



**ARGO** Associazione per la Ricerca sul Gruppo Omogeneo  
la Rivista, Gruppo: Omogeneità e differenze

*Psicoanalisi di gruppo: Reso-conto di 50 anni di lavoro*



**Il gruppo nelle comunità di cura  
Intervista con Livio Comin**

*A cura di Stefania Marinelli*

**Domanda:** Ti saluto e ti ringrazio di aver accettato questa intervista che del resto nasce da una nostra antica collaborazione, dato che Firenze si è diciamo distinta nella storia della rete di legami del Centro di Ricerche di Gruppo il “Pollaiolo” di Roma, per avere risposto subito al richiamo! e mi fa piacere rievocare con te le esperienze di lavoro con i gruppi nella città di Firenze e, in particolare, nelle comunità terapeutiche dove tu hai una larga esperienza. Dunque, io ti rivolgo delle domande che ti ho in parte anticipato. Ti ringrazio di aver accettato di collaborare con le tue risposte. La prima domanda che ti rivolgo è questa: potresti tu dire che in Italia la terapia di gruppo nel contesto istituzionale e, in particolare, appunto nella tua esperienza nelle comunità terapeutiche, abbia una storia propria rispetto, ad esempio, a quella riconosciuta come modello della comunità terapeutica anglo-sassone? E, se sì, potresti indicare in questa sede le principali qualità specifiche della tradizione italiana?

**Risposta:** Ti ringrazio Stefania di questa opportunità che oltre a consentire di rivederci, mi consente anche di fare mente locale e ricordare delle esperienze passate importanti per me, come persona oltre che come professionista, e che nel ricordare mi fanno fin da subito provare nostalgia per l’epoca della mia vita finita due anni fa, cioè da quando andando in pensione sono uscito dall’Istituzione sanitaria e quindi dai servizi di salute mentale in cui ho lavorato per tanti anni.

Allora, vengo alla domanda.

Preciso che dirò delle cose che si basano su un punto di vista relativo, cioè frutto della mia esperienza soggettiva, certamente con continui richiami al contesto in cui queste sono avvenute e alle persone, ai colleghi che sono stati attori di questo contesto. La domanda che tu proponi riguarda un paragone fra il modello, l'esperienza inglese e la nostra esperienza.

Preciso meglio cosa vuol dire la mia esperienza specificandone il vertice.

Io ho lavorato con i gruppi con un approccio di tipo analitico, precisamente quello del piccolo gruppo analitico e l'insieme di questo lavoro si può riassumere in due fasi: una, che hai conosciuto direttamente anche tu, centrata sui gruppi nelle comunità terapeutiche, soprattutto "Il Villino" che aveva fondato Gianni Di Norscia, e una seconda fase caratterizzata dai gruppi nei servizi territoriali di salute mentale nella quale ho lavorato assieme a Giuseppe Saraò.

Il modello inglese, senz'altro in ambito psicoanalitico il modello principale in Europa e molto diverso per esempio da quello argentino, nasce come sappiamo già negli anni '70 con il lavoro e le elaborazioni di psicoanalisti come Tom Main, Hinshelwood, Rapaport, Jones e, non ultimo per valore, Norton con le sue esperienze all'Henderson Hospital di Londra. Citare un ospedale mi consente di fare una precisazione di differenza di contesto: in buona parte e soprattutto all'inizio le comunità terapeutiche inglesi erano dentro l'ospedale, cioè nell'ospedale c'era un reparto per la crisi e un reparto di comunità terapeutica dove i pazienti che là venivano ricoverati facevano un percorso di almeno sei mesi. Nei nostri ospedali c'è solo il reparto per la crisi, chiamato SPDC (Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura), e tutte le altre strutture (comunità terapeutiche, case famiglia, centri diurni) sono nel territorio.

Il principio fondante del modello inglese è la terapia di gruppo, precisamente la terapia di gruppo di tipo froudeliano. Per esempio, gli inserimenti di nuovi pazienti vengono decisi non dalla équipe curante, ma dal gruppo dalla comunità, quindi dai pazienti assieme agli operatori.

