

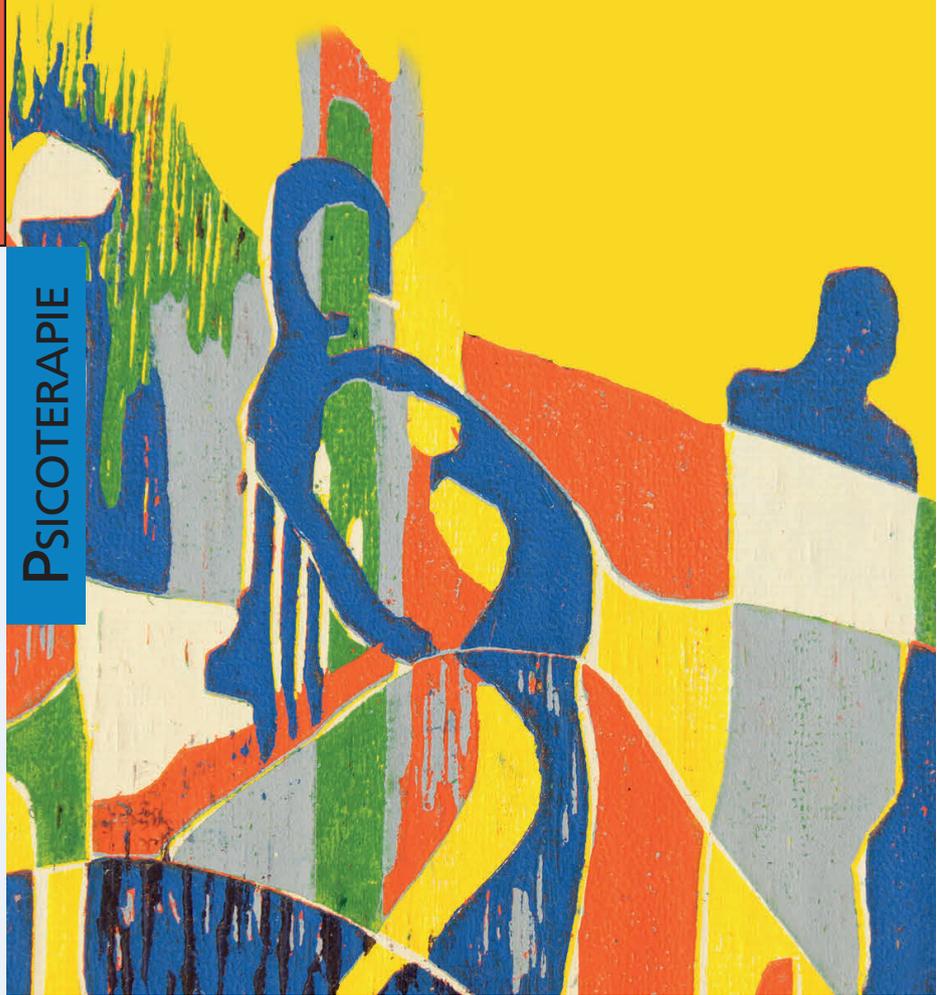
Il lavoro clinico con i gruppi

Metodologia operativa
ed esperienze contemporanee

A cura di Girolamo Lo Verso

FrancoAngeli

PSICOTERAPIE



I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella homepage al servizio "Informatemi" per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

Il lavoro clinico con i gruppi

Metodologia operativa
ed esperienze contemporanee

A cura di Girolamo Lo Verso

FrancoAngeli

PSICOTERAPIE

In copertina: *Astratto* © Edwardgerges

by Dreamstime.com

Isbn: 9788835178637

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore.
Sono riservati i diritti per Text and Data Mining (TDM), AI training e tutte le tecnologie simili.
L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza
d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Indice

Prefazione, di <i>Ivan Urlic</i>	pag.	7
Il lavoro clinico con i gruppi, di <i>Girolamo Lo Verso</i>	»	11
Dalla con-fusione alla possibilità gruppoanalitica: gruppi in strutture psichiatriche residenziali, di <i>Bruno Chipi</i>	»	15
La ricerca empirica nell'ambito della gruppoanalisi e della psicoterapia di gruppo, di <i>Salvatore Gullo, Giulia Messina, Gianluca Lo Coco</i>	»	36
Il lavoro con i gruppi in psichiatria fondato sulla gruppoanalisi. Aspetti clinici e formativi, di <i>Roberto Carnevali</i>	»	49
Il lavoro con la famiglia nella gruppoanalisi soggettuale, di <i>Luisella Ferraris</i>	»	61
Psicoterapia gruppoanalitica e terapie espressive in ambito geriatrico, di <i>Florenza Inzerillo</i>	»	77
Il gruppoanalista in azione, di <i>Alice Mulasso, Ivan Ambrosiano</i>	»	98
La psicoterapia gruppoanalitica online, di <i>Ivan Ambrosiano, Ilaria Locati</i>	»	117
Social Dreaming Matrix, al tempo della pandemia e delle guerre, di <i>Maurizio Gasseau</i>	»	129

La cura dei disturbi di personalità attraverso la psicoterapia di gruppo. La clinica tra teoria, metodo ed etica, di <i>Elisa Miragliotta, Maria Teresa Gargano, Emma Locascio Aliberti</i>	pag. 141
La clinica gruppoanalitica in ambito sportivo: i gruppi e i suoi parametri, di <i>Serena Giunta, Gioacchino Mazzola, Claudia Prestano</i>	» 169
E se quel buio fosse l'unica finestra sul mondo? Trasformazioni silenziose nel gruppo terapeutico, di <i>Emanuela Coppola, Claudia Napolitani</i>	» 183
Il gruppo di microcredito: una terapia economica per l'individuo e la Comunità presso il Centro di Salute Mentale di Carpi, di <i>Luisa Brunori, Giorgio Magnani, Giorgia Bonaga, Chiara Bleve</i> , con la collaborazione conclusiva di <i>Michelangelo Mengoli</i>	» 194
Gruppoanalisi dei caregiver, di <i>Raffaele Menarini</i>	» 207
Violenza di genere e lavoro: uno sguardo gruppoanalitico soggettuale, di <i>Antonino Giorgi, Paola Fioletti, Izabella Kartchner</i>	» 213
Gli Autori	» 237
Bibliografia & Sitografia	» 241

Prefazione

di *Ivan Urlić*

Questo libro è uno dei testi più aggiornati ed operativi sul lavoro clinico sociale con i gruppi. Esso è parallelo al volume: *La clinica gruppoanalitica, oggi, in Italia. Inquadramenti teorici ed esperienze di cura nel sociale*, curato, anch'esso, da Girolamo Lo Verso, uno dei pionieri della gruppoanalisi in Italia e studioso nei circoli professionali internazionali, edito da FrancoAngeli. Si mostra come una revisione dell'iter di questa disciplina nel suo uso sistematico, nei campi scientifici e psicoterapeutici di psichiatria, psicoterapia, psicologia e nella protezione e nel miglioramento della salute mentale in genere. Dopo più di cinquant'anni di interesse, suscitato dall'evoluzione del pensiero e dell'atteggiamento sociale in psichiatria e psicopatologia, prima rappresentato dal movimento di psichiatria sociale, dopo la Seconda Guerra Mondiale, trasformatosi in psichiatria nella comunità. Si può chiaramente vedere come anche le vie della psicoterapia si siano sviluppate: dal classico "divano" – psicoterapia nel setting individuale – verso la scoperta e l'uso del gruppo, come modalità da inserire nello spettro dell'armamento professionale in psicoterapia e, generalmente, nel campo operativo di cura per la salute mentale. Erano i tempi della "riscoperta" della gruppalità, intrinseca nella natura sociale umana, e il lavoro con i gruppi nella sua ampiezza viene mostrato in questo testo, con i risultati di oggi.

Alcune circostanze andavano a favore dello sviluppo di questo nuovo atteggiamento. La vita comunitaria cominciava a esser vista come una "famiglia sociale" che bisogna curare e sviluppare, tenendo conto di tutti i suoi membri, anche quelli bisognosi di un'attenzione particolare, come anche i sofferenti di vari tipi di disturbi mentali.

