

**Titolo del gruppo di lavoro: La psicoterapia individuale, di famiglia e di gruppo nella cura della psicosi all'interno della psicoriabilitazione.**

Titolo della relatrice. *Psicoterapia di gruppo*

Ester Stocco. ASL RM3, Roma

Dopo una veloce rassegna della nascita della psicoterapia individuale e di gruppo, si descrive il rapporto della psicoterapia di gruppo con la nascita delle comunità terapeutiche in Europa e specificamente in Italia. Si focalizza il doppio indirizzo delle comunità terapeutiche italiane: a. socioterapiche; b. psicoterapiche psicodinamiche. Si evidenzia come poi si sia sfociati nella psicoriabilitazione in cui la cura dominante resta quella farmacologica con un "sostegno pedagogico" in cui ogni forma di psicoterapia degli psicotici viene messa al bando. Si conclude descrivendo l'esperienza di una comunità in cui la psicoterapia di gruppo è diventata punto cruciale della riabilitazione.



Il termine *Psicoterapia* nasce alla fine del XIX se. non in ambito psichiatrico ma nella medicina ipnotico-suggestiva del corpo, quando Hippolyte Bernheim (184-1919) fondatore della scuola di Nancy, con i suoi studi e l'uso dell'ipnotismo e della suggestione nella clinica delle isterie mostra l'importanza del rapporto medico-paziente e come questo sia l'imprescindibile strumento di una nuova terapia che agisce sulla psiche, il medico influenza cioè lo stato funzionale psicofisico del malato senza fare uso né di sostanze né di strumenti fisici.

Le potenzialità terapeutiche del gruppo invece sono state intuite più volte nella storia della psichiatria dinamica in modi e luoghi spesso estrosi, pittoreschi, spesso vicini alla ciarlataneria, ma anche talvolta seri nelle modalità e nei presupposti teorici come il magnetismo<sup>1</sup>.

E' solo all'inizio del Novecento tuttavia che sociologia e psicologia si muovono verso l'analisi scientifica dei comportamenti umani e tutti gli studi sull'individuo si integrano nella nuova visione dell'uomo. In questa temperie culturale possiamo inserire l'esperienza del dott. Pratt, un medico di Boston, che nel 1907 riunì in gruppo i suoi pazienti affetti da tubercolosi perché riteneva importante ai fini della cura, parlare insieme dei loro problemi emotivi.

Intorno agli anni Venti in Inghilterra, negli Stati Uniti e in Francia la psichiatria incontra la sociologia, la psicologia e la psicoanalisi. Emergono studi e lavori che partendo da esperienze e osservazioni eterogenee ma circostanziate alla realtà del

---

<sup>1</sup>Cfr. F. Ellemberger, *La scoperta dell'inconscio*, Universale Bollati Boringhieri, Torino, 1976

gruppo propongono un'impostazione terapeutica comunitaria fondata sulla *psicoterapia di gruppo*<sup>2</sup>.

In particolare Trigant Burrow (1875-1950), allievo di Jung e presidente dell'*American Psychoanalytic Association* di cui fu tra i fondatori nel 1911, criticando l'approccio psicoanalitico individuale inizia nel 1920 una pratica gruppale che chiama "analisi di gruppo", Jacob Levi Moreno (1889-1974) e Kurt Lewin (1890-1947) tra gli anni Venti e Trenta si trasferiscono in America dove continuano e approfondiscono le loro esperienze sul gruppo e Harry Stack Sullivan (1892-1949) particolarmente attento all'importanza dei fattori ambientali e sociali nell'eziopatogenesi delle nevrosi e delle psicosi, precedono e ispirano le esperienze comunitarie inglesi di Sigfrid Heinrich Foulkes (1898-1976) e Wilfred Bion (1897-1979).