Poi c'è il Gruppo Crisi: per qualsiasi difficoltà, un conflitto fra persone, una angoscia dirompente di un paziente, ecc., che fosse di giorno che fosse di notte, viene attivato un gruppo crisi, cioè tutti i pazienti e gli operatori presenti in quel momento nella comunità si riuniscono per analizzare ed affrontare la situazione.

Conosco abbastanza questo modello perché abbiamo fatto un'esperienza organizzata da Gianni Di Norscia, che ha invitato qui a Firenze dei colleghi inglesi che applicavano il loro modello di comunità terapeutica e per più giorni abbiamo simulato una esperienza comunitaria dove loro facevano i terapeuti e un gruppo di noi colleghi fiorentini facevamo i pazienti. L'idea è che lo strumento gruppo è il luogo dove vengono accolte tutte le situazioni e le emozioni che accadono nella comunità e la finalità del gruppo è quella di ampliare e interiorizzare la capacità riflessiva della persona, del paziente, con l'intento di sviluppare delle persone pensanti.

In Inghilterra la cosa è anche particolare perché le comunità terapeutiche sono

raggruppate in un'Associazione che è convenzionata con lo Stato, che però è un'associazione privata, anche se appunto di fatto sostenuta da contributi statali. Modello molto particolare, perché si tratta di comunità che ospitano mediamente 25 pazienti, cosa che qui in Italia per la legge Basaglia non è applicabile, perché qui le strutture comunitarie devono attenersi intorno ai 12 pazienti, massimo 15 e questo per l'idea di evitare che possano diventare dei piccoli manicomi. Là ci sono dunque comunità con venticinque pazienti per un periodo medio di cura di 7 mesi.

Negli anni in cui in Inghilterra iniziava tutto questo, qui in Italia le comunità terapeutiche erano quelle per i tossicodipendenti. I servizi di salute mentale non erano ancora organizzati e attrezzati per utilizzare questo strumento.

Le comunità per tossicodipendenti sono nate praticamente sul 'Progetto Uomo', un modello statunitense che è stato migliorato dal CEIS [Centro Italiano di Solidarietà] e dove tutte le attività e i gruppi stessi che venivano fatti - per lo più gruppi occupazionali, erano finalizzati, per dirla schematicamente, alla riabilitazione delle funzioni dell'Io, come la capacità di sostenere la frustrazione, di portare a termine un compito, eccetera. Un modello chiaramente diverso da quello che poi più tardi in Italia si è sviluppato nella salute mentale.

Come date penso ci si possa riferire agli anni '90, è infatti nel 1998 che viene pubblicato quello che per me è il testo base della concezione psicodinamica italiana delle funzioni dei gruppi nelle comunità terapeutiche, questo testo è *La comunità terapeutica* [Ed. Cortina, Milano, di Ferruta, Pedriali, Vigorelli e Foresti].

Il modello che propone questo testo è anche quello con cui io ho lavorato.

Che modello è questo? Su cosa si basa questo modello? Si basa sull'idea che i pazienti vivono un'esperienza di comunità che è fatta da un insieme di oggetti parziali (la loro camera, il loro operatore di riferimento, ecc.) che poi devono essere integrati in un oggetto intero, un oggetto integrato: l'oggetto comunità.

Come e dove avviene questa integrazione? Essa avviene nel gruppo terapeutico effettuato dentro la comunità. Quindi potremmo dire che questo modello lavorava, lavora ed è tuttora utilizzato su una concezione di cura che si rifà principalmente alla coesione del sé. Insomma, il gruppo terapeutico così pensato e utilizzato possiamo intenderlo come un produttore di tessuto connettivo. Uso questa metafora. Il tessuto connettivo, come sappiamo, non è un tessuto unico, ma è un insieme di tessuti del nostro corpo che hanno la caratteristica comune di nutrire i tessuti degli organi vitali, quindi consentono il funzionamento dell'organismo. Questa è la sintesi della mia esperienza.

**Domanda:** Ci tengo a ringraziarti moltissimo per la grande chiarezza su quella che è una complessità così evidente. Credo anche di volerti fare un complimento: quando tu parli di quello che veramente ti interessa e ti appassiona acquisisci una chiarezza sorprendente. Quindi questa descrizione di una funzione sociale del gruppo all'interno della istituzione comunità terapeutica è emersa molto bene e mi

è piaciuta personalmente veramente tanto questa metafora dei tessuti connettivi, te ne ringrazio particolarmente.