In Italia, sulla scia dell'onda di questa evoluzione del pensiero sociopolitico, la famosa legge 180 del 1978 aprì la possibilità di trasformazione di atteggiamenti "tradizionali", cioè rigidi e diffidenti verso una gran parte

dei co-cittadini con disturbi mentali. Fu una dura battaglia, affinché gli istituti psichiatrici a lunga degenza venissero chiusi e il pensiero di aiuto psichiatrico mutasse verso nuovi orizzonti: questi prevedevano di affrontare il disturbo psichico, anche quello grave, attraverso una nuova visione, poiché si cominciava a intenderlo come meritevole di un approccio dignitoso, alla pari di quello già consolidato verso i malati in generale. Fondamentalmente, era in atto una vera “rivoluzione”: si era pronti ad adottare un cambiamento radicale nei confronti dei pazienti psichiatrici e di quelli con vari disturbi mentali. Si voleva veder loro come quei membri della comunità, della società, che non meritavano esclusione, ma un’adeguata inclusione, una continuità della loro presenza e partecipazione nel quadro di una certa comunità, in sostanza, si trattava di dare loro dignità di persone, così come stava già avvenendo per tutte quelle persone con handicap fisici, per la comunità omosessuale, ecc.

Le resistenze e le paure non tardarono a manifestarsi, però, il lavoro persistente in questo campo, in Italia, ha dato risultati notevoli, valorizzati nel mondo scientifico internazionale, come esempio positivo da studiare e seguire. Il metodo gruppale venne alla ribalta come estremamente idoneo e importante, come una nuova possibilità particolarmente adeguata e utile per questo sviluppo etico, scientifico e terapeutico. La concettualizzazione e la teoria di gruppo-analisi di Foulkes si mostrò molto valida nel lavoro in campo della salute mentale, sia nella parte di protezione, di educazione, di cura e di sostegno dei pazienti malati, o delle persone in crisi emozionale (Di Maria, Formica, 2009).

Il valore della psicoterapia di gruppo si basa principalmente sulla visione dell’uomo come essere socialmente determinato e intrecciato. I gruppi terapeutici possono facilitare il riconoscimento delle difficoltà nelle relazioni intra e interpersonali e mostrare come queste si sono insediate nel quadro familiare e come si sono sviluppate modalità disfunzionali. Del resto, oggi, tutta la psicoterapia più clinica e avanzata considera la relazione come oggetto centrale del lavoro di cura.

Nella ricostruzione dell’origine del funzionamento patologico possiamo seguire due strade: la prima si concentra sull’individuo, come interamente auto-conchiuso. Cerchiamo di comprendere la persona e il suo gruppo primario e di notare i processi costruttivi e distruttivi in cui è coinvolta. La seconda direzione si riferisce al gruppo, quando cerchiamo di avvicinarci all’individuo attraverso le comunicazioni sociali. Entrambi i percorsi offrono possibilità diagnostiche e terapeutiche (Urlić, 1999, 2012, 2019) potenzialmente molto utili e allargano le risorse del lavoro di aiuto.

I problemi mentali si manifestano nel gruppo, si riflettono nel gruppo e il gruppo stesso li rispecchia e li può curare.

Le scoperte neuroscientifiche sui neuroni specchio e sui sistemi specchio indicano reti neurali che includono i neuroni specchio, ma possono includere anche altre parti del cervello che svolgono un ruolo nel rispecchiamento, nell'imitazione, nell'empatia e nell'identificazione. Così viene interpretata la connessione degli individui con altre persone, osservando il comportamento degli altri, le loro emozioni e intenzioni "come se" si stessero realizzando o fossero nella propria esperienza. I neuroni specchio sembrano consentire il riconoscimento intuitivo immediato degli altri come simili a noi. Pertanto, la singola persona può essere intesa anche come uno "specchio che riflette" il mondo interpersonale che la circonda, o, per certi aspetti, circondata (Di Blasi, Lo Verso, 2012). Quanto sopra costituisce la base neuroanatomica e neurofisiologica attraverso la quale vengono esercitate le influenze terapeutiche, nella quale la psicoterapia di gruppo, così come la psicoterapia individuale, gioca un ruolo importante.

Come ho già affermato, nella valutazione internazionale dell'applicazione della psicoterapia di gruppo/gruppoanalisi nello spettro della cura della salute mentale, nel senso più ampio del termine, l'applicazione di questo metodo in Italia, oggi, e l'elaborazione e la ricchezza teorica delle esperienze cliniche, sono rappresentate nella loro interezza e singolarmente da personaggi di spicco e molto competenti, rappresentati in questo libro con i loro contributi. Elemento significativo della valorizzazione internazionale della gruppoanalisi soggettuale in senso clinico e teorico.

In questo volume si presenta un vasto spettro di lavori con gruppi clinici, le esperienze e il pensiero critico che ne deriva. I contributi descrivono il lavoro gruppoanalitico con le donne vittime di violenza nelle varie istituzioni (Giorgi), e in famiglia/istituzioni (Chipi, Gullo e Lo Coco, ritornano Ferraris, Inzerillo). Seguono esperienze riguardanti lo stesso gruppoanalista (Mulasso, Ambrosiano), la terapia gruppoanalitica online, cioè il confronto tra l'approccio tradizionale e quello tecnologicamente mediato (Ambrosiano, Locati), sul social dreaming (Gasseau, Carnevali), e sui disturbi di personalità (Miragliotta, Gargano e Aliberti). Vista l'espansione del mondo sportivo professionale è interessante leggere sull'esperienza dell'approccio gruppale applicato in quest'ambiente (Giunta, Mazzola, Prestano). Ne seguono i contributi dedicati alle trasformazioni tramite un lavoro gruppale (Coppola, Napolitani) e una trasformazione importante ottenuta applicando i principi d'azione gruppale nell'ambiente sociale, con un cambio di posizione dall'utente al contribuente delle risorse comunitarie, tramite l'attivazione delle capacità creative di pazienti/utenti di rete di salute mentale (Brunori, Magnani, Bonaga, Blevé, Mengoli). La raccolta dei contributi si conclude con la gruppoanalisi orientata verso quelli che offrono aiuto e le loro specifiche difficoltà psichiche/emotive.

La raccolta di *Lo Verso*, in questo volume ed in quello parallelo già citato, è una rassegna che illustra gli sforzi di gruppoanalisti italiani durante l'arco di più di cinque decenni dall'applicazione del gruppo, elaborato a partire dai principi della gruppoanalisi foulkesiana, in diversi ambienti, e approfondito sistematicamente in una ricerca teorico clinica che ha prodotto molti testi. Ne risultano i lavori presentati, che rappresentano un vasto spettro di possibilità di applicazione, sia di modalità in presenza che tramite la mediazione tecnologica – online. Visto che la gruppalità è una sostanza intrinseca dell'essere umano, forse, questi due volumi lasciano spazio per l'ispirazione per un terzo volume, che includerebbe esperienze ancora non descritte e gli sviluppi ulteriori dell'applicazione e dell'adattamento dei principi di gruppoanalisi soggettuale nel campo del lavoro di salute mentale.

Split/Spalato, Croazia, gennaio 2025

Il lavoro clinico con i gruppi

di *Girolamo Lo Verso*

Il gruppo è una realtà centrale del vivere umano e, in molte culture, è fortemente fondativo – in qualche modo, in tutte. L'inizio del suo uso, come strumento di lavoro clinico e psicoterapeutico, può essere collocato nell'immediato dopoguerra con il lavoro di Foulkes¹ e, a livello più psicoanalitico-esperienziale, di Bion. Entrambi lavoravano in Inghilterra con i reduci di guerra. C'erano tanti, indiretti, precedenti, tra i quali gli sviluppi relazionali della psicoanalisi: Moreno con lo psicodramma, ispirato al teatro; Trigant Burrow, che possiamo annoverare come precursore della gruppoanalisi; Kurt Lewin, con i suoi studi psicosociali, fondamentali per la comprensione delle dinamiche di gruppo; ecc. Nel volume che ho curato parallelamente a questo, per l'editore FrancoAngeli, viene approfondito il tema dell'inquadramento teorico-clinico della gruppoanalisi, oggi, e vengono esposte molte significative esperienze di lavoro clinico nel sociale. In questo vengono riportate molte esperienze, in molteplici contesti di lavoro con i gruppi. I due volumi si possono considerare come autonomi, ma insieme reciprocamente integrabili e fruibili.