Nel 1943 questi due psichiatri-psicanalisti inglesi iniziano una psicoterapia di gruppo con soldati inglesi colpiti da nevrosi di guerra e danno vita a quella singolare esperienza, nota come "esperimento di Northfields" che con una durata di sole sei settimane segnerà l'ingresso ufficiale della psicoterapia di gruppo in Europa. *"L'attività terapeutica propriamente detta viene affiancata da gruppi di lavoro, gruppi ricreativi, gruppi che si occupano dell'organizzazione e della gestione dei rapporti con i medici e con il personale"*<sup>3</sup>. Successivamente Foulkes sarà conosciuto come il padre della Gruppoanalisi o Psicoterapia attraverso il gruppo, in cui i fattori terapeutici sono l'individuazione del disturbo del singolo e la presa di coscienza di un rimosso che è la causa della malattia. Il conduttore del gruppo stimola e allena il gruppo a partecipare a questi due momenti: individuazione e conoscenza, in modo che il gruppo maturi le sue capacità di analisi. Questo metodo sarà ampiamente usato nelle comunità terapeutiche negli anni a venire: *"Non ci potrebbe essere comunità psicoterapeutica senza l'apporto di questo psicanalista"*<sup>4</sup>.

Pochi anni dopo, alla fine della guerra Bion che è in training psicanalitico con Melanie Klein, partecipa all'esperienza di Thomas Main (1911-1990), con altri psicoanalisti non ortodossi come Harold Bridger (1909-2005) ed Enid Balint (1904-1994) alla Tavistock Clinic; insieme daranno luogo a una profonda revisione di tutta l'organizzazione ospedaliera sulla base di principi di democratizzazione, autonomia e responsabilizzazione dei malati ma anche del personale medico e infermieristico. Bion contrappone al modello medico visto come troppo autoritario, un modello umanistico, si occupa di fornire al personale infermieristico una formazione accurata e continua, introduce il concetto di *culture of enquiry* ovvero un costante lavoro di indagine del comportamento e la ricerca di nuove modalità relazionali per rendere autonomi i pazienti.

Il rapporto con la Klein e con la sua teorizzazione tuttavia lo portano poco tempo dopo ad abbandonare questa esperienza per dedicarsi alla pratica analitica individuale, mentre alla Tavistock il lavoro di Main e degli altri psicoanalisti risulta così efficace da diventare un modello di riferimento per quelle esperienze che criticando il metodo psicoanalitico classico cercano nella vita comunitaria e nella psicoterapia di gruppo la strada per la cura della malattia mentale.

La Tavistock è una clinica per pazienti affetti da nevrosi post traumatica che sono seguiti anche con sedute individuali dai medici psicanalisti preposti. Questa clinica, che lo stesso Main definisce "Comunità Terapeutica" coniando per la prima volta questo nome, sarà la prima esperienza in Europa di terapia di gruppo riconosciuta

---

<sup>2</sup>Per una disamina della psicoterapia di gruppo vedi: D. Colamedici, A. Masini, G. Roccioletti, *La medicina della mente. Storia e metodo della psicoterapia di gruppo*, L'Asino d'ore edizioni, Roma, 2011

<sup>3</sup>F. Florio, *Psicoterapia di gruppo: un percorso storico*, in *Il sogno della farfalla*, 1, 2002, NER, Roma, pp.26-27

<sup>4</sup>A. Lombardo, *La comunità terapeutica. Cultura, strumenti, tecnica*. Franco Angeli, Milano, 2004, p. 41.

dal sistema sanitario nazionale inglese e diverrà ben presto il modello operativo di riferimento per le future esperienze comunitarie a orientamento psicoanalitico.

Qualche anno dopo, nei primi anni Cinquanta, e sempre in Inghilterra, un altro psichiatra Maxwell Jones (1907-1990), direttore dell'Henderson Hospital dove sono ricoverati giovani pazienti con problemi di disadattamento sociale, delinquenza e tossicodipendenza, sviluppa un modello teorico clinico di Comunità Terapeutica di tipo Psicosociale. Anche in questa comunità si lavora con principi di uguaglianza, rispetto, responsabilizzazione, si introducono attività lavorative e anche ludiche e ricreative, ma l'approccio umanistico globale e di gruppo non prevede un trattamento psicoterapeutico. E' la comunità in toto che ha una valenza terapeutica: la gestione comune di tutte le attività e la socializzazione sono considerati i principali strumenti terapeutici che portano il paziente verso l'autogestione e l'autonomia. Particolare importanza ha il *Community Meetig*, una riunione organizzativa e di confronto di tutta la comunità che si tiene due volte al giorno, mattina e sera. In queste riunioni tutti i membri sono responsabilizzati rispetto alla gestione della struttura, vengono affrontati anche i problemi del singolo coinvolgendo così tutta la comunità.

