

Indicazioni alla psicoterapia di gruppo ad orientamento psicoanalitico. Variazioni sul tema

Silvia Corbella, Stefania Marinelli, Claudio Neri

Abstract

Si propone, dopo un breve esame della letteratura, che il dispositivo di gruppo sia adatto in particolare ai pazienti portatori di disturbi legati alla scarsa individuazione di sé e alla mancanza di identificazione con se stessi. Sono illustrate a questo scopo alcune funzioni del dispositivo e del processo di gruppo; alcune proprietà del campo omogeneo di gruppo; alcune qualità psichiche specifiche dei pazienti psicosomatici, visti come particolarmente adatti a fruire e a contribuire al funzionamento multiplo dell'apparato gruppale. Un esempio clinico chiarisce questa affermazione.

Viene fatta una distinzione fra gruppi nelle istituzioni pubbliche e gruppi nel privato. Si discute poi dell'importanza dei primi colloqui per indirizzare o meno un paziente alla terapia di gruppo e in quale tipo di gruppo.

Parole-chiave: indicazioni alla psicoterapia di gruppo, istante di omogeneità, singolo paziente, gruppo-individuo, pazienti psicosomatici

Stefania Marinelli introduce il tema Una vera e propria trattazione delle indicazioni alla terapia di gruppo manca in letteratura e il tema è stato solo di recente trattato come specifico (vedi de Polo, 2000; anche Loverso in Gruppi; Fasolo in POL.it Psychiatry on line Italia). Non si è neppure sviluppata una teoria articolata della tecnica relativa alle indicazioni, eventualmente comparata con la cura individuale. Piuttosto via via che lo studio del gruppo è maturato e si è esteso, vi sono stati accenni occasionali, che lasciano intendere varie ipotesi, tendenti più a delineare una specificità del campo di ricerca e una relazione filiativa, ma differenziata, con il corpus teorico classico e il setting duale, che non a definire il tema. Nella concezione psicoanalitica in generale il lavoro di gruppo è considerato come una applicazione, e non un ingresso diretto nella psicoanalisi dell'inconscio come per la seduta individuale. Questo implica che la psicoterapia di gruppo come applicazione dovrebbe occuparsi dei margini di non analizzabilità di quei pazienti che sfuggono al processo psicoanalitico per mancanza di risorse simboliche e del pensiero discorsivo, o per immaturità della struttura egoica, o per la eccessiva concretezza e inseparabilità psichica, e in generale per la vulnerabilità identitaria. Ciò colloca il gruppo, ancora di più se qualificato dall'uso di un oggetto mediatore, compreso lo psicodramma analitico, in un ambito "gerarchico". E' come se si dicesse: se il paziente simbolizza e pensa può essere analizzato; se invece si frammenta deve "fare" qualcosa che lo aiuti a vicariare il pensiero mancante, usando il corpo e la concretezza dei sensi.

In particolare gli psicoanalisti francesi ricercatori nel campo dello psicodramma analitico (Bernard Duez) e del gruppo con oggetto mediatore (Claudine Vacheret) hanno contribuito estesamente a formulare e chiarire specificità teoriche e vantaggi clinici dei paradigmi che regolano il dispositivo plurale, con riferimento principale alle idee elaborate da Anzieu e poi, con articolazioni teoriche specifiche da Kaës. In particolare, insieme ai due autori citati, tutto il gruppo di Lyon del Centro di ricerche psicoanalitiche dell'Université Lumière, ha esplorato anche gli strumenti tecnici del lavoro di gruppo, rivolto ad una popolazione clinica che troverebbe maggiori possibilità nel trattamento distribuito al soggetto plurale rispetto al legame della relazione analitica duale, presunta essere claustrofobizzante e troppo esigente. Vi sono però anche altri accenni più liberi al tema della specifica indicazione per il gruppo, anche se non sistematizzati. Sono formulazioni che provengono per lo più dal campo di ricerca orientato a vedere il gruppo più che come un dispositivo plurale nato dalla trasformazione e dalle motivazioni delle esigenze analitiche individuali, piuttosto come un soggetto sociale esso stesso, un soggetto analitico di un processo

analitico (vedi per approfondimenti di questa prospettiva e la proposta di nuove concettualizzazioni, Gruppo di Claudio Neri, 1995-2002).

Questa tradizione di ricerca fu iniziata da Bion al tempo delle sue esperienze come psichiatra militare nella Prima Guerra Mondiale e successivamente, nel secondo dopoguerra, come psichiatra presso l'ospedale di Northfield, nei cui reparti era stato incaricato di condurre la ben nota esperienza innovativa di riabilitazione con i soldati tornati dal fronte con trauma di guerra. Quelle esperienze di Bion, unite alla sua determinazione di intraprendere il percorso della formazione psicoanalitica, che iniziò facendosi analizzare da Melanie Klein, diedero vita ad una nuova tradizione, originata nel complesso campo delle sue esperienze personali, sociali e culturali di quei primi anni (vedi l'accurato studio delle fonti e delle esperienze di Bion, in: Hinshelwood, Torres, 2013). A partire da quel tempo Bion iniziò a formulare le sue concezioni altamente innovative nel campo della epistemologia psicoanalitica e che segnarono anche la nascita teorica e clinica dello studio psicoanalitico del gruppo. Francesco Corrao, a partire dagli anni Sessanta, introdusse il suo pensiero in Italia dove la tradizione di quegli studi trovò un campo di interesse e di elaborazione particolarmente fecondo.

Bion concettualizzò in particolare la nozione di "valenza" del legame, al posto della relazionalità fra soggetti; e avrebbe prospettato poco dopo l'idea di funzioni e di fattori del campo di gruppo, che si differenzia da quella di relazione fra oggetti psichici contenuti in uno spazio che li contiene, per il compito attivo e reciproco di scambio fra contenuti e contenitori, sia all'interno dell'apparato mentale sia fra due o più menti. All'origine della vita del gruppo, ma anche della socialità interna del singolo e del suo sistema somatopsichico unitario, Bion poneva l'idea di sistema proto-mentale e di assunti di base del gruppo, in esso radicati. Anche questa nozione, nata nello stesso periodo, era di ordine differente da quella di catena associativa o figurazione multipla di un dispositivo plurale. Così come furono nuove le concettualizzazioni di mentalità profonda del gruppo e di cultura che organizza la comunicazione al suo interno, in quanto prospettavano il gruppo come soggetto intero di un sistema e di un processo.

Queste e altre differenze, qui solo abbozzate, diedero vita ad una estesa tradizione di ricerca, importante da vari punti di vista. Citerò qui in particolare, mediante il suo negativo, una qualità che vi si ritrova e che definirei rivoluzionaria: il punto di vista non "gerarchico", basato sull'idea della continuità evolutiva del sistema psichico e delle sue relazioni sociali. Per "gerarchia" intendo qui quella concepita comunemente per distinguere le diverse componenti di una unità creando artificialmente successioni temporali o, appunto, gerarchiche. Ad esempio in relazione al nostro tema fra analisi che simbolizza e analisi che non simbolizza; oppure più in generale gerarchia come relazione fra mente che pensa e corpo concreto, quasi che il corpo ricevesse gli scarti del pensiero, in quanto non saprebbe approdare all'espressione pensabile (vedi le ampie ricerche di Carla De Toffoli sulla nozione di psicosoma, prospettata in modo originale e creativo in numerosi scritti, ora pubblicati in volume da FrancoAngeli, *Transiti corpo-mente*, 2014).

Se non si dà spazio al pensiero gerarchico, ma si tende a concepire il lavoro evolutivo e unitario del campo condiviso, come costitutivo non solo dell'esperienza sociale, ma della stessa natura soggettiva individuale, diventa interessante iniziare a pensare alle indicazioni come elemento specifico e indipendente. Ma non è facile. Sarebbe come fare ritorno, ad esempio nell'uso del linguaggio, da una struttura semantica attuale che divide temporalmente l'ordine logico del discorso assegnandogli un legame gerarchico, alle strutture remote in cui i lemmi, verbi e vocaboli, avevano in se stessi significazioni simultanee opposte o di diverso grado, le cui differenze erano affidate ai fattori soggettivi del comunicare, come l'espressione, il tono, il gesto. Alcune lingue, quelle scandinave in Europa e molte asiatiche, hanno tale natura; e l'avevano avuta quelle indoeuropee fino alla strutturazione delle lingue antiche del bacino indo-mediterraneo (vedi sul tema alcune considerazioni preliminari alla descrizione di una analisi basata sulle alternanze di salute e malattia fisica del figlio della paziente, De Toffoli, 2001, *Psicosoma. Il sapere del corpo nel lavoro psicoanalitico*).

