

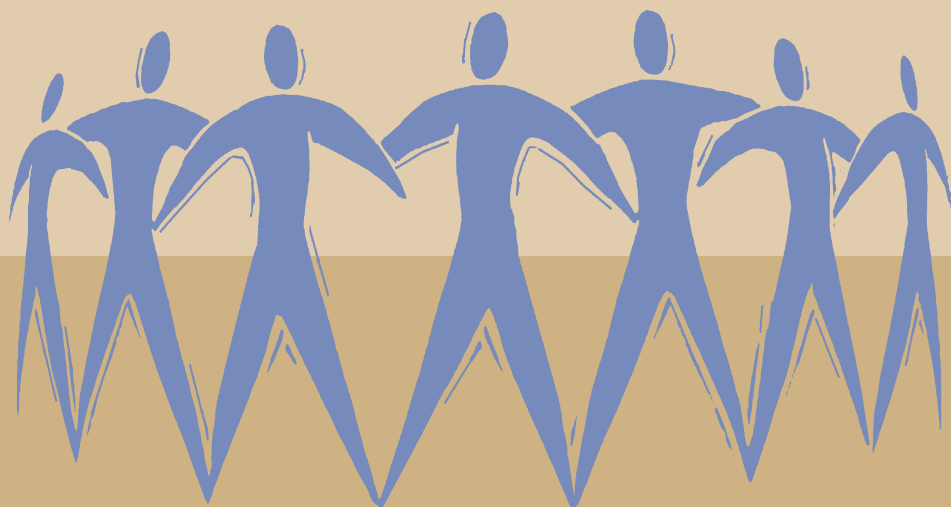
Vol. XXIV N. 1-2 Gennaio-Dicembre 2023

Gruppi

**NELLA CLINICA,
NELLE ISTITUZIONI, NELLA SOCIETÀ**

Groups *IN CLINICAL PRACTICE,
IN INSTITUTIONS, WITHIN SOCIETY*

**A partire dalla COIRAG
Gruppi in contesti particolari**



IL GIORNALE DELLA COIRAG

CONFEDERAZIONE DI ORGANIZZAZIONI ITALIANE PER LA RICERCA ANALITICA SUI GRUPPI

FrancoAngeli

Gruppi

*NELLA CLINICA,
NELLE ISTITUZIONI, NELLA SOCIETÀ*

Groups *IN CLINICAL PRACTICE,
IN INSTITUTIONS, WITHIN SOCIETY*

FrancoAngeli

Copyright © FrancoAngeli

This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: <http://creativecommons.org>

DIRETTORE: Carmen Tagliaferri

COMITATO SCIENTIFICO

Luciana Bianchera (Italia), Jale Cilasun (Regno Unito), Antonello Correale (Italia), Giacomo Di Marco (Italia), Franco Di Maria (Italia), Alberto Eiguer (Francia), Sergio Fava (Italia), Robi Friedman (Israele), Maurizio Gasseau (Italia), Giovanni Guerra (Italia), Otto Kernberg (USA), Eduard Klain (Croazia), Girolamo Lo Verso (Italia), Irma Morosini (Argentina), Claudio Neri (Italia), Franca Olivetti Manoukian (Italia), Corrado Pontalti (Italia), Paola Scalari (Italia), Francesco Scotti (Italia), Dorothe Türk (Germania)

COMITATO DI REDAZIONE

Segretaria di redazione: Virginia Guarneri Vicedirettrice: Alessandra Furin

Membri redazione: Anna Cordioli, Nicoletta Jacobone, Daniela Lo Tenero, Simona Negro, Simone Schirinzi

WEBSITE: www.coirag.org

REDAZIONE: Rivista GRUPPI – COIRAG – Viale Gran Sasso, 22 – 20131 Milano

e-mail: rivista.gruppi@coirag.org

**Gli articoli della Rivista compresi nella sezione CONTRIBUTI ORIGINALI
sono sottoposti a referaggio**

Publicato con licenza Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale (CC BY-NC-ND 4.0).

Sono riservati i diritti per Text and Data Mining (TDM), AI training e tutte le tecnologie simili.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>.

ISSNe 1972-4837

Amministrazione – Distribuzione: FrancoAngeli srl, viale Monza 106, 20127 Milano. Tel. +39.02.2837141, e-mail: riviste@francoangeli.it.

Autorizzazione del Tribunale di Milano n. 400 del 28/5/99 – Semestrale – Direttore responsabile: Stefano Angeli – Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l. – Milano. Stampa: Global Print s.r.l., Via degli Abeti n. 17/1, 20064 Gorgonzola (MI).

I e II semestre 2023 – Finito di stampare nel mese di ottobre 2025

Copyright © FrancoAngeli

This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial – No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: <http://creativecommons.org>

SOMMARIO

Presentazione del numero

di Carmen Tagliaferri

pag. 5

SAGGI

Formazione e trasformazioni nei gruppi analitici (1989)

di Diego Napolitani

Introduzione a cura di Elisabetta Sansone

» 11

A PARTIRE DALLA COIRAG

Giornate Franco Fasolo 2023

*La testa ben fatta – Il pettine della complessità e i nodi
epistemologici della psicoterapia e della formazione.*

Introduzione alle Giornate Scientifiche Franco Fasolo 2023

di Silvana Koen

» 25

*La Scuola COIRAG come campo di osservazione
della Clinica psicoterapeutica*

di Maurizio Salis

» 28

La clinica vista dalla Scuola

di Nadia Fina

» 39

CONNESSIONI

Desiderio e distruttività

di Enrico Stenico

» 47

GRUPPI IN CONTESTI PARTICOLARI

<i>Il gruppo esperienziale online: sfide, risorse, benefici</i> di Gina Cadeddu	pag.	59
<i>Esperienze di gruppo come strumento di prevenzione e cura nella violenza di genere</i> di Angela Maria Boccardi	»	67
<i>Vivere con la sclerosi multipla.</i> <i>Il progetto SM-Stare Meglio</i> di Silvia Bonino	»	80
<i>Lo Psicodramma con un gruppo di donne con Mild Cognitive Impairment</i> di Flora Inzerillo	»	89
<i>Un gruppo di supervisione in un servizio pubblico per gli adolescenti</i> di Valentina Guiducci	»	100
<i>Come comincia un'esperienza in gruppo?</i> di Anna Iannotta	»	113
<i>Il setting gruppale come contenitore per promuovere benessere psicologico: la progettazione multidisciplinare di un gruppo di neomamme per ri-pensare la maternità</i> di Monica Compostella e Laura Sala	»	123

CONTRIBUTI ORIGINALI

<i>Gli esiti di un percorso riabilitativo in un centro diurno per la salute mentale: gli effetti delle attività individuali e di gruppo</i> di Stefania Bisagni e Cecilia Bruscolini	»	143
<i>Il lavoro sul limite tra corpo, gruppo e disabilità</i> di Giovanna Bazzacco, Stefania Bisagni e Ilaria Locati	»	171
<i>Riflessioni sull'esperienza di osservazione in due équipes multiprofessionali per la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle dipendenze patologiche</i> di Linda Marconi, Barbara Battocchio e Vito Sava	»	185

Presentazione del numero

di Carmen Tagliaferri

L'incipit di questo numero doppio della rivista *Gruppi* ci porta, a ritroso nel tempo, a un evento scientifico fondativo di COIRAG, un convegno in cui la nostra Associazione, nata da pochi anni, andava tessendo connessioni e fili associativi tra i diversi campi clinici a matrice gruppoanalitica.

Questo fascicolo, intitolato nella prima parte “*A partire dalla COIRAG*”, si apre con la relazione che Diego Napolitani presentò nel 1989 a questo evento scientifico, e ha per titolo: “Formazione e trasformazioni nei gruppi analitici”. È interessante notare che il primo termine “Formazione” è declinato al singolare, mentre il secondo “Trasformazioni”, è al plurale, come a sottolineare la molteplicità dei movimenti innescati dalla “materia gruppale” e i suoi possibili esiti trans-formativi, in primis le trasformazioni relazionali nel campo terapeutico. Ci introduce alla lettura dell'articolo la presentazione di Elisabetta Sansone, chiara ed essenziale nell'evidenziare nodi e snodi fondamentali del pensiero di Diego Napolitani.

Pochi anni prima, grazie a Mauro Ceruti e Gianluca Bocchi, vari protagonisti della scienza e della cultura, provenienti da itinerari diversi, si erano incontrati in quei luoghi di frontiera del sapere dove le questioni multi- e transdisciplinari sollecitavano a immaginare nuovi paradigmi per pensare la conoscenza stessa. L'esito di quell'incontro fu la pubblicazione, nel 1985, di un testo fondamentale: *La sfida della complessità* (Feltrinelli, 1985), volume oggi ripubblicato in una nuova edizione (Mimesis, 2025).

Ricordiamo queste ricorrenze cronologiche perché il pensiero della complessità, come arte di tessere insieme ciò che i paradigmi scientifici della semplificazione disgiungono, costituisce non solo lo sfondo epistemologico

dell'articolo di Diego Napolitani, ma diventerà per COIRAG fondamentale paradigma di riferimento: la complessità come metodo che interroga i presupposti del sapere, ridisegna la postura del terapeuta e ne ridefinisce la posizione etica. Come scrive Napolitani:

«La pratica analitica intesa come processo di trans-formazione delle relazioni presenti nel campo analitico implica il reciproco esporsi degli interlocutori alla “critica” (alla messa in crisi) delle rispettive eccedenze di forme immaginarie, ovvero delle proprie “formazioni” pietrificate» (v. *infra* p. 21).

Il tema della IX edizione delle Giornate Franco Fasolo 2023 – “*La testa ben fatta*”: *il pettine della complessità e i nodi epistemologici della psicoterapia e della formazione* – evidenzia quanto COIRAG abbia assunto questo paradigma e continui a interrogarsi sui suoi nodi epistemologici per farne punti di snodo nella teoria e nella pratica clinica. Sperimentiamo ogni giorno quanto i mutamenti sociopolitici abbiano radicalmente modificato i quadri clinici con i quali siamo chiamati a confrontarci nelle istituzioni di cura che abitiamo. L'introduzione ai lavori delle giornate della Presidente di COIRAG ETS, Silvana Koen, sottolinea quanto, dal lavoro con gli specializzandi della Scuola, emerga oggi con grande evidenza l'incontro con:

«situazioni psicopatologiche di tale complessità che ci costringono a interrogarci sulle epistemologie che guidano i nostri saperi nella costruzione dei dispositivi terapeutici» (v. *infra* p. 26).

quanto occorra ripensare non solo la clinica ma anche la formazione con i suoi dispositivi di trasmissione, quanto occorra confrontarsi con il «“già pensato e il non pensato” dei fenomeni socio-antropologici contemporanei».

Sul sottile, spesso impervio crinale tra clinica, formazione e istituzione Maurizio Salis e Nadia Fina mettono in campo un dispositivo di dialogo: ci presentano gli esiti delle interviste che hanno condotto con i coordinatori del terzo e quarto anno di ogni sede della Scuola su una pluralità di temi che attraversano le tante gruppalità presenti in COIRAG (specializzandi, docenti, soci...) e i campi comuni che esse abitano (clinica, formazione, istituzione).

Utilizzando come lenti di ingrandimento e chiavi di lettura alcune parole ricorrenti nelle interviste, Salis e Fina fanno della Scuola COIRAG un *campo di osservazione della Clinica psicoterapeutica*, una clinica che, sempre più spesso, richiede una formazione alla presa in carico multipla di situazione complesse. È una richiesta questa che gli attuali piani formativi rischiano di lasciare inevasa, facendo dello specializzando “il caso clinico complesso” sospeso tra un inattuale “ideale professionale” e l'attuale difficile realtà. Nel

suo scritto Salis compie un movimento interessante, spostando nel campo della formazione una domanda tradizionalmente collocata nel campo della psicoterapia: qual è e dove è il punto cieco della Scuola, cosa non viene compreso e preso in carico?

Nadia Fina nel suo intervento rilancia, in particolare, un sostantivo ricorrente nelle interviste, *Appartenenza*, inteso come base comune per la condivisione delle diversità teorico-cliniche finalizzate al ripensamento dell'epistemologia e della prassi dei campi terapeutici.

Il secondo fascicolo di questo numero doppio si intitola *Gruppi in contesti particolari* e raccoglie una serie di articoli di colleghe e colleghi, per la maggior parte soci di Federate COIRAG ETS, che si interrogano sulla conduzione di gruppi con dispositivi di cura e setting spesso costruiti ad hoc per le specifiche situazioni di cura del momento. Questi scritti rappresentano delle generose condivisioni di esperienze cliniche che aprono una molteplicità di interrogativi sul piano teorico, soprattutto lasciano intravedere la disponibilità a decostruire il pre-costituito, il già noto, il già sperimentato, e a tradurre la complessità della teoria e della clinica in una variabilità e diversa articolazione dei dispositivi di ascolto e di cura.

I contributi sono numerosi e non possiamo elencarli tutti. Vogliamo segnalarne alcuni per la loro particolarità e per le nuove sfide terapeutiche che richiedono. Angela Maria Boccardi ci parla di un'esperienza svolta nel campo delle pari opportunità e contro la violenza di genere presso un Centro Anti Violenza, dove ha condotto dei gruppi per favorire l'elaborazione del trauma e facilitare la consapevolezza e la narrazione di sé.

Flora Inzerillo nel suo articolo approfondisce la necessità di interventi terapeutici e riabilitativi multidimensionali rivolti all'utenza geriatrica. Questo si declina in particolare con l'utilizzo del gruppo di psicodramma come luogo dove visualizzare e riattraversare le proprie esperienze di vita per affrontare con gli altri il decadimento cognitivo e la perdita di memoria.

Valentina Guiducci ci presenta una seduta di un gruppo di supervisione condotto all'interno di un servizio pubblico territoriale dedicato agli adolescenti. La collega presenta il lavoro del gruppo, focalizzato sulla discussione di una ragazza vietnamita di 16 anni, adottata. In questo lavoro l'adozione viene interpretata come funzione della mente gruppale.

Infine, Monica Compostella, psicoterapeuta, e Laura Sala, assistente sociale, raccontano la loro esperienza di co-conduzione di un gruppo per donne in gravidanza e per neo-madri accompagnate dal loro bambino entro il primo anno di vita.

Buona lettura!

Copyright © FrancoAngeli

This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: <http://creativecommons.org>

Copyright © FrancoAngeli

This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: <http://creativecommons.org>

Formazione e trasformazioni nei gruppi analitici (1989)

di Diego Napolitani*

Introduzione a cura di Elisabetta Sansone**

[Ricevuto il 11/05/2023]

Accettato il 06/06/2024]

Riassunto

L'autore evidenzia l'ancoraggio del modello psicoanalitico classico al paradigma epistemologico della semplicità lineare, ovvero dell'originarietà. La "semplicità" di un'interpretazione intesa come *traduzione* univoca del linguaggio inconscio entra inevitabilmente in crisi di fronte al gruppo, realtà che può essere "abbracciata" soltanto attraverso un'epistemologia della complessità. L'autore descrive gli ordini di complessità specificamente esperibili in un setting grupale (intero/parte, soggetto-osservatore/oggetto-osservato), i quali si intrecciano inscindibilmente con la complessità identificatoria (*gruppalità interne*). L'interpretazione, nella sua visione, è piuttosto un *atto narrativo o costruttivo* in cui ciascuno dei partecipanti alla relazione analitica dà significato alla propria esperienza di attraversamento di quella "materia grupale" di cui egli stesso fa parte. Egli si sofferma quindi sui concetti di formazione e con-formazione per sostenere che una pratica analitica che si muova in un orizzonte narrativo-

* Psichiatra e psicoanalista (Napoli, 1927-Milano, 2013). Fondatore nel 1974 dell'AMAG (Associazione Milanese Analisti di Gruppo) e nel 1980 della SGAI (oggi Società Gruppo-Antropoanalitica Italiana). Direttore dal 1982 al 2012 della Scuola di Formazione in Psicoterapia Gruppoanalitica (riconosciuta dal MUR nel 1988).

** Psicologa, psicoterapeuta, socio ordinario supervisore e responsabile editoriale della SGAI; vicedirettrice della Scuola di Formazione in Psicoterapia Gruppo-antropoanalitica (via Enzo ed Elvira Sellerio, 38 – 90141 Palermo); elisabettasansone.2@gmail.com

Gruppi/Groups (ISSNe 1972-4837), 1-2/2023
DOI: 10.3280/GRUOA1-2-2023OA21208

SAGGI

ermeneutico, privilegiando metodicamente l'esperienza vissuta, si caratterizza necessariamente come una *pratica trasformativa* delle relazioni presenti nel campo analitico, un processo che implica la messa in crisi per tutti gli interlocutori delle rispettive "formazioni" pietrificate. In questa reciprocità formativa la posizione specifica dell'analista si fonda su una maggiore "capacità negativa" che gli consente di mantenere viva la sua funzione di "supervisore" degli atti interpretativi.

Parole chiave: Complessità, Gruppi, Interpretazione, Formazione, Trasformazione, Ermeneutica.

Abstract. *Formation and transformations in analytical groups*

The Author highlights the anchoring of the classical psychoanalytic model to the epistemological paradigm of linear simplicity, or originality. The "simplicity" of an interpretation understood as the univocal *translation* of unconscious language inevitably comes into crisis in the face of the group, a reality that can only be "embraced" through an epistemology of complexity. The author describes the orders of complexity specifically experienced in a group setting (whole/part, subject-observer/object-observed), which are inextricably intertwined with the identificatory complexity (internal group dynamics). In his view, interpretation is rather a *narrative or constructive act* in which each participant in the analytical relationship gives meaning to their own experience of traversing that "group material" of which they are a part. He then focuses on the concepts of formation and con-formation to argue that an analytical practice moving within a narrative-hermeneutic horizon, that methodically prioritizes lived experience, is necessarily characterized as a *transformation practice* of the relationships present in the analytical field, a process that implies a crisis for all interlocutors of their respective petrified "formations". In this mutual process of formation the specific position of the analyst is based on a greater "negative capability" that allows them to keep alive their function as a "supervisor" of interpretative acts.

Keywords: Complexity, Groups, Interpretation, Formation, Transformation, Hermeneutics.

Introduzione

Nella relazione "Formazione e trasformazioni nei gruppi analitici", presentata nel 1989 in occasione di un convegno della COIRAG, Diego Napolitani si sofferma in premessa su quella "materia gruppale" che la psicoanalisi degli albori aveva tagliato fuori dal proprio ambito operativo, non per confinarla a fenomeno sociologico ma per riconcepirla come radicale tratto antropologico.

Tale “materia”, i cosiddetti dati empirici che l’analista incontra nei diversi *setting* in cui opera – che si tratti di relazioni con individui o coppie, famiglie o gruppi – può rappresentarsi soltanto a partire da un’*esperienza vissuta* e la sua matrice è costitutivamente transpersonale.

Il riferimento è prima di tutto alla *complessità identificatoria* che ciascun essere umano incarna, secondo l’Autore, nel suo essere singolarmente espressione di “gruppalità interne” (Napolitani, 1987). Con questa nota locuzione egli risignifica le fondamenta identitarie come una molteplicità di relazioni identificatorie storicamente definite le quali, a seconda delle specifiche configurazioni relazionali di cui l’individuo partecipa, si articolano di volta in volta in un “con-divenire” insieme all’altro in maniera indefinitamente aperta.

Tale matrice identitaria equivale a un vero e proprio dispositivo di codifica di sé e dell’altro e del proprio rapporto con il mondo.

Nell’intervento qui introdotto Napolitani definisce quindi il lavoro analitico come una *prassi formativo-dialogica* che non intende promuovere un processo di *con-formazione* a norme, aspettative o codici prestabiliti ma che si propone come specifico obiettivo *trasformativo* lo sviluppo delle capacità riflessive di tutti partecipanti all’incontro analitico al fine di riattraversare quella “materia gruppale” di cui ciascuno è parte nel suo divenire-con-l’altro.

«Nel paradigma della complessità, trasformare significa modificare un campo relazionale (e non oggettivisticamente un paziente) quando questo campo risulta costretto da un’eccedenza di senso pietrificato (il transfert, l’eccedenza dell’identico, la coazione a ripetere). Questa modificazione avviene in un dialogo *ri-flessivo* attraverso il quale ciascun individuo si pone nella condizione (o può assumere la *possibilità*) di emergere dal campo gruppale esterno e interno, di distinguerlo distinguendosi, e di dare quindi un suo proprio senso originale, storicistico, all’eccedenza di senso pietrificato nel quale si trovava inserrato» (v. *infra*, p. 19).

A partire dal testo chiave *La psicoanalisi ha compiuto il tempo della sua vita* (Napolitani, 1999), l’Autore proporrà in seguito una ri-lettura del termine “formazione” sul calco della parola di origine greca “morfogenesi”, istituendo un parallelismo con la biologia.

«La pratica analitica, in questa prospettiva, ha tratti isomorfi alla condizione embrionica dell’uomo, in quanto è una pratica morfogenetica che coinvolge, personalmente e reciprocamente, analista e paziente collegati da una comune evocazione dei propri “defunti” (delle proprie storie, ideologie, *common sense*, teorie, saperi psicoanalitici) e dal comune impegno di attraversarne le trame – una, cento, mille volte – finché l’inespresso, raggrumato nel già noto, non venga raccolto come organizzatore di nuove forme di esistenza» (Napolitani, 1999, p. 252).

Il concetto di *formazione*, nella descritta accezione di una reciprocità tra l'analista e i suoi interlocutori, assumerà negli anni Duemila un rilievo sempre più centrale nel modello gruppo-antropoanalitico di Napolitani, andando a qualificare la pratica analitica come una prassi formativo-trasformativa che si distingue sia dalle procedure terapeutiche ancorate a paradigmi di tipo fisiologico-medicalistico sia rispetto all'insieme più generale delle pratiche fenomenologico-ermeneutiche.

Per un approfondimento della tematica e delle sue implicazioni cliniche e metodologiche si rimanda all'ultima edizione di *Individualità e gruppaltà* (2023), arricchita dell'articolo sopra citato e di una "Prefazione" (Sansone, 2023) che, connettendo i costrutti fondamentali del suo originale modello gruppoanalitico con i successivi sviluppi antropoanalitici, si propone di offrire uno sguardo prospettico sul pensiero di Diego Napolitani.

Formazione e trasformazioni nei gruppi analitici (1989)

Nel capitolo ottavo: "La tecnica classica e la sua evoluzione", del *Trattato di psicoanalisi* (Semi, 1988), Anteo Saraval attribuisce le differenti teorizzazioni sulla tecnica psicoanalitica e le conseguenti strategie nella pratica clinica a impostazioni ideologiche di fondo di cui ciascun analista è, più o meno consapevolmente, portatore. Pur non approfondendo il concetto di *impostazione ideologica*, egli ne distingue di quattro tipi, in relazione al modo di connotare la pratica psicoanalitica:

- 1) *psicoanalisi come terapia*, in cui l'obiettivo strategico è quello di dare una "risposta alla sofferenza psichica";
- 2) *psicoanalisi come trattamento rieducativo*, il cui modello di riferimento è sostanzialmente quello di Alexander e French che indicano nelle "esperienze correttive" dell'analisi il tramite per una rieducazione emotiva;
- 3) *psicoanalisi come processo di conoscenza*, inteso come disvelamento di "parti di sé non note" originatesi nell'infanzia e quindi trascinate nel mondo interno e attivate nevroticamente come inconsapevole "presenza del passato";
- 4) *psicoanalisi come processo maturativo*, in cui la maturazione consiste nel raggiungimento di un'organizzazione libidica (la genitalità) supposta essere il traguardo ideale del vitalismo psichico, e che si manifesterebbe nei termini dell'"individuazione" e dell'"emancipazione".

Alcune annotazioni. Mentre che per le ultime tre "ideologie" Saraval fa riferimento a particolari costrutti teorici presenti già in Freud e sviluppati poi

dalle diverse scuole psicoanalitiche, per la prima “ideologia” non c’è altro riferimento che la motivazione fantasiosa del paziente di “guarire” da una malattia e la “onnipotenza e maniacalità” dell’analista che aspira a essere terapeuta “guaritore” o “stregone”.

Saraval esordisce parlando delle impostazioni ideologiche da cui derivano modelli e strategie tecniche, pur affermando «che nessun analista aderisce rigidamente a una delle ideologie illustrate senza tener conto anche delle altre» (Saraval, 1988, p. 539); in seguito però egli non tiene più in alcun conto il suo dichiarato soggettivismo ideologico e pone le cose come se la psicoanalisi fosse per suo intrinseco statuto l’una e/o l’altra delle quattro epistemologie, da cui deriverebbero le corrispondenti motivazioni nell’analista, sostenendo:

«Poiché la psicoanalisi è contemporaneamente terapia, educazione, conoscenza e maturazione, è chiaro che nello psicoanalista si ritrovano sempre una o tutte queste motivazioni: tendenze riparative, voyeuristiche e di identificazione con un buon genitore» (Saraval, 1988, p. 544).

In altri termini: poiché la psicoanalisi è questo o quello chi intende praticarla non può non rispecchiarne lo statuto o non conformarsi a esso.

Le quattro ideologie hanno in comune un paradigma epistemologico che è quello della semplicità lineare, ovvero della *originarietà* (ogni cosa è definibile per la sua origine e/o per la sua causa). Nessuna menzione viene fatta del grande problema che agita e sovverte i canoni tradizionali nel dibattito scientifico moderno: al paradigma delle origini e delle particelle elementari si aggiunge oggi quello della *complessità*, per cui il procedere teoricamente, in ogni regione del sapere, non può più coincidere esclusivamente col *comune senso della realtà*, che nella nostra cultura è appunto supportato dal principio della “originarietà”. La complessità non si sostituisce alla linearità, ma una prospettiva si aggiunge all’altra in una contraddittorietà non risolvibile, ma indefinitamente problematica.

Benché l’interpretazione sia l’atto analitico per eccellenza, a essa sono dedicate poche e scarse pagine sia nel capitolo redatto da Saraval che nell’intero volume. Ci si può dare un senso di questa povertà espositiva quando si rifletta sul fatto che la psicoanalisi “classica” tratta l’interpretazione come «il risultato della sola “traduzione”, che l’analista compie sulla base delle proprie conoscenze teorico-cliniche del linguaggio inconscio» (Saraval, 1988, p. 549). La maggiore attenzione viene rivolta ai momenti comunicativi dell’interpretazione (insight sintonico, oggetto dell’interpretazione, timing, forma e linguaggio). L’interpretazione intesa come traduzione è quindi un’operazione univoca

che conferma il fondamento del pensiero psicoanalitico nell'alveo epistemologico della semplicità.

Nella situazione di gruppo, diceva Bion, si manifestano fenomeni che nella situazione di coppia sono di più difficile rilevazione. Si può aderire o meno alla specifica teoresi degli assunti di base, come fenomeni tipicamente osservabili in gruppo, ma la complessa storia dei tentativi di applicazione del modello psicoanalitico ai gruppi mette comunque in evidenza, al di là delle ipotesi bioniane, la particolare difficoltà di adottare anche per i gruppi la "semplicità" del modello classico della psicoanalisi. Sempre che non si voglia artificiosamente *semplificare* la situazione gruppale, o trattando il gruppo "come se" fosse un individuo solo, o trattando i singoli individui "come se" ciascuno fosse di volta in volta solo di fronte all'analista, o trattando la pratica analitica che vi viene svolta "come se" fosse una "semplice psicoterapia" (?) la situazione gruppale si presenta come una realtà che il senso comune e le sue sofisticazioni dottrinarie non riescono ad "abbracciare". Per "abbracciare", cioè, la complessità della situazione gruppale si rende necessario l'uso di un paradigma epistemologico "complesso": è suggestivo, a questo proposito, riflettere che il termine "complesso" deriva etimologicamente dal verbo latino *complecti* che significa "abbracciare".

Ciò che resta fuori dal senso comune (ovvero ciò che non è spiegabile secondo "originarietà") tende o a restare connotato come insensatezza, o richiede, per essere rimesso nel circolo delle comunicazioni umane, il contributo di un *senso non-comune*. Tra "comune" e "non-comune" corre qui, per intenderci, lo stesso tipo di differenza che corre tra causa e caso, tra ordine (e le sue leggi) e disordine (e i suoi eventi), tra razionalità e irrazionalità (o meglio, trasrazionalità), tra "identico" e "autentico" ecc. Questi binomi sono regolarmente esplorati dal senso comune, e mentre che essi restano sospesi nella loro antinomicità in alcune particolari avventure dello spirito, come quelle artistiche o mistiche, essi tendono invece a essere ridotti al primo dei due termini di cui sono composti dal pensiero scientifico positivista (dove era il caso sarà la causa, e così via, in perfetto accordo con il motto freudiano «dove è l'Es sarà l'Io»).

Senza entrare nel merito della specifica complessità della situazione gruppale, voglio qui solo accennare al fatto che la contraddizione immanente nell'esperienza di ciascun individuo in gruppo consiste nel suo essere simultaneamente soggetto singolare e membro di un corpo collettivo, interezza e parte, perenne fonte di disordine ed elemento costitutivo dell'ordine gruppale. A questa doppiezza esperienziale va aggiunta un'altra doppiezza, quella di essere simultaneamente oggetto e soggetto di ascolto e di osservazione, in assoluta reciprocità con ciascuno degli altri membri del gruppo.

Queste due strutture (*intero/parte* e *osservatore/osservato*) si articolano tra loro con diverse accentuazioni: ciascuno può essere alternativamente osservatore in nome e con l'occhio del gruppo (le ideologie) o in nome e con l'occhio "proprio", così come può essere osservato in quanto parte (una certa parte) del gruppo o in quanto singolarità. Così, inoltre, egli può essere osservato da un occhio "gruppale" (o ideologico) o da un occhio soggettivo e personale, tenendo presente che il proprio modo di osservare risente fortemente del come il proprio sguardo viene ri-guardato o intenzionato dall'ambiente. Tutte queste vicende convergono verso quel nucleo problematico del pensiero scientifico (sia in campo antropologico che in quello "naturalistico") che si riassume nella crisi radicale della distinzione "forte" tra soggetto e oggetto.

A questi ordini di complessità (*intero/parte*, *soggetto-osservatore/oggetto-osservato*) che sono specificamente connessi con la situazione gruppale in quanto dato sociologico, bisogna aggiungere la *complessità identificatoria*, espressione con la quale ho altrove indicato il fatto che l'individuo è uno e molteplice, in relazione al suo essere il singolare portatore di "gruppaltà interne", in modo indipendente dal fatto di essere solo, in coppia o in gruppo.

Ma la complessità identificatoria tende a manifestarsi in modi diversi a seconda della situazione relazionale attuale, e in quella gruppale essa tende a svolgersi fenomenicamente nei termini di una struttura dinamica, interattiva, di tipo "psicodrammatico".

Questo insieme inscindibile di complessità, di cui possiamo isolare descrittivamente l'uno o l'altro dei vertici fenomenici senza però pretendere di poterli "trattare" separatamente, costituiscono la *materia gruppale* che il pensiero riflessivo, potenzialmente presente in ciascun individuo nella situazione analitica, si pone il compito di attraversare, avvalendosi di quegli strumenti logico-operativi che l'analista progressivamente mette a disposizione in quanto elementi costitutivi del proprio bagaglio teorico e metodologico. In altri termini, i modelli teorici che ogni analista adotta diventano gli elementi orientativi o gli *organizzatori linguistici* per i quali è possibile che l'esperienza vissuta da ciascuno nella infinita serie di attraversamenti soggettivi della *materia gruppale*, diventi proposta interpretativa linguisticamente compiuta all'interno di un codice di riferimento condiviso.

In questa prospettiva l'interpretazione non è una decodifica di un linguaggio straniero attraverso l'uso di un vocabolario edito una volta per tutte da un certo orientamento (ideologico) di un analista, per cui tutti i membri del gruppo possano fare a gara a chi maneggi con maggiore disinvoltura il vocabolario proposto. Ciò può capitare, ma in tal caso questo accadimento, entrando a far parte della *materia gruppale*, si apre a nuovi attraversamenti. *L'interpretazione è, piuttosto, un atto narrativo o costruttivo* (e non ricostrut-

tivo nel senso dell'archeologia freudiana; Spence, 1987) in cui ciascuno parla della propria esperienza di attraversamento di quella *materia gruppale* di cui egli stesso, nei tempi e nei modi più svariati, fa parte. Per far ciò l'interpretazione si avvale di quella sintassi teoretica che l'analista propone come strumento dialogico-ermeneutico utilizzabile in quella piccola comunità, cercando costantemente di non assumerla come verità "scientifica" immutabile da dover sperimentalisticamente verificare o a cui doversi conformare.

In questa prospettiva la pratica analitica consiste in una *pratica di formazione* dei membri del gruppo nei termini dello sviluppo delle capacità di ciascuno di dare un senso narrativamente compiuto alle proprie esperienze di attraversamento, assumendo in modo non pedissequamente ripetitivo (in ciò consiste la differenza tra "formazione" e "con-formazione", come vedremo in seguito) il modello narrativo e le sintassi proposizionali che l'analista del gruppo è andato via via proponendo. Che poi questa pratica di formazione possa essere da qualcuno adoperata all'interno di un proprio progetto professionistico, ciò riguarda una scelta esistenziale di questo qualcuno e non il metodo in sé che resta uguale per tutti. Il considerare l'analisi come un processo di formazione in termini ermeneutico-narratologici non si sottrae a quella medesima ipotesi ideologica che Saraval sottolinea in qualsiasi opzione pragmatica ma questa prospettiva presenta il vantaggio di inserire a pieno titolo teorie e pratiche psicoanalitiche nel moderno dibattito epistemologico, sottraendole al loro tradizionale arroccamento per una iperspecificità (metafisica) delle loro procedure.

Questo tipo di pratica formativo-dialogica in cui ogni componente del gruppo va progressivamente sviluppando una sua capacità conoscitiva, in senso ermeneutico, di sé in relazione con gli altri, mette l'analista nella condizione di esercitare nel gruppo un'attività prossima a quella del supervisore, inteso come il garante della conservazione di un setting oltreiché come il propositore – discreto – di una sintassi narrativa, e non inteso quindi come *colui-che-sa* e che giudica il giusto e l'ingiusto, il vero e il falso in funzione della maggiore o minore fedeltà delle proposte narrative altrui al proprio sapere (Corrao, 1984).

Esulerebbe dai limiti della mia relazione ogni riferimento al *rebound* che la mia pratica con i gruppi in questa ottica ha avuto sull'intero procedere del mio pensare psicoanaliticamente, e quindi sul fatto che sempre più chiaramente si è andata attenuando per me la differenza di significati e di metodo esistenti tra il setting gruppale e quello di coppia. Ciò che mi sembra, però, di poter oggi sostenere è che il setting gruppale facilita, per la piena attualità della combinatoria dei tre binomi della complessità antropologica (intero/parte, osservatore/osservato, singolarità/gruppaltà), una pratica ermeneutica e formativa nel senso più su indicato.

Queste premesse indicano l'orizzonte epistemologico e teoretico all'interno del quale acquista un senso specifico il concetto di *trasformazione*. Esso occupa l'area delle finalità o del progetto che implicitamente qualificano l'incontro analitico (a differenza di altri incontri: contentivi, consolatori, supportivi ecc.).

Nel paradigma fisiologico o dell'"originarismo", trasformare ha un carattere transitivo-oggettuale (qualcuno trasforma qualcun'altro) e significa per lo più favorire uno sviluppo mentale che si suppone "bloccato" (ad es. lo sviluppo della coscienza rispetto all'inconscio, secondo la formula «dove è l'Es sarà l'Io»), per cui la trasformazione psichica ricalca il modello della maturazione biologica (infante-pubere-adolescente-adulto/fasi orale-anale-fallica-genitale).

Nel paradigma della complessità, trasformare significa modificare un campo relazionale (e non oggettivisticamente un paziente) quando questo campo risulta costretto da un'eccedenza di senso pietrificato (il transfert, l'eccedenza dell'identico, la coazione a ripetere). Questa modificazione avviene in un dialogo *ri-flessivo* attraverso il quale ciascun individuo si pone nella condizione (o può assumere la *possibilità*) di emergere dal campo grup-pale esterno e interno, di distinguerlo distinguendosi, e di dare quindi un suo proprio senso originale, storicistico, all'eccedenza di senso pietrificato nel quale si trovava inserrato.

Ma torniamo un momento a riflettere sul concetto di "formazione": esso può indicare uno *stato*, cioè l'insieme dei codici genetici, etnici, famigliari, istituzionali e tecnico-operativi che definiscono, in ogni dato momento, l'identità complessiva dell'individuo. Ma per formazione possiamo anche intendere un *processo*, inteso come apprendimento di nuovi codici (le "in-formazioni") e il loro simultaneo utilizzo in *esperienze* pratiche (ad es. un corso di formazione nel nostro campo professionale comprende lezioni, ma anche seminari, laboratori esperienziali, e, principalmente, supervisioni cliniche).

Ma se la formazione, intesa come processo e non come stato, implica la dimensione dell'esperienza, bisogna ulteriormente procedere nell'avviata discriminazione tra campi semantici che la medesima parola prospetta. Sulla parola "esperienza" mi sono altrove (Napolitani, 1987) soffermato dettagliatamente: voglio qui solo ricordare che possiamo intendere, con il medesimo termine, due dimensioni affettive e conoscitive radicalmente diverse. Si può parlare dell'esperienza come di:

«quel particolare modo della conoscenza che si connette con una prassi, (che scaturlisce quindi) dall'impatto singolare di un uomo con altri uomini, o con se stesso o con qualsiasi altra cosa che, emergendo da un'opaca ovvietà, si fa rilevante nel suo pensiero e nella sua memoria. (...) Ogni sorta di conoscenza sperimentale presuppone

dunque che il soggetto conoscente sia solidamente piantato con i piedi su quella stessa terra sulla quale si muovono gli oggetti che egli ri-conosce o si accinge a riconoscere, e presuppone al contempo che il soggetto disponga di categorie razionali consolidate e di capacità mnestiche e associative tali da trasformare ogni impatto rilevante con il mondo in un nuovo nodo di connessioni conoscitive. Attraverso questi nodi si intrecciano tra loro i fili dei saperi settoriali, e si istituisce così, “sperimentalmente”, quella rete di sicurezza a cui ciascun individuo affida la certezza ontologica del proprio esserci nel mondo, grazie alla quale egli può affrontare il vuoto dei suoi successivi slanci verso l’ignoto» (Napolitani, 1987, pp. 27-28).

Questo tipo di esperienza empirico-razionale va confrontato con quell’altra forma di esperienza che, a partire da Husserl, Scheler e Dilthey, viene definita *esperienza vissuta*:

«(...) essa è la più primitiva unità universale di coscienza in quanto fonda senza mediazioni riflessive o razionali il proprio sentirsi in relazione con il mondo, sulla cui base si istituiscono in seguito i pensieri categoriali connessi con le esperienze empiriche. Essa delimita cioè come primo atto psicologico il campo interattivo tra individuo e mondo nei termini di quel “sentire perturbato e commosso” (Vico) che è lo *stupore* nel quale si dischiude ogni atto di conoscenza simbolica. (...) Questo fare selettivo e *inventivo* [l’esperienza vissuta *eventualizza* il mondo, per cui l’*evento* va inteso come l’oggettivazione di un *inventum*] contiene dunque in sé una qualità finalistica per la quale Husserl parla di costitutiva “intenzionalità” dell’esperienza vissuta. Ma questo finalismo non è inscritto in una sequela di atti o pensieri miranti a uno scopo sopravvivenziale, bensì indica un’attitudine a ri-fondare il mondo, a ri-organizzarlo secondo la propria espressività, al di là di ogni razionalità economica e di ogni obbedienza a codici istituiti» (Napolitani, 1987, pp. 32-33).

Ogni processo di formazione contiene, o si sostiene per, entrambi i tipi di esperienza, ma tutte le procedure di conoscenza, ivi compresa quella psicoanalitica, che metodologicamente si riferiscono a un “originarismo”, non possono non privilegiare l’esperienza empirico-razionale, e tendono, conseguentemente, a riportare manifestazioni inerenti all’esperienza vissuta nelle categorie razionali proprie dell’esperienza empirica. Seguendo quindi il modo dell’esperienza empirica, il processo di formazione didattica viene “formalmente” distinto dal processo “terapeutico”, ma entrambi tendono a realizzare una pratica di *con-formazione*: allievo o paziente sono entrambi invitati a con-formarsi o uni-formarsi ai codici appresi o alle aspettative desideranti dell’istituzione, o dell’analista, codificante. Nella pratica di “con-formazione” il radicale “forma” ha il senso di modo dell’apparenza, e postulandone uno esatto o ottimale, ci si muove nell’interrogativo “faccio bene o faccio male?”. La “forma” esprime qui un *principio di accidentalità*, perché tratta “immagini”, contrapposte alle “sostanze” o ai “contenuti”, e si muove

quindi nell'universo immaginario. Se, al contrario, la pratica analitica si muove nell'orizzonte narrativo-ermeneutico, privilegiando metodicamente l'esperienza vissuta, il processo di formazione è sin da subito un processo di trasformazione: ai codici informativi via via appresi il soggetto dà forma, ovvero li ri-organizza significativamente nel suo proprio contesto storicistico, nei tempi e nei modi che gli sono propri. Questo dare forma esprime un *principio sostanziale*, cioè di ri-fondazione del reale, per il quale gli elementi particolari, empirici dei fenomeni vengono ricomposti in nuove originali unità di senso. Simbolizzare il mondo significa dunque trasformarlo in "evento" o "insieme di eventi" carichi del potenziale intenzionante che l'originale esperienza vissuta ha loro trasmesso.

In conclusione, la pratica analitica intesa come processo di trasformazione delle relazioni presenti nel campo analitico implica il reciproco esporsi degli interlocutori alla "critica" (alla messa in crisi) delle rispettive eccedenze di forme immaginarie, ovvero delle proprie "formazioni" pietrificate. La posizione specifica dell'analista, pur se all'interno di una reciprocità conoscitiva in senso ermeneutico, consiste nella sua (presumibile) maggiore capacità di tollerare l'indeterminatezza del campo relazionale complessivo, il che si traduce nel non lasciarsi troppo facilmente scivolare lungo il piano inclinato della convenzione pregiudiziale di tipo "originaristico". Questa "capacità negativa" gli consente, in modo del tutto specifico nella situazione grupppale, di mantenere viva la sua funzione di "supervisore" degli atti interpretativi che si vanno compiendo nel gruppo, offrendo così anche ai pazienti quanto Corrao prospetta di offrire ai candidati nella supervisione didattica:

«(...) orizzonti problematici di eventi, e un impegno cooperativo che miri alla ricerca consensuale e paritetica di "griglie" teoriche e metateoriche dialetticamente articolate a uno sfondo concettuale, già acquisito come "corpus" ideazionale-affettivo-linguistico» (Corrao, 1984, p. 584).

Riferimenti bibliografici

- Corrao F. (1984). Sulla supervisione. *Rivista di Psicoanalisi*, 1984, XXX, 4: 581-585.
- Napolitani D. (1987). *Individualità e gruppalità*. A cura di Sansone E., Sesto San Giovanni: Mimesis, 2023.
- Napolitani D. (1999). La psicoanalisi ha compiuto il tempo della sua vita. In: Sansone E., a cura, *Individualità e gruppalità*. Sesto San Giovanni: Mimesis, 2023.
- Sansone E., a cura di (2023). Prefazione. In: Napolitani D., *Individualità e gruppalità*. Sesto San Giovanni: Mimesis.
- Semi A.A., a cura di (1988). *Trattato di psicoanalisi*. Milano: Raffaello Cortina.
- Spence D.P. (1987). *Verità narrativa e verità storica*. Firenze: Martinelli.

Copyright © FrancoAngeli

This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: <http://creativecommons.org>

A PARTIRE DALLA COIRAG
Giornate Franco Fasolo 2023

Copyright © FrancoAngeli

This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: <http://creativecommons.org>

Copyright © FrancoAngeli

This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: <http://creativecommons.org>

La testa ben fatta – Il pettine della complessità e i nodi epistemologici della psicoterapia e della formazione.

Introduzione alle Giornate Scientifiche

Franco Fasolo 2023

di Silvana Koen*

*[Ricevuto il 29/09/2023
Accettato il 21/05/2025]*

Riassunto

La presidente, Silvana Koen, apre la nona edizione delle Giornate Franco Fasolo, momento importante di incontro della comunità COIRAG. Tante le questioni che si attraverseranno in queste giornate: come è cambiata la clinica e quali sono gli strumenti necessari per affrontarla, il ripensamento delle epistemologie che guidano i nostri saperi per la creazione di nuovi dispositivi di cura.

Parole chiave: Giornate Franco Fasolo, Comunità COIRAG, Formazione, Clinica, Dispositivi terapeutici.

Abstract. *The well-made head – The comb of complexity and epistemological issues in psychotherapy and training.*
Introduction to the Franco Fasolo Scientific Days 2023

The President, Silvana Koen, opens the ninth edition of the Franco Fasolo Days, an important moment of encounter for the COIRAG community. Many issues will be addressed during these days: how the clinic has changed and what tools are need-

* Psicoterapeuta e gruppoanalista. È Past preside della Scuola COIRAG e attualmente è la Presidente di COIRAG ETS (via Fra' Bartolomeo 5 – 20146 Milano); silvanakoen1@gmail.com

Gruppi/Groups (ISSNe 1972-4837), 1-2/2023
Doi: 10.3280/gruoa1-2-2023oa21210

A PARTIRE DALLA COIRAG

ed to deal with it, rethinking the epistemologies that guide our knowledge for the creation of new treatment devices

Keywords: Franco Fasolo Days, COIRAG community, training, clinic, therapeutic devices.

Siamo giunti alla nona edizione delle Giornate Franco Fasolo, momento importante in cui tradizionalmente la comunità COIRAG si riunisce per ragionare insieme sulle tante tematiche che ci interrogano e a volte ci sfidano¹. Oggi al centro del nostro lavoro ci saranno tanti stimoli per aiutarci a confrontarci su come sia cambiata la clinica e su quali siano gli strumenti necessari per affrontarla e come dalle nostre pratiche si possa risalire a un aggiornamento delle teorie che ci informano.

Sono passati trent'anni dalla fondazione della Scuola, anni in cui è stato profuso un impegno significativo nella formazione. In questi anni il mondo è mutato, non solo cambiato. Questi profondi mutamenti sociopolitici hanno radicalmente modificato anche i quadri clinici con i quali siamo chiamati a confrontarci. Dal lavoro con gli specializzandi emerge oggi con grande evidenza che soprattutto nelle esperienze di tirocinio che li vedono coinvolti incontrano situazioni psicopatologiche di tale complessità che costringono noi a interrogarci sulle epistemologie che guidano i nostri saperi nella costruzione dei dispositivi terapeutici.

Chi lavora nel pubblico e nel privato incontra le medesime sfide. Possiamo pensare che teorie nate in un mondo regolato da configurazioni culturali, sociali e politiche tanto diverse da quelle attuali siano ancora le teorie di cui abbiamo bisogno? Come e quando ne parliamo fra di noi come istituzione che raccoglie non solo la comunità dei colleghi, ma anche il compito di formarne di nuovi? È per questo che rinnoviamo insieme in queste giornate la volontà di essere una comunità che pensa e che si pensa.

L'impianto delle giornate è stato costruito con l'intento di favorire lo scambio su questi temi fra tutti i partecipanti, a partire dagli stimoli delle relazioni che ascolteremo. Oggi siamo presenti a partire dai diversi ruoli che ricopriamo nella vita istituzionale, fra generazioni differenti, ovviamente con esperienze tutte diverse. Siamo però tutti accomunati dalla volontà di pensare al meglio i dispositivi necessari alla guarigione dei nostri pazienti e quelli

¹ Ringraziamo per il prezioso aiuto di trascrizione Mariachiara Falbo, Alessandra Gaffo, Elena Gebhardi, Jennifer Milan e Beatrice Ventura, specializzate COIRAG.

indispensabili alla trasmissione delle competenze a pensare non solo la clinica, ma anche la formazione alla psicoterapia.

Le giornate si aprono con un intervento a cura di Nadia Fina e Maurizio Salis che ci raccontano quanto emerso nelle interviste da loro fatte ai Coordinatori del terzo e del quarto anno della scuola sui nodi emergenti durante il percorso formativo rispetto alla formazione e alla clinica contemporanea. Cosa significa e cosa comporta aspirare a tradurre in pratica clinica il paradigma della complessità?

Si aprono i lavori con due relazioni: una di Corrado Pontalti, già Presidente della COIRAG e Preside della Scuola, e una di Franca Olivetti Manoukian, psicosociologa che da tempo ci accompagna nelle riflessioni su quanto accade nei servizi psico-sociosanitari e della salute mentale a partire dai fenomeni socioantropologici contemporanei.

Segue la relazione del Preside della Scuola Antonino Aprea, che tanto si è prodigato in questi anni insieme alla Direzione Nazionale della Scuola per iniziare a introdurre nei programmi formativi i temi transdisciplinari necessari alle competenze dello psicoterapeuta attuale.

Ascolteremo infine la relazione di Gianluca Ceruti, filosofo e teorico del pensiero complesso.

La Scuola COIRAG come campo di osservazione della Clinica psicoterapeutica

di Maurizio Salis*

[Ricevuto il 29/09/2023
Accettato il 04/07/2025]

Riassunto

In questo scritto si prendono in esame le risposte date dai coordinatori d'anno del terzo e quarto anno di tutte le sedi della Scuola COIRAG. Lo scopo era quello di capire come la formazione gestisce, lavora, verifica e si confronta sulla clinica che gli specializzandi vivono e sperimentano in alcuni luoghi interni ed esterni alla Scuola: tirocinio, supervisione e laboratorio di osservazione. Ci si interroga sul rapporto coordinatore e gruppo docenti, sul passaggio da Confederate a Federate, sul senso di appartenenza a una Associazione Federata.

Parole chiave: Formazione, Clinica, Situazioni cliniche complesse, Complessità.