Il lavoro di Foulkes si incentrò fortemente sulla terapia e sul piccolo gruppo come strumento di cura, con le sue specifiche modalità di lavoro, evidenziando la centralità del processo gruppale e di elementi come la risonanza e la matrice di gruppo, e considerando l'analista come primo paziente, che fosse in grado di risuonare con le emozioni cosce e inconscie che circolano nel gruppo. Foulkes lavorò sul concetto, ancor oggi centrale in ambito clinico, di *analisi attraverso il gruppo*, per sottolineare che l'obiettivo del lavoro di cura resta l'individuo e la sua sofferenza o patologia psichica; in questo utilizzò pienamente anche la sua formazione

1. I riferimenti bibliografici agli autori che vengono citati in quest'introduzione compaiono nella bibliografia in fondo al volume.

psicoanalitica, e gli avanzamenti che erano avvenuti in questo mondo con le evoluzioni realizzate, ad esempio, da Winnicott, con la ormai ampiamente condivisa, dal mondo psicologico clinico e non solo, centralità della relazione, o da Adler con la sua apertura ai gruppi. L'importante contributo di Bion fu, invece, centrato, soprattutto, sull'approfondimento del piccolo gruppo da un punto di vista psicoanalitico. Foulkes fuggì dalla Germania nazista e si rifugiò a Londra, ma in Germania, oltre a formarsi come psicoanalista, aveva frequentato l'importante scuola di Francoforte, che confrontava la psicoanalisi e la sociologia e che era un riferimento della cultura antinazista, supportando anche tutta la cultura antiautoritaria e antifascista del dopoguerra, fino ad esercitare la sua influenza sul '68, svolgendo un ruolo importante nella costruzione del concetto di democrazia. Ciò ritengo non sia stato, indirettamente, irrilevante per la gruppoanalisi e per il suo modo di pensare la clinica gruppale, il ruolo dell'analista e l'attenzione al sociale e all'antropologico, come realtà in cui operare e che influenzano lo sviluppo della psiche e le sue eventuali problematiche. Relativamente a questo argomento sono riportate, qui e anche nel su citato volume parallelo a questo, molte esperienze. Da allora, tuttavia, sia la gruppoanalisi che, più in generale, il lavoro con i gruppi, si sono ampiamente diffusi in tutto il mondo, salvo che nei paesi dittatoriali, fondamentalisti, totalitari. Non a caso, ovviamente, vi è stato un enorme diffondersi di pratiche con i piccoli gruppi, mediani, allargati, di sole donne, monosintomatici (disturbi del comportamento alimentare, tossicodipendenze, attacchi di panico, ecc.) e con parenti di pazienti, in comunità, di formazione, supervisione e, ovviamente, nel lavoro psichiatrico in tante forme (cfr. i vari contributi contenuti qui e nel volume parallelo).

Segnaliamo anche l'operato in quasi tutti i contesti di medicina generale e ospedaliera, in cui il lavoro con i gruppi può, molto utilmente, coadiuvare e integrare quello sanitario. Vi è, inoltre, tutto l'infinito mondo del lavoro con i gruppi in contesti non di cura, in cui la parola "clinica" non va riferita all'obiettivo del lavoro, ma alla centralità della relazione e della formazione relazionale dei conduttori. Ci riferiamo, fra i tanti, ai gruppi di formazione e supervisione, in ambito sociale e pedagogico, nella ricerca, come intervento in istituzioni che si occupano di vittime, o relativamente a dinamiche lavorative (v. ad es. Giunta, Lo Verso, 2019).

Anche in Italia il lavoro con i gruppi ha una lunga storia. La gruppoanalisi con i piccoli gruppi terapeutici nel privato e nella psichiatria è iniziata con il lavoro (non citerò i contemporanei ancora attivi) di Fabrizio Napolitani e, via via, di Diego Napolitani, Leonardo Ancona, Jaime Ondarza Linares, Franco Fasolo, ecc., e, in seguito, con i gruppi psicoanalitico-esperienziali (F. Corrao), quelli dello psicodramma analitico; quelli di

taglio sociodinamico e psicosociologico finalizzati alla formazione e alle organizzazioni (Carli, Spaltro, Trentini, Pagliarani, Kaneklin, ecc.). Vi sono, inoltre, molti importanti professionisti e studiosi di orientamento clinico e di differenti impostazioni, fra i tanti: Ferdinando Vanni, Gian Marco Pauletta, Armando Bauleo, Elena Croce, ...

In questo testo vengono raccontate robuste esperienze cliniche attuali che mostrano l'ampiezza delle possibilità del lavoro con i gruppi. Viene mostrato il lavoro con i gruppi nella terapia analitica privata, nel pubblico in psichiatria, con il gruppo famiglia, con anziani, e anche nel lavoro terapeutico online, con il *socialdreaming*, in ambito sportivo, nel microcredito, con i caregiver e in quello con le vittime di genere. Come si può notare, ci sono molte importanti esperienze sia terapeutiche che di intervento nel sociale, che mostrano l'ampiezza, la duttilità e le grandi possibilità dello strumento gruppo. È anche presente un capitolo sulla ricerca empirica sui piccoli gruppi, pratica ormai presente da anni e che sta aiutando e integrando la tradizionale ricerca clinico-teorica a capire il funzionamento dei gruppi, la loro efficacia, i limiti e le possibilità di ogni tipo di gruppi e di formazione (v. Lo Coco, Prestano, Lo Verso, 2008).

Nella nostra proposta, diviene centrale la questione della formazione. Comune ad ogni tipo di lavoro gruppale, è la formazione relazionale nel senso più ampio del termine: interpersonale, alle dinamiche di gruppo, al mondo relazionale interno di partecipanti e conduttori, ai contesti multipersonali, familiari, organizzativo/istituzionali, antropologici, ecc. Naturalmente, va poi prevista anche una formazione adeguata allo specifico contesto in cui si opera e che cambia, ovviamente, se si lavora con la terapia nel pubblico o nel privato, nelle organizzazioni, in contesti sanitari o formativi, nel sociale, ... Invito il lettore a confrontare questo con le molteplici e attuali esperienze di lavoro qui riportate.

Nelle nostre elaborazioni passate (v. Di Maria, Lo Verso, 1995, 2002) abbiamo mutuato dalla psicosociologia il concetto/metodo di "andar per gruppi", per indicare la necessità di prepararsi alle grandi differenze che ci sono fra i vari tipi di gruppo. Pur essendo comune la dimensione gruppale con le sue peculiarità, molto diverso è un gruppo analitico con finalità terapeutiche da uno con le vittime di guerra, di genere, di mafia, di tortura; oppure da un gruppo di breve durata in ospedale, a scuola, nella formazione, ecc. Le possibilità, come dicevamo, sono infinite, ma tutte richiedono un'approfondita formazione specifica e peculiare e una forte tensione etica.

Il gruppo è una dimensione relazionale che può sollecitare in maniera molto forte le tematiche personali del terapeuta o conduttore, il suo narcisismo, i suoi pregiudizi o valori; ma è anche uno strumento che può toccare, con forza, le problematiche e i bisogni manipolativi di ognu-

no. In sostanza, proprio la potenziale forza e duttilità dello strumento rende necessarie le cose di cui ho parlato: adeguata formazione, attenzione etica, consapevolezza dello specifico in cui si opera e anche delle questioni metodologiche che entrano in gioco. A questo proposito, in un precedente testo, al quale rinviamo (Giunta, Lo Verso, 2019) abbiamo affrontato metodologicamente il tema di “fare gruppi”.

I possibili gruppi sono molti. Nel testo citato facciamo cenno a gruppi con bambini, adolescenti, di sole donne, gruppi a termine, mediani o allargati, di supervisione, psicosociologici e organizzativi, gruppi finalizzati alla ricerca/intervento. In questo volume ne sono approfonditi molti altri. L'obiettivo di fondo è quello di aiutare il lettore a sistematizzare e condurre i gruppi che si propone di fare.

Desidero concludere quest'introduzione legata a un volume, così centrato sullo specifico del lavoro con i gruppi, segnalando che questa pratica professionale ha anche aiutato l'elaborazione complessiva in campo psicologico: per quanto ci riguarda, molti approfondimenti sono contenuti nel su citato volume parallelo, al quale rinviamo. Desidero ricordare, qui, anche l'elaborazione complessiva della gruppoanalisi soggettuale (Lo Verso, Di Blasi, 2011) con i concetti teorico/clinici di transpersonale e di integrazione e reciprocità mente/corpo/relazione, e la ricerca/intervento sull'antropopsicologia mafiosa (Lo Verso, 2021).

Anche per questo volume ringrazio sentitamente Roberto Carnevali e Cetty Ingrassia per il grosso e accurato lavoro che hanno fatto per, la non facile, correzione della bozza.

Il testo può essere letto seguendo l'ordine in cui i contributi vengono proposti, ma anche, per chi lo preferisce, guardando prima i capitoli e le esperienze che interessano.

Buona lettura!

Dalla con-fusione alla possibilità gruppoanalitica: gruppi in strutture psichiatriche residenziali

di *Bruno Chipi*

*L'essere dell'esser-ci è l'a-priori essere nel
mondo come umana presenza.*

M.H.

Riflettere a posteriori su un'esperienza l'arricchisce e la impoverisce allo stesso tempo.