Sarebbe interessante pensare alle indicazioni per il gruppo in termini non gerarchici, bensì specifici e autonomi. Dunque non solo valutare se uno è adatto al gruppo perché ha una inclinazione soggettiva epica e non lirica, sociale e non egocentrata, o è interessato all'altro e non identificato esclusivamente con il narcisismo soggettivo. Bensì varrebbe la pena di notare ad esempio, che uno è adatto al gruppo quando non riesce a collocare parti o aspetti identitari troppo indefiniti e spaventati, troppo frammentati, che orbitano attorno alla personalità, minacciandola, o si incistano nella malattia senza trovare alcuna espressione possibile, oppure si infiltrano nella struttura caratteriale e nella tendenza ad agire. Queste forme estreme di de-identificazione con se stessi o di de-individuazione di sé e fuga da sé (potremmo immaginarle come un corrispettivo psicologico delle moderne crescenti forme di "allergia"?) potranno fruire del contesto plurale, per sviluppare una prima vita espressiva e soggettivante all'interno di una matrice grupppale? I soggetti portatori di una tale indefinitezza potrebbero sentire il calore incubante del nido sociale come una tessitura di legami coesivi e affettivizzati, che rifornisce di vitalità ed energia, spingendo in avanti i processi di una prima esperienza soggettivante?

Propongo infine di pensare che la rievocazione, stimolata dal gruppo analitico, di matrici originarie indistinte che erano state fallimentari o traumatiche e avevano impedito il processo di nascita psicologica del soggetto, favorisca all'interno del gruppo la loro rielaborazione presente mediante il legame di riattualizzazione. Tale legame consente di lavorare con gli oggetti psichici attualmente contenuti nel campo, in presenza delle condizioni che li hanno generati nel passato. Il dispositivo multiplo, concepito come soggetto unitario di un processo in evoluzione, sembra rappresentare in particolare, per coloro che ne fanno parte, l'illusione e il privilegio di una libera appartenenza, espansa e complessa, che consente di giocare l'indifferenziazione del singolo rispetto all'apparato comune. La riattualizzazione dei nuclei psichici e somatopsichici primordiali, o come li indica Bion proto-mentali, stimola inoltre la reazione soggettiva a riconoscerli e a tentare di liberarsene dopo averli riattraversati. E' possibile in tal modo che la spinta verso la nuova definizione di un sé attuale connesso con l'esperienza sociale presente – che riformula quella remota – avvenga non su una base narrativa e temporale, dato che questi elementi si presentano critici o frammentari. Bensì le nuove percezioni di un sé connesso con il presente sociale, nel campo emotivo e rappresentazionale condiviso, potrebbero produrre sensazioni di creatività e nuovi bisogni di individuazione, che attenuano l'angoscia della dipendenza – dal tempo e dal bisogno, sentiti come annientanti, come lo erano stati nella vita primaria.

Nell'introduzione al tema delle indicazioni alla psicoterapia di gruppo Marinelli ci ha ricordato che una vera e propria teoria delle indicazioni alla terapia di gruppo non compare in letteratura, né nel campo della psicoterapia né in quello dello studio psicoanalitico del gruppo. Non si è neppure sviluppata una teoria della tecnica relativa alle indicazioni, eventualmente comparata con la psicoterapia individuale o psicoanalisi individuale. Spesso però sia i pazienti sia gli allievi, quando nei nostri discorsi teorici o clinici facciamo riferimento alla psicoterapia di gruppo ad orientamenti psicoanalitico ci chiedono quali siano le indicazioni a questo specifico setting terapeutico. Abbiamo perciò ritenuto interessante e utile scambiare e condividere pensieri e riflessioni su questo tema. Fare ciò significa anche accogliere la spinta emancipativa, sottesa nello scritto introduttivo di Stefania Marinelli, dal continuare a considerare il lavoro con il piccolo gruppo come una applicazione, e non un ingresso diretto nella psicoanalisi dell'inconscio come per la seduta individuale. Ed è con quest'ottica emancipativa che ci apprestiamo a confrontare ipotesi di lavoro.

Claudio Neri fa una importante e condivisibile premessa. Il problema delle indicazioni alla psicoterapia di gruppo si presenta in maniera diversa se prendiamo in considerazione i Servizi pubblici oppure la pratica professionale privata. I pazienti che si rivolgono ai Servizi pubblici - in genere - sono più gravi rispetto a quelli che prendono contatto con uno psichiatra o uno psicoterapista che lavora nel suo studio. Solitamente poi essi stabiliscono una relazione non soltanto con lo psicoterapista, ma anche con altri operatori del servizio e con la istituzione nel suo complesso. In uno stesso Servizio, infine, possono essere disponibili più forme di psicoterapia di gruppo. Ad esempio, vi può essere: a) un gruppo dedicato ai

pazienti con diagnosi di psicosi o borderline; b) un gruppo formato da pazienti sofferenti di altre patologie meno gravi; c) uno o più gruppi che aiutano i pazienti ad acquisire competenze di base per gestire la loro vita quotidiana (accudire se stessi, gestire le piccole spese, ecc.); d) un gruppo di Analisi multifamiliare cui prendono parte “pazienti gravi” insieme ai loro familiari ed ad alcuni operatori; e) vari gruppi di discussione (lettura dei giornali, discussione degli avvenimenti della giornata in comunità, ecc.); f) alcuni gruppi di attività (teatro, yoga, ceramica).

Nel proporre l’indicazione, si tratta dunque di capire soprattutto quale gruppo sia più utile per il paziente in quel momento del suo percorso terapeutico. E’ necessario inoltre capire quale forma di trattamento potrà consentire un migliore lavoro della équipe nel suo complesso.

Anche i “gruppi omogenei”, vale a dire i gruppi che sono indirizzati alla cura di un particolare tipo di pazienti - ad esempio, pazienti con disturbi della condotta alimentare, pazienti con comportamenti antisociali - vengono formati seguendo criteri parzialmente diversi da quelli che si impiegano per formare un gruppo che si riunisce in uno studio professionale privato. Marinelli sostiene che è difficile affermare che vi siano indicazioni al gruppo per alcune categorie di pazienti in particolare, o che l’indicazione di un gruppo sia in alcuni casi addirittura raccomandabile invece di un trattamento individuale. Il tema è connesso con quello della longitudinalità temporale del lavoro analitico e del legame fra diversi trattamenti, che non può evidentemente essere posto in termini di una successione temporale di segmenti evolutivi, o “gerarchici”. L’attenzione data da Marinelli alla longitudinalità temporale del lavoro analitico ci trova concordi relativamente alla necessità di considerare l’eventuale diagnosi iniziale in modo dinamico. Vi sono alcune situazioni in cui potrà essere necessario che analista e un potenziale paziente si diano tempo per comprendere quale sia il momento opportuno per iniziare una terapia e che tipo di terapia. E’ importante avere presente che non è il paziente che si deve adattare al setting quasi fosse un “lettino” di Procuste ma che, a seconda del divenire del processo terapeutico, sarà l’analista ad adattare il setting ai bisogni emergenti del paziente. A volte si potrà passare da un’analisi individuale a quella di gruppo e viceversa. Marinelli dice: personalmente potrei avere una idea intuitiva sul genere di pazienti che riterrei idonei a far parte del gruppo. Però non sarà facile dimostrarlo.

Inoltre vi è la questione dell’omogeneità, o non. Gruppo misto, microgruppo analitico senza declinazioni particolari; gruppo con oggetto mediatore o transizionale; oppure gruppo di cui si specifica che è omogeneo, in qualche senso.

