

Scuola di Specializzazione in Psicoterapia

C.O.I.R.A.G.

Confederazione di Organizzazioni Italiane per la

Ricerca Analitica sui Gruppi

Sede di Roma

C.A.T.G.

Un'esperienza "attraverso" il gruppo analitico

Relatore

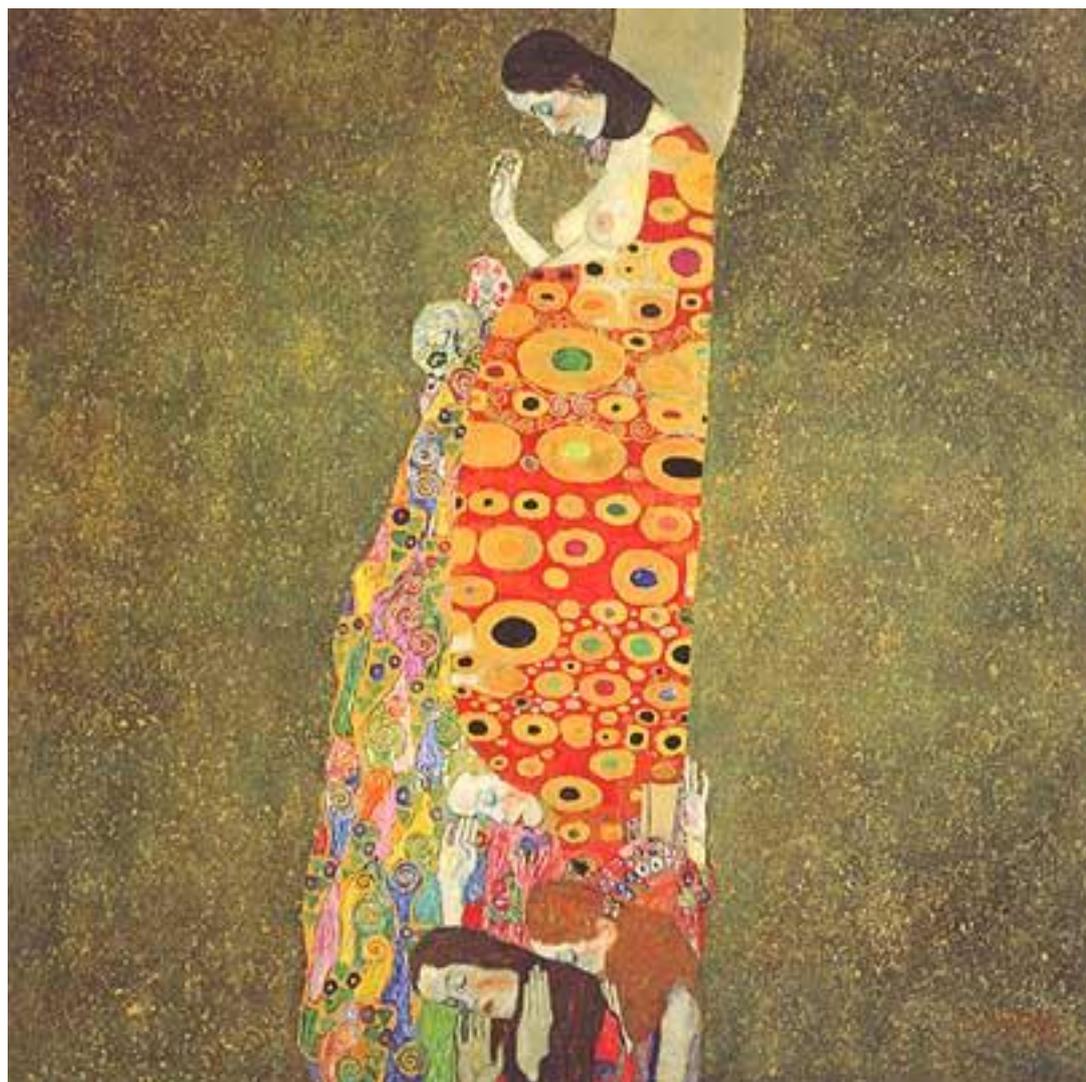
Prof. Jaime Ondarza Linares

Candidato

Dott.ssa Carmen Limongi

Anno accademico 2013

A mio figlio



La speranza II. Gustav Klimt

Indice

Abstract

Capitolo 1. Introduzione sulla gruppoanalisi

<i>1.1 La gruppoanalisi e le altre terapie di gruppo</i>	6
<i>1.2 Il pensiero di Foulkes</i>	9
<i>1.3 La teoria della rete e la matrice</i>	10
<i>1.4 Il processo di comunicazione al centro del processo analitico</i>	14
<i>1.5 I livelli di comunicazione</i>	15
<i>1.6 Il processo di traduzione</i>	16
<i>1.7 I fattori terapeutici del gruppo</i>	18
<i>1.8 I tre livelli di terapeuticità del gruppo</i>	21

Capitolo 2. Il gruppo terapeutico nelle istituzioni

<i>2.1 Il ruolo dello psicoterapeuta nel contesto istituzionale</i>	23
<i>2.2 La rete istituzionale</i>	25
<i>2.3 L'importanza della relazione nei suoi contesti</i>	26
<i>2.4 Rete territoriale e relazione familiare</i>	27
<i>2.5 Rete e psicopatologia</i>	28

Capitolo 3. Esperienza di osservazione

<i>3.1 Il contesto istituzionale di cura</i>	31
<i>3.2 La prima esperienza nel contesto istituzionale</i>	33
<i>3.3 L'osservazione nei gruppi di attività</i>	35
<i>3.4 L'esperienza di osservatrice in un gruppo</i>	38
<i>3.5 Verso la prospettiva di un gruppo analitico</i>	39

<i>Conclusioni e riflessioni</i>	48
---	----

<i>Riferimenti bibliografici</i>	50
---	----

Abstract

Questo mio percorso formativo è stata un'esperienza vissuta in maniera significativa, che mi ha permesso di arricchirmi non solo a livello di studio nella professione di psicoterapeuta-gruppoanalista, ma ancor di più a livello umano-sociale, conoscendo, dei comportamenti, degli atteggiamenti e delle capacità che prima di questa esperienza non avevo avuto, forse, modo di capire e cogliere.

Ho colto diverse sfaccettature di questo lavoro, che senza dubbio richiede una grande responsabilità e competenza nella relazione, ma forse è proprio per questo che tale professione si caratterizza nel lavoro terapeutico per raggiungere quell'obiettivo finale che riguarda l'ottenere il benessere psicofisico della persona umana.

Questo presente contributo si muove attorno alla mia esperienza d'osservazione, durata ben cinque anni, del gruppo pubblico del Consultorio Familiare dell'ASP del distretto Praia-Scala sito in Scala (Cs) condotto dalla Dott.ssa Rosanna Valente, membro C.A.T.G e dalla supervisione del Dott. Ondarza Linares J., il quale mi ha trasmesso il valore e l'uso terapeutico della gruppaltà.

Diverse sono le cose che sicuramente mi hanno colpito e che porterò con me durante questa formazione, ma in questo mio elaborato ho cercato di spiegare ed evidenziare la problematicità della costituzione di un gruppo analitico nell'istituzione, interconnesso alle difficoltà, al pregiudizio della piccola rete comunitaria di mia appartenenza, con le proprie strutture e resistenze. Inoltre come si evincono i legami tra rete familiare, rete comunitaria e psicopatologia.

L'esposizione di questo lavoro si articola in tre capitoli: nel primo vengono affrontati i principi teorici gruppoanalitici ed i relativi concetti basilari di Foulkes; nel secondo capitolo parlerò della rete istituzionale, della rete familiare, l'importanza di una formazione psicoterapica che non perda i contatti con la realtà e che integra il nuovo con il vecchio; nel terzo capitolo sarà descritta la mia esperienza di osservazione, con le sue caratteristiche, le sue difficoltà e resistenze. Inoltre, evidenzierò quanto la rete è in grado di agire sul paziente, in connessione con l'influenza della rete territoriale.

Infine esporrò una prospettiva di un gruppo analitico nell'istituzione.

Voglio concludere, affermando che questo lungo percorso di osservazione di gruppi terapeutici, insieme all'ancoraggio teorico e all'affiancamento della supervisione mi ha dato la possibilità di promuovere l'identità professionale in un setting adeguato.

Capitolo 1. Introduzione sulla gruppoanalisi

1.1 La gruppoanalisi e le altre terapie di gruppo

Il gruppo ha una sua “struttura” all’interno della quale si avvia un “processo” il cui contenuto è il risultato dei cambiamenti operati dall’interazione tra struttura e processo. Questo avviene in qualsiasi gruppo, da quelli più semplici a quelli più elaborati della psicoterapia analitica.

In alcuni casi il gruppo utilizza la sua struttura senza interrogarsi sulla natura e sul significato dello strumento che sta utilizzando.

Le psicoterapie dette psicoanalitiche di gruppo partono tutte dall’uso della struttura grupppale e presentano grosso modo tre assunti di base:

- 1) fanno riferimento ai presupposti fondamentali della psicoanalisi;
- 2) il lavoro terapeutico è diretto a promuovere consapevolezza dei conflitti inconsci per ottenere un cambiamento significativo dell’individuo o una ristrutturazione;
- 3) l’atteggiamento analitico del terapeuta nel designare e mantenere il setting e la situazione grupppale.

All’interno della terapia di gruppo di derivazione psicoanalitica esistono delle differenze metodologiche, teoriche e tecniche al punto da costituire tre diverse correnti:

- psicoanalisi “*in*” gruppo
- psicoanalisi “*del*” gruppo
- psicoanalisi “*attraverso*” il gruppo

La psicoanalisi “*in*” gruppo fa capo ai primi psicoanalisti americani che si avvalsero della terapia di gruppo (Slavson, Woolf, Schwartz) e hanno cercato di introdurre, il più possibile, all’interno del gruppo la classica teoria e tecnica psicoanalitica: identificazione, libere associazioni, resistenza, transfert, interpretazione ed elaborazione. L’intero gruppo è vissuto come una famiglia.

L'analista si situa al centro del lavoro terapeutico, dirigendo l'interpretazione ad ogni membro singolarmente, alcune volte in senso rotatorio ed iterativo. L'interpretazione è lo strumento principe dell'analisi, ed è esercitata solo dall'analista, e su di esso è centrato principalmente il transfert.

Se la esaminiamo secondo la prospettiva “Struttura, Processo e Contenuto” possiamo vedere quanto segue:

- La struttura del gruppo: il setting è composto dall'analista e dalle otto persone riunite in un contesto gruppale, nel quale l'analista è il principale agente terapeutico. L'analista non perde né il ruolo, né la sua funzione; l'accento non è posto sul gruppo stesso, ma sul singolo nel gruppo.
- Il processo del gruppo: si mettono in rilievo i processi e le dinamiche intrapsichiche individuali in presenza del gruppo, una situazione nuova rispetto alla classica diadica. L'“individuale-intrapsichico” è al centro dell'attenzione.
- Il contenuto del gruppo: viene quasi spostato su una situazione diadica, il transpersonale del gruppo non viene preso in considerazione.

La psicoanalisi “*del*” gruppo, fa capo a Bion, ad Ezriel ed alla scuola della Tavistock Clinic di Londra.

Bion si interroga principalmente sulla natura del gruppo e sulle possibilità che esso possa funzionare terapeuticamente. Considera il gruppo come un individuo racchiuso e alle prese con i transfert con l'analista.

Sempre esaminiamo secondo la prospettiva “Struttura, Processo e Contenuto” possiamo vedere:

- La struttura del gruppo. Il gruppo è una totalità, non solo un contesto nel quale si può svolgere un processo psicoanalitico, ma un contenitore in cui vanno a contribuire tutti e ciascun individuo del gruppo, in maniera inconscia, configurando la cosiddetta “mentalità” di gruppo. Bion sostiene che dal conflitto di questa mentalità con gli impulsi ed i desideri del singolo individuo, si cosparge la “cultura del gruppo”, che di volta in volta si evidenzia in uno dei tre “assunti di base” ai quali gli individui sono legati tramite la loro “valenza”: Dipendenza, Attacco e Fuga, Accoppiamento.

