



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

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

**INTERVISTA A BOB HINSHELWOOD SUL TEMA:  
PERIODO STORICO 1970-2020, 50 ANNI DEL GRUPPO COME  
STRUMENTO IN PSICHIATRIA, PSICOTERAPIA E PSICOANALISI**

Intervistatore: **Gian Carlo Di Luzio**

**1. Cosa può raccontare della tua "storia/avventura" con il gruppo psicoanalitico?**

Non ho mai incontrato Melanie Klein di persona. Morì il 22 settembre 1960 all'University College Hospital. Solo recentemente mi sono reso conto di aver iniziato la parte clinica della mia formazione medica nel 1960, presso l'University College Hospital, il 5 settembre. Quindi, misteriosamente, le nostre strade si erano quasi incrociate, ma allora non avevo mai sentito parlare di lei. Tuttavia, durante il mio ultimo anno di scuola, avevo letto il libro Penguin di Frieda Fordham su Jung e avevo sentito parlare di Freud. Infatti, quando 3 anni prima, nel 1957, iniziai la fase teorica della formazione presso la Medical School dell'University College di Londra, il giorno dell'investitura fummo portati a visitare la biblioteca e trovai lo scaffale in cui c' erano le opere di Freud e diedi un'occhiata ad alcune pagine. All'epoca, avevo un lieve sintomo psichiatrico. Avevo una forte convinzione che sapevo essere falsa: credevo di avere una malattia venerea. Sebbene avessi un'amica, non avevamo dormito insieme o avuto rapporti sessuali. Quindi, sapevo che era un sintomo di ansia e non una realtà. "Freud -pensai- me lo potrebbe risolvere rapidamente!". Ma purtroppo non ebbi fortuna con le pagine che avevo consultato!

Il sintomo era già scomparso da tempo quando iniziai la mia psicoanalisi con Stanley Leigh il 5 novembre 1969. A quel punto sapevo molto di più sulla psichiatria e in effetti anche sulla sessualità. Ero sposato con tre figli piccoli. Durante la formazione medica, come molti altri studenti dell'University

College, mi ispiravo agli insegnanti di psichiatria dell'epoca. Molti di noi stavano ancora lottando con la propria adolescenza e lo tsunami dei farmaci in psichiatria stava appena iniziando quando, inoltrandoci nella pratica di ascoltare il disturbo e la sofferenza di un paziente, la scoprimmo essere, per noi, tanto stimolante, quanto difficile. La sfida ci sembrò importante.

Allora avevo deciso di dedicarmi alla psichiatria e dopo qualche tempo iniziai la formazione presso il reparto psichiatrico dell'University College Hospital. Quando arrivai il mio primo giorno di lavoro, mi venne subito detto: " Vai, il tuo gruppo inizia tra 15 minuti!". All'epoca non sapevo nulla di gruppi nè avevo avuto una vera formazione in terapia individuale. Ma sapevo che dovevo ascoltare. Cosa che feci ma piuttosto nervosamente.

Mentre progredivo nella mia formazione psichiatrica, tra il 1967 e il 1969 trascorsi un anno e mezzo in un grande ospedale psichiatrico. C'era allora un forte movimento nel Regno Unito teso a cambiare quel tipo di psichiatria (un cambiamento che arrivò anche in Italia) con cui io mi trovai pienamente d'accordo. Alla fine trovai lavoro in un Day Hospital, fondato nel 1947, che probabilmente era stato il primo Day Hospital psichiatrico al mondo: era il Marlborough Day Hospital (MDH). A quel punto, una parte del movimento dell'antipsichiatria dovette sviluppare istituzioni del tutto diverse dal passato. Quelle avevano semplicemente "istituzionalizzato" i pazienti facendoli rimanere lì per tutta la vita. L'idea dell'antipsichiatria era quella di "curare le istituzioni" tanto quanto di "curare i pazienti". Le nuove istituzioni vennero chiamate "comunità terapeutiche", ed io subito mi ci impegnai, e fino ad oggi ci sono rimasto. L'impatto sui pazienti dell'istituzione in cui vivono è importante quanto le influenze derivate dall'infanzia e dalla famiglia. Una comunità terapeutica potrebbe essere vista come una nuova "famiglia", adeguata a fornire un accudimento solidale.