Abstract. *The COIRAG School as a field of observation of the Psychotherapy Clinic*

This paper examines the answers given by the third and fourth year coordinators of all the COIRAG School sites. The aim was to understand how the training is

* Psicologo, psicoterapeuta, gruppoanalista. Libero professionista. Specialista Ambulatoriale Referente Area Psicoterapia UOC IAF (Unità Operativa Complessa Infanzia Adolescenza Famiglia e Consultori) Aulss6 Euganea. Docente IUSVE (Istituto Universitario Salesiano Venezia), corso di "Psicologia dinamica dei gruppi e delle istituzioni". Socio Asvegra dal 2000 e membro del Consiglio Direttivo Asvegra dal 2006 al 2024. Già Direttore Scuola COIRAG (sede di Padova) (2016-2023), e Vicepreside Scuola COIRAG 2022/2023 (via Santa Lucia, 42 – 35139 Padova); maussalis@gmail.com

Gruppi/Groups (ISSNe 1972-4837), 1-2/2023
Doi: 10.3280/gruoa1-2-2023oa21211

A PARTIRE DALLA COIRAG

managed, how it works, how it is reviewed and how it compares with the clinic that the trainees live and experience in certain places inside and outside the School: traineeship, supervision and observation laboratory. Questions are asked about the relationship between the coordinator and the teaching team, the transition from confederation to federation and the sense of belonging to a federated association.

Keywords: Training, Clinical, Complex clinical situations, Complexity.

Quello che presento è un lavoro collettivo, un progetto e un pensiero che nascono all'interno della Commissione Scientifica e che poi si è sviluppato con la preziosa collaborazione dei coordinatori e delle coordinatrici del terzo e quarto anno di tutte le sedi della Scuola COIRAG.

Iniziamo con alcune parole chiave: formazione, clinica, situazioni cliniche complesse e complessità. Come mettere insieme queste parole chiave, dal vertice della Formazione, senza neutralità, come scriverebbe Franco Fasolo?

Senza perdersi troppo nella premessa, pensiamo utile e necessario riassumere il perché e il come di questa introduzione.

Nei primi incontri della Commissione Scientifica di queste giornate si è pensato importante sentire, in merito al tema introduttivo "La clinica vista dalla Scuola", chi è in maggiore contatto/rapporto/condivisione/esplorazione/confronto con gli specializzandi e con i docenti: i coordinatori e le coordinatrici d'anno. Abbiamo incontrato in due momenti distinti i coordinatori e le coordinatrici del terzo e quarto anno di ogni sede, che hanno la più lunga esperienza nel percorso formativo, avviando con loro una tavola rotonda a partire da alcuni stimoli di riferimento, nella frontiera tra la clinica e la formazione. Ci siamo interrogati su come la formazione gestisce, lavora, verifica e si confronta sulla clinica che gli specializzandi vivono e sperimentano in alcuni luoghi interni ed esterni alla Scuola: tirocinio, supervisione e laboratorio di osservazione.

Questi gli stimoli presentati

1. *Nella vostra esperienza di coordinamento con gli specializzandi.*
Quali situazioni cliniche affrontano in tirocinio e privatamente?
Quali punti critici emergono più spesso?
Segnalano situazioni che li mettono in difficoltà sul piano della comprensione e conduzione rispetto alla impostazione formativa che incontrano a Scuola?

2. *Nella vostra esperienza di coordinamento con i docenti.*

Riscontrate da parte dei docenti segnalazioni di difficoltà nell'affrontare situazioni cliniche complesse la cui comprensione e progettazione dei dispositivi di cura potrebbe richiedere azioni non sempre in linea con l'attuale visione epistemologica della Scuola?

3. *Nella vostra esperienza di coordinamento con i supervisori della Scuola.*

La gestione delle situazioni cliniche, dei casi complessi, e gli ambiti nei quali gli specializzandi incontrano i pazienti (tirocinio e/o studio privato), sono fonte di difficoltà e/o conflittualità per o tra i supervisori, laddove a volte possono emergere richieste di azioni non sempre in linea con l'attuale visione epistemologica della Scuola o dei singoli supervisori?

Come è la gestione nella supervisione di questi casi seguiti dagli specializzandi, soprattutto in ambito privato?

Vi sembra che, al di là delle soggettive differenze, sia presente un'impostazione teorica comune tra i supervisori e in caso di vistose differenze come vengono gestite ed elaborate?

4. *Nella vostra esperienza di coordinamento sia con gli specializzandi sia con i docenti in merito al Laboratorio di Osservazione Clinica.*

Quali le criticità che emergono più spesso?

Segnalano situazioni che li mettono in difficoltà sul piano della comprensione e conduzione rispetto all'impostazione formativa che incontrano a Scuola?

5. *Come sentite il rapporto con i conduttori dei gruppi in cui si inseriscono i nostri specializzandi?*

Quali le criticità che emergono più spesso?

Segnalano situazioni che li mettono in difficoltà sul piano della comprensione e conduzione rispetto alla impostazione formativa che incontrano a Scuola?

Quindi una riflessione, un lavoro sulla clinica fatta dagli specializzandi nei luoghi di tirocinio o nei loro studi; questa clinica dentro la Scuola, nelle supervisioni; i Laboratori di Osservazione, e la loro esperienza di osservazione, nel confronto con i conduttori dei gruppi e con i docenti della materia, nell'affanno a volte di trovare dei gruppi e nell'eterno interrogativo di cosa vuol dire osservare... e cosa osservare? Un gruppo condotto bene? O non importa, perché quello che importa è l'esperienza di osservazione? Allora primario diventa il momento di confronto a Scuola...

Questa introduzione parte dalle fotografie scattate in questi incontri, con la considerazione che moltissime riflessioni si sono sovrapposte nei due gruppi di lavoro, nelle due tavole rotonde, per questo non differenzieremo se

non per un aspetto nelle esperienze dei due anni. E un grande ringraziamento va a chi ha partecipato dedicando altro tempo con desiderio e passione alla Scuola. Il clima degli incontri è stato positivo, colloquiale e molto collaborativo con piena circolarità e un continuo rimando di riflessioni tra i partecipanti col desiderio anche di altri e maggiori momenti di confronto. Poi questo desiderio si scontra con la sostenibilità, altra parola chiave che va in un'altra situazione.

La sbobinatura riassuntiva fatta da me e Nadia Fina, su cui poi abbiamo lavorato e in qualche modo tradotto, iniziava così: "Sussistono criticità di diverso livello".

Questo l'incipit... e continua così: "Dobbiamo constatare che sussiste una distanza tra ciò che la Scuola ritiene ancora necessario come progetto formativo e la tipologia dei pazienti che gravitano nelle istituzioni sanitarie pubbliche e del privato sociale, che hanno bisogno di terapeuti molto formati sul tipo di utenza che si rivolge a loro. Le forme patologiche sono sempre più gravi, i pazienti vivono in condizioni di sofferenza psichica anche per le condizioni di disagio economico e sociale che sono rilevanti. Il progetto formativo va pensato tenendo conto di questa realtà. Anche negli studi privati arrivano situazioni complesse che richiedono una formazione adeguata alla presa in carico multipla". Da qui una prima domanda: la formazione che proponiamo è adeguata a una presa in carico multipla? Parliamo della formazione della nostra Scuola, certo, ma la riflessione è sulla formazione nel tempo che viviamo con le necessità e i cambiamenti che viviamo. Su questo capiremo meglio in queste giornate.

Guardando questa prima fotografia, sembra che la questione diventi di rilevanza nei luoghi di tirocinio, in primis nei servizi pubblici, l'Istituzione considerata con la I maiuscola, e in un'attenzione della Scuola, e con prima responsabilità del coordinamento d'anno, a permettere un'esperienza di tirocinio importante e di qualità ai fini del progetto formativo.

Emerge così che: "Offrire dei buoni tirocini è una preoccupazione e una responsabilità della Scuola che dovrebbe negoziare con l'Istituzione a partire dal proprio modello, affinché il confronto con gli altri modelli formativi presenti, porti con sé una possibile ricchezza di stimoli".

Senza una forma di negoziazione con l'Istituzione, invece, lo specializzando viene mandato allo sbaraglio. I primi due anni di tirocinio dovrebbero mantenersi su un livello osservativo, i secondi due invece dovrebbero poter essere operativi. La situazione attuale dei tirocini alimenta forme di collisione o di collusione con lo specializzando a cui vengono affidati compiti per lui non ancora assumibili. È dunque molto importante la funzione svolta dai tutor della Scuola, una funzione che dovrebbe essere capace di aiutare a in-

tegrare le differenti esperienze che possono anche essere esperienze “borderline”, a volte non strettamente direttamente cliniche, soprattutto nel primo anno, e laddove, ad esempio, lo specializzando si trovi a svolgere un tirocinio esperito come svalutativo (attività di educatore).

“Mettere pensiero” a cosa succede nei tirocini è una necessità che si muove nella doppia direzione di una realtà sempre più complessa della professione da una parte; dall'altra, consentirebbe di lavorare sullo scarto tra “ideale” della professione e dell'identità professionale e “realtà” dei servizi, delle condizioni economiche e delle risorse che si incontrano. Sussiste uno scarto tra ideale e realtà nel prendersi cura nel lavoro psicoterapeutico soprattutto quando inizia il loro percorso formativo. Qui emergono delle domande, proprio da loro: “Come prendersi cura, in questo caso, della delusione dello specializzando, aiutandolo a comprendere il senso di questo inevitabile scarto? Quale il punto cieco della Scuola rispetto a questa problematica? Cosa non viene compreso?”.

Premettendo che molte di queste considerazioni meriterebbero un'adeguata e preziosa riflessione, al di là del lavoro di queste Giornate, emergono domande importanti che aiutano a farci un'idea intorno alla domanda stimolo: “Quali punti critici emergono più spesso?”, e ci permettono forse di intuire le “difficoltà sul piano della comprensione e conduzione rispetto all'impostazione formativa che incontrano a Scuola”, ma ci sembra che, apparentemente, tengano sullo sfondo l'oggetto di riflessione su cui siamo partiti: “La gestione delle situazioni cliniche complesse”. Il caso clinico complesso, al momento, in queste prime battute, sembra risultare lo specializzando, e la gestione/aiuto ad affacciarsi nel mondo della clinica. Sembra difficile differenziare la clinica del tirocinio dall'organizzazione del tirocinio, come se la preoccupazione più grande, non sempre certo, ma spesso, sia quella di accogliere la solitudine del tirocinante.

Infatti, emerge che: “La Scuola, attraverso il tutor, si fa carico di collocare lo specializzando”. Non sempre è facile, ragione per cui lo specializzando “*si sente solo*”, “*abbandonato*”, “*poco visto*”. “*C'è una richiesta esplicita alla Scuola che assuma un ruolo di maternage*”. In alcune sedi “*lo specializzando tende a identificare il tirocinio veramente formativo solo se svolto all'interno delle USL*”, ma spesso nelle USL “*i tutor danno poco spazio alla supervisione con gli specializzandi. Tendono a investirli di una eccessiva autonomia e il paziente diventa il paziente dello specializzando piuttosto che il paziente del Servizio*”, e da qui a ricaduta tutto questo è un lavoro che deve fare la Scuola, almeno questa è una richiesta.

Inoltre, emerge sempre con rilievo la precarietà e l'instabilità del setting nelle istituzioni, vissuta come un'incapacità del servizio a pensare il paziente

e i suoi disagi. Questa forma di “idealizzazione” del tirocinio nel servizio pubblico, porta lo specializzando a non considerare invece in modo adeguato istituzioni e cooperative del privato sociale che *“possono invece essere molto più interessanti, vicine al processo formativo che proponiamo”*. E anche qui, come accade nei nostri studi quando arriva un nuovo paziente, specialmente se minore, arriva il momento in cui il paziente, o un genitore, ci dicono: “E poi è arrivato il Covid”, segnalazione che c’è stato un prima e poi è iniziato un dopo, e che da allora niente è stato più lo stesso. Ci chiediamo però se, quanto è emerso, sarebbe stato davvero diverso se esplorato prima del Covid.

Forse un altro Covid è il cambiamento progressivo della Scuola in questi ultimi anni e forse la difficoltà a immaginare i cambiamenti in atto, con paura unita a desiderio, che porta alla necessità e al bisogno, sentito sempre più urgente, di una “costruzione dell’identità di docente COIRAG”, pensata come: *“(…) un’identità che deve misurarsi in modo molto pensato e condiviso con la complessità che la pratica clinica richiede oggi per adeguare il percorso formativo dei nostri specializzandi”*. La domanda di fondo è: *“Cosa è la psicoterapia oggi? Diversi sono i modelli teorici di riferimento dei vari docenti. Come possiamo pensare di trovare punti di interconnessione? Su quali elementi formativi?”* È necessario che i docenti abbiano una visione realistica della patologia oggi, per ampliare lo spettro di pensiero e l’insegnamento stesso.

A questo punto della nostra *intraduzione*, sempre fasolianamente parlando, un nostro interrogativo è: “I nostri docenti hanno, o non hanno, una visione realistica della patologia oggi, per ampliare lo spettro di pensiero e l’insegnamento stesso, nelle necessità della pratica clinica necessaria nell’oggi?”. Su questo emergono questi due temi, questioni molto delicate: le radici della psicoanalisi/psicoterapia e l’evoluzione della teoria e della clinica. Un docente COIRAG, si dice: *“Non può essere docente per se stesso”*, questo *“pone il problema dell’appartenenza, appartenenza che vuol dire partecipazione attiva alla vita della Scuola”*. È dunque necessario continuare a promuovere la partecipazione per confrontarsi e dialogare. *“Partecipare è il senso dell’essere docente”* COIRAG. Questa è una grande sfida della nostra Scuola e al contempo una conquista degli ultimi anni. Su questo sembra esserci fiducia, positività e contentezza, i docenti ci sono, o ci arriveranno sempre di più. C’è stato un grande lavoro in questo senso e il gruppo dei docenti inizia a sentirsi e viene sentito *“gruppo al lavoro”*. Come docenti dobbiamo chiederci come viene trasmesso il tema della complessità, come stiamo dentro questo tema?

Ci viene da dire: *“Benarrivati alle Giornate Franco Fasolo 2023”*. Non si tratta solo di una visione epistemologica, dobbiamo capire, ci si chiede: *“Come ci stiamo dentro e come lo trasmettiamo”*, perché solo in questo modo

possiamo rispondere all'interrogativo di come la nostra Scuola può assumerlo pienamente. In alternativa, invece, il rischio sensibile che corriamo è quello di decontestualizzare la clinica. Sussiste forse un problema tra i docenti COIRAG e i docenti esterni a COIRAG. I modelli possono essere molto divergenti e questo è un fatto che va al di là delle specifiche competenze del docente. *“Questo induce a pensare come necessario che il coordinamento dei docenti e degli studenti debba essere seguito dalla stessa persona”*.

Qui ci chiediamo se è proprio così e se esiste un docente COIRAG al di là di essere un membro della COIRAG, al di là della AF di pertinenza, e se tra i docenti membri COIRAG i modelli non sono divergenti... ma andando avanti, su quest'ultimo rilievo c'è una riflessione specifica dai Coordinamenti del quarto anno, che sono quelli con più esperienza e presenza nella Scuola, e nel rapporto sia con i docenti sia con gli specializzandi. Emerge che il coordinamento degli allievi e quello del gruppo docenti sono molto differenti. È più difficile, infatti, coordinare i gruppi docenti che portano una dimensione complessa, con l'interrogativo “si sentono un gruppo di lavoro?”, che smentisce quello che si diceva prima che forse è un gruppo a lavoro, piuttosto che quello degli allievi. *“La più grande criticità che il coordinatore docenti incontra è quella relativa alla valutazione”*. *“È necessario chiedersi cosa vuol dire valutare?”*. Questo in generale, ma ancora di più nell'area del confronto con il loro praticare la clinica, la supervisione...

La valutazione richiede attenzione e pensiero che andrebbero condivisi. Compito complicato e complesso. Il problema dei diversi modelli sembra essere più facilmente superabile. Il problema nasce laddove il gruppo docente non si percepisce, come già affermato, come gruppo con un compito e ritiene di avere maggiore competenza rispetto al coordinatore, il quale può essere più giovane anagraficamente o per assunzione di ruolo. È questa problematica strettamente connessa *“alla visione epistemologica della Scuola che non sempre possiamo sentire acquisita a sufficienza, anche, sembra, a causa del fatto che i gruppi docenti si formano e si riformano”*. Manca una continuità. Inoltre, viene ancora sentito come *“una parte del corpo docenti risente dei processi fondativi di COIRAG e della Scuola, nonché della fine della formazione interna alle ex-Consociate oggi Federate”*.

Pensare al gruppo docenti come a un gruppo di cui ci si prende cura, può consentire di attivare confronti e scambi di grande interesse tra una generazione più giovane e quella meno giovane. *“La differenza non riguarda solo un dato anagrafico, è bensì legata all'inserimento nel corpo docente di insegnanti entrati recentemente e che hanno a che fare con una Scuola meglio definita, più strutturata e capace di una tenuta (o di unità) epistemologica maggiore rispetto a un tempo”*. I docenti di nuova leva sono più disponibili

a entrare in dialogo. Infine, diversi docenti di nuova generazione sono diplomati COIRAG e quindi portano nel loro pensiero e nel loro metodo una complessità di cui hanno fatto esperienza. I docenti di più “vecchia” generazione non sempre colgono le enormi differenze tra la Scuola di oggi e quella a cui loro sono stati abituati nel corso degli anni. Una sottolineatura che hanno portato con forza è: *“Durante il periodo Covid con l’insegnamento online c’era più coesione tra i docenti, più disponibilità al confronto”*.

Ci viene da dire qui paradossalmente, ma forse in realtà no, nell’emergenza ci siamo stretti tutti... ma proseguiamo: *“La discontinuità dei gruppi docenti è un ulteriore fattore di criticità che ricade sullo specializzando. Questa criticità ha un impatto sulla complessità dei casi che vengono da lui seguiti nelle istituzioni”*, dove sembra che si possa correre il rischio di uno scollamento tra docenza e apprendimento. È più facile, ad esempio, *“che siano gli allievi a muoversi, diciamo più agilmente, nella complessità sia di pensiero sulla clinica che sulla gestione clinica dei casi. Gli specializzandi si interfacciano con la clinica complessa nel loro quotidiano”*. Quindi, come viene insegnata e significata la complessità da parte dei docenti che sono spesso autoriferiti rispetto al loro modello di riferimento? Emerge la *“necessità di un pensiero COIRAG che funga da grande contenitore”* per una integrazione da una parte; per una capacità di “usare” adeguatamente le differenze dall’altra.

Sulla complessità *“non c’è sempre spazio di parola”* e il rischio è quello di omologare invece di stare dentro la complessità per conoscerla. Di quale psicoterapia dunque stiamo parlando? *“Siamo in confronto continuo con casi complessi che richiedono prese in carico complesse e necessitiamo di momenti di incontro certamente, ma anche formativi”*. *“L’oggetto formazione e l’oggetto Scuola quanto è cambiato rispetto ai modelli di training delle ex Consociate?”*. *“Abbiamo bisogno di momenti condivisi in cui porci domande scomode a cui faticiamo trovare risposte”*. *“Dobbiamo poter fare i conti con la complessità che è a sua volta generata dalla complessità e dalla sua gestione, al fine di arginare il più possibile forme e rischi di frammentazione”*.

C’è comunque la percezione di un movimento molto positivo... La Scuola ha avviato un processo trasformativo che sicuramente va in questa direzione: la DN (Direzione Nazionale), il lavoro dei CDS (Consigli di Sede), la programmazione in gruppo di materie omologhe, seminari con la presenza di docenti di Sedi differenti, *“sono tutte esperienze che indicano l’avvio di un processo radicale in termini di trasformazione, nella direzione della complessità, appunto”*. Senza questo processo di comprensione rischiamo di perderci nella oscillazione complessità verso complicato, inibendo il cambiamento reale e necessario.

“Per poter essere attivi e percorrere questa strada è necessario che il docente viva la vita della COIRAG e la vita della Scuola, comprendendo il senso della sua appartenenza anche attraverso una presenza attiva nelle Federate di riferimento”. Se questo non è contemplato si fatica a capire fino in fondo il cambiamento. Nostro interno ed esterno, nel mondo che viviamo. Un esempio su cui veramente a più livelli ci stiamo interrogando molto è quello della terapia online. Oggi le piattaforme online si moltiplicano e molti, tra i nostri specializzandi, iniziano *“il loro lavoro privato in questi dispositivi che inviano loro un numero elevato di pazienti”.* Al di là di ogni posizione personale su questa pratica, noi dobbiamo porci alcuni problemi per capire cosa significa per loro questo metodo di lavoro? Di che psicoterapia parliamo? Di che casi complessi parliamo, di quali supervisioni? Come avviene l’invio? Che tipo di vincoli hanno i terapeuti? E i pazienti? Alcuni docenti di Analisi Istituzionale sono già stati interrogati in merito dai nostri specializzandi. Dobbiamo riflettere in modo strutturato e approfondito su questo, poiché: *“Abbiamo una grande responsabilità formativa anche in questo caso”.*

Sì, abbiamo una grande responsabilità formativa e su tutto, e dobbiamo porci domande scomode, senza neutralità come dicevamo all’inizio, e capire prima di tutto noi, da quello che emerge, di quale situazione complessa stiamo parlando e come creare connessioni e curare l’eventuale scollamento tra la clinica attuale e la formazione.

Apparentemente sembra restare sempre sullo sfondo l’oggetto di riflessione su cui siamo partiti: *“La gestione delle situazioni cliniche complesse”*, e il caso clinico complesso, scrivevamo sopra al momento è lo specializzando, e la gestione/aiuto ad affacciarsi nel mondo della clinica, e sembra sempre più che una delle possibili caratteristiche del *“caso clinico complesso Specializzando”* sia la solitudine.

E i supervisori? Ci sembra che si ricalchi molto su quanto emerso sui docenti, sull’entità di docente COIRAG. *“Sulla supervisione viene rilevata una differenza tra modelli. Come valorizzarla?”*, *“È necessario pensare a gruppi di lavoro tra supervisori”* (viene quindi ripreso il tema della formazione dei docenti). I gruppi di lavoro tra docenti e supervisori dovrebbero poter essere pensati a partire dall’interrogativo: *“Che cosa è la supervisione? Cosa supervisioniamo?”.*

E come aiutare a leggere la clinica dell’oggi che sembra sempre essere qualche passo avanti rispetto alle attuali lenti che indossiamo tutte le mattine? C’è una necessità di *“focalizzare il compito sulla condivisione e discussione della concezione stessa di questa parte del processo formativo e non solo su come gli allievi lavorano come terapeuti”.* Una cosa non esclude l’altra ovviamente, ma *“come pensiamo questo momento formativo va nella di-*

rezione di una concezione complessa che non omologa e non smentisce". Sono sguardi diversi che potrebbero, ciascuno, illuminare zone cieche inevitabili in ciascun supervisore. "Abbiamo insegnamenti teorici ed esperienziali articolati nelle loro differenze che possono essere un buon orientamento anche per questi gruppi di lavoro". "Come trattiamo, in qualità di supervisori, l'enorme differenza che lo specializzando si trova ad affrontare dopo due anni di insegnamento e di lavoro online?". Ci sarebbe la necessità di "pensare a un anno integrativo, perché il quarto anno solo adesso inizia a comprendere la presenza emotiva del corpo nel lavoro con i pazienti". "Poca attenzione viene prestata a questo cambiamento da parte dei supervisori della Scuola". Gli allievi "cercano supervisori esterni per sentirsi più tutelati, sia relativamente a questa specifica problematica, sia per la necessità di ulteriori ore di controllo sui casi seguiti".

Qui sembra che si dica: "La nostra supervisione non è sufficiente, e non solo in termini di ore...". Quindi emerge anche qui il tema della fiducia e della positività, soprattutto pensando all'integrazione. In questa direzione va il lavoro in essere da qualche anno circa l'attivazione di gruppi di supervisori che si incontrano più volte nel corso dell'anno. Ottimo il modello della DN a tal proposito. È stato un cambiamento molto significativo per la Scuola. Il lavoro della DN ha una inevitabile ricaduta sul lavoro dei CDS e questo è molto positivo. Il CDS è la mente pensante di ogni Sede che rimane in connessione dinamica con la DN mente pensante della Scuola nazionale.

La supervisione è questione molto delicata. *"La Scuola COIRAG ha al suo interno un gruppo di docenti/supervisori molto differenti tra loro. Simili ma diversi per i diversi modelli di riferimento"*. Come utilizzare, all'insegna della complessità, queste differenze? Ritornano anche in questo caso le delicate problematiche del Docente COIRAG che non può essere docente per se stesso e quella relativa al modello COIRAG. Quale motivazione spinge i colleghi ad assumere la docenza e il ruolo di supervisore? Questo punto è nodale e necessita di un lavoro molto pensato.

Pensarsi, in quanto docente, all'interno di un gruppo di lavoro che si confronta, può essere al contempo un inizio e una vera opportunità per pensare e costruire un modello COIRAG. *"Abitare la sede", "conoscere le dinamiche interne", "favorire gli scambi e i confronti"* sono opportunità da pensare e da realizzare. Il senso di appartenenza consente di sentire la necessità della partecipazione. *"Partecipare è il senso dell'essere docente"*. *"Ascoltare gli specializzandi, prendendo molto seriamente in considerazione il loro punto di vista sui casi che portano in supervisione è molto importante"*. Il lavoro di "frontiera" a cui sono chiamati nei servizi, consente loro di osservare *"degli emergenti interessanti da cui possiamo apprendere"* sia come docenti che come

supervisori. Questo atteggiamento mentale del supervisore, laddove sussiste, “è espressione del pieno senso di responsabilità per il ruolo e per l'autenticità del terapeuta”. L'allievo apprende, comprendendolo in maniera esperienziale, cosa siano appunto identità professionale e responsabilità relativa.

Ultimo stimolo per le tavole rotonde, il Laboratorio di Osservazione, ma sembra che si riprendano stesse criticità e stesse riflessioni di altri punti, con in primo piano le difficoltà organizzative, il dialogo tra le parti in causa, ma anche interrogativi su che cosa è questa cosa? Le criticità sono diverse, fatiche relative al dispositivo in termini di fruibilità e di organizzazione..., ma anche, e su questo dobbiamo ben interrogarci, cercando di capire il dispositivo e il suo sviluppo. Incidono, in termini di difficoltà, le differenze di modello e di conduzione dei gruppi nei quali gli specializzandi vengono inseriti e le discrepanze tra i conduttori e il docente che insegna la materia.

“Questa problematicità è dovuta al fatto che a volte la Scuola non ha assunto questo insegnamento in modo analogo ad altri insegnamenti”. Osservazione è una materia “co-costruita tra specializzando co-conduttore e conduttore, con il coordinatore che monitora”. “Spesso, tra l'altro, il conduttore demanda all'insegnamento la riflessione sulle dinamiche interne al gruppo osservato”. “C'è una certa fatica anche per i docenti di materia a comprendere che ciò che va osservato è la dinamica e il processo”... La risposta all'interrogativo che gruppo osservo e cosa osservo al suo interno può rimanere elusa, o confusa”.

Ci chiediamo alla fine, senza neutralità, la situazione clinica complessa su cui volevamo riflettere nel rapporto con la formazione, forse è la Scuola? Con in rilievo uno scollamento tra la clinica reale e l'insegnamento? Forse sentito non sempre in grado di aiutare e di guidare i nostri specializzandi nella costruzione di casi clinici complessi, nell'attualità della clinica e del mondo radicalmente cambiato?

A partire da quanto emerso da queste prime riflessioni e commenti, come lavorare ora? Come organizzare il pensiero della complessità? Con quali metodi e con quali strumenti per ragionare sulla nuova clinica?

Riferimenti bibliografici

Fasolo F. (2011). *Respirare il gruppo, Intraduzione alla Gruppanalisi senza neutralità*. Padova: Cleup.

La clinica vista dalla Scuola

di Nadia Fina*

[Ricevuto il 29/09/2023

Accettato il 22/5/2025]

Riassunto

In questo articolo l'autrice, partendo dall'analisi delle interviste fatte ai coordinatori d'anno delle diverse sedi della Scuola COIRAG, esplora il senso di appartenenza come vincolo e come risorsa per rendere possibile la condivisione delle diversità teorico-cliniche dei docenti attraverso un pensiero che lavori per l'integrazione e la complementarità. Sottolinea che la necessità sentita è quella di partire dai nodi etici ed epistemologici della nostra professione, che si confronta con le profonde mutazioni avvenute nel mondo sociale e che richiede un ripensamento dell'epistemologia e della prassi dei campi terapeutici.

Parole chiave: Formazione, Clinica, Situazioni cliniche complesse, Complessità, Appartenenza.

Abstract. *The clinic seen from the School*

In this article, the author explores the sense of belonging as both a constraint and a resource for sharing the theoretical-clinical diversity of the teachers. To do so, the author analyses the interviews made with the year coordinators of the various

* Docente COIRAG, vicepresidente COIRAG e coordinatore della Commissione Scientifica COIRAG. Past president Apg (Associazione Psicoterapia di Gruppo) (corso Magenta, 27 – 20123 Milano); nadia.fina1@gmail.com

Gruppi/Groups (ISSNe 1972-4837), 1-2/2023
Doi: 10.3280/gruoa1-2-2023oa21212

A PARTIRE DALLA COIRAG

COIRAG School sites. The author's aim is to work towards integration and complementarity. The author emphasises the need to consider the ethical and epistemological foundations of our profession, which is facing significant changes in the social world. These changes require a rethinking of the epistemology and praxis of the therapeutic fields.

Keywords: Training, Clinic, Complex clinical situations, Complexity, Sense of belonging.

Come letto nell'articolo precedente, Maurizio Salis ha illustrato in modo esaustivo i pensieri condivisi durante le interviste ai colleghi coordinatori. Nella mia parte di lavoro vorrei soffermarmi su alcuni passaggi che ci sono sembrati particolarmente significativi. Riprendo, per iniziare, le parole chiave con cui Salis ha aperto il suo intervento: *Formazione, Clinica, Situazioni cliniche complesse, Complessità*. A queste parole ne aggiungerei un'altra: *Appartenenza*, sostantivo ricorrente nelle interviste in esame. Senso di appartenenza come vincolo e come risorsa per rendere possibile la condivisione delle diversità teorico-cliniche dei docenti attraverso un pensiero che lavori per l'integrazione e la complementarietà.

È infatti stato sottolineato l'impegno assunto dai docenti nel corso degli ultimi anni a valorizzare il lavoro in gruppo, un impegno che diviene esso stesso espressione identitaria. È stato fatto riferimento alla necessità di una "Identità COIRAG del docente che non può pensarsi come 'docente per se stesso'". Siamo una Scuola che forma psicoterapeuti individuali e di gruppo, laddove la visione delle molteplici identificazioni che abitano il soggetto ci consente di ampliarne la comprensione, focalizzando la complessità che lo attraversa e lo sostanzia. Questo sguardo modifica il nostro modo di leggere i fenomeni patologici dei pazienti. Sposta l'asse da una visione bipersonale a una visione complessa, perché multiforme.

Siamo una Scuola formata da docenti che provengono da formazioni con riferimenti teorici e clinici differenti su cui continuamente riflettere, ma la necessità sentita è quella di partire dai nodi etici ed epistemologici della nostra professione, che si confronta con le profonde mutazioni avvenute nel mondo sociale e che richiede un ripensamento dell'epistemologia e della prassi dei campi terapeutici. L'identità del docente COIRAG, a cui i colleghi si sono riferiti, richiede una processualità che, così come accade per l'identità personale, non può che essere pensata se non come un lavoro costitutivamente esposto alla trasformazione creativa, come "cantiere aperto", come "sfida" a tollerare l'imperfezione della nostra identità professionale per evitare forme di irrigidimento preclusivo.

Emerge, dagli incontri, un bisogno di mettere in discussione ciò che continuiamo a pensare essere l'apparato che ci definisce identitariamente professionisti della salute mentale.

I colleghi intervistati hanno più volte ribadito quanto grande sia la fatica di pensare l'inevitabilità e l'ineludibilità del cambiamento della clinica che i nostri specializzandi vivono sulla loro pelle, chiedendoci di poter ricevere gli attrezzi adeguati "per poterci mettere le mani".

Va da sé che questo modo di pensare colloca il modello culturale della cura come cultura della responsabilità, connotando eticamente i processi trasformativi del progetto formativo, che si colloca inevitabilmente in un quadro sociale. Aprea a tale proposito parla di una tensione esplorativa che possa tenere insieme conservazione e innovazione.

Sono nodi etici ed epistemologici della nostra professione che rimandano inevitabilmente al problema del Metodo nella clinica, e qui il nostro riferimento è ad altre due parole chiave: *Clinica* e *Situazioni Cliniche Complesse*. Riflettere sul Metodo nella clinica significa parlare di ciò che facciamo nel lavoro con i nostri pazienti, come ragioniamo, come pensiamo. Ci riferiamo all'impegno per la ricerca, per il metodo di indagine e di investigazione. Al procedimento necessario da seguire per raggiungere uno scopo, al significato insito nell'insieme dei principi e delle procedure necessarie al progetto di cura. Ci siamo chiesti come trasmettiamo il Metodo della cura, a partire dalla considerazione che stiamo parlando della possibile acquisizione di un pensiero che riconosce, al Metodo, la sua specificità di strumento di indagine dell'oggetto indagato, rendendosi esso stesso soggetto efficace solo all'interno di una logica di complessità e di evoluzione, pensiamo, affinché i modelli teorico-clinici si evolvano contrastando la logica della contrapposizione e della rivalità.

Il modo in cui la conoscenza si organizza è la legittima preoccupazione della Scuola. Questo è emerso con molta chiarezza dai colloqui avuti con i colleghi coordinatori, che hanno sottolineato la necessità continua di processi di organizzazione della conoscenza da trasmettere attraverso operazioni di interconnessione inclusiva e di separazione differenziante tra saperi differenti. Multidisciplinarietà e interdisciplinarietà sono state altre parole chiave per indicare la necessità, sempre più urgente, di sviluppare una attitudine a integrare le conoscenze in funzione di un pensiero clinico inseparabile dall'ambiente culturale, sociale, economico e politico nel quale la nostra vita è immersa.

È stata segnalata la crisi multidimensionale in cui siamo immersi, una crisi che investe il nostro sapere e i nostri ambiti formativi che, proprio in ragione di ciò, necessitano di una visione complessa, poiché i nostri specia-

lizzandi, nel loro futuro professionale, faranno sempre più i conti con interventi che richiedono di agire su più campi, di essere pronti a maneggiare con cura e consapevolezza l'incertezza, rendendola motore di una riflessione capace di contrastare l'accecamento paradigmatico.

Emerge dalle interviste la necessità di pensare alla formazione come una "costruzione" che contribuisca a conformare nei nostri allievi uno strato interiore profondo che funga da orientamento, ma al contempo con la necessaria consapevolezza che, sempre, la formazione non è un esercizio intellettuale bensì un allenamento alla comprensione umana che necessita di trasporto e curiosità, di apertura verso l'altro e verso il nuovo che esperiamo come ignoto, di forme di empatia intensa capace di essere sensibile alla creazione di legami dentro l'orizzonte di una "Comunità Sociale".

E ancor più ci è sembrato di cogliere una preoccupazione che riguarda la crisi di un modello di cura nell'ambito della psicoterapia che vieppiù abbandona il modello della profilassi a favore di un modello prescrittivo. Le preoccupazioni riguardano le ripercussioni sul lavoro terapeutico nei contesti istituzionali, ma non solo, anche quello che affrontiamo nei nostri studi. Da una logica di accoglienza basata sull'empatia e sul tempo condiviso tra paziente e psicoterapeuta, a una accoglienza basata sulla classificazione a priori dei disturbi.

È questa una problematica delicatissima, che soggiace prona a una logica classificatoria aprioristica dei disturbi e della sofferenza psichica. È una forma di pseudo sapere prestabilito, preesistente all'incontro stesso con il paziente. Schematizza il soggetto che viene totalmente identificato con la patologia di cui soffre, rendendolo soggetto alieno da normotizzare con il farmaco. Questa operazione alienante il senso stesso del lavoro psicoterapeutico, sminuisce l'impegno nel progetto di cura e deresponsabilizza lo psicoterapeuta. Il paziente è visto prevalentemente come una macchina produttrice di sintomi. In altri termini, e in estrema sintesi, è necessario uno sforzo di conoscenza e significazione di tutto ciò che è ancora di difficile comprensione, ma che pure ci attraversa come operatori della salute mentale passivamente e pervasivamente. Abbiamo bisogno di pensare, rendendo l'operazione del pensare un impegno e un contributo generativo di uno sguardo complesso sulle cose della realtà. Indagare ciò che ci sfugge, ciò che non capiamo, ciò che costituisce a volta l'impasse nel progetto di cura, consente nuovi modi di vedere e nuove pratiche. "Cosa non vediamo"? "Cosa non capiamo"? Due interrogativi ricorrenti nelle riflessioni dei nostri colleghi intervistati. Necessità di capire il mondo professionale in cui i nostri specializzandi si collocano per organizzare gli assetti formativi.

Secondo Manoukian (2023) gli operatori sanitari e sociali, i lavoratori della salute mentale, mostrano nei fatti l'interiorizzazione di un modello cul-

turale non più indagato e forse neanche più riconosciuto. Un richiamo questo che, se assunto come oggetto di lavoro e di indagine, ci può consentire di ripensarci come categoria “meticcciata”, che apporta valore aggiunto attraverso una “avvenuta contaminazione” alle pratiche degli altri professionisti dei servizi di cura.

Per fare questo è necessario investire nel pensiero, partendo dagli interrogativi segnalati dalle criticità delle pratiche che sempre più frequentemente i nostri stessi specializzandi ci segnalano. Se ci sottraiamo allo studio attento e complesso di tali criticità, assumendole come urgenze su cui intervenire, contribuiamo nostro malgrado a rinvigorire pratiche terapeutiche dirette al sovra-adattamento delle singolarità all’ideologia dominante del mercato e della prestazione, che ha di mira unicamente l’aumento del profitto economico mediante la costruzione di “soggetti-moduli”, come direbbe Benasayag, scomponibili e aggregabili in ogni istante. Ci è sembrato molto forte l’appello più o meno esplicito dei colleghi a impegnarci, come formatori oltre che come terapeuti, per un pensiero che possa contribuire a diradare le nebbie e le oscurità. Un contributo per mettere ordine e chiarezza nel reale, svelando, se possibile, le leggi che lo governano.

Riferimenti bibliografici

Benasayag M. e Schmit G. (2013). *L’epoca delle passioni tristi*. Milano: Feltrinelli.
Manoukian Olivetti F. (2023). “Una cura senza contesto: i servizi sociosanitari e della salute mentale e il ‘non pensato’ dei fenomeni socio-antropologici contemporanei”. Intervento alle Giornate Franco Fasolo 2023, COIRAG, Roma.

Copyright © FrancoAngeli

This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: <http://creativecommons.org>

Copyright © FrancoAngeli

This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: <http://creativecommons.org>

Desiderio e distruttività

di Enrico Stenico*

[Ricevuto il 01/03/2024
Accettato il 04/07/2025]

Riassunto

Il lavoro nasce come commento e riflessione a partire dai due lavori della psicoanalista Loretta Zorzi Meneguzzo pubblicati su “Gli Argonauti” sulla tematica del desiderio. Viene preso in esame il collegamento tra funzione desiderante e il valore dell’assenza, dell’incertezza e della rinuncia al controllo saturante tanto sulla realtà quanto sulle relazioni. Si mettono altresì in evidenza i rischi di tale funzione sull’*establishment* sia individuale che sociale. Il processo e la condanna a morte di Socrate ne costituiscono un esempio storico. Anche l’imprevedibile situazione prodotta dal *lockdown* imposto dalla diffusione del Covid-19 rappresenta un campo di osservazione privilegiato per svolgere alcune interessanti riflessioni sul tema in oggetto.

Parole chiave: Desiderio, Continenza, Distruttività, Potere, Pandemia.

Abstract. *Desire and destructiveness*

This work is a commentary and reflection on two pieces by the psychoanalyst Loretta Zorzi Meneguzzo, which were published in *Gli Argonauti* on the theme of

* Psichiatra, psicoterapeuta individuale e di gruppo, supervisore, docente di Psicodiagnostica Psicoanalitica presso la Scuola di Specializzazione in Psichiatria di Padova, socio Asvegra (via Spinetti, 40 – 35010 Vigodarzere PD); enrico.stenico@gmail.com

Gruppi/Groups (ISSNe 1972-4837), 1-2/2023
Doi: 10.3280/gruoa1-2-2023oa21213

CONNESSIONI

desire. It explores the relationship between desire and the value of absence, uncertainty, and relinquishing control over reality and relationships. It also highlights the risks that this function poses to both the individual and social establishments. The trial and death sentence of Socrates is an example of this from history. The unpredictable situation produced by the lockdown imposed due to the diffusion of the SARS-CoV-2 virus is also a privileged field of observation for interesting reflections on the subject.

Keywords: Desire, Continnence, Destructiveness, Power, Pandemic.

L'analista sa che ogni verità
è verità intra- e interpersonale,
nell'hic et nunc relazionale,
non verità oggettiva, statica,
irriducibile e alienata,
non verità-sfinge,
e neppure verità soggettiva.
Davide Lopez

Questo lavoro prende duplice spunto da due saggi della psicoanalista Loretta Zorzi Meneguzzo, “Il sogno. Le potenzialità dell’assenza tra bisogno, desiderio e utopia” (2019a, 2019b), e dalla mia esperienza clinica come psicoterapeuta di gruppo sull’importanza dello stesso nel promuovere e nel salvaguardare la funzione desiderante e impedire che la sana aggressività degradi in violenza distruttiva.

Istinto, pulsione e desiderio sono tre termini il cui significato sia nell’uso linguistico comune sia nel vocabolario psicoanalitico non assumono un valore univoco, definito, né stabile nel tempo. Tutti e tre i vocaboli hanno, anche nella loro radice etimologica, a che fare con la rappresentazione di una spinta che sorge dall’interno profondo, biologico e/o psicologico dell’individuo.

“Istinto” viene dalla radice *stig* che significa spingere, premere con punta e più comunemente viene usato per indicare una spinta primaria, biologica, collegata alla propria radice animale che genera operazioni atte a procacciarsi ciò di cui si abbisogna, a proteggere/proteggersi e a rifuggire da ciò che può nuocere.

Più complesso e variegato è il concetto di “pulsione”. Secondo Freud, una pulsione ha la sua fonte in un eccitamento somatico (stato di tensione); la sua meta è di sopprimere lo stato di tensione che regna nella fonte pulsionale; la pulsione può raggiungere la sua meta nell’oggetto o grazie a esso. Nell’etimo

pulsio significa schiacciare, mandar via esprimendo in tal modo una delle caratteristiche/finalità del moto pulsionale che è quello di ridurre la tensione eccitatoria suscitata.

Quindi si ha a che fare in qualche modo con una eccitazione fisica e mentale che spinge il soggetto a cercare l'appagamento e l'acquietarsi della stessa.

Nel concetto di pulsione sembrano proporsi i temi dell'energia, della "carica" pulsionale, e dello statuto dell'oggetto, reale o immaginario, che suscita tale tensione e che può appagarla.

Il termine "desiderio" viene fatto discendere da *de-siderare* nella doppia accezione di "volgere con attenzione lo sguardo verso le stelle", cioè fissare intensamente lo sguardo verso qualcosa che attrae o, al contrario, di distogliere lo sguardo dalle stelle per mancanza di segni, cioè mancare di qualcosa o qualcuno che si brama.

Scrive Zorzi Meneguzzo nel suo ultimo lavoro:

«(L'etimologia) descrive una condizione in cui sono assenti, o sono lontane, le stelle. Se le nuvole coprivano le stelle, da cui traevano le profezie, gli *auguri* non erano in grado di divinare (...). Le stelle rappresentano perciò anche l'irraggiungibile» (Zorzi Meneguzzo, 2019b, p. 172).

Il significato di desiderio si collega, quindi, alla caratteristica fondamentale della tensione verso l'oggetto bramato, anche in quanto assente. Ma, proprio per questo, tale spinta non appare più autogenerata, primariamente autonoma, bensì sembra assumere fondamentalmente una valenza profondamente relazionale.

Ancor più, nel desiderio non viene immediatamente ricercata una soddisfazione e un rapido acquietamento, quanto piuttosto si pone il problema della finitudine e dell'incompletezza della dimensione umana e quindi della "ricerca delle stelle lontane". Si impone il problema della conoscenza di tutto ciò che è *fuori-da-noi* e *altro-da-noi*, dell'Amore e della Verità.

La matrice della civiltà occidentale, così come la conosciamo, ha preso origine nel V sec. a.C. nell'Attica, dalla cultura ellenica della *polis* e dal suo rappresentante culturale più significativo, Socrate. Con lui la riflessione esplorativa si volge dai principi fondamentali (*archè*) alla natura umana, dalle stelle alla finitudine della condizione antropologica. "So di non sapere" significa riaffermare, a costo della propria vita, la consapevole rinuncia alla conoscenza definitiva, al *peccato originale*: "Sarete come Dio, conoscerete ciò che è bene e ciò che è male", aprendo in tal modo la porta al desiderio, il desiderio, in questo caso, di conoscere. Socrate distoglie lo sguardo dal cielo degli dei perfetti e immutabili, aprendo le porte alla ricerca desiderante. Ma tale incompletezza e indeterminazione definisce e investe anche la sfera della

interdipendenza, del bisogno vitale dell'altro, nella costituzione stessa della nostra vita psichica, sia nel suo significato di apparato di pensiero e di significazione, sia in quella di promotore delle istanze affettivo-relazionali.

È la nostra manchevole neotenia, immaturità che genera sia il desiderio di ricercare e di apprendere la Verità, sia il valore gruppal, solidale e affettivo di tale ricerca, l'Amore.

«O signore, (...) osservi, veda: la cosa più importante e bella del mondo è questo: che le persone non sono sempre uguali, anzi non sono nemmeno state terminate – ma esse vanno continuamente mutando. Migliorano o peggiorano. Verità maggiore» (Guimarães Rosa, 1956, p. 22).

Scriva ancora Zorzi Meneguzzo:

«(...) il desiderio intrinsecamente è connesso con una tensione attiva, volta all'impegno asintotico che è approssimazione all'inatteso, in quanto afflato responsabile per la realizzazione delle proprie potenzialità personali» (Zorzi Meneguzzo, 2019b, p. 172).

Stiamo quindi parlando della lopeziana volontà di potenza contrapposta alla volontà di potere che genera la distruttività. Ed è proprio su questo crinale tra volontà di potenza e aspirazione al potere e alla sopraffazione che il desiderio si gioca il suo profondo valore e la sua prospettiva relazionale.

Ancora Zorzi Meneguzzo e Lopez, parlando del significato del sogno:

«(...) la volontà di potenza di tutte le strutture motivazionali della mente (...) della volontà di vita, dell'affermazione di se stessi, la cui meta è la persona, *implica ineluttabilmente angoscia*, non tanto nevrotica quanto esistenziale, poiché motivata dall'incontro-scontro, con gli oggetti interni, ma anche con pericoli reali che implicano possibilità di offesa e punizione, danneggiamento, repressione e perdita» (Zorzi Meneguzzo e Lopez, 2012, p. 324).

Torniamo per un momento al filosofo ateniese e alla sua tragica fine.

Nell'Atene post-Pericle, in profonda crisi politico-militare e attraversata da movimenti autoritaristici e populistici, al rompiscatole Socrate si contrappongono, giungendo a decretarne la sua imputazione e la sua condanna a morte, i politici Anito e Licone e il poeta Meleto che lo accusano sostanzialmente di due reati: a) di non riconoscere gli dei tradizionali e b) di corrompere i giovani.

Ma chi sono gli accusatori di Socrate? Anito e Licone erano stati entrambi vittime della ironia socratica e in particolare il primo se ne era risentito molto.

Anito, politico e militare di sicura fede democratica, era stato accusato dal filosofo di favoritismo nei confronti del proprio figlio e di averlo istruito a diventare un affarista. Anito, quindi, *desiderava* una vendetta personale perché si era sentito attaccato nel suo progetto endogamico, familiare di perseguire il potere economico. A rendere più intenso il conflitto con Socrate, stava il fatto che Anito era stato da giovane suo discepolo e quindi conosceva bene il rapporto del maestro con gli allievi.

Licone, secondo lo storico Mossé, era un personaggio che in qualsiasi contesto cercava di favorire i propri interessi personali. Inoltre, suo figlio Autolico era stato messo a morte dai Trenta Tiranni, il governo imposto da Sparta dopo la sconfitta ateniese nella guerra del Peloponneso. Socrate si era opposto a questo governo ma l'esponente principale, Crizia, era stato un suo discepolo, così come quello scapestrato di Alcibiade che per sfuggire alla condanna era passato agli Spartani. Ancora rancori e interessi personali minacciati dall'operato di Socrate.

Meleto invece era un poeta pessimo quanto semiconosciuto che si offerse, forse *bramoso* di una gloria altrimenti impossibile, di fare la prolusione accusatoria contro Socrate che risultò un vero fiasco. Il filosofo fu condannato ugualmente, a riprova di quanto la sua figura risultasse scomoda.

Nell'*Apologia* Socrate afferma: «Meleto mi ha in odio per conto dei poeti, Anito per conto degli artigiani e dei politici, Licone degli oratori» (2000, paragrafo X.). Socrate appare un personaggio ingombrante perché non si schiera e non si piega. Aveva già rischiato la vita sotto il regime dei Trenta Tiranni e si era salvato probabilmente solo perché essi erano caduti ben presto. Atene è in declino e si è esaurita la sua grande spinta politico-culturale, il suo “potenziale desiderante”, e non le rimane altro che lo sterile tentativo di un riscatto attraverso la logica del potere sia in politica interna che esterna. E Socrate, che invece esalta la continua tensione alla consapevolezza e all'autenticità della *persona* e il suo desiderio di conoscenza, è di troppo.

Riprendiamo in considerazione il desiderio e il suo significato profondo.

Abbiamo già accennato come il valore precipuo del “sano desiderio” sia determinato dalla consapevolezza della finitudine, dalla rinuncia all'onnipotenza narcisistica e dall'accoglimento delle potenzialità di tutto ciò che è altro-da-sé, aprendo in tal modo le porte allo stupore, alla curiosità e alla ricerca di nuovi orizzonti di conoscenza, ma altresì alla relazionalità, all'investimento e agli affetti. Si apre una dimensione di interazione con gli oggetti relazionali, oscillante costantemente tra movimenti di apertura e di riconfigurazione.