- Il processo del gruppo. Gli individui partecipano più o meno intensamente, a seconda della potenza della propria “valenza” e alla conformazione culturale degli “assunti di base”.
- Il contenuto del gruppo. Il terapeuta pone attenzione al contenuto latente, inconscio del gruppo. Il contenuto emerge man mano che il gruppo diventa consapevole delle aree psicotiche della gruppaltà. Il gruppo non struttura una propria matrice di comunicazione o di cambiamento, in cui si iscrivono tanti altri significati che si configurano a diversi livelli psicodinamici.

La psicoanalisi “*attraverso il gruppo*” fa capo a Foulkes. E’ un metodo di psicoterapia iniziato sin dal 1940; si ispira e deriva dalle sue esperienze come psicoanalista, ma non è una psicoanalisi degli individui in un gruppo, ma una forma di terapia praticata *dal* gruppo, nei confronti *del* gruppo, ivi incluso il suo conduttore. Foulkes sostiene il gruppo sia come punto di riferimento, sia come un’interessa: l’individuo al centro della sua attenzione.

Nel paragrafo successivo esporrò più dettagliatamente la visione gruppoanalitica foulkesiana.

Riassunto questi tre approcci, si evidenzia che la psicoanalisi “*in*” gruppo si preoccupa primariamente dell’applicazione dei principi teorici, della metodologia e della tecnica psicoanalitica ad una situazione di gruppo.

La psicoanalisi “*del*” gruppo, invece, considera soltanto il processo gruppale e l’interazione interpersonale all’interno di una prospettiva teorico-metodologica. Essi non considerano il significato e il valore di realtà della struttura gruppale, se non come risultante di un conflitto intrapsichico.

Mentre, la psicoanalisi “*attraverso*” il gruppo porta in evidenza come la struttura stessa della psiche si crea in relazione all’appartenenza dell’individuo ai gruppi. La situazione gruppoanalitica presenta una *struttura*, da tale struttura si origina un *processo* che nelle sue vicissitudini e grazie al dispositivo gruppoanalitico, permette l’emergere di un *contenuto*.

Esso è un significato nuovo della struttura: una “*metastruttura*”.

1.2 *Il pensiero di Foulkes*

Foulkes è stato uno tra le figure più eminenti ad occuparsi di gruppi, fondatore e primo presidente della Group Analytical Society di Londra. Inizialmente il suo pensiero era poco conosciuto, ma il suo contributo è da considerarsi incisivo nella corrente del pensiero gruppoanalista. Precedentemente erano stati fatti alcuni tentativi con i gruppi negli Stati Uniti, ma non esisteva nessuna forma simile di psicoterapia di gruppo.

Foulkes si concentra interamente sull'uso analitico e terapeutico del gruppo, dedicandosi sempre alla ricerca del nuovo, ad una migliore elaborazione concettuale della sua impostazione.

“ fu un ricercatore infaticabile nell'imparare e costruire (fino alla fine della sua vita, morì mentre stava conducendo un gruppo formato da colleghi e amici, forse volendo lasciare il suo messaggio, perché potesse essere accolto e trasmesso) quello che il gruppo, per se stesso e attraverso la pratica clinica poteva insegnare” (cfr. Jaime Ondarza Linares, Le Psicoterapie di gruppo, In Trattato Italiano di Psichiatria, 1999).

La psicoanalisi *“attraverso il gruppo”* sostiene il gruppo sia come punto di riferimento e sia come un contesto globale; pone l'individuo al centro della sua attenzione.

Foulkes la definì psicoterapia gruppoanalitica in quanto è una forma di psicoterapia praticata *dal* gruppo, nei confronti *del* gruppo, ivi incluso il suo conduttore. Quest'ultimo, il terapeuta-analista, aiuta tale processo e mette a disposizione del gruppo la sua conoscenza, la sua esperienza e la sua istruzione come persona (Foulkes 1976).

La gruppoanalisi inquadra se stessa dal triplice punto di vista: teorico, metodologico e tecnico, adoperando come centro del processo gruppoanalitico lo stesso gruppo; facendo emergere il nodale conflitto individuo-gruppo e le vicissitudini che esso genera adoperandole allo stesso tempo come strumento, motore della gruppoanalisi. (Ondarza Linares J., 1989).

E' importante premettere che la situazione gruppoanalitica presenta una *struttura*, da tale struttura si origina un *processo* che nelle sue vicissitudini e grazie al dispositivo gruppoanalitico, permette l'emergere di un *contenuto*, che è un significato nuovo della struttura: *“ una metastruttura”* (De Marè, 1973).

La *struttura* è l'insieme delle caratteristiche spazio-temporali che concorrono a conformare un gruppo: la quantità e qualità dei membri, la durata delle sedute, la finalità dell'incontro, ecc.

Il *processo* è l'interazione più o meno evidenziabile che scaturisce all'interno della struttura, il quale permette l'emergere di un *contenuto* più o meno significativo per il gruppo.

Per rendere chiaro questa triade, è opportuno immaginare un'orchestra, con una sua struttura ben definita dai componenti, dai loro strumenti, dalla loro disposizione spazio-temporale. Ciò che fa iniziare il processo è la bacchetta del direttore, il quale coordina e interagisce con tutti i membri, e il contenuto è il risultato: la sinfonia o il concerto che viene comunicato. (Ondarza Linares J., 1999).

Ciò avviene in qualsiasi gruppo, dai modelli più semplici sino alla psicoterapia analitica.

E' importante sottolineare che in alcuni casi il gruppo utilizza la sua struttura senza interrogarsi sulla natura e il significato dello strumento che sta utilizzando, in particolar modo senza domandarsi quale sia la dinamica, sia in termini di gruppo, sia di psicodinamica intrapsichica personale.

1.3 La teoria della rete e la matrice

In Foulkes il concetto di rete e di matrice costituiscono il nucleo della sua costruzione teorica.

La *rete* è il sistema totale di persone che si mantengono unite e si appartengono in una comune e reciproca interazione. Ogni individuo forma parte di una rete psicosociale gerarchicamente predisposta.

Foulkes utilizzò il termine di rete in riferimento al suo maestro di medicina, il neurobiologo Kurt Goldstein, il quale sosteneva che il sistema nervoso può essere compreso meglio sia nella teoria sia nella pratica, non come una somma complessa di neuroni individuali, ma come un insieme che reagisce costantemente.

Egli definì ciò una rete e chiamò *punto nodale* la singola cellula nervosa (Foulkes, 1976).

Ogni individuo è il punto nodale e forma parte di una rete psicosociale più o meno definita gerarchicamente prima ancora della sua nascita e che conseguentemente continua ad agire.

La parte più intima della rete totale di una persona viene denominata *plexus*, che solitamente è formato o dal nucleo familiare originario o da un numero limitato di altre persone significative.

Gli individui che lo compongono sono i punti nodali della rete, che biograficamente si manifesta inizialmente con la famiglia primaria, successivamente si estende in circoli concentrici, sempre più ampi, fino alla famiglia attuale, al gruppo naturale o di lavoro, a tutto ciò che costituisce il “locus” della vita personale di un individuo, per giungere sino alla struttura sociale di un dato momento.

Oltre a questa prospettiva concentrica orizzontale, è possibile considerare il reticolo anche longitudinalmente, i processi attraversano l'individuo di generazione in generazione per andare a impiantarsi filogeneticamente nella radice stessa della gruppaltà. Questo sistema concatenato, di interazione e transazione, che viene tramandata dai genitori ai figli, dai nonni ai genitori, e così via, questo complesso di processi che penetrano le componenti individuali, furono chiamati da Foulkes “*processi transpersonali*” (Foulkes, 1975).

Nel gruppo convergono, in modo conflittuale, “l'intrapsichico”, “l'interpersonale” e “il transpersonale”: la società è dentro all'individuo, così come è fuori da lui stesso. La linea divisoria tra ciò che è “dentro” o “fuori” è costantemente in movimento e l'esperienza di questi mutamenti è di particolare significato”. In questa conflittualità, l'intrapsichico, l'interpersonale e il transpersonale vanno a rappresentare una ricca fenomenologia grupale dove è possibile localizzare conflitti, resistenze, difese.

Secondo Ondarza Linares J., la rete può essere considerata, schematicamente, in tre prospettive (1996):

1. una prospettiva filogenetica, la quale segna i vincoli biogenetici dell'individuo con la specie;
2. una prospettiva ontogenetica, la quale segna l'origine, l'evoluzione e il mantenimento del codice identificativo e relazionale, definita *rete internalizzata*; ci formiamo dentro la famiglia;
3. una prospettiva esistenziale (“sociobioetica”) che segnala la costante interrelazione della rete “internalizzata” dell'individuo con il proprio ambiente o reticolo sociale.

Un altro costrutto fondamentale della teoria foulkesiana è il concetto di “*matrice*”, senza di esso, il concetto di rete non acquista tutta la prospettiva dinamica ed epistemologica. Foulkes sostiene che l’individuo emerge da una matrice gruppale (matrice fondamentale), dal rapporto che l’individuo ha con la famiglia e che quindi come una matrice lo forma e lo avvia ai rapporti interpersonali.

La matrice, nel gruppo terapeutico, è il contesto nel quale gli individui si incontrano, interagiscono, comunicano; le componenti cosce e preconsce si intrecciano con i processi primari inconsci determinando il cambiamento che avviene nel gruppo ad opera del gruppo, attraverso gli scambi verbali, le stimolazioni visive, le reazioni speculari (riflessive, proiettive, introiettive), la razionalità e l’irrazionalità, la realtà e la soggettività.

La matrice è quel contenuto che in maniera graduale emerge come significato dell’interazione tra struttura e processo. Rappresenta ciò che è stato significativamente comunicato, dal contributo di tutti i componenti del gruppo: un nuovo contesto per tutto il gruppo.

La matrice non ha un significato statico, dovuto solo al processo attuato dal gruppo, ma è al contrario, qualcosa che si evolve dinamicamente e cambia man mano che il processo terapeutico si trasforma. Ed è proprio qui che si inseriscono in maniera progressiva i contenuti che emergono e che diventano significativamente terapeutici per il gruppo e i suoi componenti (Ondarza Linares J., 1999).

La matrice del gruppo, nata dall’interscambio e la verbalizzazione dell’intrapsichico, dell’interazione, dell’interpersonale, diventa, quindi, il reticolo transpersonale di comunicazione.

“ La matrice è l’ipotetica rete di comunicazioni e relazioni in un determinato gruppo. Essa è il terreno condiviso che alla fine determina il significato e la significazione di tutti gli eventi e su cui poggiano tutte le comunicazioni verbali e non verbali” (Foulkes, 1964).

Nel gruppo terapeutico l’iniziale alleanza terapeutica viene garantita dalla matrice fondamentale: “*foundation matrix*” in cui tutti i componenti del gruppo si raffrontano.

Già in questo primo momento è possibile sostenere una stabile comunanza pre-esistente fra i membri, fondata sul fatto che essi sono tutti essere umani, che hanno le stesse caratteristiche di specie, la stessa anatomia e fisiologia.

“ Questo gruppo di persone totalmente estranee essendo della stessa specie, e più limitatamente della stessa cultura condividono una matrice mentale fondamentale ” (ctr. Foulkes, 1957).

L'aspetto terapeutico del gruppo consiste nel superare questa *matrice fondamentale*, attraversata (*“through the group”*) e trasformata in una matrice di cambiamento chiamata *“dinamica”* o *“creativa”* (*“dynamic matrix”*) (Ondarza Linares J., 1999). Quest'ultima è stata chiamata da Anthony *“area di gioco intermedia”*, uno nuovo spazio che si apre nel gruppo (Anthony, 1978).

La contemporanea neurobiologia conferma alcuni presupposti basilari della teoria gruppo analitica.

L'argomento è stato oggetto di molti lavori, solo come esempio ne cito uno, che peraltro, indica i principali contributi dei gruppoanalisti che si sono occupati dell'argomento (Ondarza Linares J., *La gruppoanalisi contemporanea e le Neuroscienze: lo spazio intermedio, Congresso SIPSIC, Settembre 2013*).

“Relatedness”, *Rete*, *Matrice* sono tre dei 10 nodi fondamentali della gruppoanalisi.

Tali importanti nodi sui quali si poggia e si costruisce la teoria e prassi gruppoanalista, molto frequentemente, vengono sottovalutate nella sua importanza epistemologica. Non solo talvolta li si concede poco valore, come nozione puramente teorica, e ciò accade non solo nei gruppoanalisti di altre scuole e nazionalità, non appartenente alla Group Analytical Society, fondata da Foulkes a Londra, e che adesso riveste carattere internazionale.

