

Scena-Modello e fasi del gruppo in un gruppo di giovani psicotici cronici

Antonello Correale e Patrizia Masoni

Abstract

In questo lavoro, gli autori tentano di dimostrare l'utilità di accostare l'uno all'altro due concetti importanti: il concetto di successione di posizioni in un gruppo e quello di scena-modello, applicati alla terapia di gruppo di giovani psicotici ospiti di una Istituzione Terapeutica Residenziale. La scena modello è paragonabile ad una metafora che caratterizza ogni fase del gruppo, che permane nel tempo ed alla quale i vari membri del gruppo si riferiscono. Viene sottolineato un momento di passaggio nella terapia di gruppo da una prima fase o posizione di non differenziazione ad una seconda in cui iniziano ad emergere bisogni di riconoscimento nei pazienti. Questa seconda fase viene definita di "autorappresentazione" in quanto alcuni pazienti hanno presentato una forte esigenza di riconoscimento personale e di consapevolezza delle loro esigenze; se da un lato tale processo è necessario allo sviluppo individuale, dall'altro esso rischia di essere pericoloso per l'unità del gruppo terapeutico. Gli autori ritengono che l'uso della scena modello possa essere una strategia terapeutica utile a favorire l'individuazione all'interno del gruppo. La scena modello assume diverse caratteristiche e funzioni a seconda della fase del gruppo in cui compare, essa può essere una utile chiave per comprendere in quale fase il gruppo si trovi.

Parole-chiave: fasi del gruppo e scena-modello, individuazione, riconoscimento, autorappresentazione del gruppo

Introduzione

In questo lavoro, gli autori tentano di dimostrare l'utilità di accostare l'uno all'altro due concetti importanti: il concetto di successione di posizioni e quello di scena-modello, applicati alla terapia di gruppo di giovani psicotici ospiti di una Istituzione Terapeutica Residenziale.

Come verrà ampiamente richiamato, il concetto di posizioni /fasi nei gruppi, è molto antico e ha subito negli ultimi tempi un importante arricchimento anche ad opera di contributi della Psicologia del Sé.

Il concetto di scena-modello, dal canto suo, è stato messo a punto da Lichtenberg, per designare un episodio - ricostruito insieme dai due membri del rapporto psicoterapico, paziente e analista - che contiene in sé la caratteristica di riassumere tutta una modalità di relazione - per esempio tra madre e figlia - per un lungo periodo

della vita . "Le scene modello che paziente ed analista costruiscono e modificano durante la terapia psicoanalitica, comunicano ad ognuno dei due, in forma metaforica eventi significativi e ripetuti nella vita del paziente. Le informazioni usate per costruire le scene modello, sono tratte dai racconti del paziente, che rivelano le configurazioni del transfert. Le scene modello mettono in evidenza esperienze che rappresentano tematiche motivazionali salienti cosce ed inconscie. Costruite nella interazione paziente -analista esse comunicano ed esprimono come in un disegno e ciò "vale migliaia di parole"(J.D.Lichtenberg,1992).

In questo contributo, vorremmo sostenere essenzialmente l'ipotesi che la comparsa di una scena-modello in un gruppo può costituire una chiave di lettura particolarmente utile per individuare in che fase il gruppo si trovi.

Per adempiere a questa funzione, il concetto di scena-modello verrà usato qui in senso più ampio di quello usato da Lichtenberg. In particolare, con scena-modello vogliamo designare non soltanto una sintesi narrativa di una relazione passata, ma un episodio molto significativo e incisivo della vita del gruppo, che resta fortemente impresso nella memoria del gruppo, perché viene vissuto come un possibile inizio di una fase nuova nella storia del gruppo.

Storia del gruppo e scena modello

Molti contributi di studiosi di psicoterapia di gruppo hanno mostrato l'utilità di cogliere, nello sviluppo del gruppo, la successione di fasi o posizioni, intendendo con questo termine particolari configurazioni relazionali e modi di funzionare affettivi del gruppo, prevalenti in certi momenti.

Recentemente, l'utilità di considerare l'importanza dei passaggi tra una fase e l'altra è stata sottolineata anche nell'ambito degli studi della psicologia del Sé . In questo contributo, vorremmo sostenere essenzialmente due punti fondamentali. Il primo riguarda appunto il fatto che il bisogno di rispecchiamento e idealizzazione assume aspetti diversi quando "l'oggetto sé" è centrato prevalentemente sul gruppo (fase iniziale) e quando viene centrato invece essenzialmente su singoli membri (fase successiva).

In secondo luogo, vorremmo sostenere l'idea che la scena-modello assume caratteristiche e funzioni diverse a seconda della posizione in cui fa la sua comparsa. Nella posizione iniziale, infatti, la scena-modello può assumere il carattere di una storia generale - un mito, un film, una leggenda - conosciuta da tutti e dotata di un valore universale. Nella seconda posizione, la scena-modello risulta invece specifica per un singolo membro, ma contiene caratteri di identificazione tali che tutti i membri del gruppo possono coglierne un aspetto personale e individuale.