Passo a una seconda domanda più specifica sulla tua esperienza.

Dunque, ricordando un tuo scritto di anni fa, tu ti occupavi della differenza della terapia di gruppo fra setting diversi. Vi è un setting classico, in cui i partecipanti non sono in contatto fra loro all'esterno del gruppo, come solitamente viene raccomandato ai partecipanti di fare, e di rispettare la regola di non frequentarsi al di fuori del gruppo. E vi è invece il setting di cura appunto nella comunità terapeutica a carattere residenziale appunto, in cui i partecipanti sono anche quelli che condividono fra loro, al di fuori del gruppo, un grado molto notevole di corporeità, sensorialità, dato che hanno una consuetudine quotidiana di convivenza e messa in comune di abitudini. E questo fa sì che un conduttore di gruppo, quale tu sei stato nelle comunità terapeutiche dove hai partecipato e lavorato, crea una notevole specificità. Ce ne puoi parlare? Grazie.

**Risposta:** Volentieri! Premetto che per la mia esperienza l'intimità, il campo che si forma all'interno di un gruppo psicoterapeutico è specificatamente generato e proprio di quel gruppo a prescindere dal fatto che i suoi partecipanti condividano un'esperienza di comunità terapeutica oppure che non la condividano. Specificato questo, ti posso dire che per la mia storia personale e professionale in questo ambito, la tua domanda mi riconduce alla seconda fase della mia esperienza, ossia al periodo che è durato fino a quando sono andato in pensione un paio di anni fa.

In questo periodo ho fatto gruppi nel servizio di salute mentale territoriale con pazienti ambulatoriali, cioè pazienti che si recano al servizio e hanno il loro psichiatra e usufruiscono di cure individuali, quindi pazienti che non hanno una relazione tra loro al di là del gruppo.

Aggiungo che mi è capitato di fare gruppi anche privatamente e questo è un altro ambito ancora. Nel senso che, se fai un gruppo in un servizio, sei comunque dentro in un contenitore. Certo, dentro questo contenitore tu sei terapeuta analista, quindi lavori con il contenitore della tua mente, c'è il gruppo psicoterapeutico che conduci e c'è poi anche l'équipe, il gruppo di lavoro di cui fai parte. Questa è una la specificità di questo contesto.

La finalità del gruppo psicoterapeutico in questo ambito, bionianamente parlando, è quella classica: quella di sviluppare, attraverso la funzione  $\gamma$  [gamma] del gruppo, la funzione  $\alpha$  [alfa] dell'individuo, cioè la finalità di sviluppare la capacità di pensiero, di metabolizzare degli elementi psichici difficili, angoscianti, dissocianti.

Una volta precisata la finalità va anche precisata una questione metodologica. Ne parlerò facendo riferimento alla prima esperienza che ho fatto di gruppi nel servizio pubblico tanti anni fa. A quei tempi lavoravo in un SERT, in un servizio per tossicodipendenze, e con grande entusiasmo, perché era l'epoca della formazione, delle prime esperienze.

Là ho iniziato a fare un gruppo con pazienti del servizio, con pazienti di significativa gravità di tossicodipendenza. È durato meno di un anno e ho dovuto poi riassorbire individualmente i pazienti perché avevo fatto un errore: la curiosità degli operatori, dell'équipe era tale che continuamente attaccava l'intimità del gruppo e nel dispositivo preposto non era stato previsto un sistema di salvaguardia, una funzione di membrana protettiva. Mi ricordo ancora: si faceva il gruppo di lunedì pomeriggio, alle 17:00. La mattina dopo, quando i pazienti presenti al gruppo andavano a fare il prelievo urinario per i controlli di routine, gli infermieri chiedevano: "Allora? Come è andato il gruppo ieri sera? Cosa sei riuscito a raccontare?". Ecco, in questo dispositivo mancava la protezione dell'intimità della seduta, mancavano cioè dei garanti del setting rispetto al metasetting, rispetto al servizio.