Omogeneo non omogeneo o l’istante dell’omogeneità Marinelli ci ricorda che l’omogeneità fu trattata da Freud, con la chiarezza e l’eleganza che gli erano proprie, quando illustrò la sua idea di “massa” in Psicologia delle masse e analisi dell’Io. Freud non pervenne alla nozione di gruppo come soggetto capace di evolvere e di rappresentarsi, però gettò le basi per concepirlo, come in molti casi del suo lavoro, descrivendo nelle sue opere cosiddette “sociali”, prima l’immaginazione filogenetica dell’Orda primitiva in Totem e Tabù, e successivamente alcuni fondamenti inconsci dell’agire sociale. Presentò in particolare la nozione di massa omogenea, come la base profonda del gruppo sociale, o “folla” identificata con il padre/capo, che per sua natura non evolve fino al lavoro della rappresentazione. Bion trasformerà quella nozione evolvendola fino al concetto di sistema protomentale e di funzione alfa. Tale funzione, che contiene il proto-mente con una relazione contenitore/contenuto, ha proprietà attive e di scambio reciproco, che consentono i processi trasformativi. Ora dalle origini del concetto di “massa” omogenea torneremo alle definizioni attuali, in maniera tale da continuare a discorrere sulle indicazioni al gruppo. L’omogeneità è stata trattata in dettaglio nel libro dedicato (Gruppi omogenei, a cura di Corbella, Marinelli, Girelli, 2004). Ma che cos’è? E’ una declinazione correlante e coesiva del soggetto analitico “noi” del gruppo (Corbella). Una “fase” del processo di gruppo (Comin). E ancora è una dimensione clinica della composizione del gruppo (monosintomatico; monotematico) particolarmente efficace nel lavoro che si svolge all’interno del contesto istituzionale (autori della sezione clinica nel libro). O l’omogeneità è una funzione del campo – e del “controcampo”, nato come reciproco da contrappunto al

campo, per essere stato concepito “omogeneo con” (Marinelli) –che potenzia alcuni dispositivi specifici, come: la legittimazione dell’appartenenza; la facilitazione identificativa e del rispecchiamento e la costruzione del campo comune; la creazione di catalizzatori di emozioni primarie, che risultano velocizzanti del processo di secondarizzazione). Propongo di pensare che se si parla di indicazioni al gruppo per alcune condizioni psichiche in particolare, si debba parlare preliminarmente della selezione dei pazienti, che in fondo altro non sarebbe se non la preconcezione che attende nella mente dell’analista che sta per formare un gruppo o sta per essere incaricato di condurlo, di evolvere nell’incontro con la concezione – il gruppo. Sono persuasa che l’analista tenda a selezionare i pazienti di un futuro gruppo sulla base dei legami, o valenze, che individuerà nelle sue consultazioni con i pazienti. I pazienti saranno, all’interno della sua mente, simili o dissimili fra loro rispetto a quel dato elemento selezionato dall’analista, come idoneo a favorire un processo di gruppo o di un dato gruppo. Se l’analista è convinto che il legame sociale faciliti la precipitazione e la messa in condivisione, nel campo mentale ed emotivo comune del gruppo, degli elementi psichici indistinti; e se ritiene che favorire la riattualizzazione delle condizioni immature o arcaiche che avevano generato l’indistinzione, favorisca congiuntamente la condivisione sociale e la possibilità della rielaborazione – allora i pazienti indicati saranno tutti di quel genere prefigurato nella mente dell’analista, e adatti o non a quel dispositivo di lavoro. Inoltre l’analista potrebbe ritenere che la composizione omogenea del gruppo possa potenziare o meno quegli effetti di cui stiamo parlando.

In fondo l’omogeneità del gruppo o della selezione/indicazione al gruppo non è data da un contesto che la dichiara, o non solo; piuttosto è una funzione che si attiva nel campo condiviso, non necessariamente in modo esplicito. L’omogeneità sarebbe in un certo modo l’ “istante dell’omogeneità”, attivato nel nostro caso dal colloquio di selezione, o dal campo mentale del gruppo; oppure nel caso di istituzioni che formano gruppi su base omogenea, corrisponderebbe all’annotazione di un problema sociale “omogeneo” da risolvere. Fu questo il caso storico di quanto avvenne nell’Esperimento di Northfield di Bion (vedi sul tema il recente studio dettagliato in Hinshelwood, Torres, 2013), per il quale il contesto socio-sanitario del dopoguerra esprime, chiamandolo a condurre il gruppo dei traumatizzati di guerra, un bisogno sociale che conteneva una omogeneità, cioè una massa di valenze con cui lavorare, che avrebbe collegato individui, contesti e condizioni fra loro corrispondenti, a partire dalla diffusione sociale dei danni bellici.

Corbella scrive: Quando, dopo i primi incontri, propongo al paziente una terapia di gruppo, la reazione pressoché costante del paziente è chiedersi: “Ma come farò a dire di fronte agli altri le miei difficoltà più intime, i miei segreti, cose che già sono state difficili e dolorose da dire a lei ed altre che potrebbero inaspettatamente emergere?” Rispondo al paziente che si trova in ottima compagnia, perché la sua perplessità e la sua obiezione sono le stesse che ha espresso Freud quando, per primo, Trigant Burrow gli aveva proposto di applicare ad una situazione di gruppo le teorie psicoanalitiche. Freud aveva poi consigliato a Burrow di iniziare al più presto un’analisi personale. Aggiungo poi con un sorriso, al potenziale paziente, che condivide le sue perplessità non solo con Freud ma con tutti coloro a cui ho proposto la terapia di gruppo, perché tutti mi hanno posto le stesse questioni.

In questo modo immediatamente presentifico al mio interlocutore un istante di omogeneità. Avere condotto gruppi da molti anni sta a significare che questi timori, proprio in quanto condivisi e superati nella cultura di un gruppo che ha già alle spalle una sua storia, sono affrontabili e risolvibili in tempi molto più brevi di quanto non ci si possa immaginare. Fin dalla prima seduta ascoltare la libertà e naturalezza con cui i pazienti narrano di sé aiuta a lasciarsi andare con maggior facilità di quanto si potesse prevedere. Ogni partecipante ha la libertà di scegliere se e quando parlare.

Pazienti psicosomatici

Marinelli continua sostenendo che l’istante di omogeneità non basta, e aggiunge :

qui subentra la mia idea di dimostrare che vi è una categoria particolare di soggetti adatti a lavorare nel dispositivo psichico multiplo, omogeneo e non, e la mia difficoltà a dimostrarlo. Vorrei dimostrare che nel gruppo quelli che lavorano in maniera più sintonica sono proprio i pazienti psicosomatici. E vorrei aggiungere il corollario naturale: i pazienti psicosomatici in particolare hanno una soggettività incerta e tormentata. Di questo tipo di pazienti Ferenczi, quando scriveva le poche ma efficaci pagine de *Il bambino mal accolto e la sua pulsione di morte*; nella precedente edizione, Guaraldi, tradotto: figlio non desiderato), ha detto abbastanza da comprender bene anche ora, a distanza di tempo e di generazioni psicoanalitiche.

Il soggetto psicosomatico è di sicuro particolare: non perché, perversamente, abbia scelto di usare il corpo invece della mente per l'espressione di sé, usando l'uno al posto dell'altra. Non perché abbia somatizzato l'inibizione a pensare, come forma di resistenza. Né perché sia per forza un tale isterico da convertire nel corpo l'ansia dei conflitti irrisolti. Piuttosto sembra che il soggetto psicosomatico mantenga nella sua organizzazione psicologica un quadro multiplo, dolorosamente multiplo nel quale gli si presentano due sponde, almeno, o più, per giocare un destino indefinito e depresso (dell'apparato psichico) che, se non fosse imbrigliato, esiterebbe in una miriade di versanti confusi e paralizzanti. La malattia somatica fornisce al soggetto varie funzioni utili, ad esempio le seguenti: (1) la funzione di sentirsi vivo, nei confronti di un vissuto di morte al quale il soggetto reagisce; o anche di sentirsi indipendente e separato dalla matrice che lo sommerge come soggetto non individuato e dunque lo angoscia (secondo l'originale teoria dimostrata con numerosi casi clinici da J. Mc Dougall in *Teatri del corpo*, per la quale il paziente psicosomatico compie attraverso la malattia corporea, un estremo tentativo di separazione). (2) La possibilità di abordare una coerenza coesiva, mediante la malattia somatica, che sia di aiuto ad evitare la frammentazione e la estrema contraddizione di parti di sé, che sarebbero del tutto indipendenti una dall'altra. (3) Fornire al precario senso di sé un funzionamento obiettivo e certo, quale è quello del corpo, regolare o automatico, ma al contempo non personalizzato, in quanto universale e appartenente alla specie e per questo non sentito come responsabile, bensì oggettivo e verificabile, ed esente dalla responsabilità soggettiva.

Questi aspetti, e altri ancora, risolvono molto il soggetto dal gravame insopportabile e devitalizzante della sua incertezza sulla domanda identitaria: ma io chi sono. E, fra le varie altre, anche: se sono uno, perdo tutti gli altri possibili.