In questa comunicazione, vorremmo sostenere l'ipotesi che anche nei gruppi di psicotici cronici giovani è possibile riconoscere il passaggio da una prima posizione di indifferenziazione a una di parziale riconoscimento delle differenze, se la vicenda viene esaminata dal punto di vista dei bisogni di rispecchiamento dei membri. In tale posizione, i pazienti, come singoli, cominciano ad avanzare richieste individuali di apprezzamento e visibilità e manifestano una maggior consapevolezza di sé, con possibilità' di autorappresentazione.

Abbiamo ritenuto utile chiamare questa seconda posizione, "posizione di autorappresentazione" e abbiamo cercato di coglierne gli aspetti essenziali, che sono nell'insieme, necessari allo sviluppo individuale, ma molto rischiosi per l'unità del gruppo .

La scena-modello tipica della posizione di autorappresentazione ha caratteristiche diverse da quelle della scena-modello tipica della fase precedente, caratteristiche che è utile riconoscere e specificare .

Procederemo così. Inizieremo col ricordare, alcune tra le numerose teorie esistenti sul tema delle posizioni/fasi nei gruppi, descrivemo la prima posizione - quella di indifferenziazione - e le modalità adottate dal gruppo e dal conduttore per fronteggiarla, accenneremo poi alla seconda posizione quella della autorappresentazione e indicheremo infine quali caratteri la scena-modello assuma nelle due diverse posizioni e perché l'utilizzo di una scena-modello adeguata nel passaggio dalla prima alla seconda posizione costituisca uno strumento operativo essenziale, ai fini del superamento di questo momento particolarmente delicato e difficile.

Le posizioni nei gruppi

C'è un accordo generale, tra i conduttori di psicoterapia di gruppo, che nel corso dello sviluppo del gruppo sia possibile riconoscere il susseguirsi di alcune posizioni relativamente identificabili e costanti. D'altro canto, è stato giustamente sottolineato che la divisione in fasi, se adottata in modo rigido, rischia di sovrapporre al fluido evolvere del gruppo uno schema rigido e meccanico. E' stato inoltre osservato che le fasi possono essere considerate posizioni, stati cioè del gruppo, piuttosto che tappe inevitabilmente susseguentesi e che è possibile osservare ritorni e inversioni di direzione. E' possibile ritrovare il tema delle fasi/posizioni nei gruppi, nell'ambito di molti approcci anche differenti tra loro.

Nell'ambito dell'approccio sistemico, Agazarian Y. (1981), richiamando Bennis e Shepard e la teoria dell'evento barometrico, individua tre fasi principali: una prima orientata sul leader, una seconda orientata sul gruppo e una terza orientata sui membri del gruppo. La prima fase, secondo Agazarian, è caratterizzata da un alto livello di indifferenziazione, con perdita delle caratteristiche individuali, compiacenza, facilità

agli assunti di base e preoccupazione quasi esclusiva per la funzione della leadership. Sono tipici di questa fase un alto livello irrealistico, una scarsa capacità di lavoro in senso bioniano e un elevato livello di idealizzazione. La fase successiva, orientata sul gruppo, è invece caratterizzata da disillusione, sospettosità, senso di solitudine, dubbi su se stessi e sul gruppo .

Nell'ambito dell'approccio della teoria delle relazioni oggettuali, viene riconosciuta una prima fase, in cui i confini tra gli individui sono labili e precari e una seconda in cui gli individui cominciano a riconoscere tra di loro barriere e distanze. Nella prima fase - di indifferenziazione - i meccanismi di identificazione proiettiva sono così spinti da far perdere all'individuo il senso della propria individualità.

Anche nell'ambito dell'approccio bioniano, sono distinte due fasi.

Nella prima - chiamata da C. Neri, sulla scorta di Bion - fase "omerica", il gruppo vive, per così dire, immerso nella sua propria autoidealizzazione - in questo esiste un forte richiamo all'illusione gruppale di Anzieu - e non c'è distinzione tra individuo, gruppo e un'incombente atmosfera di sacralità idealizzante. Nella seconda fase, chiamata da Neri della "comunità dei fratelli", nasce il senso della solidarietà, che a sua volta deriva dal riconoscimento di una separazione di base tra gli esseri umani (Neri C. 1993, 1995).

Recentemente, molti terapeuti di gruppo hanno utilizzato l'approccio centrato sul rapporto Sè-oggetto Sé alla terapia di gruppo, seguendo nell'insieme le premesse sviluppate da Kohut. Anche in quest'ambito, l'idea di fase/posizione è stata valorizzata. All'interno delle numerose fasi individuate, ha riscosso un interesse particolare l'idea di una successione di momenti, in cui il bisogno di riconoscimento individuale è accettato e valorizzato e momenti - caratterizzati da maggiore indifferenziazione e valenza gruppale - in cui tale bisogno è, per così dire, tutto immerso nei fenomeni gruppali.

Ai fini di questo lavoro, che è centrato sulla terapia di gruppo con giovani psicotici a tendenza cronicizzante, possiamo quindi riproporre il seguente assunto. Anche nei gruppi di psicotici, è possibile riconoscere una tendenza alla successione di posizioni. In particolare, è possibile ipotizzare che a una prima posizione, che possiamo definire di indifferenziazione, ne segue una seconda in cui fanno la loro comparsa tentativi di valorizzazione del bisogno personale, di essere riconosciuto nella propria individualità, sia dal gruppo come totalità, sia dal conduttore, sia dagli altri membri del gruppo.