In Italia negli anni Sessanta, l'interesse nato in questi anni per la socioterapia e la psicoterapia di gruppo è molto forte e anche se con queste parole si indicano realtà diverse, eclettiche e qualche volta addirittura contraddittorie, queste terapie sono argomento di confronto e dialettica tra gli psichiatri in quasi tutti gli incontri ed i congressi di quegli anni<sup>5</sup>.

Spunti di ricerca e riflessione arrivano dalle numerose riviste mediche e neuropsichiatriche che arricchiscono le grandi biblioteche degli Ospedali Psichiatrici e vi introducono nuove idee provenienti da tutta la letteratura scientifica mondiale. Numerosi giovani psichiatri insoddisfatti dell'impianto neurologico ancora dominante nel nostro Paese sentono il bisogno di mettersi in contatto con le esperienze psichiatriche cresciute in Europa, e nei primi anni Sessanta approfondiscono la loro formazione con viaggi di studio in Inghilterra, Francia, Svizzera, Germania. Tornano con nuove idee e tanto entusiasmo raccogliendo intorno a sé altri giovani collaboratori: medici, psicologi e assistenti sociali. Comincia a essere evidente che la malattia mentale investe e compromette le capacità di vita sociale del paziente e che la terapia farmacologica che aveva suscitato grandi speranze solo pochi anni prima mostra ora limiti e difetti e si cercano altre vie terapeutiche.

Così si prende spunto dai lavori dello statunitense J. L. Moreno sullo *psicodramma* e del tedesco K. Lewin sui *Trainig group*. Lewin che si è formato alla scuola della Gestalt<sup>6</sup>, dirige dal 1946 il Research Center for Group-Dynamics al Massachusetts Institute of Technology (MIT) dove, per organizzare le attività quotidiane dei pazienti, ma anche le riunioni, i gruppi, e la formazione del personale degli ospedali psichiatrici, ha istituito i cosiddetti *T group*<sup>7</sup>.

---

<sup>5</sup> M.Dario, G. Del Missier, E. Stocco, L. Testa, *Psichiatria e psicoterapia in Italia dall'unità a oggi*, L'Asino d'oro, Roma, 2016.

<sup>6</sup> *Gestalt* in tedesco significa "forma, figura, configurazione". La psicologia della forma sorge in Germania verso il 1912 ad opera di M. Wertheimer, K. Koffka e W. Köhler, per essi le percezioni si organizzano in configurazioni unitarie la cui totalità è qualitativamente differente dalla somma dei singoli elementi che la compongono e irriducibile ad essi, cfr. *Psicologia della forma* in Umberto Galimberti, *Dizionario di psicologia*, UTET, Torino 1992. Per gli psicologi della forma la vita psichica e in particolare l'esperienza percettiva è regolata da processi dinamici che permettono di fare esperienza di un fenomeno nella sua immediatezza e globalità; scomporla in sensazioni elementari comporterebbe la perdita del senso del fenomeno stesso. Cfr. F. Barale, M. Bertani, V. Gallese, S. Mistura, A. Zamperini (a cura di) *Psiche. Dizionario storico di psicologia, psichiatria, psicoanalisi, neuroscienze*, Giulio Einaudi ed., Torino 2009.

<sup>7</sup> Lewin, negli anni Quaranta, sperimenta questo metodo: riflettere all'interno del gruppo su quanto accade durante lo svolgimento di un'attività. Così egli osserva che l'apprendimento

Negli anni sessanta le comunità terapeutiche sembra che possano diventare, in molti paesi, il luogo elettivo della ricerca di una possibile cura per la psicosi e sono il setting privilegiato della psicoterapia di gruppo per pazienti psicotici. Appare evidente infatti che l'intervento psicoterapeutico deve essere supportato da attività pratiche che coinvolgano quotidianamente il paziente e dall'allontanamento dalla famiglia di origine senza l'estraneazione di un ricovero troppo lungo in ambiente ospedaliero.