D'altro lato, abbiamo costantemente sotto gli occhi, nella clinica come nella storia umana, tutte le traversie, le difficoltà e le criticità del soggetto, nel suo percorso emancipativo storico-familiare, per potersi dotare di una

matrice sufficientemente insatura e dinamica capace di permettere l'accesso a tale consapevolezza. Inoltre, in accordo con Zorzi Meneguzzo, siamo ben consapevoli che il cammino verso la costruzione della persona è pieno di rischi esteriori e di angosce interne connessi alla rinuncia di un assetto narcisistico difensivo e rassicurante, ancorché afoso e luciferino.

Nel proskenio del piccolo gruppo terapeutico appare particolarmente evidente l'emergere prepotente di questo conflitto dilaniante tra desiderio di cambiamento/trasformazione dei copioni narcisistici che pervadono la matrice profonda del soggetto e l'angoscia di perdita, di solitudine e di smarrimento che tale rinuncia comporta. Ma è proprio il forte sostegno della rete relazionale grupale, degli scambi affettivo-emotivi sperimentati, dell'apertura a narrazioni e dei sogni accolti e condivisi che lentamente immette nel soggetto quella forza e quella fiducia necessarie per risolvere positivamente questo passaggio critico.

Nella storia infantile dei nostri pazienti possiamo osservare molto spesso l'assenza di un riconoscimento e di un sostegno psichico adeguati, il mancato accesso a una *sana dipendenza*, che invece il gruppo terapeutico sembra proporre e, al contrario, un eccesso di invadenza delle proiezioni narcisistiche e dei conflitti familiari, che non lasciano spazio alla libertà e al desiderio esplorativo del bambino. Questi *fallimenti del processo educativo* hanno prodotto un degrado del valore del desiderio e la perdita della sua intrinseca *vitalità*, la mancata o parziale formazione di un solido e realistico sentimento di fiducia in sé e nell'altro, l'ipertrofia dell'Ideale narcisistico e del Super-Io, creando le premesse nella matrice profonda per un viraggio verso gli oscuri mondi dei giochi di potere e di sopraffazione. Il desiderio diventa, come dicono gli psicoanalisti francesi, *pulsion d'emprise*, spinta al possesso, o meglio, a prendere possesso dell'altro-da-sé, decretandone l'asservimento e la distruzione della sua potenzialità trasformativa.

«Desiderio e utopia sono dimensioni che mantengono vitale il rapporto con l'ideale e la speranza, perché rivolti a un futuro possibile, al non ancora; implicano il rapporto con l'assenza» (Zorzi Meneguzzo, 2019b, p. 172).

Altrimenti il desiderio diventa bramosia e sete di potere e l'aggressività scivola nella distruttività.

Alcune qualità che possono impedire tale *reificazione e pretesa saturante*, promuovendo il mantenimento della tensione alla ricerca e all'investimento, sono la *sobrietà* e l'*astinenza*.

L'amico e collega psicoanalista brasiliano Plinio Kouznetz Montagna (2020), parla piuttosto di *continenza*, intesa come la capacità di tenere in so-

spensione dentro se stessi tale tensione in attesa paziente che l'ignoto (o l'inconscio del paziente, nel caso del terapeuta) si disveli.

La fretta, il bisogno impellente di ricostruire un nuovo assetto rassicurante, il bisogno di controllo, l'incapacità di accedere a una sana relazionalità, il timore di rischiarsi in territori umani sconosciuti e di incerto investimento, contraggono, coartano il desiderio nel suo lento ma intenso dispiegarsi.

Al contrario, il trattenimento non del desiderio ma piuttosto del suo essere "agito a corto circuito", permette di svilupparne tutta la potenzialità trasformativa e conoscitiva, "sapienziale". Al giorno d'oggi la facilità d'uso dei mezzi di comunicazione e la quantità di interazioni rapide e superficiali che essi producono, non favoriscono la dimensione dell'indugio, del sostare e la funzione osservativa che dovrebbero accompagnare il dispiegarsi di un desiderio capace di produrre autentica conoscenza e cambiamento.

La funzione dinamica e insatura del desiderio è coartata dal *bisogno narcisistico* di sicurezza e di controllo, non tanto sugli aspetti della realtà quanto sulle proiezioni su di essi delle paure e dei fantasmi inconsci, al fine di evitarne una contaminazione relazionale e culturale pericolosa in quanto in grado potenzialmente di mettere in discussione l'*establishment* difensivo del mondo interno del soggetto, così come del mondo sociale.

Assistiamo infatti, non di rado, anche a livello sociale, allo scatenarsi di subdoli o virulenti attacchi alla funzione desiderante in tutte le sue manifestazioni vitali e trasformative. Il valore delle differenze, l'estetica, intesa come promozione della bellezza e dell'ammirazione, l'eticità come istanza promotrice del valore della reciprocità e della solidarietà, la promozione della libertà e del principio di ciò che fa crescere la persona, piuttosto che del principio di piacere.

Queste sono alcune tra le istanze che smettono di essere ricercate e desiderate e che, al contrario, sono oggetto di attacchi invidioso/distruttivi. La stessa dimensione culturale finisce per essere malignamente investita. Ancora Zorzi Meneguzzo:

«L'enfasi della conoscenza oggettivante, in quanto risposta al bisogno di verità *solide, canoniche e vincolanti* (Nietzsche, 1873) esacerba la scissione tra "pensiero e vita" (Lopez, 1983) ostacolando l'apertura della via delle metafore, la loro rivitalizzazione» (Zorzi Meneguzzo, 2019b, p. 177).

Il desiderio sgorga spontaneamente dall'animo della persona che ha sperimentato nella propria infanzia lo sguardo autenticamente desiderante dei suoi familiari, libero da investimenti e proiezioni che gli sono aliene, contenuti parassitanti che saturano il suo spazio psichico. L'analista individuale e il gruppo

terapeutico, novelli ostetrici, resistendo a qualunque investimento, tentazione narcisistico-seduttiva, autorizzano il paziente, invece, a un sano egoismo e al rispetto per la propria persona, come premesse indispensabili a un verace altruismo, e lo sostengono nella sua attitudine desiderante, conoscitiva, vitale.

Quando frequentavo il liceo, al pomeriggio, prima di iniziare lo studio e i compiti pomeridiani “a casa”, ascoltavo una breve trasmissione radiofonica che, ironicamente, raccontava pettegolezzi (oggi parleremmo di gossip) sui personaggi famosi dell’epoca. Questa trasmissione si concludeva invariabilmente con la seguente didascalia: “Vi abbiamo raccontato di questo o quel *personaggio*, delle novità e dei fatti a lui successi... *tutto il resto è vita!*”.

Il desiderio ha a che fare con la ricerca della vita che è fuori di noi e del nostro universo familiare, abituale, del mondo endogamico conformistico e afoso. Ha a che fare con *l’anelito*, il soffio vitale che solo può trasformarci da personaggio a persona. Il resto è *limbo*, o peggio, seduzione, manipolazione, potere (al posto di potenza) luciferini che prima o poi mostrano il loro volto mortifero, angosciante, disperato.

Nel recente imprevisto, destrutturante, indefinibile periodo di quarantena per l’epidemia di Covid tutti noi abbiamo sperimentato un’intensa condizione di spaesamento, di parziale impotenza e di impossibilità a definire rassicuranti politiche di programmazione, di scompiglio di gran parte della nostra ossessione per la progettualità. Si è infilato nel nostro animo un sottile sentimento d’inquietudine e di timore-angoscia per la piega che questo stato di sospensione avrebbe potuto prendere in un futuro confusamente prossimo e quali scenari inusuali, inconcepibili si sarebbero aperti nelle nostre vite. “Nostre” perché questa pandemia ha mandato a gambe all’aria la percezione che la vita è “mia”, è una dimensione sostanzialmente privata, disvelando il fatto che, da sempre, essa è invece intrecciata indissolubilmente a quella degli altri, e che il “*sono cazzi miei*” è un’affermazione profondamente delirante!

Volevamo che questo periodo passasse il più rapidamente possibile, ma *desideravamo* anche che qualcosa cambiasse in meglio e che non tutto tornasse come prima. Siamo stati costretti a risperimentarci e a ripensarci, come persone, come affetti, come comunità e non sapevamo bene né in che direzione muoverci né se ne saremmo stati capaci. Toccavamo con mano la nostra fragilità, ma soprattutto le conseguenze della nostra rinuncia a una intensa, autentica *dimensione desiderante*, per inseguire sicurezza e controllo. L’arroganza, la cupezza, la frenesia, l’angoscia di essere messi in disparte che pervadevano gli animi e l’espressione dura dei visi di gran parte degli individui in questi ultimi decenni, ci apparivano in quel periodo come il terribile, inevitabile prezzo pagato per questa rinuncia a desiderare di vivere.

Scrive Corbella sugli effetti di questo periodo di pandemia:

«Il tempo, tornato per qualcuno, purtroppo non per tutti, a essere umano, ha lasciati spazi vuoti che, dopo un periodo di noia, timore, rabbia e smarrimento, hanno permesso anche l'emergere di desideri e fantasie personali, non omologati né omologabili» (Corbella, 2020).

La *funzione desiderante* può svilupparsi nella persona che avverta, nelle profondità del suo animo, l'importanza di rinunciare alla pretesa di una dipendenza simbiotico-parassitaria o, al contrario, alla sua denegazione onnipotente, processi che hanno entrambi caratterizzato pesantemente, l'evoluzione sociale delle generazioni a cavallo del millennio.

In seguito, però, abbiamo osservato con stupita preoccupazione che l'apertura parziale ai contatti sociali della "*fase due*" del percorso di controllo pandemico è parsa accompagnarsi, in parte almeno, a una recrudescenza dei fenomeni di intolleranza e di acrimonia critica sia a livello sociale che politico, quasi un rimbalzo e una rivincita sulla dimensione di impotenza, di incertezza, di finitudine e di interdipendenza stretta che aveva caratterizzato la prima fase della pandemia.

Dopo un lungo periodo di silenzio, di sospensione e di mancanza, è parso nuovamente aumentare il *rumore* generato dall'agitarsi di un Io individuale e sociale rancoroso, insoddisfatto e bisognoso di re-imporre un ordine conformistico, omogeneizzante, fortemente fondato su un *privato* che appare invece troppo *de-privato* sia della funzione desiderante che della creatività pre-conscia, sia della loro dimensione fondativa: lo statuto dell'oggetto come altro-da-sé.

Da quel periodo in poi abbiamo assistito troppo spesso alla trasformazione involutiva e pericolosa della sana aggressività e della conflittualità dinamica in ottusa volontà di potere, sopraffazione e finanche di soppressione dell'altro, come in Ucraina e in Medio Oriente, dove la rinnovata barbarie si manifesta ancora una volta spudoratamente con la strage programmata della popolazione civile e con il ricorso sistematico alla falsità e alla manipolazione delle comunicazioni. Aleggia un'oscurità senza stelle.

Ancora oggi, di tanto in tanto, ricompare, per motivi precauzionali, sul nostro volto la "*mascherina*" che non ha la funzione di nasconderci ma piuttosto quella di ricordarci il valore dell'attenzione, della protezione, della solidarietà e del desiderio di ricercare con maggior cura e coraggio il gusto del vivere una esistenza che si apra con curiosità e stupore al non-conosciuto e al non-contenuto e, per dirla come Bergonzoni (2011), "all'enorme che sfugge alle norme" dove trovano spazio sia lo sconcerto e il timore quanto il desiderio e l'amore.

Forse anche noi, come lo sviluppo pandemico, dobbiamo passare attraverso “*frasi successive*”.

La “*frase 1*” è infatti quella solita, passata, degli anni pre-Covid, del tutto ciò che è stato già detto, degli slogan, dei giudizi che continuiamo a ripetere più o meno uguali, in modo conformistico e afoso.

La “*frase 2*” è il balbettare incerto, quasi silente, spaesato e sorpreso di quel periodo critico.

Ma il problema rimane la “*frase 3*” quella che non abbiamo ancora pronunciato, quella che rimane volutamente sospesa e non conclusa, quella che si ferma prima, desiderando ardentemente di rimanere insatura e preconsocia.

«L'animo si leva
aperto
sopra il mondo»
("Desiderio", Tagore, 1913)

Riferimenti bibliografici

- Bergonzoni A. (2011). Spettacolo Teatrale “Nel”. Milano: Garzanti.
- Corbelli S. (2020). Intervento Seminario Asvegra “Spazio, Tempo e Gruppo”. Sede Asvegra, Scuola COIRAG, Padova.
- Freud S. (1978). *Opere*. Torino: Bollati-Boringhieri.
- Guimarães Rosa L. (1956). *Grande Sertão Vereda*. Milano: Feltrinelli.
- Kuoznetz Montagna P. (2020). Affetto, somatizzazione e simbolizzazione. *Gli Argonauti*, 162, 1: 9-22.
DOI: 10.14658/PUPJ-ARGO-2020-1-1
- Lopez D. (1983). *La psicoanalisi della persona*. Torino: Boringhieri.
- Lopez D. e Zorzi Meneguzzo L. (2012). *La sapienza del sogno*. Sesto San Giovanni: Mimesis.
- Mossé C. (1987). *Le procès de Socrate*. Bruxelles: Ed. Complexe.
- Nietzsche F. (1873). *Su verità e menzogna in senso extramurale*. Milano: Adelphi.
- Platone. *Apologia di Socrate*. A cura di: Reale G., Milano: Bompiani, 2000.
- Stenico E. (2012). Il peccato originale: mito fondamentale del Narcisismo. *Quaderni degli Argonauti*, 23: 81-92.
- Tagore R. (1913). *Sissu*. Trad. it. a cura di Rigon M., Parma: Guanda, 1979.
- Zorzi Meneguzzo L. (2019a). Il sogno. Le potenzialità dell'assenza tra bisogno, desiderio ed utopia (il bisogno). *Gli Argonauti*, 160, 2: 103-118.
DOI: 10.14658/PUPJ-ARGO-2019-2-2
- Zorzi Meneguzzo L. (2019b). Sognare. Le potenzialità dell'assenza, tra bisogno, desiderio ed utopia (il desiderio). *Gli Argonauti*, 161, 3: 171-190.
DOI: 10.14658/PUPJ-ARGO-2019-3-1

GRUPPI IN CONTESTI PARTICOLARI

Copyright © FrancoAngeli

This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: <http://creativecommons.org>

Copyright © FrancoAngeli

This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: <http://creativecommons.org>

Il gruppo esperienziale online: sfide, risorse, benefici

di Gina Cadeddu*

[Ricevuto il 26/02/2023]

Accettato il 05/10/2023]

Riassunto

Viene presentata la nascita, l'organizzazione e l'evoluzione dei gruppi esperienziali online a opera dell'Associazione Il Cerchio. I gruppi sono nati per offrire ai membri dell'Associazione uno spazio di supporto, confronto e dialogo durante la pandemia. Inizialmente sono stati condotti da un professionista esterno al Cerchio. Successivamente sono proseguiti, sino a oggi, anche come un intervento di formazione per i nuovi soci in quanto la conduzione è stata affidata agli stessi membri dell'Associazione. L'esito positivo di questa esperienza è in termini di integrazione del vecchio con il nuovo, di coesione, di dialogo, di intimità, e soprattutto di crescita dell'identità come gruppo analisti dei membri dell'Associazione.

Parole chiave: Gruppo online, Legame, Processi identitari, Identità, Coesione di gruppo, Formazione dei membri.

Abstract. *The online experiential group: challenges, opportunities and future developments*

Here we discuss the origin, internal structure and evolution of online experiential groups ran by Il Cerchio. These groups started to provide members of the association

* Dirigente psicologa Asl SANLURI, Past president Il Cerchio, docente Scuola COIRAG, full member GASI (via Gramsci, 122 – 09036 Guspini (SU)); ginacadeddu@tiscali.it

Gruppi/Groups (ISSNe 1972-4837), 1-2/2023
Doi: 10.3280/gruoal-2-2023oa21214

GRUPPI IN CONTESTI PARTICOLARI

with a dedicated space for support, sharing and dialogue during the Covid-19 pandemic. The groups were initially led by an external group analyst. They then progressed, up till now, and evolved into a form of training for new members, as they are now led by members of the association. This experience had a positive outcome as it allowed a synthesis between old and new and promoted cohesion, dialogue and most importantly a joint sense of identity among the members of the Il Cerchio.

Keywords: Online group, Link, Identity processes, Identity, Group cohesion, Member formation.

Caratteristiche dell'Associazione Il Cerchio e evento pandemico

Il 2020 ha segnato per il mondo intero un confronto inedito e incredibile con la situazione della pandemia. Anche per il Cerchio, una delle associazioni federate alla COIRAG, questo evento ha significato notevoli e importanti cambiamenti che hanno modificato nella sostanza la natura stessa della nostra Associazione.

Il Cerchio è stato fondato nel 1999 dall' unione di due precedenti Associazioni, la Sipag e il Ciga. Questo tipo di fondazione ha rimandato costituzionalmente a una necessità di integrazione fra i diversi partecipanti, necessità aumentata anche dalla successiva organizzazione, come previsto dallo statuto sociale di riferimento, in diverse sedi sparse su tutto il territorio nazionale.

Dal 1999, quindi, gli eventi assembleari e seminariali sono stati organizzati in varie città italiane, dando la preferenza a Roma, quale città al centro dell'Italia in grado di radunare facilmente i soci.

Malgrado i diversi accorgimenti utilizzati per facilitare la partecipazione, i soci sono stati, spesso, in numero esiguo ai pur importanti e interessanti eventi organizzati periodicamente. La difficoltà di incontrarsi e di frequentarsi ha avuto come conseguenza una conoscenza tra gli associati solo superficiale e la loro condivisione dei fini statutari è stata caratterizzata da una carente presenza di affettività, esito di una scarsa conoscenza reciproca, dovuta alla scarsa partecipazione agli incontri programmati.

L'arrivo della pandemia a marzo 2020 è stato un evento che ha ridotto e traumatizzato in vari modi la socialità di tutti noi. Per la nostra Associazione è stato anche un momento di cambiamento fondamentale nella modalità di organizzare sia la formazione, sia gli eventi sociali che sino ad allora si erano svolti prevalentemente in presenza.

La pandemia ha costretto il mondo intero a utilizzare il metodo virtuale in quasi tutte quelle situazioni passibili di essere convertite in modalità online. Anche il Cerchio ha avviato le assemblee e i seminari attraverso la piattaforma

Zoom e successivamente, per colmare la solitudine che i suoi membri professionisti vivevano a causa delle restrizioni alla socialità imposte dalla pandemia, ha pensato di organizzare per loro tre incontri, da realizzare nell'assetto di gruppo esperienziale, con una conduzione esterna. Questi primi tre incontri sono stati centrati sulla comunicazione ed elaborazione dei vissuti generatisi a causa del Covid e sulla necessità di adattarsi a relazioni virtuali.

I gruppi esperienziali online

Il gruppo esperienziale, nelle sue principali applicazioni metodologiche, è un gruppo di formazione in cui, pur in assenza di uno scopo dichiaratamente terapeutico, si parte dalla consapevolezza che la partecipazione a un'esperienza condivisa modifichi comunque l'assetto mentale di ogni partecipante, consentendogli di avere una visione differente del mondo e delle esperienze che lo riguardano. Partecipare a un gruppo esperienziale permetterebbe, perciò, di vedere le cose da altre prospettive oltre che migliorare la capacità di ascoltarsi, soprattutto a livello emotivo. Anche in tali gruppi non specificamente terapeutici sarebbe inoltre possibile il manifestarsi di specifici fenomeni gruppali quali il rispecchiamento, la risonanza, il senso di appartenenza prodotto dalla condivisione con altri dei propri vissuti.

Secondo Corrao (1982) il gruppo esperienziale tenderebbe a favorire da una parte il riconoscimento dei fenomeni di gruppo, dall'altra permetterebbe lo sviluppo di una maggiore capacità di collaborazione all'interno di una situazione sociale. La recente letteratura sui gruppi in modalità online mette in rilievo i cambiamenti relazionali tipici della assenza di presenza tra i partecipanti, tra cui un modo differente di riconoscere e leggere la comunicazione non verbale che, tuttavia, non modificherebbe in modo sostanziale i processi gruppali, tra cui l'alleanza terapeutica e la coesione. Quest'ultima tenderebbe semplicemente ad avere un andamento più lento nel suo costituirsi durante le sessioni online. Inoltre, i gruppi psicodinamici online richiederebbero delle modifiche nello stile di conduzione, nel senso che apparirebbe opportuno aumentarne la direttività (Weinberg, 2020a e 2020b).

I gruppi esperienziali online dell'Associazione il Cerchio: una sfida nata in tempi di pandemia

A partire dalla prima proficua e interessante esperienza con un conduttore esterno, l'Associazione ha pensato di proseguire gli incontri di gruppo, dal-

l'effetto confortante in quel periodo di limitazioni sociali, con sessioni bi-mensili di gruppo esperienziale in modalità online, che prevedevano la conduzione del gruppo dei partecipanti da parte di due soci dell'Associazione di volta in volta diversi.

Durante una prima fase, i soci che liberamente si sono dichiarati disponibili, sono stati ovviamente quelli maggiormente sicuri della loro capacità di esporsi in questo nuovo tipo di esperienza di conduzione di un gruppo.

In una seconda fase, che riguarda il successivo anno 2022, si è organizzata la conduzione del gruppo affidandola a una delle cinque sedi territoriali attualmente presenti (Lazio, Campania, Sardegna, Puglia, Umbria). All'interno della sede prescelta, si sarebbero dovuti individuare due conduttori, di cui uno avrebbe dovuto essere un socio di vecchia data e l'altro un socio di recente acquisizione rispetto alla sua associatura, nell'intento di promuovere in prima persona la conduzione di un gruppo esperienziale.

Il numero dei partecipanti a ogni sessione si è aggirato intorno ai venti soci, anche se, di sessione in sessione, potevano variare in parte gli specifici soci partecipanti, mentre un'altra parte restava immutata. La dimensione del gruppo identifica l'assetto esperienziale predisposto come un gruppo mediano, le cui peculiarità rientrano precipuamente nell'essere un dispositivo capace di favorire il dialogo e l'integrazione tra elementi culturali e sociali differenti.

A differenza del piccolo gruppo che evoca esperienze conosciute per la prima volta all'interno della famiglia, il gruppo mediano evocherebbe esperienze sociali e macroculturali (Pisani, 2000).

Sino a oggi, si ritiene l'insieme delle fasi realizzate attraverso i gruppi dei soci oltremodo positivo, sia per i singoli membri dell'Associazione, sia per la crescita armoniosa e maggiormente integrata nei suoi differenti livelli dell'Associazione intera.

Infatti, durante la prima fase di conduzione i soci hanno potuto usufruire di uno spazio accogliente rispetto alle notevoli paure del periodo e alla tolleranza necessari per vivere in una dimensione innaturale la propria relazionalità, oltre al supporto verso tutte le insicurezze derivanti dal lavorare con le nuove modalità online.

Quest'ultima, se inizialmente vissuta con fatica e senso di restrizione, gradualmente è stata elaborata maggiormente anche in senso positivo rispetto alla possibilità offerta ai membri dell'Associazione di avviare fra di loro una conoscenza personale e professionale approfondita, ratificando gradualmente la nascita di legami solidi e significativi malgrado l'appartenenza a sedi territoriali molto distanti tra di loro.

Risorse emergenti dal percorso con i gruppi esperienziali

Lo spazio del gruppo esperienziale durante gli incontri iniziali è stato riconosciuto nei suoi aspetti di accoglienza, di nutrimento, di riferimento significativo e come momento atteso dai soci per sentire una identità umana e professionale. In una seconda fase i soci hanno deciso in grande accordo di trasformare questa necessità di incontrarsi anche in un momento di formazione e di possibilità di sperimentarsi nella conduzione di un gruppo esperienziale mediano. La modalità di affiancare un socio di vecchia data con un socio giovane ha permesso, inoltre, l'integrazione della storia passata del nostro gruppo con quella in divenire prodotta dall'ingresso dei nuovi soci. Questi ultimi hanno potuto sperimentare che potevano avere un ruolo dentro l'Associazione, prendere una responsabilità e sentirsi in prima persona fautori del futuro del Cerchio.

La dinamica gruppale del Cerchio si è, inoltre, avvantaggiata della possibilità di ridurre rotture derivanti dai differenti livelli di esperienza dei soci.

Dal 2022 si è potuto riscontrare, così, una fiorente crescita delle iniziative e delle proposte dei soci che dalle diverse sezioni territoriali si sono impegnati in attività nazionali e internazionali.

Accanto a una definizione maggiormente precisa dell'identità culturale del Cerchio che, da sempre si occupa di piccoli e grandi gruppi, si è potuto procedere anche a una migliore regolazione delle relazioni con la COIRAG con cui in passato, talvolta, si era dovuto lavorare per elaborare diverse ambivalenze e turbolenze, soprattutto in merito alla costruzione del nuovo statuto con cui la COIRAG andava rinnovando e sancendo i suoi nuovi legami con le associazioni a essa federate.

Viviamo in una società oggi che ci fa sentire orfani, in quanto dobbiamo lavorare sulle trasformazioni sociali in assenza dei riti del passato.

Un rito obbligato dall'evento della pandemia è stato quello di dover passare per la morte, facendo un lutto delle nostre certezze per poter trovare una possibilità di rinascita.

Il gruppo esperienziale ci ha traghettato in questo percorso dove, l'utilizzo dell'online merita di essere osservato e studiato per il suo aiuto nel lavoro di rêverie psichica, indispensabile all'elaborazione dei vissuti suscitati dalla pandemia.

In particolare, ora, mi vorrei soffermare sui contenuti di un gruppo esperienziale di maggio 2022 in cui, specificamente, sono stati ripresi i vissuti derivanti dall'uso ormai consueto delle mascherine e dall'utilizzo dello strumento online per il gruppo. In questo specifico incontro, tuttavia, diversi membri a partire dal verificare chi è presente e chi è assente, quasi a voler vedere a quale distanza si stavano posizionando, citano l'uso nella realtà quo-

tidiana della mascherina a differenza della realtà online del gruppo dove è consentito stare “senza maschera” alludendo, forse, alla nuova capacità di essere autentici e visibili nel gruppo/associazione.

Questa nuova modalità viene rappresentata con connotazioni giocose, quali quella di stare “in un giostra al luna park”. Le comunicazioni successive riportano immagini non scevre di paure, tuttavia capaci di mostrare e definire i nuovi processi identitari avviati nel gruppo dei soci.

Anche il setting online, in quella sessione di gruppo, è stato citato come foriero di possibilità benefiche, capace, cioè, di costruire una nuova intimità perché, all’epoca, solo con il metodo online era possibile vedere le facce e le loro espressioni, comunicando perciò più profondamente gli uni con gli altri.

Conoscersi, vedersi e soprattutto riconoscersi nelle differenze, in particolare tra i nuovi soci e quelli di vecchia data, sembra, in definitiva, essere stato il principale attivatore di quella dinamica gruppale

Benefici del percorso e nuovo assetto istituzionale

Da tutti i numerosi gruppi esperienziali sinora effettuati, vorrei ora presentarvi alcune ricorrenti domande a cui insieme abbiamo provato a rispondere. La domanda in una fase iniziale era centrata sul chiedersi come sarebbe dovuto proseguire questo tipo di gruppi, finito l’evento pandemico. Successivamente, con notevole determinazione si è andato individuando una significativa modalità di interrogarsi reciprocamente su cosa significasse essere gruppoanalista. L’emersione di una immagine poco stereotipata è sembrata racchiudere considerazioni prevalentemente centrate sulla inevitabilità del prendere posizione sul nostro modo di essere al mondo, rispetto ai fatti sociali oggi emergenti, per esempio prendere posizione sulla guerra, sui migranti e non girarci dalla altra parte, chiusi in un ruolo professionale asettico, e magari reagire con indifferenza rispetto a questi scottanti avvenimenti odierni.

Tuttavia, al contempo, non possiamo non interrogarci sui motivi di assenza di parte dei soci del Cerchio dai gruppi esperienziali o, più in generale, sulla passività dei soci in alcuni momenti della vita associativa. Tutto ciò potrebbe essere originato da una paura del conflitto o, in alternativa, potremo valutare in alcune persone la loro incapacità di co-pensare ai problemi. Essere gruppoanalista, perciò, non sarebbe solo una questione di ruolo da assumere, piuttosto richiederebbe l’introiezione di una sostanziale e pregnante identità non tanto da esibire quanto da vivere e diffondere.

Questo percorso con i gruppi esperienziali avrebbe evidenziato la creazione di uno spazio in cui il gruppoanalista può ricaricare le sue energie po-

sitive al fine di ricevere supporto per una sua presenza responsabile nella comunità di appartenenza e nel sociale.

Tuttavia, se noi concettualizziamo la nostra Associazione di oltre 45 membri come un Large Group, l'assenza ai gruppi esperienziali di circa un terzo degli associati, può avere una possibile lettura anche in ciò che Leonardo Ancona e Alice Von Platen hanno teorizzato circa le caratteristiche salienti dei grandi gruppi. In essi sarebbe presente un livello di funzionamento primordiale che Foulkes ha intuito e Usandivaraas (1986) ha esplorato. Questo livello è definito come: «uno spazio sovraperpersonale, che è fatto di cultura, di tabù, di miti, uno spazio soprattutto arcaico, preverbale che lo caratterizza (...)» (Ancona, 1996, p. 14).

Dallo studio sui Large Groups Analytic a opera di Alice Von Platen (2003) sappiamo che tali gruppi tendono a rendere anonimi e confusi gli individui, a derubarli del loro ordinario sistema difensivo, ma anche, laddove si lavori elaborando tali stati, a offrire ai partecipanti la possibilità di esplorare le loro stesse emozioni distruttive conscie e inconscie, oltre che permettere di esercitare un controllo maturo nelle loro interazioni con gli altri.

Earl Hopper (2000) ha ipotizzato l'azione di un quarto assunto di base nei processi dei Large Groups per spiegare il funzionamento dell'inconscio sociale. Possiamo così comprendere come nei passaggi critici gruppalì, il fenomeno "dell'incoesione" si attivi nei grandi gruppi per produrre conformismo, passività del pensiero e una persistente incapacità di essere creativi, una incapacità di accettare le differenze, annullandole piuttosto che integrandole.

L'insieme dei concetti suesposti si presta per sottolinearne la loro pertinenza con i passaggi di costruzione identitaria nelle relazioni istituzionali che sembrano essersi presentati nella nostra Associazione, quale esito del lavoro benefico e costruttivo avvenuto nel percorso dei gruppi esperienziali effettuati dal 2020 al 2022.

Riferimenti bibliografici

- Ancona L. (1996). Psicoanalisi e gruppoanalisi a confronto. *Gli Argonauti*, XVIII, 68: 29-47.
- Corrao F. (1982). Psicoanalisi e ricerca di gruppo. *Gruppo e funzione analitica*, III, 3: 23-25.
- Hopper E. (2000). L'esperienza traumatica nella vita inconscia dei gruppi. Un quarto assunto di base. *Rivista Italiana di Gruppoanalisi*, XIV, 1: 1-34.
- Pisani R. (2000). *Elementi di gruppoanalisi. Il gruppo piccolo ed intermedio*. Roma: EUR.
- Usandivaraas R.J. (1986). "Foulkes" Primordial Level in Clinical Practice. *Group Analysis*, 19: 113-24.

- Von Platen Ricciardi A. (2003). Gruppoanalisi e gruppo analitico allargato nel lavoro e nelle istituzioni. In: Ancona L., Giordano M., Guerra G., Patella A. e Von Platen R.A., *Antipigmaliione. Gruppoanalisi e rivoluzione nei processi formativi*. Milano: FrancoAngeli.
- Weinberg H. (2020a). Online Group Psychotherapy: Changelles and Possibilities During COVID-19. A Practice Review. *Group Dynamics: Theorie, Research and Practice*, 24, 3: 201-211.
DOI: 10.1037/gdn0000140
- Weinberg H. (2020b). Obstacles, Chellenges, and Benefits of Online Group Psychotherapy. Testo disponibile al sito: <https://psychiatryonline.org>

Esperienze di gruppo come strumento di prevenzione e cura nella violenza di genere*

di Angela Maria Boccardi**

[Ricevuto il 11/11/2023]

Accettato il 25/03/2025]

Riassunto

L'articolo illustra un'esperienza svolta a Roma, nel campo delle pari opportunità e contro la violenza di genere, presso uno dei Centri Anti Violenza del Comune di Roma Capitale. La scrivente, in qualità di consulente psicologa e psicoterapeuta, ha realizzato attività individuali e di gruppo finalizzate all'elaborazione del trauma e alla trasformazione del vissuto tramite tecniche mirate. Il testo descrive un percorso di consapevolezza e di crescita attraverso l'impiego, durante i cicli di incontri, di alcune metafore e simboli che facilitano i processi di narrazione del sé. Il ricorso durante gli incontri di gruppo a brani di lettura e alla condivisione di immagini poetiche e artistiche ha permesso il trattamento a breve termine e la risoluzione positiva del PTSD nelle persone che hanno scelto volontariamente di partecipare al percorso di self empowerment proposto dal CAV, riuscendo così a tradurre le loro esperienze di disagio in un linguaggio comunicabile ad altri e a modulare la loro rabbia senza provare vergogna e/o sensi di colpa.

Parole chiave: Gruppo, Metafora, Cambiamento, Generatività, Creatività.

* Ad Andrea Mattia e Giovanni che mi guidano insieme nella chiarezza di "Visione".

** Psicologa e psicoterapeuta, da oltre trent'anni fa ricerca sul campo a favore di Enti, Comunità e Servizi della Pubblica Amministrazione. Progetta e realizza interventi e/o percorsi di consapevolezza individuale e di gruppo; attualmente è responsabile della supervisione clinica presso il CAV-Centro Antiviolenza del Comune di Roma ed è impegnata nel lavoro con famiglie, donne vittime di violenza e nuclei monogenitoriali. Svolge attività clinica privata ed è Docente dell'Università LUMSA di Roma per le relazioni familiari e la tutela dei nuclei fragili (via Volpato, 4 – 00146 Roma); angelamariaboccardi@gmail.com

Gruppi/Groups (ISSNe 1972-4837), 1-2/2023
Doi: 10.3280/gruoa1-2-2023oa21215

GRUPPI IN CONTESTI PARTICOLARI

Abstract. *Group experiences as a tool for prevention and treatment in gender-based violence*

The article illustrates an experience carried out in Rome, in the field of equal opportunities and against gender violence. At one of the Anti-Violence Centres created by the Municipality of Rome Capital, the author, as a consultant psychologist and psychotherapist, carried out individual and group activities aimed at processing trauma and transforming experiences using targeted techniques. The text describes a path of awareness and growth through the utilization, during the cycles of meetings, of some metaphors and symbols that facilitate the processes of narrating the self. The use of reading passages, poetic images and figurative arts during group sessions allowed the short-term treatment and positive resolution of PTSD in people who voluntarily chose to participate in the self-empowerment process proposed by CAV, managing thus to translate their experiences of discomfort into a language that can be communicated to others and to modulate their anger without feeling shame and/or guilt sense.

Keywords: Group, Metaphor, Change, Generativity, Creativity.

Il vero valore di un uomo si determina
esaminando in quale misura e in che senso
egli è giunto a liberarsi dell'Io.
Albert Einstein

Introduzione

Questo articolo descrive l'esperienza svolta presso uno dei Centri Anti Violenza (d'ora in poi CAV) del Comune di Roma, al fine di sostenere e aiutare donne e bambini che hanno subito minacce e violenze di genere.

Il gruppo come narrazione costituisce il punto di partenza e l'ideale sfondo teorico del "Progetto Dote", ideato dalla scrivente e promosso e realizzato dalla Cooperativa sociale Obiettivo Uomo di Roma. Tale progetto prevede degli incontri di gruppo, effettuati con periodicità mensile al CAV, al fine di fornire sostegno ai partecipanti e di sensibilizzare la comunità di riferimento attraverso iniziative di formazione-informazione (attivazione di reti formali, istituzionali, scolastiche e con l'associazionismo locale)¹.

¹ Il mio contributo al CAV si esplica attraverso la realizzazione delle seguenti attività: supervisione clinica; formazione; supporto psicologico alle donne; conduzione di gruppi di empowerment. Tali gruppi sono stati attivati sin dall'inizio del CAV e dall'apertura al terri-

Il “Progetto Dote” è un percorso ancora in essere, completamente gratuito e rivolto a donne che esprimono la volontà di fare una ricerca interiore, oltre al desiderio d’intraprendere un cammino di consapevolezza e cambiamento a seguito di eventi traumatici e/o violenze subite.

Tutti gli incontri del “Progetto Dote” sono stati organizzati con la presenza di un’osservatrice – generalmente una psicologa in formazione che effettua un tirocinio presso il CAV – istruita, attraverso degli incontri preliminari mirati, a svolgere una osservazione silente degli incontri.

Le prassi operative utilizzate possono essere distinte in tre fasi differenti:

- suggestione tramite parole chiave;
- circolarità delle emozioni emerse in gruppo;
- restituzione tramite la tessitura di riferimenti alle parole, ai traumi, agli eventi condivisi in gruppo dalle donne.

L’esperienza lavorativa, qui descritta dalla scrivente e realizzata tramite l’attivazione dei gruppi, è il risultato di uno studio e una ricerca orientati alla ricerca di una maggiore consapevolezza e di una evoluzione spirituale della persona. La ricerca ha avuto inizio con lo studio dei metodi di Psicologia di Comunità presso la cattedra omonima all’Università La Sapienza di Roma, per anni retta dalla prof.ssa Francescato (Francescato e Ghirelli, 1988). In questo progetto si fa riferimento alle tecniche di gruppo apprese nella formazione continua erogata dalla Scuola di specializzazione in psicoterapia COIRAG mediante il dispositivo dello Psicodramma analitico.

Ideazione del “Progetto Dote”

La “Dote” di cui parliamo è intesa come il bagaglio della storia personale femminile, che le donne si trovano a ricostruire, insieme al desiderio di acquisire una maggiore libertà, che è principalmente emotiva, attraverso un cambiamento e una nuova narrazione. La parola “Dote”, in riferimento al dizionario Treccani, porta due accezioni semantiche: la prima tradizionalmente intesa come il complesso dei beni che le donne portavano al marito a titolo di contributo familiare; la seconda con l’accezione psicologica di dote come talento, qualità, pregio che si ha per natura e come virtù.

torio del servizio. I risultati delle azioni svolte dallo staff del Centro Antiviolenza “M. Di Gregorio” sono stati illustrati durante il convegno “Strumenti di interventi individuali e in gruppo – rinascita per contrastare la violenza di genere”, organizzato a Roma il 25 maggio 2023 dalla Società Cooperativa Sociale Onlus “Formazione Obiettivo Uomo”, in collaborazione con il Comune di Roma Capitale.

Non tralasciando che le donne hanno meno opportunità degli uomini di vivere senza paura e di godere affetti corrisposti, tutto ciò si può riassumere riprendendo le parole scritte da Nussbaum (2000) nel suo libro *Diventare persona*, la quale afferma che troppo spesso le donne non sono trattate con *fini* a pieno diritto, come persone con una propria dignità, degne di essere rispettate dalle leggi e dalle istituzioni. Secondo lo *Human Development Report* del 1997, redatto dal Programma di sviluppo delle Nazioni Unite, non c'è alcun Paese che tratti le donne bene quanto gli uomini.

L'ideazione di questo progetto contiene l'intenzione di offrire un percorso nel quale le donne possano acquisire un linguaggio dell'anima e nutrire il desiderio di armonia, nonché lottare per superare le ferite e i traumi e poter agire grazie all'acquisizione di una visione sempre più ampia di sé.

L'8 marzo 2021 è stato avviato il primo ciclo di incontri, otto in tutto, del progetto “Una Dote per la nuova Casa”, al fine di lasciare una traccia in eredità simbolica a tutte le donne coinvolte. Con il desiderio di integrare in un discorso più complesso le differenti interpretazioni come *pre-testo* narrativo. “Una Dote per la nuova Casa” è un percorso a carattere fortemente *simbolico e metaforico*.

Ogni incontro del “Progetto Dote” è a sé stante, diverso dal precedente e dal successivo, ma sempre in continuità con gli altri. Le donne sono libere di scegliere di partecipare a un unico incontro senza l'obbligo di seguirli tutti.

Il percorso è intrecciato con attività musicali, di scrittura/poesia, arti figurative e altro, coinvolgendo artisti, scrittori e associazioni, che collaborano attivamente al progetto.

Alla conclusione di ogni evento, questo viene “trasmutato” in una “Dote” simbolica, che ciascuna donna porta con sé come segno di bellezza.

In poco tempo si è moltiplicato il numero delle donne che hanno aderito al progetto, coinvolgendo anche sorelle e amiche.

Teoria e metodi

Il costrutto teorico di riferimento metodologico, inteso in un'ottica “multidimensionale”, consta di differenti attività, che hanno la finalità di attivare un modello generativo (Bruscaglioni, 2007).

Come chiarisce nei suoi testi, la “formazione vitalizzante” (Bruscaglioni, 2005) è caratterizzata da una impostazione mentale ed emozionale di tipo positivo del processo, un'impostazione che spinge a considerare gli attori in un circolo virtuoso. L'autore afferma inoltre che la motivazione alla generatività è quella che spinge a creare un vero e proprio “nuovo pezzo di mondo”,

che altrimenti non ci sarebbe. Gli esempi più evidenti sono nel creare nuove imprese (ad es. nella vita extralavorativa; nel fondare una famiglia; nello Stato con una nuova istituzione).

È un intervento multidimensionale e si lavora assieme attraverso metodi differenti che si completano tra loro. La direzione è rivolta verso l'individuo-il gruppo-l'organizzazione-la comunità, in cui il "gruppo" è lo strumento cardine.

Alcuni riferimenti teorici

La Psicologia di Comunità esprime attraverso metodologie e strumenti operativi un apporto originale, sottolineando come a livello individuale una persona sia *empowered* solo quando è capace di dare un contributo, attraverso una partecipazione attiva, consapevole del legame tra realizzazione individuale e collettiva.

Il tema che ci proponiamo di affrontare è quello relativo al cambiamento:

«Spesso si ha un insieme complesso di fattori: presentarsi di una nuova opportunità, disagio crescente nella situazione attuale, motivi e cambiamenti esterni che provocano una crisi, acuirsi di una voglia od esigenza interna personale di cambiamento» (Bruscaglioni, 2007, p. 52).

La funzione nel gruppo in psicologia clinica e archetipica

Nella psicologia clinica il conduttore di un gruppo dedica allo sviluppo del gruppo di lavoro un'attenzione almeno pari, se non superiore, a quella che dedica all'analisi dei fenomeni propri della mentalità primitiva. Il pensiero di gruppo, infatti, è un frutto e un'espressione del gruppo di lavoro (Neri, 1995). È importante avere una visione complessa del gruppo che possa favorire una visione ampia e omogenea di quanto è stato realizzato durante questo percorso.

Si sono tenuti presenti e collegati quattro elementi:

- le persone;
- le relazioni interpersonali;
- il rapporto tra persona e gruppo;
- i fenomeni trans-personali.

L'acquisizione di metodologie tradizionali si integra con il desiderio di mettere al servizio delle donne le conoscenze apprese e collegate alla ricerca del "respiro" e dell'unione mente-corpo attraverso metodologie spirituali e

meditative. Alcuni tra questi riferimenti sono collegati alla psicologia archetipica e immaginale di Hillman e dei suoi allievi.

La psicologia archetipica risale alla denominazione data da Hillman (1996), che pone il proprio fulcro teorico nella cultura dell'immaginazione occidentale. Si propone come approccio alle arti e alla cultura, traendo origine dall'immaginario e riprendendo gli approfondimenti teorici dell'ultimo Jung. Le tematiche affrontate nei "Gruppi Dote" mantengono come sfondo teorico di riferimento elementi di questa tradizione legata agli archetipi, che emergono nel corso della narrazione da parte delle donne, si articolano e si trasformano nel corso delle differenti giornate. Sono state condotti negli incontri esercizi e pratiche di meditazione e di creatività, allo scopo di sciogliere le paure; questo è infatti un processo che ci porta a fare una esperienza libera, non condizionata dai valori comuni del dolore, al fine di accedere alla sua reale natura.

Il sentire comune e gruppale consente di accedere direttamente all'immaginazione "*In me imago agere*". Il gruppo con parole antiche ed evocative sollecita la forza di guarigione della donna al punto di desiderare di ripristinare la forza interiore vitale, andando nella direzione di comportamenti correttivi.

Nel percorso realizzato sono oggetto di osservazione diversi aspetti dell'interiorità che le donne mettono in *gioco*, quali: la relazione con se stessi, la percezione del passato, del presente e del futuro. Si attiva in *gruppo* la ricerca della propria direzione nel mondo e dei propri desideri, la gestione della propria vita emozionale; si tratta quindi di un percorso di esplorazione del presente attraverso immagini del passato. In gruppo sono evocate immagini spiacevoli, immagini dolorose, nelle quali probabilmente la donna avverte una disarmonia, una incongruità fra presente e passato.

Riferimenti nella narrativa e nell'arte

Come forma di accoglienza per le donne che di volta in volta entrano a far parte del gruppo, si è proposta la lettura di una poesia o di un brano letterario, considerando questa forma espressiva come una carezza dell'anima che ci riporta ad autori che hanno lasciato traccia attraverso opere illustri dedicate alla ricerca del femminile.

Mary Anne Evans, nel suo romanzo *Daniel Deronda*, sotto lo pseudonimo maschile (come era comune a quel tempo) di George Eliot scrive: «Se non immaginassero l'origine, gli uomini sarebbero privi di ogni possibilità di agire» (Eliot, 1876, p.11). Le suggestioni emotive di alcuni stralci dei testi di questi autori sono state lette, evocate, talvolta solo citate, nel corso della realizzazione del "Gruppo Dote".

Il desiderio è che Immaginazione, Movimento e Azione si coniughino in un *fil rouge* magico del *divenire*.

Per esempio, Italo Calvino, illustre scrittore, era anche un abile disegnatore e parlava spesso di immagini e identità; in *Passaggi obbligati*, opera postuma del 1990, l'autore prende in esame nei racconti autobiografici il valore dell'immaginazione, della memoria e dell'identità mettendoli in stretta correlazione.

«La ricerca della propria identità trova forma nel racconto attraverso la scoperta del proprio doppio, del proprio contrario, ovvero di quel me riflesso che dall'opaco dello specchio osserva il sé che lo guarda» (Cottini, 2017, p. 51).

La terapia dell'esposizione narrativa NET

Tra i nuovi approcci di trattamento del trauma relativamente alle violenze domestiche emerge quello relativo a esempi di narrazione delle esperienze traumatiche, trattate attraverso il dispositivo messo a punto da NET (acronimo di *Terapia dell'Esposizione Narrativa*).

Questo modello è un trattamento a breve termine per i disturbi da stress traumatico e, come riportato nel testo di Schauer, Neuner e Elbert (2014), in quest'opera i casi sono trattati attraverso l'esposizione narrativa di soggetti sopravvissuti alla violenza domestica, che si presenta in varie forme quali: l'aggressività fisica, la violenza sessuale o le relative minacce.

Alcuni fattori di rischio importanti per la violenza domestica sono la disoccupazione, la povertà, l'abuso di sostanze e la malattia mentale dei genitori o del coniuge (De Bellis *et al.*, 2002). È stato rilevato che il 60% delle vittime soddisfa i criteri diagnostici per la depressione sia durante, sia dopo la conclusione della relazione col perpetratore; è presente anche un rischio di suicidalità molto elevato (Barnett, 2001). Oltre a ciò, le vittime di violenza domestica spesso soffrono di ansia e di panico a lungo termine e possono soddisfare i criteri diagnostici per il Disturbo d'Ansia Generalizzato o per il Disturbo da Panico. Nella violenza domestica, il PTSD costituisce l'effetto psicologico più comunemente riscontrato (Vitanza e Vogel, 1995).

Col passare del tempo la narrazione svolta nei "Gruppi Dote" – pur non avendo utilizzato dispositivi standardizzati come accade nella tecnica NET che utilizza terapeuti esperti sulla tecnica complessa di numerosi step, interviste e quant'altro – avvalora l'assunto di base che esprimere emozioni e ricordi non garantisce sempre il successo, bensì lo sforzo a imparare e aiuta la vittima a uscire dal silenzio per sé e per la propria genia.

Le tre parole guida dell'intervento

È utile distinguere tre grandi macroaree a seconda di attività, tempi e obiettivi, più avanti meglio esplicitati come:

1. supervisione clinica;
2. consulenza psicologica;
3. attività di gruppo.

I vari modelli di riferimento riportati in questa ricerca-intervento trovano posto includendosi uno accanto all'altro.

1. Supervisione clinica

In questa fase del progetto si è cercato di superare le paure e le ansie connesse al “*lavoro in gruppo*” sia delle utenti che degli operatori. In particolare, per questi ultimi, ponendo enfasi sull'importanza da dare al proprio lavoro, che possa costituire una parte rilevante della loro vita, sia per esprimere se stessi sia per essere generativi a favore delle altre persone della comunità, come suggerito da Brusciaglioni, che nel 2007 ha sviluppato in Italia l'approccio del Self Empowerment, a cui si fa riferimento in quest'articolo. Il Modello Descrittivo è riferito a facilitare lo sviluppo del potere personale: sviluppo come apertura di proprie nuove possibilità.

In questa funzione: «È fondamentale il concetto espresso di auto-rappresentazione, che offre allo psicoanalista non a far riferimento a un'idea predeterminata di gruppo, ma a quella che, via via, viene presentata nelle auto-rappresentazioni offerte dai partecipanti. Ne risulta un'immagine del gruppo soggetta a successive trasformazioni e nella quale hanno particolare rilievo le emozioni e le fantasie» (Neri, 1995, p. 92).

2. Consulenza psicologica

Attraverso un numero limitato di colloqui si è lavorato sul recupero dell'indipendenza emotiva della donna, sul centramento della stabilità emotiva, sul rinforzo del femminile. Questi incontri di consulenza psicologica sono ricchi di significato e delineano gli elementi salienti di intervento con la donna, che continua a rimanere nel “Gruppo Dote” anche quando gli step operativi del servizio sono stati completati.