Proponiamo di chiamare questo secondo momento come fase di comparsa, nei singoli partecipanti, della funzione di autorappresentazione.

L'inizio di questa fase, peraltro importante e necessaria, è però contrassegnato da forti spinte frammentanti e dall'emergenza di affetti ostili e competitivi, da intolleranza e rancori. I sentimenti sembrano meno condivisi e questo può portare a sfiducia e perdita di prospettive.

Verranno indicati i caratteri salienti di questa fenomenologia e alcuni modi per fronteggiarla, con particolare riferimento a una tecnica messa a punto con maggiore precisione nell'ambito della psicologia del Sé, definita da Lichtenberg come scenamodello. In particolare, vorremmo sostenere l'idea che individuare una scenamodello, adatta a rappresentare i caratteri salienti della prima posizione e quelli del passaggio tra la prima e la seconda fase, costituisca un momento essenziale del lavoro di gruppo.

Il concetto di scena modello è qui molto allargato ed adattato allo specifico contesto del gruppo; il riferimento non è tanto al passato di un individuo, ma a tutto un modo di sentire, condiviso da tutti, che ha caratterizzato il gruppo per un periodo molto lungo.

Soggetti e metodo

Attraverso la supervisione, nell'ambito di un progetto di ricerca biomedica finalizzata, del Ministero della Sanità Italiano, è stato possibile seguire, per alcuni anni, l'evoluzione di un gruppo di sei giovani psicotici, curati all'interno di una struttura residenziale, dell'Istituto Scientifico Stella Maris di Fauglia (Pisa), che si riuniva una volta la settimana con ritmo regolare. Riassumeremo in breve le caratteristiche di questo gruppo.

Sono stati inclusi nello studio sei soggetti di sesso maschile che rispondevano ai criteri diagnostici del DSM IV compresi nel capitolo "schizofrenia ed altri disturbi psicotici", con l'eccezione di un caso con "Disturbo di personalità schizotipico"; ovvero rispondevano alle categorie dell'ICD10 comprese nella sezione F20-29: "Schizofrenia, Sindrome schizotipica e Sindromi deliranti" (con esclusione della categoria F23: "Sindromi psicotiche acute e transitorie"); con patologia esordita in adolescenza: dai 14 ai 16 anni; l'età media dei pazienti all'inizio della terapia di gruppo era di 22,7 anni (range 19,3-25,2); in tutti i pazienti la valutazione cognitiva mostrava un profilo disarmonico, con valori q.i. al limite della norma o con lieve deficit.

Tutti i pazienti assumevano neurolettici e carbamazepina (come stabilizzatore dell'umore), ed erano ricoverati nell'Istituto da meno di cinque anni. Il gruppo terapeutico si è riunito regolarmente per circa due ore ogni settimana condotto da una terapeuta neuropsichiatra e da una co-terapeuta. Regolarmente, ogni mese, vi è stata la supervisione del materiale clinico.

La letteratura molto vasta riguardante la psicoterapia di gruppo con psicotici cronici, ha messo in evidenza le specifiche difficoltà nella conduzione di questo tipo di gruppi. (Correale 1995).

Senza entrare nei dettagli della vastissima letteratura, basti citare due caratteristiche che sono tipiche di questa particolarissima situazione; la frammentarietà e la concretezza. La prima - la frammentarietà - riguarda la ben nota tendenza a sequenze comunicative facilmente interrotte, con tratti di divergenza e di facile interruzione del tema, con conseguente effetto di stanchezza emotiva e senso di inutilità da parte del conduttore (Kibel 1990). La seconda - la concretezza - riguarda l'altrettanto ben nota tendenza a un riduzionismo semplificante (Marty P. de Uzan M. 1963), con un'eccessiva svalutazione dei significati, un appiattimento emotivo, una tendenza all'evitamento della sintonizzazione emotiva. La sensazione, fastidiosa e stancante, che il conduttore mediamente riporta, è quella di essere circondato da frammenti galleggianti, senza ordine e regola, dotati di forza d'uno, ma privi di valenza comunicativa evoluta. (Scala V. 1989).

Alcune modalità efficaci, anche se su tempi lunghi, per fronteggiare questi problemi, utilizzate anche in questa esperienza, sono state:

- 1) la tecnica della "amplificazione tematica"(Corrao F. 1979): il conduttore si preoccupa non tanto di indagare le modalità' interattive dei singoli membri l'uno con l'altro, o il valore simbolico delle loro comunicazioni, ma di costituire una continua opera di collegamento tra gli interventi, in modo che i temi presenti si sviluppino anziché' indebolirsi o cadere. Questa funzione si otterrà' attraverso precisazioni, sottolineature e domande, richieste di chiarimenti o associazioni poco ingombranti, del terapeuta a fini fluidificanti, diventerà' a poco a poco una vera e propria funzione vicariante della capacità' sintetica ed associativa del gruppo tenuta in scacco dalla organizzazione frammentata del Sé dei singoli membri. Il terapeuta ha un atteggiamento di attiva interlocuzione, di supporto alla comunicazione, senza quasi interpretazioni, egli raccoglie ogni dettaglio ed informazioni che i pazienti dicono e li cuce insieme costantemente, effettuando una continua opera di collegamento tra gli interventi.
- 2) Un' altra tecnica è la "narrazione controllata" (Neri C. 1995): il conduttore ripresenta frammenti scissi e confusi provenienti dal gruppo sotto forma di storie più leggibili, caratterizzate da una affettività comune a tutti e propone al gruppo di commentarle.