Successivamente nel predisporre gruppi psicoterapeutici nei servizi di salute mentale, con altri colleghi, ricordo in modo particolare Giuseppe Saraò e Giacomo Tessari, abbiamo posto molta attenzione nel predisporre garanti del setting del gruppo, soprattutto attraverso operatori del servizio che partecipando al gruppo terapeutico potessero svolgere una funzione di membrana e filtro fra l'intimità del gruppo e la curiosità dei colleghi dell'équipe.

Per esempio, nell'ultimo gruppo che ho fatto avevo con me due infermieri. Precedentemente avevo uno psichiatra e due infermieri. Abbiamo osservato che non è importante il tipo di figura professionale che partecipa al gruppo terapeutico assieme al conduttore, ma che invece è fondamentale che chi partecipa riconosca e possa far proprio il valore dell'intimità del gruppo sia rispetto ai pazienti che vi partecipano, sia riguardo ai colleghi che non vi partecipano.

L'abbiamo chiamata "Co-conduzione" questa modalità di conduzione dei gruppi psicoterapeutici nei servizi territoriali di salute mentale, una modalità appunto caratterizzata dalla presenza di colleghi che sono un ponte tra il campo del gruppo terapeutico e il campo del servizio, quindi del gruppo di lavoro.

Nella mia esperienza, se non c'è questo ponte, un gruppo dentro un servizio ha vita breve e anche possibilità di cura molto limitate.

Questo è il primo elemento, la prima funzione ponte.

Il secondo ponte che abbiamo utilizzato, uso il noi in riferimento all'esperienza condivisa con altri colleghi soprattutto con Giuseppe Saraò, è quello che si può chiamare "la ripresa", costituita da una mezz'ora di tempo dopo la seduta, in cui si riuniva il conduttore con i co-conduttori. La finalità di questo spazio è quella di metabolizzare degli elementi che sono stati sfiorati in seduta e che sono rimasti là sospesi, come in una sorta di dimensione interstiziale, e che possono precipitare addosso ai soggetti, sia che siano pazienti che operatori.

Faccio un esempio, un esempio che ho anche riportato in un articolo.

C'era una seduta. In quel gruppo c'erano due infermieri, un educatore, il conduttore e 9 pazienti. C'era un paziente molto agitato, molto in difficoltà e accanto a lui c'era un infermiere. L'infermiere cercava di parlargli e riuscì un po' anche a farsi ascoltare. Successivamente l'infermiere appoggiò la mano sul

ginocchio del paziente e il paziente gliela scaraventò via. L'infermiere si zittì per tutta la seduta. Durante la "ripresa" lui raccontò che quel paziente gli ricordava suo figlio che a quel tempo aveva 24-25 anni e che era stato da adolescente molto problematico.

Dunque l'infermiere aveva empatizzato con il paziente attraverso questo suo oggetto interno che però nel suo vissuto durante la seduta era stato non dico danneggiato, ma un po' "toccato". Nella "ripresa" è stato possibile riprendere questo elemento rimasto sospeso e metabolizzarlo assieme al collega infermiere. Se non ci fosse stata la "ripresa" di questa seduta e poi il giorno dopo il paziente entrava in medicheria e là trovava questo infermiere, potevano essere in grado di metabolizzare da soli quello che era successo il giorno prima? A mio avviso probabilmente no.

Qualcosa rimane sempre fuori, anzi, forse tanto rimane sempre fuori, un po' sospeso. Però avere un secondo ponte di questo tipo aiuta molto.

Quello su cui abbiamo cercato di riflettere di più con Giuseppe Sarà riguarda l'idea che ci possono essere degli spazi ponte come la "ripresa", la stessa conduzione, in cui è possibile che si depositano degli elementi indifferenziati che poi possono essere in qualche modo avvicinati e utilizzabili.

**Domanda:** Di nuovo ti ringrazio molto anche per questa tua risposta, che mette molto in chiaro la relazione tra funzione, contesto e funzione della cura in relazione a elementi che presentano una gravità, una serietà e che invece, attraverso una serie di mediazioni, possono essere elaborati. Mi voglio complimentare per la chiarezza con cui riesci a comunicare una complessità così, ricca di tradizioni di pensiero oltre che cliniche. In particolare, le esemplificazioni sono molto efficaci, quindi ti ringrazio di nuovo.