La impoverisce perché la priva della pregnanza del presente, dell'esserci in quel momento e in quel luogo per condividere con altri un certo evento.

L'arricchisce perché, prendendone le distanze, permette di osservarla con più chiarezza, di "romanzarla" e di renderla anche raccontabile e trasmissibile.

Ogni tanto, mi piace ricordare con riconoscenza i volti, le posture, le voci dei miei insegnanti più preziosi, intransigenti ma sinceri e, a modo loro, anche affettuosi e riconoscenti.

Ne vorrei parlare, dopo tanto tempo, perché mi hanno permesso di imparare molto. Tra le tante cose anche come "fondare" e "condurre" un gruppo in un contesto istituzionale composto da persone con una grande sofferenza psichica, ma, soprattutto, come accettare le responsabilità di un fallimento, ridimensionare la presunzione di un sapere assoluto e riconoscere la propria ignoranza. Ma poi anche ripartire, spesso con la loro spinta, con più umiltà e sano entusiasmo, attraverso lo studio, il confronto e la riflessione per migliorare le mie competenze – e credo che sia un'esperienza, oggi, impossibile da ripetere: negli ultimi decenni molto è cambiato (anche in meglio). E vorrei parlarne con il desiderio di portare una testimonianza ai colleghi più giovani che si stanno formando alla psicoterapia di gruppo, affinché possano avvicinarsi alle persone con diagnosi gravose, con rispetto e con la certezza di vivere un'esperienza che offre una possibilità per riflettere intensamente su se stessi e sul senso della presenza dell'uomo nel mondo, qualunque sia il modo di manifestarsi.

Questi compagni speciali di viaggio sono stati gli Ospiti dell'ex O.P. di Perugia, diventati poi Ospiti di alcune delle CTR (Comunità Terapeutico-Riabilitative) del DSM della ASL2 dell'Umbria.

Eravamo nella seconda parte del 1998, e il Gruppo, di cui racconterò, si arricchì anche di nuovi membri. Vorrei, presuntuosamente, sintetizzare alcuni aspetti di questa lunga esperienza con un gruppo molto speciale in poche pagine. Mi soffermerò prevalentemente sulla fondazione, su alcune indicazioni per renderla “solida” e su alcune note per un’adeguata conduzione. Inserirò sullo sfondo alcune brevi riflessioni relative alle possibilità offerte da tali gruppi per la formazione di psicoterapeuti.

Ringrazio i numerosi preziosi tirocinanti che si sono resi disponibili e si avvicinati in quegli anni, per i tantissimi protocolli prodotti e le numerose riflessioni in essi contenute. Ma niente fu condiviso con la comunità scientifica, o quasi niente: le richieste istituzionali erano molto pressanti e il pensare era spesso legato al fare, si pensava mentre si agiva.

Tracce di un’esperienza clinica

In quegli anni, lavoravo in uno dei CSM (Centro di Salute Mentale) del DSM di Perugia. Alcuni di noi erano impegnati nel “Progetto di destrutturazione dell’ex O.P.”, io ero tra questi.

Non entrerò nello specifico, ma solo per contestualizzare dove è iniziata l’esperienza di cui vorrei parlare, mi preme sottolineare che intorno ai reparti dell’ex O.P., preparando le condizioni possibili per la definitiva chiusura, c’era molto fermento: ristrutturazioni architettoniche, inserimento di operatori del privato sociale, attivazione di cucine interne, attività ludico ricreative, riabilitative, attribuzione degli ospiti a specifiche aree in relazione alle loro prevalenti caratteristiche (psicopatologiche, organiche, assistenziali, ecc.).

Molto veniva fatto, poco testimoniato.

I pazienti, definiti “ospiti” dell’ex O.P., mi sembravano, comunque, **spettatori passivi di un processo che ancora imponeva più che proporre e condividere**, anche se con modi e finalità molto diverse dal passato.

Mi ritrovai, poi, per motivi organizzativi, ad occuparmi prevalentemente del reparto femminile.

Superati i primi momenti di affanno organizzativo, soffermandomi un po’ di più con le pazienti, mi resi conto che avevano un gran desiderio di dire, di interagire, ma nessuna consapevolezza di quanto stava accadendo. Aderivano alle varie attività proposte, ma passivamente. Forse, a volte protestavano, ma a modo loro e mai esprimendo direttamente un pensiero: per es., a volte inondavano il reparto di feci, lo riempivano di schiamazzi, non dormivano. Non entro nel merito di riflessioni relative al senso della cura e della riabilitazione, ma, in una delle riunioni dell’équipe, condivisi con

i miei colleghi l'idea di proporre alle ospiti un "gruppo", a loro riservato, interno al reparto.

Avuto il consenso della dirigente responsabile in quel periodo, mi adoperai per organizzarlo. Coinvolsi due psicologi tirocinanti del Servizio territoriale ed ottenni la disponibilità di due infermiere del reparto. Qualcuno dei colleghi era contrario e mi disse che stavo perdendo tempo, che erano persone molto regredite, mi chiedevano che cosa pensassi di ottenere, mi esortavano a "lasciarle in pace" e ad occuparmi di "cose più importanti".

Le ospiti "idonee" per partecipare al gruppo furono 12, di un'età compresa tra i 28 e i 55 anni, con una lunga storia di istituzionalizzazione, diagnosi di schizofrenia residuale; alcune con gravi deficit cognitivi, un diverso grado di autonomia personale e scarsa o nulla autonomia sociale. Ovviamente, le ospiti condividevano quotidianamente spazi e tempi. Molto ci sarebbe da dire sulle loro storie personali, ma altra è la finalità di questo breve scritto.

Le ospiti vivevano nel reparto come tante nomadi, si relazionavano reciprocamente solo per difendere il proprio spazio, per es., la propria seggiola o il solito posto per il pranzo, o i propri miseri averi, per una sigaretta (spesso oggetto di liti furibonde). Si trattava di persone private di ogni forma di dignità, senza un minimo di cura personale negli abiti, nell'igiene, senza più desideri se non, come disse una di loro, "fumare, mangiare, dormire, cacare e pisciare"; soggiogate al volere di un gruppo "forte" di infermiere.

«Perché alle 17 le fate andare a letto?» chiesi in una delle prime riunioni con il personale.

«Perché sono stanche, sono in piedi dalla mattina. E poi la notte devono dormire, alle tre sono sveglie, bisogna farle dormire la notte!».

«Fatele andare a letto più tardi!».

Ma più tardi c'erano "altre cose" da fare, e ci volle molto tempo e impegno perché la situazione subisse un cambiamento in tal senso.

Molto stavamo facendo per restituire decoro agli spazi abitativi; volevamo renderli "belli" e accoglienti. Ci impegnammo anche per favorire una cura costante del loro aspetto fisico. Un lavoro lungo, faticoso, i risultati erano effimeri, l'istituzionalizzazione sembrava essersi insinuata in ogni loro cellula, oltre che nella psicopatologia.

In quel periodo ero molto interessato a letture sulla complessità, sul caos, sui frattali, sulla fisica quantistica. Da tempo mi ero appassionato alla psicoterapia gruppo-analitica e ne seguivo tutti gli sviluppi, in Italia soprattutto quelli riferiti alla Scuola di Palermo e al gruppo romano a cui facevo riferimento diretto. Quindi, pensai, tenendo conto delle teorie sul caos, sui frattali, sui sistemi complessi, sulla teoria del campo, delle osser-

vazioni di E. Lorenz del 1970, sul Butterfly effect, ecc., che se era vero che in un “campo” un “evento”, anche di minime proporzioni, era in grado di avere risonanze sul “tutto”, perché non immaginare che questo potesse accadere anche all’interno del “Reparto”?

Ovviamente pensavo al Gruppo, un “battito d’ali”, e condivisi queste riflessioni con i tirocinanti e le due infermiere disponibili. Preso dall’entusiasmo, solo successivamente mi resi conto di aver trascurato e sottovalutato molte variabili.

Definimmo alcuni obiettivi:

- restituire dignità a chi era stato derubato della propria vitalità, prima, dalla grave sofferenza psichica, e, poi, anche della stessa umanità, dalla vita istituzionale;
- restituire ad ognuno, per quanto possibile, il **diritto di pensiero e di parola**; migliorare la consapevolezza di **appartenenza e del senso di sé**.

Per raggiungere ciò, attraverso il gruppo e prima di tutto *nel* gruppo, riflettemmo su quello che avrebbe dovuto essere l’atteggiamento dei conduttori per favorire un clima adatto a:

- valorizzare l’individuo (la sua **matrice personale**);
- recuperare la sua **matrice di base**;
- far emergere la “gruppalità” (**matrice dinamica**).