Dunque, in fondo, vi sono corrispondenze fra il soggetto psicosomatico indefinito e la sua appartenenza sociale negativa. Ma perché il gruppo, cioè un soggetto sociale, dovrebbe essere di aiuto per lui. In fondo mentre penso e comunico scrivendo, ancora non lo so. Però ritengo che sia necessario esplorarlo. Infatti questi soggetti così tanto impotenti a definirsi, incerti in qualsiasi scelta, che si sottraggono a qualsiasi responsabilità perché temono che potrebbe togliere loro il (poco) tempo di vita di cui dispongono, anelano del resto ad attingere una definizione tanto quanto non sono in grado di ammetterlo (o anche viceversa). Il loro conflitto è de-vitalizzante e de-individuante; però è anche la doppia sponda in cui riescono a ricaricare, oscillando costantemente, il senso di esistere e di appartenere – senza esistere e senza appartenere. Se un paziente di questo tipo fosse vincolato in un solo punto, o in quello opposto, sentirebbe di collassare. Sembra che correre da una parte all'altra, eterno Sisifo, sia sentito utile a darsi vita e tenersi in vita.

E allora il gruppo. Perché il gruppo. Ritengo che il dispositivo sociale, sentito tanto misto, prossimo e potente, quanto indistinto, distante e misero, consenta al paziente psicosomatico di riconoscere l'indistinzione e la debolezza del suo sistema, in cui la mente e il corpo si guardano come i nemici di Memoria del Futuro (Bion, 1991), che sono sgraditi e ignari uno all'altra e tentano di assicurarsi la vita propria senza assumere alcuna responsabilità della vita dell'altro. L'unità psicosomatica, specie quando è colpita, sembra essere percepita come un insieme che può assicurare questo fatto della vita senza vita, o meglio in cerca della vita, ma senza responsabilità soggettiva. Il sistema dello psicosoma se per un

verso pesca nell'infinito profondo dell'inconscio e della memoria inconscia iscritta nel soma, si confina per l'altro nel finito superficiale del corpo, del soma limitante e concreto. "Non esisto e sono malato", dice quel paziente. E fugge, nel senso psichico, verso un orizzonte lontano, che annulla la sua vista, per evitare di vedere il dolore di una traccia, che non sente di saper lasciare, o sarebbe indegna e sparente se egli la lasciasse.

Ecco: il gruppo, se lavora bene e se non è sentito come troppo pieno, aiuta il soggetto fuggitivo incastrato nello psicosoma e nel tentativo di dividerlo, dissociarlo, a provare sentimenti e appartenenza, a condividere qualcosa dell'esperienza, fino a sentire che il gruppo è presente, pieno, vivo, e che potrebbe somigliare alle proprie nuove sensazioni interne. La sensazione di oggetti vivi dentro e fuori di sé potrebbe produrre per lui una crisi. E non è sicuro che possa tenere dentro e introiettare un tale oggetto vivo e pieno. Ma potrebbe essere che riesca a farlo. O almeno che ne abbia percepite alcune dimensioni inaspettate, che potrebbero assicurargli una piccola scorta vitale per il suo futuro.

Corbella condivide pienamente il discorso così ben articolato di Marinelli e aggiunge: spesso i partecipanti presenti da tempo nel gruppo, capaci di dare nome e parlabilità a emozioni che, per la persona con disturbi psicosomatici, cortocircuitano immediatamente nel somatico, possono fungere da modelli e da mentori a cui attingere nel rispetto dei propri tempi. Entrare in un gruppo nella cui storia sono già stati affrontate e risolte patologie psicosomatiche ha la funzione positiva di infondere speranza nei pazienti che iniziano.

Marinelli prosegue portandoci una esemplificazione clinica particolarmente pregnante

Un gruppo inaspettato

Dopo un certo tempo di lavoro e di vicissitudini attraversate, un giorno un gruppo di pazienti che vedevo allo studio sembrò arrivare per la seduta senza che alcun tono particolare annunciasse qualcosa di straordinario. Anzi il gruppo attraversava un periodo di stabilità. Eppure l'analista ricorda quella seduta a distanza di trenta anni, come se la avesse condotta ieri. Il gruppo era uscito ormai da tempo, da fasi critiche anche gravi. Una componente depressiva e luttuosa era stata elaborata con fatica. La depressione era seguita ad una fase iniziale, fondante, nella quale erano emersi sentimenti di rabbia convulsa. Si era trattato di un odio virulento e contagioso, diretto contro una analista/madre-arcaica, richiesta di accudire bisogni primari non tollerati come propri, specie a fronte di una madre/analista sentita come ultrapotente. Una sorta di dea orientale dalle mille mammelle, che feconda-e-annienta, adorata e terrificata. Il tentativo estremo di lottare contro di lei e di affermare una identità autonoma (a quel tempo il gruppo, nato casualmente al femminile, era ancora composto di sole donne) aveva prodotto una cultura somatizzante. Il periodo delle numerose malattie ginecologiche e virali di tutti i membri del gruppo ebbe una durata quasi pericolosa e probabilmente aveva fra le altre la funzione di terrorizzare l'analista, collocando fuori di sé sentimenti invivibili. Quasi per miracolo il gruppo aveva superato quella prima fase. Era stata necessaria una lunga e forte, ma flessibile pazienza. Dopo un breve tempo liberatorio però erano subentrati sentimenti di depressione, il senso di rimorso, il timore del ricordo e la minaccia di perdite emorragiche dei tesori agognati del gruppo. Il gruppo era certo di non riuscire più a ristabilire la creatività del racconto, e il silenzio era sentito come distruttivo. Proprio a quel tempo l'analista rifletteva sul fatto che le fasi depressive del gruppo si presentano, e sono, profondamente diverse da quelle dell'analisi classica (Marinelli, 2000). Presumibilmente il rischio di distruzione della mitopoiesi, propria del gruppo e da esso potenziata, è specifico del dispositivo sociale, più veloce e contagioso, più ricco di identificazioni fra i membri e di piani sincretici dei legami. Appare chiaro a chi ne fa l'esperienza, come nel gruppo la condivisione e il timore che la socialità annulli la singolarità, aumentino il bisogno di produrre miti propri (vedi in questo senso la specificazione di Ferro, 2006, sul bisogno analitico di forgiare in seduta miti sempre nuovi; e l'importanza del lavoro del gruppo intorno al mito di sé, in Marinelli, 2004a). Comunque, fra difficoltà e sensazioni minacciose di pericolo imminente, l'odio veniva mitigato, bonificato e la rabbia trovava ancoraggi nei diversi contenuti che muovevano il campo comune, consentendo di rielaborarla.

Poi improvvisamente vi fu la seduta indimenticabile (quasi una scena- modello del gruppo (nel senso di Lichtenberg, riproposto da Correale in relazione al gruppo, 2001), o del gruppo con l'analista incluso (vedi su questo tema Marinelli, 2001; Hinshelwood and Torres, 2013, p.74). Uno via l'altro, procedendo dalla mia sinistra alla mia destra, tutti i pazienti narrarono, ognuno per la prima volta del resto, di essere nati contro la volontà di uno o entrambi i genitori: chi salvato dal carabiniere che aveva fatto irruzione nella sala clandestina della pratica abortiva; chi causando il divorzio istantaneo dei genitori o la fuga del giovane fidanzato, o scatenando minacce suicidarie; chi era stato subito abbandonato a qualche nonno ecc. Fu un colpo di scena subitaneo, un coup de théâtre e somigliava ad una azione. Quasi pur di essere unici e forti avevano...cambiato gruppo... Ora si presentava uno scenario compatto e profondo per la prima volta. Qui, sembrava dire il gruppo, non si tratta di narcisismo. Qui ci sono i fatti. E questi fatti danno un "la" definitivo alle nostre vite, oltre al nostro gruppo.

E i fatti c'erano e imposero una riflessione. Era il fatto dell'essere rifiutati per sempre e dall'origine. Alcuni del gruppo avevano sviluppato dopo il rifiuto una particolare vivacità, altri una sensibile reattività, uno era psicosomatico e un altro depresso. Ma ora tutti insieme si sentivano molto meglio, riconosciuti e nel diritto. E non più soli. Fu la sensazione, che lasciò l'analista incredula e attonita, di nascere nuovamente e per la prima volta, da una madre/gruppo, diversa e plasmata dal gruppo, che avrebbe garantito la vita per sempre, forse proprio perché l'aveva ancorata all'esperienza di dolore. L'indefinito era finito.