**Risposta:** Sì, grazie di riconoscerlo, però è anche una semplificazione. E' utile anche semplificare.

**Domanda:** Sai, la semplicità mi fa sempre pensare agli spartiti delle opere di Mozart, dove la musica sembra molto semplice (ma è complessa). Pensi, Livio, che nelle strutture pubbliche di cura vi sia un formato di terapia di gruppo da preferire a un altro come più specifico e più stabile? Penso ad esempio al gruppo focale o al gruppo tematico, rispetto invece alla tradizione del gruppo a finalità analitica che solitamente non è a termine, è semiaperto quindi ha nuovi ingressi e ha uscite progressive nel tempo, cioè insomma ha una temporalità più longitudinale. Mentre nelle istituzioni spesso noi vediamo che ci sono vari formati legati a tipi di temporalità e di tematicità diversa. Allora ti chiedo se tu hai fatto delle riflessioni che possono fare la differenza tra questo formato del gruppo a finalità analitica semiaperto diciamo, che ha una durata temporale non preordinata e che viene anche praticato privatamente, e il formato praticato nell'istituzione pubblica: pensi ci sia una differenza in questo senso?

**Risposta:** Può essere utile ricordare che l'epistemologia moderna individua la specificità scientifica attraverso la coerenza interna del discorso. È anche per questo che la psicoanalisi può essere riconosciuta come una scienza. Voglio dire, riguardo alla domanda che mi hai fatto, che dipende dalla cultura che ha quello specifico servizio.

I servizi, nella mia esperienza nella salute mentale, si collocano in un continuum che ha due poli. Da un lato, c'è la cultura della cura mirata a ripristinare la capacità adattiva del singolo, della persona attaccata dalla malattia e questi sono servizi che inevitabilmente lavorano molto sul sintomo, sulle funzioni dell'Io e poi sulla riabilitazione di queste funzioni. Allora, dentro questo tipo di servizi, secondo me, dal momento che la cultura di cura non è una cultura psicoterapeutica, ma è una cultura psichiatrico-riabilitativa, allora qui non ha senso fare gruppi come quelli che abbiamo fatto noi, cioè gruppi a finalità analitica rivisitati quanto al modello di conduzione. Dentro questo tipo di cultura del servizio ha senso, per coerenza interna, fare gruppi focali: su una manifestazione sintomatologica, su un'attività, su una fase, eccetera. Questo perché si aiutano le persone curate a essere di più in grado di funzionare rispetto a quell'elemento individuato nel focus del gruppo. Tutto quello che viene fatto nei centri diurni, nella riabilitazione, con i cosiddetti oggetti intermedi, è dentro questo ambito che è un ambito di grande valore, di grande dignità, insomma fondamentale. Sono interventi che riguardano funzioni dell'Io e sono finalizzati al ripristino o all'aumento della capacità adattiva della persona. Anche i gruppi di Photolangage di Claudine Vacheret che tu conosci, anche gruppi così raffinati, analiticamente raffinati che comunque si basano su un oggetto intermedio, in un certo senso rientrano in quest'ambito.

Come sai la concettualizzazione della Vacheret è focalizzata sul fatto che il disturbo psicotico riduce lo spessore del preconcio, lo assottiglia, quindi è più facile delirare. E, appunto, il modello del gruppo di Photolangage è finalizzato ad ampliare lo spessore del preconcio dei pazienti, "assottigliando" così la malattia.

Questo tipo di intervento va oltre le funzioni dell'Io, ma siamo sempre là sul funzionamento e alla fine sull'ampliamento della capacità adattiva della persona.

Dall'altro lato, un servizio che ha una cultura psicoterapeutica, quindi che si occupa non solo di come sta la mente di quel paziente in riferimento alla vita che fa, al contesto, alle cose che deve fare, ma che si occupa soprattutto di come sta il mondo interno di quella persona, allora in questo caso io penso che i gruppi più adatti, più pertinenti rispetto alla coerenza interna del processo di cura, siano gruppi come quelli che abbiamo fatto noi, cioè gruppi a orientamento analitico.