Attraverso queste due tecniche, il terapeuta svolge una funzione vicariante della capacità sintetica ed associativa del gruppo, minata dalla organizzazione frammentata del Sé, dei singoli membri. In supervisione viene svolto il lavoro integrativo e simbolico che è utilizzato nelle sedute successive per incrementare la disponibilità empatica. Queste tecniche - l'amplificazione tematica e la narrazione controllata -

hanno, a nostro parere, il vantaggio di consentire un avvicinamento emotivo al paziente nel gruppo, ma in forme non troppo dirette e coinvolgenti.

3) Una terza tecnica, che vogliamo sottolineare, concerne la valutazione di ruoli fissi (Yalom I. D. 1985, Stone W. N. 1992, Agazarian 1981): come è ben noto ai conduttori di gruppo, è frequente che nel gruppo vengano a delinearci ruoli rigidi, maschere pietrificate e sempre uguali, che alcuni pazienti adottano per proteggersi da vissuti ed emozioni particolarmente angoscianti e che il gruppo non ha il coraggio di mettere in discussione per paura di attivare e fronteggiare angosce insostenibili e caotiche. Il vittimista, il monopolizzatore, il grandioso etc.. sono alcuni esempi di questi ruoli , particolarmente accentuati e frequenti nei gruppi di psicotici cronici; è utile, per fronteggiare tali situazioni, considerare questi ruoli non solo come difese individuali, ma anche come tentativi di capeggiare un assunto del gruppo cioè dietro ogni ruolo vi è una corrispondente ideologia, una visione del mondo che tende a trascinare con sé alcuni seguaci o l'intero gruppo. E' utile in questi casi una "esplicitazione", la più ricca possibile delle implicazioni filosofiche, esistenziali, ideologiche insite in certe affermazioni o atteggiamenti, invitando l'intero gruppo a commentare, riflettere e discutere queste implicazioni, più che il ruolo stesso.

La prima posizione in un gruppo di giovani psicotici

Ai fini del presente lavoro, basterà ricordare che in tutta la prima fase di lavoro del gruppo, durata circa un anno e mezzo, prevaleva nel gruppo un'atmosfera di spinta indifferenziazione. Con questo termine, intendiamo definire una situazione in cui nessuno dei partecipanti si sentiva in grado di dire "Io", di riferire cioè in prima persona vissuti o eventi o impressioni. La forma prevalente era invece anonima, fondata cioè sul riferimento a sensazioni vaghe, film, leggende, canzoni, elementi cioè comuni a tutto il gruppo e non specifici di un solo partecipante. Un secondo aspetto di questa prima fase del lavoro era legato al fatto che nel gruppo sembravano prevalere alcune emozioni condivise, comuni cioè a tutti i membri del gruppo. Tali emozioni erano per la maggior parte centrate sulla descrizione di stati d'animo, che sembravano, in quanto comuni, contribuire a diffondere nei presenti un senso di condivisione e appartenenza.

L'aspetto che colpiva maggiormente in questa fase era che le emozioni prevalenti sembravano connesse a stati d'animo molto primitivi e fondamentali, centrati principalmente sulla propria collocazione nel tempo e nello spazio, sulle proprie coordinate esistenziali.

I membri riferivano, più di tutto, il senso di una profonda cesura tra passato e presente: il presente, staccato violentemente dal passato, veniva descritto come uno stato di sospensione, incertezza, assenza di progettualità, vitalità intensa, ma senza un

fine. Il passato veniva vissuto invece come un mondo perduto e inaccessibile, una sorta di archeologia comprensibile solo a pochi esperti, di cui si è perduta ogni chiave interpretativa .

Gli interventi, nella prima fase, erano stati principalmente di collegamento e ordinamento, amplificazione tematica e fluidificazione narrativa, senza ricerca o esplicitazione di significati diversi da quelli espressi.

La rappresentazione più significativa di questo primo periodo può essere considerata una fantasia, portata da un membro del gruppo, ma fatta propria da tutto il gruppo, di un viaggio dall'Egitto al mondo attuale, per compiere il quale era necessario salire tutti insieme su un'astronave capace di dirigersi verso il presente .

Nella scena riportata, sono presenti molti fattori significativi. Innanzi tutto, il tempo è spazializzato, cioè il passato è un luogo - l'Egitto - e non un momento storico. In secondo luogo, esiste una cesura incolmabile tra passato e presente, per cui è necessario un mezzo di trasporto fantastico - l'astronave - per l'attraversamento. Infine il passato è un cumulo di rovine archeologiche, affascinante, ma conoscibile solo da esperti - gli archeologi.