Mi resi conto delle specifiche potenzialità del dispositivo di gruppo nei confronti di una particolare categoria di eventi emotivi, inerenti alla formazione identitaria, difficili da individuare, riconoscere e da enucleare durante l'analisi, in quanto si presentano invisibili e inaccettabili, o accettati da qualcuno solo per metà. E spesso il gruppo si occupa della seconda metà, per così dire. Lavorando attraverso, throughout, perché l'esperienza di serialità, accorpamento e massificazione che il gruppo potrebbe slatentizzare, sia sentita invece come una salvaguardia dalla debolezza o come una minaccia da elaborare per essere sentita vitale.

In questo caso l'effetto a cascata prodotto dall'istante di omogeneità aveva fornito un'occasione straordinaria di coraggio e di rafforzamento identitario.

Dopo questa emotivamente intensa narrazione clinica all'interno del discorso di Stefania Marinelli sulla possibilità di comprendere il concetto di omogeneità nelle sue differenti articolazioni, vorremmo evidenziare l'importanza dei primi colloqui con il paziente per capire le indicazioni ad un particolare setting piuttosto che ad un altro.

Neri richiama l'attenzione su quanto siano fondamentali i primi colloqui per comprendere se vi è la possibilità di iniziare un lavoro analitico individuale o di gruppo e, nel caso, per mettere le basi ad una valida alleanza terapeutica. E sostiene:

nel valutare i problemi di un paziente e decidere l'eventuale indicazione di una psicoterapia di gruppo, tengo in conto soltanto parzialmente i dati che mi sono offerti dall'impiego della nosografia e delle categorie diagnostiche psichiatriche.

Ad esempio, cerco di capire se un certo paziente è sofferente di una grave forma di depressione monopolare oppure alterna periodi depressivi e maniacali. Mi domando se ha tratti ossessivi. Cerco di chiarire se tende a sentirsi perseguitato e se questo senso di persecuzione è organizzato in forma paranoica. Una volta però che sono entrato in rapporto con il paziente - nei colloqui preliminari e soprattutto dopo che è iniziata la terapia - i dati che ho raccolto con gli strumenti concettuali della nosografia psichiatrica rimangono nella mia memoria soltanto come uno sfondo. Anzi, in un certo senso, quasi li dimentico del tutto.

Anche perché, come abbiamo visto, riteniamo che il nostro modo di lavorare con il paziente non possa prescindere dal considerare qualsivoglia diagnosi in modo dinamico. Ciò significa che è necessario cercare di comprendere quale sia il setting più adeguato ai suoi bisogni nel momento in cui richiede un trattamento terapeutico e mantenere sempre aperto un interrogativo rispetto alla adeguatezza della

primitiva indicazione nel divenire del lavoro analitico. Neri continua: Ciò che preferisco è farmi un'idea generale, personale e personalizzata dell'uomo o della donna che ho di fronte. Nel corso del colloquio o dei colloqui preliminari per me è molto importante capire se sono in grado di stabilire una qualche forma di contatto emotivo intenso con la persona con cui sto parlando. Questo richiede un ascolto attento. Spesso richiede anche che io ponga al mio interlocutore o interlocutrice alcune "domande ravvicinate". Con questa espressione, indico le domande che possono toccare punti sensibili del vissuto del paziente. Ad esempio, posso chiedere ad un paziente: "Ma sua madre in effetti come è morta?" oppure "Mi sembra che lei non provi soddisfazione nel suo lavoro: è così oppure ho capito male?" Talora, faccio anche notare alla persona con cui sto parlando alcune contraddizioni, che sono presenti nel suo discorso. Dopo questi interventi, che possono prendere un po' in contropiede il mio interlocutore perché rappresentano una sorta di cambio di marcia e comunque si distaccano dal modo in cui si esprimerebbe uno psichiatra o uno psicoterapista che corrispondesse pienamente all'immagine convenzionale, spesso si verifica un contatto emotivo. Tale contatto, in genere, mette in moto una piccola catena di associazioni, oppure una piccola serie di nuove domande e nuove risposte. Lo stabilirsi del contatto emotivo e la catena di azioni e contro-azioni che ha attivato rappresentano per me uno strumento importante attraverso cui mi faccio un'idea della possibilità di fare un buon lavoro con quel paziente. Oppure, viceversa, che fare un lavoro insieme potrà essere difficile o addirittura impossibile.

Corbella, nella condivisione di quanto sostenuto da Neri, dice: utilizzo il termine "incontro" e ritengo fondamentale che, sia l'analista sia il paziente, si diano la possibilità di comprendere se fra loro può esserci un buon incontro, al di là delle capacità oggettive dell'analista e della patologia più o meno grave espressa al momento dal paziente. Dopo il primo incontro consiglio sempre al mio interlocutore di ascoltarsi e di chiedersi con sincerità se ha voglia di rivedermi e di raccontare proprio a me i suoi pensieri più intimi e segreti. Sottolineo come al di là della notorietà, della stima ed anche degli eventuali titoli accademici e di ciò che ha letto su Internet dell'analista, quello che conta sono le emozioni e le sensazioni che il terapeuta gli ha suscitato. Magari non sono piaciuti particolari razionalmente irrilevanti: la voce, il colore delle calze, l'arredo dello studio, e nel mio caso, anche i gatti. La scelta non deve essere dettata dalla ragione: per iniziare un buon lavoro analitico è necessario cominciare a dare dignità di ascolto alle emozioni.

Ritengo che sia molto importante insistere con il paziente su questo particolare, sia che si ipotizzi di poter assumere il ruolo terapeutico nei suoi confronti, sia che si pensi che sia più opportuno indirizzarlo ad un collega. Spesso le persone che stanno male e che quindi sono in uno stato di bisogno assumono un atteggiamento acritico nei confronti del presunto "esperto", all'interno di un transfert il più delle volte aprioristicamente idealizzante o persecutorio. Il rimandare la loro attenzione a quello che sentono rispetto a quell'individuo con cui dovranno intrattenere se non un lavoro analitico, quantomeno un dialogo, per quanto sarà possibile, "sincero", significa dare valore alle loro impressioni, alle loro fantasie e in questo modo cominciare a creare uno spazio potenziale di "pensabilità" anche ad aspetti "irragionevoli". Molto spesso mi è capitato che pazienti con alle spalle uno o più fallimenti terapeutici mi raccontassero, in conseguenza alla chiarificazione sull'importanza del loro sentire, che nelle esperienze passate avevano avuto fin dal primo incontro una sensazione negativa e non empatica rispetto all'"esperto" con cui poi il trattamento terapeutico si era rivelato un fallimento, ma che avevano ritenuto inopportuno dare ascolto alle loro impressioni. Non è che pensi che il paziente abbia sempre ragione; si sa bene che esistono le persone incurabili e gli abbandonatori compulsivi, ciò nondimeno credo che richiamare l'attenzione sulla possibilità di scelta, oltre che per i motivi già espressi, sia importante per il paziente come primo passo per l'assunzione di una propria parte di responsabilità nel lavoro terapeutico. Ovviamente le responsabilità della scelta della condivisione di un lavoro terapeutico deve assumersela prima di tutto il terapeuta stesso, che deve essere consapevole dei propri limiti, del fatto che non può onnipotentemente curare tutti e che non è il solo terapeuta al mondo. Deve dunque interrogarsi sulla sua disponibilità a fare

un progetto di cura proprio con quel paziente, sulla qualità dell'incontro e sulla adeguatezza rispetto ai bisogni del paziente dei suoi specifici strumenti terapeutici.

La scelta è più facile se la richiesta avviene nell'ambito del privato, (purché si riesca, come si dovrebbe, a non farsi condizionare dalla eventuale necessità economica di avere pazienti; necessità che stimola a prendere chiunque). Quando si lavora nel pubblico è più difficile rifiutare un paziente, ma bisognerebbe comunque tenere sempre aperta la possibilità di un invio ad un collega che si ritenga più idoneo a rispondere ai bisogni di quel particolare paziente.

Dal canto suo Neri dice: non propongo al paziente la mia opinione professionale dopo un solo colloquio. Mi limito ad anticipare qualcosa: in genere, un segnale di disponibilità. Posso dire, ad esempio, "Non sono in grado di dirle adesso se potrebbe esserle più utile una psicoterapia individuale o una psicoterapia di gruppo. Non sono neanche nella condizione di dirle quante sedute alla settimana potrebbero eventualmente essere necessarie. Mi sembra però che lei abbia necessità di aiuto e questo aiuto le potrebbe venire da una psicoterapia." Anticipo questa opinione perché l'esperienza mi ha mostrato che un paziente - nel momento in cui ha deciso di venire da me - si domanda: "Mi prenderà o non mi prenderà?" "Sono abbastanza interessante per lui oppure mi lascerà cadere?". Tenere il paziente - per un tempo abbastanza lungo - senza nessun cenno di accoglimento significa lasciarlo in una situazione di incertezza che è assai poco tollerabile.