E' questo un modo di lavorare simile a quello che fanno gli inglesi nelle loro comunità terapeutiche, cioè favorire lo sviluppo di persone che pensano e che possono stare abbastanza in contatto con i loro sentimenti.

La mia esperienza è che nei servizi ultimamente, da quando è subentrata la cultura aziendale "risparmio-prestazione", basata appunto sul risparmio e sul conteggio delle singole prestazioni piuttosto che sulla valutazione dell'efficacia dei processi

di cura, i servizi che avevano un assetto psicoterapeutico si sono trovati soffocati e quindi spinti sempre di più di andare sul versante di una cultura della cura del tipo adattivo.

**Domanda:** Diciamo, le cose che stai dicendo da una parte sono più che condivisibili, dall'altro pongono degli interrogativi, almeno da parte mia. Allora, una battuta che mi viene da fare è questa: bella forza lavorare solo nelle condizioni privilegiate! per esempio dove già c'è una cultura psicoanalitica o psicoterapeutica in essere, rispetto a dove invece c'è una cultura riabilitativa. Ma l'analista del gruppo se ha uno sguardo sul gruppo istituzionale, come lavorerà invece nelle situazioni difficili? (Mi passerai la piccola provocazione). Punto due, tu hai parlato del campo. Adesso io non ti ho chiesto qual'è la tua concettualizzazione di questa nozione del campo – campo del gruppo, campo condiviso da un gruppo, o anche da una istituzione o da una istituzione territoriale tal dei tali rispetto ad un'altra. Però allora, che ne è del *campo istituzionale* (di nuovo una ironia per provocare: mi viene in mente la tradizione delle competizioni cittadine comunali in Toscana, le guerre che si facevano i singoli comuni toscani, insomma i guelfi e i ghibellini)? Abbiamo dei territori che si combattono l'un l'altro? oppure è possibile pensare a dei territori della sanità che naturalmente hanno culture diverse, ma che uno sguardo grupppale del campo complessivo potrà avvicinare, per renderle non solo rivaleggianti, ma tali da sviluppare una propensione a collaborare, a lavorare, a sviluppare una sinergia, a essere pensabili, a essere rese pensabili? Non so, la domanda l'ho posta in termini un po' troppo complicati. Se è comprensibile, forse con la risposta potrai renderla più chiara. Grazie.

**Risposta:** Dico qualcosa su quello che ho capito di questa tua domanda.

Per quanto riguarda la mia concezione della nozione di campo, nel tempo per praticità, mi sono trovato bene a usare una concezione di campo proposta da Antonello Correale: è una concezione che distingue campo attuale e campo storico. Questo consente di avere un'attenzione sia su un campo attuale, supponiamo durante una seduta, e anche avere in mente il campo storico con i depositi di più lunga permanenza.

Assolutamente no, non si tratta di fare la guerra fra guelfi e ghibellini. L'ultima nostra esperienza è stata proprio nel senso che dici tu.

Abbiamo fondato un Laboratorio sui gruppi diretto da Giacomo Tessari e coordinato da Giuseppe Saraò e da me, dove c'erano psichiatri e psicologi sia dell'area fiorentina che delle zone limitrofe. Era costituito anche da colleghi che non avevano una formazione analitica, ma che erano disposti ad attivare gruppi nei loro servizi provando a sviluppare insieme, in maniera eterogenea, un pensiero sui gruppi. E questo poteva avere a che fare con lo sforzo, l'impegno di sviluppare nei servizi una cultura psicoterapeutica.

Sulla prima domanda che facevi, se ne ho capito bene il senso: un analista che fa dei gruppi analitici dentro un servizio, che non ha una cultura psicoterapeutica



può comunque sviluppare una sensibilità e un pensiero psicoanalitico. Lo può fare? E' possibile questo? Io credo che sia possibile nella misura in cui viene prima fatto tutto un lavoro sui garanti del metasetting. Si tratta innanzitutto di condividere e poter far riconoscere il significato e le funzioni di quello che fai ai responsabili del servizio, ai colleghi psichiatri, ai colleghi psicologici, ma anche ad assistenti sociali, infermieri, educatori.