Partimmo da queste ipotesi:

- **l’istituzione, con il tempo, si sostituisce alla matrice di base** originaria di ogni ospite/paziente, espropriandolo dei suoi codici di riferimento, dei suoi valori, ecc., per sostituirli con altri (**matrice istituzionale**);
- tale processo può essere, almeno in parte, reversibile;
- per favorire tale re-versione sarebbe stato importante, soprattutto durante il primo periodo del gruppo, aiutare le/gli ospiti/pazienti a raccontarsi attraverso la propria storia e le proprie esperienze; ché tutti avrebbero avuto molto da raccontare;
- in questo modo, e con il procedere dell’esperienza, ognuno sarebbe ri-emerso sempre più come “persona” e le loro modalità istituzionali sarebbero state relegate sullo sfondo;
- se inizialmente gli ospiti/pazienti fossero cresciuti come individui all’interno del gruppo, con il tempo, questo diverso modo di essere, si sarebbe manifestato anche in tutti gli altri momenti e ambiti della loro vita, istituzionale e non istituzionale e, ovviamente, prima di tutto, all’interno del reparto.

Con i tirocinanti, sintetizzammo alcuni degli obiettivi del Gruppo e li presentammo in una delle riunioni settimanali con il personale, insieme ad alcune delle indicazioni principali del set(ting).

Riporto quello che generò le maggiori preoccupazioni nel gruppo delle infermiere e attivò comportamenti che contribuirono alla rapida conclusione dell'esperienza (in carattere Arial il testo originale):

... il Gruppo ha lo scopo di favorire un dialogo tra e con le ospiti e recuperare il senso delle individualità, delle differenze e della socialità.

Durante il Gruppo ogni azione interna al reparto dovrà essere sospesa per favorire la partecipazione delle ospiti.

Le ospiti possono liberamente entrare ed uscire dalla stanza dove si svolge il Gruppo, stare in piedi o sedute, possono fumare (*in quel periodo era ancora permesso*), ma l'importante è che non si fumi più di una alla volta. Chi lo desidera potrà raccontare la propria storia, le proprie esperienze prima e durante il ricovero in O.P., quanto accaduto nella settimana tra una riunione e l'altra e qualsiasi altra cosa che vorrà condividere nel Gruppo.

Ci accorgemmo subito che alcuni degli obiettivi e delle indicazioni date alle ospiti generarono, in quasi tutte le infermiere, molte preoccupazioni. I tirocinanti me lo fecero notare, ma io, con superficialità, dissi loro di lasciar perdere, *tanto è così per qualsiasi nuova iniziativa*, e decisi di andare avanti.

Organizzammo una riunione con le ospiti, invitandole al Gruppo e spiegando, brevemente, il motivo di questi incontri e dando loro semplici indicazioni sulle modalità di partecipazione. Mostrarono curiosità, a modo loro entusiasmo, e tutte aderirono alla nostra proposta.

Nonostante alcune nostre residue perplessità, decidemmo la data del primo incontro (eravamo incerti se definirlo "seduta") ed iniziammo.

Gli incontri erano caotici, ma nel caos, spesso, emergevano impensabili perle comunicative. Riporto come esempio il report del primo incontro. Dopo averne ottenuta l'autorizzazione, ci avvallemmo di una video-camera, accolta con curiosità dalle ospiti: «Si fa il cinema?!».

Primo incontro 14/11/1989

Report di una psicologa tirocinante (in carattere Arial il testo originale)

Presenti: Laura, Rossella, Ornella, Annamaria, Giois

Assenti: Giovanna (dice di non voler venire senza dare spiegazioni), Marcella (prima viene poi si allontana), Eliana (va in bagno e scompare), Adelma (è andata a casa della sorella), Teresa (è ricoverata in Ospedale Generale), Antonietta (è dalla parrucchiera), Elsa (sta "allattando" le sue due bambole, per lei, figli), un'infermiera, un'operatrice di comunità, una psicologa tirocinante.

Prima di iniziare, Rosella colpisce più volte con la borsetta il dottore. Sembra essere, così dice chi la conosce bene, un suo modo abituale di salutare. Inizialmente proviamo a collocarci in soggiorno, però la stanza è troppo grande e i suoni rimbombano, non si capisce quello che si dice. Si decide di individuare una nuova stanza.

Ognuno porta una seggiola. Ornella sceglie la “sua morbida” seggiola.

Vista la stanza e le altre ospiti sedute, entra anche Marcella. Rimane in piedi, guarda tutti, poi, quasi tra sé dice: «Io ho paura, me ne vado!» ed esce velocemente.

«Sapete perché siamo qua?» chiede il Dr.

«No.»

«Neppure noi.» (Scherzando, ma non troppo). Qualcuno ridacchia. «Ma lo scopriremo insieme.»

Qualche risatina e poi silenzio. Aggiunge il Dr.: «Come se insieme potessimo iniziare un viaggio.» (la solita coglionata, ma loro la prendono sul serio).

C'è chi vuole andare a Londra, chi a Roma, chi ride, ecc.

Rosella parla rapidamente in modo quasi incomprensibile, chiede di poter raccontare una favola, ma nessuno sembra ascoltarla. C'è molta confusione. Annamaria inizia un discorso sugli aborigeni, sui primitivi, sulle ingiustizie e i soprusi della guerra. Alcune chiedono una sigaretta, viene data dall'infermiera.

Il Dr. chiede i nomi, era da poco tempo che frequentava il reparto. Quasi per incanto iniziano a presentarsi con ordine. Raccontano una per volta da dove provengono con lucidità e disponibilità. Ornella e Annamaria parlano dei figli e nello stesso momento Rosella, anche lei madre, scopre i seni e in silenzio tinge le areole con il rossetto. Giois dice all'infermiera, sottovoce in un orecchio, che è molto contenta di parlare, di stare lì. Rosella esce rientrando dopo poco con un atteggiamento quasi sognante. Ci si continua a presentare ma, rientrata, Rosella si scatena in una danza frenetica; si unisce anche Ornella. Cantano qualcosa di ritmato, ma le parole sono incomprensibili.

Poi ci si ricompone e ci si saluta, dandoci appuntamento per un nuovo incontro di gruppo, tra una settimana.

Fummo da subito affascinati da quanto accadeva in “seduta” (se così si poteva definire). Assorbiti dai contenuti, ma completamente disattenti a quanto accadeva oltre il gruppo. Non facemmo in tempo a dare senso a quello di cui noi stessi eravamo stati protagonisti: il Gruppo fu forzatamente chiuso dopo soli tre mesi circa dal suo avvio per “mancanza di partecipanti”.

Fu palesemente boicottato dalle infermiere “non collaborative” che adducendo presunti “motivi organizzativi”, con grande maestria, fecero in modo che durante il tempo dedicato al gruppo le ospiti fossero impegnate

in altre attività. Scoprimmo solo successivamente che le “diserzioni”, oltre a tutto il resto, avvenivano anche per minacce e ricatti: in gruppo iniziavano ad emergere troppi sconvenienti “particolari” della vita in reparto.

Il Gruppo si rilevò da subito un buon acceleratore di processo, nel caso specifico soprattutto un attivatore/evidenziatore di forti, e comunque già presenti, “resistenze istituzionali” (al cambiamento).

Il Gruppo fu boicottato anche dalla mia superficialità. Ero troppo ofuscato dall'entusiasmo e dal desiderio, legittimo, di vedere rapidi, significativi, cambiamenti. Questo, nonostante i presupposti teorici di partenza fossero accettabili, così come gli obiettivi, mi fece essere frettoloso nella costruzione di un set(ing) poco pensato, dai confini poco definiti, fragili, non sufficientemente condiviso con tutto il personale, quindi precipitoso nel dar vita ad un gruppo costruito su fondamenta superficiali, poco solide.

Avevo sottovalutato il potere degli operatori che, dentro e fuori dal reparto, si opponevano a tutto il progetto di destrutturazione. Più in generale, avevo sottovalutato la forza del “sistema manicomio”, e del “gruppo istituzione” nella sua totalità e complessità.

Trascorsero oltre tre anni prima che si potessero ricreare le condizioni per avviare una nuova esperienza di gruppo. Questo tempo mi servì per riflettere, studiare e confrontare l'esperienza “fallimentare” vissuta all'interno del reparto, con quella dei gruppi che ormai da tempo conducevo all'interno del CSM, e che sembravano funzionare adeguatamente.

In quel periodo, anni '90, nei Servizi perugini, ero l'unico ad avere un minimo di competenza “grupppale” e, nello specifico, i miei interlocutori erano due o tre infermieri/operatori psichiatrici e i pochissimi psicologi tirocinanti incuriositi, comunque tutti senza alcuna formazione nella psicoterapia di gruppo.