Pensiamo che sia possibile considerare questa rappresentazione una scena-modello, anche se molto particolare, perché contiene in forma visiva un aspetto generale, comune a tutti e che implica una relazione anche se specifica - il guppo è l'astronave che ci permette il ritorno dal passato, "il cumulo di rovine archeologiche" è una eccellente descrizione della propria esperienza psicotica. Il fatto che il passato sia accessibile solo tramite esperti archeologi, descrive la disponibilità dei pazienti ad essere aiutati dal terapeuta ed indica una buona capacità di alleanza terapeutica. (H. D. Kibel - comunicazione personale).

Come dicevamo in precedenza, il concetto di scena-modello è qui molto allargato e, per così dire, adattato allo specifico contesto del gruppo.

La seconda posizione del gruppo

Lentamente, verso la fine del secondo anno di gruppo, sono cominciate a emergere intense passioni personali. Ha fatto la sua comparsa, in primo luogo, una forte esigenza di riconoscimento personale - del tipo "dovete parlare proprio di me e a me!" - accompagnata da un senso di gelosia, mai espresso chiaramente, ma nettamente avvertibile, verso gli altri membri. Inoltre il tema della propria storia personale è diventato centrale: ognuno ricordava esempi ed eventi della propria vita, che adesso esigevano commenti e riconoscimenti e non servivano più soltanto come contributo a un'emozione prevalente, indifferenziata, valida per tutto il gruppo. In particolare un paziente, René, mise in moto un processo molto rapido di individuazione di sé nel gruppo, non prestandosi più come ricettacolo delle proiezioni

delle parti più indifferenziate e disgregate degli altri. Nel primo anno, infatti, René viveva in una sorta di "ritiro totale passivizzato", che faceva pensare ad un sé disgregato, senza identità; nella seconda fase del lavoro di gruppo, cominciò ad emergere un sé più integro, ma minacciato, che ha riacquistato una certa identità ed ha l'angoscia di riprenderla.

Riportiamo una seduta di questo periodo. René: "Io non ho avuto in passato una persona che mi sosteneva, che mi dava da mangiare... non avevo cose buone da mangiare ..." Poi, rispondendo ad un altro paziente, con cui aveva intrattenuto in precedenza un intenso legame confusivo, aggiunge: -" ma io parlo di me, dei miei genitori, le tue cose le devi sapere tu..." Subito dopo esce dalla stanza per rientrare più tardi. Questo lo scenario che evidenzia come il gruppo dei pazienti si indirizzi verso una fase di maggior contrapposizione, gelosie e richieste di riconoscimento personale.

Abbiamo pensato di trovare un elemento importante in quanto stava accadendo, ipotizzando che in René stesse facendo la sua comparsa una iniziale fase di individuazione con elementi di autorappresentazione ed autodescrizione di sé come soggetto/bambino, denutrito o mal nutrito nella propria matrice originaria, nelle proprie relazioni di base. La maggior consapevolezza di sé che alcuni pazienti, come René ed altri, stavano acquisendo, insieme alla capacità di autorappresentazione, induceva un elemento di frammentazione potenziale nel gruppo, che lentamente, ma inesorabilmente, andava verso litigi, uscite, scontri, risse. Alcuni membri lasciarono, altri divennero ansiosi e irritabili.

Il fronteggiamento di questa seconda fase è avvenuto cercando nuove scene unificanti: non più l'identificazione di emozioni comuni, ma la messa a fuoco di specifiche immagini personali, ma con valenza collettiva, che fungessero da veicolo di unità per i membri. Potremmo dire, forzando un po' la definizione di Lichteneberg, che la tecnica consisteva nel cercare scene-modello sufficientemente efficaci per illuminare quanto accadeva, capaci cioè di rappresentare la specifica modalità di rapporto individuo- gruppo, prevalente in quel periodo. Un esempio renderà più chiaro questo assunto.

In una seduta di gruppo, Andrea arriva in ritardo e Carlo esce non appena lui entra. Andrea si sente sopraffatto dalla rabbia contro Carlo, entra in uno stato di agitazione, riesce a dire di sentirsi come l'eroe di un film di fantascienza, Hulk, verde di rabbia. E' possibile in questa associazione cogliere il tentativo di Andrea di comunicare al gruppo che in certi momenti di rabbia impotente si trasforma in "Hulk", che nel film originario è lo stato transitorio dello scienziato David che per errore ingoia sostanze chimiche che stava sperimentando .Hulk è una parte che sfugge al controllo, che combatte il male e protegge gli innocenti.

L'immagine che Andrea propone al gruppo suggerisce che il paziente si sta individuando, ma ha ancora uno scarso controllo degli impulsi, è quindi una

immagine di autopercezione e di autorappresentazione (H.D.Kibel comunicazione personale). Ci sembra importante evidenziare l'elemento temporale e oscillatorio che questa rappresentazione veicola: solo in certi momenti di rabbia impotente la identità umana di Andrea subisce la trasformazione in Hulk.

Per fronteggiare questo clima di disagio, alcuni pazienti fanno finta di nulla, altri si chiudono nelle loro fantasie private. La conduttrice rileva che oggi ci sono linguaggi molto diversi, che si deve ancora trovare un'intesa, e propone come momento di condivisione la lettura di un quaderno di poesie, che proprio quel giorno un altro paziente ha portato al gruppo.