Perfino alcuni *“nipoti”* della G.A.S. non apprezzarono nel dovuto il valore di questa trilogia su cui si costruisce l'edificio metodologico e clinico della gruppoanalisi contemporanea.

La contemporanea neurobiologica, come risaputo nata principalmente in Italia, ha confermato alcuni *“assunti”* che potevano apparire troppo teorici, anche se Foulkes, discepolo di Goldstein, li imparò dall'inizio della sua pratica clinica neuropsichiatrica.

Il cervello umano con i suoi 10 milioni di neuroni è un organo sociale.

La nostra capacità di apprendere la reazione emotiva degli altri è correlata ad un particolare gruppo di aree del cervello, caratterizzate per proprietà speculari (“*i neuroni specchio*”).

I neuroni specchio mettono in evidenza le basi della reciproca comprensione, del legame tra l’osservazione dell’altro e la propria progettualità motoria, ma anche dei comportamenti imitativi e della sintonizzazione intercorporale.

Il penetrante concetto di *Sinapsi Sociale*, introdotto da Cozolino Louis; “*il cervello umano è un organo sociale incrociato da rete neuronale preposto a ricevere e comunicare messaggi “attraverso” la “sinapsi sociale”*”.

1.4 Il processo di comunicazione al centro del processo analitico

La rivoluzione della gruppoanalisi è nell’aver messo la comunicazione al centro del processo terapeutico. Nel gruppo analitico la comunicazione si avvia grazie alla *risonanza* e prosegue attraverso *il processo speculare*.

La *risonanza* indica la reazione con cui ciascun membro del gruppo risponde, a seconda del suo livello psicodinamico o mutativo. Non consiste solo nella trasmissione della parola, ma coinvolge altri stimoli sensoriali e propriocettivi.

Il processo speculare designa la funzione di rispecchiamento, un continuum di interrelazioni che si possono elaborare non solo in un registro genetico-pulsionale, ma soprattutto in una prospettiva evolutiva formativa e ristrutturante di comunicazione.

Nel gruppo il processo speculare si può configurare a diversi livelli, ciascuna con un significato fenomenologico e diversa potenzialità terapeutica.

La finalità del processo gruppoanalitico è comunicare, creare un significato comune.

1.5 I livelli di comunicazione

La comunicazione che si sviluppa all'interno del gruppo analitico, secondo Foulkes può avvenire a cinque livelli (*Foulkes, 1968*):

- 1) *Livello corrente* (transfert in senso ampio), in cui il gruppo rappresenta la comunità, la società;
- 2) *Livello di transfert* (transfert in senso stretto), dove si presentano le reazioni trasferali (ripetizioni, compulsioni) essendo il gruppo rivissuto come la famiglia originaria;
- 3) *Livello delle reazioni speculari o proiettivo*, in cui vengono vissute le relazioni oggettuali e fantasie primitive; nel gruppo vengono rivissuti "oggetti interni" totali o parziali;
- 4) *Livello corporeo*, dove si scoprono le manifestazioni dello schema corporeo
Il gruppo viene vissuto come immagine corporea;
- 5) *Livello primordiale*, dove vengono attivate immagini primordiali o archetipiche della gruppaltà.

Foulkes paragona questi cinque livelli alle tre sfere di rapporto tra individuo e ambiente, menzionate da Erikson, sull'ipotesi di sviluppo evolutivo dell'identità nel bambino: autocosmo, microsfera e macrosfera. Tale sviluppo è inizialmente centrato sul proprio corpo (autocosmo), attraversa, in seguito, una fase in cui la realtà esterna viene proiettivamente registrata come parte del proprio Sé (microcosmo) e arriva al mondo o gruppo sociale come veramente è (macrocosmo) (*Erikson, 1950*).

Nella situazione di gruppo, questi cinque livelli di comunicazione, disposti verticalmente, si attraversano, proprio come una spirale in movimento. Accanto a questi, ci sono altre direzioni disposti orizzontalmente, per cui le figure di primo piano: personaggi, ruoli, azioni, ecc., sono continuamente in rapporto con lo sfondo del gruppo, con quello che il gruppo realmente vive o con quello che ha già comunicato.

Nel processo gruppoanalitico vi è una costante interazione rinnovata "tra hic et nunc" e "ivi e allora" tra figura e sfondo. Tali fattori terapeutici sono fondamentali e privilegiati nella gruppoanalisi, mentre non vengono privilegiati nelle altre forme di psicoterapia di gruppo.

Riteniamo importante sottolineare e risaltare in gruppoanalisi, che il processo di comunicazione è al centro, si evolve costantemente in una spirale, sia in salita sia in discesa, attraversando i diversi livelli psicodinamici in cui si trovano sia i membri sia il gruppo come “toto”, toccando il vivo materiale profondo primario e conseguentemente, attivando delle risposte che hanno il significato di interpretazioni inconsce, di riconferme o controeazioni, il tutto promuovendo un “*ego training in action*”, come dice Foulkes (*Ondarza Linares J.*, 1989).

A questo proposito è importante ricordare un ruolo importante del terapeuta: deve essere attento nel riconoscere il livello sul quale il gruppo sta configurando l’interazione e la direzione verso la quale evolve la comunicazione, promuovendo la finalità del processo terapeutico attraverso il gruppo.

Il terapeuta deve “*sentire la voce del gruppo*” con “*free floating attention*” e senza pregiudizio, deve seguire il gruppo o al massimo orientarlo.

A questo proposito è bene ricordare il consiglio di Ondarza Linares J. di fare, prima della seduta, la “*toilette della mente*”: sgombrare, quanto più possibile, dalla mente, le più o meno pressanti preoccupazioni quotidiane.

1.6 Il processo di traduzione

Essendo il processo di comunicazione, come ho precedentemente affermato, al centro del gruppo analitico, il chiamato processo di traduzione “*traslation process*” di Foulkes, e nient’altro che l’equivalente dell’interpretazione nella situazione psicoanalitica classica.

“ *Foulkes sosteneva che favorire tale processo all’interno del circolo gruppo-analitico significava interpretare, nel senso di promuovere, una “esperienza mutativa” (Foulkes, 1975).*

Quando si parla di tradurre, nel senso di rendere conscio l’inconscio, non significa solo semplicemente la traduzione verbale del contenuto inconscio in quello coscivo, ma invece significa che l’interazione psichica totale viene resa visibile e portata all’espressione esplicita del gruppo, in modo che gli stessi membri del gruppo possano

diventare consapevoli di questa lotta dinamica in atto in qualunque di loro, mediante la similarità e il contrasto. Per mezzo di questo processo analitico tutti i membri partecipano ad un movimento terapeutico (*Foulkes, 1975*).

Questo processo di traduzione, nella situazione gruppoanalitica, si genera dal fatto che ogni evento provoca una risposta, una risonanza, per cui ciascun membro risponde, in maniera più o meno manifesta, a secondo del proprio livello psichico.

Un conflitto o un evento che abbia un significato sostanziale nella comunicazione coinvolge sia l'intero gruppo, sia ciascun membro, determinando una catena di risposte cosce e soprattutto inconscie. Le reazioni che risultano osservabili si correlano al fondo corale del gruppo e il rapporto tra i due fa emergere la *configurazione* totale di un conflitto o tema di gruppo.

Questa *configurazione*, che può essere più o meno evidente, segnala un passo importante nel *processo di traduzione*, permettendo la *localizzazione* di un conflitto o disturbo.

A proposito di ciò De Marè (1973) affermò che la pietra miliare della cura nel gruppo analitico è il *processo di localizzazione primario*, a differenza della psicoanalisi che puntualizza l'istaurarsi del transfert.

Secondo Foulkes la *localizzazione* è al centro di tutto il nostro modo di pensare intorno alla comunicazione dei gruppi (*Foulkes, 1975*).

La *localizzazione* è possibile solo nel sistema di gruppo e conferisce agli eventi aspetti interamenti differenti e pieni.

Nel gruppo analitico la *localizzazione* è il punto spazio-temporale della matrice del gruppo, nel quale una risposta nevrotica individuale, ad esempio, acquista un nuovo significato nel contesto della matrice del gruppo (*Ondarza Linares J. 1999*).

Per cui la risorsa gruppale assume un valore aggiunto al processo di decodificazione, in cui si scoprono nuove conoscenze. Tutti gli eventi sono considerati delle comunicazioni e sono accettati come simboli, segni o altri messaggi che diventano pieni di significato quando vengono codificati o iscritti nel loro contesto adeguato.

Il compito costante del conduttore è quello di seguire il gruppo affinché la struttura e la situazione gruppoanalitica siano le più adatte possibili alla promozione del processo di traduzione, non solo svelando la consapevolezza sulla resistenza, ma soprattutto, stimolando l'area intermedia di comunicazione, che nasce, dall'interazione tra struttura

e processo gruppale. In tale spazio si struttura una nuova matrice di comunicazione: il contenuto.

1.7 I fattori terapeutici del gruppo

La messa a fuoco dei fattori terapeutici specifici della psicoterapia di gruppo rappresenta uno degli aspetti più significativi dell'opera di Yalom.

Il suo *“Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo”* (1970) rappresenta un punto di riferimento per la comprensione e l'inquadramento degli sviluppi della teoria del gruppo terapeutico negli Stati Uniti fino agli anni '70.

Yalom giunse all'individuazione di un insieme di elementi responsabili del cambiamento positivo in psicoterapia di gruppo, che denominò "fattori terapeutici". Qui di seguito un elenco di questi fattori con una breve descrizione.

1. Infusione di speranza. La speranza e la fiducia si trasmettono nella situazione di gruppo; tale fattore è molto evidenziato nei cosiddetti gruppi di autoaiuto come Alcolisti Anonimi, e altri simili.

2. Universalità. Il paziente arriva al gruppo generalmente con la convinzione che le sue esperienze e disturbi sono unici e questo aumenta il suo isolamento. La scoperta che tale "unicità" non esiste e che i suoi "strani sintomi" possono essere condivisi ed accettati, costituiscono un impulso terapeutico notevole.

3. Somministrazione di informazione. Questo fattore si riferisce ai chiarimenti su sintomi, malattia, conflitti, aspetti e situazioni della vita, l'orientamento sulla genesi di determinati problemi psicopatologici, psicodinamici, ecc. Tutto questo non solo attraverso il terapeuta, ma soprattutto ai membri del proprio gruppo. In questo modo il gruppo si costituisce un valido contesto di informazione.

4. Altruismo. Nella situazione di gruppo è ricorrente osservare il fatto di aiutare o essere aiutati dagli altri. In genere i pazienti che iniziano la psicoterapia di gruppo possiedono un livello di autostima molto ridotto e sono convinti di essere completamente inutili per

gli altri. Però, durante la psicoterapia, accade che tutti i componenti del gruppo si aiutino reciprocamente con suggerimenti, rassicurazioni, condivisione di problemi simili, ecc, e scoprire che si è importanti per altre persone rinforza la propria autostima, permettendo un morbido assorbimento del Sé.

5. Ricapitolazione correttiva del gruppo primario familiare. E' quasi una regola che i pazienti che arrivano al gruppo presentano una storia o un'esperienza più o meno insoddisfacente con il loro primo e più importante gruppo: il gruppo familiare. L'esperienza terapeutica di gruppo può riproporre, a diversi livelli ed intensità, l'esperienze primarie con la famiglia. L'interazione con gli altri membri e il terapeuta, riattivano e permettono di sperimentare, rivivere, riprodurre, avere una visione e prendere consapevolezza di problemi non risolti del passato.

6. Lo sviluppo di tecniche socializzanti. Il gruppo rappresenta, frequentemente, per il paziente la prima opportunità di contatto intimo con il prossimo. La situazione terapeutica grupppale promuove un aperto "feed-back" tra i membri, dal quale può derivare una considerevole informazione su determinati modelli di comportamento. I membri si possono rendere conto che le proprie modalità di interazione sociale risultano inadeguate e, conseguentemente, apprendono di nuove, migliorando considerevolmente la propria competenza sociale, il che costituisce un fattore terapeutico molto importante.

7. Comportamento imitativo. Dentro il gruppo è molto frequentemente che il paziente tenda a modellare se stesso secondo schemi appresi da altri pazienti o dal terapeuta. Yalom afferma, che nelle recenti ricerche nel campo della psicologia sociale, è un fattore terapeutico di solito sottovalutato.