## **2) Come puoi descrivere brevemente lo sviluppo della psicoterapia analitica in Inghilterra?**

I terapeuti di gruppo britannici credono con orgoglio che la terapia di gruppo sia davvero nata in Gran Bretagna. Non è vero. È chiaro che c'erano esperimenti in corso altrove, come Trigant Burrow negli Stati Uniti e Jacob Moreno a Vienna, ma nessuno dei due era conosciuto o influente in Gran Bretagna, all'epoca in cui iniziarono gli esperimenti nella psichiatria militare. Possiamo far risalire la nostra storia al 1942 quando Wilfred Bion, non ancora analista, fu messo in contatto -mentore John Rickman- con la teoria del campo di Kurt Lewin, ed allora insieme idearono il primo esperimento Northfield nell'ala di riabilitazione del Northfield Hospital di Birmingham.

Questo esperimento in Gran Bretagna iniziò nel gennaio 1943 ma si concluse dopo 6 settimane a causa della disapprovazione delle autorità. L'intera idea

che un ospedale dovesse essere gestito come un campo di forze psichiche che assomigliava a un'unità militare piuttosto che a un istituto di cura era troppo impegnativa. Tuttavia, l'idea è stata così nuova e stimolante che non è mai stata dimenticata e ha generato molte forme di "interventi psicologici", inclusi i programmi di relazioni, conferenze e consultazioni del Gruppo Tavistock, nonché la comunità terapeutica e due forme di psicoterapia di gruppo. Una forma, talvolta chiamata "approccio Tavistock ai gruppi", ha seguito l'esperimento iniziale di Bion. E l'altra forma, "Group Analysis", è stata avviata da Foulkes, anch'egli a Northfield intorno al 1944, e fortemente influenzata dalla cultura dell'esperimento di quell'epoca.

### **3. Come si può descrivere lo sviluppo delle scuole private o pubbliche di psicoterapia di gruppo e delle sperimentazioni istituzionali?**

Un'atmosfera di disperata sperimentazione in Gran Bretagna seguì la sconfitta di Dunkerque. Ne fu "contagiato" l'ospedale militare di Northfield dando origine a due approcci leggermente diversi nei confronti dei gruppi psico-sociali lì sviluppatisi. Entrambi avevano attinto dalla Psicologia della Gestalt tedesca applicandola alla dimensione sociale. Nella psicologia tedesca del 19° secolo, Wilhelm Wundt descrisse la nostra esperienza della percezione come simile al guardare un'illusione ottica: in un momento vediamo un vaso, in un altro momento vediamo due facce che si guardano. Un'immagine in primo piano emerge come una forma significativa sull'intero sfondo (il tutto è chiamato "gestalt" in tedesco). Entrambi sono necessari, sia lo sfondo che il primo piano, per creare l'immagine nella nostra mente.

Questo modello contemporaneamente in primo piano e in "background" può essere applicato a un gruppo considerato come "gestalt". Per Lewin, lo sfondo è l'intero gruppo come un complesso di forze sociali che formano il contesto in cui gli individui diventano le figure in primo piano che emergono da queste forze dello sfondo.

Foulkes chiamava questo sfondo, la "matrice" del gruppo, e gli individui rappresentavano punti diversi in quella matrice (o rete) di relazioni gruppali. Ogni individuo emerge dal contesto di fondo delle forze di volta in volta quando danno un contributo – verbale o altro. Il termine di Bion per lo "sfondo" del gruppo era la "mentalità di gruppo". Lo vedeva come una sorta di comunione condivisa di aspetti inconsci degli individui membri del gruppo. Ad esempio, i membri potrebbero vedere la propria ostilità come qualcosa stante nel gruppo e non in se stessi, quindi potrebbero negare la propria aggressività e percepire il "gruppo" aggressivo nei confronti loro e specialmente nei confronti del leader del gruppo.

Foulkes era interessato al modo in cui ogni individuo esprimeva qualcosa per il gruppo e cercava di metterlo in relazione con la personalità di quell'individuo che poteva essere lentamente portata alla luce dal gruppo come in psicoanalisi. Bion stabilì in modo molto specifico che il gruppo aveva un compito: ogni membro doveva dedicarsi anche a quel compito, anche se per tutto il tempo interferiva la “mentalità di gruppo” sullo sfondo seppur negata. Il compito che assegnava a ogni gruppo, e in seguito anche al paziente in analisi, era di indagare su ciò che stava accadendo nel gruppo, e in particolare sul perché il gruppo fosse così ostacolato nell'affrontare il suo compito.