Solitamente, però, chiedo al paziente di venire almeno una seconda volta. In alcuni casi gli dico che sarò in grado di dare un parere fondato soltanto dopo una serie di quattro o cinque incontri. Questa scelta deriva da alcune considerazioni. L'esperienza mi ha insegnato che nel corso di un secondo colloquio una persona può farmi vedere una faccia di sé molto diversa da quella che ha mostrato nel colloquio iniziale. Inoltre, la decisione di proporre ad una persona di iniziare una psicoterapia - a mio avviso - deve essere molto ben ponderata. Infatti, incominciare una psicoterapia e poi interromperla può lasciare ferite abbastanza profonde e spesso anche un penoso senso di fallimento. Avverto dunque, con grande forza, la responsabilità di dare questa indicazione ad un paziente. La avverto ancora maggiormente quando si tratta di consigliare di iniziare una psicoterapia di gruppo. In questo caso, infatti, sono coinvolte anche altre persone. L'arrivo di un nuovo partecipante mobilita sempre negli altri membri del gruppo attese e aspettative. Se poi la nuova persona interrompe la psicoterapia la delusione è grande.

Un altro motivo che mi porta a fare più di un colloquio è il desiderio di verificare quale è la capacità di elaborazione del paziente. Mi chiedo, ad esempio: "Che uso ha fatto del nostro incontro e di quello che ci siamo detti?". Un altro motivo ancora è connesso con il desiderio di rispettare un diritto del paziente ed anche un mio diritto. Io ritengo che il "futuro paziente" abbia il diritto di conoscermi (almeno un po') prima di iniziare con me un lavoro di psicoterapia che potrà durare alcuni anni. Altrettanto vale per me: voglio farmi un'idea del paziente anche come persona. Una volta che avremo iniziato una psicoterapia individuale (ed a maggior ragione una psicoterapia di gruppo), tutto cambierà. Io desidero dunque dare al paziente (ed avere di lui) anche un'immagine che non sia troppo distante da quella della vita quotidiana. Ciò può avvenire prolungando un poco il tempo delle consultazioni preliminari.

L'ultima ragione per cui abitualmente faccio due o anche tre colloqui prima di fornire il mio parere dipende dal fatto che il processo che porta dal primo colloquio, alla indicazione e poi all'effettivo inizio delle sedute è un utile processo interattivo. Io desidero che vi sia tempo sufficiente perché questo possa realmente avere luogo (Wille 2012, p.932 della traduzione italiana). Queste questioni così ben poste e ben chiarite da Neri sono da noi condivise e riteniamo dovrebbero esserlo da chiunque faccia il nostro lavoro. Neri continua scrivendo: le stesse motivazioni sono alla base anche del fatto che spiego, seppure a grandi linee, ma il più chiaramente possibile ai pazienti che me lo chiedono come funziona una psicoterapia di gruppo e quali sono i processi terapeutici che si mettono in moto. La scelta di fornire questo tipo di informazioni è stata il risultato di una lunga riflessione. Ho capito che le persone che venivano nel mio studio effettivamente non avevano molte idee su come funzionasse una psicoterapia di

gruppo. Mi sono anche reso conto che essi potevano avere idee erranee in proposito. In ogni caso, a mio avviso, è utile prendere molto sul serio anche le domande ed anche le eventuali obiezioni dei pazienti rispetto alla psicoterapia di gruppo, non considerandole semplicemente come “fantasie” da interpretare. Il fatto che queste idee errate corrispondano almeno in parte anche a fantasie è certo. Io cerco di comprenderle e di prenderne nota nella mia mente. Considero però che il mio interlocutore (durante i colloqui preliminari) non è (ancora) un paziente in analisi, ma è anche e soprattutto una persona che cerca di capire quale cammino terapeutico sta per intraprendere. Corbella e Marinelli condividono queste posizioni. Neri afferma inoltre che in alcune situazioni non fa pagare il primo colloquio al paziente a meno che non ritenga che ciò possa apparire (tenuto conto della storia e della patologia del paziente) una sorta di “seduzione” o di *captatio benevolentiae*.

Corbella sostiene a questo proposito: il setting si costruisce fin dal primo incontro, incontro che ritengo di fondamentale importanza; incontro fra due persone che devono poter capire, e quindi decidere, se possono e vogliono lavorare insieme. Ciò premesso è conseguente la mia scelta di non farmi pagare la seduta (salvo nelle situazioni prese in considerazione da Neri nelle quali condivido la necessità di sottolineare l’aspetto del lavoro e della professionalità). Spesso al mio rifiuto di pagamento la persona che ho di fronte mi guarda con stupore, che però si stempera in un sorriso quando ne spiego la motivazione. La relazione psicoanalitica implica un impegno profondo da parte sia del terapeuta sia del paziente, impegno emotivo, di tempo e, per il potenziale paziente, anche di danaro. A Milano il numero di psicoanalisti bravi è alto, e dunque la scelta dell’analista non solo è possibile ma necessaria per iniziare il percorso con “il piede giusto”. Rispetto all’inserimento o meno di una persona in una terapia di gruppo ritengo che l’aspetto imprescindibile, che costituisce la “*conditio sine qua non*” per poter inserire un individuo in un gruppo è che quest’ultimo accetti la proposta. Accettazione che raramente viene espressa all’inizio di un progetto gruppoanalitico, ma che, come vedremo in seguito a proposito della formazione del gruppo, va motivata dal terapeuta e discussa a fondo con il paziente. La mia lunga esperienza di lavoro mi ha insegnato a diffidare degli individui che immediatamente aderiscono, magari con entusiasmo, ad un progetto di terapia di gruppo. Spesso queste persone tendono ad assumere un comportamento compiacente ed adesivo nei confronti dell’autorità e a negare le difficoltà; difficoltà che divenute ineludibili dopo l’inserimento nel gruppo portano all’immediato abbandono del medesimo da parte delle suddette persone, con tutta la ricaduta negativa possibile che questo comporta per il gruppo, come ha ben descritto Neri. Ho trovato sostegno a questa mia esperienza nel libro della Puget (1994) che definisce questi individui “abbandonatori compulsivi” e li descrive come molto sicuri di voler affrontare un lavoro di gruppo, nei confronti del quale sembrano non porsi nessun dubbio. Spesso sostengono di avere fretta nel voler risolvere i propri problemi, ritenendoli gravi e particolarmente penosi per la propria vita sociale. Secondo l’autrice è necessario, di fronte a questi pazienti, valutare in modo approfondito la richiesta, esplorando l’eventuale presenza di aspetti contro-fobici. Spesso si tratta di persone con tratti marcatamente melanconici, con relazioni “esclusive e tiranniche” con la madre o con la famiglia, che hanno difficoltà nel mantenimento dei rapporti amicali; inoltre nella loro storia personale sembrano esserci state reazioni spropositate di fronte alla nascita di un fratello. In questi casi ritengo anche io inopportuno l’inserimento in un gruppo. Penso che valga tuttavia la pena di sondare a fondo le motivazioni che spingono queste persone ad affrontare un qualsivoglia lavoro terapeutico, sottolineando che in questo caso è fondamentale darsi “tutto il tempo che sarà necessario”. E’ comunque opportuno accogliere la richiesta di aiuto tamponando l’eventuale emergenza con una serie di colloqui e rimandando la possibilità di un approfondito lavoro terapeutico a quando il paziente si sentirà sinceramente motivato e disponibile ad affrontarlo. Il rifiuto opposto dal terapeuta alla richiesta di un immediato inserimento nel gruppo va fatto cercando di rendere partecipe il paziente delle proprie modalità relazionali che lo portano spesso a facili entusiasmi e ad altrettanto immediate delusioni e abbandoni di progetti o di relazioni. E’ utile partire da argomentazioni immediatamente verificabili dal paziente stesso, magari

riprendendo il materiale portato da lui medesimo e aggiungendo semplicemente qualche commento esplicativo. In questo modo il paziente comincerà a sentirsi riconosciuto e si potranno porre le basi per un iniziale allentamento della tensione e per un contenimento del malessere che in un secondo tempo, in alcuni casi, potrebbe sfociare nella richiesta, questa volta autentica, di un lavoro terapeutico.