Si può considerare questo un secondo tentativo, stavolta attivato dalla conduttrice di proporre un veicolo collettivo - le poesie - per controllare la rabbia di Andrea, offrendo al tempo stesso a lui un mezzo di condivisione della sua rabbia. Stavolta il clima si addolcisce, i pazienti cercano, tra le diverse poesie, quella che meglio può esprimere lo stato d'animo di Andrea. Da parte sua, Andrea è incerto. Da un lato teme di non controllarsi, dall'altro insiste nel battersi il petto, appunto come Hulk, in un tentativo tra lo scherzoso e il disperato, di non offrire al gruppo lo spettacolo di un uomo travolto dai suoi sentimenti. In altri termini, Andrea cerca, per così dire, di mettere in scena se stesso. Ad un certo punto, la co-conduttrice imita Andrea con aria affettuosa: egli la guarda come se si vedesse in uno specchio e sorride.

Di fronte a questa scena la conduttrice propone di leggere, a turno, la poesia intitolata "lo specchio", e di parlarne ("mi guardo allo specchio, mi sento giovane, mi sento vecchio e guardandomi mi accorgo di come sono imperfetto").

Questo sembra offrire al gruppo un nuovo terreno comune,: Andrea si calma e sorride di nuovo. La rabbia di Andrea si scioglie senza che sia stata affrontata direttamente: nessuno ha usato il termine gelosia, ma tutti, compreso Andrea, sanno trattarsi proprio di questo.

Tutti i membri commentano la poesia: la conduttrice osserva che lo specchio serve per guardare noi stessi in preda ad una emozione, perché lo specchio riflette e ci fa riflettere, ma serve anche come un'immagine in cui tutti possono guardare qualcosa.

Discussione

Attraverso questa esperienza terapeutica, durata alcuni anni, con un gruppo di giovani psicotici, ricoverati in una Istituzione Riabilitativa, ci sembra di poter sostenere in accordo con la letteratura, che il gruppo ha attraversato posizioni diverse, che a nostro avviso, non vanno viste come fasi, che si susseguono, secondo un modello rigido, ma piuttosto vanno viste come fasi o posizioni che possono anche essere perse e riacquisite, a seconda dello stato di frammentazione o di maggior integrazione del Sé, che la patologia psicotica dei pazienti consente.

Si sono potute evidenziare delle differenze nel gruppo, tra una prima fase durata circa due anni e la fase successiva, nelle "scene modello" che il gruppo ha prodotto; questo a nostro avviso è legato all'avvio di una fase di individuazione e ad una maggiore integrazione del Sé di alcuni pazienti: per primi Rene', Andrea e Carlo. Inizialmente e gradualmente, nel gruppo prevaleva un'atmosfera di frammentazione, ogni membro ha portato sensazioni, ricordi o eventi, e scenari relazionali, collegati coll'impatto sul Sé che tali scenari hanno esercitato. Se il conduttore è consapevole della funzione vicariante della "amplificazione tematica" e sviluppa questa funzione con gradualità, insieme alla "narrazione efficace" e alla "esplicitazione dei ruoli", verificherà che delle varie scene che ognuno dei membri porta, alcune presenteranno addentellati emotivi, immaginativi e fantasmatici che permetteranno ad altri membri di contribuire all'arricchimento di quella scena. In altri termini le scene in cui il gruppo sembra frammentato nei primi tempi, tenderanno sempre più a divenire scene comuni rispetto alle quali ogni membro si colloca immaginativamente ed emotivamente.

Tali scene, anche nella nostra esperienza, non sono prodotte spesso, ma rappresentano l'esito di un lungo lavoro preparatorio. Tutti i frammenti e gli elementi sparsi finalmente sembrano trovare in esso una forma conclusa e leggibile, (Correale 1991) ed ecco che l'episodio scena modello acquista valore anche per il gruppo, perché rappresenta una sorta di luogo collettivo. Le scene modello sono l'equivalente di metafore specifiche di una fase, ma sono anche qualcosa di più: sono metafore che persistono nel tempo ed a cui si riferiscono continuamente i membri del gruppo; in questo senso esse svolgono per il gruppo una funzione organizzante e gli conferiscono anche una identità sua propria.

Nell'esperienza del gruppo di cui parliamo, questa tendenza è stata ulteriormente favorita da due fattori. In primo luogo, si tratta di un gruppo settimanale composto da pazienti residenziali. Questo fenomeno - nel caso specifico - ha permesso di liberare almeno in parte il gruppo da tematiche quotidiane, che venivano affrontate nel corso del resto del tempo: il gruppo è diventato così una specie di "stanza dei giochi". In secondo luogo, si trattava di pazienti molto giovani, anche se cronicizzati, per cui il trauma, se così si può dire, era ancora abbastanza vicino e quindi visualizzabile con una certa vivezza, anche se già notevolmente disaffettivizzato dai processi della cronicità.