3. Attività di gruppo

Sia nel setting tradizionale che in quello di gruppo, la sofferenza e la malattia vengono considerate nell'ambito di una più complessa trasformazione della personalità. In ambedue le situazioni, il terapeuta lascia spazio a ciò che sta emergendo, privilegiando le fantasie, i sogni, le emozioni e gli affetti; si rinuncia a indirizzare in un senso predeterminato lo svolgimento degli eventi (Neri, 1995).

Con i “Gruppi Dote” si lavora sul recupero del passato, con gli Avi e i Talenti della casa come abitazione dell’anima. Il gruppo come cura e direzione in cui il narratore non è solo osservatore, ma partecipe dei fatti. Il gruppo è un tutto in cui ciascuno mantiene la sua individualità.

Nel testo *L’arte come educazione sentimentale* (Dallari, 2002) l’arte e le immagini diventano un *fil rouge* nel percorso narrativo delle emozioni. Così accade anche nella realizzazione dei “Gruppi Dote”, poiché ci sono momenti creativi di musica, scrittura, poesia e arti figurative.

Per esempio, l’opera pittorica di Lorenzo Lotto (1503) “Sonno Vigilante dell’Anima” è stata usata per affrontare il tema caro a Hillman, per il quale il malessere si attiva maggiormente quando siamo dissociati dai Talenti Naturali.

Nell’ambito di una delle attività esperienziali svolte in gruppo durante il percorso, abbiamo potuto osservare quanto sia fondamentale riabilitare “i disturbi come simboli”, per ascoltarli come voci dell’anima in un viaggio interiore in cui non siamo separati dal tutto. Per esempio, nell’incontro dedicato “allo sguardo e alla camminata meditativa”, in cui le donne si muovono in libertà nella stanza, fermandosi allo stop della conduttrice per incontrare lo sguardo dell’altra in silenzio, si è osservato come siano potute emergere emozioni positive e di bellezza attraverso lo *sguardo*.

Proseguendo l’osservazione, in una delle note lette dalla conduttrice al termine del gioco, si evince che: “Guardare l’altro ed essere guardati: possiamo vedere in noi e restituire creando una circolarità positiva, di riconoscimento, di inclusione, di dialogo di legame”.

Attraverso lo sguardo, del resto, veniamo al mondo ed è proprio lo sguardo che ci permette di integrare le nostre parti interne frammentate, di costituirci come soggetto. Ogni partecipante al gruppo diviene *specchio* per l’altro, per scoprire la bellezza che si nasconde dietro ognuna. A questo proposito è utile citare Fabiola Fortuna, psicoanalista individuale e di gruppo, che nel testo intitolato *Lezioni di psicodramma freudiano* illustra la tecnica psicoterapeutica e, tra gli elementi peculiari dello psicodramma, tratta de “l’incontro e dello sguardo” (Fortuna, 2022).

Percorso di gruppo: pratiche e osservazioni

L’affascinante e complesso viaggio metaforico, effettuato con le partecipanti del “Gruppo Dote”, in definitiva ha consentito di aiutare le donne a conoscere meglio il loro universo sentimentale ed emotivo. Si è utilizzata la metafora come supporto in questo percorso per entrare meglio nella relazione

e imparare a rispecchiarsi. Sempre nel discorso metaforico, Hillman nella sua opera enuncia il “Daimon”, inteso come spirito guida, riferendosi con ciò agli Avi, che ci inducono a scegliere le situazioni e le persone più adatte per far emergere la nostra vocazione. Di seguito sono riportati alcuni esempi delle pratiche attuate durante gli incontri di gruppo, al fine di ampliare la percezione e la coscienza di sé mediante il discorso metaforico-immaginale.

Esercizio del Caleidoscopio

Il “Gruppo Dote” favorisce il processo di immaginazione consapevole e aiuta le donne a cercare interconnessioni con le storie di tutte le partecipanti. Il caleidoscopio – un cilindro che contiene al suo interno piccoli oggetti che, se guardati attraverso una lente, mutano in modo imprevedibile la loro forma – viene utilizzato come metafora del movimento della vita.

Le donne partecipanti, dietro suggerimento della conduttrice del gruppo, scrutano nel caleidoscopio e raccontano spontaneamente i loro frammenti di vita, nella direzione di luci e ombre, in una ricerca di riconoscimento del proprio sé, uscendo dal processo di vittimizzazione.

Immagine di un'opera d'arte

È stata proposta alle partecipanti una copia del dipinto “Sonno Vigilante dell'Anima”, di Lorenzo Lotto, prendendo spunto e utilizzando il valore emblematico ed evocativo delle immagini, per poter accedere alla bellezza e cercare motivi per “rinascere” dal dolore. La concentrazione viene posta su ciò che fa star bene nella ricerca dei propri talenti e delle proprie vocazioni naturali.

Oggetti di potere

Nel corso di un incontro abbiamo chiesto alle donne di portare un *oggetto di potere*, ovvero evocativo, di forte significato simbolico, una sorta di traccia, di testimonianza della storia di ogni partecipante. A chi, invece, veniva per la prima volta, è stato chiesto di farne una rappresentazione grafica, un disegno, oppure di esprimerlo a parole.

Al fine, dunque, di compiere un viaggio attraverso i territori dell'anima, attingendo a momenti storici del passato, le donne hanno potuto manifestare in gruppo le loro sensazioni e il valore simbolico dell'oggetto in sé da con-

segnare al gruppo come dono. Ne è scaturita una *nuova narrazione*, che gradualmente ha ridotto il loro senso d'impotenza e ha permesso la fuoriuscita dal sentirsi esclusivamente vittime.

Per meglio illustrare l'impiego di simboli e metafore in attività di gruppo, si riporta a carattere esplicativo la narrazione che è stata rappresentata da due delle donne partecipanti durante il percorso.

Storia dello spazzolino

In uno dei gruppi della prima edizione (ad oggi si è conclusa la terza edizione 2023-24), per narrare al gruppo il suo "oggetto di potere", una delle partecipanti ha raccontato la storia del suo spazzolino da denti.

H., arrivata a Roma da un paese lontano per ricongiungersi con il marito e i figli, dopo un breve periodo di serenità ha iniziato a subire forti violenze fisiche e psicologiche in presenza dei minori. In fuga dalla casa coniugale, dopo aver contattato le Forze dell'Ordine per chiedere aiuto e trovare una nuova collocazione per sé e i suoi figli, ha scelto di portare con sé un solo oggetto. Considerando di aver poco tempo per scappare e trovandosi in una situazione di emergenza, ha preso con sé solo lo spazzolino da denti, che conserva ancora oggi, dopo più di otto anni, come segno di un'emancipazione, di un cambiamento, che ha messo al riparo lei e i suoi due figli.

Oggi H. lavora, è quasi completamente autonoma economicamente e i figli sono ben inseriti e supportati da una rete territoriale molto forte e solidale.

Storia della macchina nuova

Nella narrazione di F., è emerso il dolore di un rapporto con il maschile caratterizzato da una grossa conflittualità psicologica e fisica. Il filo conduttore del dolore da lei rappresentato era sempre costituito da un'automobile, che le impediva il movimento. Il compagno, nei momenti di maggior conflitto, le sequestrava le chiavi della macchina, impedendole così di svolgere, seppur a fatica, la sua quotidianità di donna, madre e lavoratrice. F. ha affrontato una grave depressione ed è stata presa in carico dallo staff a più livelli, inoltre è una delle donne che ha partecipato con più continuità ai "Gruppi Dote". In uno degli incontri, di fronte allo stupore di chi conosceva bene la sua storia, F. ha mostrato – con naturalezza e partecipe evoluzione – le chiavi di un'auto comprata solo per sé, lasciando l'altra al suo compagno. Oggi F., pur avendo concluso l'iter del suo percorso, continua a frequentare il gruppo, volendo raccontare ad altre donne il suo cambiamento e la liberazione da vecchi attaccamenti.

Il processo di riparazione nei gruppi formati durante lo svolgimento delle attività sin qui descritte avviene attraverso un insight, come la meraviglia e lo

stupore di un bambino davanti a una novità. Si produce ciò che si definisce l'effetto scoperta, che porta a vedere la realtà in modo diverso, permettendo all'utenza un vero e proprio processo di cambiamento sulle azioni della loro quotidianità.

Dalla lettura di alcune testimonianze, entrate a far parte del protocollo di osservazione svolto negli incontri di gruppo, le parole più frequenti confermano quanto sopra descritto a proposito della meraviglia:

*“Mi sono sentita aiutata, perché il gruppo è uno spazio necessario per ognuna di noi”.
“Percepisco il luogo dell'incontro come un posto che mi accoglie senza giudizio e carico di affetti; è uno spazio dove possiamo crescere e la nostra crescita è della comunità intera; dobbiamo innaffiare il territorio con queste attività”.*

“Porto dentro di me una casa, che produce un cambiamento! Nel buio si produce la luce e io sento un mio spazio, uno spazio condiviso, dove si lotta per se stessi e per gli altri”.

“Per la cura dell'anima oggi è difficile potersi permettere uno psicoterapeuta, ma venire in gruppo mi dà la possibilità, in maniera gratuita, di essere ascoltata da professionisti”.

Le pratiche esperienziali impiegate in questa ricerca intervento hanno come vocazione quella di lavorare sul destino, sul carattere e l'immagine innata, al fine di, come direbbe Hillman nella teoria della ghianda:

«Smascherare la mentalità della vittima, da cui nessuno di noi può liberarsi, finché non riusciremo a vedere in trasparenza i paradigmi che a quella mentalità danno origine e ad accantonarli» (Hillman, 1996, p. 21).

Risultati

In sintesi, i risultati emersi durante il percorso stabiliscono che il “Gruppo Dote” è diventato un forte viatico di accoglienza e prevenzione anche per alcune donne che hanno aderito inizialmente, senza esplicitare una reale richiesta di aiuto. In seguito, sono emersi da parte della maggioranza conflitti e disagi con il maschile. Ricordiamo che il gruppo è aperto a tutte le donne e non tutte le partecipanti sono tra quelle che ci hanno conosciuto per denunciare una violenza; ci sono anche donne che abitano nel quartiere e che hanno accompagnato un'amica o che hanno appreso dai social media notizie sulla nostra iniziativa. Inoltre, alcune delle donne partecipanti hanno chiesto il permesso di coinvolgere anche le loro figlie, che ritenevano a rischio di violenza sulla base di parole e racconti derivanti dai rapporti con il genere maschile,

a scuola o al lavoro. Purtroppo, ciò non è stato possibile, ma adesso si stanno aprendo le porte alla realizzazione di nuovi, ulteriori “Gruppi Dote”.

Nel tempo intercorso dall’avvio dell’iniziativa sono visibilmente aumentati gli accessi ai percorsi di sostegno e le richieste di accoglienza a percorsi di cura.

L’esperienza dimostra che rendere protagoniste le donne in un ruolo attivo nei gruppi a cui appartengono, attraverso la creatività e l’assenza di giudizio, permette la creazione di legami e la costruzione di valori condivisi durante lo svolgimento di attività e laboratori, come sartoria, pittura, riparazione di oggetti, nonché il gruppo di lettura e la danza.

Riferimenti bibliografici

- Barnett O. (2001). Why Battered Women do not Leave. Part 2: External Inhibiting Factors – Social Support and Internal Inhibiting Factors. In: *Trauma, Violence & Abuse*. London: Sage Publications Inc.
- Bruscaglioni M. (2005). *Per una formazione vitalizzante*. Milano: FranoAngeli.
- Bruscaglioni M. (2007). *Persona Empowerment*. Milano: FrancoAngeli.
- Cottini L. (2017). *I passaggi obbligati di Italo Calvino*. Ravenna: Longo Ed.
- Dallari M. (2002). *L’arte come educazione sentimentale*. Bologna: Ed. Art’è.
- De Bellis M., Baum A., Birmaher B., Keshavan M., Eccard C., Boring A. e Ryan N. (1999). Bennett Research Award. Developmental Traumatology. Part 1: Biological Stress Systems. In: *Biological Psychiatry*. Brentwood: Society of Biological Psychiatry.
- Einstein A. (1934). *Mein Weltbild*. Amsterdam: Querido Verlag (trad. it.: *Come io vedo il mondo. La teoria della Relatività*. Roma: Newton Compton, 2014).
- Eliot G. (1876). *Daniel Deronda*. Londra: Blackwood and sons (trad. it.: *Daniel Deronda*. Roma: Fazi Ed., 2002).
- Fortuna F. (2022). *Lezioni di psicodramma freudiano*. Roma: Alpes.
- Francescato D. e Ghirelli G. (1988). *Fondamenti di Psicologia di Comunità*. Roma: NIS.
- Hillman J. (1996). *The Soul’s Code*. New York: Bantam Books (trad. it.: *Il Codice dell’anima*. Milano: Adelphi, 1997).
- Neri C. (1995). *Gruppo*. Roma: Borla.
- Nussbaum M.C. (2000). *Women and Human Development*. New York: Cambridge University Press (trad. it.: *Diventare persona*. Milano: Il Mulino, 2001).
- Schauer M., Neuner F. e Elbert T. (2011). *Narrative Exposure Therapy (NET)*. Goettingen: Hoegrefe (trad. it.: *Terapia dell’esposizione narrativa*. Roma: Giovanni Fioriti, 2014).
- Vitanza S. e Vogel S. (1995). Distress and Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder in Abused Women. In: *Violence and Victims*. New York: Springer Publishing.

Vivere con la sclerosi multipla. Il progetto SM-Stare Meglio

di Silvia Bonino*

[Ricevuto il 06/07/2023]

Accettato il 19/05/2025]

Riassunto

L'articolo illustra il progetto di ricerca e intervento "SM-Stare Meglio" dettagliatamente descritto nel libro: Bonino S., Borghi M., Calandri E. e Graziano F. (2021). *Vivere con la sclerosi multipla. SM – Stare Meglio: un percorso di gruppo per il sostegno psicologico a persone neo-diagnosticate*. L'articolo illustra i fondamenti teorici, che considerano la sclerosi multipla (SM) una sfida allo sviluppo personale. L'intervento esamina di conseguenza temi esistenziali centrali: l'identità, il senso di coerenza, l'autoefficacia nel perseguire obiettivi significativi; inoltre, esso considera il corpo, le emozioni, la cognizione, e le loro reciproche interazioni, così come le relazioni con gli altri nei vari contesti di vita e le modalità di buona comunicazione con il personale sanitario e i familiari. L'articolo evidenzia lo stretto rapporto tra ricerca e intervento, punto di forza del progetto, lo descrive nelle sue concrete modalità di attuazione, e motiva l'importanza di intervenire nel primo periodo (3 anni) dopo la diagnosi, anche se il progetto può essere proposto a persone con più anni o altre malattie croniche. Esso riporta inoltre una sintesi dei risultati sul tema decisivo delle aperture al cambiamento e delle resistenze durante gli incontri di gruppo.

Parole chiave: Malattia cronica, Sclerosi multipla, Psicologia dello sviluppo, Identità, Senso di coerenza, Autoefficacia.

* Professoressa onoraria, già ordinaria, di psicologia dello sviluppo e dell'educazione, Dipartimento di psicologia, Università di Torino (via Verdi, 12 – 10123 Torino); silvia.bonino@unito.it

Gruppi/Groups (ISSNe 1972-4837), 1-2/2023
Doi: 10.3280/gruoa1-2-2023oa21216

GRUPPI IN CONTESTI PARTICOLARI

Abstract. *Living with multiple sclerosis. The LiMS project*

The article illustrates the research and intervention project “SM-Stare Meglio” described in detail in the book: Bonino S., Borghi M., Calandri E. e Graziano F. (2021). *Vivere con la sclerosi multipla. SM – Stare Meglio: un percorso di gruppo per il sostegno psicologico a persone neo-diagnosticate*. The article illustrates the theoretical foundations, which consider multiple sclerosis (MS) a challenge to personal development. Consequently, the intervention examines central existential themes: identity, sense of coherence, self-efficacy in pursuing significant goals; furthermore, it considers the body, emotions, cognition, and their mutual interactions, as well as relationships with others in various life contexts and ways of good communication with healthcare personnel and family members. The article highlights the close relationship between research and intervention, the project’s strong point, describes it in its concrete ways of implementation, and motivates the importance of intervening in the first period (3 years) after diagnosis, even if the project can be proposed to people with more years or other chronic diseases. It also reports a summary of the results on the crucial theme of openness to change and resistance during group meetings.

Keywords: Chronic illness, Multiple sclerosis, Developmental psychology, Identity, Sense of coherence, Self-efficacy.

Il progetto “SM-Stare Meglio” è un percorso di gruppo per il sostegno psicologico rivolto a persone che hanno ricevuto da non più di tre anni la diagnosi di sclerosi multipla (SM). Esso ha avuto inizio nel 2009 dalla constatazione che gli interventi di sostegno psicologico alle persone che ricevono una diagnosi di SM – ma il rilievo riguarda in generale tutte le malattie croniche sia al momento della diagnosi sia in seguito – sono in Italia molto carenti quando non del tutto assenti.

A più di dieci anni dal suo avvio, abbiamo voluto rendere disponibile questo percorso ai professionisti della sanità italiana, per permettere a chi lo desidera di replicarlo o trarne ispirazione; esso può essere utilizzato, con alcuni aggiustamenti, anche con persone con più anni dalla diagnosi di SM oppure, con maggiori adeguamenti, con persone con altre patologie croniche. A questo scopo è stato pubblicato il libro: Bonino *et al.* (2021). *Vivere con la sclerosi multipla. SM – Stare Meglio: un percorso di gruppo per il sostegno psicologico a persone neo-diagnosticate*.

Il testo illustra la storia e i fondamenti teorici del progetto; descrive dettagliatamente il percorso incontro per incontro, con approfondimenti e suggerimenti per il conduttore; riporta i risultati di ricerca che ne provano l’efficacia e gli approfondimenti effettuati, compresi i più recenti sulle donne, la

famiglia, i giovani; è corredato da un'ampia bibliografia; fornisce in appendice tutti i materiali utilizzati per l'intervento e la ricerca (dispensa, questionari per la valutazione, scheda di osservazione, ecc.) e i riassunti degli articoli pubblicati in questi anni su riviste internazionali.

I fondamenti teorici

Il progetto si fonda, sul piano teorico, sulla psicologia dello sviluppo (Bonino, 2019); questa ha mostrato che lo sviluppo, inteso come cambiamento incrementale, non è limitato agli anni dell'età evolutiva ma dura potenzialmente tutta la vita, grazie alla plasticità neuronale. Nella prospettiva della psicologia dello sviluppo, la malattia cronica è considerata una grande sfida alla crescita personale (Hendry e Kloep, 2003), che rischia di eccedere o esaurire le risorse dell'individuo, a causa della sua severità e durata. Nonostante ciò, essa può essere affrontata ed è quindi possibile per l'individuo avere uno sviluppo, anche con una malattia impegnativa come la SM, a condizione che vengano mobilitate in modo attivo e positivo le risorse della persona. Di conseguenza, quest'ultima è al centro dell'intervento, con l'obiettivo di potenziare le sue capacità di far fronte alle rilevanti difficoltà che la malattia pone lungo gli anni dell'esistenza, in modo che essa possa vivere una vita piena e realizzata. Questa impostazione teorica è opposta a una concezione psicopatologica, purtroppo diffusa, in cui si ritiene che la malattia "slantentizzi" una condizione preesistente di cattivo adattamento; di conseguenza l'intervento psicologico è riservato ad alcune persone ritenute problematiche. Effetto non secondario di questa impostazione è la resistenza, fino al rifiuto, da parte di molte persone malate nei confronti di un sostegno psicologico, tuttora sovente vissuto come stigmatizzante.

A partire da queste basi, il progetto ha voluto validare e offrire uno strumento scientificamente fondato, sul piano teorico e dell'evidenza empirica, di sostegno psicologico rivolto a tutte le persone che hanno avuto una diagnosi di SM, affinché esso possa entrare nella normale proposta terapeutica che viene offerta da un centro specialistico, accanto alle terapie farmacologiche e riabilitative. Riteniamo infatti che non vi possa essere cura della malattia cronica in genere, e di questa in particolare, senza considerare anche gli aspetti psicologici, in base a una concezione, ormai ben fondata scientificamente, dell'unità psicofisica di ogni essere umano e della necessità che la cura non ignori la psiche, pena il suo fallimento anche sul piano fisico (per esempio, per l'abbandono delle terapie). A questo riguardo, c'è un grandissimo ritardo nella sanità italiana, dove persiste una concezione, ormai del

tutto superata, che separa il corpo dalla psiche e si illude di poter curare il primo ignorando la seconda.

L'obiettivo generale del progetto è quindi quello di favorire lo sviluppo personale e il buon adattamento nelle persone malate di SM, in modo che possano vivere una vita piena e realizzata pur con i limiti posti dalla malattia. Gli obiettivi specifici sono: maggiore qualità di vita; maggior benessere; minori sentimenti depressivi; maggiore ottimismo; strategie di coping più adattive; maggiore capacità di gestire i sintomi, fare fronte alle emozioni negative, promuovere quelle positive, comunicare con i familiari e il personale sanitario.

Il rapporto tra intervento e ricerca

Il nostro progetto è sempre stato fondato sullo stretto rapporto tra intervento e ricerca, allo scopo di valutare anzitutto, nei primi due anni di realizzazione, l'efficacia dell'intervento di sostegno psicologico che andavamo a proporre, e in seguito per continuare a valutarne l'efficacia, approfondirne le caratteristiche, migliorarlo. Ciò ha comportato una continua verifica e analisi dei risultati, con l'approfondimento delle relazioni tra gli aspetti psicologici considerati nell'intervento e gli obiettivi specifici individuati. Per raggiungere questi scopi sono stati utilizzati diversi strumenti: varie scale di valutazione, raggruppate in un apposito questionario; una scheda di osservazione compilata da un osservatore specificamente dedicato; un questionario di valutazione dell'esperienza da parte dei partecipanti; un focus group; la valutazione di processo da parte dell'équipe di lavoro.

Sappiamo quanto sia difficile fare ricerca in una situazione in cui le variabili non possono essere tutte controllate, perché le persone continuano a vivere la loro vita e subiscono molte altre influenze, ma riteniamo che anche in questa condizione sia possibile fare ricerca di qualità, e che sia necessario farlo, come dimostrano le numerose pubblicazioni scientifiche su riviste internazionali scaturite da questa esperienza.

Perché i neodiagnosticati

Dopo la prima fase di validazione (progetto pilota), che ha coinvolto persone anche con più anni dalla diagnosi, il progetto di intervento è stato specificamente dedicato a chi si trova nel periodo, particolarmente critico e lungo, che segue la diagnosi: in letteratura vengono considerati neodiagnosticati coloro che sono entro tre anni dalla diagnosi.

La SM è una malattia autoimmune, infiammatoria e neurodegenerativa del sistema nervoso centrale che non ha al momento terapie risolutive; essa dura per tutta la vita e nella forma più diffusa (SMRR) ha un decorso imprevedibile che alterna ricadute e remissioni per poi diventare in seguito secondariamente progressiva (SMSR). La SM colpisce molte funzionalità del corpo nella sua unità psicofisica, è degenerativa e tende negli anni al peggioramento, suscitando di conseguenza molto timore per la sua possibile evoluzione, soprattutto per l'invalidità motoria.

Anche se l'equazione SM uguale sedia a rotelle è oggi infondata, grazie alle terapie che ritardano la progressione della malattia, questo timore è molto diffuso e nell'immaginario collettivo il malato di SM continua a essere un grave disabile motorio; questa rappresentazione è falsa e impedisce di riconoscere i problemi di molte persone malate che soffrono di disturbi e disabilità anche invalidanti, ma meno visibili dall'esterno. A questo si deve aggiungere che la malattia colpisce maggiormente le donne (in un rapporto di 3:1) e che le diagnosi di SM avvengono oggi, ancor più di ieri, perlopiù in età giovanile o nella prima età adulta (entro i 35 anni), in un momento in cui la persona si affaccia alla vita, acquisisce autonomia, fa piani per il futuro e si avvia a realizzare i suoi progetti riguardo agli affetti e al lavoro.

Per tutte queste ragioni la diagnosi suscita forti reazioni emotive (come rabbia, depressione, negazione, isolamento, blocco) che possono segnare in modo molto negativo le modalità di affrontare una malattia che accompagnerà la persona per tutta la vita. È quindi particolarmente urgente poter apprendere fin dall'inizio a fare fronte alla SM in modo adattivo, senza sofferenze aggiuntive e senza perdite di tempo e di risorse.

A partire da queste considerazioni – possibilità di sviluppo personale potenziando le risorse, unità psicofisica della persona, durata della malattia, rilevanti conseguenze su tutta la vita – il progetto è stato guidato dalla convinzione che i primi anni dopo la diagnosi necessitano di un sostegno psicologico che deve essere rivolto a tutti i neodiagnosticati, e non soltanto a coloro che presentano particolari problematiche psicologiche. Poiché la malattia rappresenta una sfida enorme allo sviluppo personale, mettendo a rischio le realizzazioni presenti e future, è necessario che le persone possano imparare subito come affrontare al meglio questa difficile situazione. Il percorso di sviluppo non finisce certo nei primi anni dopo la diagnosi, ma necessita fin dall'inizio di essere avviato in modo adeguato; infatti, un buon inizio permette di affrontare anche in futuro nel modo migliore l'evolversi della SM e il suo intrecciarsi con lo svolgersi dell'esistenza. L'intervento di sostegno psicologico dovrebbe quindi fare parte del normale percorso terapeutico proposto ai neodiagnosticati.

Le caratteristiche dell'intervento

Sulla base di quanto fin qui detto, nell'intervento l'attenzione non è focalizzata sulla persona come problema ma sul potenziamento delle sue risorse per affrontare la malattia, come sfida al suo sviluppo personale. In concreto, ciò ha significato mettere la persona, nella sua unità psicofisica, al centro dell'intervento, nella convinzione, basata su solide basi scientifiche, che essa svolga sempre un ruolo attivo (Brandtstädter, 1998), anche di fronte a una malattia cronica e degenerativa come la SM. Di conseguenza, l'intervento di sostegno prende in considerazione anzi tutto temi esistenziali centrali nella vita di ognuno, che acquistano nella malattia un ruolo di particolare rilevanza: l'identità, messa fortemente in discussione sia a livello fisico che relazionale dalla malattia; la perdita di senso della propria vita che la malattia provoca, non consentendo più la realizzazione dei propri progetti; l'autoefficacia, per la necessità di perseguire in modo efficace obiettivi significativi, grazie ai quali realizzare se stessi e sentire che la propria vita ha senso ed è ancora degna di essere vissuta. Sono aspetti rilevanti per ogni essere umano, che diventano ineludibili quando la vita è sconvolta e segnata dalla malattia; in particolare il tema del senso non può essere considerato al di fuori dell'ambito di competenza dell'intervento psicologico. Essi sono strettamente correlati e si sono dimostrati cruciali per un buon adattamento alla condizione di malattia.

Insieme a questi aspetti di fondo, in una visione unitaria che considera la globalità dell'esperienza della persona nella sua unità psicofisica, vengono considerati il corpo, le emozioni, la cognizione, e le loro reciproche interazioni. L'intervento prevede quindi l'apprendimento delle tecniche di respirazione e rilassamento, con l'intento di partire dal corpo per migliorare il benessere emotivo, in un percorso "dal basso verso l'alto"; allo stesso tempo esso propone, con un percorso "dall'alto verso il basso", attività per modificare gli stati emotivi e la gestione dello stress attraverso il cambiamento delle strategie di interpretazione della realtà, sottolineando la circolarità della relazione tra pensiero, emozioni, risposte corporee e azioni. Inoltre, vengono prese in considerazione le relazioni con gli altri nei vari contesti di vita (famiglia, lavoro, tempo libero), e le modalità di buona comunicazione, in particolare con il personale sanitario e i familiari.

L'intervento è stato realizzato in gruppo nella convinzione, confermata dall'esperienza fatta, che lo scambio tra i partecipanti, pur non esente da molte difficoltà (in particolare a causa delle differenti esperienze con la SM e i suoi svariati sintomi) potesse costituire un fattore positivo di stimolo all'approfondimento, alla presa di consapevolezza e alla ricerca di soluzioni adattive.

Le concrete modalità di realizzazione

L'intervento è articolato in 5 incontri di gruppo, condotti da una psicologa, ogni 15 giorni, più un incontro dopo sei mesi e uno dopo un anno; la durata è di circa due ore ciascuno. Il numero ottimale è risultato essere di otto partecipanti. Quanto alla sede, si è voluto non solo evitare di fare gli incontri nel contesto ospedaliero, spesso squallido e legato a vissuti negativi, ma si è scelto di farli in un luogo di particolare bellezza naturalistica e artistica, normalmente frequentato dal pubblico per attività culturali (un castello circondato da un parco), allo scopo di valorizzare l'attività ed offrire ai partecipanti un ambiente rasserenante. A ogni partecipante viene data una dispensa a colori che contiene i materiali di approfondimento e i "compiti" da fare a casa, comprese le indicazioni per gli esercizi di respirazione e rilassamento.

I gruppi sono rivolti a persone che, essendo nelle prime fasi della malattia, hanno un livello di disabilità lieve o al più medio. Essi sono suddivisi per fascia d'età, perché i compiti di sviluppo personale che una persona deve affrontare sono diversi nei vari momenti della vita; la suddivisione ottimale è risultata essere quella: 20-35 anni, 36-45 anni, 46 e oltre.

Mentre i giovani si stanno avviando verso una vita autonoma dalla famiglia e verso la realizzazione di un progetto personale, sia affettivo che lavorativo, gli adulti sono già inseriti nell'attività lavorativa e hanno sovente responsabilità genitoriali; le persone mature hanno un bagaglio di realizzazioni già raggiunte, ma anche di sconfitte subite, e devono fare i conti con il progredire dell'età. Inoltre, la suddivisione per età favorisce il senso di appartenenza al gruppo, la comprensione reciproca e la condivisione dei vissuti.

Ogni incontro è focalizzato su un tema da analizzare nelle aree delle relazioni affettive, della famiglia e delle amicizie, del lavoro, del tempo libero. Il conduttore segue la traccia prestabilita in modo empatico e duttile, e ha il compito sia di favorire la comunicazione, tenendo conto delle eventuali difficoltà dei partecipanti, sia di mantenere il gruppo sui temi dell'incontro. Ogni incontro inizia con un breve esercizio di respirazione, come tecnica corporea di rilassamento da poter utilizzare anche a casa.

Nel primo incontro si lavora, oltre che alla fondazione del gruppo, sul momento della diagnosi, avviando la riflessione sull'identità e sulle modificazioni subite a causa della malattia. Il secondo incontro considera la ristrutturazione dell'identità, attraverso l'analisi di ciò che dava senso alla vita prima della diagnosi e su cosa potrebbe dare senso oggi e far sentire la vita degna di essere vissuta, tenendo conto dei cambiamenti introdotti dalla SM. Nel terzo incontro si lavora sul sentimento di autoefficacia, vale a dire su

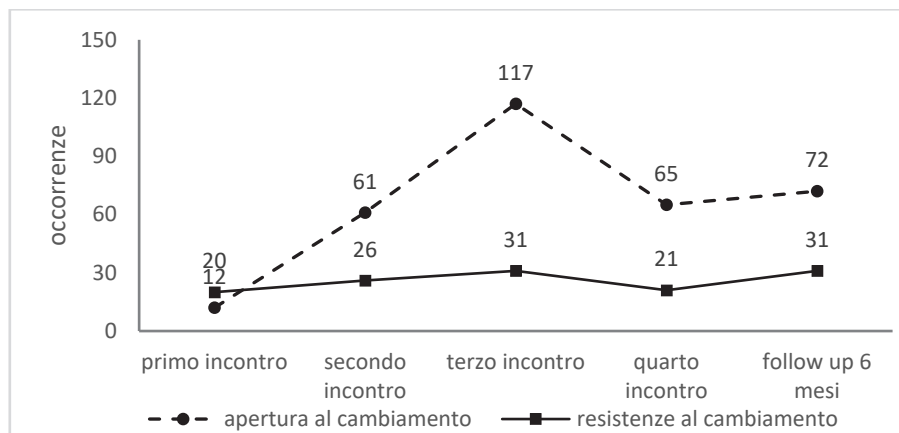
come gestire i sintomi e raggiungere i propri obiettivi significativi, individuando tutti i passaggi necessari e le risorse anche esterne da attivare, valutando a posteriori i risultati ottenuti e gli aggiustamenti da fare. Il quarto incontro è focalizzato sulle relazioni tra emozioni, pensieri, sensazioni fisiche e azioni conseguenti, con l'obiettivo di aumentare la capacità di gestire le emozioni, lo stress e gli stati d'animo negativi, per promuovere quelli positivi. Il quinto incontro è focalizzato sulla comunicazione con gli altri, sia nelle relazioni familiari, amicali e lavorative, sia in quelle con il personale sanitario; l'obiettivo è di aumentare la capacità di comunicare i propri bisogni e vissuti in modo chiaro ed efficace. Nel sesto incontro, dopo sei mesi dal precedente, si ripassa il percorso fatto per valutare gli aspetti meglio sedimentati e quelli da rinforzare. Il settimo incontro (focus group), un anno dopo il quinto, è dedicato alla valutazione dell'intervento di sostegno psicologico, per effettuare aggiustamenti e miglioramenti; inoltre, una parte del tempo è dedicata all'incontro con il neurologo responsabile della struttura di riferimento.

Un approfondimento su aperture e resistenze al cambiamento

Riportiamo, per meglio comprendere le aperture al cambiamento e le resistenze durante gli incontri di gruppo, una sintesi dei risultati, basati sull'analisi del contenuto delle verbalizzazioni, audioregistrate e trascritte (limitatamente agli incontri di gruppo del progetto pilota, in cui questi erano solo quattro e non cinque). Sono state considerate aperture al cambiamento le affermazioni di intenzione di cambiare qualcosa nella propria vita in linea con gli obiettivi dell'intervento (per esempio, voler organizzare una vacanza considerata ma finora ritenuta irrealizzabile); in alcuni casi le persone raccontano di cambiamenti già avvenuti grazie all'esperienza di gruppo (per esempio, aver deciso di cambiare l'organizzazione della propria cucina, o della giornata di lavoro, per gestire meglio la fatica). Sono invece esempi di resistenze al cambiamento le reazioni di negazione ("la malattia non ha cambiato niente") e di rifiuto ("è meglio non fare progetti"), l'introduzione di argomenti del tutto estranei a ciò di cui si sta parlando ("ma tu l'interferone come lo fai?"), le affermazioni ostili ("parlare in gruppo non serve a niente"). Il grafico della Fig. 1 mostra come le aperture al cambiamento, meno numerose delle resistenze nel primo incontro, aumentano poi progressivamente, raggiungendo il picco nel terzo incontro; quest'ultimo sembra rappresentare un momento particolarmente importante nel percorso di gruppo, sia rispetto ai temi trattati che alle relazioni stabilite tra i partecipanti.

Nell'incontro seguente le aperture al cambiamento decrescono, ma si mantengono alte, e anzi aumentano dopo sei mesi. Le resistenze non scompaiono mai del tutto e sono espresse da differenti partecipanti; esse permangono in sottofondo in tutti gli incontri, con un andamento analogo a quello delle aperture, ma restano significativamente molto più basse. Questi risultati testimoniano la complessità dei vissuti dei partecipanti durante il percorso di gruppo, che è stimolante ma anche impegnativo.

Fig. 1 – Numero di aperture e resistenze al cambiamento negli incontri.



Riferimenti bibliografici

- Bonino S. (2019). *Mille fili mi legano qui. Vivere la malattia*. Roma-Bari: Laterza (trad. ingl.: *Coping with Chronic Illness. Theories, Issues and Lived Experiences*. London: Routledge, 2021).
- Bonino S., Borghi M., Calandri E. e Graziano F. (2021). *Vivere con la sclerosi multipla. SM – Stare Meglio: un percorso di gruppo per il sostegno psicologico a persone neo-diagnosticate*. Trento: Erickson (trad. ingl.: *Living with Multiple Sclerosis. A Group-based Psychological Support Intervention for Newly Diagnosed People with MS (LiMS)*. London: Routledge, in press).
- Brandstädter J. (1998). Action Perspective on Human Development. In: Damon W. (ed.). *Handbook of Child Psychology*. 5th ed. New York: John Wiley & Sons.
- Hendry L.B. e Kloep M. (2002). *Lifespan Development. Resources, Challenges and Risks*. London: Thompson Learning (trad. it.: *Lo sviluppo nel ciclo di vita*. Bologna: Il Mulino, 2003).

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/gruoa1-2-2023oa21217

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 controtransferale" 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 grupppale. 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 Psicotomico. 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

Un gruppo di supervisione in un servizio pubblico per gli adolescenti

di Valentina Guiducci*

*[Ricevuto il 21/03/2023
Accettato il 28/04/2025]*

Riassunto

In questo contributo viene presentata una seduta di un gruppo di supervisione condotto all'interno di un servizio pubblico territoriale dedicato agli adolescenti. Il setting prevede un incontro di tre ore suddiviso in due sessioni. Un partecipante è incaricato di presentare il caso clinico, due partecipanti svolgono la funzione di osservatori partecipanti. Il gruppo, composto da 17 persone, è multiprofessionale. Viene presentato il lavoro del gruppo, focalizzato sulla discussione del caso di Makena, una ragazza vietnamita di 16 anni, adottata. L'adozione viene interpretata come funzione della mente gruppale: l'esperienza di appartenere a un gruppo aiuta a diventare più disponibili all'accoglienza dei pensieri che circolano. Si costituisce un'area intellettuale, emotiva e fantasmatica comune che permette una relazione funzionale tra le parti e l'insieme, favorendo il superamento delle fasi di minor integrazione presenti nel gruppo (Neri, 1979). Nel corso della seduta è possibile osservare lo sviluppo embrionale di un pensiero multiplo, multifocale, polivalente (Dorliguzzo, 2016; Corrao, 1995). Vengono analizzate le caratteristiche del setting e il rapporto con l'istituzione, le risorse e i limiti dei gruppi a termine con tempi ristretti.

Parole chiave: Gruppo, Supervisione, Adolescenza, Adozione.

* Psicologa, psicoterapeuta, Ph.D., socia Acanto, docente a.c. Università di Genova (Salita Superiore Rondinella, 18/15 – 16124 Genova); valentinaguiducci1@gmail.com

Gruppi/Groups (ISSNe 1972-4837), 1-2/2023
Doi: 10.3280/gruoal-2-2023oa21218

GRUPPI IN CONTESTI PARTICOLARI

Abstract. *Group supervision in an adolescent health service*

This paper presents a group supervision session conducted in a territorial public service for adolescents. The setting includes a three-hour meeting divided into two sessions. One participant presents the clinical case, two participants perform the function of participant observers. The group, made up of 17 people, is multi-professional. The paper presents the work group, focused on the discussion of the case of Makena, an adopted 16-year-old Vietnamese girl. Adoption is interpreted as a group mind function: the experience of belonging to a group helps to become more open to accepting circulating thoughts. A common intellectual, emotional and phantasmatic area is established which allows a functional relationship between the parts and the whole, favoring the overcoming of the phases of minor integration in the group (Neri, 1979). During the session it is possible to observe the embryonic development of a multiple, multifocal, polyvalent thought (Dorliguzzo, 2016; Corrao, 1995). The paper analyses the characteristics of the setting and the relationship with the institution, the resources and the limits of fixed-term groups with limited time.

Keywords: Group, Supervision, Adolescence, Adoption.

Introduzione

In questo contributo sarà presentata una seduta di un gruppo di supervisione condotto all'interno di un servizio pubblico territoriale dedicato agli adolescenti. Si tratta di un centro sovrazonale in cui opera una équipe multidisciplinare (composta da psicologi, ginecologi, ostetriche, educatori, assistenti sociali e sanitari) competente nelle tematiche di educazione e promozione della salute sessuale, relazionale, affettiva e riproduttiva dei giovani tra i 14 e i 21 anni. La supervisione si colloca all'interno di un percorso di formazione ECM di due incontri da tre ore ciascuno. La richiesta iniziale proveniente dall'istituzione è quella di un corso strutturato attraverso lezioni teoriche frontali alternate a esercitazioni. Successivamente, sia dall'ufficio formazione sia dal gruppo stesso, arriva una seconda richiesta: lavorare in gruppo a partire da un caso clinico. In particolare, viene sottolineata l'importanza di riunire le due équipe del servizio, che lavorano in sedi differenti e che hanno raramente la possibilità di incontrarsi, in particolare dopo la pandemia.

Decido quindi di modificare il programma originale e di raccogliere la loro domanda. Attraverso un educatore del gruppo, che è stato incaricato dall'organizzazione, propongo di individuare due persone, una per ciascun incontro, che portino il caso clinico, e due osservatori partecipanti per ogni

incontro. Il setting prevede una prima sessione da un'ora e un quarto in cui viene presentato il caso e il gruppo lavora attraverso libere associazioni, una pausa di un quarto d'ora in cui gli osservatori si confrontano, una seconda sessione da un'ora e mezza che inizia con il contributo degli osservatori e prosegue con associazioni del gruppo e con il contributo del conduttore, che raccoglie quanto emerso.

L'incontro si svolge in una sede diversa da quella dove operano entrambe le équipes. Arrivo in anticipo e nei viali incontro alcuni operatori, con i quali raggiungo l'aula. Sono tutti preoccupati di tornare in biblioteca, dove si è svolto il primo incontro, ricordano di aver sofferto molto freddo. Ci viene assegnata un'aula calda. Recupero le sedie e inizio a sistemarle in cerchio. Inizialmente questo crea un breve momento di disorientamento, ma quasi subito i presenti iniziano ad aiutarmi a sistemare la stanza. Cominciano ad arrivare gli altri operatori. Sono tutti molto trafelati e stanchi. Una persona non ha mangiato e mi chiede se tanto che aspettiamo può mangiare uno yogurt. Si susseguono i commenti legati alla fatica: "non ne posso più", "non mi lasciano andare in pensione", "vorrei morire". Una persona lo nota e guardandomi dice: "Cominciamo bene eh?".

Una giovane ostetrica dice che ci teneva molto a venire e che ha fatto addirittura spostare l'orale del concorso che sarebbe stato nel nostro orario.

È contenta perché dovrebbe essere in graduatoria. Comincia ad accumularsi ritardo, ma manca proprio la psicologa che si è impegnata a portare il caso. Alla fine, cominceremo mezz'ora dopo il previsto. Il gruppo è composto da 16 persone, oltre a me: 2 ginecologhe, 3 ostetriche, 4 psicologhe, 2 educatori, 5 assistenti sociali e sanitarie. Ci sono due assenti.

Chiedo chi saranno gli osservatori ma mi rispondono che non hanno avuto il tempo di pensarci. Subito si offre una delle ginecologhe. Mi racconterà successivamente che è specializzata anche in psicologia clinica.

Dopo un po' di silenzio si offre come osservatrice anche un'ostetrica, la più anziana del gruppo.

Presentazione del caso

Maria (psicologa) presenta il caso di una ragazza vietnamita di 16 anni, che chiamerò Makena¹. Esordisce dicendo che "ovviamente" non ha avuto il tempo di prepararsi, tira fuori la cartella clinica e comincia la narrazione.

¹ Tutti i nomi sono di fantasia.

Makena è stata presa in carico dal servizio un anno e mezzo prima, nell'estate 2020, e la sua situazione ha coinvolto quasi tutti gli operatori di entrambe le sedi. Durante il primo colloquio Makena dice che il suo problema è la tristezza. La ragazza è stata adottata a 2 o 3 anni (non ricordano con esattezza). È stata ritrovata su una panchina vicino alla stazione dei vigili del fuoco. I genitori hanno avuto una storia adottiva molto travagliata poiché prima dell'adozione non sono andati a buon fine diversi abbinamenti e sono passati molti anni dalla prima idoneità. Sono quindi diventati genitori in età avanzata. Sono attualmente separati, la mamma è affetta da sclerosi multipla e il papà da dipendenza da alcol e depressione.

Il papà ha avuto da una precedente relazione una figlia, che è morta nella prima infanzia. Per questa ragione era stata sconsigliata alla coppia l'adozione di una figlia femmina. A un certo punto sembrava che dovessero adottare un bambino vietnamita, che era stato successivamente affidato a una famiglia di amici. Questo ragazzo viene descritto attualmente come "perfetto" dalla mamma di Makena, che, più volte, dice frasi come: "Ah, avessimo adottato lui!". Le due famiglie hanno continuato a frequentarsi e si vedono almeno una volta all'anno. Questa gita familiare è descritta come un momento idilliaco che riunisce tutti.

Makena fa continuamente un movimento di "ping pong" tra il padre e la madre. Spesso sono presenti agiti quali bruschi trasferimenti dall'uno o dall'altro. Frequentemente trova adulti che la appoggiano, ad esempio la mamma di una compagna di classe la aiuta più volte nei traslochi, un'altra amica di famiglia la porta in vacanza con sé.

Maria, la psicologa che sta portando il caso, parla con frustrazione dei numerosi tentativi fatti per inviare i genitori ai colleghi, sfruttando diversi servizi all'interno dell'istituzione, come lo spazio genitori e il nucleo adozioni. Tutti i tentativi si sono risolti in un fallimento, non c'è mai stato un aggancio. Nello stesso tempo altrettanto numerosi sono stati i tentativi di "intrufolarsi" nello spazio terapeutico della figlia.

La psicologa e Makena si vedono regolarmente fino a giugno 2021.

Viene descritta una buona relazione caratterizzata da una crescente fiducia. Maria, psicologa, parla con fatica e fastidio della relazione della ragazza con i genitori, in particolare con la mamma. Quest'ultima svaluta la figlia dicendole: "Non vai bene", "ti stai ammattendo", "dov'è finita la mia Makena", riferendosi alla nostalgia per l'infanzia della ragazza, in cui erano sempre insieme e non si separavano mai, perché se no Makena "andava in tilt". Alla mamma manca "ciò che Makena non è più". "Guarda come era attaccata a me, invece ora...".

Makena frequenta il liceo classico, che sembra aver scelto per rispondere alle aspettative materne. Ama la danza. Ha alcune amiche, dalle quali viene percepita come “manipolatrice”. Riesce ad avere talvolta un ruolo di leader all’interno del gruppo amicale. La psicologa racconta che nell’ultima seduta con la ragazza aveva detto, quasi senza rendersene conto, di aver voglia di cioccolato e che dopo la seduta aveva trovato una tavoletta di cioccolato lasciata in dono dalla paziente.

Dopo questo episodio Makena sparisce per tutta l’estate. In questo periodo il padre ricade nella dipendenza dall’alcol, Makena va in vacanza con un’amica di famiglia e cambia fidanzato, non si presenta all’esame di riparazione e viene bocciata. Maria, la psicologa che sta portando il caso, porta nel gruppo forti sentimenti controtransferali di rabbia nei confronti dei genitori, percepiti come “inagganciabili”, e contemporaneamente il timore di “aver esagerato” e di essersi “giocata ormai definitivamente la collaborazione con loro”. Il giorno della supervisione dice di aver dovuto disdire all’ultimo l’appuntamento che aveva con la paziente, ma ha saputo contestualmente che lei non si sarebbe presentata per vedere il fidanzato.

Il primo incontro con il gruppo e questa parte iniziale di lavoro evidenziano come centrale l’elemento della confusione e della frammentazione. I partecipanti al gruppo hanno fame, hanno freddo, sono molto bisognosi, ma non sembrano sapere di cosa. La mancanza di tempo e di pensiero sembra caratterizzare il loro lavoro, ma anche la progettazione dell’evento formativo. Lo scollamento tra la lettura dei bisogni fatta dalla dirigenza e i bisogni reali degli operatori sembra riproporsi anche nella relazione tra terapeuta e paziente all’interno della situazione clinica oggetto di lavoro.

Il gruppo al lavoro

Federica, educatrice, interviene dicendo che a un certo punto si era diffuso il panico perché sembrava che non fosse più possibile iscrivere Makena in nessuna scuola. Valeria, assistente sociale, dice che lei aveva avuto il ruolo di sondare la disponibilità delle scuole e aveva trovato posto in un istituto tecnico; la ragazza avrebbe preferito un istituto professionale nel settore della moda, ma avrebbe dovuto perdere l’anno per potersi iscrivere. L’educatrice sottolinea le risorse della paziente nel mettersi in gioco nella nuova scuola, nonostante tutte le difficoltà che aveva attraversato durante l’estate. La psicologa concorda e dice che Makena ha sempre chiesto a gran voce di andare a scuola. Valeria dice che la mamma ha sempre svalutato il desiderio di Makena (“non siamo mica a Parigi!”).

Silvana, un'altra assistente sociale, racconta che Makena è carina e minuta, si veste o con abiti molto aderenti o con "tutoni" molto coprenti. Giulia, un'altra educatrice, chiede se Makena sia andata anche dalla ginecologa. La psicologa risponde affermativamente.

A Maria (psicologa) viene in mente che il papà porta la ragazza, insieme al fidanzato, in vacanza su un fiume, in una specie di palafitta, in un luogo pieno di zanzare. Dopo questa immagine il gruppo si attiva e c'è un gran vociare di sdegno nei confronti del padre e di compassione nei confronti di Makena.

A questo punto chiedo alla psicologa quale aiuto vuole chiedere al gruppo, qual è la domanda che vuol fare rispetto al caso di Makena. Maria, psicologa, rimane quasi stupita dalla mia domanda e dice che non ha domande. Dice che la sua narrazione è una risposta alla consegna che avevano ricevuto di portare un caso. Rimango spiazzata, mi sento un po' preoccupata e disorientata, mi chiedo se saprò aiutare il gruppo a pensare.

Riformulo la domanda chiedendo a Maria qual è la difficoltà che trova maggiormente nel lavoro con la paziente. La psicologa, dopo averci pensato un attimo, risponde che si chiede "dove deve posizionarsi". Si dice che sicuramente non deve collocarsi tra la ragazza e la mamma perché, quando lo ha fatto, poi Makena non è più venuta.

Le chiedo come si sente quando è con Makena. "A volte molto in contatto, a volte sotto giudizio, a volte si crea un clima emozionante, altre volte mi sento confusa. Con la mamma invece mi sento una furia, faccio una grande fatica".