#### **4) Quali sono stati i principali cambiamenti teorici e tecnici nel tuo approccio alla psicoanalisi di gruppo dall'inizio ad oggi?**

Il mio inizio è stato, come detto, da una posizione di nessuna conoscenza o esperienza a parte la normale partecipazione a gruppi sociali con amici e familiari. Ma credo che tutti cominciamo da lì. Avevo due principi: ascoltare ed essere consapevole che qualcosa o altro sarebbe accaduto in modo sottostante nel dominio inconscio interno di chi parlava. Poco dopo qualcuno mi prestò una copia di “Esperienze nei gruppi” di Bion. Lì ho imparato a conoscere “gli assunti di base”. Per quanto popolari siano, in effetti ho scoperto di non essere stato molto aiutato da quell'elenco di “culture di gruppo”. Tuttavia, mi piaceva l'umorismo secco e spesso autoironico di Bion. La teoria degli “assunti di base” sembrava essere una categorizzazione di gruppi e non si avvicinava molto alle esperienze delle persone reali che volevano (e forse anche non volevano) condividere le proprie sofferenze e conflitti.

Passò molto tempo prima che mi rendessi conto che nell'ultimo capitolo del suo libro, Bion stava cercando di rivedere la teoria degli “assunti di base” e di vederli in termini più psicoanalitici come specifiche ansie e difese strutturate contro le ansie e le difese contro le ansie gruppali inconsce (come parte della mentalità o cultura del gruppo). Nel frattempo, avevo letto di più sull'approccio delle relazioni di gruppo ed ero stato alla Conferenza di Leicester nel 1970. Quella conferenza a Leicester ha avuto un profondo impatto e ho letto l'articolo di Isabel Menzies sul sistema di difesa sociale di un servizio infermieristico in un ospedale per la medicina generale. All'epoca facevo parte del team dell'MDH che organizzava l'ospedale come una comunità diurna secondo il modello della comunità terapeutica. Abbiamo accolto persone che avevano subito un grave esaurimento nervoso e le abbiamo “trattenute” a casa nella comunità piuttosto che consentire loro di essere ricoverate nei vecchi servizi dell'ospedale psichiatrico. Stavo anche iniziando la mia analisi e, dopo aver iniziato la formazione psicoanalitica

formale nel 1971, ho assunto il mio primo paziente sotto la supervisione di Isabel Menzies.

La mia comprensione dei gruppi a quel tempo si sviluppò e iniziai a cercare di lavorare individuando il tema comune del gruppo, attorno al quale i membri si raccoglievano difensivamente contro le angosce persecutorie destinate dallo stesso gruppo. Quelle minacce sembravano essere dovute al Super-io, o alla paura di disintegrazione. Suppongo che, guardando indietro, sia stato un tentativo di vedere la sofferenza dell'individuo fusa con lo sfondo della cultura difensiva del gruppo. Dopo essermi diplomato come psicoanalista nel 1976, ho lavorato come psicoterapeuta in un ospedale psichiatrico del SSN che stava cambiando passando da vecchia istituzione a struttura terapeutica basata sulla comunità (esercitando la mia pratica psicoanalitica part-time). Il mio lavoro a livello di gruppo ora è concentrato sulla cultura, le ansie e le difese dell'istituzione stessa, e ho lavorato principalmente con gruppi di personale con l'obiettivo di dare un'idea delle strutture di ansia-difesa dei pazienti (e in una certa misura dell'istituzione). Ho visto quest'attività professionale come un lavoro sulla resistenza di questi lavoratori, in prima linea, spesso sopraffatti dalla sofferenza presente nei loro reparti. È stata per me molto importante l'esperienza nelle dinamiche di gruppo delle istituzioni e ho anche svolto un lavoro simile nei servizi sociali e in un carcere. Oggi, ora che sono in pensione, il mio interesse si è rivolto maggiormente alla società, nella dimensione più ampia, in particolare alle dinamiche inconsce gruppali nel dibattito politico, nelle azioni politiche.

### **5. Come è cambiata l'esperienza individuale e sociale del gruppo analitico nelle menti di pazienti, psicoterapeuti, colleghi e operatori della salute mentale (ad esempio: la visione entusiasta e idealizzata degli anni Sessanta è del tutto scomparsa?)**

Ho la fortuna di aver vissuto diversi decenni e posso tracciare una direzione di cambiamento dagli anni '60. In quel decennio c'era una cultura della libertà umanistica, del 'fare le proprie cose'. La liberazione era nell'aria e l'austerità in Gran Bretagna e in Europa, dopo la guerra, giunse al termine. Era un periodo in cui fiorivano nuovi pensieri sulla psichiatria e sui problemi di salute mentale. Il mantra nella comunità terapeutica era: "Trattiamo il lato sano dei nostri pazienti, non solo la malattia". La musica pop è cambiata improvvisamente ed è diventata la bandiera dell'epoca, e ha adottato una sfumatura politica. Era l'era dell'individualismo e la nozione di terapie di diversi tipi divenne accettabile, come nuove versioni che adattavano o riorientavano le idee psicoanalitiche.