Infine, è necessario dire che l'identificazione del valore comunicativo degli scenari avveniva prevalentemente in supervisione, quindi in un momento successivo alla seduta e non in presenza dei pazienti. Questa esplicitazione, però, doveva restare patrimonio dei soli conduttori, perché il valore terapeutico della scoperta non risiede, a nostro avviso, nella sua possibilità di restituzione immediata al paziente, ma nel potenziamento della sintonizzazione che si riversava positivamente su tutta l'atmosfera dell'Istituzione. (Correale 1996)

Nella posizione iniziale, la scena-modello ha assunto il carattere di una storia generale - un mito, un film, una leggenda - conosciuta da tutti e dotata di un valore universale, come la metafora delle rovine archeologiche egiziane, che ha caratterizzato la prima fase del nostro gruppo.

Nella seconda posizione della terapia di gruppo, all' fine del secondo anno, ogni paziente ha acquisito sempre più la possibilità di percepirsi, autorappresentarsi nel gruppo ed autodescriversi, in relazione ad un processo di inizio di individuazione e reintegrazione del Sé.

Gli scenari si sono sempre più personalizzati, ogni paziente ha acquistato uno spessore crescente, come le sculture di un bassorilievo che si distaccano sempre più dallo sfondo e creano crescenti effetti di tridimensionalità e di chiaro-scuro, minacciando al tempo stesso l'unità del gruppo; il processo di Individuazione è molto rischioso per l'unità del gruppo, ma la scena modello rende possibile che entrambe le condizioni possano realizzarsi contemporaneamente.

Vorremmo sostenere l'idea che l'individuazione di una nuova scena-modello, costituisca un momento terapeutico essenziale del lavoro in questa nuova fase del gruppo: in particolare, un'esperienza soggettiva intensa, in questo caso una gelosia irrosa di Andrea, viene condivisa senza essere nominata direttamente, bensì come in uno specchio osservata da una certa distanza che la addolcisce, permettendone una conoscenza indiretta. La co-terapeuta imita Andrea, come se gli mostrasse affettuosamente come lui diventa quando è Hulk.

L'utilizzo di una tecnica adeguata nel passaggio dalla prima alla seconda fase costituisce uno strumento operativo essenziale, ai fini del superamento di questo momento particolarmente delicato. La nuova tecnica è, ora, quella di utilizzare modalità indirette che indicano al gruppo ed ai singoli membri, le emozioni esistenti, ma senza nominarle né spiegarle direttamente.

Quindi il conduttore del gruppo mette in atto una sorta di rappresentazione delle emozioni, con molta empatia ed affetto; questo consente di prendere le distanze da sentimenti troppo intensi e pericolosi; ad esempio ora una tecnica è "mostrare affettuosamente" al paziente, utilizzare strumenti indiretti come la lettura delle poesie che indicano emozioni, per nominarle indirettamente, senza spiegarle.

Come nel mito di Perseo e Medusa, non si può nominare ed affrontare direttamente una emozione troppo intensa, perché il suo riconoscimento a livello individuale comporterebbe un effetto pietrificante e mortifero, come lo sguardo della Gorgone. C'è bisogno nel gruppo di una tecnica diversa, che consenta una conoscenza indiretta, ovvero una rappresentazione delle emozioni degli altri, in analogia ad uno scenario di specchi, che consente la distanza necessaria per rendere l'emozione tollerabile e condivisibile. Queste tecniche sono utili a superare il rischio di frammentazione del

gruppo e a favorire la nuova fase di autoconsapevolezza dei singoli nel gruppo. La scena dello specchio, come dicevamo, non può essere definita una scena-modello in senso stretto, perché non si riferisce ad una vicenda passata. Essa si riferisce invece ad una precisa e stabile configurazione nel gruppo: c'è una rabbia di Andrea e solo di Andrea, che può essere portata al gruppo e resa pubblica pur restando del paziente, il gruppo la restituisce in una forma che Andrea possa riassorbire senza esplodere. La scena contiene comunque anche un valore retrospettivo. In passato, la rabbia di Andrea pietrificava gli altri e quindi anche lui stesso. Adesso lui può esprimerla in modo condivisibile. Il gruppo riconosce al tempo stesso alla gelosia di Andrea un carattere individuale (Hulk) e un carattere di gruppo (la sua rabbia, ma qualcosa che tocca tutti loro).

Il gruppo può funzionare, in questa seconda fase, come uno specchio, animato ed affettuoso, che riconosce bisogni e differenze individuali, pur rimanendo un unico contenitore in cui tutti possono ritrovarsi e riflettere e può restituire ai pazienti una dimensione della loro soggettività, non più esplosiva e finalmente resa vivibile.

Bibliografia

AGAZARIAN Y. & PETERS R. 1981. *The visible and invisible group. Two perspectives on group psychotherapy and group process*. Routledge & Kegan, London.

ARRIGONI SCORTECCI MINA (1993). In margine al trattamento e ad alcuni meccanismi di difesa dei pazienti psicotici. Divagazioni e riflessioni. Relazione presentata il 1 ottobre 1993 agli Psicologi SIPS Spazio Guicciardini - Via Melloni, 3 Milano.

BION W.R. 1961. *Experiences in Groups*. Tavistock ed., London (trad. it. Esperienze nei gruppi, Armando, Roma, 1971).

BLOCH S., CROUCH E. (1985). *Therapeutic Factors in Group Psychotherapy*. Oxford Universities Press, New York.