Se non puoi partire da questa condivisione, da questo riconoscimento, puoi magari impegnarti tantissimo ma, per la mia esperienza, è difficile poter raccogliere qualcosa. Facendo invece tutto un lavoro di costruzione dei garanti del setting, tipo quello che raccontavo prima a proposito del modello della Co-conduzione dei gruppi e quindi anche un lavoro di collegamento tra setting e metasetting, fra gruppo e servizio, allora sì, allora penso sia possibile raccogliere qualcosa.

**Domanda:** Credo che hai, in effetti, chiarito con la tua risposta anche i contenuti della mia domanda che era un po' farraginoso e indaginoso. Cioè hai detto che la funzione analitica, in questo caso, per esempio, mettiamo in un servizio dove c'è una cultura anti-analitica, per dirlo in maniera sintetica, è quella di rendere consapevole qual'è la realtà da affrontare, da elaborare, da trasformare o non poter trasformare per esempio, con cui o collaborare o non poter collaborare. Insomma, riconoscere quali sono i bisogni, le aspettative, le culture, gli stili di un contesto. Questa è sicuramente la risposta in effetti analitica che un analista di gruppo può dare. Mi è venuto un ricordo doloroso ma di cui ho molto rispetto. Feci una supervisione di gruppo in Toscana proprio a Sesto Fiorentino, che durò una seduta. C'erano tutti psichiatri di chiese diverse, per dirla così, di scuole diverse, sembravano collaborare e sembravano anche ognuno avesse un suo proprio punto di riferimento, per quanto rispettoso di quello di tutti gli altri. E la seduta fu unica, cioè fu una seduta di chiarimento dell'impossibilità di fare un lavoro comune, ma anche del coraggio di essere tanti individui diversi. Questo naturalmente lasciava anche capire che c'erano delle gravità, c'erano dei pensieri sulle gravità, c'erano delle gestioni anche strategiche, politiche di quel servizio, complesse e io, tutto sommato, ne ho conservato un ricordo frustrante perché la supervisione non nacque ma, dall'altro canto invece, il pensiero di una seduta che aveva operato un riconoscimento.

**Risposta:** Forse ho capito a cosa ti riferivi. Ritengo che si possa sempre trovare un pensiero, un senso e un valore analitico per qualsiasi esperienza. La mia idea è che nella situazione che hai raccontato di Sesto Fiorentino non è stato preparato bene il setting: il primario che ti aveva invitato, non ha potuto o non è riuscito a preparare, predisporre sufficientemente una funzione di garante del setting.

**Domanda:** Però quello che ci tengo a ribadire è che lo sguardo diciamo analitico è quello di riconoscere delle realtà, non di fare delle forzature sulla realtà, ma di riconoscere la realtà e stabilire cosa si può e cosa non si può pensare e fare e

organizzare. Allora, per esempio, quel ricordo di una seduta che non ha dato inizio a una supervisione ma è stata una seduta di riconoscimento è vero, sì, può essere stato frustrante, ma è stato anche un atto di nascita. Cioè un gruppo che nasce e poi non nasce, non continua, è anche un'esperienza fondamentale. Io penso addirittura che un analista nella sua mente debba avere avuto questa esperienza di gruppi che non possono nascere, di gruppi che si interrompono all'inizio, ma che hanno avuto un forte significato ugualmente. Dunque, rispetto ad un territorio dove per esempio si alternano istituzioni che hanno uno stile culturale o un altro, a me sembra anche tanto importante lo sguardo di chi non tanto decide se si può o non si può fare quel gruppo o quell'altro, ma che individua le caratteristiche, gli stili, le culture e poi le scelte che si possono o non si possono fare.

**Risposta:** Condivido, come dire: apprendere anche dall'esperienza di impossibilità di nascite o di impossibilità di sviluppi, sia per quanto riguarda l'analista, sia per quanto riguarda il servizio, il gruppo di lavoro.

Durante gli anni di lavoro nell'istituzione sanitaria, posso dire di non aver incontrato situazioni anti-analitiche, ma piuttosto di aver incontrato situazioni non-analitiche.