Intervengono le altre due psicologhe del servizio, Renata ricorda la richiesta al consultorio di sostegno alla genitorialità poi caduta nel vuoto, Chiara (che lavora anche nel nucleo adozioni) chiede se Makena ha interesse per le proprie origini. Maria dice che apparentemente assolutamente no. Aggiunge che i genitori danno la colpa ai servizi per non essere mai stati seguiti dopo l'adozione.

Improvvisamente la psicologa che porta il caso ricorda che la prima figlia del padre è morta soffocata da un confetto.

Chiara (psicologa) interviene sottolineando il tema dell'interruzione nei legami. È un dolore difficile da pensare, elaborare, forse insostenibile.

Facciamo circa 20 minuti di pausa durante la quale il gruppo va al bar a bere un caffè. È il momento in cui i due osservatori dovrebbero confrontarsi, ma Ginevra, la ginecologa, preferisce avvicinarsi a me e mi spiazza dicendo: "Siamo invasi dagli elementi beta!".

La invito a confrontarsi con Cristina e mi prendo un po' di tempo da sola per rileggere gli appunti.

In questa prima parte del lavoro si evidenzia come la psicologa che porta il caso e tutto il gruppo siano fortemente identificati con la paziente. In particolare, la psicologa sembra attivare il gruppo, chiamarlo alla rivolta contro i genitori della ragazza e alla solidarietà nei confronti di Makena. Questo movimento del gruppo sembra indicare che l'unica possibilità sia diventare come la paziente o, meglio, diventare la paziente, che non sia possibile aiutarla restando se stessi con le proprie competenze. L'adesività in questa fase non permette lo sviluppo di un pensiero tridimensionale. Il gruppo sembra diventare una grande Makena. Questa dinamica ricorda il quarto assunto di base aggiunto da Turquet (1974), One-ness o di Unità (abU), in cui:

«I membri cercano di unirsi in un'unione potente con una forza onnipotente, irraggiungibilmente alta, di rinunciare al sé in favore di una partecipazione passiva e, quindi, sentire l'esistente, il benessere e l'interesse. Il membro del gruppo è lì per perdersi nei sentimenti oceanici dell'unità o, se l'unità è personificata, per essere parte di un'inclusione salvifica» (Lawrence, 1999, p. 40).

Facendo riferimento a un modello di funzionamento gruppale post-bioniano, si potrebbe dire che, quando il conduttore si rivolge all'individuo nel gruppo, chiedendo alla psicologa che porta il caso di che cosa abbia bisogno, metta in atto un tentativo di far comparire uno spazio che permetta al gruppo di lavoro di affiancarsi al gruppo in assunto di base, per permettere lo sviluppo della funzione gamma.

A questo punto, verso la fine della prima sessione di lavoro, la psicologa che porta il caso sembra poter cominciare a sognare (ricorda improvvisamente la morte della prima figlia del padre, avvenuta per soffocamento) e compare l'intervento di Chiara, un'altra psicologa, che introduce il tema dell'interruzioni nei legami e parla di un dolore difficile da pensare, forse insostenibile. Sembra esserci un cambio di registro e di clima emotivo all'interno del gruppo.

Makena avrebbe bisogno di genitori e di un gruppo di curanti capaci di sostenere il dolore. La paziente è vietnamita, compare quindi nel campo il Vietnam, una terra intrisa di morte e di dolore e di interruzioni nei passaggi tra le generazioni. Il dolore, nella storia di Makena, e nel lavoro degli operatori partecipanti al gruppo, è troppo? Questo rischia di uccidere la possibilità di pensare? Gli operatori, affaticati e bisognosi loro stessi, stanno forse cercando nel gruppo di supervisione un aiuto in questo senso, la possibilità di ritrovare, nell'essere gruppo, un ristoro e una risorsa professionale fondamentale, in parte perduta in seguito alle fatiche istituzionali e organizzative, aggravate dalla pandemia.

All'inizio della seconda sessione Cristina (ginecologa osservatrice) parla della confusione vissuta durante la prima parte del lavoro e le viene in mente la frammentazione che hanno vissuto come équipe. Molte colleghe sono andate in pensione, altre sono state trasferite. Altre ancora sono state temporaneamente spostate e poi sono rientrate. Inoltre, la pandemia non ha permesso per tanto tempo di fare équipe come di consueto. L'équipe attuale non ha quindi avuto ancora il tempo di costituirsi come gruppo. Per questa ragione si sentono molto affaticati.

Cerco di restituire al gruppo le mie riflessioni. Parlo di quanto mi abbia colpito la trasformazione del gruppo dal mio arrivo nella stanza al momento presente. Ho visto un gruppo stanco, affaticato, sfiduciato, apparentemente poco vitale prima di iniziare a parlare del caso. Poi, quando il gruppo si è messo al lavoro, ho assistito a una rivitalizzazione del gruppo stesso, ho sentito una partecipazione emotiva intensa alla situazione di Makena, un ascolto partecipe e un forte desiderio di lavorare insieme.

Riprendo le parole di Makena del primo colloquio: "Il mio problema è la tristezza". Mi sembra che sia il sentimento profondo che emerge, nonostante rischi di essere dimenticato, nascosto dai tanti agiti della paziente, che "fa muovere tutti": le équipe delle due sedi, i diversi servizi coinvolti, l'amica che l'aiuta a fare il trasloco, l'amica che la porta in vacanza, le varie "famiglie adottive" che trova.

Raccolgo inoltre la tematica dell'interruzioni nei legami. La storia di Makena mi sembra infatti una storia di interruzioni, di lutti: il lutto del paradiso perduto dell'infanzia, l'infertilità, i tentativi di adozione non andati in porto, la separazione di Makena dalla propria famiglia di origine, dalla propria terra di origine, la separazione coniugale dei genitori adottivi, la separazione continuamente reiterata della ragazza dalla madre e dal padre attraverso i traslochi, la morte traumatica della prima figlia del padre soffocata dal confetto, la malattia degenerativa della madre adottiva. Mi chiedo se la tristezza presentata da Makena nel primo colloquio abbia proprio a che fare con il dolore di affrontare questi lutti, troppi e forse troppo dolorosi, di cui sembra farsi portavoce, ma che attraversano le generazioni precedenti.

Chiedo al gruppo se i tentativi di aiutare la coppia genitoriale, mettendo in campo numerosissime risorse, possano essere stati vissuti come tentativi di "metterli fuori dalla porta" perché inadeguati (angoscia vissuta dalla madre e forse legata all'infertilità, bonificata temporaneamente dall'infanzia della ragazza, che aveva bisogno di rimanere "appiccicata" alla mamma, e rialimentata dalle istanze separative adolescenziali).

Pensando al gruppo come a un dispositivo mentale che supera la specificità del singolo, propongo di provare a immaginare insieme un modo per

“adottare” nella nostra mente questa coppia genitoriale. Singolarmente sembra sia stato impossibile riuscire a farlo, ma forse il gruppo potrebbe esprimere questo plus valore.

Come Makena anche il gruppo è stato nell’ultimo periodo un gruppo triste, sfidato dalle tante perdite e frammentazioni, e sta cercando, attraverso il lavorare insieme, una possibilità di rivitalizzazione, provando a includere e adottare i nuovi membri e costituendo finalmente la nuova équipe.

Dopo il mio intervento mi sembra che il funzionamento del gruppo si modifichi, iniziando a diventare più associativo. Il “risveglio” del gruppo mi pare avvenga nel momento in cui restituisco loro le mie osservazioni su come li ho visti. Ho quasi la sensazione che da curvi sulle sedie si mettano in posizione più dritta.

Chiara (psicologa) parla dell’importanza di aiutare Makena a sentire la tristezza e le viene in mente un film in cui si parla di una madre che inizialmente viene presentata come una “cattiva madre”, poi a un certo punto del film si assiste a un cambiamento di prospettiva e la madre appare in una luce diversa.

Agnese, un’assistente sociale, ricorda alcuni aspetti della mamma di Makena, non emersi nella prima sessione del gruppo, che le sono venuti in mente come possibili risorse.

Maria, la psicologa che ha portato il caso, sembra mostrare un atteggiamento profondamente mutato: da persona che si era mostrata apparentemente non bisognosa dell’aiuto del gruppo e che dava ormai per perso il rapporto con i genitori della ragazza, dice di ritrovarsi nelle osservazioni fatte e ringraziarla perché si è sentita molto aiutata. Tuttavia, si sente molto spaventata all’idea di affrontarli nuovamente e da sola, le sembra “troppo”.

A questo punto Renata, psicologa, che si era data disponibile nel passato a vedere i genitori nell’ambito dello spazio del sostegno alla genitorialità, immagina di poterli mettere non più “fuori dalla porta” ma di vederli insieme a Maria all’interno del servizio, non inviandoli “fuori”. La collega si sente più rassicurata di fronte a questa possibilità. Non è ancora chiaro il modo di procedere ma sembra emergere la fiducia che in équipe si potrà trovare la strada.

Riflessioni (sul gruppo e in gruppo) e discussione

Le riflessioni che seguono sono il frutto non solo di un pensiero individuale e duale (supervisione), ma anche gruppale. Ho avuto infatti l’opportunità di riflettere insieme al gruppo di colleghi dell’associazione Acanto sul materiale clinico oggetto dell’articolo.

Makena, ma anche il gruppo, hanno vissuto l'esperienza dell'adozione.

Adottare vuol dire, da parte di chi adotta, avere la capacità di accogliere e trasformare gli elementi di "non pensabilità". Poiché il bambino adottato:

«proviene da un altrove dove noi non c'eravamo quando ci sarebbe stato bisogno che qualcuno ci fosse per farsi carico di questi grovigli di sensorialità non pensata/non pensabile che urgevano in attesa della mente disponibile dell'Altro» (Ferro, 2012, p. 5).

In questo senso possiamo pensare all'adozione come a una funzione della mente gruppale poiché l'esperienza di appartenere a un gruppo aiuta a diventare più disponibili all'accoglienza dei pensieri che circolano, senza sentirsi invasi, annullati o indebitamente influenzati. Secondo Neri (2006), rendersi disponibili per i pensieri di altri implica la capacità di fare spazio dentro di sé, aprire un tempo di attesa che non sia sperimentato soltanto come vuoto e ansia. Lo stesso autore sottolinea come, in questo modo, si costituisca un'area intellettuale, emotiva e fantasmatica comune che permette il superamento delle fasi di minor integrazione presenti nel gruppo (Neri, 1979c) e la possibilità di raggiungere i pensieri non conosciuti, non pensati, gli affetti senza rappresentazione, bloccati, scissi, rimossi, proiettati o evacuati.

Fin dai primi istanti emerge nel gruppo come tematica centrale l'estremo bisogno degli operatori. Il momento iniziale dell'incontro, come avviene spesso in questo tipo di gruppi, è raccontato con descrizioni di tipo sensoriale. Secondo Giaccaglia (2016), l'elemento percettivo-concreto sembra rappresentare una modalità di manifestarsi degli aspetti più arcaici depositati nell'istituzione, che l'autore definisce elementi "beta-istituzionali", che progressivamente si organizzano in significati rappresentabili e pensabili dal gruppo.

La confusione e la frammentazione che emergono nel gruppo sembrano rappresentare anche una disorganizzazione del lavoro di équipe, che appare sfilacciato. La possibilità di creare un contenitore per le esperienze emotive e il pensiero sembra attaccata e genera paure molto forti. Come sostiene Neri (2021), il "gruppo-Sfinge" è un "mostro" non solo in quanto gli individui vi posso essere fagocitati, ma anche in quanto ha grandi potenzialità. Il gruppo porta sulla scena vissuti di isolamento, di alienazione e una coazione al fare, che spesso rende impossibile sentire, pensare, sognare. Il gruppo sembra presentare la stessa sofferenza su cui aveva mandato di cura, caratterizzata da solitudine e frammentazione (Brunori, 2016).

Nel corso della seduta possiamo tuttavia osservare come inizi a emergere nel gruppo quella funzione creativa della mente capace di contenere ed elaborare i pensieri, gli affetti e le emozioni presenti nel campo analitico, a svilupparsi in modo embrionale un pensiero che potremmo definire multiplo,

multifocale, polivalente (Dorliguzzo, 2016; Corrao, 1995), in cui poter ripensare alcuni elementi scissi e dispersi e mettere in moto la capacità di integrazione del gruppo, che può cambiare punto di vista, diventare maggiormente associativo e avere un funzionamento meno proiettivo.

Forse a causa della fatica di osservare il gruppo senza essere travolta dalla quantità e dall'intensità delle immagini, e avendo a disposizione solo due incontri, mi rendo conto di avere avuto difficoltà a restituire all'équipe i forti bisogni espressi, a centrare maggiormente la comunicazione su questo, in particolare sulla fatica dell'équipe, troppo bisognosa essa stessa, per accogliere i bisogni della ragazza e della famiglia. Anche il gruppo sembra aver vissuto il Vietnam. Mi chiedo se l'istituzione non li esponga a una quantità di dolore eccessivo, che chiede un maggior contenimento, anche attraverso la revisione di aspetti organizzativi, al di là di quelli squisitamente clinici, che possono essere messi a fuoco attraverso la supervisione. Forse anche l'équipe chiede di essere adottata dall'istituzione.

Il rapporto con l'istituzione sembra essere particolarmente importante all'interno del lavoro del gruppo in questo tipo di situazioni: il gruppo, attraverso il suo lavoro, potrà cogliere nell'istituzione in cui è inserito quei fenomeni complessi che la attraversano, soprattutto nei momenti e nei luoghi di criticità. Secondo Bleger infatti (2011), in un contesto istituzionale i conflitti suscitati nei livelli superiori si rivelano nei livelli inferiori.

Sarebbe stato inoltre possibile aprire maggiormente la riflessione con gli operatori sulla difficoltà di rispettare il setting, che sembra andare in parallelo alla mancanza di rigore nel lavoro di équipe. La riflessione sul setting in questo tipo di contesto mi sembra particolarmente significativa.

Dorliguzzo (2016) riporta come nelle istituzioni spesso il setting necessita di essere più volte riformulato contrattualmente e messo a punto attraverso progressivi aggiustamenti, diventando più un punto di arrivo che di partenza. Setting e contratto devono quindi essere mantenuti nel gruppo e nella mente del conduttore come elementi "non saturi", in sospensione.

Un altro elemento di criticità riguarda il lavorare con gruppi a termine con tempi molto ristretti, in cui vi è la consapevolezza di avere a disposizione un contenitore insufficiente per poter trasformare il materiale percepito come distruttivo, debordante, generatore di angoscia e paura. Gli elementi colti e diventati "visibili" dovrebbero poter sostare dentro il gruppo per un tempo sufficiente a essere elaborati (Dorliguzzo, 2016).

«I percorsi del lutto e la modulazione dell'aggressività, l'angoscia e l'accettazione del destino impersonale, richiedono tempi lunghi e pacati, agio e soste» (Ambrosiano, 2021, p. 123).

In queste situazioni la qualità del lavoro dipende anche dal grado di formazione di ogni operatore, dalla sua esperienza e dalle sue capacità creative (Utrilla Robles, 2016).

Nonostante i limiti di questo tipo di gruppi, l'esperienza vissuta mi porta a concordare con Elia (2016), che li considera come una prima importante tappa di preparazione a stadi successivi in cui, il progetto di chi interviene, può essere quello di sviluppare nei gruppi e nelle istituzioni la sensibilità e la consapevolezza del bisogno di elaborare «quegli addensati caotici e/o mortiferi» (Elia, 2016, p. 78) di cui sono intrisi.

Nonostante le criticità discusse, connesse anche alla situazione emergenziale che caratterizza oggi i servizi sanitari pubblici e che costringe spesso a lavorare in situazioni limite, il gruppo ha espresso le sue potenzialità. Mi ha colpito la potenza della sua capacità trasformativa, che sembra aver rivitalizzato il gruppo stesso e aver permesso lo sviluppo di una funzione adottante fondamentale per sostenere il lavoro del lutto, inteso come l'attività dell'apparato psichico per dare significato alle vicende dell'esistenza, particolarmente necessario dinanzi alle vicende traumatiche (Ambrosiano, 2021). Mi chiedo se anche i partecipanti al gruppo abbiano potuto intuire tale ricchezza, ancora in potenza, e sperimentare un senso di vitalità, che ha permesso loro di chiedere all'inizio del successivo e ultimo incontro, quindici giorni dopo, la disponibilità a proseguire gli incontri con regolarità.

Un anno dopo, nel corso di una supervisione, emergerà l'immagine di una goccia che cade nel mare creando cerchi concentrici sempre più ampi, per descrivere il lavoro del gruppo di supervisione, che ha portato successivamente alla costituzione di altri tre gruppi all'interno del servizio, rialimentando la speranza in un momento in cui nell'istituzione dominavano forti angosce di morte legate al progressivo depotenziamento del servizio e alla possibile chiusura dello stesso per mancanza di risorse e per scelte legate alla politica aziendale. Il lavoro di gruppo sembra quindi aver rappresentato un piccolo e iniziale passo per instaurare una cultura gruppale all'interno del servizio e mantenere attivi nel tempo i luoghi di pensiero e di cura.

Riferimenti bibliografici

- Ambrosiano L. (2021). *Nello spazio del lutto*. Milano-Udine: Mimesis Edizioni.
- Bleger J. (2011). *Psicoigiene e Psicologia Istituzionale*. Bari: Laterza.
- Brunori P. (2016). Pensare nel gruppo, pensare nell'istituzione. In: contributi di: Guelfo M. e Neri C., saggi di: Angeli S., Brunori P., Ciavoni M., Del Rosso A., Dorliguzzo M.B., Elia M., NF, Giaccaglia C., Smorto G. e Tabarini P., *Per una psicoanalisi nelle istituzioni. Pensare in gruppo*. Roma: Armando.

- Corrao F. (1995). Ti koinon: per una metateoria generale del gruppo a funzione analitica. In: *Orme*. Vol. II. Milano: Raffaello Cortina.
- Dorliguzzo M.B. (2016). Costanti del modello di “Piccolo gruppo a funzione analitica” e sue variabili negli interventi istituzionali. In: contributi di: Guelfo M. e Neri C., saggi di: Angeli S., Brunori P., Ciavoni M., Del Rosso A., Dorliguzzo M.B., Elia M., NF, Giaccaglia C., Smorto G. e Tabarini P., *Per una psicoanalisi nelle istituzioni. Pensare in gruppo*. Roma: Armando.
- Elia M. (2016). Istituzione... terra di tutti e di nessuno. Quale modello per esplorare il caos? In: contributi di: Guelfo M. e Neri C., saggi di: Angeli S., Brunori P., Ciavoni M., Del Rosso A., Dorliguzzo M.B., Elia M., NF, Giaccaglia C., Smorto G. e Tabarini P., *Per una psicoanalisi nelle istituzioni. Pensare in gruppo*. Roma: Armando.
- Ferro A. (2012). Presentazione. In: Schlesinger C.A., *Adozione e oltre*. Roma: Borla.
- Giaccaglia C. (2016). Setting e campo analitico. Gruppi di esploratori nelle istituzioni. In: contributi di: Guelfo M. e Neri C., saggi di: Angeli S., Brunori P., Ciavoni M., Del Rosso A., Dorliguzzo M.B., Elia M., NF, Giaccaglia C., Smorto G. e Tabarini P., *Per una psicoanalisi nelle istituzioni. Pensare in gruppo*. Roma: Armando.
- Lawrence W.G., Bain A. e Gould L. (1999). Il quinto assunto di base. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 33, 1: 35-62.
- Neri C. (1979). La torre di Babele: lingua, appartenenza, spazio-tempo nello stato gruppale nascente. *Gruppo e funzione analitica*, I, 2-3: 25-47.
- Neri C. (2006). Pensieri senza pensatore. *Gruppo e funzione analitica*, XXVII, 1: 17-32.
- Neri C. (2021). *Il gruppo come cura*. Milano: Raffaello Cortina.
- Turquet P.M. (1974). Leadership – The Individual in the Group. In: Gibbard G.S., Hartman J.J. e Mann R.D., Eds., *Analysis of Groups*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Utrilla Robles M. (2016). *Le terapie nelle istituzioni sono possibili?* Roma: Giovanni Fioriti.

Come comincia un'esperienza in gruppo?

di Anna Iannotta*

[Ricevuto il 01/06/2025
Accettato il 26/06/2025]

Riassunto

L'articolo parla della formazione di operatori, che lavorano in un lavoro educativo con minori nei Centri Aggregativi per Minori e sperimentano la complessità del lavoro in gruppo. Nella mente degli operatori il concetto di lavoro in gruppo prende forma. Esperienza collettiva legata al territorio del Molise.

Parole chiave: Minori, Lavoro di gruppo, Fondazione filantropica.

Abstract. *How does a group experience begin?*

The article talks about training of operators who work in educational work with minors in Youth Aggregation Center and experience the complexity of group work. In operators's mind the concept of a group works takes shape. Collective experience linked to the Molise territory.

Keywords: Minors, Group work, Philanthropic foundation.

* Psicologa, psicoterapeuta, psicodrammatista, didatta Sipsa (via Appia Nuova, 666 – 00179 Roma); iannotta.anna@gmail.com

Gruppi/Groups (ISSNe 1972-4837), 1-2/2023
Doi: 10.3280/gruoa1-2-2023oa21220

GRUPPI IN CONTESTI PARTICOLARI

Noi siamo, nel nostro destino insondabile,
un colloquio o siamo invece una solitudine:
un'isola monadica chiusa in se stessa,
o un'isola che tende dolorosamente
a farsi dialogo e colloquio?
Eugenio Borgna

Noi siamo un colloquio (Borgna, 1999) è il testo che mi ha fatto in qualche modo da guida in tutti gli incontri di supervisione che ho condotto in dei CAG del Molise, esperienza di cui desidero raccontarvi. Ho strutturato questo scritto quasi come un dialogo, perché vorrei sottolineare come nella mente degli operatori sia necessario un dialogo interno continuo, con se stessi e con la realtà dell'istituzione in cui prestano servizio.

“Andiamo a prendere un caffè?”. Da questo semplice invito di un collega che incontro regolarmente nel mio lavoro istituzionale nelle scuole del VII municipio a Roma ha inizio l'esperienza che desidero descrivere. Di fronte a quei caffè ci confrontavamo su diversi temi riguardanti la scuola e l'educazione dei bambini.

Durante il periodo della pandemia il nostro dialogo è continuato online e in una di quelle occasioni mi ha parlato di un progetto che stava partendo in Molise e che riscuoteva un certo successo nei piccoli comuni dell'Ambito Territoriale di Venafro. Il progetto riguardava la creazione e la gestione dei centri aggregativi diffusi (CAG), che offrono ai ragazzi tra i 6 e i 12 anni del territorio uno spazio dove incontrarsi, fare i compiti e giocare. Le distanze per raggiungerli potevano essere brevi o molto lunghe per quei ragazzi che vivono in luoghi di montagna. Questo problema riguardava anche gli operatori stessi, tutti educatori del territorio, che non potevano comunicare tra loro con facilità. La distanza era ulteriormente aumentata a causa delle restrizioni per il COVID: questo isolava ancora di più i ragazzi e rendeva maggiormente impegnativo il lavoro degli educatori e lo scambio tra loro.

Fin da subito mi interrogo sulla possibilità di fare agli operatori una supervisione online, poi in presenza appena ne è stato possibile, utilizzando lo psicodramma analitico, ma come poterlo praticare con chi non conosce tale modo di lavorare in gruppo? Per dare una conoscenza “in pillole” di questo strumento di lavoro al collega mi è venuta in aiuto una connessione da me scritta per la rivista *Gruppi* dal titolo “Legami familiari e violenza, il lavoro del gruppo nella pensabilità”. In questo scritto avevo raccontato l'esperienza di un lavoro psicoterapeutico condotto con un ragazzo del Molise attraverso un gruppo di psicodramma analitico in un ambulatorio del Centro di Salute

Mentale della Asl Rm1. In questo caso il Molise, territorio di appartenenza di tutti gli individui in causa, diventava un carattere identitario oltre che un aspetto per attivare una forte risonanza: ciò ha permesso di affidarmi l'incarico della supervisione, che è iniziata online nel febbraio 2021.

Nei primi incontri il gruppo di operatori ha privilegiato il livello più cognitivo: raccontavano quanti erano i ragazzi, il lavoro che svolgevano e con che frequenza. Si capiva che gli operatori ci mettevano molto impegno per la riuscita del progetto: era per loro importante che funzionasse e potesse continuare essendo un lavoro legato al territorio, dove le possibilità di impiego non sono così frequenti. Ho quindi promosso una partecipazione più personale, che mettesse in evidenza il carattere personale e l'aspetto emozionale legato all'incontro con i bambini, cosa non affatto semplice. Per farlo ho deciso di introdurre un lavoro con gli acrostici.

La prima parola scelta è stata: *Condivisione*, perché le scelte di lavoro, hanno spiegato, venivano condivise tra tutti. Ho chiesto a ciascuno di loro di preparare un breve scritto su questo tema e di inviarmelo qualche giorno prima dell'incontro successivo, in modo da avere il tempo di restituire la lettura dei testi rielaborata con un'ottica psicodinamica. Le parole in libertà hanno permesso l'emersione di un discorso molto attento al contesto in cui si svolgeva l'esperienza. Ne può essere un esempio proprio l'acrostico della parola *Condivisione*:

Compagni
Onesti
Nati
Da
Individui
Vivaci
Insieme
Si divertono
In
Occasioni
Non
Eccellenti

Durante un gruppo ricordo che mi aveva colpito e incuriosito leggere in un acrostico: "noi siamo degli audaci". Che cosa poteva mai significare essere audaci in un lavoro di socializzazione con bambini e adolescenti? L'ho ben compreso alcuni mesi più tardi quando mi sono recata in Molise per un incontro in presenza.

Attraversando un paesaggio rurale ho notato dei grandi cartelli bianchi in cui era scritto: “La Neuromed cerca personale OSSE da inserire nei propri ruoli. Titolo preferenziale è la residenza nel territorio”. La Neuromed è un centro di eccellenza per la neurochirurgia, voluto da un chirurgo molisano che accoglie pazienti da tutte le regioni del centro e del sud Italia. Forma personale sanitario del luogo che potrà rimanere a lavorare nel proprio territorio di residenza, mantenendo così viva una rete sociale.

In questo senso ci si poteva sentire audaci anche nel lavoro di socialità dedicato ai bambini dei piccoli comuni, proteggendo e mantenendo vivi i legami nel proprio territorio. In un paesaggio naturale, racchiuso in pochi metri quadrati di tela bianca, c’era quindi un messaggio potente. L’immagine si imponeva all’attenzione con tutta la sua valenza simbolica: creare rete nel territorio, legami, lavoro e una progettualità nel fare famiglia.

Durante gli incontri di gruppo succede spesso che l’animatore si chieda quanto del proprio messaggio venga recepito dall’altro. A tal proposito Lacan scrive che il soggetto riceve dall’altro il proprio messaggio in forma invertita e che in questo passaggio si costituisce come soggetto (Lacan, 1974).

Girovagando sul web, un giorno mi è capitato di vedere la pagina Facebook dei CAG del Molise. Questa viene utilizzata per pubblicizzare le attività extra e per comunicare alle famiglie i giorni di apertura e di chiusura dei vari centri. Era il 14 febbraio, San Valentino, e sulla pagina era stato pubblicato un nuovo post: una foto composta da tanti piccoli foglietti scritti con una calligrafia infantile e utilizzati per comporre l’acrostico della parola “Amore”. L’esercizio fatto attraverso gli acrostici, utilizzato con gli operatori per suscitare una pensabilità circa il loro operato, viene a sua volta da loro stessi veicolato e quindi rimandato attraverso le associazioni dei bambini. Le idee viaggiano e vengono fatte proprie dal soggetto che le recepisce. È così che il soggetto riceve dall’altro il proprio messaggio in forma invertita.

Per chiarire tutto ciò di cui ho parlato fino ad ora riporto una seduta condotta con lo psicodramma analitico. In quell’occasione un’operatrice ha raccontato che in un centro che accoglieva numerosi bambini c’era stata un’importante flessione della frequenza a causa della paura del contagio del Covid. Tutto ruotava attorno ai vaccini: chi aspettava la vaccinazione, chi ne aveva timore. Le mamme preferivano essere caute e non mandavano i figli al centro.

Ecco la scena giocata:

Bambino marocchino: “Perché ci sono così pochi bambini al centro?”.

Educatrice: “Le mamme hanno paura del Covid”.

Bambino marocchino: “Mio padre dice che il Covid è finito e non c’è nessun bisogno di vaccinarsi”.

Da un lato c'era una legge sanitaria e dall'altro la parola di un padre che portava la sua cultura e i suoi valori, aspetti contrapposti in cui il bambino era intrappolato. A chi credere e a quale dei due mondi appartenere? Il gioco disvelava sia le diverse appartenenze di razze e culture, sia l'importanza di poter avere un luogo dove porre delle domande.

Ricordo il commento fatto dall'educatore che aveva preparato il progetto: "Nella relazione di rendicontazione abbiamo messo solo i numeri, quanti bambini frequentano il centro, così l'analisi è più interessante". Capitava talvolta che le madri chiamassero i propri figli come "il primo" o "il terzo". È quando compare la soggettività, la caratteristica propria di quel soggetto, il tratto unario che lo contraddistingue come unico, che c'è il soggetto.

Un giorno di aprile, prima dell'incontro di supervisione, mi era arrivata la notizia che al CAG di Limosano erano arrivati dei bambini ucraini e occorreva prepararsi... a cosa? E come erano arrivati proprio in quel paese? Con un po' di ritrosia gli operatori mi hanno raccontato che le donne molisane ai tempi dell'incidente di Chernobyl si resero disponibili a ospitare quei bambini ucraini per far loro trascorrere le vacanze estive in un luogo non contaminato. All'inizio della recente guerra tra Russia e Ucraina le donne molisane hanno richiamato quella sorta di figlie adottive per dar loro la possibilità di stare in un luogo di pace e queste sono arrivate portando i loro figli. Per fortuna una di loro parlava un po' di italiano e così si poteva comunicare. In un secondo momento sono arrivati anche gli uomini ucraini che fuggivano da Kiev e dalle bombe. Tra questi anche un ragazzo un po' più grande dell'età media dei partecipanti che inizia a frequentare il centro: era per lui l'unico luogo di socializzazione.

Il problema che si pone e angoscia gli operatori è come comunicare con lui e cosa fargli fare. In gruppo esploriamo insieme le varie possibilità ed emerge che un canale potrebbe essere la musica: ma cosa gli piace? Chiediamo all'operatrice se può contattare la madre del ragazzo, una donna medico che parla inglese, per saperne di più sui gusti musicali del figlio e questa ci risponde che in quella casa non ci vuole più tornare: "No, io ci sono stata una volta in quella casa per avere la liberatoria della frequenza al centro, ma non ci voglio più tornare. La nonna è rimasta a Kiev con un'altra persona disabile, che non può lasciare da sola. C'è un'aria di morte lì dentro, sono sempre al telefono con Kiev. Io non ci torno lì".

Nel gruppo circola molta angoscia.

Lacan ha dedicato il seminario X all'angoscia, definendolo: "il sentimento che non inganna".

Louis Izcovich (2023) afferma che l'angoscia sorge quando appare qualcosa laddove non deve esistere niente. Ecco un esempio: in una scena di un

qualsiasi film c'è una donna che fa il bagno e improvvisamente nell'inquadratura appare un coltello.

Cosa era successo nella mente dell'operatrice? Sembra che sia entrato nella scena un reale perturbante, sconvolgendo la quotidianità. Come si può entrare in contatto con quella cosa indicibile, con cui non si trova un linguaggio comune? Sembrava difficile creare un contatto, impossibile entrare in dialogo.

Non era invece affatto così tra i ragazzi. Loro si aiutavano con molta naturalezza e riuscivano a dialogare al di là delle parole: una delle ragazze più grandi si è offerta di giocare insieme al ragazzo ucraino a palla. Dopo alcuni giorni di frequenza al centro, Timur troverà qualcuno per fare un tratto di strada insieme verso casa: non è più solo.

In supervisione il racconto di questo episodio è stato accompagnato da forti sentimenti di attenzione e partecipazione, il gruppo si è sentito unito da un grande coinvolgimento emotivo. Ricordo le parole di Anzieu:

«Per quanto riguarda lo psicodramma collettivo che ho praticato molto mi è parso esercitare gli effetti seguenti quando è utilizzato per la formazione clinica degli psicologi, degli psichiatri degli operatori sociali: messa alla prova del soggetto nelle sue capacità di sopportare la situazione di gruppo da una parte e la patologia mentale altrui dall'altra, messa in luce dai fantasmi soggiacenti alla relazione educativa e curativa, prospettiva sui processi inconsci di gruppo e sul tipo di lavoro psicoanalitico corrispondente» (Anzieu, pp. 19-20).

In quel momento la supervisione aveva funzionato come contenitore dell'angoscia potendola nominare e attraversare, sollevando gli operatori dal loro carico emotivo e aiutandoli a trovare una soluzione creativa alla situazione di stallo che stavano vivendo.

Ma gli operatori devono affrontare anche ben altre sfide, come ad esempio l'opposizione dei bambini. In un piccolo CAG c'è un gruppetto di bambini che vuole solo giocare senza tenere conto delle regole e dei momenti di socialità condivisa. Quando viene ricordato loro che c'è un codice di comportamento istituito, viene quindi fatto un richiamo alla legge del padre, loro abbandonano il centro e impunemente si mettono a giocare a palla proprio nel campo di fronte.

Sembrava verosimile pensare che la pandemia, con il suo carico di regole sanitarie necessarie per combatterla, ponesse il soggetto in un fare i conti fra sé e il mondo circostante. Questo confronto spesso faceva scaturire una dialettica, a volte solo un'aggressiva oppositività, che non permetteva negoziazioni. A tutt'oggi in quel piccolo centro non è stato possibile riattivare un CAG.

Il lavoro di supervisione continua per permettere il proseguo del progetto e un giorno arriva una richiesta inattesa: il tutor sportivo, che gestisce una delle attività più apprezzate dai ragazzi, chiede di partecipare al nostro gruppo. Il gruppo lo accoglie, il desiderio di partecipazione diventa elemento aggregante e fa sì che professionalità diverse si sentano parte di uno stesso progetto. Il linguaggio naturalmente cambia e si rende comprensibile anche a coloro che sono di discipline altre, ci si interroga non tanto sulle attività sportive, ma su come i bambini comunicano con il corpo, portando all'attenzione difficoltà e impacci.

A tal riguardo Lacan scrive:

«Tutti voi avete un corpo da cui procede il vostro immaginario. Siete sorti da questa cosa favolosa totalmente impossibile che è la stirpe generatrice. Siete nati da due germi che non avevano nessun motivo di unirsi a parte questa strana cosa che si è convenuto chiamare amore. Fanno l'amore, ma in nome di che, santo cielo? Ora ci si è resi conto che l'amore si sostiene unicamente su questo, ama il prossimo tuo come te stesso. Ma in nome di che cosa vuoi amare te stesso? Precisamente in questo punto si incontra il fenomeno straordinario che si realizza a partire dal fatto che l'uomo ama la sua immagine come la cosa più vicina a lui, vale a dire il proprio corpo. E tuttavia del proprio corpo egli non ne ha la minima idea. Crede che sia "io". Ognuno crede che si tratti di sé. Invece è un buco. E poi, fuori, c'è l'immagine e con questa immagine egli fa il mondo» (Lacan, 1974, p. 17).

In un gruppo dedicato alla socializzazione come si costruisce e prende voce il desiderio dell'operatore di poter immaginare diversamente quel lavoro, di ascoltare e dialogare con la motivazione profonda che porta a fare proprio quel determinato lavoro?

Lo spazio della supervisione viene usato anche per portare difficoltà e amarezze: "Perché non riusciamo a trattenere gli adolescenti all'interno del centro? Ne avevamo alcuni che saltuariamente venivano, ma poi gli abbiamo imposto gli orari e le regole... Dobbiamo progettare qualcosa per loro. Con i bambini piccoli è più semplice". L'educatrice ricorda quanto avvenuto qualche giorno prima: dei genitori avevano tardato a venire a prendere il figlio e questo aveva iniziato a piangere. Ci siamo interrogati in merito al vissuto abbandonico provato dal piccolo e a che tipo di richiesta ci fosse dietro quel pianto: come poterla incontrare, quando ascoltare l'altro ma anche ascoltare se stessi per comprendere quel tempo in cui il bambino si era sentito lasciato cadere, solo e dimenticato.

E quindi come poter incontrare il gruppo di adolescenti, come riuscire ad agganciarli al centro? Eppure, tra loro riuscivano ad aiutarsi, come avevano fatto col ragazzo ucraino.

Come nasce un desiderio nella mente dell'operatore e quale immagine di bambino, adolescente, adulto ha dentro di sé? È proprio attorno a queste riflessioni che si fondava la progettualità del gruppo di lavoro.

Desidero infine raccontare una seduta di supervisione in particolare, perché da un lato il contenuto portato nell'incontro mi ha permesso una riflessione più profonda, dall'altro mi ha consentito di fare un collegamento con il sentimento di appartenenza alle associazioni psicoanalitiche. In apertura del gruppo il coordinatore racconta di non aver mandato per tempo la richiesta al Comune per richiedere la possibilità di tenere aperto il centro un secondo giorno a settimana. Il Comune ha concesso questa disponibilità a un'altra Associazione che fa musica: ci sarà un Maestro che insegnerà ai ragazzi come suonare un organetto.

Si gioca la scena.

Il coordinatore racconta di aver parlato con questo Maestro e di aver concordato di terminare prima le attività di socializzazione per dare a lui modo di fare la successiva lezione di musica. Il tutor sportivo Paolo viene scelto per fare il Maestro.

Dopo il gioco tra me e Paolo avviene questo scambio:

Paolo: "Ma perché i ragazzi mi chiamano Paulo?"

Io: "Credo perché è un nome romano".

Paolo: "Mah, io credo invece perché è il nome di un giocatore: Paulo Roberto Falcao".

Mi viene in mente che un amico logopedista mi aveva detto che i bambini hanno più facilità a dire "au" piuttosto che "ao".

Mi sono chiesta il motivo dell'immediatezza di quella mia associazione e ho ritrovato nella mente un ricordo: ero in una casa della mia infanzia quando qualcuno ha chiesto a Gaia Servadio, artista che era in quei luoghi per una mostra, il significato di una iscrizione su un frammento in pietra. Lei subito aveva risposto: "È la casa di Paulo, un nome romano".

Questo ricordo ne fa affiorare subito un altro: ero ad un convegno in cui parlava il padre dell'artista, lo psicoanalista Emilio Servadio. Ero rimasta molto affascinata dalla sua relazione e durante la pausa gli avevo posto una domanda a cui aveva risposto: "Perché non l'ha detto in aula, nel luogo pubblico?".

Oggi, a distanza di tempo, quelle parole risuonano con un significato molto diverso. Ciò che accade nel piccolo gruppo di psicodramma ha valore di pubblicazione: il gioco è un atto che rappresenta pubblicamente, nel luogo pubblica, i vissuti interni dell'operatore che ne prende parte.

Dice Gaudé:

«Lo psicodrammatista si trova nella posizione di agente di un processo sociale, agente doppio, rappresentante del partecipante e rappresentante del coro, dell'uditório futuro (...) il discorso drammatico si sviluppa in concordanza con il discorso dell'uditório, che sostiene un posto vacante del soggetto non solo tramite la funzione di rappresentazione ma simultaneamente a quella di pubblicazione» (Gaudé, 2015, p. 163).

Mi viene da pensare che forse, a distanza di tanti anni, grazie a questo scritto sull'esperienza dei CAG in Molise, faccio quello che mi aveva suggerito Servadio: una pubblicazione a un uditorio più vasto.

La designazione del posto che si occupa nella società viene data dal proprio nome e dal patronimico; l'attenzione al nome proprio, l'ingresso nella società del bambino e la comparsa di figure istituzionali mi fanno riflettere sulla funzione paterna, sul "pater familia". Nel pensare e nel dare vita a una esperienza di gruppo credo sia all'opera quell'ideale dell'Io che permette di continuare una tradizione, di essere nel solco, di compiere quell'antico gesto di aprire un terreno per far germogliare qualcosa.

Una visita all'Ospedale degli Innocenti a Firenze mi ha fatto pensare a quanto il nostro lavoro nasce da lontano. Questo Ospedale è nato da un atto caritatevole: il mercante pratese Francesco Datini della corporazione dell'Arte della Seta fece una donazione di mille fiorini e diede incarico al Brunelleschi di creare un luogo di accoglienza per l'infanzia abbandonata. Oggi vi ha sede il Centro nazionale di documentazione e analisi sull'infanzia e l'adolescenza.

Ai nostri giorni alcune Fondazioni, come IntesaSanPaolo e Vismara, elargiscono dei fondi per permettere l'esistenza di luoghi di socializzazione per i piccoli centri CAG del Molise e per far sì che quel prezioso lavoro trovi una pubblicazione e dei lettori curiosi. Essere nel solco significa anche continuare una tradizione che viene da lontano.

Riferimenti bibliografici

Anzieu D. (2021). Ciò che può e non può il gruppo. *Gruppi*, XXI, 2: 15-27.

DOI: 10.3280/gruo2-2020oa12578

Borgna E. (1999). *Noi siamo un colloquio*. Milano: Feltrinelli.

Gaudé S. (2015). *Sulla rappresentazione*. Roma: Alpes.

Iannotta A. (2020). Legami familiari e violenza, il lavoro del gruppo nella pensabilità. *Gruppi*, XX, 2: 175-179.

DOI 10.3280/GRU2019-002017

- Izcovich L. (2023). “La clinica del fantasma”. Conferenza del 28 gennaio presso la libreria Tomo, Roma.
- Lacan J. (1974). Il fenomeno lacaniano. *La psicoanalisi*, 24: 6-17, luglio-dicembre 1998.
- Lacan J. (2007). *Seminario X. L'angoscia*. Trad.it: di Succetti A., a cura di Miller J-A. e Di Ciaccia A., Torino: Einaudi

Il setting gruppale come contenitore per promuovere benessere psicologico: la progettazione multidisciplinare di un gruppo di neomamme per ri-pensare la maternità

di Monica Compostella* e Laura Sala**

*[Ricevuto il 13/03/2024
Accettato il 11/02/2025]*

Riassunto

L'articolo ripercorre il dialogo a due voci tra un'assistente sociale e una psicoterapeuta, co-conduttrici di un gruppo a frequenza settimanale aperto a donne in gravidanza e contemporaneamente a neomadri accompagnate dal loro bambino entro il primo anno di vita. Viene dato ampio spazio al racconto della progettazione sociale e del respiro interculturale e interdisciplinare che ha portato gli operatori e i Servizi coinvolti ad affrontare inizialmente la questione migratoria e le sue criticità in termini di isolamento, rischio di stigmatizzazione, disagio e marginalità attraverso uno sguardo complesso e integrativo. Ci si sofferma sul delineare come la cura di un gruppo di donne accomunate dall'attraversamento di una fase del ciclo di vita centrale e fisiologica abbia permesso di creare un luogo dalle valenze preventive a vari livelli e la co-costruzione di esperienze gruppali che attraversano le differenze, fanno scoprire somiglianze e creano meticciami.

Parole chiave: Maternità, Migrazione, Progettazione, Interculturalità, Interdisciplinarietà, Integrazione.

* Psicologa, psicoterapeuta, docente COIRAG, Responsabile Scientifico Apg, Milano (via Luigi Ornato, 46 – 20162 Milano; via Giacomo Tosi, 3 – 20900 Monza MB); compostella-moni@gmail.com

** Assistente sociale, Monza (Consultorio Familiare COF, Centro Orientamento Famiglia, c.so Vittorio Emanuele, 1 – 20900 Monza MB); laura.sala61@gmail.com

Gruppi/Groups (ISSNe 1972-4837), 1-2/2023
Doi: 10.3280/gruoa1-2-2023oa21221

GRUPPI IN CONTESTI PARTICOLARI

Abstract. *The group setting as a container to promote psychological well-being: the multidisciplinary design of a group of new mothers to re-think motherhood*

The article traces the dialogue between a social worker and a psychotherapist, co-leaders of a weekly group that is open to pregnant women in addition to new mothers and their infants under 12 months of age. Ample space is given to the account of social design and the intercultural and interdisciplinary breath that led the operators and services involved to initially address the migration issue and its critical issues in terms of isolation, risk of stigmatization, discomfort and marginality through a complex and integrative observation.) We focus on outlining how the care of a group of women united by crossing a central phase of the physiological life cycle, has made it possible to create a place with preventive values at various levels and the co-construction of group experiences, which navigate differences, reveal similarities and create hybridization. Space is also given to the social changes that the group has undergone, to the role played by the pandemic and to the new developments in being, to the considerations of the writers regarding the professional and social enrichment that the experience has given.

Keywords: Maternity, Migration, Design, Interculturality, Interdisciplinarity, Integration.

Introduzione e presentazione del lavoro

a cura di Monica Compostella

Questo scritto riguarda la narrazione di un'esperienza di co-conduzione interdisciplinare di un gruppo aperto di mamme in gravidanza o con un bambino nella fascia 0-1 anno, gruppo co-condotto dalle scriventi, l'una nel ruolo di psicoterapeuta, l'altra in quello di operatrice sociale, accompagnate anche da un'ostetrica e, per una parte del percorso, da una mediatrice culturale, negli anni dal 2010 al 2020, prima all'interno del reparto di Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale San Gerardo di Monza e successivamente in servizi territoriali della città di Monza.

Lo scritto è stato elaborato e co-costruito per una presentazione all'interno delle serate del Calendario scientifico di Apg che nel 2022 era intitolato "La nuova cura: sfide per il futuro. Dalla frammentazione alla gruppaltà" e dedicato alla ricerca sui bisogni emergenti lasciati anche dalla situazione pandemica, sui paradigmi necessari per leggere i bisogni di cura odierni e per rispondervi e sulla convinzione che il vertice gruppal possa facilitare una lettura complessa e articolata dell'esistente. A tal fine ogni serata era stata costruita con un dialogo a due voci tra uno psicoterapeuta e un professionista di discipline affini attivando un confronto tra i due relatori e un

dibattito con i partecipanti. Le scriventi hanno pensato l'intervento dialogandone insieme, integrando vertici osservativi, riflessioni e vissuti su questa esperienza condivisa; nel raccontarla si sono alternate e soffermate su un doppio binario di riflessioni.

Da un lato la filosofia che ha fatto da sfondo alla progettazione complessa in cui il gruppo è stato a un certo punto pensato e attivato, il percorso storico della nascita, degli spostamenti (dal reparto di Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale di Monza, agli spazi offerti dalla Comunità del Carrobiolo dei Padri Barnabiti a Monza, fino al Centro Orientamento Famiglia, Consultorio familiare privato accreditato sito nel centro di Monza), delle interruzioni causate dal periodo della pandemia Covid-19, della successiva ripresa fino a oggi. Dall'altro il clima all'interno del gruppo, il lavoro svolto, le riflessioni cliniche, il modo in cui è stata attraversata l'esperienza e gli aspetti della reciproca collaborazione professionale.

La presentazione così costruita è stata offerta alla riflessione e al dialogo con il gruppo allargato del pubblico delle Serate scientifiche, in un'ottica di confronto e ulteriore elaborazione, in quanto ritenuto stimolo per riflessioni a vari livelli.

Infatti, la sua origine è stata proprio la tensione a riflettere per individuare interventi di accompagnamento e cura di bisogni emergenti da scenari psicosociali in mutazione, nello specifico la fatica di integrazione (anche negli scenari sanitari legati alla maternità) da parte delle donne immigrate, nonché l'impennata delle crisi di depressioni post-partum e della solitudine delle neomamme italiane.

Inoltre, rappresenta un tentativo di realizzare un'équipe progettuale e operativa interdisciplinare, che ha attraversato le fatiche e anche i dolori insiti nello sforzo di integrarsi e contaminarsi sia al proprio interno sia attraverso l'incontro con il bisogno dell'altro e con l'ambiente che accoglie riceve l'intervento.

Infine, ha fatto delle gruppaltà, nella loro valenza specifica di rispecchiamento di somiglianze e di arricchimento attraverso le differenze, lo strumento centrale di studio e ricerca rispetto all'esperienza professionale.

Ricerca e progettazione

a cura di Laura Sala

Tutto è nato nel 2008 all'interno di un Servizio della Caritas Monzese, "Famiglieinsieme", che aveva da poco avviato un nido per favorire e sostenere donne immigrate con bimbi piccoli, accomunate dal bisogno di avviarsi al lavoro e dalla necessità di affidare i propri bimbi a un luogo sicuro.

Caritas stava riflettendo su come accogliere le famiglie migranti che arrivavano a Monza e su come identificare strategie e metodologie per facilitare questo fenomeno.

Don Augusto Panzeri, responsabile della Caritas Monzese, ebbe l'intuizione di creare un'équipe progettuale e operativa che elaborasse riflessioni tese a individuare interventi di ricerca-azione; l'obiettivo era quello di promuovere svolte differenti dalle reazioni che spesso nascevano nelle persone di fronte al fenomeno migratorio: reazioni amplificate di insicurezza sociale, di paura, che a volte producevano senso di invasione e di minaccia verso la propria cultura e tradizione e verso la propria sicurezza economica e lavorativa. L'idea coltivata era quella di promuovere atteggiamenti differenti dal senso di disorientamento e preoccupazione, ma anche dal buonismo incondizionato, ideologico e senza reali soluzioni.

A tal fine l'équipe di progetto ha ben presto focalizzato il fatto che, per individuare, e quindi poi proporre, metodologie e strategie, dovesse essa stessa prima di tutto sperimentare al proprio interno questi cambiamenti di tendenza.

L'obiettivo era quello di creare un gruppo di lavoro che, poiché avrebbe dovuto accogliere successivamente altri gruppi con l'intento di colmare frammentazioni e conflitti, lavorasse sulle proprie tendenze alla frammentazione, sulle proprie differenze e sulle integrabilità professionali, personali, culturali, etniche; si trattava di formare un atteggiamento mentale che andava sempre mantenuto in un'attenzione e sforzo continuo.