Viceversa il rifiuto netto e deciso rispetto ad un progetto di terapia di gruppo da parte di un paziente va, a mio parere, assolutamente accolto. L'esperienza mi ha insegnato che a questo proposito il paziente ha sempre ragione; forzarlo ad accettare a tutti i costi la proposta del terapeuta, anche se motivata in modo ineccepibile, sarebbe un grave errore. Nel corso del lavoro si evidenzierà che spesso dietro la richiesta dell'accoglimento del loro rifiuto vi è una messa alla prova del terapeuta. Più o meno inconsapevolmente il paziente desidera sondare quanto l'analista vuole avere ragione e esibire il suo potere, o quanto è disponibile ad accogliere il rifiuto, anche se può sembrare un capriccio dettato dalle parti infantili del paziente. Il prosieguo del lavoro analitico individuale mi ha portato a comprendere che spesso questi pazienti avevano avuto nella loro storia figure parentali molto narcisistiche, tendenti a colonizzare e ad espropriare con le loro aspettative e i loro desideri il mondo interno dell'infante prima e del bambino e dell'adolescente poi.

Nella maggior parte dei casi il paziente si dimostra "spiazzato" dall'accoglimento del suo presunto "capriccio" e ne è quasi imbarazzato; spesso dopo qualche seduta è lui stesso a riproporre la possibilità grupale: "forse sarebbe effettivamente meglio per me entrare in un gruppo, come mi aveva proposto lei..." E' invece importante che il terapeuta mantenga l'alleanza con la parte "capricciosa" del paziente e che venga dato tutto il tempo per capire a fondo le motivazioni che lo hanno portato a rifiutare il gruppo. In seguito, magari dopo anni di analisi o terapia individuale, potrà essere il paziente stesso, rafforzato nel senso di sé e rassicurato dalla base sicura di una profonda alleanza con l'analista, a proporre il lavoro di gruppo di cui potrà fruire positivamente. Questa proposta dovrà essere sentita valida anche dal terapeuta nel momento in cui il paziente la esprimerà. L'analista dovrà essere ben sicuro che si tratta della risultante di un processo evolutivo e non di una fuga da un momento di difficile impasse relazionale. In molti casi il lavoro terapeutico potrà concludersi con esito positivo in ambito individuale e il terapeuta, a mio parere, avrà il dovere deontologico di riconoscere al paziente l'adeguatezza della sua scelta iniziale e dunque il valore positivo del suo antico rifiuto al gruppo.

In sintonia con il discorso di Corbella, continua Neri: Non mi pongo mai un'alternativa secca: "È o non è un paziente adatto per una psicoterapia di gruppo?". Invece, tengo sempre a mente un ventaglio piuttosto ampio di opzioni: "Per questa persona, sarebbe meglio una psicoterapia di gruppo o una psicoterapia individuale?", "Posso lavorare bene con la persona che ho davanti oppure è meglio che faccia il nome di un collega?", "Vi è qualche altro tipo di gruppo che segua un modello teorico diverso da quello che io adotto, del quale questo paziente potrebbe trarre maggiore giovamento?", "È preferibile metterlo in contatto con un Centro di salute mentale, nel quale potrà avere più figure di riferimento e fruire di un contenimento istituzionale?" Nel decidere su quale parere dare ad una certo paziente sull'inizio di una psicoterapia di gruppo lascio inoltre sempre uno spazio piuttosto ampio ad una sorta di "intuizione pratica" di quello che mi sembra meglio per lui, in quel dato momento. Questa intuizione pratica è riportabile soltanto in piccola parte ad un metodo che può essere spiegato, messo in parole ed insegnato. Scaturisce, infatti, soprattutto dalla esperienza clinica. In un certo senso, è anche un'invenzione della soluzione più opportuna. Corbella ritiene che questo genere di intuizione nasca dall'attivazione dell'area preconsocia. Con colta eleganza Neri dice di far ricorso a Metis la divinità greca che impersona l'astuzia, la sagacia e la capacità di escogitare stratagemmi. L'arte di Metis è una forma di conoscenza operativa libera da qualunque preconconcetto fideistico o ideologico: una saggezza pratica, sintesi di guizzo creativo ed abilità concreta.

L'arte di Metis, che continuò a prosperare come filosofia pragmatica fino alla nascita dell'Impero Romano, fu poi in larga misura soppiantata dall'assoluta verità della filosofia platonica, nella quale fede

religiosa e scienza si sovrappongono l'una all'altra, sacrificando la saggezza ed il sapere pratico al dogma. Metis scomparve perché, in effetti, è inconciliabile con la fede in una verità assoluta. Dirò di più, Metis non può essere schiava di nessun potere assoluto; tale vincolo infatti le toglierebbe la linfa vitale rappresentata dalla libertà di pensiero, di immaginazione e di scelta.

Nel comunicare al paziente il parere sulla opportunità che inizi una psicoterapia di gruppo, cerco di farlo con parole che veicolino anche la mia fiducia nella psicoterapia di gruppo stessa. Posso dirgli ad esempio: "Secondo l'opinione che mi sono fatto incontrandola, la psicoterapia di gruppo offre la migliore prospettiva di una buona riuscita rispetto ai suoi problemi. Essa presenta, inoltre, la scelta migliore perché i positivi risultati ottenuti siano duraturi".

Neri ci dice anche di un suo modo molto originale per comprendere se il paziente ha indicazioni o controindicazioni per la terapia di gruppo tenendo in mente due poli: il profilo del "candidato ideale" e lo identity kit del "paziente possibile". E aggiunge: Voglio anche mettere bene in evidenza che nello stabilire se vi è l'indicazione per una psicoterapia di gruppo, io guardo prima di tutto a ciò che è utile per quel certo paziente, però tengo presente anche quello che è vantaggioso per gli altri membri del gruppo e per un buon funzionamento del gruppo nel suo insieme.

A questo proposito Corbella narra di una sua particolare modalità di comprendere se e quando il gruppo è in grado di accogliere l'ingresso del paziente "prescelto". E per fare ciò utilizza proprio un concetto di Neri quello del Genius loci.

E afferma: ritengo che, per comprendere se l'aspirante nuovo membro del gruppo potrà sentirsi più o meno a suo agio, tenendo comunque conto delle inevitabili difficoltà iniziali, è fondamentale che il conduttore abbia chiaro quale fase il "potenziale gruppo di appartenenza" stia attraversando e se quella fase sia indicata per l'ingresso di quel paziente. Per quanto riguarda invece la disponibilità del gruppo ad accoglierlo, al di là dell'assenso verbalmente espresso dai membri, penso possa essere una buona indicazione che il conduttore provi a immaginare come il "Genius loci" del gruppo possa accoglierlo. Neri (1995) che usa questa sintetica ed elegante espressione, ci ricorda che i Greci e Romani consacravano i luoghi ad un nume chiamato appunto Genius loci, che aveva un particolare rapporto con l'armonia del posto, presiedendo alla buona relazione tra i diversi elementi; acqua, venti, vegetazione ecc., e che veniva immaginato incollerirsi quando le caratteristiche del luogo venivano alterate. Il Genius loci è rappresentato nel gruppo terapeutico da quel paziente che ha il compito di animare o rianimare l'identità del gruppo, di collegare il progresso del gruppo con la sua base affettiva evitando lacerazioni e ferite nell'identità sincretica dei membri e nello stesso tempo consentire che il gruppo evolva. Questa funzione viene assunta inconsapevolmente da un membro del gruppo che si occupa di preservare l'identità specifica del gruppo attraverso un'opera di tessitura interna e segreta che non deve essere fatta oggetto di interpretazione da parte dell'analista, ma seguita e capita. Il Genius loci è dunque una figura di riferimento affettivo che ha la funzione di inventare le forme dello stare insieme che attivano lo "spirito" del gruppo. Quando decido di inserire un nuovo paziente in un gruppo cerco di immaginarmi la reazione del "Genius loci" di turno. Se le reazioni supposte sono di accoglimento ipotizzo la possibilità di un "buon incontro", in caso contrario, se continuo a ritenere che quel gruppo sia adatto a quel paziente e viceversa, rimando l'incontro in attesa di tempi più opportuni. Ringrazio Neri di avermi ben chiarito l'importanza di questa figura che più di una volta mi ha impedito di sbagliare i tempi di inserimento.

Neri ci dice che il suo candidato ideale per la psicoterapia di gruppo dovrebbe possedere il maggior numero possibile delle caratteristiche che seguono. Dovrebbe essere così sofferente (e contemporaneamente così consapevole della sua sofferenza), da essere molto desideroso di intraprendere il difficile lavoro di trasformare e sviluppare se stesso.

