la costruzione della storia si verifica in forma concitata; il gruppo quando qualcuno non rispetta il *turn taking* (spesso si verificava), si può attivare. Ad es. il membro che è stato interrotto potrà fare un commento verbale: “Allora parla te, ma io ci stavo ancora pensando a cosa dire” o mandare un segnale non verbale (sbuffare) che può stimolare nell’altro (chi non ha rispettato il turno) o in altri una sorta di attivazione con possibile intervento volto, anche se non sempre, a recuperare il soggetto “saltato”. Secondo Fonagy molta parte della mentalizzazione prende la forma di “racconto di storie” valorizzando con questo il fatto che si parte da un aspetto esplicito, quello narrativo, perché si creino elementi inerenti a una qualche possibilità di mentalizzare. Anche l’immaginazione e la creatività vengono sollecitate in una situazione in cui sono richieste capacità che implicano la lettura di segnali del tipo: «Fermati, ascolta, parla, senti» (Panksepp, 2012).

Circa i contenuti della storia, essi possono di fatto richiamare stati mentali che intuitivamente appartengono ai pazienti; vi sono in questi racconti molti echi delle loro vicende autobiografiche (ad es. il pensare di non essere voluto dal proprio padre che attiva emozioni sopite dallo “sballo”, il bisogno di essere amato dal genitore, il desiderio di poter ricongiungersi, la speranza di salvarsi... richiama il rapporto difficile dei pazienti con i propri genitori) e in molti casi non possiamo escludere la presenza di tracce di memorie implicite sedimentate nei primi due anni di vita che si palesano con comportamenti nel qui e ora della sessione di gruppo che paiono richiamare la presenza di affetti instabili. Ho già sopra accennato all’importanza dell’attenzione volontaria da parte dei membri; essa potrà stimolare la necessità di adottare prospettive differenti anche in come si sceglie di “far andare avanti” la storia, anche quando non si possiedono in modo sviluppato mentalità psicologica, intelligenza emotiva ed empatia.

Rispetto alla dimensione interpersonale gruppo-terapeuta, come premessa dobbiamo considerare l’importanza dell’alleanza terapeutica (uno degli elementi centrali nelle varie forme di terapia); aggiungo poi che quando parlo di interpersonale mi riferisco agli studi di Schore in particolare, che oltre alla terapia individuale e di coppia testimonia con le sue ricerche come le neuroscienze affettive e la neurobiologia interpersonale possano essere incorporate nella psicoterapia di gruppo. Dunque, l’attenzione del terapeuta è prima di tutto su ciò che i pazienti comunicano al di là delle parole e su come

le comunicazioni emotive e le transazioni più o meno regolate si giochino tra i partecipanti al gruppo; la storia nell'essere costruita con una trama richiede una qualche primitiva sintonizzazione psicofisica tra i membri. Se vi è una qualche forma di risonanza che circola, si possono coordinare e stimolare stati affettivi positivi della mente legati a curiosità ed esplorazione. In una situazione di gruppo comunque piena di incertezze e di vulnerabilità il terapeuta partecipando in fase di racconto della storia potrà esprimere una certa creatività in una comunicazione interpersonale emisfero destro-emisfero destro (secondo Scho-re) che se percepita dal gruppo potrebbe contribuire a rafforzare un'atmosfera di sicurezza in cui poter svolgere il compito-racconto della storia; le difese del gruppo possono a volte un po' "disimpegnarsi" mentre si costruisce la trama.

Circa la lettura (la settimana successiva) partirei dall'evidenziare come l'attivazione dell'attenzione congiunta possa venire sollecitata anche nel momento in cui è il terapeuta stesso a offrire un oggetto (la lettura dell'episodio) al gruppo. Come lo offre è un altro aspetto importante; se teniamo conto dei riferimenti sopra riportati e in particolare ipotizzando la presenza di soggetti con trauma relazionale precoce (Shore, 2003) ecco che l'espressione usata nel parlare, la postura, lo sguardo del terapeuta sono di estrema importanza. È la partecipazione attiva a livello emotivo del terapeuta (Shore parla di sintonizzazione e allineamento degli emisferi destri dei partecipanti riferendosi in particolare a sguardo-voce-espressioni facciali del terapeuta) che permetterebbe la possibilità di avere uno spazio (quello di gruppo) in cui parti dolorosissime e non riconosciute, talvolta dissociate, possono essere, anche se spesso solo intuitivamente, contattate. La storia mentre si sviluppa, ci porta un pezzo di verità emotiva del gruppo in quel momento preciso, in cui si contemplano corpi-menti-cervello. Il terapeuta è lì con una disponibilità emotiva ad accogliere l'indicibile avvenuto nel passato ma che si ripresenta nel presente; se una parte del gruppo viene improvvisamente attivata con forte disregolazione, il terapeuta potrebbe sentire una situazione di allarme e anch'egli in parte "disregolarsi" regredendo col gruppo e mentre si racconta la storia, co-creando un sistema di comunicazione su aspetti affettivi in parte inconsci; egli deve nel mentre anche provare a far leva sulla possibilità di attivare una qualche funzione regolatrice e di mutua sintonizzazione prima di tutto sua interna, che esprimerà al gruppo, da come regola il suo sguardo verso il gruppo, da come gestisce il suo corpo in relazione ai comportamenti non verbali degli ospiti, agli agiti (l'uscita di un membro sbattendo la porta, l'appisolarsi di un altro, l'alzarsi improvviso per parlare di un terzo...), alle manifestazioni verbali che paiono esse stesse degli agiti (es. quando emergono azioni e termini aggressivi); nella comunicazione avrà la possibilità, la volta dopo, di restituire la vicenda col racconto, in forma pienamente