Per scelta quindi si è costituita una équipe interculturale, interdisciplinare e multiethnica, composta da professionalità differenti e da operatori non solo di origine italiana, ma anche di origine straniera: due psicologhe, di cui una di origine italiana e una con formazione interculturale e di cultura latina, un'educatrice, un'assistente sociale, due mediatrici culturali, delle quali una egiziana e una proveniente dallo Sri Lanka, e due ASA, una di origine marocchina e una egiziana.

Temi centrali dell'équipe e del lavoro in via di condivisione erano: il gruppo, la partecipazione, la cura dell'atteggiamento.

Si cercavano chiavi di lettura e di progettazione, riguardo al fenomeno migratorio, diverse rispetto ai modelli più comuni e conosciuti fino ad allora, come il modello dell'"assimilazione" (coltivato nella cultura attuale francese) la cui priorità consiste nel proporre l'adattamento alla cultura della società ospitante chiedendo quindi ai migranti di conformarsi quanto più possibile a essa (modello che comporta l'offerta di un posto in una nazione sotto il richiamo del "dovete essere come noi") o il modello della "multiculturalità e pluralità di comunità", dove l'alterità viene ammessa e tollerata, conce-

pendo però la coesistenza di più culture e comunità di diversi gruppi etnici tenute ben distinte all'interno di una medesima società. Secondo quest'ultimo modello, gruppi e comunità possono conservare i propri *mores* e costumi a condizione che non contraddicano o compromettano i valori generali che tengono unita l'intera società ospitante.

Senza ambizione di teorizzare innovazioni, l'équipe progettuale si è lasciata più semplicemente guidare dall'ascolto di storie migratorie che via via si incontravano, dall'osservazione, dalla rilettura e dall'approfondimento di questi percorsi, e dal confronto con chi stava già studiando tutto ciò in altri luoghi o servizi (Cattaneo e Dal Verme, 2005, 2009).

Da una relazione all'altra, da una esperienza all'altra, abbiamo così individuato alcune parole chiave, che abbiamo scelto come guida: incontro, ascolto, accoglienza, riconoscimento e accettazione del pregiudizio, differenza e somiglianza, integrazione, inclusione, meticciamiento.

Si è quindi progressivamente definito meglio l'obiettivo: contribuire a rendere la nostra città una comunità aperta, includente, non frammentata, sostenibile, grazie a esperienze sane di contaminazione e meticciamiento, utili per creare un comune senso di appartenenza e condivisione.

Si è pensato fin da subito che per coltivare questo obiettivo non poteva essere promossa un'idea di relazione univoca tra chi è nato qui e accoglie, da un lato, e chi è nato altrove e arriva da altri paesi, dall'altro; si doveva invece favorire un'idea di scambio e di relazione biunivoca tra le parti in gioco; promuovere quindi l'idea che l'arrivo migratorio non fosse considerabile solo come problema, ma come un'occasione e risorsa per far evolvere anche l'ospitante e la propria comunità sociale.

Nei racconti dei diversi percorsi migratori si è ben presto evidenziato che le fasi e i vissuti attraversati erano comuni a quelli che si ritrovavano anche nei racconti di migrazioni italiane, interne al nostro stesso paese, ma ancora di più in migrazioni interne alla crescita fisica, psicoemotiva e sociale di ciascun essere umano, che emigra da una età all'altra, da una condizione di vita a un'altra, tra i cambiamenti dati dai processi evolutivi esistenziali.

Abbiamo quindi evidenziato, tra questi diversi percorsi migratori, elementi di similitudine come il pregiudizio, il senso di solitudine, il bisogno di riconoscersi in un gruppo di simili, il bisogno di ritornare a qualcosa di conosciuto per poterlo poi lasciare, lo stupore e la paura del nuovo e del diverso, il timore di perdersi e di non ritrovarsi, di frammentarsi, la rabbia... ma anche la gioia di guardare e scoprire nell'altro le parti che si sentono appartenenti anche a se stessi.

L'inizio della costruzione

a cura di Laura Sala

Di conseguenza si è pensato di realizzare un progetto rivolto non solo alle famiglie migranti, ma a tutte quelle che in quel momento si trovavano a vivere sul nostro territorio; si sono quindi cercate e individuate tematiche di interesse trasversale e relative a bisogni comuni, a partire dalle quali promuovere occasioni di confronto su esperienze condivise (l'educazione dei figli, le differenze di genere, il rapporto con la scuola e i Servizi sanitari ecc.).

La scelta è stata quella di offrire un Servizio aperto a famiglie e donne italiane e a famiglie e donne migranti, ipotizzando che lo sforzo e il movimento di crescita e integrazione, per essere efficace e duraturo, dovesse essere reciproco.

Ci siamo in particolare dedicati alla figura femminile, rendendoci conto che questa, in tutte le culture e in tutte le famiglie, svolge un ruolo di ponte; è un anello di congiunzione, una risorsa su cui inevitabilmente molti fanno riferimento, ma, proprio per questo, è anche uno snodo fragile, su cui ricadono continuamente richieste, fatiche, aspettative, compiti familiari e sociali...; è comunque veicolo prezioso di trasmissione e continuità. Ci dicevamo: "Se sono le donne che imparano a integrarsi, lo faranno anche i loro figli e lo faranno anche i loro mariti"; quindi era importante rivolgersi alle donne, italiane e straniere, e in particolare alle donne che diventano "madri", con l'obiettivo di rafforzarle e sostenerle non solo nel loro compito familiare e sociale, ma soprattutto nella loro immagine di sé e nella loro realizzazione nei differenti percorsi di crescita e si è pensato che per realizzarlo bisognasse innanzitutto farle incontrare.

Si è cercato un luogo, chiamato poi "Spazio colore", dove sperimentare in un gruppo aperto se fosse davvero possibile rispecchiarsi nelle similitudini e arricchirsi nelle differenze. Il gruppo era aperto a donne sia italiane sia migranti.

Li abbiamo avviato il "Salotto delle idee" dove, attraverso incontri dialoganti sul raccontare, era possibile rispecchiarsi nell'ascolto reciproco di fatiche familiari, di solitudini personali e relazionali, di dolori materni e filiali; abbiamo avviato anche laboratori manuali, di canto, di cucina, di cucito... dove era possibile arricchirsi delle differenze espresse a volte anche "nel fare" insieme, anche aggirando la comunicazione verbale e linguistica.

A un certo punto del percorso, dall'ospedale di Monza ci venne chiesta una collaborazione riguardo alla modalità di accoglienza di donne straniere che arrivavano nel reparto di Ostetricia e Maternità, durante il parto e il post parto.

Proseguendo sugli stessi concetti di fondo, si è risposto cercando di costruire un'integrazione prima di tutto tra i due enti, poi tra la nostra équipe, che veniva da fuori, e gli operatori dell'Ostetricia e della Maternità, che apparivano molto concentrati sulla realtà interna del loro ospedale; abbiamo stimolato e avviato un confronto su quanto incontravamo e osservavamo nei diversi luoghi in cui operavamo, in modo da sostenere quella ricerca integrativa che, guarda caso, stavamo promuovendo con le partecipanti di "Spazio colore" e che, guarda caso, è anche il compito delle donne durante la fase della vita della gravidanza e della maternità.

Dal vertice osservativo che guardava alle donne migranti nella fase della maternità, vedevamo donne che non conoscevano la lingua, che si trovavano in una condizione di solitudine aumentata, che una volta a casa dopo la dimissione dall'ospedale tornavano sole, che non conoscevano le strategie di accudimento della nostra nazione, che non avevano la famiglia di origine accanto. Parallelamente, dall'incontro professionale con le neomamme italiane vedevamo che il parto e il post parto portavano vissuti simili di stress relazionale, spaesamento identitario, solitudine, con le proprie madri a volte "lontane", o dal punto di vista geografico perché residenti in altri luoghi, o a causa di legami e relazioni complesse.

Anche in questo caso, in un'ottica integrativa, si è deciso di offrire un'opportunità per tutte, donne di origine italiana e donne immigrate, accomunate dall'attraversamento di questa fase della vita. Si è pensato, quindi, a un intervento di sostegno e accompagnamento gruppale, dove affrontare e condividere il potente cambiamento che la fase procreativa porta negli equilibri individuali, di coppia, di status, mettendo insieme anche il prima e il dopo parto, nell'ottica di prevenire la frammentazione e anche la depressione post-partum.

È nato così "Mammeinsieme" un gruppo aperto, all'interno del reparto di Ostetricia dell'ospedale San Gerardo, a frequenza settimanale, per donne italiane e migranti, in gravidanza o con un bambino nel primo anno di vita, anche in questo caso sostenute da una conduzione interdisciplinare e interculturale.

In un'ottica di collaborazione, l'ospedale ha offerto strumenti tecnici e operativi, quali l'ostetrica, l'opuscolo informativo scritto in tutte le lingue, il call center disposto per rispondere in diverse lingue, lo spazio all'interno del reparto.

L'équipe progettuale di *Famiglieinsieme* ha offerto il progetto, la psicoterapeuta, la mediatrice e l'operatore sociale.

Nel 2010 la collega psicoterapeuta si trasferisce; si inserisce Monica iniziando la sua collaborazione nella conduzione del gruppo di mamme.

Il gruppo nello sguardo di una psicoterapeuta co-conduttrice

a cura di Monica Compostella

Sono entrata in questo progetto specifico nel 2010, ma già dal 2006 lavoravo con un ruolo di supervisione e formazione all'interno dell'équipe di "Bimbinsieme", un nido interculturale nato nel 2005 in partnership tra Caritas e il Comune di Monza.

Ora mi veniva richiesto di ricoprire il ruolo di psicoterapeuta all'interno del gruppo di progettazione e conduzione di *"Mammeinsieme in ospedale"*.

Ricordo a quei tempi come i racconti degli operatori già coinvolti mi dessero l'idea di un gruppo complesso, emotivamente coinvolgente, a diretto contatto con lo sconvolgimento che porta l'attraversamento della generatività, sia a livello fisico corporeo, sia nelle relazioni con il proprio partner e le proprie famiglie, anche quelle interne, più o meno pacificate, sia nella ricerca di un nuovo equilibrio sociale, spesso con il rimaneggiamento del proprio ruolo professionale e una diversa possibilità e disponibilità di accesso alle reti amicali e al tempo libero (Ferrara Mori, 2008; Marcoli, 2003).

Il primo periodo di affiancamento alla psicoterapeuta uscente è stato un po' come l'essere immersa in un mare in movimento continuo, come succede quando ci si può posizionare in un ruolo di affiancamento, di osservatore partecipante, che, proprio per non essere chiamato immediatamente a un ruolo di cura "attiva" e di responsabilità, si può lasciar permeare con ancora maggiore libertà dall'atmosfera e dal clima gruppale.

Un clima che parlava di emozioni forti, vive, scoperte, attive nel momento stesso dell'incontro e che ci portavano, spesso con passaggi repentini, ora in sala parto a rivivere, per rielaborarla, un'esperienza di parto non ancora accettata per come si è svolta realmente, troppo diversa dalle proprie aspettative e dai propri desideri, ora in notti insonni in cui il pianto di un neonato conduce con sé vissuti di impotenza e di inadeguatezza per le fatiche, che si affacciano e faticano a integrarsi con immagini di sé fino a quel momento molto diverse, ora in situazioni domestiche dove le relazioni familiari sia con il partner sia con i membri della famiglia allargata paiono improvvisamente stravolte e quasi irriconoscibili, gravate sia da vissuti interni nuovi e a volte assolutamente imprevisi sia dalle reazioni dell'ambiente alla nuova nascita, ambiente idealmente supportivo, ma spesso sentito come estraneo, o giudicante, facilmente luogo di proiezioni per le fatiche in corso (Winnicott, 1987; Vallino e Macciò, 2010).

L'affiancamento è tuttavia durato molto poco, dal momento che la psicoterapeuta uscente ha avuto necessità di abbreviarlo, e io mi sono trovata a co-condurre, insieme alle mie compagne di conduzione, ognuna responsabile

della cura di un proprio vertice di ascolto e presenza, e con il compito razionalmente condiviso di porsi in posizione attenta e disponibile a tenere presente l'aiuto e l'arricchimento rappresentato dalla presenza dell'altra.

Ricordo i primi tempi in ospedale, in cui la partecipazione di un'ostetrica di grande esperienza e di forte carattere, ci spingeva ripetutamente verso una sorta di rinforzo della "capacità", ma anche dell'onnipotenza materna, e il lavoro di mediazione intrecciato tra me e Laura per poter inserire anche la voce della stanchezza, spesso poco ascoltata, e dello sguardo verso il terzo cercando insieme parole che lanciassero dei fili oltre la relazione fusionale che si stava vivendo con il bambino, verso un pari che potesse ascoltare ed essere ascoltato.

Laura è sempre stata la garante: la figura istituzionale che apriva le porte, che raccoglieva iscrizioni, che riportava messaggi delle mamme che non potevano essere presenti quel giorno, attenta osservatrice partecipante, capace di andare a cogliere i silenzi e i movimenti, disponibile a offrire proprie identificazioni con le partecipanti e a portarle anche negli incontri cadenzati del gruppo di co-conduzione, dove tra noi, a volte anche con discussioni accese, cercavamo di mettere insieme tutte le parti mano a mano che ne divenivamo consapevoli.

Soprattutto all'inizio ho sentito molto impegnativo, e a tratti anche doloroso, il mio ruolo di cercare di portare alla pensabilità del nostro gruppo di co-conduttori tutto ciò che ci attraversava. Spesso incontravamo delle aree cieche, difficile rendere consapevoli e integrabili vissuti emotivi dove si ha a che fare con la nascita e con la morte: la sala parto come campo di battaglia, dove innanzitutto devono essere salvate vite! Tutto il resto pare "venire dopo" e per questo rischia di essere contestato o banalizzato!

Ricordo le nostre discussioni sul modo di accogliere il racconto emotivamente drammatico di una mamma, che, in seguito a una manovra di rivolgimento fetale presentatale banalmente e vissuta in modo aggressivo e violento, ha drasticamente cambiato la modalità di attesa parto, aspettandosi eventi traumatici e imprevisti e risuonando del trauma attraversato in occasione di questo trattamento (Leboyer, 1974).

Ricordo il lavoro di fino tra me e Laura sui tempi dell'ascolto e degli interventi, la fatica a lasciare una sospensione e un silenzio, che "parlava" a ognuna di noi di qualcosa di non facile né di immediata consapevolezza, il riconoscere il valore psicologico dello stare un passo indietro, a non fornire risposte razionali e confezionate alle richieste delle mamme, anche da parte della conduttrice ostetrica, fondamentale nella sua funzione di sostegno all'allattamento e allo svezzamento soprattutto, ma a volte depositaria di una funzione eccessivamente saturante e di rinforzo a vissuti di inadeguatezza e passività.

La scelta e la cura di una metodologia di conduzione multidisciplinare ha seguito l'obiettivo di rendere il gruppo delle co-conduttrici un gruppo che potesse raccogliere, leggere ed elaborare insieme i vissuti, le relazioni e le gruppaltà interne portate dalle partecipanti al gruppo delle mamme.

Perseguire questo obiettivo circolare e integrativo, ha reso necessario al gruppo di co-conduttrici un lavoro progressivo di riconoscimento e di rispetto dei propri vertici osservativi, riletti alla luce dei propri vissuti, relazionalità e gruppaltà interne professionali e non.

Avevamo a un certo punto condiviso la modalità che, quando in gruppo veniva portato un dubbio, una domanda, questa venisse da ognuno di noi depositata al centro del gruppo stesso, sul nostro tappeto, e che venisse prima lasciato spazio a un giro di pareri, di idee, osservazioni, suggerimenti, sensazioni e che poi venisse lasciata la parola "all'esperta della materia" che riferiva al gruppo quali fossero i risultati attuali della scienza sull'argomento, dando poi nuovamente la parola al gruppo, per un momento di elaborazione condivisa che permettesse di lasciare pensieri aperti, possibilità multiple, esperimenti da effettuare e riportare.

Questa strategia ha permesso di costruire uno spazio riconosciuto sia al bisogno di assicurazione e di sostegno portato talvolta dal gruppo sia a quello di fornire nutrimento e sicurezze da parte soprattutto dell'ostetrica e al contempo ha creato le condizioni per cui queste funzioni potessero essere considerate gruppali e contenute dalla "pelle del gruppo" (Anzieu, 1985).

Fondamentale era ritenuto offrire alle mamme un'esperienza in cui poter contattare, attraverso il contenitore del gruppo, le proprie risorse e capacità nell'affrontare situazioni, sì nuove e rivoluzionarie, ma condivise con le altre e foriere di nuovi insight... spesso gruppali.

La presenza di mamme in gravidanza e mamme nel primo anno di vita del bambino ha inserito nel gruppo una dimensione temporale molto ricca, in cui donne coinvolte e a volte invase dalla paura del prossimo parto, dall'incontro con quelle presenti al gruppo con il proprio bambino appena nato si trovavano immediatamente e anche fisicamente immerse nella realtà di un "dopo": l'evento parto perdeva prontamente la posizione massiccia, concreta di evento ultimo e diventava un attraversamento, incontrollabile sì, ma anche necessario per accedere a una realtà psicologica, emozionale e relazionale assolutamente reale e concretizzata dalle mamme presenti, che spesso, mentre si immergevano nei racconti di eventi da condividere, offrivano il loro bambino in braccio proprio alle donne in gravidanza "più libere".

Così la sollecitazione portata dalle donne in gravidanza a sentire racconti di parto ha spinto le neomamme a rielaborare nel racconto offerto al gruppo momenti di questa esperienza vitale, ma anche emotivamente impegnativa e

a volte non sufficientemente integrata. Ci stupivamo nell'ascoltare mamme che, nel raccontare in fasi diverse del loro percorso all'interno del gruppo, l'esperienza del proprio parto, lo facessero con serenità e consapevolezza ogni volta maggiore. Nel tempo il clima del gruppo si modificava, in base ai ritratti e alle esperienze delle partecipanti, alle relazioni e alle dinamiche che si creavano all'interno.

La regola principale a cui era introdotta ogni nuova partecipante era sostanzialmente la cura dell'ascolto dell'altra, che per noi era anche spesso una cura molto concreta nel sospendere il racconto quando un piccolo impegnava la sua mamma in un modo che non permetteva o il prosieguo del racconto o l'ascolto di tutte. A questo punto sapevamo che il racconto veniva sospeso, la priorità veniva data alla cura dei bisogni del piccolo e si riprendeva quando il clima era tornato adatto all'ascolto delle parole.

Facevamo insieme esperienza di situazioni di ansia e frustrazione che spesso attraversano le donne a casa e il qui e ora permetteva di accedere a modalità nuove, permesse dallo spazio del gruppo, che vedevamo progressivamente interiorizzate ed esportate, successivamente riportate in gruppo e diventavano un successo di tutte e un elemento di rinforzo del senso di efficacia che permetteva di vedere una speranza di risolvimento nella fatica in quel momento attraversata e aumentava il senso di appartenenza.

Un'altra regola era la sospensione del giudizio, monito sempre prezioso, spesso non tanto per l'ascolto dell'altra, ma per la libertà concessa al proprio personale racconto.

La dimensione temporale ci accompagnava anche nel vedere la crescita dei bambini, che arrivati in gruppo a volte a pochi giorni di vita, iniziavano a sedersi e a manipolare giochi, gattonavano verso i compagni di avventura, si lanciavano in giochi di gruppo loro stessi, portandoci a condividere pensieri su nuovi bisogni e separazioni molto impegnative.

Quanti gruppi nei gruppi e che emozioni quando una mamma lasciava il proprio posto per una ripresa lavorativa o per il compimento del primo anno di vita del bambino! È stato molto interessante rilevare e valorizzare le contaminazioni che via via si realizzavano tra le mamme a partire dalle loro differenze e diverse situazioni e appartenenze.

Questi passaggi erano sostenuti e accompagnati da processi di elaborazione condivisa e contaminazione tra i differenti vertici osservativi, specificità professionali e modalità di intervento delle conduttrici, che ibridandosi intenzionalmente si offrivano come un gruppo che poteva contenere e integrare le diverse parti del sé rappresentate dagli interventi delle mamme e che presentava loro possibilità identificative più ricche oltre che contenere le angosce di frammentazione (Anzieu, 1976).

Mi sento di dire che il gruppo ha accolto e bonificato iniziali crisi post-partum e difficoltà di attaccamento.

Inoltre la permanenza delle mamme e dei loro piccoli fino al compimento del primo anno di vita, ha permesso al gruppo di osservare anche la nascita e l'evolvere di quell'asse di sviluppo trasversale a cui Vanni ha dedicato tanta parte dei suoi studi e della sua ricerca anche attraverso osservazioni mirate all'interno degli asili nido ((Baldin e Vanni, 1989; Vanni e Sacchi, 1992) e che l'hanno portato a individuare lo sviluppo di capacità comunicative "tra bambini", assolutamente sofisticate e con funzioni e modalità differenti rispetto a quelle verticali "adulto-bambino" legate ai bisogni di accudimento.

La naturalezza con cui i piccoli del gruppo si cercavano, realizzavano insieme sequenze di gioco significativo, si imitavano e si consolavano con modalità e linguaggi non immediatamente riconoscibili dall'adulto, ha permesso al gruppo di mamme di ampliare la conoscenza dei bisogni sociali e delle risorse del proprio bambino. Questi passaggi hanno portato ciclicamente il gruppo a confrontarsi con maggiore competenza e consapevolezza con scelte importanti quali l'inserimento al nido con condivisa fiducia nei confronti del valore della socializzazione tra pari.

Mi sono accorta, nel rileggere questo mio racconto, di non aver parlato specificatamente dell'integrabilità delle differenze etniche e culturali delle donne immigrate e italiane, e penso sia dovuto al fatto che queste differenze si sono mescolate fisiologicamente alle tante altre che abbiamo accolto e tessuto nella nostra trama di gruppo.

Tra gli intrecci realizzati, abbiamo visto mamme italiane accedere a modalità di accudimento diverse da quelle reificate e con le quali si trovavano spesso in un conflitto pesante e colpevolizzante, abbiamo accompagnato donne italiane provenienti da altre regioni d'Italia a ritrovare anche le proprie interne fatiche migratorie nei racconti delle compagne che venivano da zone lontane del mondo, abbiamo sentito il piacere delle donne immigrate di sentirsi accolte in una comunità di donne, di viverci interessanti e utili, di accedere a modalità di cura e di relazione caratteristiche del paese ospitante facendone esperienza in gruppo, e tanto altro (Rogoff, 2003).

Le migrazioni del gruppo tra servizi e nel territorio cittadino

a cura di Laura Sala

Il gruppo per le mamme, così come lo spazio che lo aveva generato, "Spazio colore", ha sempre attraversato diverse migrazioni, spinto anche dagli eventi sociali o dalla diminuzione dei contributi economici.

“Mammeinsieme” ha dovuto lasciare l’ospedale di Monza e la locazione nel Reparto di Ostetricia ed è emigrato: prima accolto al centro della città in una struttura comunitaria gestita dai Padri Barnabiti, poi adottato dal Centro Orientamento Famiglia, Consultorio privato accreditato sito in centro Monza.

In queste migrazioni il progetto cambia anche nome: da “*Mammeinsieme in ospedale*” diventa “*Il Cortile delle mamme*” perché il nuovo luogo che ci ospitava aveva proprio un grande cortile dove potevamo incontrarci. Anche questo cambio di nome mostra come il progetto, durante le sue migrazioni, sia stato contaminato dai diversi posti dove è stato accolto e dal continuo modificarsi del gruppo delle mamme che quindi si rimodulava in ogni luogo, a ogni ingresso e a ogni uscita; rimanevano però stabili i riferimenti che ci guidavano: l’interdisciplinarietà, l’intercultura, il meticciamento, l’integrazione tra gli operatori come tensione fondante, il lavoro sul gruppo degli utenti attraverso il lavoro del gruppo degli operatori al proprio interno; ogni volta, ogni spostamento suscitava la paura di perdere il progetto e la fantasia andava verso l’idea di un peggioramento; ma in realtà ogni spostamento portava nuovi incontri, nuove relazioni che facevano crescere, che aiutavano ad affrontare la necessità di superare il dolore e la paura nel lasciare qualcosa che si era costruito o nel cambio di un collega.

In Consultorio, per qualche anno, gli incontri del Cortile delle mamme si sono svolti in un ampio spazio dedicato, ancora guidati dalle scriventi in collaborazione con un’ostetrica del servizio.

L’attraversamento della pandemia

a cura di Monica Compostella e Laura Sala

Arriva però l’epoca della pandemia: in Consultorio inizialmente le attività di gruppo vengono sospese, ma poi nel look down, durante la fase di disorientamento e di paura, si lavora insieme per comunicare agli utenti che ci siamo, che siamo vivi, che li pensiamo; pensiamo anche a una comunicazione per le mamme del gruppo, attraverso una lettera che inviamo alle partecipanti e che vogliamo serva a traghettare noi e le mamme in questa fase anche di grande incertezza.

Successivamente, avviene la ripresa delle attività generali del Consultorio attraverso l’online.

In quel momento ci pare necessario e proficuo lavorare per provare a riaprire anche l’intervento del Cortile utilizzando la piattaforma zoom.

Lo sforzo rielaborativo di questo gesto ci ha portate a connetterci con il fatto che la pandemia aveva aperto, tra le tante paure in essere, anche una

nostra angoscia e paura di perdita: di perdere il nostro lavoro, di perdere anche questo intervento amato.

La decisione condivisa tra operatori di riattivare *Il Cortile delle mamme* attraverso la modalità online, andando a contattare le mamme che facevano parte del gruppo interrotto con la chiusura pandemica, è stato a posteriori analizzato come la risposta a un bisogno innanzitutto dei conduttori, colpiti da vissuti di perdita a più livelli, tra cui quello professionale di essere stati violentemente privati, attraverso lo scioglimento dei gruppi, del proprio compito professionale, dei legami nutritivi interprofessionali, coltivati e riconosciuti attraverso il lavoro progettuale e di cura.

All'offerta di rivederci di nuovo in remoto, diverse mamme hanno raccolto l'invito e si sono riconnesse per alcuni incontri che ci hanno permesso di rivederci, vive e sane, alle prese con i bambini in crescita, con case che si erano trasformate in scenari "obbligati" e con relazioni in mutamento continuo, con difficoltà concrete da superare e organizzazioni equilibristiche da sperimentare. Dopo alcuni incontri, però, abbiamo deciso di chiudere, perché le mamme non riuscivano a utilizzare questo spazio, era tutto troppo diverso dal nutrimento e dall'arricchimento che traevano dal Cortile, a cui dimostravano ancora di attingere nei loro ricordi e rappresentazioni. Con lo sguardo che ci è possibile ora, possiamo dire che ci sono apparse tanto affaticate in questi incontri "da remoto" e che pensare di ricostruire il Cortile in quel momento non poteva essere supportivo, evocava la perdita di quello che era prima, attualizzava la distanza e l'impossibilità a toccarsi, a scambiarsi pannolini e giochi, a prendersi in braccio i bambini l'una dell'altra per avere un momento di respiro, o per poter parlare con maggiore concentrazione.

A oggi possiamo dire che non ci siamo connesse al bisogno del momento, non ci siamo sintonizzate con il bisogno dell'altro, troppo prese dalla paura di "chissà se un giorno lo riapriremo e chissà che cosa ne sarà..." e invece *Il Cortile delle mamme* non si perde.

La ricostituzione del gruppo

a cura di Laura Sala

Abbiamo ripreso quando, a maggio del 2021, una mamma che aveva partecipato negli anni passati all'esperienza del Cortile ha chiesto in consultorio se gli incontri fossero attivi per indicarlo a un'amica che era in gravidanza; Monica stava concludendo la sua attività in Consultorio e quindi la riprogettazione del gruppo, stimolata dalla richiesta di questa mamma, viene condivisa con un'équipe nuovamente rinnovata.

Le mamme che in quel momento contattano il Consultorio per sostegno alla gravidanza, alle quali poi viene proposto il gruppo, esprimono il desiderio di parteciparvi senza venire, però, in presenza, perché ancora intimorite dalla situazione; anche le indicazioni sanitarie riguardo la presenza sono ancora incerte. *Il Cortile delle mamme* riprende quindi in remoto e così continua ancora oggi; modalità che le mamme richiedono/accettano anche nel fare gruppo e che, come altri partecipanti di altri gruppi attivati in consultorio, anche loro hanno difficoltà a lasciare.

È interessante rilevare come ora le nuove mamme vogliano l'online, mentre quelle abituate al Cortile vivevano soprattutto la perdita della condizione precedente e la nostalgia, testimoniando attraverso il rifiuto, o comunque la difficoltà a mantenere una continuità nell'esperienza di gruppo online, tutta l'ambivalenza insita nell'accettazione di una relazione più distanziante e parziale.

Probabilmente questo strumento si trova oggi a essere più conosciuto, più sperimentato, più autorizzato nella dimensione della cura, portatore in qualche modo di aspetti che favoriscono la partecipazione e che continua a essere utilizzabile anche in una fase storica in cui la paura del contagio non è più così attuale. Si percepisce come, nel nuovo gruppo delle mamme che si incontrano da remoto, anche se le partecipanti si guardano da una distanza fisica proiettate in immagini, si verifichi comunque la sensazione di un contatto potente: una mamma al rientro al lavoro può portarsi il gruppo in ufficio e una che si è da poco trasferita in Liguria, può partecipare da lontano, un'altra partecipa mentre il piccolo ha la febbre.

È quindi un gruppo in cui, anche se i corpi non si sfiorano come in presenza, si parla tanto del corpo: le mamme raccontano esperienze di parto vissute durante il Covid, condividendo quanto anche a loro sia mancato il contatto, il corpo del compagno o del parente durante quei momenti.

Stupisce quanto in questo gruppo le mamme riescano a "stare", ad avvicinarsi, fortemente in contatto e in rispecchiamento, con la loro pancia o con i loro piccoli, pur in una dimensione di non fisicità; ciò fa pensare che nel dubbio tra incontrarsi online o in presenza, c'è in corso una migrazione e transizione da come eravamo abituati prima fino a dove siamo arrivati ora, attraverso un tempo incerto; fa pensare alla possibilità, sia per *Il Cortile delle mamme* sia per gli operatori che lo conducono, di riflettere sul processo, pensandolo come stimolo per evolvere, soffermandosi però anche sull'idea e sull'importanza di come il corpo comunque oggi vada ripreso, riutilizzato e difeso.

Le prime riflessioni su questo tema portano forse a considerare che al momento dobbiamo riconoscere di aver a che fare con diverse realtà e diverse

possibilità, diverse parti che però in qualche modo necessitano sempre di stare l'una a fianco dell'altra e di interagire tra loro: così come accanto a donne italiane possono interagire donne immigrate, accanto a donne possono interagire uomini, accanto a vecchie generazioni giovani generazioni, accanto ai musulmani i cristiani, allora possiamo anche arricchirci di gruppi online che si alternano e si affiancano a gruppi in presenza. La capacità di contenere entrambe le modalità e di procedere nel significarle, nel farle dialogare, appare la sfida attuale, evitando le polarizzazioni. Si tratta quindi di custodire quello che già c'è e di metterlo a disposizione per un'evoluzione.

Conclusioni... aperte

a cura di Laura Sala

In conclusione, condivido un ultimo pensiero: se riguardo a tutte le fasi di questo processo, dell'esperienza attraversata con questo modello di lavoro, posso valutarne ora l'arricchimento che mi ha lasciato, sia nella mia competenza, sia nella evoluzione della mia identità professionale e nel mio approccio di collaborazione con colleghi di qualifiche diverse. Ancora oggi, quando conduco colloqui o gruppi con altri colleghi, mi ritrovo ad accedere a questo modello interiorizzato, nel desiderio, piacere e conferma che l'interdisciplinarietà, cioè il lavoro con colleghi di diverse professioni, non è solo lo stare accanto all'altro alternando e sommando le diverse competenze da offrire a chi ne usufruisce, ma è soprattutto il reciproco guardarsi, conoscersi, contaminarsi in una continua danza tra gli sguardi e gli approcci diversi, rispecchiandosi uno nell'altro e creando ogni volta un nuovo linguaggio, una nuova parte, una nuova situazione in cui si sosta individualmente, ma in cui si procede insieme verso chi si sta rivolgendo a noi professionisti, per andare a raggiungerlo e incontrarlo proprio lì dove lui è.

Ancora una breve riflessione

a cura di Monica Compostella

Mi pare che, tra i tanti, il contributo professionale che ha lasciato a entrambe sia una sorta di consapevolezza che la vera conoscenza e il conseguente riconoscimento della professionalità dell'altro, che si esprime anche attraverso la propria personalità, le proprie modalità e possibilità anche relazionali, avvenga necessariamente attraversando le fasi di un progetto costruito insieme.

A questo proposito risuonano le parole pronunciate dal prof. Salvatore Profita nel suo intervento al “Seminario Inaugurale Anno Accademico COI-RAG 2022 – L’archivio vivente: il gruppo come organizzatore antropologico della mente e della cura”:

«Trasmettere alle nuove generazioni significa avviarli attraverso l’alterità, non avviarli verso la conoscenza di codici trasmessi, attraverso il percorso labirintico verso un sapere iniziatico che poi in realtà non si rivela mai (....) avviare attraverso la possibilità di esplorare l’inesplorato» (Profita, 2022).

Riferimenti bibliografici

- Anzieu D. (1976). *Le groupe et l'inconscient*. Paris: Bordas (trad.it.: *Il gruppo e l'inconscio*. Roma: Borla).
- Baldin E. e Vanni F. (1989). Le interazioni paritarie nei primi tre anni di vita del bambino. Ricerche ed esperienze. In: Vanni F. a cura di (1989). *Psicologia dei gruppi nell'età evolutiva. Studi e ricerche*. Verona: Edizioni Unicopli.
- Cattaneo M.L. e Dal Verme S. (2005). *Donne e madri nella migrazione. Prospettive transculturali e di genere*. Milano: Unicopli.
- Cattaneo M.L. e Dal Verme S., a cura di (2009). *Terapia transculturale per le famiglie migranti*. Milano: FrancoAngeli.
- Ferrara Mori G., a cura di (2008). *Un tempo per la maternità interiore. Gli albori della relazione madre-bambino*. Roma: Borla.
- Leboyer F. (1974). *Pour une naissance sans violence*. Paris: Editions du Seuil (trad. it: *Per una nascita senza violenza. Il parto dal punto di vista del bambino*. Milano: Bompiani, 2000).
- Marcoli A. (2003). *Passaggi di vita. Le crisi che ci spingono a crescere*. Milano: Mondadori.
- Profita G. (2022). “L’archivio vivente: il gruppo come organizzatore antropologico della mente e della cura”. Seminario inaugurale Anno Accademico COIRAG presso l’Università degli studi di Palermo, 15 gennaio 2022.
- Rogoff B. (2003). *The Cultural Nature of Human Development*. USA: Oxford University Press (trad. it: *La natura culturale dello sviluppo*. Milano: Raffaello Cortina, 2004).
- Vallino D. e Macciò M. (2010). *Essere neonati. Osservazioni psicoanalitiche*. Roma: Borla.
- Vanni F. e Sacchi M. (1992.) *Gruppi e identità. Rappresentazione e costituzione delle identità individuali nelle interazioni di gruppo*. Milano: Libreria Cortina.
- Winnicott D.W. (1987). *Babies and Their Mothers*. England: The Winnicott Trust by arrangement with Mark Paterson (trad. it.: *I bambini e le loro madri*. Milano: Raffaello Cortina, 1996).

Copyright © FrancoAngeli

This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: <http://creativecommons.org>

Copyright © FrancoAngeli

This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: <http://creativecommons.org>

Gli esiti di un percorso riabilitativo in un centro diurno per la salute mentale: gli effetti delle attività individuali e di gruppo

di Stefania Bisagni* e Cecilia Bruscolini**

[Ricevuto il 16/04/2024
Accettato il 02/05/2025]

Riassunto

Il presente lavoro si propone di valutare il processo di *recovery* all'interno di un Centro Diurno Salute Mentale (CDSM) nell'anno 2023 tramite una batteria di test (SCL-90-R, RAS, Brief Cope, WHOQOL, Scala HoNOS, Scala Kennedy) con una precisa calendarizzazione: a 2 mesi dall'ingresso, a 6 mesi, a 12 mesi per poi mantenere la cadenza annuale fino alle dimissioni. Lo scopo è dunque quello di valutare l'efficacia di attività *evidence based*, in un percorso riabilitativo protratto nel tempo. Quanto misurato è stato suddiviso in due database: un primo (analizzato con *mixed models*) con i dati ottenuti nel 2023, un secondo (analizzato con il test di Wilcoxon) con le dimissioni registrate nel 2023 cui è stato effettuato un confronto con quanto rilevato all'ingresso di coloro che hanno terminato il percorso. Dai risultati, emergono dati significativi rispetto alla riduzione dello stato di malessere del soggetto con il progredire del percorso riabilitativo, aspetto che è in linea con il tipo di utenza

* Psicoterapeuta a indirizzo sistemico relazionale, individuale e gruppal, socia Asvegra. Lavora da anni nel privato sociale (Polis Nova S.C.S. Centro Diurno Salute Mentale "Attivamente 1 e Attivamente 2". Pontevigodarzere 50 – 35133 Padova, <https://www.gruppopolis.it/>). Libera professionista (via Po, 3 – 35135 Padova); stefania.bisagni@gmail.com

** Psicologa, specializzanda presso Scuola Fenomenologico-Dinamica. Lavora presso Cooperativa Sociale Terr.A: nella Comunità Terapeutica "San Gregorio" (via Vigonovese, 69 – 35127 Padova (PD); c3ciliabruscolini@gmail.com

Gruppi/Groups (ISSNe 1972-4837), 1-2/2023
Doi: 10.3280/gruoa1-2-2023oa21222

CONTRIBUTI ORIGINALI

che pone resistenza al cambiamento e che richiede una tempistica protratta per l'attivazione di un processo di *recovery*.

Parole chiave: Riabilitazione, Processo di *recovery*, Interventi evidence base, Test.

Abstract. *The outcomes of a rehabilitation program in a day center for mental health: the effects of individual and group activities*

This paper aims to evaluate the recovery process in a Mental Health Day Center (CDSM) during 2023 through a battery of tests (SCL-90-R, RAS, Brief Cope, WHOQOL, HoNOS Scale, Kennedy Scale) with a specific schedule: at 2 months from admission, at 6 months, at 12 months and then maintaining the annual cadence until discharge. The aim is therefore to assess the effectiveness of evidence-based activities in a rehabilitation pathway over time. What was measured was divided into two databases: a first one (analysed with mixed models) with the data obtained in 2023, a second one (analysed with the Wilcoxon test) with the discharges recorded in 2023 to which a comparison was made with what was recorded at the entrance of those who finished the journey. From the results, significant data emerged: a reduction of the subject's state of distress as the rehabilitation pathway progressed, an aspect that is in line with this type of patients that are resistant to change and require a long time to activate the recovery process.

Keywords: Rehabilitation, Recovery process, Intervention evidence base, Test.

Introduzione

Con riabilitazione psichiatrica si intende un percorso mediante il quale si aumenta il funzionamento sociale e lavorativo dell'individuo in modo tale da rendere le persone con disabilità capaci di svolgere un ruolo valido con successo riducendo sempre più gli interventi supportivi (Carozza, 2006). L'obiettivo principale del lavoro riabilitativo è quello di sollecitare i punti di forza che si mantengono nonostante la disabilità attraverso l'apprendimento di competenze intrapersonali, interpersonali, coping, cognitive e strumentali che permettono al soggetto di imparare e rispondere in modo adeguato ai bisogni propri e altrui (Barbato, 2006). Proprio perché la patologia intacca il funzionamento sociale e interpersonale impattando le possibilità di integrazione all'interno della società (Siani *et al.*, 1991), la riabilitazione psichiatrica ha come elemento cardine la risocializzazione (Spivak, 1987).

Obiettivo di questo lavoro è di valutare il processo di *recovery* all'interno di un centro diurno di salute mentale che propone attività *evidence based* (EBM, *evidence based medicine*) misurandone l'attivazione tramite una batte-

ria di test individuata secondo una calendarizzazione specifica relativa all'anno 2023. Il centro diurno in questione lavora basandosi sul modello della riabilitazione psichiatrica (Anthony *et al.*, 2002) secondo il modello biopsicosociale con uno sguardo focalizzato al processo di *recovery* (Davidson, 2012).

L'utenza che afferisce al servizio è di soggetti dai 18 ai 65 anni di età con problematiche di disabilità psichica afferenti a disturbi psicopatologici della sfera psicotica, affettiva o della personalità tali da compromettere in modo clinicamente significativo il funzionamento sociale, lavorativo/scolastico e relazionale. Il centro lavora in sinergia con il Dipartimento di Salute Mentale elaborando in forma scritta un Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP) dell'utenza con lo scopo di definire il piano di intervento per il soggetto. Pertanto, l'équipe del Centro Salute Mentale (CSM) valuta l'ingresso al CDSM sia in funzione di una prosecuzione di un percorso già avviato dall'ente inviante sia come primo ingresso. Il centro diurno, quindi, funge da ponte per un progetto successivo che può trovare sfogo sia in un reinserimento lavorativo che sociale, a seconda del piano individuale.

Sono previsti inoltre monitoraggi cadenzati in accordo con la persona che coinvolgano familiari e servizi, in modo da definire l'andamento del percorso. Il coinvolgimento della famiglia viene strutturato in base al consenso del soggetto stesso e alla valutazione dell'équipe inviante rispetto all'utilità della loro presenza all'interno del percorso. L'équipe del centro diurno, in proporzione al numero degli utenti inseriti, è costituita da educatori professionali sociosanitari, OSS, un maestro d'arte e una psicologa psicoterapeuta che propongono interventi con funzioni terapeutiche, educative, riabilitative e assistenziali.

L'équipe inoltre programma attività strumentali e di gruppo con lo scopo di prevenire o limitare i processi di isolamento ed emarginazione con il fine ultimo di migliorare il funzionamento dell'individuo nelle aree di vita che la patologia psichiatrica può aver compromesso nell'ottica della *recovery* utilizzando interventi *evidence based* (*Illness Management and Recovery*, *Social Skill Training*, *Problem Solving Training*, Rimedio Cognitivo).

Vengono inoltre proposte attività di allenamento e rimedio cognitivo con lo scopo di intervenire in quelle sfere che la malattia mentale intacca, prima tra tutte quella cognitiva. È prevista un'attività di benessere psicofisico che ha come obiettivo quello di costituire una buona integrazione tra salute fisica e psichica tramite uno stile di vita attivo e una sana alimentazione.

È inoltre proposta un'attività di gruppo con funzione terapeutica a impostazione gruppoanalitica che ha lo scopo di aumentare la consapevolezza rispetto al proprio progetto riabilitativo e aiutare gli utenti ad aderire ai propri obiettivi in modo da contrastare la tendenza a vivere passivamente il percorso proposto e diminuire l'ambivalenza tra ciò che l'utente esprime di voler perseguire

e ciò che questo comporta. Sebbene l'impianto di questo elaborato si serva di strumenti di natura cognitiva, la lettura finale che verrà fatta sarà di matrice psicodinamica con un focus su quanto attivato dal processo di gruppo.

Questa lente ha permesso quindi di formulare un pensiero che legghi le attività come unica strada per l'avvio di un percorso riabilitativo; solo l'integrazione delle stesse permette di muoversi verso un miglioramento e l'attivazione della *recovery*. Abdicare a una visione che tiene assieme l'efficacia delle attività viste e comprese nel loro lavoro congiunto, espone al rischio di segmentare i percorsi rimanendo fermi a una visione individuale della singola proposta. In più, la lente gruppoanalitica ci permette di mettere in relazione quanto i soggetti sperimentano in ciascuna attività riuscendo così a cogliere il reale processo in atto piuttosto che il singolo elemento, integrando attività apparentemente sconnesse che poi producono un movimento complessivo volto al cambiamento. Con questo lavoro, dunque, ci si propone di effettuare la valutazione dell'efficacia di questi interventi mediante gli strumenti elencati divisi in base all'area indagata:

- Salute mentale e sintomi: HoNOS; SCL 90-R (Symptom Checklist -90-R);
- Valutazione globale del funzionamento: Scala K Kennedy; WHOQOL (World Health Organization Quality of Life – Assessment Instrument);
- Capacità di coping: COPE (Coping Orientation to Problem Experienced);
- Recovery: RAS (Recovery Assessment Scale).

Mediante la testistica utilizzata, si può osservare il percorso del singolo all'interno del proprio progetto riabilitativo adottando una lettura di movimento di gruppo rispetto al processo in relazione alle attività proposte. La somministrazione del test non ha solamente una funzione clinica individuale ma anche di rilevazione di una tendenza di gruppo a cogliere e poi integrare stimoli differenti in un movimento verso il miglioramento della propria condizione di vita.

Materiali e metodi

Partecipanti

I partecipanti sono coloro che fruiscono del centro, si tratta di soggetti con un'età compresa tra i 18 e i 65 anni con patologie di natura psichiatrica, afferenti alla sfera psicotica o con disturbi di personalità. Nello specifico, per l'anno 2023 sono stati coinvolti 34 utenti: 12 di genere femminile e 22 di genere maschile, suddivisi come riportato in Tab. 1.

Si sottolinea che le dimissioni possono avvenire sia per conclusione concordata del percorso riabilitativo, sia per decisione volontaria dell'utente.

Tab. 1 – Riassunto partecipanti per tappa

<i>Calendarizzazione somministrazioni</i>	<i>N. soggetti</i>
2 mesi	14
6 mesi	13
12 mesi	3
24 mesi	3
36 mesi	2
48 mesi	3
Dimissioni	6

Si precisa che i soggetti che hanno ricevuto una somministrazione a 2 mesi è possibile che abbiano effettuato anche quella a 6 mesi, soprattutto se l'ingresso è avvenuto nel primo semestre dell'anno.

Strumenti

La batteria di test utilizzata si compone di 6 strumenti di cui 4 compilati in autonomia dai soggetti (SCL-90-R, WHOQOL, Brief Cope, RAS) e 2 compilati dall'operatore di riferimento dell'individuo con la psicologa del centro (scala HoNOS e Kennedy).

Procedura

Si è proceduto con la somministrazione da parte della psicologa del centro affiancata dalla tirocinante psicologa della batteria seguendo una definita calendarizzazione delle somministrazioni, vedi tab. 2.

Per rendere agevoli le analisi statistiche si è proceduto a nominare le varie fasi nella seguente modalità:

Tab. 2 – Calendarizzazione delle somministrazioni

2 mesi	Tappa1
6 mesi	Tappa2
12 mesi	Tappa3
24 mesi	Tappa4
36 mesi	Tappa5
48 mesi	Tappa6

Successivamente, i dati sono stati inseriti all'interno di un database che raccoglie la testistica somministrata a ciascun partecipante con successivo scoring; infine sono state effettuate le analisi statistiche.

Si è lavorato con due database che raggruppano momenti diversi del percorso: un database contiene i dati del 2023 ottenuti tramite la calendarizzazione spiegata in Tab. 2; il secondo database raccoglie i dati delle dimissioni 2023 per coloro che avevano ricevuto la somministrazione finale con successivo confronto a 2 mesi dall'inserimento per rilevare l'efficacia del percorso riabilitativo.

Metodi di analisi

Il metodo di analisi utilizzato per il primo database è il *mixed models*, modello di regressione in cui si trovano sia degli effetti fissi che degli effetti random, usato per quei contesti, quale quello preso in analisi, in cui sono effettuate misurazioni ripetute nella stessa unità statistica.

È stato preferito l'utilizzo di questo modello proprio in virtù del fatto che sono presenti più osservazioni per ciascun partecipante; dunque, la struttura gerarchica è parsa la più efficiente per il tipo di database di cui si disponeva.

Per il secondo database, è stato utilizzato il test di Wilcoxon, un test non parametrico che viene impiegato nel confronto di due campioni indipendenti; nello specifico, viene usato quando i dati non seguono una distribuzione normale.

Risultati

Database 1

Iniziando dal primo database che raggruppa i dati del 2023, viene osservato come si distribuisce il campione secondo quanto indagato dai test.

Partendo dall'SCL-90-R si specifica che, per le analisi descrittive, verranno esaminati solo i 3 indici globali in quanto riassuntivi ed esaustivi rispetto a un quadro generale.

Ulteriore nota riguarda il fatto che è stato deciso di non effettuare una conversione dei punti T dei punteggi per le singole tappe, in quanto l'ottica adottata non è focalizzata sul singolo partecipante, ma sul movimento del gruppo lungo i vari mesi rispetto al percorso. Per cui, una distinzione rispetto

al genere e all'età, come richiesta nella conversione in punti T dell'SCL-90-R, non è parsa utile ai fini della ricerca e dei suoi obiettivi.

Si osserva per tutti e tre gli indici globali – GSI, PST, PSDI – un mantenimento alquanto costante delle medie dei punteggi per le prime 4 tappe, un aumento piuttosto importante che si discosta dall'andamento alla tappa5 per poi registrare, a 48 mesi, una deflessione dei valori che si avvicina ulteriormente alle medie iniziali (GSI e PST), con un ulteriore abbassamento per il PSDI.