Le comunità terapeutiche italiane sono esperienze diverse tra loro per impostazione teorica e metodologica essendo strettamente legate alla formazione e alla personalità del loro fondatore.

Si aprono così tra il 1958 e il 1968 le comunità terapeutiche di: Fabrizio Napolitani, prima a Kreuzlingen dal 1958 al 1963 e successivamente a Roma dal 1963 al 1966, Franco Basaglia, all'O. P. di Gorizia tra il 1961 e il 1968, Diego Napolitani a Milano tra il 1964 e il 1975<sup>8</sup>, nelle due comunità di Omega, privata, e di Villa Fiorita, amministrata dalla Provincia, Carlo Manuali e il gruppo di Perugia nel 1965, Edelweiss Cotti a Cividale del Friuli nel 1968 e infine Sergio Piro alla Materdomini di Nocera Superiore (tra il 1968 e il 1969)<sup>9</sup> e altre.

Culture e istanze di diversa matrice si incrociano in quegli anni nella psichiatria italiana, accomunate non solo dal rifiuto del manicomio ma anche dallo sforzo di costruire modelli di intervento alternativi al riduzionismo biologico e alla logica custodialista e in questo senso per indicare tutte queste esperienze si può parlare di "clinica istituzionale" cioè di un'attività terapeutica unitaria anche se metodo e prassi sono diversi in ciascuna realtà.

Tutte queste diverse comunità condividono comunque molti aspetti operativi, per esempio: si eliminano i mezzi di contenzione, l'uso dei farmaci è subordinato alle esigenze cliniche ma anche e soprattutto a quelle della vita socio lavorativa del paziente. Grande importanza hanno i momenti assembleari di gestione della comunità, le attività lavorative, quelle ludiche ed espressive come la creazione di club di socializzazione o la fondazione di un giornale interno.

Schematicamente tuttavia le varie esperienze comunitarie si possono dividere in due grandi gruppi le cui parabole esistenziali si differenziano sia per l'impostazione di partenza che per l'esito conclusivo. Quelle con un'impostazione prevalentemente socioterapica come Gorizia e Nocera Superiore, che si rifanno al modello inglese di Maxwell Jones, tendenzialmente virano verso una conclusione di tipo antipsichiatrico, mentre quelle come Milano e Roma che si rifanno a un modello psicoterapeutico di derivazione psicoanalitica vedono i loro fondatori transitare verso esperienze di psicoterapia di gruppo.

Il termine ha in realtà ancora varie accezioni: dal lavorare in gruppo al condividere esperienze ricreative, dall'arte terapia ai gruppi discussione, fino alla psicoterapia "attraverso il gruppo" di S. H. Foulkes, alla psicoterapia "in gruppo" di W. Bion, e alle varie esperienze di psicoterapia psicoanalitica "nel gruppo". Alla base di tutti questi trattamenti c'è l'idea che il gruppo sia terapeutico di per sé in quanto consente la condivisione dei sintomi e l'aiuto reciproco tra i membri del gruppo, il medico ha invece un ruolo diverso nelle varie impostazioni metodologiche. Tutte queste esperienze, pur nella loro diversità hanno aspetti comuni, primo tra tutti

---

è più facile grazie all'instaurarsi di una dialettica che diviene essa stessa formativa. Considerato il fondatore della psicologia sociale americana egli dà un grande contributo allo sviluppo di metodologie attive nella formazione dimostrando che attività pratiche condotte in gruppo possono modificare idee e comportamenti in modo più lungo e duraturo.

<sup>8</sup> Cfr. D. Napolitani, *Di palo in frasca. Recensione di Umberto Galimberti. Intervista all'Autore*. IPOC 2006. p.136 e 171.