Anche quando ho trovato difficoltà a condividere, non ho avuto l'esperienza di trovarmi 'contro', quanto piuttosto il fatto di trovarmi e dover sostare sulla soglia. Però, là sulla soglia si può stare. Magari bisogna essere disposti a metterci tempo, pazienza, desiderio, dedizione ma poi piano piano è possibile, come dire, socchiudere quella porta. Mi è capitato di lavorare con colleghi dalle idee molto diverse dalle mie, da idee per esempio biologistiche della malattia psichica, ma ci si può mettere insieme, si può lavorare per sviluppare la forza dell'eterogeneità, però è anche vero che poi è necessario riuscire a fare le cose, a essere compresi, a poter generare assieme agli altri esperienze nuove.

**Domanda:** Grazie Livio, sei stato molto puntuale e questa ultima nota sulla eterogeneità e l'omogeneità delle situazioni, oltre che un richiamo a un tuo ottimo contributo al libro *Gruppi omogenei*, quando facevi parte della Associazione di Argo, mi fa pensare che ci siamo molto ben capiti e mi fa anche desiderare di siglare questa nostra conversazione in questa maniera, cioè mettendo a confronto i bisogni di omogeneità e i bisogni di eterogeneità che si sviluppano in un gruppo. Forse questa è una cosa che per me è particolarmente gradita. Sei stato molto generoso e anche veramente molto chiaro e non è facile avere tanta efficacia in una conversazione che in fondo poi riguarda una delle situazioni più gravi nella psicoterapia di gruppo e nel gruppo a finalità analitica, cioè come le strutture di comunità terapeutiche, dove i pazienti sono sicuramente molto difficili da trattare, dove la situazione sociale e sanitaria stessa può presentare tante austerità. Dunque, grazie di cuore!

**Risposta:** Tantissimi grazie anche a te! Quello che è venuto fuori stasera è il risultato di tutti e due, il risultato del nostro incontro. E sono davvero contento di aver avuto la possibilità di riattraversare, e vedere anche meglio, un lungo pezzo della mia vita lavorativa. Grazie ancora!

**Saluto:** Diciamo che è una conversazione ricca di storia. Questa edizione ha giusto un carattere storico sullo sviluppo degli studi, delle ricerche e delle cliniche del gruppo in Italia negli ultimi 50 anni, e la nostra conversazione è stata ricca di storia anche personale e di legami e di relazioni.

**Giuseppe Livio Comin.** Psicologo e Psicoterapeuta. Già Docente di "Psicoterapia di Gruppo" alla Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica della Facoltà di Medicina di Firenze, Dirigente Psicologo del DSM della USL Toscana Centro, Presidente del CRP-CF di Firenze. Ha pubblicato vari articoli fra cui: "Il gruppo psicoterapeutico e il gruppo di cura, utilità della Ripresa" (Rivista "Gruppi", Franco Angeli), "Gruppo clinico nelle strutture residenziali del DSM. Fenomeni in transumanza" (Rivista *Koinos*, Borla). Ha curato la quarta edizione "Individuo, Famiglia, Gruppo" della Rivista di Argo, di cui è stato Socio. È attualmente Socio E.F.P.P.

**E-mail:** [gliviocomin@gmail.com](mailto:gliviocomin@gmail.com)

**Stefania Marinelli** è psicologa, psicoterapeuta (SIPP), psicoanalista di gruppo (IIPG) e (già)professore associato presso la Facoltà di Medicina e Psicologia, Sapienza, Roma. È Presidente dell'Associazione per la ricerca sui gruppi omogenei Argo e co-dirige con Silvia Corbella *Gruppo: Omogeneità e differenze*. Fa parte di redazioni di riviste e di Istituti di ricerca e formativi. Ha pubblicato numerosi articoli e monografie. Ricordiamo *Sentire, Saggi di psicoanalisi clinica*, Borla; e fra i recenti *Il vertice spazio nel lavoro psicoanalitico*.

**Email:** [stefaniamarinelli2014@gmail.com](mailto:stefaniamarinelli2014@gmail.com)

### *Psicoanalisi di gruppo: Reso-conto di 50 anni di lavoro*



**ARGO** Associazione per la Ricerca sul Gruppo Omogeneo  
la Rivista, Gruppo: Omogeneità e differenze