8. Apprendimento interpersonale. Yalom lo definisce come un fattore terapeutico, ampio e complesso, che comprende tre concetti:

I. L'importanza delle relazioni interpersonali: il bisogno dell'uomo di essere in rapporto stretto con gli altri è fondamentalmente come qualsiasi altro bisogno biologico.

II. L'esperienza emotiva correttiva: oltre all'insight intellettuale, ci deve essere una componente emotiva e un sistematico ridimensionamento della realtà (*reality*)

testing), per favorire il cambiamento e tali elementi si sviluppano più facilmente nel setting gruppale.

III. Il gruppo come microcosmo sociale: un corretto processo terapeutico permetterà che il gruppo si sviluppi come il microcosmo sociale dei membri partecipanti.

Yalom afferma: “*non c'è bisogno di descrivere o raccontare una storia dettagliata della loro patologia: loro prima o poi la metteranno in atto davanti agli occhi dei membri del gruppo*” (Yalom, 1974).

9. Tendenza coesiva del gruppo. E' una condizione necessaria affinché una psicoterapia risulti efficace. I membri di un gruppo coeso, infatti, mostrando maggiore comprensione e accettazione reciproca, creano l'atmosfera idonea all'espressione e all'esplorazione di sé, e di conseguenza ad un maggior grado di autoconsapevolezza e di crescita personale.

10. Catarsi. E' un fattore sottovalutato, ma agisce in tutte le forme di psicoterapia. E' l'espressione di emozioni a lungo represses, non costituisce di per sé un fattore di cambiamento fondamentale, ma acquista molto valore se associato ad altri fattori terapeutici.

11. Fattori esistenziali. Questo fattore fu aggiunto da Yalom nell'ultima edizione del suo libro. Comprendono l'acquisizione di maggior consapevolezza di quegli aspetti fondamentali della nostra vita (la responsabilità, la solitudine, il senso dell'esistenza, la morte, ecc.) che ognuno, prima o poi, è costretto ad affrontare.

Secondo la visione gruppoanalitica, anziché dare importanza ai singoli fattori, che in modo diverso agiscono nei gruppi terapeutici, considera, fondamentale, il processo terapeutico gruppale che fa insorgere tali fattori. Tale processo si può configurare a diversi livelli, promuovendo alcuni o anche tutti i fattori terapeutici indicati da Yalom. In questi livelli, alcuni di questi fattori possono acquistare maggior importanza ed efficacia, mentre in altri possono essere di minor rilievo. Tale potenzialità trasformativa dipenderà dal contesto terapeutico che offre il processo gruppale.

Abbiamo voluto menzionare i fattori terapeutici di Yalom ammessi da tutti i psicoanalisi gruppalmente del mondo, sottolineando che la gruppoanalisi li supera perché include il processo terapeutico gruppoanalitico in una costruzione epistemologica e metodologica, in un proprio corpus metodologico e teorico.

1. I tre livelli di terapeuticità del gruppo

Foulkes affermava che il gruppo può essere adoperato con diverse finalità terapeutiche, per cui è opportuno menzionare i tre livelli di terapeuticità del gruppo:

D) GRUPPI DI ATTIVITÀ:

Il gruppo è definito o strutturato primariamente per una attività o un compito obiettivo, con finalità terapeutica.

A questo livello appartengono tutte le forme di terapia occupazionale, gruppi di sport, danza, musicali, ecc..

Il presupposto terapeutico è l'appartenere, l'essere, l'agire nel gruppo.

All'interno del gruppo di attività, si ritrovano cinque degli undici fattori menzionati da Yalom (1974):

- infusione di speranza;
- universalizzazione;
- altruismo;
- catarsi;
- tendenza coesiva del gruppo.

Le implicazioni psicodinamiche possono essere: "organizzazione" (MC Dougall, 1927), dipendenza da un leader o da un compito e simpatia idealizzata.

Questi gruppi di attività danno la possibilità di una certa sublimazione e rinforzamento del Sé. Come afferma De Marè "*si agisce impersonalmente il traspersonale*" (1973).

Si tratta di terapia di appoggio e di riabilitazione.

II)GRUPPI TERAPEUTICI PROPRIAMENTE DETTI

Nel gruppo, l'attività è poco strutturata: “*non interessa cosa il gruppo fa, ma come lo fa....*”. In questo livello si iscrivono diversi tipi di terapia gruppale, designati secondo l'attività privilegiata: musica, teatro, danza, pittura e diverse tecniche corporee.

Il presupposto teorico è “*partecipare e condividere nel gruppo*”.

In questo gruppo, si ritrovano due degli undici fattori menzionati da Yalom (1974):

- apprendimento interpersonale;
- socializzazione.

L'implicazioni psicodinamica è la reazione speculare positiva. Infatti è un contesto organizzato che lascia spazio ad alcuni fattori di dinamica gruppale, prevalentemente egosintonici.

Per quanto riguarda le indicazioni cliniche, siamo sempre all'interno della terapia di appoggio, della riabilitazione, più o meno trasformativa, quando problemi clinici psicodinamici o pratici impediscono una terapia gruppale intensiva.

III)PSICOTERAPIA DI GRUPPO

Nel gruppo non vi è nessuna attività strutturata, il suo compito esclusivo è solo la psicoterapia.

Il presupposto teorico è “*cambiare nel gruppo*”.

Le caratteristiche di base della psicoterapia di gruppo (analitiche o non) sono:

- una situazione di gruppo non strutturata, il cui fine è esclusivamente terapeutico;
- la verbalizzazione spontanea e libera, che è il principale mezzo di comunicazione;
- lo stesso gruppo è fondamentalmente l'agente terapeutico;
- il singolo individuo e l'oggetto della terapia;
- in tale gruppo agiscono tutti i fattori terapeutici, in un setting adeguato, guidati da un terapeuta formato a tale scopo.

Capitolo 2. Il gruppo terapeutico nelle istituzioni

2.1 Il ruolo dello psicoterapeuta nel contesto istituzionale

Affrontare la questione della psicoterapia gruppoanalitica in un contesto istituzionale, in quanto l'istituzione si presenta con una propria rete complessa e articolata sotto vari aspetti, spesso se non particolarmente disponibile, amplifica quei conflitti che gli sono propri, quindi inserire in questo contesto la promozione e l'efficacia di un intervento gruppo analitico può risultare difficoltoso.

Prima di entrare nel merito delle complessità che si riscontrano è utile definire cos'è un'istituzione e successivamente porterò il contributo di alcuni studi effettuati in questo settore, connessa alla responsabilità di cura che abbiamo in ambito clinico istituzionale.

Il termine istituzione è intesa come una forma di aggregazione, organizzazione, struttura sociale che governa più individui, ed è caratterizzata da modelli di comportamento che, grazie al processo di ripetizione, tipizzazione e oggettivazione, si sono cristallizzati in ruoli all'interno della società.

L'istituzione è un sistema di gruppi e tutti noi siamo inseriti in contesti organizzativi e pieni di relazioni.

Le istituzioni svolgono l'importante funzione emotiva di ricevere e contenere le ansie, le difese, quindi chi riveste la responsabilità istituzionale deve essere competente ad accogliere questo tipo di materiale, ad ascoltarlo per poterlo restituire, con un valido senso. Ma sembrerebbe che tale ascolto istituzionale risulta alquanto basso.

E. Ronchi (1999) ricorda come l'approccio medicalizzato, quello che prescrive velocemente con una ricetta il da-farsi, è molto diffuso anche nel "trattamento" delle istituzioni. Si cerca di voler eliminare rapidamente il "sintomo" indesiderato, visto come causa di un crescente disagio organizzativo, senza tener conto delle emozioni istituzionali che si attivano in quel contesto, quasi come fossero irrilevanti. In genere, se sono "viste" vengono trattate come disturbo, come qualcosa da tenere fuori, proprio per poter fare un buon lavoro.

È noto che alcune istituzioni rispetto ad altre godono di un livello di maggior benessere organizzativo, perché risulta adeguato e costante quel processo trasformativo di ascolto e attenzione, di coinvolgimento e investimento sul valore delle emozioni, ossia sulla qualità delle relazioni professionali in essere.

Dai diversi studi condotti, si può notare che molte aziende pubbliche e private hanno già colto l'importanza di questi temi, assumendo la variabile "benessere" come variabile strategica per assicurare la propria possibilità di sopravvivenza, oltre che per muovere verso approdi innovativi. L'attenzione e l'investimento sono rivolti alla formazione ed allo sviluppo delle risorse umane.

E. Ronchi afferma che lo psicoterapeuta o clinico, che effettua interventi su persone e gruppi, lo fa all'interno di contesti istituzionali, e non saperli comprendere comporta il rischio di un fallimento nel rapporto con l'utenza. Infatti possedere una mentalità di natura grupale non coincide solo col fatto concreto di lavorare con il gruppo, ma implica lo sviluppo della capacità di pensare insieme le cose, gli eventi, di ricercare le reti di relazioni e significati insieme a tutte le persone che sono in gioco, pensare appunto *in, con e attraverso* il gruppo (E. Ronchi, 2003).

Lo psicoterapeuta, quindi, deve avere la capacità di costruire di volta in volta il setting adeguato al contesto, alla realtà istituzionale con cui si trova ad operare. Una volta compreso questo è possibile entrare in una relazione progettuale con qualsiasi componente dell'istituzione, dal singolo paziente, alla coppia, al gruppo, al reparto, consapevole che si sta lavorando solo con una parte di una soggettualità più complessa.

Lo psicoterapeuta di oggi deve essere capace di muoversi tra i diversi livelli, dall'individuo, al gruppo, all'istituzione e viceversa.

Nel contesto istituzionale la diversità del trattamento, del setting e la sua gratuità, spesso rendono complesso il lavoro di elaborazione, per cui il setting istituzionale non coincide con il setting puramente psicoanalitico sia duale che di gruppo.

2.2 La rete istituzionale

Per un'istituzione è molto importante avere al suo interno uno strumento di formatività, perché l'insorgere di un problema "localizzato" è sempre in rapporto con i problemi del gruppo che agisce come sfondo. Per cui avere una maggiore consapevolezza della natura e del significato della interazione tra i membri, migliora o addirittura cambia il tipo di comunicazione o appartenenza al gruppo, e di conseguenza, viene modificata la matrice del gruppo (*Ondarza Linares J., 1978*).

A questo proposito, come sostiene Ondarza Linares J., sarebbe adeguato e utile offrire una formazione agli operatori sociosanitari nel territorio, in modo da accrescere la possibilità e l'efficacia dell'intervento sulla comunità in un dato momento; diminuire o contenere le limitazioni che la personalità dell'operatore porta con sé nel svolgere quel determinato compito; infine, rafforzare l'azione dell'istituzione, come promotrice di un programma di salute pubblica in un determinato territorio.

Non possiamo non considerare l'istituzione socio-sanitaria come una rete, cioè come un altro sistema unito da una comune e reciproca interazione, con ruoli e funzioni diverse, dove l'operatore socio-sanitario è un punto nodale (*Ondarza Linares J., 1990*).

La finalità di un gruppo di formazione può in ogni caso contribuire alla risoluzione o miglioramento dei conflitti che gli operatori riscontrino nel compiere le loro funzioni nel territorio in un dato momento. Ciò promuove, accresce, stimola la matrice istituzionale, prevenendo e superando blocchi e circoli viziosi che talvolta conducono all'inefficienza o al "burn out" del personale sanitario.

E. Ronchi (1999) suggerisce una modalità di intervento differenziano dal tradizionale modo di intendere la formazione. Infatti, non si tratta di intervenire con "pacchetti" di formazione precostituiti da "somministrare" al personale, ma essere disposti all'ascolto clinico di un soggetto collettivo inteso nella sua globalità. Il suo stato di benessere/malessere può essere rilevato attraverso un'indagine sul "clima organizzativo", condotta da professionisti ed effettuata "ascoltando" più livelli, interni ed esterni all'istituzione. Si tratta di cogliere non solo i problemi organizzativi che ostacolano il raggiungimento degli obiettivi auspicati, ma soprattutto individuare le emozioni istituzionali ricorrenti che affaticano l'operatività e inibiscono lo sviluppo del

potenziale e delle capacità di individui e gruppi di lavoro. Solo dopo, a partire dagli esiti di quella specifica ricerca e in un confronto con i soggetti del cambiamento, può essere progettato un intervento di formazione a sostegno delle capacità che i cambiamenti realmente possibili richiedono.