<sup>9</sup> Ci si riferisce all'apertura del padiglione Irpinia che sarà motivo del licenziamento di Piro, il quale nel 1959 giunge al Materdomini, manicomio privato della provincia di Avellino, e inizia una operazione di trasformazione. Nel 1965 Piro conosce Basaglia e nel 1969 collabora con il giornalista Luciano D'Alessandro che pubblica il primo libro di fotografia sui manicomi: *Gli esclusi*, Il diaframma, Milano 1969.

l'importanza attribuita al lavoro di gruppo sia nell'organizzazione di equipe multidisciplinari del personale sia nell'organizzazione di gruppi di pazienti, per cui se da un lato si coglie il nesso tra Istituzione e Socialità dall'altro si sottolinea come il superamento dell'isolamento proprio della psicosi si realizza nel vivere e lavorare insieme.

Nel decennio successivo tuttavia le comunità non diventano "il luogo della cura", cioè un modello generale alternativo al ricovero ospedaliero, rimangono esperienze esemplari ma tutto sommato isolate. La scarsa diffusione di queste esperienze è probabilmente imputabile a carenze teoriche e metodologiche da un lato, e dall'altro all'irripetibilità dell'esperienza stessa in quanto fortemente legata alla personalità di coloro che la conducono.

In Italia questo fenomeno è ancora più evidente, con la chiusura degli Ospedali Psichiatrici nel 1978, le comunità subiscono l'onda culturale del movimento anti istituzionale, vengono accusate di essere nuove strutture segreganti, piccoli mascherati manicomi, e così le poche esistenti sono obbligate a rispondere ai bisogni di deistituzionalizzazione dei pazienti cronici e sono per la maggior parte strutture private.

Sull'onda di questa ideologia la psichiatria pubblica italiana, superati i problemi della deospedalizzazione, negli anni novanta ha scelto la riabilitazione come "cavallo di battaglia" per rispondere al problema della psicosi e "*della cosiddetta cronicità psichiatrica, il fenomeno per il quale un certo numero di pazienti sembra non guarire in un lasso di tempo ragionevole, ma continua ad avere, se non a creare, dei problemi*"<sup>10</sup>.

Per riabilitazione si intendono una serie variegata e confusa di prassi e tecniche di intervento volte a ridurre la possibilità di ricadute, a minimizzare gli effetti disabilitanti della cronicità e aiutare la persona a mantenere o recuperare il suo ruolo nella società. Luogo elettivo per questo tipo di intervento è il Centro Diurno, una struttura semiresidenziale dove i pazienti trascorrono buona parte della giornata occupati in attività ricreative o, nei casi in cui si ritiene possibile, in attività pre-formative propedeutiche cioè al recupero di abilità lavorative e sociali. Dall'inizio degli anni novanta si è assistito all'apertura di un numero crescente di queste strutture per pazienti prevalentemente psicotici, ai quali si propone anche una psicoterapia di sostegno auspicabilmente di gruppo, ma che si basi solo sull'elaborazione di un rapporto cosciente. La psicoterapia propriamente detta, cioè un intervento diretto di un terapeuta sulle dinamiche affettive inconsce e coscienti del paziente, risulta fortemente ostacolata perché considerata pericolosa per l'organizzazione stessa dell'istituzione che dovrebbe rivedere profondamente la divisione dei compiti e dei ruoli in un'ottica di maggiore definizione con la necessità di una formazione specifica.

Negli ultimi anni, sull'onda del fenomeno del "revolving door" e dell'aumento dei costi di gestione dei ricoveri ospedalieri si assiste all'apertura e all'incremento nella psichiatria pubblica di nuove strutture riabilitative residenziali in cui l'obiettivo primario è la gestione farmacologica e sociale della malattia mentale, il controllo dei sintomi e dei problemi socio-familiari.

Culturalmente oggi non si è ancora superata un'imperante impostazione organicista che riduce la malattia mentale a lesione e danno neurologico e che determina l'idea ancora socialmente condivisa di una sua incurabilità.