Intanto, il progetto di destrutturazione dell'ex O.P. andava avanti. Si iniziavano a notare molti cambiamenti: spazi di vita adeguati, maggiore cura della persona, più igiene, cibo di maggiore qualità, lievi miglioramenti relazionali, un maggior rispetto nei confronti delle ospiti, ecc. Quello, però, che mi colpiva era la loro adesione passiva, erano troppo spesso più spettatrici che protagoniste. Notai, inoltre, che nonostante il tempo passasse, continuavano a chiedere se e quando avremmo ripreso “le riunioni”. Una di loro una volta mi disse: «Certo le riunioni con la dottoressa sono più interessanti di quelle che lei dottore faceva con noi!». Si riferiva agli incontri con tutto il personale e la Dirigente Responsabile. Fui particolarmente colpito dal tono con cui questa frase fu pronunciata.

Osservai che spesso, durante le riunioni del personale, le ospiti, ora una, ora l'altra, con disappunto delle infermiere, aprivano la porta della stanza, si affacciavano, dicevano qualcosa, anche senza un apparente si-

gnificato, ed uscivano. Mi piacque pensare che le loro “intrusioni”, perché così venivano vissute, non fossero espressione di curiosità e di “maleducazione”, ma esprimessero un senso di esclusione e quindi una richiesta di partecipazione e condivisione. **Spesso sono i pazienti, soprattutto i più sofferenti, a darci indicazioni preziose sulla strada da seguire.**

Riproposi alla responsabile la possibilità di ri-lanciare gli incontri in gruppo con le ospiti. Si dimostrò entusiasta. Le due infermiere collaborative si resero nuovamente disponibili, così come gli operatori del privato sociale e uno psicologo tirocinante.

Riflettemmo a lungo insieme per capire che cosa avremmo dovuto fare per non ripetere gli “errori” della precedente esperienza.

Tutti concordarono che, nell’esperienza precedente, era stata trascurata quell’attenzione particolare che è indispensabile dare alla formazione/costruzione di qualsiasi progetto, compreso il Gruppo, tanto più in un contesto istituzionale come quello in cui ci trovavamo, essendo anche in atto un articolato progetto di importante trasformazione. Eravamo stati troppo superficiali nella strutturazione, presentazione e condivisione del set(ting) a tutto il personale e alle stesse ospiti.

Anche noi **avevamo più imposto che proposto**. Banale e semplice visto con gli occhi del poi.

Il “fallimento” al momento fu un po’ amaro e ci volle del tempo per diventarne consapevoli.

Le premesse teoriche che mi avevano spinto ad avviare la precedente esperienza mi sembrarono ancora valide. Con chi si era reso disponibile, ci riunimmo più volte per rivalutare sia le motivazioni che gli obiettivi, per poi proporli e discuterli, dedicandoci un tempo adeguato, con tutto il personale.

Riconoscemmo ancora validi gli obiettivi definiti per il precedente gruppo e li integrammo con i seguenti:

- dedicare uno spazio e un tempo specifico per vivere esperienze relazionali con altre modalità comunicative alternative al “gergo” tipico di quegli spazi, ma purtroppo anche di altri (furono interdette per es., *zitta!*, *seduta!*, *togliti da lì!*, ecc.) e un diverso modo di interagire (semplicemente più rispettoso);
- rendere le ospiti più partecipi alle varie iniziative attraverso momenti ritualizzati di incontro e discussione, partendo dal gruppo;
- avere la possibilità di osservare le interazioni tra tutti i partecipanti al Gruppo (ospiti, operatori di comunità, infermiere professionali, psicologi, psichiatra) in un contesto dove l’agire istituzionale venisse messo tra parentesi per dare più spazio al pensiero e alla parola.

Personalmente ero, inoltre, incuriosito dall’idea di poter sperimentare, nella conduzione di un gruppo in un ambito istituzionale (forte), modalità gruppoanalitiche, opportunamente adattate.

Lavorammo molto su noi stessi, cioè sulla équipe che si sarebbe occupata in modo diretto del “gruppo delle ospiti”, soprattutto riflettammo a lungo sulle aspettative.

Partimmo dal conosciutissimo invito ad **entrare in seduta senza desiderio e senza memoria**. Molti rimasero perplessi, ma poi concordammo che si trattava di una sollecitazione per evitare di essere (troppo) condizionati dai nostri saperi e dalle nostre aspettative. Invitai tutta l'équipe ad una partecipazione attiva, un esercizio ad osservare (se stessi, le ospiti, il gruppo nel suo insieme, l'ambiente circostante) per cogliere quello che sarebbe accaduto durante gli incontri. Ci confrontammo anche sulla rappresentazione interna che avevamo dell'istituzione e, sintetizzando, sottolineammo che se è vero che dall'istituzione, sempre presente e invasiva, è opportuno difendersi, è anche vero che l'istituzione è una garanzia forte per questo tipo di esperienza psicoterapeutica, offre uno spazio contenitivo e, a volte, rassicurante.

Potrei dire di aver fatto con l'équipe, per quanto possibile, una breve, ma intensa formazione.

Trovandoci all'interno di un'istituzione, decisi di inserire nel progetto anche un elenco degli strumenti, pochi ed economici e, ovviamente, già in dotazione, di cui avremmo avuto bisogno (seggiole, una penna, un quaderno. Usammo per un anno anche il registratore e la videocamera degli operatori del privato sociale). Ben altro rispetto ai laser di ultima generazione!

Questa volta proposi a tutta l'équipe di dettagliare con chiarezza le **indicazioni** per la partecipazione al Gruppo, sia per le ospiti che per il personale.

Alle ospiti ne furono date poche e semplici: la partecipazione è volontaria, le seggiole sono a cerchio, ma se volete potete sedervi dove vi sentite più a vostro agio, potete parlare di ciò che desiderate, potete fumare, ma, possibilmente, non più di una alla volta.

Al personale furono date indicazioni molto dettagliate e precise, rivolte sia a chi avrebbe partecipato direttamente al Gruppo, sia a chi, anche se presente in reparto, sarebbe rimasto fuori dalla stanza degli incontri.

Riporto, come esempio, anche se in certi passaggi sarebbe necessaria qualche chiarificazione, quello che fu presentato e a lungo discusso nelle riunioni settimanali con il personale, oltre che in altre occasioni (in carattere Arial il testo originale):

Indicazioni per un'adeguata partecipazione al gruppo

La partecipazione al Gruppo è volontaria e riservata a tutte le ospiti della “zona A” (il reparto era stato diviso in tre zone, due delle quali riservate a persone con gravi deficit cognitivi e gravi cerebropatie, senza alcuna autonomia).

Almeno 15/20 minuti prima della “seduta” le ospiti vengono coinvolte dagli operatori di comunità e dalle infermiere della “zona A” (giornaliera e turnista) nella preparazione della stanza e invitate a partecipare. Sono libere di entrare ed uscire dalla stanza dove si svolge il Gruppo, di sedersi o di stare in piedi, sia dentro la stanza che sulla porta.

Durante la “seduta” non si dovrebbe fumare. Vista l'impossibilità per alcune delle ospiti di attenersi a ciò, è stato concesso di fumare, ma una alla volta (*quando la legge venne modificata, chi fumava usciva dalla stanza*). Le ospiti sono libere di dire qualsiasi cosa, in qualsiasi momento e in qualsiasi modo. A tutte le ospiti, anche a quelle che non hanno partecipato, alla fine della “seduta” è offerto un “caffè con musica”.

Furono sempre tutte presenti!

La partecipazione è aperta a tutto il personale, ma deve essere garantita continuità e discrezione, dall'inizio alla fine dell'incontro. Prima della seduta, il personale che parteciperà al gruppo si riunirà per riflettere sul report relativo al precedente incontro, compilato dallo psicologo tirocinante.

Il personale che partecipa entra insieme nella stanza del gruppo (ossia non alla spicciolata) e vi rimane sino alla fine. Nello specifico: non si deve entrare ed uscire dalla stanza durante il gruppo per motivi di servizio: campanelli che suonano, telefoni che squillano, ecc. La continuità dovrebbe essere garantita, il più possibile, anche nel tempo. Ottimale sarebbe che partecipasse alle sedute sempre lo stesso personale.

Per tali motivi, quando nella “zona A” (*p.ti con bisogni prevalentemente psichiatrici*) sono presenti sia l'infermiera “giornaliera” che la “turnista”, è la giornaliera (per il criterio della continuità), che parteciperà al gruppo. La turnista si occuperà di quanto accade nella “zona A” durante la seduta (per es., cercherà di capire come mai certe ospiti non partecipano, incoraggerà chi si allontana dalla stanza a rientrare, risponderà alle telefonate, ecc.).