2.3 L'importanza della relazione nei suoi contesti

Con il termine relazione si intende ogni forma di legame esistente tra due o più persone. Per cui l'insieme delle funzioni vitali di un organismo individuale entra in rapporto con l'ambiente e con gli altri individui.

Dal punto di vista antropologico, *“ ogni essere umano si sviluppa dentro una comunità, dove impara come comportarsi con gli altri. All'interno del proprio gruppo l'uomo impara inoltre ad assumere posizioni di rango che gli competono e acquisisce competenze nelle relazioni sociali. Tutto questo richiede un'elevata capacità di adattamento sociale e quindi una elevata “intelligenza” sociale”* (Eibl Eibesfeldt, 1993).

Come afferma A. Siracusano (2009) la relazione è quel mezzo, quello strumento necessario per veicolare emozioni, assetti clinici e tecniche terapeutiche in grado di determinare sia l'evoluzione che le trasformazioni. Quindi per lo psicologo-psicoterapeuta rappresenta il tentativo di incontrare l'altro, di entrare nella sua territorialità, di riconoscerlo nella sua storia, nel suo dolore e nei suoi bisogni.

Nel momento in cui lo psicologo-psicoterapeuta lavora all'interno di un'organizzazione, egli non può tenerla fuori dal suo setting di intervento, perché, in misura più o meno consapevole, la cultura locale agisce e genera fantasie che la simbolizzano e la rappresentano. Deve essere in grado di saperla leggere, altrimenti si resta senza strumenti oltre quelli tecnici che si conoscono. Di conseguenza risulta importante per lo psicologo-psicoterapeuta avere una formazione sulla competenza organizzativa.

Secondo Carli, la competenza organizzativa, è la capacità di una persona di leggere il contesto in cui si trova, e di collocarsi utilmente, realisticamente al suo interno.

“ L'obiettivo è quello di cercare storie e non sintomi, di incontrare uomini e non malattie ” (Sparvoli, Di Massimo, 2005).

2.4 Rete territoriale e relazione familiare

Per cogliere ogni fenomeno dobbiamo leggerlo in ogni suo contesto. Infatti, dal un lato, dal contesto si possono attingere risorse e relazioni con cui si può gestire meglio la sofferenza psichica, dall'altro il gruppo familiare e/o ambientale può essere generatore di quella stessa sofferenza

“le psiconevrosi sono un “disturbo nelle relazioni degli individui” (Foulkes, 1957)

Dobbiamo sempre ricordare, come ho affermato precedentemente, che il reticolo nella famiglia nucleare originaria deve considerare oltre a questa prospettiva concentrica orizzontale, anche longitudinalmente, dove i processi attraversano l'individuo di generazione in generazione per andare a impiantarsi filogeneticamente nella radice stessa della gruppaltà. Questo sistema concatenato, di interazione e transazione, che viene tramandata dai genitori ai figli, dai nonni ai genitori, e così via, questo complesso di processi che penetrano le componenti individuali, furono chiamati da Foulkes *“processi transpersonali”*. Questi elementi formano parte della corrente di interazione che si svolge e nello stesso tempo rappresentano il passato che si introduce nel presente (Foulkes, 1975).

La psicoterapia gruppoanalitica, in quanto *“psicoterapia praticata dal gruppo, nei confronti del gruppo, ivi incluso il conduttore”*, implica che il terapeuta partecipa attivamente alla nuova matrice di comunicazione. Egli si rende disponibile al giudizio del gruppo riguardo se stesso, alle sue reazioni, ai suoi difetti e che lasci che ogni membro possa avanzare il proprio punto di vista sulla questione in atto.

2.5 Rete e psicopatologia

Il paziente che arriva presso un'istituzione sanitaria è il punto di una rete nodale più o meno organizzata e strutturata chiamata Rete Patogenetica.

L'Istituzione sanitaria è anch'essa una rete, un sistema unito da una struttura istituzionale, costituito da regole, progetti, da una comune e reciproca interazione. E in questa circostanza è l'operatore socio-sanitario, nei suoi ruoli o funzioni, a costituire il punto nodale della rete.

E' importante sottolineare come all'interno della rete istituzionale convergono diversi problemi, richieste, conflitti, dilemmi, contraddizioni e anche prospettive terapeutiche che scaturiscono dall'interazione con la rete patogenetica del paziente. Infatti l'intervento terapeutico si genera proprio nell'area o zona di contatto tra le due reti (Patogenetica e Istituzionale), dal quale scaturisce il vero spazio di Intervento Terapeutico Istituzionale. Tale spazio va a configurarsi tra due polarità: una trasformativa, evolutiva e di cambiamento e un'altra reattiva, collisiva e refrattaria.

Ne consegue che la possibilità che l'intervento terapeutico istituzionale produca un cambiamento positivo, dipenderà dalla promozione di una "matrice di cambiamento" (Ondarza Linares J., 1996 "*Promuovere uno spazio di cambiamento tra il paziente ed i suoi vincoli con la rete patogenetica è (o dovrebbe essere) la strategia essenziale di una rete terapeutica istituzionale*").

In realtà non sempre la rete istituzionale funziona come rete terapeutica o di cambiamento. Infatti abbiamo già sottolineato come gli stessi operatori socio-sanitari siano punti nodali di una rete all'interno della quale si generano conflitti, disagi e sofferenze dovuti all'inadeguatezza sia qualitativa che quantitativa del personale che si trova davanti alla crescente richiesta degli utenti, la mancanza di strutture temporo-spaziali, mancanza di mezzi terapeutici. Oppure può capitare che l'equipe sanitaria si trova paralizzata davanti agli ostacoli posti dalla barriera burocratica che reprime i moti di cambiamento, come se il cambiamento minacciasse la propria sopravvivenza.

Inoltre bisogna considerare come il passaggio attraverso i moderni parametri tecno-amministrativi tendono ad incrementare l'efficienza e il rendiconto economico

dell'istituzione considerandola come azienda con il rischio di non valutare le risorse necessarie per la comunità.

Volendo prendere come cornice di riferimento i cinque livelli di comunicazione di Foulkes, le disfunzioni della rete istituzionale possono acquisire diverse configurazioni infatti:

- ad un livello corrente: la collusione passa come pratica quotidiana istituzionale, dove le forme, le regole burocratiche sostituiscono la vera comunicazione o i veri conflitti. L'incidente burocratico diventa il problema da risolvere, mentre lo spazio di comunicazione reale del paziente si restringe. L'identità istituzionale viene ricoperta da strati di "Falso Sé"
- ad un livello transferale: si assiste alla quasi scomparsa del livello transferale classico nella istituzione
- ad un livello proiettivo: i sintomi clinici trasportati dai pazienti possono irrompere stimolando specularmente i giochi di negazione, divisione, identificazione proiettiva, seminando invidia, gelosia, rabbia, depressione, distruttività nella rete istituzionale
- ad un livello corporeo: a questo livello il corpo istituzionale risente chiaramente dei disturbi della rete, attraverso l'assenteismo parziale o totale, le malattie reali o immaginarie sino ad arrivare al burn out o la depressione se non ad un'altra grave malattia istituzionale: l'astio e l'indifferenza.

Secondo quanto affermato da Ondarza Linares J., merito alle riflessioni nate dal Congresso Nazionale della Società di Psicoterapia Medica sulla " Psicoterapia e Rete Istituzionale": *"Riconosciute queste vicissitudini conflittuali, quello che veramente importa e la loro elaborazione, affinché attraverso le stesse vicissitudini si promuova uno spazio trasformativo tra paziente e istituzione"*.

Questo spazio può aprirsi, tra la prevenzione, la cura, la riabilitazione o in alcuni momenti attraverso un ascolto efficace, una partecipazione attenta ma non collusiva all'interno della rete. Solo promuovendo la matrice terapeutica attraverso la stimolazione dei gruppi della comunità, la consapevolizzazione della rete territoriale, nonché la considerazione del volontariato come promotore di consapevolezza e compartecipazione lo spazio terapeutico tra paziente ed istituzione potrà migliorare.

Capitolo 3. Esperienza di osservazione

3.1 Il contesto istituzionale di cura

Scalea è un paese con circa 10.000 abitanti situato nell' Alto Tirreno Cosentino, a nord della regione Calabria, in provincia di Cosenza e si affaccia sul mare. L'utenza distrettuale abbraccia quattordici comuni (per un totale di 49.459 abitanti) dislocati sulla fascia tirrenica, che va dalla costiera litorale sino a comuni più interni tra mari e monti. Ogni singolo paese ha un numero ridotto di abitanti, in media circa 3.000 abitanti per paese, ne consegue la facilità di entrare in contatto tra gli stessi, ma anche tra abitanti di paesi limitrofi, se non la facilità di legami parentali. L'intervento che l'utenza richiede non è circoscritta ad una singola dimensione; l'utente chiede e si aspetta una risposta globale che abbracci quanto il più possibile la sfera della propria identità: fisica, psicologica e sociale. Le schede d'accesso degli utenti, in riferimento agli ultimi anni di attività consultoriale, hanno messo in evidenza, innanzitutto, la fascia di età che usufruisce di questo servizio, nello specifico si tratta in prevalenza della fascia adolescenziale, anche se è presente un'esigua componente di persone adulte comprese tra i 30 e 60 anni. Anche il livello d'istruzione risulta essere medio-alto, nello specifico si tratta di adolescenti in corso di studi, diplomati, laureati e laureandi o di soggetti in cerca di prima occupazione. Altro dato importante, che permette una descrizione dell'utente tipo del consultorio, riguarda la variabile sesso, infatti, sembra che vi sia una netta prevalenza dell'utenza femminile rispetto a quella maschile.

In genere, il Consultorio Familiare viene scelto come servizio per affrontare le più disparate problematiche legate al percorso di crescita, da non intendersi solo dal punto di vista fisiologico, ma soprattutto psicologico e relazionale. Il primo contatto spesso avviene per iniziativa presa da un familiare o dallo stesso portatore del problema e l'accesso è regolato tramite appuntamenti. E' necessario prenotare un primo colloquio di accettazione telefonando o recandosi direttamente presso la sede del consultorio durante l'orario di apertura al pubblico. La richiesta di intervento dell'utente viene

elaborata in un piano individualizzato che tiene conto dell'età, della tipologia del problema, dell'urgenza e delle competenze specialistiche dello psicologo.

Questo piano individualizzato di analisi del bisogno dell'utente viene progressivamente costruito sulla base del primo colloquio e mediante gli incontri successivi, di solito a cadenza settimanale. Il trattamento psicoterapeutico viene stabilito in un secondo momento in base alla diagnosi effettuata dallo psicoterapeuta che prende in carico l'utente ed a seconda dell'età. La richiesta di aiuto psicologico che giunge al consultorio, così come rilevato dalle schede psicodiagnostiche sembra riguardare nella maggior parte, casi di Disturbi d'Ansia, Problemi della Relazione, Disturbo di Condotta, disturbo Ossessivo- Compulsivo, Depressione post-partum e più in generale Disturbo Psicotico (DSM-IV, 1994).

La psicoterapia gruppoanalitica viene adottata dallo psicoterapeuta sulla base della diagnosi effettuata e la dove non esista una patologia tale da trattare in un altro tipo di assetto. In ogni caso, la formazione del gruppo è preceduta da una selezione degli utenti attraverso diversi colloqui con lo psicoterapeuta con cui l'utente entra in contatto. Durante le sedute psicoterapeutiche individuali si procede all'analisi personale della storia dell'utente, dei suoi problemi e si termina con una breve serie di ulteriori sedute individuali per focalizzare problemi ed obiettivi dell'utente. Dopo aver stimolato nell'utente la consapevolezza dei propri problemi ed abbassato le sue resistenze a condividere le proprie difficoltà con gli altri membri del gruppo avviene l'inserimento nel gruppo terapeutico. Tali passaggi preliminari sono necessari dato che il soggetto spesso avverte come fortemente intimi e personali i propri problemi.