La terapia di gruppo fiorì soprattutto come modalità terapeutica che poteva raggiungere più persone in modo più efficiente. Inoltre, era importante che nel gruppo l'individuo potesse essere visto come se stesso nel contesto degli

altri, piuttosto che semplicemente imparare a conoscere se stesso e i propri conflitti. La terapia di gruppo (e la comunità terapeutica) è continuata fino ad oggi più o meno allo stesso modo. Ma un serio cambiamento è avvenuto nel più ampio contesto sociale in cui hanno operato la terapia di gruppo e le comunità terapeutiche. Negli anni '80, la musica pop ha smesso di essere politica, in Gran Bretagna i potenti sindacati sono stati schiacciati e l'idea dell'"individuo" libero è cambiata. Con Milton Friedman e Ronald Reagan una nuova forma di economia ha preso il sopravvento nel capitalismo occidentale. L'individuo era ormai un consumatore e il principio che dominava la società è ora diventato: 'Tu sei ciò che compri'. La liberazione è diventata la libertà di scegliere i beni di consumo da acquistare!

Questo cambiamento ha portato un crescente grado di alienazione delle persone da se stesse. La disuguaglianza è diventata fortemente esagerata e le persone di successo sono misurate in termini di denaro che possiedono o controllano. Questo non è stato facile per la maggior parte dei tipi di terapia che hanno persistito nell'aiutare le persone a vedere il meglio della loro umanità e nel risolvere i conflitti che potrebbero avere relativamente alla loro autostima. A mio avviso, ora c'è un conflitto tra gli obiettivi della terapia di massimizzare il potenziale di ogni persona e gli obiettivi sociali più ampi che tendono, attraverso denaro ed economia, ad alienare le persone. In parole povere, le persone sono merci che acquistano merci nei mercati e nei supermercati.

La tensione ora tra gli obiettivi di un gruppo terapeutico per realizzare l'umanità dei singoli membri e le pressioni dei principi economici nella società in generale per vederci, individui, come consumatori e merci, si è riflesso nella psichiatria. I pazienti sono ora visti come un insieme di sintomi da trattare con i farmaci.

Ovviamente sono descrizioni estreme quelle che ho dato. Non si può davvero ignorare l'umanità negli esseri umani, ma la cultura occidentale contemporanea tende in quella direzione. E così la terapia di gruppo, come molte altre terapie, sta lavorando in una società che ha valori diversi. La nostra società enfatizza i valori del denaro, mentre le terapie enfatizzano i valori umani.

## **6. Credo che negli istituti psicoanalitici il gruppo analitico dovrebbe avere più spazio. Cosa ne pensi di questo?**

Anch'io lo penso e concordo sul fatto che la formazione psicoanalitica dovrebbe includere un'esperienza di gruppo oltre all'analisi personale. Lo proponeva qualche anno fa Stefano Bolognini quando era presidente dell'Associazione Psicoanalitica Internazionale (il primo presidente italiano), ma la proposta non è andata molto lontano. C'è la tendenza per alcuni analisti

a credere di aver capito tutto senza la necessità di ulteriore formazione o esperienza.

Tuttavia, lo stesso movimento psicoanalitico è saturo di dinamiche di gruppo problematiche, di scismi e rivalità e di scuole di pensiero che non riescono a comprendersi. Si può capire che ciò nasca per una forma di difesa tra gli stessi analisti. Presumono un'onnipotenza per sentirsi in grado di far fronte allo stress di affrontare parti pazze dei loro pazienti su un nastro trasportatore continuo tutto il giorno. Dall'inciampare e sentirsi inadeguati ci si deve difendere e la difesa diventa credere nella propria capacità di sapere tutto e di proiettare le nostre incertezze e la nostra paura dell'inadeguatezza nei colleghi, nelle altre scuole di pensiero psicoanalitico e terapeutico.

Devo aggiungere che il difficile stress imposto ai terapeuti dal lavoro stesso non risparmia i terapeuti di gruppo. E difese simili operano in modo che i terapeuti di gruppo possano essere visti anche denigrare l'un l'altro e le altre scuole di terapia di gruppo o di psicoanalisi o di altre terapie.

Quindi la questione è che non è solo gli psicoanalisti dovrebbero avere più familiarità con la terapie di gruppo e le dinamiche di gruppo, ma che tutte le terapie dovrebbero essere più consapevoli degli stress specifici che affliggono tutti i professionisti i quali possono, come qualsiasi altro essere umano, azionare meccanismi di difesa contro le loro ansie. Tuttavia, si può notare che le difese sono molto spesso dinamiche di gruppo a livello professionale. E così spesso troviamo la familiare dinamica noi-e-loro in cui noi siamo bravi, e quegli altri non lo sono, una "dinamica più santa di te", come si dice in inglese.