I servizi psichiatrici pubblici, oggi in Italia, sono stretti da un lato da una diffusa ideologia che ha snaturato il rapporto medico-paziente nel rapporto tecnico-utente e questo ha determinato il prevalere di impostazioni tecnicistiche vuote di quel contenuto umano e relazionale specifico del rapporto di cura, dall'altro da un criterio finanziario che ha determinato l'ipertrofia delle procedure e l'ingresso di

---

<sup>10</sup> L.Burti, R. Siani, O. Siciliani, (a cura di), *Riabilitazione psicosociale, Atti del I Congresso nazionale della Società italiana di Riabilitazione Psicosociale*, Franco Angeli, Milano 1990, p. 15.

linee guida a scapito delle caratteristiche specifiche dell'intervento psichiatrico come la capacità di ascolto, la tolleranza dell'incertezza, la disponibilità, la spontaneità. Gli interventi devono rigorosamente rispondere a criteri generali stabiliti e fissi per cui si assiste all'ingresso di nuove tecniche e metodologie, adottate e applicate solo perché meno dispendiose sia dal punto di vista della formazione necessaria a metterle in pratica sia dal punto di vista degli obiettivi, sempre più generici e generali in modo da coinvolgere il numero di utenti più ampio possibile senza un riscontro sulla reale terapeuticità.

Lavoro da molti anni nel servizio psichiatrico pubblico e dal 2004 dirigo una comunità per pazienti psicotici cronici. Fin dal mio ingresso in comunità ho cercato di combattere ed eliminare la chiusura e la dissociazione dei pazienti e della comunità stessa che pur facendo parte integrante del Dipartimento di Salute Mentale era stata aperta con il solo criterio di ricovero per pazienti che per la gravità dei sintomi e l'indigenza delle condizioni sociali non avevano altre possibilità se non il ricovero in una struttura isolata. Insieme ai dieci utenti ospitati nella comunità ho trovato un gruppo eterogeneo di operatori che assunti da una cooperativa a cui era stato data la gestione della struttura stavano completando la loro formazione professionale. L'impatto iniziale è stato molto forte ma la gravità della malattia dei pazienti, la gioventù e l'inesperienza degli operatori sono stati lo stimolo ineludibile alla ricerca di una possibilità di cura. Proporre un metodo e la non rassegnazione nei confronti della malattia mentale e della cronicità, ha cambiato quelle che potevano essere difficoltà in risorse, così gioventù, inesperienza e diversità di formazione sono diventati entusiasmo, coinvolgimento e risorse operative. Avremmo corso il rischio di creare una micro società di 'poveri ma buoni', un'isola felice' istituzionale fuori dalla realtà sociale e dal mondo se non avessi impostato tutto il lavoro su l'unico possibile comune denominatore: il rapporto cosciente e inconscio con il paziente, se non avessi cioè proposto una mia realtà personale di cura, formazione e ricerca portata avanti da molti anni nei seminari di Analisi Collettiva di Massimo Fagioli.

Nella teorizzazione fagioliana l'assunto di base è la fisiologia della nascita e dello sviluppo psichico, la malattia interviene dopo la nascita ugualmente sana per tutti, come alterazione – perdita delle proprie possibilità di rapporto interumano. La malattia è crisi di rapporto, rapporto malato, e la cura possibile sta nella capacità del terapeuta di scontrarsi e contrastare la tendenza del paziente, particolarmente forte e violenta nello psicotico, di ripetere coattivamente il rapporto malato. Il terapeuta, una volta raggiunta la sua cura-formazione, avrà la capacità di proporre un rapporto sano, cioè evolutivo, nel quale coscienza, inconscio e comportamento siano strumento di cura per il paziente.