Nel momento della formazione del gruppo si ribadisce il rispetto delle regole di segretezza delle informazioni e di frequenza degli incontri. La durata del gruppo terapeutico è di un'ora e mezzo a cadenza settimanale. Il gruppo assume simbolicamente un ruolo di famiglia allargata e funge da sistema di sostegno dove si apprendono nuove forme di comunicazione dei concetti espressi e dove si scopre l'esistenza di situazioni prima non realizzate. Attraverso la comunicazione grupppale si razionalizzano ed universalizzano i problemi, si ampliano le interazioni e si coinvolge tutto il gruppo nel trovare soluzioni ai singoli problemi. Si identificano gli uni con gli altri e questo permette ad ogni singola persona di vedere i propri problemi all'interno di

altre persone con stili di vita e modi diversi di relazionarsi agli altri e, contemporaneamente, di trovare eventualmente in essi nuove opportunità per se stessi.

3.2 La prima esperienza nel contesto istituzionale

Precedentemente alla scelta di formarmi presso la C.O.I.R.A.G., come ho già affermato nell'introduzione, svolgevo una formazione nel progetto "Promozione e benessere" presso il Consultorio Familiare dell'A.S.P. distretto Praia-Scalea, in provincia di Cosenza, dove ho vissuto la mia prima esperienza con i gruppi.

Questo progetto è stato autofinanziato dall'A.N.D.O.S. onlus (Associazione Nazionale Donne Operate al Seno) di Scalea, il cui presidente del comitato dell'Alto Tirreno Cosentino è la Dott.ssa Rosanna Valente, gruppoanalista e psicooncologa, membro C.A.T.G..

L'intervento psicologico in oncologia consente di prendersi cura del malato e della sua rete più prossima, costituita in primo luogo dai familiari.

Per questi ultimi la possibilità di un supporto psicologico riguarda non soltanto il periodo di malattia del paziente, ma anche il momento successivo all'eventuale decesso, nelle fasi che caratterizzano l'elaborazione del lutto.

Il sostegno sociale rappresenta un elemento costitutivo del trattamento del paziente oncologico e rientra nella responsabilità di ciascuna figura terapeutica: dal medico di medicina generale, al medico oncologico, dall'infermiera, allo psicologo e all'equipe nel suo complesso.

Numerose ricerche, riportano le iniziative promosse in questo campo: ricerche sulla valutazione della qualità della vita, strategie utili per l'informazione al paziente, tecniche specifiche di sostegno psicologico, modelli di supporto sociale, ecc.. (Andersen, 1992; Razavi, 1992).

Questo progetto ha come obiettivo principale quello di migliorare la qualità della vita e di limitare il rischio di conseguenze psicopatologiche tali da condizionare la vita futura del malato e dei familiari. A tal fine viene fornito un supporto psicologico alla famiglia. Infatti, la diagnosi di cancro determina notevoli ripercussioni sull'equilibrio della struttura familiare.

Il processo di reazione della famiglia al cancro dipenderà da diversi fattori: età, sesso, tipo di patologia e ruolo del paziente all'interno della famiglia stessa, eventuale presenza di conflitti tra i membri, modalità di espressione delle emozioni, ecc.. (*Biondi, Costantini, Grassi, 1995*).

Il modo in cui la famiglia è toccata (e dunque essa reagisce) al tumore può lasciare delle conseguenze gravi e durature. A volte la malattia può portare un membro della famiglia ad esplicitare una richiesta di aiuto sia per le ripercussioni del cancro, sia per problematiche preesistenti all'evento malattia (*Invernizzi, Bressi, 1993*).

Gli obiettivi del progetto psiconcologico, nei confronti della famiglia, sono:

- aiutare la famiglia durante tutto l'iter clinico percorso dal membro che si è ammalato, dal momento della sua diagnosi fino alla guarigione o all'exitus;
- rispondere ai bisogni dei familiari e aiutarli a maturare con consapevolezza le scelte necessaria a mantenere la loro qualità della vita;
- favorire lo sviluppo di un nuovo equilibrio attraverso l'individuazione di soluzioni adattive e l'accettazione del cambiamento;
- fare prevenzione sui sani della famiglia ed avere particolarmente riguardo per i minori che, spessissimo, rimangono dilaniati da troppi anni di sofferenza vissuta nel contesto familiare.

3.3 L'osservazione nei gruppi di attività

Adesso affronterò nello specifico la mia osservazione nei gruppi di attività, l'utilizzo del gruppo strutturato per un'attività, come strumento terapeutico.

Il progetto, nasce per aiutare le mamme e tutte le donne a prendersi cura del loro corpo e della loro anima e spera di tramandare questa cultura ai loro figli, perché non c'è terreno fertile per l'anima senza equilibrio e conoscenza del corpo.

Il tumore al seno non è una “semplice malattia”, ma è qualcosa di più complesso e profondo, una ferita non solo del corpo, ma anche dell'identità femminile, da cui si richiede un supporto e un approccio specifico.

“ogni donna è tessitrice della propria salute da cui spesso dipende la salute dell'intera famiglia”.

Questa esperienza era principalmente centrata su gruppi di attività. I due gruppi erano definiti primariamente da diverse attività con finalità terapeutiche, divisi in arteterapia, musicoterapia e danzaterapia.

Il primo gruppo era formato da 10 donne, quasi tutte con un'affermata diagnosi di cancro, con un'età compresa dai 35 ai 60 anni. Gli incontri erano a cadenza settimanale, il mercoledì mattina dalle 10.00 alle 11.30, della durata di 90 minuti, presso una stanza del consultorio familiare. Il gruppo era condotto dalla terapeuta gruppoanalista e da me, come osservatore partecipante.

Queste donne presentavano tutte una profonda crisi sia sul piano fisico, che psicologico. Il primo riguarda la paura della malattia, legate all'incertezza della guarigione; l'asportazione del seno, parziale o totale, la presenza delle cicatrici post chirurgiche, la limitazione della mobilità del braccio coinvolto, l'affaticamento e il dolore, insieme alla perdita dei capelli e del ciclo mestruale, a causa della chemioterapia e della radioterapia, e all'aumento di peso per la terapia ormonale. Sul piano psicologico l'immagine corporea e la stima di sé peggiorano; si riscontra la compresenza di depressione, ansia, paura della sofferenza e di recidive, angoscia della morte, rabbia, rifiuto del proprio corpo e percezione di una qualità negativa della propria vita.

L'attività svolta era di arteterapia (decoupage, pittura). Al centro della stanza era predisposto un grande tavolo, dove si disponeva tutto l'occorrente necessario. Non venivano scelti dei criteri specifici, come ad esempio la scelta di colori o di materiali particolari, ma si cerca di dare libera possibilità ai partecipanti. Una volta allestito il campo, ci sedavamo in cerchio e iniziavamo il laboratorio; la disposizione circolare favorisce la partecipazione e la vicinanza del pubblico a ciò che viene rappresentato. Soprattutto nel primo incontro, la terapeuta, ribadiva che lo spazio che occupavamo era uno spazio in cui ciascuno era libero di esprimersi.

Il secondo gruppo era formato da 8 bambini, di cui 6 erano i figli delle donne appartenenti al primo gruppo, con un'età compresa da 6 a 10 anni. Gli incontri erano a cadenza settimanale, il martedì pomeriggio dalle 16.00 alle 17.30, della durata di 90 minuti, presso una stanza del consultorio familiare. Il gruppo era sempre condotto dalla terapeuta gruppoanalista e da me, come osservatore partecipante.

In questo gruppo l'attività svolta erano laboratori di musicoterapia e danzaterapia, con lo scopo di creare un clima sereno, nel quale stemperare ed eliminare tensioni e conflittualità, per proporre e far acquisire ai bambini nuovi modelli relazionali e di socializzazione. In questi laboratori l'attività ideata era quella di aiutare questi bambini, per stimolarli, con il suono del loro stesso corpo o con strumenti sonori, con il canto e anche con la musica, il gioco e la danza.

Pian piano che passavano i mesi si poteva notare come i membri operavano come gruppo, stabilivano rapporti di reciprocità e si dava la possibilità di sfogare quello che ognuno ha dentro nel modo più naturale possibile.

All'interno di questi gruppi di attività, ho ritrovato i cinque degli undici fattori menzionati da Yalom:

- Infusione di speranza. Nel gruppo crescono e si trasmettono fiducia e speranza (Yalom}. Nella fase iniziale, c'erano alcune donne e bambini che dimostravano una maggiore resistenza, ma con il passar del tempo il gruppo sostiene e trasmette questi sentimenti che, a loro volta, vengono accolti.

- Universalizzazione. In genere, il paziente, arriva al gruppo convinto che le sue esperienze e i suoi disturbi siano unici e ciò aumenta l'isolamento. La scoperta che i suoi vissuti possano essere condivisi e accettati, costituisce un impulso terapeutico notevole (Yalom). Successivamente agli incontri, ho riscontrato, come il gruppo genera un forte scambio e circolazione delle dinamiche emotive e ciò, si può evincere da frasi come: "Pensavo di essere la sola a sentirmi così" o "Bravo hai capito le mie difficoltà".
- Altruismo. Nella situazione gruppale si passa da un pessimismo narcisistico ad un aumento dell' autostima imparando a dare e chiedere aiuto (Yalom). Nel corso delle attività, ho ritrovato questo fattore in quasi tutte le fasi del laboratorio in cui emergeva, da parte di alcuni pazienti, un certo pessimismo narcisistico espresso con frasi come: "Non posso aiutarti, sono un pessimo disegnatore", oppure "Non ho una buona manualità, datemi una mano".
- Catarsi. Il gruppo aumenta la sua funzione abreativa (Yalom). L'arte ha una proprietà in più come linguaggio delle emozioni.
- Tendenza coesiva del gruppo. Secondo Yalom, questa é la preconditione perché altri fattori funzionino efficacemente. L' autore afferma che la coesione del gruppo" é come la dignità, ciascuno la riconosce ma, nessuno può descriverla o misurarla. Questo livello si evidenzia quando ogni membro acquista consapevolezza del gruppo come "soggetto".

Questa mia prima esperienza mi ha fatto conoscere e capire l'importanza e la funzionalità del gruppo, che in questo caso, attraverso le tecniche artistiche, contribuisce allo sviluppo del benessere della persona.

3.4 L'esperienza di osservatrice in un gruppo

Da questa esperienza di osservazione di gruppi di attività è nata in me l'interesse di una conoscenza approfondita delle dinamiche di gruppo, nonché l'esigenza di seguire un percorso formativo presso una scuola ad indirizzo gruppoanalitico (C.O.I.R.A.G.).

Il percorso formativo della scuola C.O.I.R.A.G. prevede, oltre alle lezioni teoriche in classe, un percorso esperienziale costituito da tirocinio, osservazioni e supervisioni di gruppi terapeutici.

Durante questi quattro anni, ho iniziato ad osservare tre gruppi terapeutici, nel ruolo di osservatore silente, nella sede della struttura pubblica A.S.P. di Cosenza, presso il consultorio familiare di Scalea, così come specifico nel precedente paragrafo.

In questo elaborato farò riferimento, in modo particolare, solo ad uno dei tre gruppi terapeutici, che ho seguito per quattro anni, unitamente alla collega Rosangela Crusco, nel ruolo di osservatrice silente.

Il gruppo è condotto da una psicoterapeuta gruppoanalista, la Dott.ssa Rosanna Valente, membro C.A.T.G.; le sedute si svolgono una volta alla settimana, il mercoledì mattina, dalle 9.30 alle 11.00, della durata di 90 minuti, all'interno della sua stanza presso il consultorio familiare.

Si tratta di un gruppo semi-aperto, nel corso entrano a farvi parte nuovi pazienti, mentre altri lo lasciano. Il gruppo vive di un ricambio continuo e il suo termine di conclusione non è predefinito.

Costituiscono regole del setting la puntualità e la riservatezza relativamente ai contenuti trattati in gruppo, che non possono essere comunicati a persone che non vi fanno parte.

Tutti i pazienti hanno eseguito un ciclo di psicoterapia individuale con la terapeuta del gruppo, priva di entrarvi a far parte. Alcuni di essi hanno eseguito anche un ciclo di psicoterapia di coppia.

Il gruppo è composto da 10 persone, con un'età compresa dai 22 ai 60 anni, otto donne e due maschi. E' eterogeneo in termini di diagnosi, di sintomatologia, di livello culturale, di livello socio-economico, di sesso e di età.