“regolata”. Di fatto è un impegno attivo che non può essere una mera presenza intellettuale del professionista; il terapeuta in questa dimensione interpersonale, entrando nella costruzione della storia da un contributo e mentre lo dà testimonia anche il tentativo di operare una qualche sintonizzazione empatica verso il soggetto gruppo: in definitiva con la lettura dell’episodio si può pensare a un incipit di sottile sintonizzazione verso gli stati affettivi del gruppo che possono incontrare una forma di “regolazione” attraverso la scelta delle parole del terapeuta per narrare l’episodio del gruppo. Soprattutto nelle sessioni in cui ci sono stati momenti di ipo- e/o iperattivazione (a volte i passaggi sono stati velocissimi e non sempre prevedibili), è importante come ho accennato sopra, fornire una restituzione la volta successiva, tramite l’episodio, che contenga in sé, dallo stile narrativo, dalla scelta delle parole e dalle modalità di lettura una sorta di contenimento emotivo di un’esperienza che è stata reale per il gruppo (e per il terapeuta) e che potrà riconnettersi emotivamente a quanto accaduto la volta precedente senza venirne travolto. Si tratta di offrire un’esperienza regolatoria che ha luogo ai margini, come sostiene Schore, attraverso il passaggio nella “finestra di disregolazione” accettabile per il gruppo stesso e per il terapeuta che hanno dato vita a un campo intersoggettivo co-costruito. Ci si orienta verso un’esperienza emotiva correttiva che in qualche modo potrebbe sollecitare una qualche forma di cambiamento dell’emisfero destro in un contesto dove ciò che conta è sentirsi al sicuro all’interno di un ambiente dove si cerca di tenere viva una sorta di “impalcatura regolatoria” sufficientemente stabile nel tempo.

Riferimenti bibliografici

- Allen J.G., Fonagy P. e Bateman A.W. (2006). *La mentalizzazione nella pratica clinica*. Milano: Raffaello Cortina, 2009.
- Bion W.R. (1962). A Theory of Thinking. *Int. J. of Psychoanalysis*, 43: 4-5. Reprinted in: Bion W.R. (1967). *Second Thoughts. Selected Papers on Psychoanalysis*. London: Karnac Books.
- Bion W.R. (1972). *Apprendere dall’esperienza*. Roma: Armando, 2001.
- Bowlby J. (1969). Attaccamento e perdita. Vol. 2, *Attaccamento alla madre*. Torino: Bollati Boringhieri, 1988.
- Clarkin J.F., Yeomans F.E. e Kernberg O.F. (1999). *Psicoterapia della personalità borderline*. Milano: Raffaello Cortina, 2000.
- Khantzian E.J., Halliday K.S. e McAuliffe W.E. (1990). *La dipendenza e il sé vulnerabile. La terapia dinamica di gruppo modificata per dipendenti da sostanze*. Padova: Piccin Editore, 1997.
- Lingiardi V. e McWilliams N., a cura di (2017). *Manuale diagnostico psicodinamico*. II ed. (PDM-2). Milano: Raffaello Cortina, 2018.

- Liotti G. (2014). Disorganized Attachment in the Pathogenesis and the Psychotherapy of Borderline Personality Disorder. In: Danquah A.N. e Berry K., Eds. *Attachment Theory in Adult Mental Health. A Guide to Clinical Practice*. New York: Routledge.
- Mucci C. (2020). *Corpi borderline. Regolazione affettiva e clinica dei disturbi di personalità*. Milano: Raffaello Cortina.
- Panksepp J. e Biven E. (2012). A Meditation on the Affective Neuroscientific View of Human and Animalian Mind-Brains. In: Fotopoulou A., Pfaff D. e Conway M.A., Eds. *From the Couch To the Lab. Trends in Psychodynamic Neuroscience*. New York: Oxford University Press.
- Schore A.N. (2003). *La regolazione degli affetti e la riparazione del sé*. Roma: Astrolabio, 2008.
- Schore A.N. (2019). *Right Brain Psychotherapy*. New York: W.W. Norton & Co.
- Stern D.B. (2018). *The Infinity of the Unsaid. Unformulated Experience, Language and the Nonverbal*. New York-London: Routledge.
- Winnicott D.W. (1945). Primitive Emotional Development. In: *Through Paediatrics to Psycho-analysis* (trad. it.: L'intelletto e il suo rapporto con lo psiche-soma. In: *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Firenze: Martinelli, 1981).
- Winnicott D.W. (1971). *Gioco e realtà*. Roma: Armando, 2005.