## **7. Quali sono i cambiamenti di setting, di gestione, di tecnica della psicoanalisi di gruppo che ritieni o proponi come pienamente validi in base alla sua lunga esperienza?**

Nel corso degli anni ho avuto la tendenza a tornare su Bion e sui suoi principi fondanti quando ha sviluppato le sue idee su gruppi e istituzioni a Northfield e successivamente alla Tavistock Clinic. Nella mia attuale lettura di Bion, apprezzo particolarmente due cose. Uno è il suo presupposto iniziale che l'ascolto del racconto di se stessi da parte del paziente debba essere una priorità rispetto all'uso delle proprie teorie sulla mente umana. Ha imparato questo quando si è formato come medico negli anni '30 (all'University College Hospital, tra l'altro) ed è stato rafforzato dalla sua analisi personale con Melanie Klein alla fine degli anni '40, quando stava scrivendo la sua esperienza del suo lavoro con i gruppi. Ha continuato ad esplorare le forme più intuitive di ascolto empatico, al di fuori degli scambi verbali formali.

La seconda cosa che prendo da Bion è la sua insistenza sul fatto che i suoi pazienti o i membri del gruppo siano quasi come "colleghi" nel lavoro di

terapia e non semplici soggetti su cui il terapeuta lavora come un chirurgo su un paziente privo di sensi. È l'inconscio del paziente quello su cui entrambi debbono lavorare insieme – debbono lavorare in effetti insieme sugli ostacoli e le resistenze al lavoro. Bion ha sviluppato e chiarito questi principi nel suo lavoro successivo come psicoanalista. Ma dal mio punto di vista gli individui nei suoi gruppi sono in effetti dei partner, seppur possano resistere, spesso con sottili resistenze come l'intellettualizzazione con il terapeuta o altri membri del gruppo.

È un ruolo difficile per i membri del gruppo esplorare le loro esperienze con gli altri membri del gruppo quando il terapeuta si astiene dall'autorivelazione. Tale differenziazione suscita notevoli emozioni, compresi i risentimenti da analizzare circa la questione di tali relazioni diseguali.

Mentre i miei primi tentativi di terapia di gruppo erano di catturare e verbalizzare atteggiamenti e i pregiudizi che si sviluppano collettivamente in un gruppo, ora tendo a cercare di capire l'ansia sottostante che è condivisa nel gruppo e nascosta da tali atteggiamenti e presupposti di superficie.

## **8. In California – dice Yalom, che ne guida uno – i gruppi psicoanalitici composti da “pazienti” psicoanalisti sono attivi da decenni e molto efficaci nel fornire loro sostegno.**

### **Che ne pensi?**

Non posso affermare di essere stato terapeuta in un gruppo di psicoanalisti. E mi congratulo con Yalom per aver accettato un compito così arduo. Il mio unico commento sulla questione è considerare lo scopo di quel suo gruppo e di qualsiasi altro gruppo terapeutico. Lo scopo del gruppo era sostenere i singoli membri nelle loro stressanti carriere come psicoanalisti? Vorrei distinguere un gruppo di supporto da un gruppo di terapia. Abbiamo tutti bisogno di supporto e un gruppo è il modo ideale per ottenerlo, anche un gruppo di due quando incontra un supervisore del proprio lavoro. Ma la mia opinione è che un gruppo di terapia vada oltre il supporto. Immagino che la maggior parte dei lettori concorderà sul fatto che un gruppo di terapia mira a esporre qualcosa delle interazioni inconscie nel gruppo e di come si realizzano attraverso le comunicazioni tra i membri. Ma vorrei andare oltre e dire che è terapeutico anche se svela segreti nascosti negli individui che possono riempirli di sgomento piuttosto che di sostegno.

Immagino che Yalom possa essere sfuggito a quella focalizzazione psicoanalitica sull'inconscio di ciascuno. Si può ottenere supporto da amici, familiari e colleghi senza l'attenzione esperta di un terapeuta di gruppo. È quando c'è un problema con l'accesso o l'utilizzo di quel supporto che è necessaria la comprensione dell'inconscio da parte di un terapeuta.