Dall'esperienza di osservazione dei primi tre anni di questo gruppo, dai confronti che seguivano, dopo ogni seduta, con la Dott.ssa Valente e le relative supervisioni condotte con il prof. Ondarza Linares J., è nata, in noi osservatori, l'esigenza della costituzione di un gruppo ristretto di partecipanti.

Proprio da questi confronti è emerso come alcuni di questi pazienti erano in grado di "sentire" di più, di poter agire più in fondo in senso analitico, pur essendo in un contesto istituzionale, con la propria struttura e problematicità. Al fine di intraprendere una modalità efficace di cura "attraverso il gruppo", con il presupposto teorico di *cambiare nel gruppo*.

Si è arrivato, in questi due mesi, ad una prospettiva di gruppo analitico, e devo dire di aver constatato che in molti casi tale inserimento diventava l'occasione per una svolta, in senso favorevole, a livello terapeutico, introducendo significativi elementi trasformativi.

3.5 Verso la prospettiva di un gruppo analitico

Il nuovo gruppo, costituitosi a gennaio 2013, è costituito da sei persone, di cui quattro donne e due uomini, con un'età compresa dai 22 ai 40 anni. Le sedute hanno luogo ogni lunedì, dalle 9.30 alle 11.00, della durata complessiva di 90 minuti, presso la stanza della psicoterapeuta sita nel consultorio familiare di Scalea.

Il gruppo è eterogeneo per età, sesso, livello d'istruzione e livello socio-economico, per patologia e sintomatologia.

Il setting rispecchia i principi di condotta richiesti in una situazione gruppo analitica, come sosteneva Foulkes:

- *Regolarità*: ai pazienti è stato richiesto di avvertire in anticipo dell'assenza quanto essa è inevitabilmente prevista.
- *Puntualità*: che venga osservato l'orario di inizio delle sedute.
- *Discrezione*: che le faccende discusse nel gruppo rimangono riservate all'interno del gruppo e non vengano discusse con altre persone.

- *Astinenza*: in riferimento ai rapporti sessuali tra pazienti che appartengono allo stesso gruppo.
- *Nessun contatto esterno*: scoraggiando fortemente il contatto esterno.
- *Nessuna decisione vitale durante il trattamento*: cioè evitare di prendere qualunque decisione nella vita che possa comportare conseguenze serie nella realtà.

Descrizione dei pazienti

Vittorio. Ha 39, attualmente è single. Secondogenito, ha interrotto gli studi universitari quando aveva circa 28 anni senza giungere al conseguimento della laurea. Ad oggi è ancora in cerca d'occupazione, di fatto lavora in modo saltuario, solo durante il periodo estivo presso delle strutture ricettive alberghiere. Si rivolge al consultorio familiare accompagnato dal fratello, dopo una serie di episodi contrassegnati da attacchi di panico. Durante i colloqui emerge come Vittorio non riesca ad instaurare dei legami solidi e duraturi con il genere femminile. Dichiarò di avere avuto una relazione durata circa dieci anni connotata da una serie di tradimenti. Successivamente le sue relazioni si sono caratterizzate da rapporti occasionali con donne più grandi di lui e già impegnate in altre relazioni. Si definisce un gigolò in quanto non è tanto lui a cercare le donne, ma queste esse a cercare lui. Dichiarò di avere un rapporto conflittuale con la madre, la quale si mostra rigida nei suoi confronti e poco attenta alle sue esigenze, tanto che Vittorio racconta come da piccolo per attirare la sua attenzione fingeva di avere dei malesseri.

Sabrina. È una donna di 49 anni di bell'aspetto ed ha una statura media, una donna curata e giunge al consultorio circa 4 anni fa con disturbi di attacchi di panico dopo qualche mese dal parto dell'ultima figlia. Sposata da 22 anni madre di tre figli, il primogenito maschio e le altre due femmine avute a distanza di 10 anni tra il primo e la seconda, lavora a tempo pieno come madre occupandosi delle faccende domestiche ma soprattutto dell'educazione dei propri figli. Inizialmente segue un percorso individuale, successivamente per problemi relazionali con il marito iniziano una terapia di coppia e solo successivamente il percorso psicoterapeutico di gruppo. Più volte durante i gruppi

ha lamentato l'assenza del marito nel processo educativo della prole o comunque della non condivisione dei suoi metodi là dove presente. Ribadisce in continuazione l'importanza delle tecniche Yoga e sulle cure omeopatiche, laureata in neuro-psicomotricità, non ha mai esercitato la sua professione. Trascorre parte della sua vita in Sicilia da dove si trasferisce con tutta la famiglia in Germania. In Germania trascorre buona parte della sua adolescenza e solo dopo il divorzio dei genitori ritorna in Sicilia. Lì conosce l'attuale marito e dal matrimonio si trasferiscono nel paese d'origine del marito.

Federica. Ha 39 anni, primogenita di due fratelli, attualmente è separata da circa due anni ed ha un bimbo di sei anni. Giunge al consultorio con la richiesta d'aiuto nei confronti del figlio, dietro segnalazione della scuola che lo ritiene un bambino iperattivo, mostra problemi relazionali con i coetanei e nell'ambito scolastico, dovuto a suo dire all'aspetto fisico, definendolo un bambino obeso. Si presenta come una madre abbastanza rigida e con una personalità apparentemente dura secondo lei alle mansioni di cui si è dovuta far carico nell'ambito della famiglia d'origine. Di fatto Federica racconta come sin da piccola è stata sempre impegnata nella conduzione di tutte le mansioni familiari e domestiche a causa di una lunga assenza della madre, che ha sofferto di gravi problemi al cuore e del padre al quale è stata formulata una diagnosi di Borderline. Federica racconta come la sua vita adolescenziale sia stata connotata da un periodo di bulimia per il quale si è sottoposta a trattamento terapeutico e la sorella di anoressia. Dichiarò di avere difficoltà a relazionarsi con il figlio e di avere un rapporto conflittuale con ex-marito.

Ernica. Ha 22 anni, primogenita di due figlie, frequenta l'università, solo che negli ultimi tempi ha tralasciato gli studi e non ha molti rapporti sociali. È fidanzata con un ragazzo che fa uso di droga, il padre fa il carabiniere e la madre casalinga. Nella storia familiare ci sono stati tradimenti coniugali tra i genitori, che lei ha scoperto da molto piccola alzando la cornetta del telefono di casa. Ha avuto un problema alle caviglie, una malformazione che non le permetteva di deambulare bene, ma in modo un po' goffo, che l'hanno portata a subire diversi interventi in tenera età. Presenta una carnagione

molto chiara, ed arrossisce facilmente cercando di mascherarla attraverso i suoi lunghi capelli che trasporta di volta in volta davanti il viso.

Ermelinda. E' una donna di 39 anni di bell'aspetto curata nella persona giunge al consultorio circa sei anni fa, prima di allora ebbe una violenta discussione con il marito ed una crisi psicotica seguita da T.S.O., dimessa con una diagnosi di schizofrenia e solo dopo il parto dell'ultima figlia, in seguito ad una depressione post- partum, si rivolge al consultorio. Racconta di un rapporto conflittuale con la madre che cerca di sminuire la sua persona, a suo dire dovuto al mancato conseguimento della laurea, paragonandola alla sorella maggiore. Madre due figli di 10 e 7 anni, assolve a tutte le mansioni domestiche e familiari, dando supporto al lavoro svolto dal marito il quale è titolare di uno studio commercialistico. Dichiaro di voler portare a termine il suo percorso di studio. Ad oggi risulta essere molto attiva all'interno della sua comunità d'appartenenza attraverso attività di volontariato e religiose.

Aldo. Ha 39 anni sposato all'età di 19, attualmente separato da circa un anno in seguito a problemi relazionali con la moglie. Si rivolge al consultorio familiare dichiarando di sentirsi confuso, di avere disturbi del sonno e disturbi d'ansia. Riferendosi alla relazione coniugale non riesce a comprendere le ragioni di questa separazione e le dinamiche con cui sono giunti allo stato attuale, dichiara di essere stato sempre un ottimo marito e di avere assecondato le esigenze della moglie, se pur avvolte ha ceduto a rapporti extraconiugali.

Adesso sottoporro alcune vignette cliniche che risentono del contesto culturale in cui viviamo, della rete psicosociale e quanto la rete è in grado di agire sul paziente.

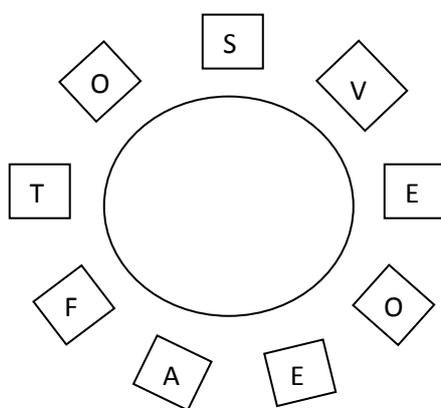
I nomi dei pazienti sono di fantasia.

Prima vignetta

Seduta del 18 Marzo 2013

(Tratto dall' osservazione della decima seduta del gruppo. Quanto segue costituisce circa dieci minuti di conversazione dall'inizio della seduta)

Tutti i pazienti erano presenti disposti in senso orario: Sabrina (49 anni), Vittorio (39 anni), Enrica (22 anni), l'osservatore (io), Ermelinda (39 anni), Aldo (39 anni), Federica (39 anni), Terapeuta, l'osservatore (Rosangela).



Vittorio esprime il suo consenso alle affermazioni di **Aldo**, in merito alla convinzione che il genere femminile sia molto debole e quanto sia facile per un uomo accorgersi di una donna che mostra problemi relazionali e di conseguenza conquistarla. Nell'avvalorare la sua tesi **Vittorio** racconta la sua esperienza presso una struttura ricettiva alberghiera, dove lui ha lavorato la scorsa estate:

Vittorio: “ogni sera, io, avevo rapporti sessuali con donne diverse alcune delle quali anche sposate ed erano loro a cercare me e non io a cercare loro. Ecco perché ritengo che le donne possano essere tutte uguali”

Sabrina: “ ma ti sei mai chiesto se sono i tuoi atteggiamenti, piuttosto che quelli di queste donne a lasciar sottintendere qualcosa?”

Vittorio: “ questo non è vero, infatti io non mi mostro mai alle donne per come sono ed è per questo che mi sono creato questa maschera da play-boy. In realtà è solo nel gruppo che forse ho trovato delle donne diverse”

Federica: “ secondo me sei tu che vai alla ricerca di quel determinato tipo di donne perché non tutte le donne sono uguali”

Vittorio: “ sono uguali perché banali ed anche egoiste. Ricordo che un giorno mia madre stava male e decidemmo in accordo con mio padre di portarla al pronto soccorso, prima di andare squilla il telefono ed era mia nonna, la quale esigevo che passassimo immediatamente da casa sua perché anche lei stava poco bene. Ricordo che questa telefonata mi innervosì parecchio tanto che al ritorno dall’ospedale passai da casa sua e le sfasciai una porta. Lei è una di quelle donne banali, egoiste ed anche insensibile. Ricordo che quando ero piccolo la vidi mentre buttava un gatto vivo nel forno e chiuse la fornace”.

Riflessioni

Ho voluto citare questa vignetta per evidenziare quando la rete, come modello interattivo internalizzato, tende a condizionare e a riflettersi sulla rete interattiva attuale, la quale, a sua volta, riattiva e condiziona la prima in un “feedback” interattivo, speculare, o complementare.

Una ferita della cultura materna, condiziona Vittorio a ricercare quella “donna” che possa dargli soddisfazione. E’ probabile che lui abbia perso la donna quando era bambino e adesso va alla ricerca di quella donna. Questo elemento rappresenta il passato che si introduce nel presente, questa donna internalizzata, Vittorio la riporta nella nuova situazione di vita, vivendo un forte conflitto.

Foulkes ci ha insegnato che la cultura è quello che è nella rete, che penetra dentro di noi nella nostra identità e questo da una parte è facile accettarlo e dall’altra no, perché da una parte c’è la mia identità e dall’altra l’identità di tutto un gruppo al quale io appartengo.

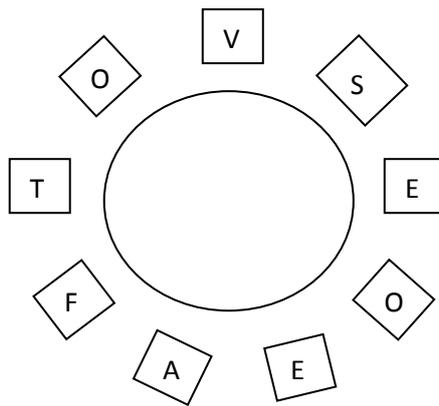
E’ fondamentale tener presente che il paziente è il sintomo di un disturbo nell’equilibrio della rete intima di cui fa parte.