*“Il valorizzare il rapporto inconscio come fattore terapeutico è visto in un'ottica che fa riferimento alla teorizzazione di M. Fagioli che consente di pensare l'inconscio in un modo assolutamente nuovo. Nell'inconscio c'è l'origine della sanità psichica (sviluppo fisiologico); nell'inconscio c'è l'origine della malattia psichica (sviluppo psicotico). Il rapporto cosciente, il comportamento vanno letti e affrontati avendo come riferimento il grado di integrazione, fusione o scissione, che hanno con questa dimensione inconscia fondamentale, concettualizzata come immagine interiore”<sup>11</sup>.*

Nell'impostare il lavoro in comunità ho ritenuto pertanto fondamentale privilegiare il rapporto diretto, senza mediazioni con il paziente, anche perché solo così è possibile fare una diagnosi corretta e trovarne la cura. Questo metodo di lavoro, che è metodo medico permette di impostare il lavoro con pazienti psicotici gravi organizzando tutte le attività quotidiane in un'ottica riabilitativa in cui il momento terapeutico propriamente detto è rappresentato dal gruppo di psicoterapia che

---

11 G. De Simone, *I fattori terapeutici nella psicoterapia delle psicosi*, in “Il sogno della farfalla”, 1, 1997, p.10 e anche Cfr. M. Fagioli, *Istinto di morte e conoscenza*, L'Asino d'oro, Roma, 2010

coinvolge tutti i pazienti e si tiene con un setting ben definito e rigorosamente rispettato dal terapeuta una volta a settimana per un'ora e mezzo.

Il lavoro istituzionale, basato sulla residenzialità, sull'assistenza e l'accudimento che in alcuni momenti sono necessari, da un lato rende possibile il complesso lavoro di psicoterapia di pazienti psicotici, dall'altro contrasta quel medesimo lavoro terapeutico perché l'istituzione impone impegni amministrativi e organizzativi che rischiano ogni volta di rendere saltuaria la presenza del terapeuta alle sedute di psicoterapia, quando invece la costanza temporale e la coerenza teorica sono fattori terapeutici importanti, soprattutto per i pazienti più gravi. L'istituzione, inoltre, è una struttura stabile, deputata a una funzione predefinita e basata su rapporti interumani gerarchici che definiscono un'identità legata al ruolo. I pazienti psicotici sono molto rispettosi dell'identità legata al ruolo istituzionale, la riconoscono senza alcuna difficoltà perché in questo modo possono coprire e non vedere l'identità personale e umana del terapeuta. In psicoterapia questa identità non può essere messa tra parentesi: è infatti insieme alla formazione professionale e personale dello psicoterapeuta, lo strumento necessario a stabilire un rapporto che si proponga di affrontare e curare l'affettività alterata e la falsa immagine che il paziente ha di sé e degli altri.

Per opporsi a questa doppia negazione occorre inserire nel gruppo di psicoterapia tutti i pazienti, per poi organizzare il lavoro riabilitativo senza la confusione di proporre attività tutte ugualmente terapeutiche. I pazienti gravi hanno inizialmente molte difficoltà a partecipare a un gruppo e quando il gruppo è quello psicoterapeutico possono diventare agitati e angosciati. Spesso mostrano una forte difficoltà a restare seduti o a seguire il discorso per un'ora intera, questo potrebbe sembrare un'incapacità dovuta a deficit cognitivi ma in realtà, con il progredire della terapia, si comprende che i comportamenti alterati sono frutto di un pensiero che si è smarrito, di una *Ratlosigkeit*. Per fermare questo smarrimento non si dovrebbe mai interrompere o sospendere la seduta, ma cercare qualcosa dietro e oltre il comportamento manifesto per opporsi alla violenza di un annullamento che lo psicotico agisce nel comportamento. Altre volte questa violenza può manifestarsi con un atteggiamento di indifferenza e di vuoto, un'assenza e un distacco così freddi che rischiano di paralizzare anche un terapeuta esperto e si propagano agli altri pazienti con incredibile velocità. La terapia in questo caso è la somministrazione dell'interpretazione-frustrazione, con dosi e tempi strettamente legati alla realtà e alla 'tollerabilità', cioè alla capacità di ciascun paziente di accettare la frustrazione senza cadere in dissociazione-frammentazione.