Ricordo un gruppo che ho avuto una volta con psichiatri in formazione, molti dei quali erano scettici sulla terapia. In un'occasione un membro ha parlato di una particolare lite tra lui e un altro membro del gruppo, ma fuori dal gruppo, quando stavano affrontando qualche incidente nel rione. Ho fatto del mio meglio per capire la reazione dei due membri al litigio tra loro e cosa significasse nella situazione del gruppo mentre ci incontravamo nel momento presente. E poi mi è stato detto che era una bugia, l'incidente non era mai accaduto ed era solo per vedere come l'avrei affrontato. Era opportuno parlare della loro necessità di minare il processo di scoperta di loro bisogni sottostanti trasformandolo in un loro bisogno di prendere in giro il terapeuta di gruppo. Lavorare con un gruppo di persone che sono nella stessa attività terapeutica o strettamente imparentate, non è facile. E l'inconscio degli individui può trovare modi sottili e spesso intellettuali per allontanare il terapeuta dal percorso corretto. Forse Yalom ha attuato un diversivo attraverso un lavoro di supporto invece di fare il lavoro terapeutico per scoprire l'inconscio.

### **9. I quattro fattori terapeutici, in ordine di priorità, che ritiene più importanti nell'efficacia della terapia analitica di gruppo?**

Oh, la più difficile delle tue domande. Ho accennato all'importanza di ascoltare i racconti dei membri e fronteggiare la resistenza che si rivela completamente quando le difese entrano in gioco. Ciò è rafforzato dall'attenzione di Bion sull'intuizione e su ciò che chiamava esperienze non sensuali. E inoltre, un secondo fattore: l'importanza dei pazienti o dei membri del gruppo come esseri umani funzionanti come colleghi o partner della indagine analitica piuttosto che oggetti su cui si opera.

Il punto successivo sarebbe quello di tracciare l'ansia sottostante in un gruppo in qualsiasi momento particolare. Nel mondo del lavoro è più evidente constatare quanto il lavoro stesso genererà ansie di tipo specifico e sarà condiviso da tutti i membri che sono collaboratori. Ad esempio, ho menzionato lo stress della professione infermieristica quando il lavoratore si confronta tutto il giorno con pazienti che soffrono e hanno paura di operazioni e di morire. Nella salute mentale lo stress deriva dall'essere confrontati con una follia incomprensibile e a volte pericolosa. Forse si può immaginare lo stress dei lavoratori nelle fabbriche che producono armamenti sapendo che sono i mezzi per uccidere altri umani. O un'agenzia che organizza adozioni di bambini la cui intera vita dipenderà dall'ottenere i giusti surrogati per i genitori. Esempi possono essere trovati nel mio libro (a cura di Wilhelm Skogstad) intitolato *Observing Organisations*. Nei gruppi di terapia una delle ansie generalmente condivise da tutti sarà la paura di impazzire completamente. Forse questa si può suddividere in varie forme quali la

perdita del senso di sé, o l'eruzione di folli immaginazioni, ecc. Tali ansie derivanti da una terapia di gruppo saranno condivise da tutti i membri del gruppo.

Oltre all'ultimo punto ci sono le ansie più generiche, che a un certo livello saranno quelle del complesso edipico: attaccare i genitori, dividerli o nuocere alla loro capacità di avere un altro figlio; e ad un altro livello ci saranno le cosiddette "ansie primitive" di (a) una paura per la propria sopravvivenza e (b) una preoccupazione per il danno fatto a un altro o per ucciderlo. Tali paure generali uniscono le persone, come ad esempio la cerimonia sociale dei funerali e il bisogno collettivo di piangere la perdita di una persona cara come descritto da Freud e molti altri.

Il quarto fattore che identificherei è l'importanza dell'esperienza del terapeuta e il suo senso del ruolo che sente che gli viene chiesto di svolgere nel gruppo in qualsiasi momento. Se il terapeuta riesce a captarlo, questo può dargli una comprensione di cosa ci si aspetta che "egli faccia" per il gruppo e quindi quale ansia dovrebbe prevenire o almeno che cosa sta aiutando i membri a evitare.

Questi quattro punti sono in ordine di priorità? Penso di aver fallito su quella parte della domanda. Trovo difficile mettere uno di questi al primo posto e il terapeuta deve prestare attenzione di continuo a ciascuno di questi. L'ascolto, e soprattutto l'ascolto intuitivo con il "terzo orecchio", è centrale nella propria esperienza nel ruolo di psicoanalista di gruppo. Forse, identificare l'ansia è il punto più importante, ma gli altri tre fanno tutti parte di quell'obiettivo.