Dovrebbe presentare anche aspetti positivi: originalità, generosità, bizzarria, senso dell'humour. Egli dovrebbe inoltre possedere una serie di qualità che ne fanno un buon compagno per gli altri partecipanti: affidabilità, impegno emozionale, tenuta nelle relazioni e sincerità. Tra queste, la più importante è

l'affidabilità, intesa come una determinazione interna tale da permettere di superare momenti di crisi ed impasse. In un gruppo, infatti, è particolarmente importante che la persona dia apporti al lavoro di insieme. Questo favorirà il fatto che sia accettata e investita affettivamente dagli altri partecipanti. Dovrebbe mostrare qualche interesse per le situazioni di gruppo e per la vita sociale. Una manifestazione di tale interesse è - ad esempio - il racconto di un sogno nel corso dei colloqui preliminari, in cui viene rappresentata una scena in cui compare un gruppo. Un'altra manifestazione è porre domande volte a capire come funziona la psicoterapia di gruppo.

Studenti, ragazzi e persone fuori del mainstream rientrano tra i "candidati ideali". La psicoterapia di gruppo permette di fruire di un trattamento terapeutico ad orientamento psicoanalitico a queste persone che non potrebbero sostenere la spesa di una psicoterapia individuale. È una grande opportunità per loro. Lo è anche per me. Infatti, posso avere un rapporto professionale con persone differenti da quelle che vengono abitualmente per una psicoterapia individuale o per un counselling. Lo è inoltre anche per gli altri membri del gruppo che possono entrare in contatto con mondi ed esperienze di vita a volte molto distanti dai loro.

Nel corso dei colloqui iniziali, a volte mi accade di avvertire che la persona con cui sto parlando avrebbe bisogno di qualcosa di più vasto, poliedrico ed animato di quello che io le potrei offrire in un rapporto a due. È come se sentissi di non avere sufficienti risorse per aiutare veramente quell'uomo o quella donna attraverso una psicoterapia individuale. Approfondendo il discorso, emerge spesso che la persona che ha suscitato in me questo vissuto, per diverse circostanze, ha perduto un "intero mondo" o non ha mai avuto per sé un mondo abbastanza vasto e ricco. In questi casi, penso di trovarmi di fronte a un "paziente ideale" e suggerisco la partecipazione ad una psicoterapia di gruppo. Il gruppo, infatti, non è soltanto una relazione, ma un mondo.

Ricerca nei pazienti la presenza di queste quattro caratteristiche è risultato utile sia per i singoli pazienti, sia per promuovere un buon funzionamento del gruppo. I pazienti che si avvicinano al profilo del "candidato ideale" ottengono più spesso buoni risultati attraverso la psicoterapia di gruppo. Al contrario, i pazienti che si discostano molto dal profilo conseguono risultati terapeutici meno brillanti e possono fallire nel raggiungimento degli obiettivi che essi stessi si sono proposti.

Ciò è dovuto soprattutto al fatto che non sono in grado di dare un valido contributo allo svolgimento del compito primario del gruppo. Contribuire allo svolgimento del compito primario, infatti - come ho già annunciato - è indispensabile per fruire a livello personale della psicoterapia di gruppo (Yalom, 2005. p. 260).

Il paziente possibile Le caratteristiche che ho elencato tracciando il profilo del "candidato ideale" si trovano difficilmente riunite in una stessa persona. Dunque, io tempero l'aspettativa del "candidato ideale", con il piacere di incontrare il "paziente possibile". Il "paziente possibile" è una persona che realmente esiste. È ogni uomo o donna che viene nel mio studio, chiedendomi aiuto per affrontare la sua sofferenza psicologica ed esistenziale.

E Corbella scrive: penso che nel gruppo, grazie alla cultura che vi si costruisce, ogni partecipante, in alcuni momenti, possa diventare il paziente ideale. Lo psicoanalista, attento a non confondere la parte con il tutto (avere una patologia non significa essere totalmente patologico) sarà in grado di evidenziare per ogni partecipante quelle situazioni in cui ciascuno può divenire un modello per tutti, malgrado la sofferenza e la patologia o anche proprio grazie a queste. Semel mentecaptus non significa semper mentecaptus. Il gruppo, microcosmo protetto, permetterà che, a seconda degli argomenti trattati e delle fasi che si stanno attraversando, ogni paziente divenga per i membri un modello ideale che non giudica e non disprezza, con ricadute positive per il gruppo tutto. I movimenti evolutivi del singolo nel gruppo, ovvero l'emancipazione da comportamenti distruttivi e ripetitivi, vengono vissuti come il risultato di un processo condiviso, cui tutti possono e potranno attingere per nuovi orizzonti di speranza e di creatività attivati dall'area preconsa.

Ciò potrà accadere in controtendenza a ciò che oggi avviene nel sociale dal momento che Kaës nel suo ultimo libro *Il malessere* (2012) sottolinea come oggi dobbiamo confrontarci con mutazioni epocali che intaccano i processi di soggettivazione della persona con ricadute anche nei rapporti interpersonali. Il malessere contemporaneo è qualcosa che si situa all'incrocio dell'inconscio e della cultura ed occupa sia lo spazio intrapsichico sia quello intersoggettivo in una situazione di reciproca dipendenza di cui non sempre abbiamo consapevolezza. Kaës nel suo testo denuncia la mancanza nel mondo contemporaneo dei limiti, di contenitori sociali, della possibilità di un tempo e di un luogo per mediare, tempi e luoghi messi in scacco dal confronto costante con l'ideale del "tutto subito", della ricerca dell'immediato nello spazio e nel tempo. E scrive: "I disturbi dei limiti e del contenimento interessano particolarmente l'attività del preconscious e il lavoro della simbolizzazione". Possiamo allora ipotizzare che la società contemporanea esprima un malessere rispetto al quale appare particolarmente adeguata la terapia di gruppo ad orientamento analitico, visto che riteniamo questo setting particolarmente adeguato ad attivare l'area preconscious.

Bibliografia

Bion W.R.(1991). *Memoria del futuro. L'alba dell'oblio*. Milano: Cortina 2007. Correale A. (2001) (a cura di). *Borderline*. Roma: Borla. de Polo R. (2000), *Inconscio gruppale e modulazioni terapeutiche: indicazioni e controindicazioni all'analisi di gruppo*. Gruppi, Vol. II, N° 1, Gen-Giu 2000, Vol. II, N° 1, Gen-Giu 2000. De Toffoli C. (2011). *Psicosoma. Il sapere del corpo nel lavoro psicoanalitico*, Rivista di Psicoanalisi. 3. De Toffoli C. (2014). *Transiti corpo-mente*. Milano e Roma: FrancoAngeli. Ferenczi S. (1929). *Il bambino mal accolto e la sua pulsione di morte* (1929). Opere, vol. IV., 1927-1933. Milano: Cortina 2002. Precedente edizione italiana *Fondamenti di psicoanalisi*, vol.5. Rimini: Guaraldi, 1972-75. Gruppi omogenei, a cura di Corbella, Marinelli, Girelli. Roma: Borla 2004. Ferro A. (2006). *Riflessioni preliminari su Psicoanalisi e Narratologia*. In *Tempo e Narrazione*, a cura di S.Marinelli e M.Bernabei. *Funzione Gamma*, 17, www.funzionegamma.it. Freud S. (1912-1913). *Totem e Tabù*. Opere, vol. VII. Torino: Boringhieri. Freud S. (1921). *Psicologia delle masse e analisi dell'Io*. Opere, vol. IX. Torino: Boringhieri. Hinshelwood R.D., Torres N. (2013), edited by. *Bion's Sources*. London: Routledge. Tr.it. *Fonti di Bion*. Roma: Borla, 2015. Kaës R. (2012) *Il Malessere*. Roma: Borla, 2013. Mc Dougall J. (1990). *Teatri del corpo*. Milano: Cortina. Marinelli S. (2001). *Assunto di base anoressico: l'analista incluso nel gruppo*, *Psicoterapia e Istituzioni*, 2. Marinelli S. (2000). *L'elaborazione della depressione nel gruppo e il rito collettivo*, In *La psicoterapia di gruppo con pazienti psicotici e borderline*, *Funzione Gamma*, 4, www.funzionegamma.it. Marinelli S. (2004 a). *Demitizzazione e rimitologizzazione*. In *Mito Sogno Gruppo*. Roma: Borla. Neri C. (1995-2002). *Gruppo*. Roma: Borla. Puget J. (1994) *Il gruppo e le sue configurazioni*. Roma : Borla 1996.