Per non cadere in confusione metodologica, mi preme sottolineare, la differenza che esiste tra questo tipo di gruppo e quello per pazienti psicotici con sintomatologia non cronicizzata che si basa sul racconto e sull'interpretazione dei sogni. I pazienti con psicosi cronica hanno perso la capacità di distinguere non solo il sogno dalla realtà, ma anche un proprio pensiero da un'allucinazione. Tutto il gruppo, allora deve lavorare su questa possibilità di distinguere tra una cosa e l'altra, fino a superare l'angoscia nei confronti del sogno inteso come qualcosa di estraneo e inquietante. Nei gruppi di pazienti così gravi e cronicizzati le reazioni più vivaci si determinano ogni volta che il terapeuta sottolinea o esplicita la loro modalità di reazione nei suoi confronti, in altre parole il cosiddetto *transfert* e questa interpretazione viene recepita da tutto il gruppo. Nella psicoterapia dei pazienti psicotici, rispetto al rapporto duale, il gruppo sembra consentire un livello più profondo ma anche più accettabile di frustrazione, come se il gruppo funzionasse da cassa di risonanza, aumentando ma nello stesso tempo dilatando a tutti i pazienti l'interpretazione e la frustrazione.

Nel gruppo si affronta la psicosi interpretando la violenza dell'assenza e del vuoto che vengono gestiti con un comportamento frammentante e dissociante, scontrandosi direttamente con il paziente che di volta in volta propone i suoi sintomi: allucinazioni, percezioni deliranti, angoscia e ansia come realtà inaffrontabili.

L'interpretazione è rivolta essenzialmente ad evidenziare e frustrare la ripetizione da parte del paziente di un rapporto cosciente e inconscio distruttivo al quale il terapeuta risponde con un assetto interno di comprensione e rifiuto.

Per contrastare la dissociazione, che può invadere non solo la realtà psichica ma pervade anche coscienza e comportamento, i membri del gruppo non possono comunicare tra di loro ma riferirsi sempre e solo al terapeuta. Questo assetto del gruppo impedisce che la crisi del singolo si propaghi all'interno del gruppo e, a poco a poco, permette la formazione di una prima, preziosa, identità di gruppo che è a mio avviso la base necessaria alla ricerca di una possibile idea di identità personale.

#### BIBLIOGRAFIA

- F. Barale, M. Bertani, V. Gallese, S. Mistura, A. Zamperini (a cura di) *Psiche. Dizionario storico di psicologia, psichiatria, psicoanalisi, neuroscienze*, Giulio Einaudi ed., Torino 2009.
- L. Burti, R. Siani, O. Siciliani, (a cura di), *Riabilitazione psicosociale, Atti del I Congresso nazionale della Società italiana di Riabilitazione Psicosociale*, Franco Angeli, Milano 1990.
- D. Colamedici, A. Masini, G. Roccioletti, *La medicina della mente. Storia e metodo della psicoterapia di gruppo*, L'Asino d'ore edizioni, Roma, 2011.
- M. Dario, G. Del Missier, E. Stocco, L. Testa, *Psichiatria e psicoterapia in Italia dall'unità a oggi*, L'Asino d'oro, Roma, 2016.
- G. De Simone, *I fattori terapeutici nella psicoterapia delle psicosi*, in "Il sogno della farfalla", 1, 1997.
- F. Ellemberger, *La scoperta dell'inconscio*, Bollati Boringhieri, Torino, 1976.
- M. Fagioli, *Istinto di morte e conoscenza*, L'Asino d'oro, Roma, 2010.
- M. Fagioli, *La marionetta e il burattino*, L'Asino d'oro, Roma, 2011.
- M. Fagioli, *Teoria della nascita e castrazione umana*, L'Asino d'oro, Roma 2012.
- F. Florio, *Psicoterapia di gruppo: un percorso storico*, in *Il sogno della farfalla*, 1, 2002, NER, Roma.
- U. Galimberti, *Dizionario di psicologia*, UTET, Torino 1992.
- A. Lombardo, *La comunità terapeutica. Cultura, strumenti, tecnica*. Franco Angeli, Milano, 2004.
- D. Napolitani, *Di palo in frasca. Recensione di Umberto Galimberti. Intervista all'Autore*. IPOC 2006.