Seconda vignetta

Seduta del 22 Aprile 2013

(Tratto dall' osservazione della quattordicesima seduta del gruppo.)

Alle 9.30 arrivano i pazienti, disposti in senso orario: Vittorio (39 anni), Sabrina (49 anni), Ermelinda (39 anni), l'osservatore (io), Enrica (22 anni), Aldo (39 anni), Federica (39 anni), Terapeuta, l'osservatore (Rosangela).



Silenzio

Sabrina inizia a piangere e comincia a parlare di un episodio accaduto nel periodo del suo secondo parto. Inizia il racconto così:

Sabrina: *“tutto il giorno ho svolto tutte le mansioni quotidiane di casa, ho accudito i figli, e quando mio marito è ritornato da lavoro, aprendo il frigorifero, ha affermato, girandosi verso di me che non c'era neanche acqua fresca”.*

In quel momento esprime di essersi sentita male, scappa di casa, prende la macchina e si dirige sul lungomare del suo paese, dove loro vivono. Nel tragitto tra casa e il lungomare, riferisce di aver pensato a diverse modalità con cui poter annegare a mare.

Definisce questo evento bruttissimo, addossando la responsabilità, di questa sua reazione, all'atteggiamento del marito.

Ermelinda, girandosi verso Sabrina le chiede: *“come pensavi di suicidarti visto che sai nuotare?, come avresti fatto?”*

Sabrina le risponde: *“non ho riflettuto sul modo in cui volevo farlo, semplicemente mi dirigevo verso il mare perché volevo farla finita. Quello che conta è il pensiero, è quello che mi fa male. Lui è una persona autoritaria, in quel periodo era concentrato esclusivamente sulla madre, quella stronza”*.

Durante la seduta emerge che in quel periodo, in realtà, **Sabrina** pensava che il marito avesse una relazione extraconiugale. Questa idea era avvalorata dal fatto che nonostante lei svolgesse tutte le mansioni di casa, il marito non le riconosceva questa capacità, lo sentiva distante.

Anche **Ermelinda** riporta lo stesso stato d'animo.

Afferma: *“anche io non ho avuto di fianco un marito che mi supportasse, soprattutto dopo il parto della prima figlia e riflettendo sull'affermazione, che ha detto tu, Sabrina, di madre “stronza”, mi è ribalzando in mente che infondo anche mia madre è stata così con me”*. Ricordo di un episodio accaduto nella mia infanzia, potevo avere circa 10 anni, eravamo in casa in campagna, quando mia madre, dopo un litigio avuto con mio padre, mi lascia da sola su un gradino della casa, senza badare che ci fossi anche io”.

Continua: *“infondo i rapporti con mia madre sono ancora oggi conflittuali, non è mai stata accondiscendente o non hai mai accettato le mie scelte”*.

A questo interviene **Federica**, raccontando di aver passato le pene dell'inverno con i suoi suoceri, perché il marito era un debole, non riusciva ad opporsi.

Afferma : *“Forse, ad oggi mi rendo conto che pretendevo troppo da lui, pretendevo più di quello che lui poteva darmi”*. Io penso che quando uno entra a far parte di una nuova famiglia, lo si deve accogliere, un po' come se si dovesse creare uno spazio che permetta l'ingresso del nuovo membro. Invece, questo, nella famiglia d'origine di mio marito non è accaduto, resti sempre l'estraneo, non fai parte di quel nucleo familiare. Il tuo nucleo familiare sono solo i tuoi genitori”.

Riflessioni

Attraverso questa vignetta ho voluto evidenziare la mentalità tremendamente nociva dei nostri piccoli territori e le difficoltà che si incontrano nella costruzione di una nuova famiglia. La mentalità che sottende questo pensiero risiede nella convinzione di dover essere accettate nel nucleo familiare d'origine piuttosto che su di un pensiero evolutivo: *“io uomo lascio la mia famiglia per creare un'altra”*.

Il fattore culturale ha un peso sostanziale nella propria rete di appartenenza, quindi è difficile innescare un'autonomia, per cui, da terapeuti, bisogna rispettare e tener presente questa forma di corazza. Soprattutto nei paesi dell'entroterra, dove i tuoi vicini di casa arrivano dallo stesso ceppo familiare, per cui ti ritrovi circondato da gruppi di famiglie e, che le stesse dinamiche si possono creare all'interno del proprio gruppo familiare.

Da entrambe le citazioni di queste vignette, si può ben notare come la comunicazione si evolve costantemente in una spirale, sia in salita sia in discesa, attraversando i diversi livelli psicodinamici in cui si trovano sia i membri sia il gruppo come “toto”, toccando il vivo materiale profondo primario e conseguentemente, attivando delle risposte che hanno il significato di interpretazioni inconsce, di riconferme o controreazioni, il tutto promuovendo un *“ego training in action”*, come dice Foulkes. In particolar modo, si passa da un livello corrente ad un livello transfert, in cui il gruppo va a rappresentare la rete intima (plexus), la famiglia primaria e attuale.

I membri del gruppo interagiscono, a seconda della “cultura” spontanea che prevale nel gruppo.

Conclusioni e riflessioni

Alla luce di questa mia esperienza, mi sento di aver acquisito una maggior comprensione delle dinamiche gruppali.

Grazie a questa adeguata formazione di lavoro con i gruppi, anche se con tante difficoltà, che purtroppo, si possono incontrare in una istituzione, mi sento di poter affermare, di aver acquisito una maggior sicurezza con i gruppi, che mi permetterà la conduzione di un gruppo.

Come afferma Ronchi: “ *Siamo abituati a pensare che curarsi o avere cura di sé sia qualche cosa che riguardi il singolo individuo. Se pensiamo all’istituzione come un soggetto vivente e ne ascoltiamo i sintomi prodotti dagli individui e dai gruppi che ne fanno parte, non vediamo più la differenza tra di essi e ci troviamo dinnanzi a “qualcuno” che manifesta disagi e bisogni. La difficoltà non è nella comprensione del contenuto, ma nel porsi a questo livello di ascolto*” (E. Ronchi, *Il sogno e la cura. L’istituzione come soggetto vivente, 2005*)

Risulta importante possedere una mentalità di natura gruppale, che va a coincidere non solo col fatto concreto di lavorare con il gruppo, ma implica lo sviluppo della capacità di pensare insieme le cose, gli eventi, di ricercare le reti di relazioni e significati insieme a tutte le persone che sono in gioco, pensare appunto *in, con e attraverso* il gruppo.

Dai diversi studi e ricerche sull’istituzione, alcuni dei quali menzionati in questo elaborato, emerge che, senza una formazione ad hoc, il sintomo che un sottosistema vuol curare tenderà a riprodursi nella cultura organizzativa, con modalità tossiche.

Questi lunghi quattro anni di osservazione di gruppi terapeutici, mi hanno permesso di sviluppare un atteggiamento analitico. L’osservazione mi ha permesso di ascoltare il contenuto della comunicazione e di comprendere l’emozionalità delle relazioni, le difficoltà che si incontrano, le paure, il come affrontarle.

E’ indispensabile avere “il gruppo in mente”, pensarlo come sosteneva Foulkes, dargli spazio e fiducia, riconoscere le sue potenzialità, analizzare quale rete di snoda sullo sfondo, perché essa gioca un ruolo essenziale nella dinamica Individuo-Gruppo.

Da questa mia esperienza voglio concludere lasciando dei punti di riflessione: in una piccola realtà territoriale, in cui l'impregnazione culturale è sostanziale, si può notare come è possibile trasformarla. E' possibile cambiare la cultura pubblica, trasformare quei fattori deformativi in formativi, sviluppare un processo educativo-formativo.

Vi è solo la necessità di lavorare e potenziare il gruppo terapeutico, cercando i livelli di comunicazione adeguati, non solo per i pazienti, ma cambiare la "cultura gruppoanalitica" prima della rete istituzionale e poi della rete territoriale.

Lo spazio terapeutico tra paziente ed istituzione potrà migliorare solo attraverso il lavoro con la rete patogenetica territoriale, cercando di promuovere quella matrice terapeutica in grado di coinvolgere e consapevolizzare la rete territoriale.

Riferimenti bibliografici

Alberto Ghilardi, Ermete Ronchi, “*Il sogno e la cura. L’istituzione come soggetto vivente*”, Ananke, 2005

Andersen B.L., “*Psychological intervention for cancer patients to enhance the quality of life*”, 1992.

Annamaria Burlini, Aurelia Galletti, “*Psicologia attuale. Nodi di una rete emotiva e cognitiva tra individuo, gruppo e istituzione*”, Franco Angeli, 2000.

Biondi M, Costantini A., Grassi L., “*La mente e il cancro. Insidie e risorse della psiche nelle patologie tumorali*”, Il pensiero scientifico, Roma, 1995.

Daniela Colamedici, Andrea Masini, Gioia Roccioletti, “*La medicina della mente. Storia e metodo della psicoterapia di gruppo*”, L’Asino d’oro edizioni s.r.l., 2011.

Ermete Ronchi, “*Gruppo operativo emozioni istituzionali e cambiamento*”, Psychomedia Telematic Review, Roma, Ripubblicato da: Rivista Italiana di Gruppoanalisi, Vol. XII - N. 3/4 dic. 1997 .

Ermete Ronchi, “*La sofferenza nelle istituzioni di cura*”, Relazione al convegno "Come avere cura dei sistemi di cura. Risposte competenti al malessere dell’Istituzione Sanitaria" - Università degli Studi di Palermo, 11 e 12 novembre 2000

Ermete Ronchi, Alberto Ghilardi, “*Professione psicoterapeuta. Il lavoro di gruppo nelle istituzioni*”, Franco Angeli, 2003

Foulkes S. H. “*Analisi terapeuta di un gruppo*” Bollato Boringhieri, 1978

Foulkes S. H. “*Introduzione alla psicoterapia gruppoanalitica*” Edizioni Univ. Romane, 1991

Foulkes S. H. “*La psicoterapia gruppoanalitica. Metodo e principi*”, Astrolabio, Roma, 1977

- Foulkes S. H. *“Psicoterapia e analisi del gruppo”*, Trad. it. Boringhieri, Torino 1967
- Grassi L., *“Il disagio psichico in oncologia”*, Ferrara, Spazio Libri Editore, 1993
- Invernizzi G., Bressi C., *“La famiglia incontra il tumore: dall’angoscia alla speranza”*, 1981
- Louis Cozolino, *“Il cervello sociale. Neuroscienze delle relazioni umane”*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2008
- Marco Sparvoli, *“Costruire una relazione terapeutica”*, Alpes 2013
- Ondarza Linares J., *“La gruppoanalisi contemporanea e le Neuroscienze: lo spazio intermedio”*, Atti del Congresso SIPSIC, Settembre 2013
- Ondarza Linares J., *“L’incoscio sociale. La prospettiva gruppoanalitica”*, Edizioni Universitarie Romane, 2009
- Ondarza Linares J., *“Plexus..Lo spazio del gruppo”*, Relazione presentata al Congresso Nazionale della Scuola C.O.I.R.A.G., Roma, 1994
- Ondarza Linares J., *“Ponti o barriere? I processi di identità e identificazione nei gruppi”*, workshop III Conferenza Regionale del Mediterraneo (I.A.G.P.), Barcellona, 2008
- Ondarza Linares J., *“Psicoterapie di gruppo”* Trattato Italiano di psichiatria, Masson, Milano, 1999
- Ondarza Linares J., *“Una visione panoramica della psicoterapia gruppo analitica”*, Edizioni Universitarie Romane, Volume IV, 1989
- Petrini Pietro, Zucconi Alberto, *“La relazione che cura”*, Pubblicato da Alpes Italia, 2008

Quaderni Ariele, *“Psicosocianalisi e crisi delle istituzioni”*, Guerini e Associati, Milano, 1990

V. Volterra, *“Problemi di formazione e assistenza psicoterapica nei servizi territoriali”*, Atti dell’XI e XII Congresso della Società Italiana di Psicoterapia Medica, Napoli, 1977; Udine, 1978.