## **10. Quanto ti ha cambiato la gestione dei gruppi analitici e in cosa, come persona?**

Lavorando con i gruppi penso di aver imparato molto su me stesso come persona sociale e quando non sono molto adeguato socialmente, così come su cosa so fare bene. Ha rafforzato l'idea che gli esseri umani sono essenzialmente animali sociali e li distinguo dall'essere un animale da branco. Nelle mandrie, gli animali tendono a operare all'unisono. In uno stormo di uccelli che vola nel cielo girano tutti insieme, come se fossero uniti insieme, allo stesso modo un branco di cervi in fuga da un potenziale predatore. Gli esseri umani hanno aggiunto una capacità diversa. Non solo facciamo le cose insieme, possiamo pensare insieme e abbiamo inventato sistemi – in particolare il linguaggio – per continuare a occuparci delle stesse cose. Pensiamo prima di fare le cose. E così spesso pensiamo insieme prima di fare le cose. Questa particolare capacità ha significato che viviamo in un mondo di pensieri – che chiamiamo la nostra cultura – così come un mondo di realtà fisica. I membri del gruppo nella comunicazione, o più gruppi nella comunicazione, sembrano essere uno sviluppo specificamente umano,

sebbene alcuni animali possano essere riusciti in qualche modo a raggiungere questo risultato. Ed è questa specifica qualità sociale dello stare insieme la dimensione speciale della terapia di gruppo.

Quindi, ho imparato un riguardo speciale per noi umani. Questo ha dato una direzione particolare ai miei interessi del lavoro professionale. La capacità di essere comuni è, a mio avviso, importante quanto l'enfasi contemporanea sull'individualismo. Questo ha avuto implicazioni per la mia fede politica. Probabilmente ha influenzato il mio senso di comunità nella mia famiglia (ho quattro figli, coniugi e otto nipoti, più un grande gruppo che un piccolo gruppo). Ciò è stato ovviamente accresciuto dal mio impegno per una forma alternativa di psichiatria, la comunità terapeutica.

### **11. Come puoi descrivere il ruolo dei gruppi nei servizi psichiatrici in Gran Bretagna negli ultimi 50 anni?**

Probabilmente il ruolo della terapia di gruppo si è significativamente ridotto. In parte questo ha a che fare con la rivoluzione farmaceutica in psichiatria. In parte ha a che fare con la mancanza di formazione in gruppi per psichiatri e infermieri psichiatrici. In parte è perché il SSN richiede test formali di tutti i trattamenti con controlli. E in parte perché i servizi sanitari danno la priorità ai trattamenti a breve termine a causa della riduzione delle risorse – finanziarie e di personale, nonché della mancanza di alloggi con stanze adatte per riunioni di gruppo e comunitarie.

Ci sono ancora molte persone che si rivolgono ai servizi psichiatrici che vogliono fare del bene ai pazienti e hanno un interesse empatico per la loro sofferenza. Ma come spiegato in una risposta precedente, il lavoro è stressante, e nel complesso lo stress non viene riconosciuto, quindi non c'è un supporto adeguato per il personale, e quindi si sviluppano invece fenomeni di gruppo difensivo che mantengono una distanza emotiva tra personale e pazienti. La distanza riduce i pazienti ai sintomi e alla diagnosi (come descritto nella ricerca Menzies sopra menzionata). Questa è una triste situazione in cui viene impoverita la risposta più umana alla sofferenza. Si perde la capacità di condivisione comunitaria del disagio e della responsabilità del recupero. I pazienti possono diventare merci e il compito generale dell'istituzione è meno personale e più astratto.

### **12. Quali tipi di gruppi diversi dai gruppi psicoanalitici si sono sviluppati negli ultimi 50 anni in Gran Bretagna?**

Potrei non essere la persona migliore per commentare questa domanda, poiché non sono pienamente consapevole di ciò che sta accadendo ora al di

fuori del mio campo. So che esiste una disposizione abbastanza diffusa per i “gruppi di consapevolezza”, per i gruppi finalizzati al benessere e alla “mentalizzazione”. Questi sono solitamente gestiti al di fuori dei servizi pubblici da enti di beneficenza. So che il movimento della terapia cognitivo-comportamentale ha provato a lavorare con i gruppi. Per lo più questi sono gestiti da privati e la maggior parte si considera come un supporto, spesso per persone molto disturbate che in passato avrebbero ottenuto il loro sostegno da quelle vecchie istituzioni residenziali che ora sono state interrotte. La perdita di quei vecchi ospedali psichiatrici con le loro dinamiche di gruppo istituzionalizzanti a lungo termine è forse una buona cosa ma non sono buoni invece i limiti nei confronti di gruppi più umani. I trattamenti a breve termine vanno a beneficio dei gestori e dei contribuenti, ma qualche volta avvantaggiano anche i pazienti.

## **Robert D. Hinshelwood**

*Ci è piaciuto riportare di seguito dal Sito personale dell'Autore Socio Onorario di Argo, l'immagine del ritratto fatto per lui da uno dei suoi nipoti, e riprodurre di seguito le notizie biografiche da lui riferite in quella sede.*

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

**Funzione Gamma**, rivista telematica scientifica dell'Università "Sapienza" di Roma, registrata presso il Tribunale Civile di Roma (n. 426 del 28/10/2004)– [www.funzionegamma.it](http://www.funzionegamma.it)



## **SUL MIO SITO WEB**

### **Benvenuti**

Il sito vuole indicare innanzitutto le mie pubblicazioni. Ho annotato la mia bibliografia con alcuni dettagli personali.