Grafico 1 – Boxplot GSI

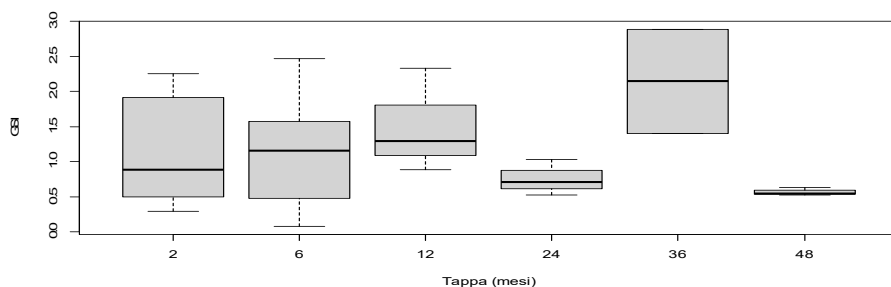
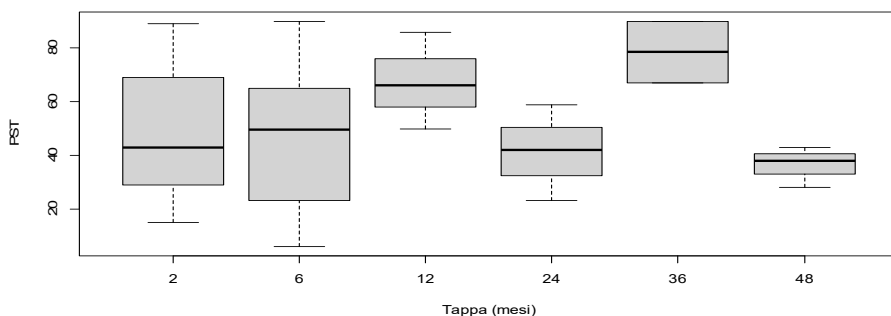


Grafico 2 – Boxplot PSTI

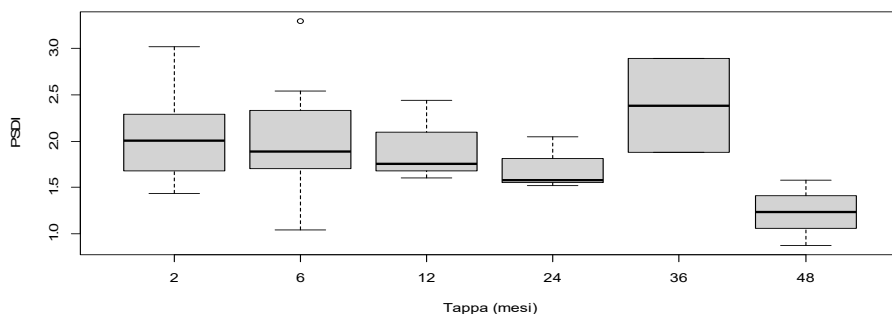


Proseguendo con l'osservazione della distribuzione delle medie della RAS, che valuta l'attivazione del processo di *recovery*, si osserva un andamento piuttosto regolare e costante registrando un lievissimo miglioramento ai 48 mesi.

Tenendo in considerazione il *cut-off* a 158, si nota come nella tappa1 con punteggi medi a 146,21 ($SD=20,92$) non si verifica un avvio del processo di *recovery*; nella tappa2, con media di 155,14 ($SD=33,24$) si rileva un maggior avvicinamento al valore di riferimento; in tappa3 si assiste a una lieve dimi-

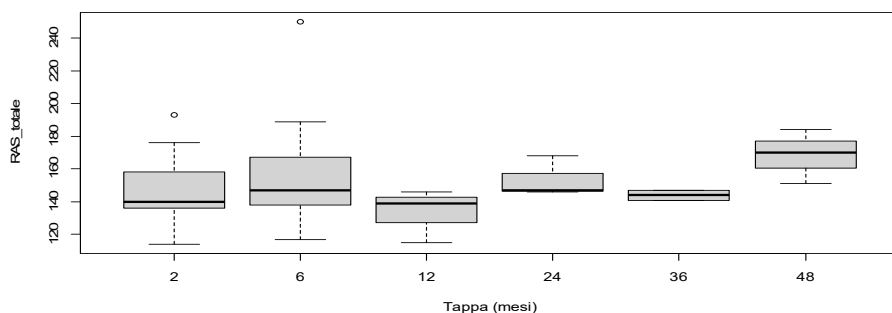
nuzione dei punteggi medi con valore 133,33 ($SD=16,26$) allontanandosi dal *cut-off*; in tappa4, i punteggi medi registrano 153,67 ($SD=12,42$)

Grafico 3 – Boxplot PSDI



riavvicinandosi a 158 e quindi segnalando un possibile movimento interno circa il processo di *recovery*; in tappa5, con una media di 144 ($SD=4,24$) si oscilla nuovamente fino però a raggiungere in tappa6 una media di 168,33 ($SD=16,56$) in cui si registra pienamente l'avvio interno di *recovery*.

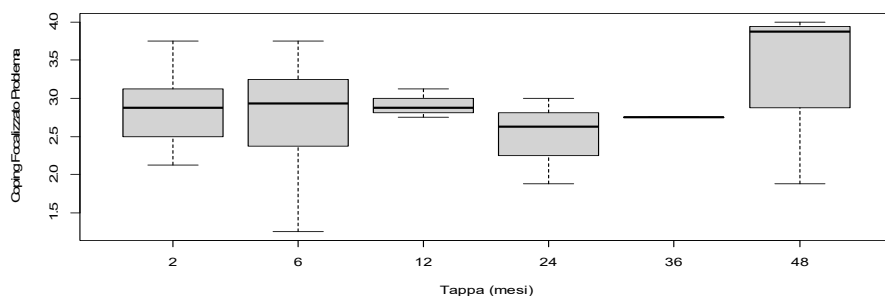
Grafico 4 – Boxplot RAS



La valutazione degli stili di coping, effettuata tramite Brief Cope, presenta un'analisi delle varie modalità di gestione delle situazioni stressanti, evidenziando le distribuzioni e le medie nelle varie tappe per ogni stile. Non verrà effettuata una descrizione dettagliata delle singole scale ma quanto risultato dal calcolo delle stesse negli stili di coping: coping focalizzato sul problema, coping focalizzato sull'emozione, coping evitante. Nel grafico 5, rispetto a un procedere piuttosto regolare del coping focalizzato sul problema si può osservare un impiego più massiccio ai 48 mesi, il che indica un aumento delle abilità

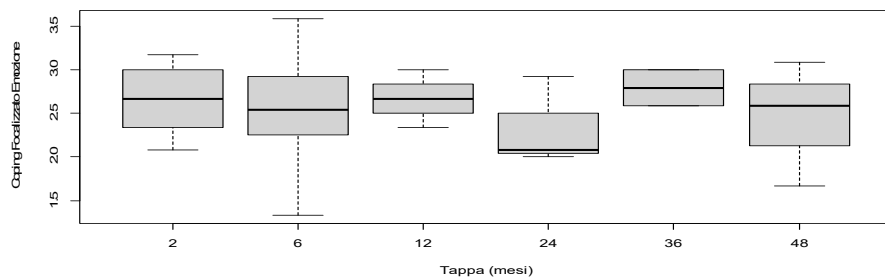
di problem solving e *reframing* positivo nel fronteggiamento di situazioni stressanti. Sembra essere una capacità già presente a 2 mesi – il punteggio medio si aggira intorno al 3, segnalando come i soggetti riportano di utilizzare strategie legate a una risoluzione dei problemi piuttosto razionale e focalizzata – che trova però un incremento importante nella tappa6, una fase piuttosto avanzata del percorso riabilitativo, ottenendo un punteggio medio che si aggira attorno a 4.

Grafico 5 – Boxplot Coping focalizzato sul problema



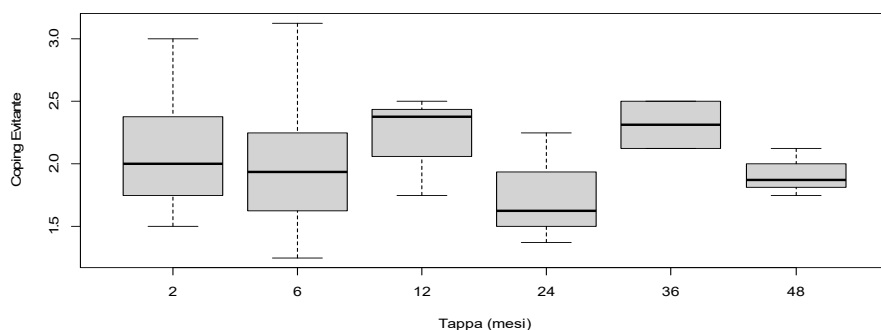
Per quanto riguarda, il coping focalizzato sull'emozione che fa riferimento, se in punteggi alti, a una buona capacità di regolazione emotiva in situazioni in cui emergono *stressors*, si osserva un andamento piuttosto stabile nei mesi, con movimenti quasi nulli che non segnalano oscillazioni rilevanti. I punteggi medi nelle varie tappe si muovono nella fascia 2,5-3, evidenziando come gli individui sentano di utilizzare mediamente strategie più legate alla regolazione emotiva in situazioni articolate.

Grafico 6 – Boxplot Coping focalizzato sull'emozione



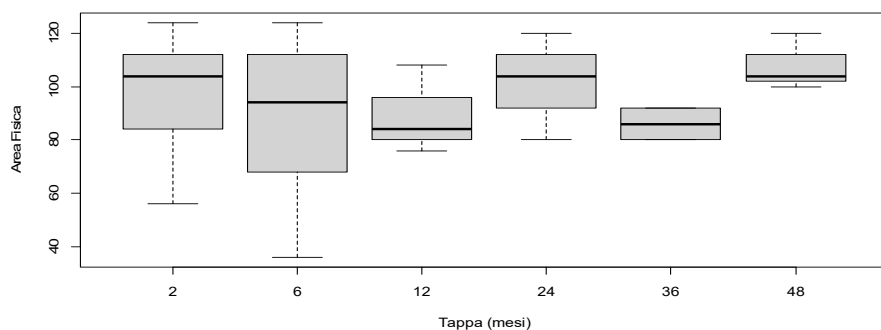
Rispetto all'utilizzo di uno stile di coping evitante, che si caratterizza per sforzi attivi sia cognitivi che emotivi nel ritirarsi da situazioni complesse, si osserva un movimento ondivago rispetto a un utilizzo minore ai 24 mesi per poi incrementarsi nella tappa successiva. I punteggi medi oscillano tra 1,5 e 2,5 indicando un utilizzo piuttosto basso di strategie di evitamento, sempre in un'ottica di autovalutazione che compiono gli individui.

Grafico 7 – Boxplot Coping evitante



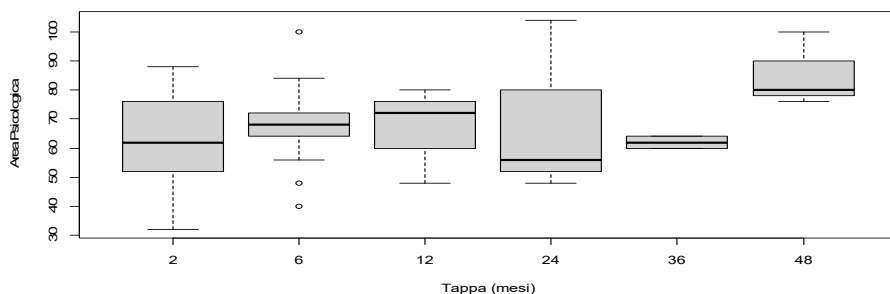
Rispetto alle aree indagate da WHOQOL (area fisica, psicologica, dei rapporti sociali e ambiente), i dati ottenuti faranno riferimento al *cut-off* 60 (Silva *et al.*, 2014) che definisce una buona qualità di vita. Per quanto concerne l'area fisica, i soggetti si collocano tutti oltre il 60 riportando leggere variazioni nel tempo il cui valore minimo si aggira attorno all'80 e il massimo attorno al 100 – in tappa6 si ha una media di 108,00 ($SD=10,58$), per cui con le citate oscillazioni l'area fisica risulta essere adeguata nell'autovalutazione compiuta dai soggetti.

Grafico 8 – Boxplot Area Fisica



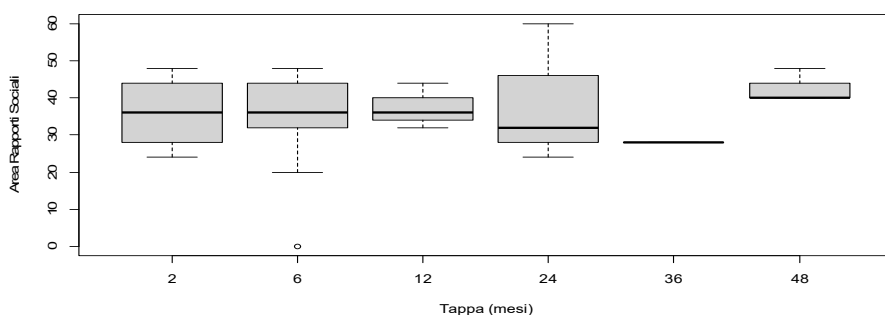
Nell'area psicologica, si osserva un valore a 2 mesi di 62,86 ($SD=15,08$), al limite con il *cut-off*, aspetto che si ritrova anche ai 24 mesi nonostante nelle due tappe precedenti si fosse registrato un leggero aumento oltre il valore di riferimento. Emerge però in tappa6, un aumento dei punteggi medi a 85,33 ($SD=12,86$) segnalando un benessere percepito maggiore dal punto di vista psicologico.

Grafico 9 – Boxplot Area Psicologica



L'area dei rapporti sociali sembra invece essere valutata come la più faticosa: infatti, i punteggi medi in nessuna tappa raggiungono il livello di *cut-off*. Si osserva una stabilità nella percezione problematica dei rapporti interpersonali senza però particolari oscillazioni; si registra in tappa6 un aumento dei punteggi con media 42,67 ($SD=12,86$), valore che rimane comunque lontano dal *cut-off* che segnala benessere nell'area descritta.

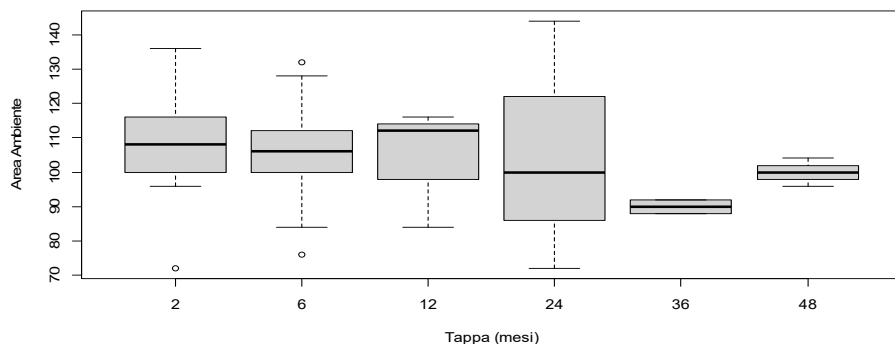
Grafico 10 – Boxplot Area Rapporti Sociali



L'area che indaga l'ambiente riporta buoni punteggi, tutti attorno a 100 – punteggio medio più alto in tappa3 con valore 104,00 ($SD=17,44$) – a eccezione di momenti in cui si registra una flessione: in tappa5 la media è 90,00

($SD=2,83$) che rimane comunque al di sopra del *cut-off* descrivendo una buona situazione rispetto all'area dell'ambiente.

Grafico 11 – Boxplot Area Ambiente



Passando ai test compilati dagli operatori di riferimento con la psicologia, la scala HoNOS è utilizzata per valutare l'esito delle cure in relazione alla complessità e alla gravità delle problematiche presenti.

Per una comprensione più accurata e un confronto tra punteggi è stata effettuata una conversione dalle medie dei punteggi ottenuti nella scala Likert 0 (nessun problema rilevato) – 4 (estrema gravità percepita) con cui si è effettuata la valutazione nelle varie aree.

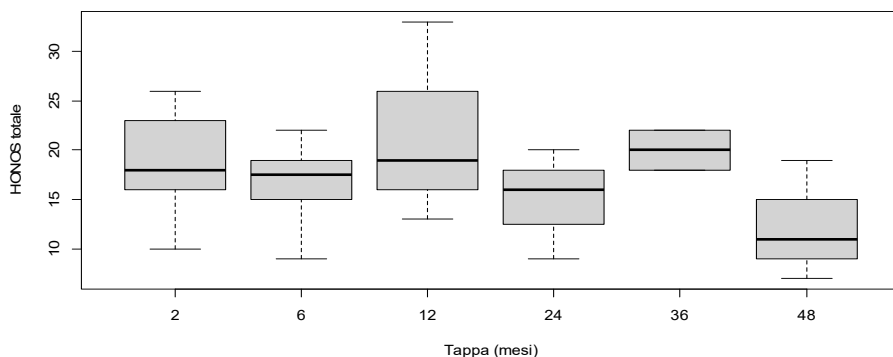
Come osservabile nel grafico 12, a 2 mesi, con una media di 18,93 ($SD=4,51$), il campione ottiene un punteggio di 1,6; mentre a 6 mesi, i punteggi medi sono 16,93 ($SD=3,41$) che convertiti diventano 1,4; a 12 mesi con media 21,67 ($SD=10,26$) si ottiene 1,8. Si osserva invece che a 24 mesi a media 15,00 ($SD=5,57$) corrisponde punteggio 1,2; a 36 con media 20,00 ($SD=2,8$) si sposta a 1,6 e infine, a 48 mesi, con media 12,33 ($SD=6,11$) si ha come punteggio totale 1,0. Si osserva che a 48 mesi si registrano punteggi più bassi che indicano un miglioramento rispetto alle problematicità indagate.

Rispetto alla valutazione effettuata tramite la scala Kennedy, che misura il livello di funzionamento globale del soggetto su una scala 0-100, si può notare un progressivo e complessivo aumento del funzionamento medio durante il percorso riabilitativo; nonostante ciò, si osserva che certe aree più compromesse impattano il funzionamento generale.

Utilizzando la VGF K per l'interpretazione dei punteggi, si nota come a 2 mesi dall'inserimento la media si assesta a 64,37 ($SD= 10,18$) cui corrisponde una sintomatologia lieve (come umore depresso, insonnia lieve...) con alcune difficoltà nel funzionamento sociale, lavorativo o scolastico ma

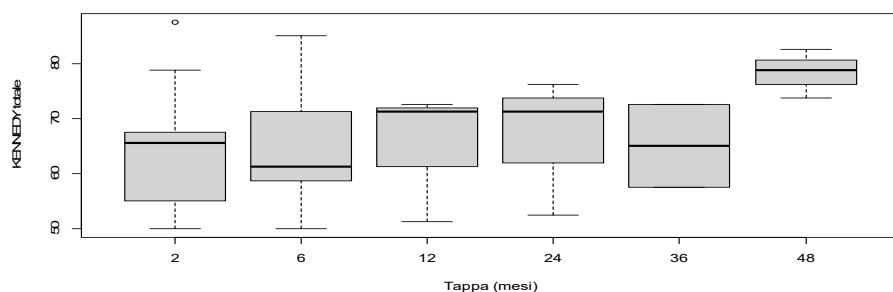
mantenendo comunque un funzionamento generale buono con alcune relazioni interpersonali significative.

Grafico 12 – Boxplot HoNOS



Nella tappa2, con una media di 64,82 ($SD=9,28$), si ha un quadro simile a quello della tappa1, si mantiene dunque una certa stabilità che si può osservare permanere per tutte le tappe successive, cioè nella tappa3 media 65,00 ($SD=11,92$); nella tappa4 media 66,67 ($SD=12,52$) e nella tappa5 media 65,00 ($SD=10,61$). In tappa6, si registra uno scostamento con media 78,33 ($SD=4,39$) in cui il funzionamento generale non necessariamente riporta sintomi; se presenti costituiscono reazioni transitorie e attendibili a stimoli psicosociali stressanti (es. difficoltà a concentrarsi dopo una discussione familiare). Inoltre, il funzionamento sociale, scolastico e lavorativo risulta alterato in modo lieve come può accadere quando si rimane indietro nello studio.

Grafico 13 – Boxplot Kennedy



Passando alle analisi descrittive del secondo database che prende in considerazione le dimissioni del 2023, la tab. 3 presenta un riassunto delle medie dei punteggi nelle due tappe considerate: valutazione iniziale all'ingresso e valutazione alle dimissioni. I valori riportati, che fanno riferimento quindi al punto di partenza e al punto finale del percorso riabilitativo, permettono uno sguardo rispetto all'andamento e al raggiungimento di determinati obiettivi.

Per quanto riguarda l'SCL-90-R, riproponiamo le stesse considerazioni rispetto alla conversione in punti T dei punteggi grezzi, in quanto l'eterogeneità del campione in termini di età e genere non risulta rilevante ai fini della nostra indagine; dunque, l'osservazione si limita ai punteggi grezzi ottenuti dalle analisi descrittive.

Relativamente al processo di *recovery* misurato dalla RAS, non si osserva l'avvio del processo perché non si raggiunge il *cut-off* né in fase iniziale né al termine, eppure si può comunque osservare un movimento interno rispetto all'aumento dei valori medi misurati.

Rispetto invece agli stili di coping utilizzati nelle situazioni complesse tramite Brief Cope, si nota un mantenimento del livello registrato a 2 mesi, se non una lieve discesa nell'impiego di tutti gli stili: per cui, è diminuito – seppur in lievissima misura – l'utilizzo di uno stile di coping focalizzato sul problema che prevede la messa in atto di strategie di *problem solving* e lo stile focalizzato sull'emozione, che richiede dunque una buona capacità di regolazione emotiva.

Contemporaneamente si è abbassato anche il punteggio medio relativo allo stile evitante, che riguarda modalità di evitamento che rifuggono dall'affrontare la situazione stressante e propone modalità che svincolano dalla gestione diretta del problema.

Nell'analisi fatta tramite WHOQOL sulla qualità di vita, si nota come i valori si collocano tutti oltre il *cut-off* mettendo in evidenza come ci sia un benessere percepito piuttosto diffuso nell'area indagata; emerge poi un miglioramento evidente nell'aumento delle medie che rispecchiano l'autovalutazione dei soggetti.

L'unica eccezione è costituita dall'area dei rapporti sociali che si manifesta come la più problematica per il tipo di utenza nonché probabilmente la più sfidante, che non raggiunge il *cut-off* in nessuna delle due fasi di valutazione.

Passando alle valutazioni effettuate dagli operatori con la psicologa rispetto a come hanno osservato e misurato il percorso degli utenti, sia per la scala HoNOS che per la scala Kennedy i punteggi medi non riportano scarti significativi tra la prima e l'ultima valutazione. Per la scala HoNOS, con

media 13,20 ($SD=6,06$) a 2 mesi si ottiene un punteggio in scala 1,1; mentre alle dimissioni con 14,00 ($SD=70,00$) si ha 1,17: entrambe appaiono come situazioni in cui non emergono gravità particolari, ma si è di fronte a situazioni piuttosto gestibili.

Nella scala Kennedy, per quanto le medie riportino un lieve aumento, i punteggi si inseriscono all'interno della stessa fascia di valutazione che descrive un funzionamento con sintomi lievi o che presenta alcune difficoltà nel funzionamento sociale, lavorativo o scolastico ma riuscendo comunque a funzionare bene mantenendo delle relazioni interpersonali significative. Ci si colloca, con questi punteggi, in una fascia media che non presenta criticità.

Tab. 3 – Punteggi medi alle dimissioni

	2 mesi	Dimissioni
GSI	1,49 ($SD=0,77$)	0,84 ($SD=0,79$)
PST	60,00 ($SD=21,13$)	41,83 ($SD=29,02$)
PSDI	2,08 ($SD=0,61$)	1,35 ($SD=0,83$)
RAS - totale	137,60 ($SD=15,47$)	151,50 ($SD=21,35$)
Coping focalizzato sul problema	2,67 ($SD=0,26$)	2,39 ($SD=0,86$)
Coping focalizzato sull'emozione	2,68 ($SD=0,55$)	2,07 ($SD=0,81$)
Coping evitante	1,97 ($SD=0,41$)	1,64 ($SD=0,44$)
WHOQOL - area fisica	82,00 ($SD=31,07$)	108,67 ($SD=19,50$)
WHOQOL - area psicologica	63,00 ($SD=16,12$)	78,00 ($SD=14,70$)
WHOQOL - area rapporti sociali	41,00 ($SD=6,83$)	39,33 ($SD=12,75$)
WHOQOL - area ambiente	112,00 ($SD=9,80$)	119,33 ($SD=19,17$)
HoNOS - totale	13,20 ($SD=6,06$)	14,00 ($SD=70,00$)
Kennedy - totale	65,75 ($SD=12,11$)	70,00 ($SD=7,58$)

Analisi: database 1

Partendo dal primo database che raccoglie i dati ottenuti nel 2023 secondo le tappe illustrate, si è proceduto con le analisi *mixed models*.

Sono dunque emerse significatività sia nell'effetto variabile "tappa", con il tempo come variabile tipo fattore, sia per l'effetto variabile "mesi" con tempo

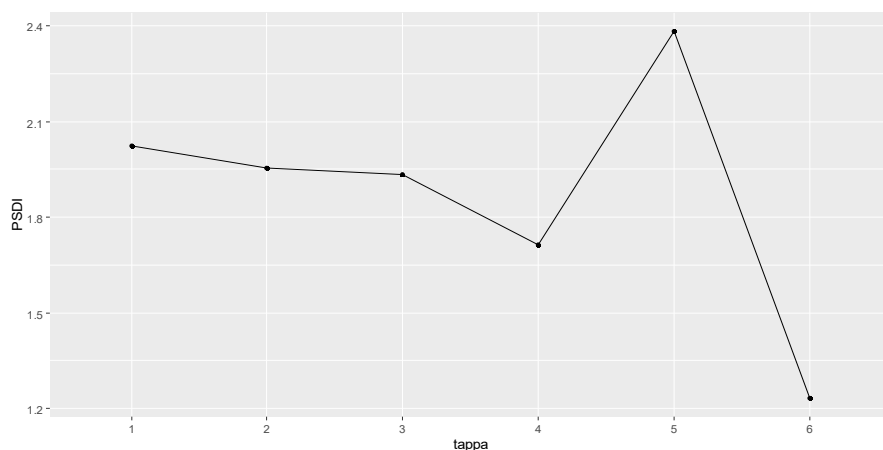
come variabile continua. Sono state inoltre effettuate delle analisi *post-hoc* perché si potessero evidenziare eventuali significatività nel confronto a tappe, ovvero rispetto a quanto rilevato e valutato in diversi momenti del percorso.

Si discuteranno di seguito le significatività per l'effetto variabile "tappa" con il tempo inteso come variabile tipo fattore e, in un secondo momento, l'effetto variabile "mesi".

Partendo da quanto misurato dall'SCL-90-R, si riporta significatività per l'indice globale PSDI, per la scala dell'ostilità, dell'ideazione paranoide e dello psicoticismo.

Per PSDI, come mostrato nel grafico 14, risulta significativa l'effetto tappa6 con valore 0.0203; condotti i confronti in *post-hoc*, è risultato significativo l'appaiamento con la tappa1, 2 e 5; nello specifico, è emerso che quanto registrato a 48 mesi è significativamente rilevante rispetto al percorso effettuato e c'è una differenza significativa nella comparazione con quanto emerso nella tappa1, 2 e 5. Si mette dunque in evidenza come i punteggi calcolati a 48 mesi, con una diminuzione del disagio percepito dal soggetto rispetto ai sintomi, indichi un miglioramento nella scala indagata – PSDI.

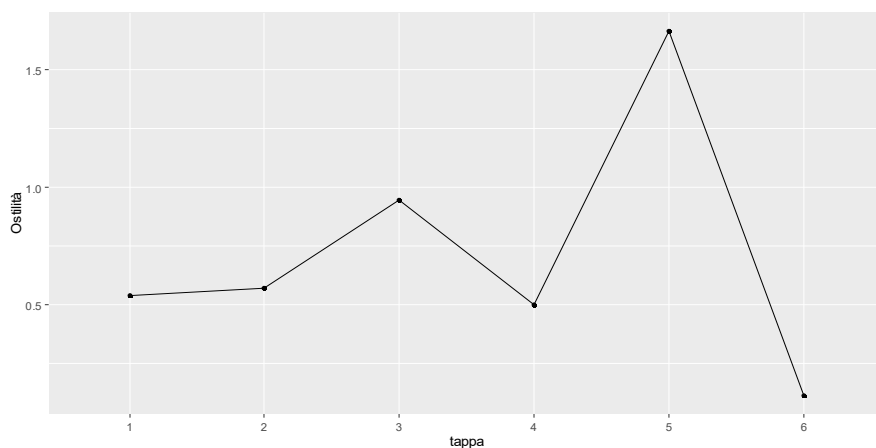
Grafico 14 – Boxplot mixed models PSDI



Per l'ostilità, è risultato significativo l'effetto tappa5 con .00995; come osservabile nel grafico 15 a 36 mesi si registra un aumento significativo dell'ostilità nell'autopercezione dei soggetti. In seguito alle analisi *post-hoc* risulta significativamente maggiore nel confronto con l'effetto tappa1, 2, 4 e 6. Dunque, effettuando una comparazione tra la tappa5 e le tappe 1, 2, 4 e 6 si ha una distanza tale che evidenzia uno scarto significativo che a 36 mesi ha visto un peggioramento circa l'ostilità in termini di pensieri, sentimenti o

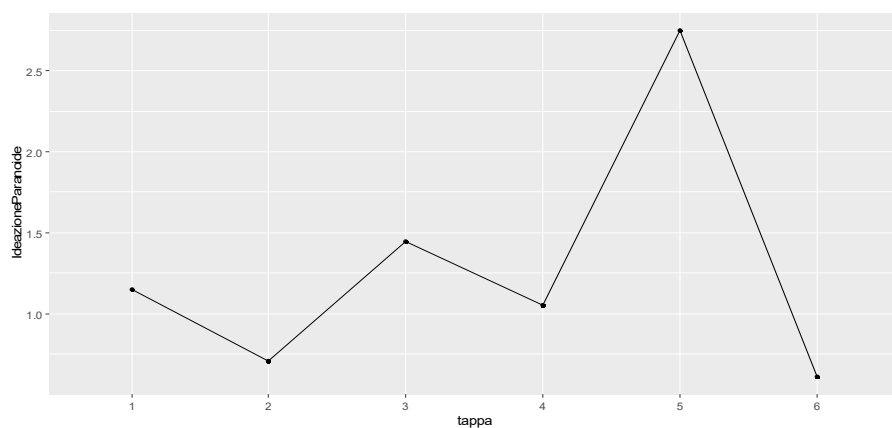
azioni includendo anche uno stato negativo di rabbia che raggruppa aggressività, irritabilità e rancore.

Grafico 15 – Boxplot mixed models Ostilità



L'ideazione paranoide risulta significativa nella tappa5 con .0168 marcando una significativa emersione del pensiero proiettivo, ostilità, sospettosità, grandiosità, riferimento a sé, paura di perdita dell'autonomia e deliri (Swanson, Bohnert e Smith, 1970). Nel *post-hoc*, la tappa5 risulta significativamente maggiore nel confronto con la tappa1, 2, 4 e 6; dunque, quanto rilevato a 36 mesi riporta una condizione significativamente ($p < .05$) più critica di quanto rilevato a 2, 6, 24 e 48 mesi.

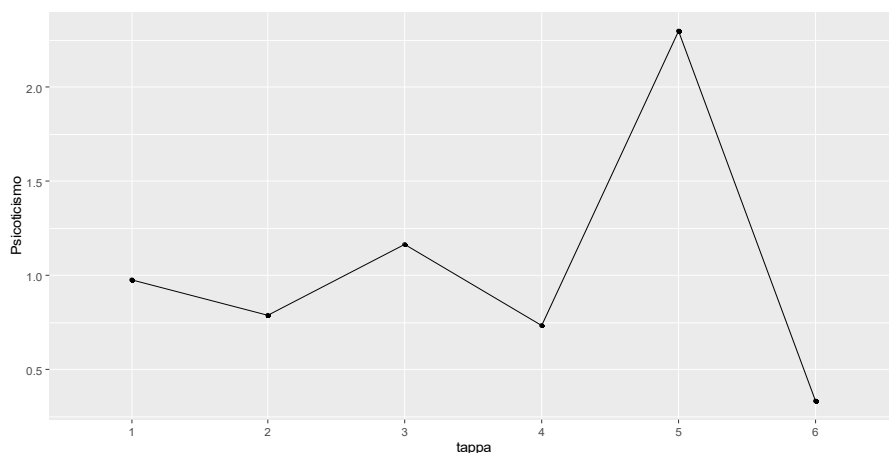
Grafico 16 – Boxplot mixed models Ideazione Paranoide



Lo psicoticismo presenta significatività nella tappa5 con .024 evidenziando come a 36 mesi si sia registrato un aumento significativo di quelli che sono i tratti caratteristici delle dimensioni, quindi uno stile di vita introverso, isolato, schizoide, in presenza in alcuni casi anche di sintomatologia positiva propria della schizofrenia (allucinazioni e disturbi del controllo del pensiero).

In *post-hoc*, è risultato significativo il confronto con le tappe1, 2, 4 e 6; dunque, a 36 mesi emerge un peggioramento della dimensione dello psicoticismo rispetto a quanto rilevato a 2, 6, 24 e 48 mesi, sempre muovendosi all'interno del continuum che oscilla da una moderata alienazione interpersonale fino alla vera e propria psicosi.

Grafico 17 – Boxplot mixed models Psicoticismo



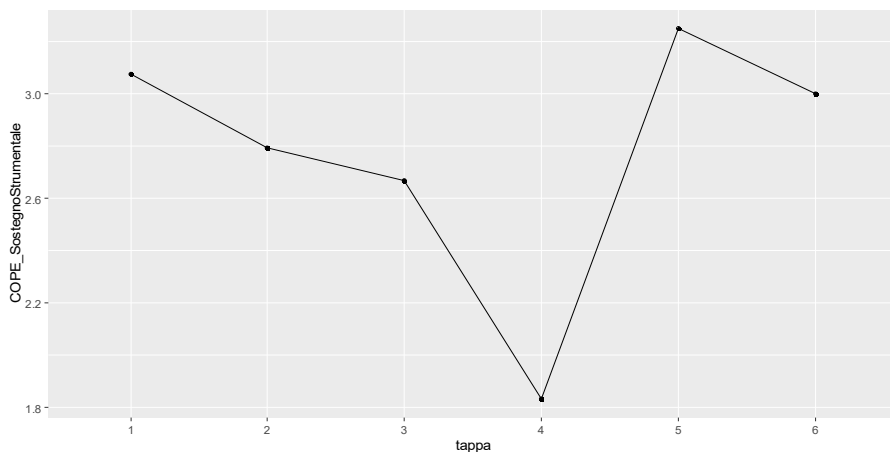
Per quanto riguarda la valutazione degli stili di coping misurati tramite Brief Cope, sono risultate significative le seguenti strategie: il sostegno strumentale, la religione, l'uso di sostanze e l'autocritica.

Il sostegno strumentale ha riportato significatività nella tappa1, che in *post-hoc* risulta significativo in relazione alla tappa4 - .0439, mettendo in luce come ci sia stata una diminuzione tra quanto rilevato a 2 mesi e quanto registrato a 24 mesi nella tendenza a far riferimento ad altri in termini di ricerca di consigli e aiuto in situazioni di difficoltà.

Il ricorso alla religione come strategia rispetto a situazioni di stress, riporta valore .00319 ($p < .05$) in corrispondenza della tappa3, registrando una diminuzione significativa dell'utilizzo della stessa.

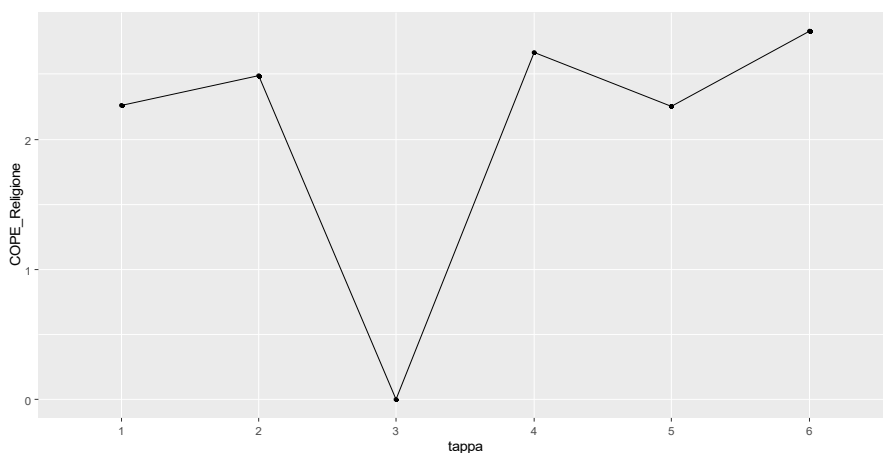
Nel *post-hoc*, il confronto con le tappe1, 2, 4, 5 e 6 risulta significativo, evidenziando come a 12 mesi l'affidarsi alla preghiera e alle proprie con-

Grafico 18 – Boxplot mixed models Sostegno Strumentale



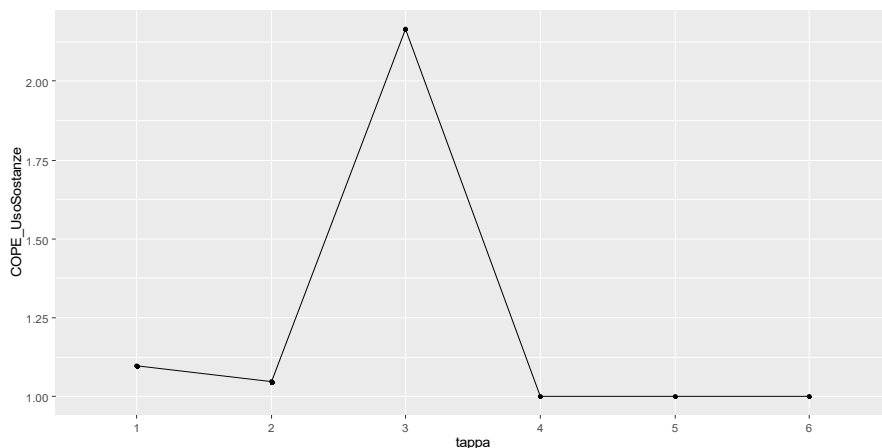
vinzioni religiose sia significativamente distante rispetto all'utilizzo che ne viene fatto nelle altre tappe, che risulta nettamente più massiccio.

Grafico 19 – Boxplot mixed models Religione



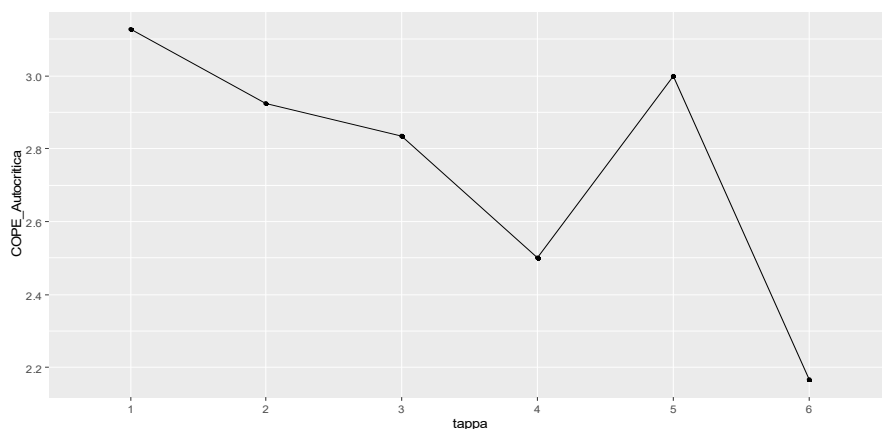
Con valore .0001, l'uso di sostanze in situazioni stressanti risulta significativo nella tappa3, a 12 mesi si registra dunque un aumento significativo del ricorso alla sostanza nel fronteggiamento di situazioni complesse. Nelle analisi *post-hoc*, si riscontra significatività nel confronto con le tappe 1(.0001); 2 (.0001); 4 (.0006); 5 (.0018); 6 (.006).

Grafico 20 – Boxplot mixed models Uso Sostanze.



Per lo stile di coping autocritica, si riporta significatività a 2 mesi con una tendenza ad attribuire a se stessi il verificarsi degli eventi. Nel *post-hoc*, si registra come confronto significativo quello con la tappa6 (.0435) riportando uno scarto nell'impiego della strategia che da 2 a 48 mesi subisce una riduzione importante.

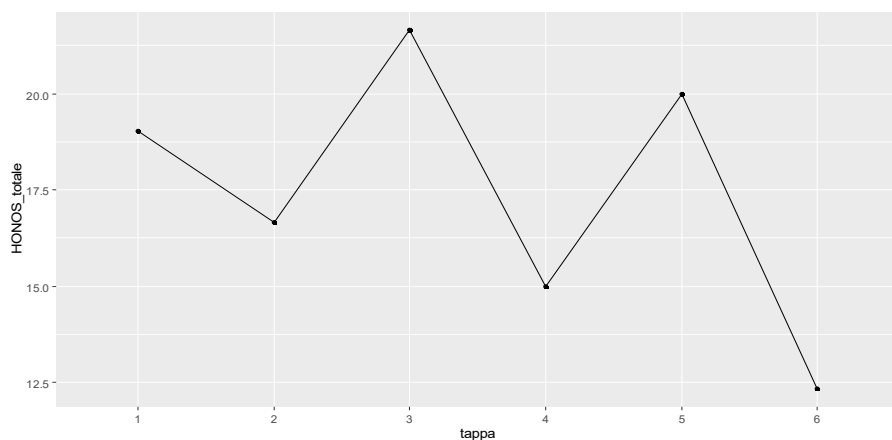
Grafico 21 – Boxplot mixed models Autocritica



Per la scala HoNOS, si ottiene significatività nel punteggio totale alla tappa6 (.0483) che, come si può osservare dal grafico 22, subisce una flessione significativa. Nelle analisi *post-hoc*, il confronto risulta significativo con le tappe 1 (.0478) e 3 (0.342) per cui $tappa6 < tappa1$, $tappa3$; dunque, emerge che a 48 mesi si è rilevata una diminuzione significativa delle criticità

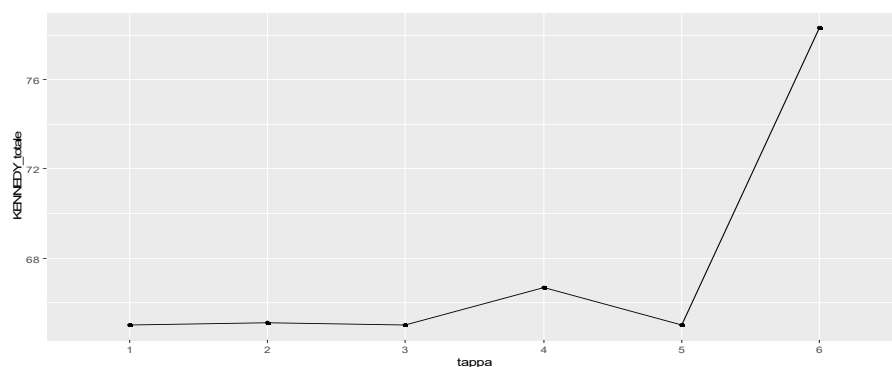
nelle aree indagate quali: problemi comportamentali, problemi legati a menomazioni, problemi legati a sintomi clinici e problemi psicosociali.

Grafico 22 – Boxplot mixed models scala HoNOS totale



Similmente alla scala HoNOS, nella scala Kennedy, si registra significatività alla tappa6 per quanto riguarda il punteggio totale (.0423) e nel confronto a coppie in *post-hoc* risulta maggiore delle tappe 1 (.0424) e 2 (.0438). Emerge dunque un aumento medio nel funzionamento globale dei soggetti a 48 mesi, specialmente nel confronto con quanto rilevato a 2 e 6 mesi; per cui in fase finale del percorso riabilitativo si ha un aumento significativo del funzionamento.

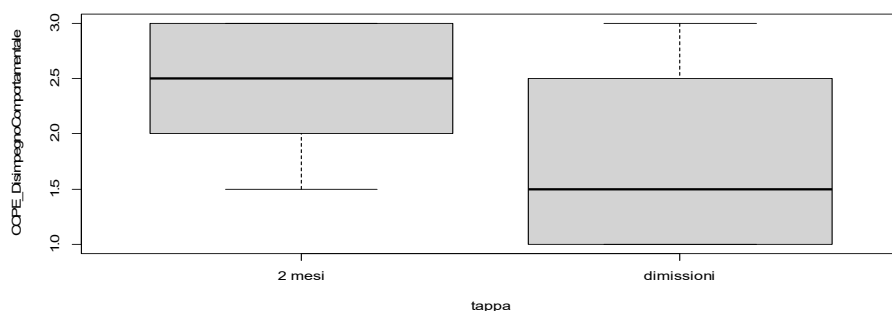
Grafico 23 – Boxplot mixed models scala Kennedy totale



Analisi: database 2

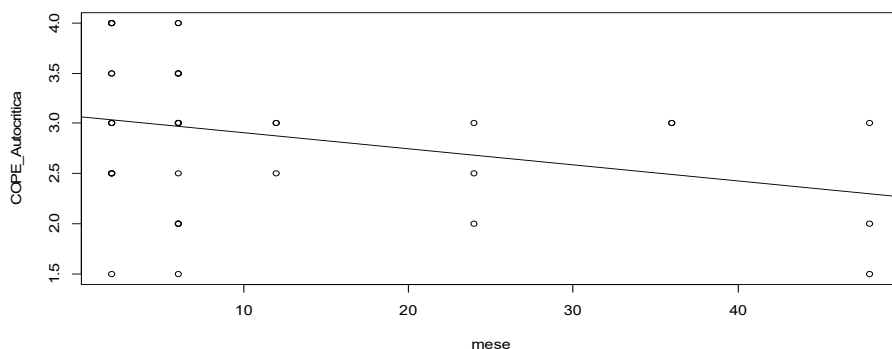
Infine, rispetto alle analisi effettuate sulle dimissioni 2023 che mettono quindi a confronto quanto rilevato all'inizio del percorso riabilitativo e al termine dello stesso, è risultato significativo con .03411 la scala di coping relativa al disimpegno comportamentale, inteso come la rinuncia ad affrontare la situazione complessa che si propone. Dunque, si osserva, tramite *t-test*, una diminuzione significativa dell'utilizzo della strategia sopra descritta nei tempi presi in considerazione.

Grafico 24 – Boxplot Disimpegno comportamentale



Infine, come accennato precedentemente, è stata presa in considerazione una valutazione dell'effetto variabile “mesi” come variabile continua; utile sottolineare che questo è stato fatto anche per la numerosità ridotta delle osservazioni all'interno di una tappa. È emerso dunque come significativo lo

Grafico 25 – Boxplot mixed models Autocritica con variabile “mesi”



stile di coping autocritica (.0497) in *slope* negativa, per cui c'è correlazione negativa tra autocritica del Brief Cope e il tempo per come è stato inteso: al crescere dei mesi diminuisce dunque l'utilizzo dello stile di coping autocritica. Durante il lavoro di riabilitazione, si osserva che andando avanti nel tempo la tendenza ad attribuirsi responsabilità per gli eventi che accadono diminuisce, aspetto chiaramente visibile osservando il grafico 25 in cui la variabile continua va diminuendo mettendo in luce una relazione inversa.

Conclusioni

L'obiettivo di questo lavoro è verificare l'efficacia di un percorso riabilitativo all'interno di un CDSM che propone attività *evidence based* nell'ottica di un processo di *recovery* utilizzando una batteria di test selezionati. La lettura proposta è in una prospettiva dinamica in cui i test sono stati strumenti per veicolare una comprensione del gruppo e dei soggetti in un'ottica di trasformazione di quelle convinzioni che sono state barriera alla loro evoluzione. Dunque, l'acquisizione di abilità attraverso il training non si verifica solamente con l'applicazione delle stesse, ma soprattutto attraverso una consapevolezza del significato che hanno acquisito all'interno della loro vita.

Procedendo con la somministrazione di test – SCL-90-R; Brief Cope; RAS; WHOQOL; scala Kennedy; scala HoNOS –, sono emerse significatività dalle analisi statistiche effettuate nei database di riferimento (il primo relativo ai dati raccolti nel 2023, il secondo rispetto alle dimissioni registrate nel 2023).

Rispetto a quanto misurato dall'SCL-90-R, è emersa significatività in 4 scale: PSDI, la dimensione dell'ostilità, dell'ideazione paranoide e infine dello psicoticismo. Per il PSDI, è risultata statisticamente significativa la tappa6, che nel confronto *post-hoc* ha riportato uno scarto con le tappe1, 2 e 5; questo sottolinea come i soggetti a 48 mesi riportino un disagio percepito rispetto alla sintomatologia nettamente inferiore a quanto registrato a 2, 6 e 36 mesi. Questo dato riflette il lavoro che viene fatto all'interno del CDSM nell'ottica di accettazione della propria sintomatologia: se all'inizio del percorso viene riportato un profondo disagio rispetto ai sintomi che si percepiscono nella massima egodistonia; a 48 mesi si osserva una diminuzione della difficoltà iniziale a vivere la dimensione sintomatologica. Nella fase più avanzata del percorso, l'esperienza riabilitativa ha lavorato ed è intervenuta sulla normalizzazione del sintomo e sul depotenziamento dell'aspetto terribile della sintomatologia che si teme possa riapparire. Ciò che è possibile osservare è la compiuta integrazione della sintomatologia nella vita, che non

costituisce più un elemento esterno su cui non si ha potere d'azione. È bene però sottolineare che interiorizzare la sintomatologia come parte del proprio vissuto e della propria quotidianità non si risolve in modo lineare nel cambiamento, perché il sintomo continua ad avere un'incidenza nella vita dei soggetti; ma quello che la diminuzione nell'indice globale PSDI mette in luce, è la capacità sviluppata di riconoscere i sintomi e nominarli, aspetto che riduce notevolmente il disagio rispetto agli stessi.

È inoltre molto interessante la significatività delle 3 scale che indagano l'ostilità, l'ideazione paranoide e lo psicoticismo: in tutte, si registra significatività alla tappa5 che nel confronto *post-hoc* si distanzia dalle prime due tappe (2 e 6 mesi) e da quella finale (48 mesi). A 36 mesi, dunque, si registra un aumento significativo di sentimenti, pensieri relativi a rabbia, aggressività e rancore; un ritiro schizoide più marcato o incremento della sintomatologia positiva; pensiero proiettivo più persistente, maggiore sospettosità, grandiosità e riferimento al sé con possibili deliri e paura di perdita dell'autonomia. Questo sembra riflettere il procedere del percorso riabilitativo che nelle prime fasi si struttura sull'accoglienza, permissività e disconferma di credenze erranee senza sollecitare aree scomode; addentrandosi invece nel processo di *recovery*, si giunge al momento in cui le richieste aumentano e spesso vengono scomodate aree che risultano più difficili da smussare. Di fronte alla richiesta di cambiamento, subentra inevitabilmente uno stato di regressione che può essere considerato propedeutico e necessario al cambiamento successivo; è proprio la resistenza che emerge che simboleggia l'approdo a un punto focale del percorso. Se dunque gli individui si sentono richiamati al cambiamento, reagiscono con una regressione che riporta in campo la sintomatologia diventando esplicitazione della difficoltà percepita ma anche manifestazione di star lavorando proprio sulle difese più strutturate che si oppongono alla *recovery*. Si fa riferimento alla fatica dell'utenza nell'affrontare i cambiamenti, si tratta di soggetti che leggono la realtà in maniera distorta e persecutoria per cui serve un lavoro di ristrutturazione della percezione della realtà che viene vissuto come estremamente faticoso. Si consideri inoltre il vissuto di fallimento che si portano dietro e per cui il cambiamento di paradigma richiede risorse psichiche ed emotive che necessitano tempo per dare risultati. Non è casuale che siano risultate significative proprio le 3 scale che meglio descrivono il tipo di utenza accolta dal CDSM e che fanno riferimento alla sintomatologia dell'area psicotica.