Il personale che partecipa alla seduta, per quanto sopra, non deve essere disturbato se non per motivi realmente urgenti.

Il personale della “zona B” (*p.ti con bisogni prevalentemente assistenziali*) può partecipare, ma solo se è in grado di garantire una presenza continua.

La porta interna della “zona A” rimane aperta; la porta interna della “zona B”, comunicante con la “zona A”, deve rimanere chiusa.

Durante la riunione non deve essere utilizzato l'ingresso principale, ma quello secondario, per evitare eccessive interferenze con il Gruppo (la stanza dove si svolgono le sedute si apre, appunto, nel suddetto ingresso). Al personale è richiesto di abbandonare ogni forma di linguaggio istituzionale verbale e non verbale (per es., stare in piedi appoggiate al muro, alla porta, in un angolo della stanza, ecc.). È richiesto, inoltre, di intervenire il meno possibile, con un tono basso della voce e, eventualmente, con modalità interlocutorie, per

sottolineare quanto detto o magari per avere altre notizie su quanto esposto o raccontato. Ognuno deve essere attento a quanto accade, o viene detto, non solo dalle ospiti, ma anche dai colleghi, per poterne poi discutere nella riunione del post-gruppo, immediatamente successiva alla seduta. La cuoca prepara per tutti il caffè, che viene servito alla fine dell'incontro (con sottofondo musicale!) dal personale presente. Il personale che ha partecipato si riunisce dopo l'incontro per un breve confronto.

Dopo un lungo e paziente lavoro di presentazione, condivisione e discussione delle premesse teoriche, obiettivi, aspettative, set(ting), finalmente iniziammo.

Questa volta si crearono le premesse per un gruppo che ebbe molti anni di vita.

Riporto alcuni frammenti di seduta, momenti a tratti quasi "poetici", ritagliati dal vivace caos interattivo che spesso caratterizzò il primo periodo del Gruppo.

La sintesi di un anno (in carattere Arial il report originale compilato da uno psicologo tirocinante):

Adelma: «Ma la riunione, a che fine fa questo radunamento di due, tre, quattro, sette?»

Dr.: «Questo me lo chiedo anch'io!»

Adelma, che sembra aver ben capito "il fine" si risponde: «Per sapè un po' come la pensiamo col cervello!? Non si va d'accordo!»

Dr.: «Adelma ha sollevato un bel problema!»

Elia: «C'armagnamo!»

Si parla di come era un tempo il reparto.

Elia: «Era meglio perché c'era più semplicità.» (si riferisce a quando c'erano i "cameroni"). Rossella le dà ragione.

Dr.: «Perché era meglio? Fatecelo capire!»

Elia: «Perché c'erano tutte quelle persone...»

Adelma: «... Che dormivano, pisciavano, cacavano a tutto spiano!»

Riflessioni di un osservatore: Lo speleologo si addentra negli antri e nelle cavità; cosa vive? Sicuramente l'emozione e l'interesse per quanto vede, di bello e di terribile, di ignoto ed oscuro. La luce che ha con sé è fioca, ma più si addentra, più elementi può raccogliere, e si accorge che nelle grotte gli scenari cambiano se si cambia punto d'osservazione e il punto da cui parte il fascio di luce, facendo emergere nel gioco di figurasfondo or l'uno, or l'altro gruppo di concrezioni ed elementi naturali. Questa immagine me l'ha sugge-

rita Rossella, una delle ospiti, che mi chiese: «Ma tu fai lo speleologo?» Che volesse dire psicologo?!

Durante questo viaggio di un anno, ho visto sotto i miei occhi coagularsi delle icone, spunti forniti dal mondo interiore delle pazienti, una sorta di filo d'Arianna delle ipotesi nel dedalo dei fenomeni, dei vissuti [...].

Ed oggi, la domanda di Adelma, che ci accompagna dall'inizio dell'esperienza, si ripropone ancora più intensamente, e forse non a caso, ora che ci accingiamo a compiere un bilancio e a fare delle riflessioni. L'interrogativo sullo scopo della riunione è condiviso, ma nel reparto si deve segnalare l'atteggiamento ancora poco collaborativo di chi non si pone domande, ma ha già delle risposte: "le ospiti partecipano solo per bere un caffè in più".

Ma serve anche per parlare di strufoli (dolcetti fritti del periodo di Carnevale). Una delle ospiti, un giorno, li ha tirati in ballo. Subito si è passati all'elenco degli ingredienti.

Annaida: «Uova, farina, zucchero.»

Ma Giovanna sbotta, col suo fare severo e convinto: «Per fare gli strufoli, non ci vuole la farina, ci vuole il succo di marmotta!»

La cosa sorprende noi, ma anche le ospiti. Adelma ride di gusto: la compagna l'ha detta grossa. Ma dopo un po' anche lei racconta uno strano episodio in cui avrebbe visto in un piccolo paese poco lontano, in pianura, una marmotta.

Il Dr. obietta: «Solo in montagna, sopra i duemila metri, ci sono le marmotte!»

Adelma insiste, ognuna difende appassionatamente la propria verità. Eliana si irrita, esce, si ferma nel corridoio vicino alla porta, faccia al muro. Il Dr. chiede di lei. Rossella la chiama, poi si alza e la va a prendere.

Rossella: «Eliana vieni qua, ti vuole il dottore.» Rivolta al dottore: «Se ne vergogna!»

Dr.: «Bisogna aiutarla, se si vergogna.»

Rossella: «Vabbè, ma se mi risponde male?» Torna indietro, le si avvicina.

Eliana si lascia convincere, entra e si siede al posto di Rossella, che non protesta affatto, anzi le cede educatamente il posto. Sedutasi accanto all'osservatore, cerca, a suo dire, simulando un "accoppiamento", di ingravidarlo. Dopo qualche secondo, soddisfatta, balla e canta "Besame mucho". La discussione assume un tono rilassato, caotico e comico. Adelma racconta di un gatto che un giorno le ha fatto l'occhiolino, viene evocato anche un coniglio bianco.

L'attenzione è catturata da un quadro alla parete che riproduce l'immagine di un cane o, forse, di un lupo. Guardandolo, Marcella chiede, quasi urlando, se si è parlato di San Francesco.

Dr.: «Eliana, lei è di Gubbio!»

Eliana, che è, appunto, originaria di Gubbio, si presta a raccontare l'episodio di San Francesco e il lupo. *E comincia dolcemente, con tono cullante.* «Tutti avevano paura del lupo, nessuno usciva, stavano in casa, quello magnava, magnava i cristiani! Allora San Francesco, piano piano, da Assisi, viene su piano piano» abbassando sempre più la voce; si fa silenzio. «Poi si avvicina, pianino, e gli fa: oh mio fratello lupo perché mi guardi...?»

Adelma, continuando con dire solenne: «... Mi guardi con quegli aguzzi denti!»

Marcella: «Zitta, Adelma!»

L'incantesimo è rotto, tutti ridono di gusto. Dr.: «Adelma! Si guarda con gli occhi, non coi denti aguzzi!» mentre lo dico mi domando se è proprio vero. Forse, per Adelma gli occhi penetrano come i denti e in qualche angolo della sua mente, o in qualche particolare momento, non c'è poi così tanta differenza.

Eliana, proseguendo imperterrita: «... Gli prese la zampina ed è diventato dolce canino buono buono.»

Dr.: «Ed i cittadini di Gubbio non ebbero più paura!»

Paura! Incominciano ad emergere le paure. Qualcuno evoca i cani, conigli che fanno paura. Rossella chiede allo psicologo osservatore se è speleologo, lo invita pure a non andare nelle grotte, è pericoloso. Un forte peto di Giois stupisce e apre a un clima di scherzosa ilarità. Questo permette di affrontare un problema delicato sull'uso improprio del bidet. Così Giovanna, che ha sempre negato, anche l'evidenza, può confessare il suo peccato: trova più basso e comodo il bidet, per ogni esigenza e bisogno fisiologico. Si apre un dibattito molto acceso. Intanto Teresa continua a fumare beatamente, tossisce a lungo. Rossella si incanta a guardarla e si chiede se sia lei Teresa di Calcutta.

Qualcuno dice: «Calcutta è una città dell'Oriente!»

«In Oriente ci sono i Tuareg!» urla Rossella liberandosi in mille fantasie.

Dr.: «I Tuareg sono una popolazione nomade, invece al reparto c'è una popolazione fissa!»