Ho pubblicato lavori sulla psicoanalisi clinica, la psicoterapia e la storia della psicoanalisi e vari aspetti dell'applicazione della psicoanalisi.

Ho incluso alcuni dettagli biografici che spero possano aiutare a collocare questo lavoro in un contesto sistematico, ma anche personale. Le sezioni sono in parte tematiche e in parte cronologiche, e le vedrai tramite il Menu.

Il sito cambierà di tanto in tanto man mano che aggiungo nuovi elementi alla bibliografia e, in effetti, nuovi interessi man mano che si sviluppano.

Di tanto in tanto propongo di caricare file di testo di alcuni articoli in forma di bozza su cui sto lavorando. E qualsiasi commento sarà accolto con gratitudine.

Sarei molto lieto di sentire eventuali commenti, litigi o critiche al mio lavoro.

Grazie per il vostro interesse. Spero che tornerai di nuovo e lo troverai utile e informativo.

**INDIRIZZO E-MAIL:** bob.hinsh@gmail.com

[Sono grato a Georgia e Georgiou Chalkia per aver creato questo sito web per me]

## Prospetto

- Nel 2001, ho iniziato a sviluppare, con Enrico Pedriali, una serie di workshop ora denominati *Learning from Action*, destinati agli operatori curanti per 'leggere' le comunicazioni delle persone assistite nei loro comportamenti e nelle loro relazioni, piuttosto che nelle parole. Sebbene Enrico sia morto 10 anni fa, questi sono stati rilevati e sviluppati da Luca Mingarelli. Luca ed io abbiamo ora curato un libro, *Learning from Action: Working with the Non-Verbal*, recentemente pubblicato, giugno 2022.
- Per molti anni, persino decenni, sono stato affascinato dal fatto che le emozioni siano al centro dell'interesse che spinge le persone a andare in analisi, eppure si nota ripetutamente che non esiste una teoria psicoanalitica soddisfacente delle emozioni! A breve, la casa editrice Phoenix pubblicherà un libro che ho completato sugli affetti/emozioni: *Il mistero delle emozioni: alla ricerca di una teoria di ciò che sentiamo*. E' un tentativo di indagine su molti dei vari tentativi, con alcune meta-analisi qualitative e conclusioni.
- Ulteriori prospettive: W.R. Bion come Clinico (da pubblicare in The New Library Series del London Institute). E *Herbert Rosenfeld: un'introduzione contemporanea* (Routledge).

*Argo e la Redazione sono liete di riferire qui che dopo questa importante occasione di collaborazione produttiva per la quale lo ringraziamo, Giancarlo Di Luzio ha accolto la richiesta di essere considerato Socio Onorario di Argo insieme a Claudio Neri e Robert D. Hinshelwood.*



## **Giancarlo Di Luzio**

Nato nel 1951 a Roma dove vive e lavora. Psichiatra, è psicoanalista, membro ordinario SPI/IPA (Associazione Internazionale di Psicoanalisi), gruppo-analista, già socio della SISDCA (Soc.Ital.Studio.Dist.Comp.Alim.) e AED (Academy of Eating Disorders) e membro didatta della COIRAG (Confederazione di Organizzazioni Italiane per la Ricerca Analitica sui Gruppi). Per quasi quaranta anni ha lavorato, a tempo pieno, nei servizi psichiatrici del Servizio Sanitario Nazionale (IT), tra cui, negli ultimi decenni, nell'Area Interdipartimentale dell'Adolescenza e nell'U.O. Disturbi del Comportamento Alimentare della AUSL RM E. Da oltre trent'anni si occupa, nel pubblico e nel privato, dello studio e del trattamento della psicopatologia giovanile e dei disturbi nutrizionali-alimentari psicogeni. Conduce da decenni, nel Centro di Psicoanalisi Romano, un gruppo di studio su "disturbi del Sé, dell'immagine corporea e della nutrizione-alimentazione".  
**Email:** [giancarlo.diluzio1951@gmail.com](mailto:giancarlo.diluzio1951@gmail.com)

**Testo tradotto dall'inglese da Giancarlo Di Luzio**

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

**Funzione Gamma**, rivista telematica scientifica dell'Università "Sapienza" di Roma, registrata presso il Tribunale Civile di Roma (n. 426 del 28/10/2004)– [www.funzionegamma.it](http://www.funzionegamma.it)