Per quanto riguarda invece gli stili di coping misurati tramite Brief Cope, sono risultati significativi quello relativo al sostegno strumentale, alla religione, all'uso di sostanze e all'autocritica. Relativamente all'utilizzo del sostegno strumentale, emerge come significativo a 2 mesi il riferirsi agli altri,

al chiedere aiuto e supporto che, nel *post-hoc*, risulta nettamente diminuito a 24 mesi. Questo aspetto si riconduce alla tendenza dell'utenza ad appoggiarsi all'esterno di fronte a situazioni complesse contrastando la spinta all'autonomia, nonché aspetto cardine del lavoro che viene fatto all'interno del CDSM. I dati, dunque, suggeriscono che il percorso riabilitativo sembra lavorare verso la riduzione della tendenza alla dipendenza che contraddistingue i soggetti in esame.

Se si considera invece la religione come stile di coping in un'ottica che include non qualcosa di strettamente spirituale ma fa riferimento a qualcosa di "magico" che interviene esternamente e solleva dalla responsabilità di farsi carico di quanto accade, allora si nota come a 12 mesi ci sia una riduzione significativa dell'impiego di questa strategia. Dunque, i soggetti, in corrispondenza della tappa3, sentono di poter abbandonare questa credenza in quanto il percorso riabilitativo li mette nella condizione di prendere consapevolezza di vari aspetti della propria malattia mentale senza però avanzare alcun tipo di richiesta rispetto al cambiamento. Quando invece subentra l'aspetto più richiestivo e sfidante, allora si assiste a una regressione – sempre in linea con una fatica di base che ancora al sintomo – che riporta a un reimpiego della strategia rimettendo il soggetto in una condizione di appoggio che delega all'esterno.

Per quanto riguarda l'uso di sostanze, emerge significatività in corrispondenza della tappa3 che in *post-hoc* si distanzia dalle tappe1, 2, 5 e 6; si tratta di un dato singolare che non sembra avere un riscontro diretto rispetto alla clinica osservata ma che pone sicuramente un interrogativo: si fa riferimento a un tipo di utenza non primariamente connotato per il ricorso alla sostanza in concomitanza di eventi complessi. Il dato potrebbe far riferimento piuttosto alla terapia farmacologica assunta e a un cambio della stessa: spesso può accadere che i farmaci vengano utilizzati come strumento di regolazione di stati interni intollerabili; si tratta quindi sempre della tendenza a scaricare all'esterno la responsabilità di ripristinare un equilibrio interno piuttosto che assumersi l'autorità della malattia.

Infine, per l'autocritica come stile di coping, la significatività a 2 mesi dall'ingresso si connette al *post-hoc* con i risultati ottenuti a 48 mesi descrivendo proprio l'andamento da una fase iniziale del percorso a un momento piuttosto avanzato; la tendenza ad attribuire a se stessi il corso degli eventi diminuisce notevolmente con il procedere del percorso riabilitativo.

Se inizialmente si può osservare uno spostamento massiccio della responsabilità all'esterno che potrebbe essere tradotto in "gli altri sono cattivi", durante il percorso si può giungere anche alla posizione diametralmente opposta di "io sono cattivo"; allora il lavoro riabilitativo prende vita nel momento

in cui si media in questa oscillazione e si transita verso una maggiore responsabilizzazione e consapevolezza rispetto al fatto che di fondo c'è una corresponsabilità nella storia di malattia e riconoscerne le parti significa riposizionarsi e permettersi di procedere nel percorso di *recovery* mediante un lavoro di rivalutazione dell'immagine di sé.

Per concludere, quanto emerso significativo per scala HoNOS e Kennedy restituisce lo stesso quadro: con una significatività in tappa6 per la HoNOS, che in *post-hoc* con tappe1 e 3 porta un confronto significativo, si nota una riduzione della problematicità complessiva che a 2 mesi era stata rilevata dall'équipe e che a 48 mesi si riduce significativamente. Allo stesso modo, per la scala Kennedy si rileva significatività in tappa6 che in *post-hoc* si confronta con tappe1 e 2: a 48 mesi si hanno punteggi significativamente più alti di quanto registrato a 2 e 6 mesi, dunque il funzionamento dei soggetti appare migliorato rispetto al punto di partenza. Questi dati, dunque, restituiscono un'immagine di individui che durante il lavoro di riabilitazione raggiungono progressi nelle varie aree di vita e nel funzionamento complessivo della propria persona.

Come sostenuto dalla United States Psychiatric Rehabilitation Association (2007), la riabilitazione psichiatrica ha come scopo quello di aiutare gli utenti a sviluppare tutta una serie di abilità che gli permettano di accedere alle risorse di cui necessitano per migliorare le possibilità di essere soddisfatti negli ambienti di vita, lavoro, studio e contesti sociali di loro scelta e quanto emerso da queste analisi sembra confermare il tipo di lavoro fatto.

Allo stesso tempo però, è parso controverso il fatto che non sia emersa alcuna significatività in corrispondenza della RAS, questo dato permette di innescare una riflessione circa la consapevolezza che l'utenza ha rispetto al percorso che ha in atto, quanto viene riconosciuto il processo e il lavoro fatto, ma allo stesso tempo riporta sempre al movimento lento che in termini di cambiamenti i soggetti fanno fatica a innescare. Riflessione che si applica anche a WHOQOL che misura la qualità di vita: in nessuna delle aree è stata rilevata significatività; questi dati sicuramente stimolano a una ripetizione futura delle analisi per osservare, anche attraverso un campionamento più ampio e più protratto nel tempo, eventuali cambiamenti e/o conferme.

In generale però, è bene sottolineare che anche se non raggiungono la significatività statistica si possono osservare oscillazioni che dimostrano un movimento di fondo.

Quello che però si può notare, è una significatività generale a 48 mesi per la maggior parte dei test: questo dato mette in luce come il cambiamento, per questo tipo di utenza, sia particolarmente lento e accidentato, la fatica e la resistenza al cambiamento rimangono punti cardine; per cui, pensare di otte-

nere significatività nei test in tempi brevi o cambiamenti evidenti nella clinica nelle prime tappe del percorso riabilitativo, sembra non rispecchiare l'andamento naturale di questa utenza specifica, anzi sembra forzare verso una direzione che si discosta da ciò che si vuole osservare.

In conclusione, il lavoro fatto all'interno del CDSM con attività *evidence based* e di gruppo si è servito dell'utilizzo di test per ottenere dati statistici che facessero emergere l'andamento e il processo, ma che sono stati poi utilizzati come punto di partenza per osservare un lavoro più ampio. Di fatto, si osserva un movimento che rispecchia un cambiamento promosso e veicolato dal gruppo che ha un ruolo attivo nell'evoluzione, si tratta dunque di un processo che, partendo dall'individuo, ha coinvolto poi le dinamiche createsi nel gruppo e di riflesso ha posto interrogativi all'équipe rispetto al loro approccio. Infatti, l'équipe stessa si è trovata a confrontarsi con dei risultati che non rispecchiavano quanto loro si aspettavano dal lavoro.

Questo è stato utile per riflettere rispetto a un'ottica che tende a focalizzarsi su aspetti singoli slegati dall'insieme e che favorisce una parcellizzazione del singolo; in questo modo si penalizza e limita una lettura più ampia che può invece restituire una visione complessa tenendo insieme i movimenti individuali nel gruppo e quelli del gruppo stesso. Tutto ciò ha innescato quindi un ritorno per l'équipe di lavoro che è stata assorbita dalle dinamiche attivate e che è stata costretta a riflettere sul proprio ruolo e su come la cura del gruppo passi attraverso la cura delle attività che non possono semplicemente orbitare ma devono acquisire un senso nel percorso riabilitativo. Ciò che ha permesso di allargare il campo d'azione è stato assumere la consapevolezza che focalizzarsi su quanto portato esclusivamente dal singolo risulta parziale, in quanto acquisisce significato e pregnanza nel momento in cui viene inserito in un movimento che coniuga più aspetti ed elementi portati dal gruppo; in questo modo si può osservare cosa sta realmente succedendo e se la direzione intrapresa è valida.

L'utilizzo di test si configura quindi come strumento all'interno di un lavoro di matrice più ampia che si pone l'obiettivo di osservare il movimento verso il cambiamento di soggetti che, all'interno di un CDSM, fruiscono di un servizio ma allo stesso tempo vivono quel servizio nella relazione di gruppo.

Questi dati permettono dunque di prendere atto dell'efficacia di certi interventi ma aprono anche a nuove considerazioni e futuri lavori per implementare ciò che ancora risulta poco approfondito, in un'ottica volta sempre a fornire strumenti perché gli individui si ingaggino in un processo di *recovery*.

Riferimenti bibliografici

- Anthony W.A., Cohen M.R., Farkas M. e Gagne C. (2002). *Psychiatric Rehabilitation*. 2nd ed. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Barbato A. (2006). Psychosocial Rehabilitation and Severe Mental Disorders: a Public Health Approach. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 5, 3: 162-3.
- Carozza P. (2006). *Principi di riabilitazione psichiatrica. Per un sistema di servizi orientato alla guarigione*. Milano: FrancoAngeli, 2016.
- Davidson L. (2012). *Il Recovery in psichiatria*. Trento: Erickson.
- Kennedy J. (2007). *Il funzionamento del paziente psichiatrico: manuale di valutazione. Verso un nuovo Asse V del DSM*. Milano: Raffaello Cortina.
- Siani R., Siciliani O. e Burti L. (1991). *Strategie di psicoterapia e riabilitazione. Gli psicotici e il servizio psichiatrico*. Milano: Feltrinelli.
- Silva P.A., Soares S.M., Santos J.F. e Silva L.B. (2014). Cut-off Point for WHOQOL-bref as a Measure of Quality of Life of Older Adults. *Revista de Saude Publica*, 48, 3: 390-397.
DOI: 10.1590/S0034-8910.2014048004912
- Spivak M. (1987). Introduzione alla riabilitazione sociale: teoria, tecnologia e metodi di intervento. *Riv. Sperim. Freniatria*, CXI, 3: 522-574.
- Swanson D.W., Bohnert P.J. e Smith J.A. (1970). *The Paranoid*. Boston: Little, Brown & Company.

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 gruppalità. 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.

Riflessioni sull'esperienza di osservazione in due équipe multiprofessionali per la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle dipendenze patologiche

di Linda Marconi*, Barbara Battocchio** e Vito Sava***

*[Ricevuto il 10/09/2024
Accettato il 12/05/2025]*

Riassunto

Gli autori presentano un lavoro di riflessione clinica, istituzionale e formativa a partire da un'esperienza di osservazione di riunioni di due équipe nei Servizi per le Dipendenze di un'istituzione pubblica. L'esperienza osservativa si è svolta per quattro mesi durante un periodo di trasformazione e riassetto del Dipartimento per le Dipendenze e dei singoli Servizi, tempo in cui l'Istituzione mostrava un bisogno di guardare se stessa e cercava di omogeneizzare il funzionamento delle diverse realtà operative. Tale possibilità osservativa si è realizzata attraverso il coinvolgimento di una allieva in formazione alla psicoterapia psicoanalitica individuale, di gruppo e istituzionale, che attraverso questa esperienza ha potuto catturare elementi di similitudine e diversità tra le équipe (con alle spalle storie e culture diverse e in comune

* Psicologa psicoterapeuta individuale e di gruppo, diplomata COIRAG. Libera professionista (via Nazareth, 15 – 35128 Padova); linda.marconi22@gmail.com

** Psicologa psicoterapeuta, psicoterapeuta di gruppo Asvegra-COIRAG, Dipartimento Dipendenze, Az. Ulss 6 Euganea – Ser.D. Monselice (via Marconi, 19 – 35043 Monselice); barbara.battocchio@aulss6.veneto.it; serd.monselice@aulss6.veneto.it

*** Psicologo psicoterapeuta, psicoanalista SPI-IPA, psicoterapeuta di gruppo Asvegra-COIRAG, direttore UOC Ser.D., Alta e Bassa Padovana, direttore ff Dipartimento per le dipendenze – Az. Ulss 6 Euganea. Dipartimento Dipendenze, Az. Ulss 6 Euganea – Ser.D. Monselice (via Marconi, 19 – 35043 Monselice); vit.sava@gmail.com; serd.monselice@aulss6.veneto.it

Gruppi/Groups (ISSNe 1972-4837), 1-2/2023
Doi: 10.3280/gruoa1-2-2023oa21224

CONTRIBUTI ORIGINALI

l'attuale appartenenza istituzionale e la necessità di riorganizzazione), oltre che dare ascolto e risalto ad aspetti gruppalì, istituzionali e controtransferali.

Parole chiave: Osservazione, Gruppo, Équipe, Dipendenze, Formazione, Istituzione.

Abstract. *Considerations regarding an observation of two multidisciplinary teams for prevention, treatment, and rehabilitation of addictions*

The authors shared clinical, institutional, and educational considerations regarding an observation of team meetings of public Addiction Services. The observation of team meetings lasted four months, during a moment of transformation and reorganization of the Department and the Addiction Services, in which the needs of self-observation and conformity of the practices were noted. This opportunity was achieved with the participation of a student of group analysis and institutional psychotherapy, who could catch similarities and differences between the two professional teams (different backgrounds and stories, common current membership organization and necessity of rearrangement); moreover, the specializing psychotherapist listened to and highlighted aspects of the group, institution, and countertransference.

Keywords: Observation, Group, Multidisciplinary team, Addiction, Training, Institution.

I Servizi per le Dipendenze (Ser.D.)

I Servizi per le Dipendenze (Ser.D.) del Sistema Sanitario Nazionale sono stati istituiti dalla legge 309/90 con l'obiettivo di offrire attività di prevenzione primaria, cura, prevenzione delle dipendenze da sostanze e comportamentali e delle patologie correlate, riabilitazione e reinserimento sociale e lavorativo. Nella Regione Veneto si trovano in compresenza e stretta collaborazione con il Privato Sociale Accreditato (cioè l'area delle Comunità Terapeutiche residenziali private), oltre a interagire con le amministrazioni comunali e il volontariato. Inoltre, i Ser.D. hanno anche il compito di entrare in sinergia con altri interlocutori istituzionali, come i Dipartimenti di Salute Mentale, i Servizi per l'età evolutiva e la famiglia, gli ospedali, le scuole ecc., per lavorare in rete e in accordo, sulla base delle esigenze attuali della popolazione. Infatti, i bisogni emergenti intercettati nel territorio mutano costantemente nel corso degli anni e a oggi i progetti territoriali e quelli trasversali si concentrano su alcuni target specifici come i giovani, le famiglie

e i lungo assistiti (Piano triennale per le dipendenze 2024-2026 della Regione Veneto¹).

L'uso di sostanze appare in aumento sia nella fascia 18-64 anni di età che nella fascia 15-19, confermando l'importanza di intercettare in modo tempestivo e precoce l'utenza adolescenziale e di sostenere le famiglie (Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia anno 2023 – dati 2022²). Sono in crescita anche gli accessi per dipendenze comportamentali come il disturbo da gioco d'azzardo. Gli utenti “cronici” richiedono interventi specifici caratterizzati da un'alta integrazione sociosanitaria, in cui vi è un aumento dei tempi di presa in carico e un impoverimento della rete di supporto familiare.

Il contesto istituzionale, oggetto di questo lavoro, era composto da due équipe terapeutiche multidisciplinari afferenti ai Servizi per le Dipendenze della stessa Unità Operativa Complessa (U.O.C.) delle città A e B³, distanti geograficamente tra loro e contraddistinti da eterogeneità per gestione e organizzazione del lavoro, passato professionale, tradizioni e prassi. Queste realtà, inserite originariamente in due differenti Unità Locali Socio-Sanitarie Locali (ULSS), in base alla Legge Regionale 78/1979, hanno affrontato nel corso dei decenni due importanti passaggi di riorganizzazione degli ambiti territoriali delle aziende sanitarie. La legge regionale 56/1994⁴ ha comportato la soppressione di alcune ULSS e previsto una prima unificazione per vicinanza territoriale e la legge regionale 19/2016⁵, che, ridefinendo l'assetto organizzativo delle Aziende Unità Locale Socio-Sanitaria (ULSS), ha accorpato i Servizi A e B nella medesima Azienda ULSS su base provinciale.

Dal confronto con alcuni membri di queste équipe, pare che nel campo istituzionale tutti questi cambiamenti abbiano fatto circolare vissuti di paura e confusione, il timore di dover somigliare forzatamente a Servizi lontani geograficamente oltre che per diverse dinamiche istituzionali e consuetudini, così come la diffidenza e la confusione verso le modalità lavorative che avrebbero predominato sulle altre e orientato gli intenti collettivi. Oltre a ciò, l'obiettivo di uniformare i Servizi e le équipe negli ultimi anni è stato perseguito dal direttore dell'U.O.C. nel tentativo di creare una cultura istituzionale prima ancora di

¹ <https://www.regione.veneto.it/web/rete-degli-urp-del-veneto/dettaglio-news?articleId=13921690>

² <https://www.politicheantidroga.gov.it/media/ix0b0esf/relazione-al-parlamento-2023.pdf>

³ Nomi di città convenzionali, scelti per preservare i Servizi oggetto di tale esperienza.

⁴ https://repository.regione.veneto.it/banca%20dati/atti%20e%20normativa%20regionale/lr_1994-56.doc

⁵ <https://bur.regione.veneto.it/BurVServices/pubblica/DettaglioLegge.aspx?id=332095>

introdurre prassi condivise, nell'intento di favorire il senso di appartenenza a un gruppo di lavoro comune, composto dai diversi operatori dei Servizi. Date tali premesse, si evince che l'Istituzione e queste due realtà idealmente dovrebbero potersi guardare per attraversare e affrontare efficacemente le numerose metamorfosi a cui sono andate incontro e che continuano a presentarsi.

Il punto di vista del terapeuta in formazione

L'osservazione di gruppi terapeutici o di riunioni di équipe terapeutiche multidisciplinari è un'attività didattica ed esperienziale che caratterizza fortemente la formazione offerta dalla Scuola COIRAG. Infatti, nel secondo biennio viene richiesto che attraverso il "*Laboratorio di Osservazione clinica*" ogni allievo implementi la propria funzione osservativa. Le finalità esplicite di questo laboratorio professionalizzante riguardano «l'analisi del processo delle dinamiche di gruppo con osservazioni e report delle sedute⁶», in sinergia con l'insegnamento di "*Teorie e metodi dell'osservazione nei gruppi*", che ha come obiettivo l'approfondimento dei fondamenti teorici e metodologici della posizione osservativa nei dispositivi analitici di gruppo, alimentando la disposizione all'ascolto e la possibilità di coglierne processi e dinamiche fondamentali.

Partendo dal presupposto che ogni membro del gruppo (in primis lo psicoterapeuta) debba svolgere una funzione osservante, durante il proprio iter di formazione alla psicoterapia tale attività consente agli specializzandi di potersi concentrare sul perfezionamento di questa preziosa capacità senza la responsabilità di conduzione in prima persona. Il ruolo di osservatore, in quest'ottica, si predispone come un'esperienza con una funzione analitica, essenziale per la formazione di un terapeuta di gruppo.

L'osservatore esplora il funzionamento proprio e del gruppo sviluppando la capacità negativa di sostare nell'incertezza, tollerare la confusione, rimanere astinente, allenando alcune delle funzioni necessarie per essere un buon conduttore di gruppo.

Per Corbella:

«L'osservatore viene immerso in un'esperienza dove i paradigmi teorici della complessità, della complementarità e della supplementazione (...) sono direttamente e concretamente sperimentabili e sperimentati» (2003, p. 356).

⁶ <https://coirag.org/piano-formativo-nazionale-terzo-anno/#materie>

Ne *L'osservazione diretta del bambino*, Isaacs, Bonaminio e Iaccarino affermano che:

«L'osservazione si configura essenzialmente come processo di esperienza nella quale (...) l'osservatore – neutrale e partecipa a un tempo dentro l'assetto osservativo – è testimone dell'unicità della relazione madre-bambino che si va svolgendo davanti a sé, tramite sé» (1984, p. 19).

Nel medesimo testo, un contributo di Bick (1964) sull'Infant Observation riconosce le difficoltà dell'osservatore, visto come un contenitore in grado di accogliere gli aspetti affettivi di ciò che osserva immerso, al contempo, in una serie di emozioni personali, meccanismi identificativi e proiettivi da cui non è semplice sfuggire. L'autrice ritiene che attraverso la pratica osservativa:

«Gli allievi acquistano la capacità di guardare e sentire senza ricorrere immediatamente a qualche spiegazione teorica; essi imparano anche a essere tolleranti e a dare valutazioni meno rigide» (Bick, 1964, p. 86).

Sulla base di tali elementi teorici e considerando il rapporto tra Istituzione ed équipe paragonabile a quello della diade madre-bambino, l'osservazione istituzionale e di gruppo si contraddistingue come possibilità per gli specializzandi di imparare a praticare l'astinenza, allenare lo sguardo e l'attitudine all'accudimento all'interno di una relazione di cura.

Setting dell'esperienza di osservazione

Uno psicologo specializzando presso la Scuola COIRAG ha partecipato per quattro mesi alle riunioni di due diverse équipe di Ser.D. afferenti alla stessa U.O.C.; le riunioni di équipe erano coordinate dal direttore, psicoterapeuta a orientamento analitico e di gruppo. La partecipazione dell'osservatore alle riunioni è stata proposta alle équipe dal direttore con alcuni mesi di anticipo come un'attività formativa richiesta nella formazione dello specializzando. Più volte negli anni precedenti le équipe avevano accolto tirocinanti psicologi e specializzandi in psicoterapia, mentre un'esperienza di osservazione di questo tipo non era mai stata svolta.

È stato condiviso con le équipe che tale attività non avesse finalità valutative sul loro lavoro e che vi sarebbe stata una restituzione finale dell'osservatore al termine dell'esperienza, ribadendo il focus didattico del compito. In questo specifico caso, considerando più difficile e ambigua la posizione

di osservatore “parlante” e visto il delicato equilibrio tra osservazione e partecipazione, si è preferito propendere per un’osservazione silenziosa; le équipes sono state informate preliminarmente di tale scelta, così come della durata dell’esperienza di osservazione. Prima dell’inizio dell’esperienza si è deciso di non fornire informazioni di alcun tipo sulle équipes all’osservatore per lasciare maggiormente insaturo il campo. All’osservatore è stato affidato il compito di stendere report scritti per ogni incontro osservato, da condividere con il direttore e con il Servizio, per raccogliere e tenere traccia delle riflessioni sui contenuti più significativi, sul clima e sul processo dei gruppi. Sono stati previsti regolari confronti tra l’osservatore e il direttore, con frequenza mensile, mentre non sono state istituite discussioni pre o post gruppo.

Tutte le riunioni di équipes si svolgevano con cadenza settimanale, in un orario in cui i Servizi erano chiusi al pubblico; ogni incontro aveva la durata di un’ora, protrahendosi talvolta di 15-30 minuti. Le finalità di questi incontri di équipes erano di tipo pratico-organizzativo e di discussione di casi clinici, ponendo particolare accento sui nuovi accessi al Servizio. Gli incontri avvenivano in un caso in una stanza riunioni esterna al Ser.D., mentre nell’altro in uno spazioso ambulatorio adibito ai colloqui educativi. I gruppi di lavoro osservati erano formati dagli operatori dell’équipe terapeutica multidisciplinare, gruppi mediani composti dal direttore dell’U.O.C. (che coordinava gli incontri), psicologi psicoterapeuti, medici psichiatri, assistenti sociali, educatori professionali, infermieri, operatori sociosanitari, segretari amministrativi.

Osservazioni e considerazioni sull’esperienza

Cosa significa osservare le équipes in Istituzione?

Considerando l’équipe:

«come mondo complesso, un sistema affettivamente potente, dotato di una sua delimitazione verso l’esterno, di una storia, di un suo insieme di miti, affetti, valori, esperienze comuni» (Correale, 1991, p. 93),

l’osservatore si è trovato immerso in queste realtà in condizione di “esterno momentaneamente interno”, il che ha reso possibile scorgere numerosi elementi, tra cui anche la cultura istituzionale e il clima del gruppo.

Si è trattato di un’esperienza arricchente e complessa, in cui la posizione di osservatore silente ha consentito di osservare e ascoltare sia quanto avveniva negli incontri del gruppo di lavoro che quello che risuonava interna-

mente; pertanto, si è provato a prestare attenzione ai livelli individuali, gruppali e istituzionali presenti contemporaneamente. Nelle riunioni, chi osservava si è sentito fortemente coinvolto sul piano emotivo e cognitivo, trovandosi in più occasioni di fronte alla frustrazione e alla difficoltà di dover sostare nell'incertezza e nella confusione, provando poi in un secondo momento a formulare delle ipotesi per rielaborare l'accaduto e cercare di capire qualcosa di più.

Già dai primi incontri, anche in assenza di informazioni preliminari, è stato evidente all'osservatore che le équipes differivano per composizione del gruppo, organizzazione del lavoro, storia, linguaggio, atmosfera vigente, notando come questa moltitudine di differenze impattasse sia nell'accoglienza riservata all'osservatore che nelle stesse possibilità di osservare.

Infatti, per l'osservatore non è stato possibile sottrarsi dall'influenza che il gruppo ha esercitato su di lui e inevitabilmente la sua presenza ha modificato a sua volta l'oggetto di osservazione. Si è provato a immaginare se alcuni degli aspetti che avevano colpito maggiormente l'allievo potessero suggerire qualcosa sul funzionamento delle équipes e potessero essere utili da rimandare nella restituzione finale.

Come stare dentro a un'équipe in Istituzione come osservatore?

Tra le difficoltà a cui si è andati incontro, significativa è stata la questione su come osservare e come stare nel ruolo di osservatore all'interno di un'Istituzione. Come rilevato da Ceccon e Stenico (2015), il terapeuta in formazione grazie all'osservazione di gruppi può apprendere ad ascoltarsi e ascoltare, iniziare a porsi domande più che cercare risposte rassicuranti, passando a una posizione più insatura. In questo specifico caso, per l'osservatore si è anche aggiunta la complessità insita nell'essere immersi nel campo istituzionale (Correale, 1991).

Le percezioni di disorientamento e caos hanno accompagnato l'osservatore lungo il corso dell'attività. Pur mantenendo il focus sul compito formativo, in alcune riunioni di équipes l'osservatore si è accorto di essere ammaiato dal clima familiare avvertito nel gruppo, al punto di faticare quasi a non farsi trascinare all'interno delle dinamiche emergenti e correndo il rischio di dimenticare il proprio ruolo di "esterno" alla base dell'esperienza.

In altre, invece, si è sperimentata la sensazione angosciante di rimanere in disparte, un po' come se chi osservava fosse uno spettatore esterno "dimenticato o invisibile" che avverte al tempo stesso il timore di invadere e

disturbare, forse presentificando il trauma originario dell'invisibilità, del non contar nulla, di non essere coinvolto e della non-esistenza (Kaës *et al.*, 1993).

Si è riflettuto sul fatto che questi elementi si potessero rispecchiare anche nelle modalità di lavoro delle équipes con i pazienti, nella collaborazione con altri servizi e in generale nella maniera in cui ci si “predisporre” alla cura delle dipendenze.

Relativamente ad alcuni aspetti del setting delle riunioni di équipes (come il rispetto degli orari e della durata degli incontri, la partecipazione degli operatori e lo svolgimento dell'ordine del giorno prestabilito) si sono registrate incostanza e variabilità, che hanno generato talvolta vissuti di spaesamento e distrazione.

Quali aspettative dell'osservatore e dell'équipe rispetto all'osservazione?

Considerando il vertice dell'osservatore, inizialmente si è riconosciuto il desiderio di implementare la propria formazione e accrescere la propria professionalità grazie a questa esperienza, rendendo manifesto il forte investimento racchiuso in essa. Oltre a questo, l'osservatore fantasticava sulla possibilità di imparare ad ascoltare il riverbero del gruppo con i propri aspetti personali, gruppali interni, istituzionali e l'attesa di percepire quanto le particolarità dell'utenza e della mission del Servizio potessero risuonare nel lavoro delle riunioni di équipes anche dal punto di vista affettivo. Insieme a questi aspetti, circolava anche il timore, un po' narcisistico, un po' paranoideo, di disturbare, invadere i gruppi anche solo con la propria presenza silente.

L'allievo e il direttore si sono anche domandati quali fantasie potessero essere circolate nelle équipes rispetto al suo inserimento e alla sua presenza, provando a costruire ipotesi sulla base del controtransfert. A tal proposito, Vanni (1984) sottolinea che l'osservazione assume significato sulla base del senso che il gruppo vi attribuisce, in quanto anche l'atto di osservare è un atto comunicativo. Se consideriamo infatti il gruppo come un insieme di atti comunicativi, anche l'atto di osservarlo acquista senso nella condivisione di opportuni “codici interpretativi” tra osservatore e osservato, che vengono mediati ed elaborati dal conduttore. Non considerare questa prospettiva potrebbe portare a enfatizzare ulteriormente i vissuti persecutori spesso sperimentati nei gruppi che vengono osservati. Osservare e interrogarsi su quale senso ogni équipe abbia attribuito alla presenza dell'osservatore è stato anche un utile punto di partenza per la restituzione. Tra le varie notazioni, l'accoglienza dell'osservatore nel Servizio B è stata avvertita quasi come fosse l'ingresso di un nuovo membro dell'équipe, arrivando a condividere con lui

in modo generoso e complice le difficoltà attraversate dal gruppo in un delicato momento di transizione. Nel Ser.D. A, invece, l'osservatore è parso più come uno spettatore/valutatore sullo sfondo della scena, verso cui l'équipe ha provato a sfoggiare le proprie capacità, enfatizzando le risorse positive, l'efficienza e le performance di successo, forse nel timore di essere sottoposti a un suo severo giudizio.

Come vivere il ruolo dell'osservatore all'interno dell'iter formativo alla psicoterapia attraversando dei Servizi in fase di trasformazione?

Come ulteriore tassello di complessità, l'osservatore si è trovato a ricoprire questo ruolo in un momento di forte trasformazione e riassetto interno per le équipe. Infatti, oltre a quanto già precedentemente citato, nei mesi precedenti all'inizio dell'attività osservativa in entrambi i gruppi alcuni operatori erano andati in pensione o si erano dimessi volontariamente, numerose erano state anche le nuove assunzioni. Tali cambiamenti, inevitabilmente, hanno risuonato all'interno delle riunioni di équipe, comunicando all'osservatore vissuti di precarietà, instabilità, frustrazione, impotenza che circolavano nei gruppi e che possono appartenere anche a chi sta svolgendo un percorso formativo come quello della specializzazione in psicoterapia. Sia i gruppi di lavoro che l'osservatore si sono trovati di fronte a criticità e imprevisti che hanno provato a tollerare, ricorrendo talvolta alla ricerca di soluzioni e adattamenti per raggiungere gradualmente un assestamento e un nuovo equilibrio.

Relativamente alla restituzione finale, ci si è a lungo interrogati su quali potessero essere le modalità, i contenuti e gli accenti su cui basare tali condivisioni, per permettere allo specializzando di offrire alle équipe alcuni rimandi e considerazioni. Rispetto a questo, si è ipotizzato che per renderla meno angosciante e persecutoria il vertice principale potesse essere quello dell'osservatore, ovvero: "Come l'osservatore si è sentito nell'osservare le riunioni di équipe? Cosa ha imparato da tale esperienza?". O ancora: "Quale è stato il controtransfert dell'osservatore?". Questi aspetti hanno incrementato ulteriormente la complessità del compito e hanno permesso di ripensare all'esperienza anche nell'ottica di "mettersi nei panni" di varie figure dell'équipe.

Nonostante la complessiva valutazione positiva dell'esperienza da parte del direttore, dell'osservatore e delle équipe, si è rilevata la tendenza dei gruppi a chiudere in modo netto con l'osservazione, "tagliandola fuori" e non dando seguito a ulteriori riflessioni: questo elemento potrebbe celare vissuti di intrusività, persecutorietà e angosce connesse alla presenza dell'os-

servatore e alla restituzione, come all'interno di una fantasia grandioso/persecutoria che "ammira e detesta" allo stesso tempo l'oggetto.

Vignette descrittive

Si propongono di seguito due brevi vignette descrittive con l'intento di tratteggiare maggiormente le caratteristiche delle équipes osservate ed esemplificare quanto avvenuto nell'esperienza oggetto di rielaborazione.

Presentazione dell'Équipe A e stralcio di report osservativo

Il Ser.D. di A aveva sede in un piccolo edificio all'interno di un contesto ospedaliero, un ambiente efficiente e moderno, forse un po' asettico e formale. Le riunioni dell'équipe si tenevano in una sala conferenze distaccata, funzionale ma meno accogliente della sede in cui venivano svolte tutte le altre attività. Relativamente al rispetto degli orari e della durata degli incontri, alla partecipazione degli operatori e all'ordine del giorno da trattare, si è rilevata un'ampia imprevedibilità, che ha generato nell'osservatore frequenti sensazioni di impazienza e frustrazione.

Le riunioni di questo Servizio si sono focalizzate maggiormente su questioni cliniche rispetto a quelle organizzative-pratiche, con la tendenza a discutere numerosi casi e affrontare in modo rapido e performante le diverse criticità. L'osservatore si è sentito, a volte, disorientato dal ritmo incalzante di lavoro, un po' come se si trovasse a rincorrere un'équipe che si muoveva ad alta velocità. In generale, si è percepita una significativa disponibilità nei confronti delle esigenze dell'utenza nonostante le criticità presenti nel Servizio. In alcune riunioni si è discusso di come a volte tale inclinazione potesse aumentare pericolosamente il carico di lavoro e l'eventualità di superare alcuni confini protettivi, indispensabili per gli operatori e per i pazienti. Tra le ipotesi, si è considerata la difficoltà di trovare la "giusta distanza" terapeutica con l'utenza, poiché la "psicopatologia del limite", spesso presente in questi pazienti, può indurre il rischio di affaccendarsi e agire senza concedersi il tempo necessario per riflettere, come una risposta automatica per contenere l'angoscia e l'impotenza che questo lavoro può portare a sperimentare.

In alcune occasioni all'interno delle riunioni sembravano aleggiare aspetti persecutori e mortiferi, che generavano al contempo un senso di iperattivazione e paralisi. Inoltre, si è colta una spinta all'azione piuttosto che al pensiero di gruppo, nel quale pareva circolare un clima paranoico in cui si cerca

di fuggire oppure si tende ad attaccare, come nell'Assunto di Base (Bion, 1961). Allo stesso tempo, sono state rilevate alcune frizioni nell'accogliere le comunicazioni e le indicazioni date dal direttore: a livello formale e manifesto veniva espressa totale aderenza e accettazione, per poi continuare a operare (meno palesemente) in modo "sovversivo", sfidando implicitamente l'autorità o richiedendo una leadership più severa e autoritaria in grado di "punire" tali trasgressioni, in modo simile a ciò che talvolta avviene nella relazione tra pazienti e curanti.

L'osservatore si è sentito trattato con "formale" cordialità ma poco accolto e inserito nel gruppo. A volte si è registrata la sensazione di assistere alle riunioni in modo poco partecipe, come se ci fosse un mandato di rimanere in disparte, per non invadere e disturbare. L'oscillazione e la dissonanza tra la rassicurante efficienza e l'instabilità di questi possibili aspetti inconsci ha portato l'osservatore a sperimentare talvolta fastidio e difficoltà a rimanere concentrato nella posizione osservativa, ostacoli che si è cercato di superare chiedendosi, ad esempio, cosa potessero rappresentare per questa équipe le violazioni del setting e le fantasie verso l'inserimento di un osservatore. Il tutto in un'atmosfera a volte percepita come rarefatta e poco autentica, anche se tecnicamente ineccepibile.

Nella sede della riunione, all'orario di inizio non c'è ancora nessuno. Il direttore e un infermiere aprono la sala riunioni, anche l'osservatore collabora nel mettere in cerchio le sedie. In ritardo di 5-10 minuti arrivano due infermieri, un medico, una psicologa. Successivamente si presentano le educatrici e le assistenti sociali. Si formano un paio di coppie che parlano tra loro di casi clinici, contemporaneamente; l'osservatore è seduto tra il medico e un'assistente sociale, che si aggiornano a vicenda su un paziente parlando a voce alta e ignorando la sua presenza, facendolo sentire un po' invisibile. Il direttore interrompe il vociare chiedendo di iniziare la riunione e invitando a condividere con tutto il gruppo gli aggiornamenti che circolavano in modo disorganizzato. Un'educatrice segnala di dover andarsene a breve; il direttore rimarca gli orari della riunione.

Prende parola un'assistente sociale che condivide un aggiornamento "appena ricevuto" su una paziente. Su sollecitazione del direttore aggiunge alcuni elementi anamnestici e clinici, precedentemente dati per scontati. Emerge che la paziente non si è presentata per mesi agli appuntamenti offerti dal Servizio e che oggi l'avvocato ha chiamato per chiedere un incontro immediato con la richiesta di "cambiare Ser.D. di riferimento". L'assistente sociale riferisce di aver subito accordato un appuntamento per il giorno seguente. Il direttore propone di riflettere sul carattere di urgenza di tale richiesta e sulla risposta altrettanto "urgente" data dal Servizio, rilevando la necessità di non agire senza pensare perché sollecitati dall'angoscia. Inoltre, evidenzia che la fantasia di avere "tutto e subito" che caratterizza i pazienti non deve estendersi al loro operato. La psicologa ritorna sul piano concreto e propone delle ipotesi

sui motivi per cui la paziente potrebbe aver mosso tale richiesta. A ruota, senza fermarsi troppo a riflettere su questo caso, si passa a discutere di un'altra situazione. Arriva anche l'altra psicologa finora assente, che si accomoda senza spiegare il motivo del suo ritardo. Restano due sedie vuote per assenze che non vengono giustificate. Seguono ulteriori aggiornamenti su altri pazienti, che vengono condivisi rapidamente come notizie di un telegiornale su cui sembra non ci sia tempo di sostare e discutere a fondo.

La riunione si conclude con dieci minuti di ritardo, in un clima più informale si scambiano le ultime battute mangiando dei dolci. L'osservatore registra l'impressione che in queste riunioni venga tenuta una facciata prestante e operativa, sebbene angosciata, in parte scissa dal vissuto percepibile nei momenti interstiziali, in cui si può essere più sciolti ma allo stesso tempo si rimane cauti e timorosi.

Presentazione dell'Équipe B e stralcio di report osservativo

La sede del Ser.D. di B si trovava in un palazzo datato, circondato da un giardino, ricordando all'osservatore l'aspetto di una casa "di una volta" nonostante alcuni elementi di stampo sanitario, suggerendo fin da subito un clima caldo.

Le riunioni si tenevano in un'ampia stanza utilizzata da un'educatrice, decorata da disegni infantili, libri e giochi da tavolo. Gli incontri si sono concentrati principalmente su finalità di tipo pratico-organizzativo e di condivisione emotiva delle difficoltà sperimentate per i cambiamenti intercorsi all'interno dell'Istituzione. Rispetto al lavoro clinico, si è colta la tendenza a discutere al massimo un paio di casi per riunione, focalizzandosi e approfondendo da più punti di vista la medesima situazione con un'ottica collaborativa e multidisciplinare. Inoltre, si è percepita un'inclinazione condivisa ad aprirsi e adattarsi alle esigenze dell'utenza, offrendo un'ampia flessibilità nonostante le criticità presenti su più piani.

L'osservatore si è sentito accolto con ospitalità ed entusiasmo, come se in alcuni frangenti la sua presenza fosse investita del compito di testimoniare la fatica dell'équipe nel comunicare alcuni aspetti "scomodi" e nell'attraversare le numerose novità e richieste di cambiamento. In altri momenti, l'osservatore ha avvertito l'impulso di entrare a far parte del gruppo, come a dimenticare il proprio ruolo osservativo e accettare di essere trascinato al suo interno. Tra le ipotesi relative a questo aspetto, si è pensato al bisogno di investimento sul gruppo e all'aspettativa di fusione, come se l'équipe si trovasse in uno "stato gruppale nascente" (Neri, 1998) vista l'importante e celere trasformazione legata all'arrivo di nuovi colleghi oltre che alle dimissioni e ai pensionamenti di personale che aveva prestato servizio per molti

anni, nonché alla scarsa regolazione delle distanze caratterizzante la patologia trattata dai Ser.D.

Durante le riunioni di questa équipe, si è sentita forte e viva l'intenzione di far sopravvivere e tramandare ai nuovi membri le tradizioni consolidate, talvolta anche attraverso il confronto e la differenziazione con quelle vigenti nel Servizio più vicino territorialmente, verso il quale pareva circolare una rivalità fraterna. L'assetto di questo gruppo è sembrato più assimilabile a quello tipico dell'Assunto di Base di dipendenza (Bion, 1961), in cui si invoca un oggetto esterno o un'entità da cui dipendere, su cui proiettare le proprie aspettative magico-onnipotenti di regressione e subordinazione, che nutra e protegga, capace di risolvere ogni problema e dare sicurezza. Rispetto alle comunicazioni con il direttore si è riscontrata ambivalenza, come se i membri "storici" dell'équipe mantenessero "fedeltà" al precedente primario e ai suoi insegnamenti, mentre per i nuovi assunti prevalesse una difficoltà a inserirsi nel gruppo con le proprie eterogeneità, aderire alle prassi vigenti e rispettare le "eredità" della direzione passata, portate avanti dai "colleghi anziani".

Prima dell'inizio della riunione le due educatrici sono già nella stanza, chiacchiando tra loro in modo complice; gli altri partecipanti arrivano un po' alla volta, qualcuno avvisa che un medico è in ferie oggi. Il direttore dà avvio all'incontro chiedendo all'infermiera notizie di una nuova paziente. Si inserisce la dottoressa, che descrive in modo dettagliato la situazione di questa giovane. Alcuni componenti dell'équipe sembrano colpiti emotivamente, tutti ascoltano attenti in silenzio. Altri colleghi aggiungono ulteriori elementi clinici, come in un lavoro orchestrale. L'infermiere rivela di essersi trovato in difficoltà nel gestire le telefonate allarmate del padre della ragazza. La psicologa riferisce di essersi resa disponibile ad aiutare i colleghi, ammettendo tuttavia di non avere chiare le prassi, essendo una neoassunta. Il direttore ripresenta l'iter e ipotizza che la modalità di gestione di queste situazioni rifletta il pensiero alla base del modello di cura offerto. Ribadisce come l'accoglienza dei nuovi accessi sia un aspetto da rimodulare in questa sede per creare uniformità nell'U.O.C. Un'educatrice, stizzita, rimarca l'intenso carico di lavoro a seguito dell'imprevista dimissione di una collega. Nel frattempo, le due assistenti sociali borbottano tra loro a voce bassa, una di loro poi esprime le difficoltà nell'agganciare alcuni pazienti poco motivati, che a suo avviso, faticherebbero a seguire il protocollo di accesso concordato, motivo per cui in passato si erano stabiliti passaggi diversi per questi casi.

Successivamente, la psicologa, neoassunta, aggiorna degli sviluppi di un nuovo progetto clinico, affermando di aver fissato i primi appuntamenti con alcuni pazienti. Un'assistente sociale riferisce di conoscere un altro potenziale interessato, usando il nome del progetto attivo in passato; la psicologa la corregge prontamente usando la nuova sigla e spiegando le differenze con la precedente attività.

Sul finire della riunione, l'infermiera informa dell'imminente pensionamento di un collega. L'équipe pare un po' scossa da questa comunicazione, come se si temessero ulteriori cambiamenti nel gruppo che si è da poco creato e che cerca di rimanere unito.

Conclusione

L'esperienza di osservazione si è rivelata una preziosa occasione di riflessione clinica, istituzionale e formativa per i vari attori coinvolti. Per le équipe è stata un'opportunità di ospitare una presenza e una voce diversa, capaci di generare riflessioni nuove. Inoltre, il rapporto bidirezionale con l'osservatore ha permesso a entrambi di imparare a guardare e guardarsi, in una reciproca conoscenza e trasformazione.

Si è ipotizzato un isomorfismo (Kaës, 1988) tra il gruppo dei curanti e quello dei pazienti, notando come talvolta emergessero nelle riunioni aspetti conflittuali e frammentati, taciuti e angosianti, proprio come accade nel rapporto con i pazienti. Anche la fatica dell'osservatore a mantenere una posizione caratterizzata da fermezza e flessibilità durante gli incontri sembra poter rimandare alle difficoltà incontrate dai clinici nello stare in relazione con i pazienti dipendenti. Difatti, il vissuto controtrasferale dell'allievo pare concordante (Racker, 1968) con quanto sperimentato dagli operatori del Ser.D. che, a contatto con questi pazienti, oscillano tra sentimenti ambivalenti di impotenza, insicurezza, irritazione e desideri di fusionalità.

Allo stesso tempo, anche le dinamiche tra le équipe e il direttore potrebbero riflettere elementi speculari a quelli attivi nel rapporto con l'utenza, in cui si oscilla tra posizioni di accudimento e controllo, vicinanza e distanziamento, espulsione e congelamento di affetti come l'aggressività.

Riferimenti bibliografici

- Bick E. (1964). Note sull'osservazione del lattante nell'addestramento psicoanalitico. In: Isaacs S. *L'osservazione diretta del bambino*. A cura di Bonaminio V. e Iaccarino B., con saggi di Freud A., Winnicott D.W., Bick E., Boston M. e Freud W.E., Torino: Bollati Boringhieri (1984).
- Bion W.R. (1961). *Esperienze nei gruppi ed altri saggi*. Roma: Armando, 1971.
- Ceccon P. e Stenico E. (2015). L'osservazione e l'arte della manutenzione del gruppo. *Gruppi*, XVI, 3: 48-57.
DOI: 10.3280/gru2015-003005
- Corbella S. (2003). *Storie e luoghi del gruppo*. Milano: Raffaello Cortina.

- Correale A. (1991). *Il campo istituzionale*. Roma: Borla.
- Isaacs S. (1984). *L'osservazione diretta del bambino*. A cura di Bonaminio V. e Iaccarino B., con saggi di Freud A., Winnicott D.W., Bick E., Boston M. e Freud W.E., Torino: Bollati Boringhieri.
- Kaës R. (1988). Realtà psichica e sofferenza nelle istituzioni. In: Kaës R., Bleger J., Enriquez E., Fornari F., Fustier P., Roussillon R. e Vidal J.P., *L'istituzione e le istituzioni: studi psicoanalitici*. Roma: Borla, 1991.
- Kaës R., Faimberg H., Enriquez M. e Baranes J.J. (1993). *Trasmissione della vita psichica tra generazioni*. Roma: Borla, 1995.
- Neri C. (1998). *Gruppo*. Roma: Borla.
- Racker H. (1968). *Studi sulla tecnica psicoanalitica. Transfert e controtransfert*. Roma: Armando, 1970.
- Vanni F. (1984). *Modelli mentali di gruppo*. Milano: Libreria Cortina.

LA COIRAG

La COIRAG nasce nel 1982 come Confederazione delle Organizzazioni Italiane per la Ricerca Analitica sui Gruppi, con lo scopo di contribuire alla ricerca, alla formazione e alla promozione della pratica clinica e istituzionale nell'ambito delle psicoterapie a orientamento psicoanalitico, in particolare della Gruppoanalisi, dello Psicodramma Psicoanalitico, della Psicosocioanalisi

È formata da nove Associazioni Federate: APG – ACANTO – APRAGI – APRAGIP – ARIELE PS – ASVEGRA – IL CERCHIO – LdG – SIPsA

Le AF sono entità autonome, con specifici interessi e una comune matrice scientifico/culturale. Dal 2022 è diventata COIRAG ETS

CONSIGLIO DIRETTIVO COIRAG ETS

Presidente: Silvana Koen

Vicepresidente: Nadia Fina

Segretario: Cristiana Novero

Tesoriere: Silvia Canteri

Preside Scuola di Psicoterapia: Nadia Fina

Responsabile Commissione Scientifica: Antonino Aprea

Direttrice RIVISTA "Gruppi": Carmen Tagliaferri

Responsabile Centro Territoriale: Angela Majorana

Responsabile Commissione Comunicazione: Filiberto Petracca

Responsabile Rapporti Istituzionali: Nicoletta Livelli

Dal 2022 è stato istituito il Registro degli *Specializzandi*, cui accedono gli iscritti alla Scuola COIRAG; degli *Specializzati*, cui possono accedere i diplomati alla Scuola COIRAG; degli *Specialisti*, cui possono accedere i soci di Associazioni Federate.

Gli iscritti al Registro possono partecipare a tutte le iniziative dell'Associazione, sia come fruitori che proponenti attivi, partecipando a progetti all'interno di gruppi di lavoro, di ricerca e di iniziative cliniche.

Gruppi

**NELLA CLINICA,
NELLE ISTITUZIONI, NELLA SOCIETÀ**

Groups *IN CLINICAL PRACTICE,
IN INSTITUTIONS, WITHIN SOCIETY*

Una rivista che guarda all'intervento clinico, ma anche alla formazione, per psicologi, psicoterapeuti e operatori sociali, a partire dal gruppo come spazio psichico e dalle sue declinazioni cliniche, organizzative e istituzionali.

**NEL PROSSIMO NUMERO: I territori della clinica contemporanea
Comunità nella clinica e nella contemporaneità**



 **FrancoAngeli**
La passione per le conoscenze

FrancoAngeli s.r.l., V.le Monza, 106 - 20127 Milano
1 e 2 semestre 2023

Edizione fuori commercio
ISSNe 1972-4837