Rossella: «Io?» stizzita perché ha capito "fessa".

Dr.: «Non fessa, fissa!»

Si ride tutti. Tra le risate, Giovanna nomina Marcella, e lei appare. Sta in piedi come sempre, sulla porta. Allora il Dr. propone a tutti di alzarsi, stare in piedi come Marcella.

Rossella: «È un'indiana Sioux!»

L'immagine piace, Marcella ha realmente tratti e capelli da indiana. A Carnevale, l'anno prossimo, potrebbe vestirsi in questo modo. Ma Adelma invita a non fare programmi: «La morte è più vicina della camicia!»

I Sioux, i cavalli, la morte... Giovanna dice d'aver paura dei cavalli.

«Il cavallo è pieno d'energia!» sottolinea il dottore.

Adelma riporta l'attenzione sulle paure notturne: «Che paure quando ho sognato! Certe paure brutte!»

Dr.: «Ci racconti...»

Adelma: «Bestiacce come maiali!»

Eliana, da giovane, ha “badato” ai maiali. Allora si parla di cani pastore. Annaida, coprendosi un occhio con la mano, si lamenta: «Ma ‘sti cani perché non li mandate via?»

Adelma parla, poi, di una paura davvero singolare: «Una volta ho visto una lumaca arrampicarsi su un muro, fischiava, che paura!» Annaida ribadisce ancora la sua paura e promette di non farla più addosso se si mandano via i cani, ché per lei sono realmente lì.

Dr.: «Sapete le cose che fanno più paura quali sono? Quelle che sono dentro di sé, dentro la testa, quelle fanno paura: certi pensieri, certe idee, sogni, preoccupazioni!»

Teresa: «Gli incubi sono i peggiori!»

Si crea un po’ di confusione, ma Giovanna, che canticchiava “tanti auguri”, ricordando il brindisi in occasione del compleanno di Rossella, riesce a mettersi in evidenza affermando ad alta voce: «Io non mi chiamo Giovanna, io mi chiamo Soresina e sono la figlia di Giovanna!»

Dr.: «Scusi Giovanna, mi spiega?»

Ma, ancora più irritata, Giovanna lo interrompe ribadendo: «Non sono Giovanna, sono la figlia di Giovanna e sto per sviluppare.»

Dr.: «Allora Giovanna può essere sia la madre che la figlia!»

Giovanna, urlando: «Soresina! Sono Soresina!»

Il Dr., tra la confusione, indicando Giovanna, chiede: «Giois, come si chiama?»

Giois, titubante, su suggerimento di Giovanna: «Soresina!»

C’è un attimo di smarrimento generale.

Adelma: «Misericordia, come siamo ridotte!»

Dr.: «Come siete ridotte?»

Adelma: «Come le bestie! Non c’è carità, non c’è comprensione, non c’è umanità! Bestiole che fumano e mangiano e cacano. Ecco come siamo ridotte!»

Annaida cambia posto, c’è molta confusione, si fa largo a gomitate. Qualcuno le urla: «Non sgomitare!», si difende: «Non ho vomitato!»

Rossella, nel caos: «Rigurgitato! Rigurgitato! Vero dottore?»

Dr.: «“Rigurgitato” è un’altra cosa. Si rigurgita mentre si mangia, per esempio, come succede qualche volta ai bambini piccoli, quando prendono il latte.»

Rossella: «Lo do il latte! Ve’ che roba!» mostrando le enormi mammelle. Rossella ha realmente allattato, è madre di due figlie.

Dr.: «Anche Elsa dà il latte, vero Elsa? Come si chiamano?»

Elsa: «Martino, Sabrina.» Sono due bambole, “figli” che dormono con lei e dai quali non può separarsi. Elsa li ha “partoriti” alcuni mesi fa.

«Come hai fatto?» qualcuno le chiede.

Si apre un vivace, timido, ma competente dibattito.

Dr.: «Per fare un figlio bisogna fare altre cose, prima! Oppure un figlio si crea anche dall’idea?»

Elsa: «Non vuol dire, non vuol dire! Si crea pure!»

Dr.: «Basta pensarlo!»

Elsa, illuminata da un bel sorriso: «Eh, sì!»

Riflessioni dell’osservatore: Vedere Elsa così felice e sentirla dire queste cose è molto toccante. Sembra rendersi conto dell’irrealità di ciò che afferma, ma certo non vuol rinunciarci, lei che, come spesso dice, avrebbe desiderato avere una famiglia numerosa. Anche Rossella parla sempre delle sue figlie, ma parla di “figli morti”. Teresa la corregge: «No morti, che non vedi mai.» in effetti, le figlie di Rossella non vengono mai a farle visita.

Giovanna è sempre Soresina, lo ribadisce con fermezza.

Giois parla di nuovo, non si riesce a capire tutto, forse “va solo ascoltata”.

Rossella è irratissima, minaccia di colpire il conduttore che si fa scudo con la mano aperta a parare il colpo. Dopo un po’ il Dr. chiede a Rossella se può abbassare la mano per il “cessato pericolo”, suscitando il riso di Eliana, che è seduta tutta raggomitolata su se stessa.

Rossella continua a farfugliare cose incomprensibili, si capisce solo l’irritazione e qualche ritaglio di frase: «Il popolino è incazzato nero, il popolino!»

Delle urla arrivano dal corridoio, e intanto Eliana prova a dare, su invito del Dr.; una spiegazione dell’irritazione di Rossella: «È la paura.»

Dr.: «Paura di che?»

Eliana: «Non lo so. Forse l’ambiente che chiude.» Si riferisce a delle voci sulla chiusura del reparto (che nella realtà si concretizzerà dopo due anni, circa).

Alle parole di Elsa, Rossella si irrita ancora di più, ora borbotta, ora urla. Eliana parla con un tono di voce molto triste, guarda per terra e dice: «Non so dove and’.»

Adelma ha gli occhi persi, parla da sola ad alta voce, forse insegue i suoi pensieri. Poi tutte sono invitate a pronunciarsi sulle voci riguardanti la chiusura del reparto.

Dr.: «Non è che parleremo anche di queste riunioni che finiranno, ora che arriva l’estate?»

Eliana: «No, no, no!»

Dr.: «Ma dovremo continuare o interrompere, durante l’estate?»

In coro: «No, no, continuiamo!»

Si parla di vacanze e Adelma si legge da sola la mano, come se volesse scorgervi qualche cenno sul futuro. Il clima si fa più leggero, Rossella vorrebbe baciare il Dr.

«Non è possibile» qualcuno dice.

Rossella, delusa, sembra implorare: «Ma almeno una leccata non è possibile?» lei è seria ma tutti ridono.

«Si riprenderà a settembre» comunica il Dr., ma Giovanna ribatte: «È già settembre!»

Dal secondo anno in poi il pensiero si fece gradualmente sempre più ricco, anche di consapevolezza. Ai problemi della quotidianità si alternarono, inaspettatamente, tematiche relative all'esistere: la vita, la morte, la solitudine, la paura, il dolore, ecc.

Dopo la chiusura dei reparti dell'ex O.P., molte delle ospiti protagoniste di questo Gruppo "molto speciale" furono trasferite in una CTR del DSM, insieme a ospiti del reparto maschile.

Il Gruppo divenne "misto", i "maschi" furono ben accolti e si inserirono rapidamente e senza difficoltà nelle dinamiche e nella cultura del gruppo.

Con il tempo, dopo altri assestamenti (inserimenti in attività lavorative esterne alla CTR, trasferimenti in CTR più idonee, ecc.), proposi di spostare la sede delle sedute dalla CTR nell'apposita stanza del CSM.

Per alcuni pazienti si trattava di superare una certa "pigrizia", ma pigrizia non era, e presto tutti accettarono. Il Gruppo si trasformò in una realtà "eterogenea semi-aperta", come altri gruppi interni al CSM.

Questo trasferimento ci sembrò una svolta significativa, un altro passo verso il riconoscimento di un diritto, purtroppo non sempre scontato: il diritto di cittadinanza.

In conclusione

Questo Gruppo è stato prima di tutto un'esperienza umana molto intensa e sono certo che i "frammenti clinici" riportati ne siano una testimonianza. Allo stesso tempo, è stato anche occasione per una esperienza professionale significativa, offrendo indicazioni importanti sia per la fondazione che per la conduzione di gruppi con persone affette da psicosi e lunga istituzionalizzazione.

Questa esperienza si concluse per me nel 2015, anno del mio pensionamento.

Ho continuato, poi, a interessarmi di gruppi all'interno di una Fondazione Onlus del privato sociale, che si occupa di cura e riabilitazione di persone con grave patologia mentale.