BOLLAS C. (1987). *The Shadow of the Object: Psychoanalysis of the Unknown Thought*. Columbia Univ. Press, New York. [trad. it. L'ombra dell'oggetto. Psicoanalisi del conosciuto non pensato, Borla, Roma, 1989]

BOYER J.B. 1981. On analytic experience in working with regressed patients. In P. Giovacchini & J.B. Boyer, *Technical factors in the treatment of severely disturbed patients*. J. Aronson, New York.

CORRAO F. (1979). Clinamen. *Gruppo e Funzione Analitica*, I, 1, 15-19.

CORREALE A. (1995). Dall'empatia all'immaginazione empatica. *Quaderni Koinos*, XVI, 2.

CORREALE A. (1996). L'équipe come supporto emotivo e di pensiero per gli operatori psichiatrici. In G. Berti Ceroni e E. Paltrinieri (a cura di), *L'ambulatorio psichiatrico pubblico*, Edizioni La nuova Italia Scientifica, Roma.

CORREALE A. (1995). Relazione tra campo ed empatia. In E. Gaburri (a cura di) *Emozione ed interpretazione*. Ediz. Bollati Boringhieri, 1996.
CORREALE A. (1995). *Gruppo come fluidificante delle cristallizzazioni della cronicità*. (in corso di stampa).

CORREALE A, CELLI A.M. (1995) The model - scene in group psychotherapy with chronic patients. Relazione letta al 12° Congresso Internazionale di Psicoterapia di Gruppo, Buenos Aires, agosto - settembre 1995.

CORREALE A. (1991). *Il campo istituzionale*. Borla, Roma.
EMDE RN. (1988). Development terminable and interminable II. Recent psychoanalytic theory and therapeutic considerations. *International Journal of Psycho-Analysis*, 69, II, 283-269.

FREEMAN T et al. (1958). *Chronic Schizophrenia*. Tavistock Publications, London.

GABBARD G. (1992). *Psichiatria Psicodinamica*. Cortina, Milano.

GABURRI E. (1990). Thought disorders and identity disturbances between the individual and the group. In B.E. Roth, W.N. Stone & M.D. Kibel, *The difficult patient in group*, International Universities Press, Madison.

GIOVACCHINI P. (1995). La psicoterapia psicoanalitica delle psicosi. Relazione presentata al Convegno sulla psicoterapia psicoanalitica delle psicosi, Roma, 13 maggio 1995.

KAES R. (1995). I fattori terapeutici nella situazione psicoanalitica di gruppo. *Quaderni di Koinos*, 2.

KAES R. et al. (1988). *L'institution et les institutions. Etudes psychoanalytiques*. Bordas, Paris (trad. italiana L'istituzione e le istituzioni, Borla, Roma, 1991).

KIBEL H.D. (1990). The Inpatient Psychotherapy Group as a Testing Ground for Theory. In B.E. Roth, W.N. Stone & H.D. Kibel, *The difficult patient in group*, International Universities Press, Madison, Connecticut.

KIERSKY S., BEEBE B. (1994). The Reconstruction of Early Nonverbal Relatedness in the Treatment of Difficult Patients: A Special Form of Empathy. *Psychoanalytic Dialogues*, IV, 3, 389-408.

KLEIN R.H. et al. (1992). *Handbook of contemporary Group Psychotherapy*. International Universities Press, Madison.

KLEIN M. (1935). A contribution to the Psychogenesis of Maniac-Depressive States. *Intern. Journ. of Psychoanal*, 16, 145-74 (trad. it. Scritti 1921-1958, Bollati Boringhieri, Torino, 1978).

KOHUT H. (1977). *The Restoration of The Self*. International Universities Press, New York, (ed. it, La guarigione del Sé, Boringhieri, Torino, 1984).

LICHTENBERG J.D., LACHMANN F.M., FOSSHAGE J.L. (1992). *Self and Motivational Systems. Toward a Theory of Psychoanalytic Technique*. The Analytic Press, Hillsdale, N.J.

LICHTENBERG J.D. (1989). *Psychoanalysis and Motivation*. The Analytic Press, Hillsdale, N.J. [trad.it. Psicoanalisi e motivazioni, Cortina, Milano, 1995.]

LICHTENBERG J.D. (1995). L'uso della "scena modello" nella terapia del paziente grave. *Psiche*, III, 2-3, 43-53.

LUBORSKY L. & CHRIST-CHRISTOPH P. (1990). *Understanding transference: the core of conflictual relationship theme method*. Basic Books, New York.

MARTY P., de M'UZAN M. (1963). La pensée opératoire. *Revue française de psychanalyse*, 27, 345-355.

NERI C. (1993). Genius loci: una funzione del gruppo analoga a quella di una divinità tutelare di un luogo. *Koinos - Gruppo e funzione analitica*, gen-dic., XIV. n° 1-2.

NERI C, (1995). *Gruppo*. Borla, Roma.

RACAMIER P.C. (1992). *Le genie des origines. Psychoanalyse et psychoses*. Editions Payot Paris. (trad. it. IL genio delle origini. Psicoanalisi e psicosi, Raffaello Cortina, Milano, 1993).

ROTH E.B., STONE W.N. KIBEL & H.D. 1990. *The difficult patient in group*. International Universities Press, Madison.

SANDER (1984). Polarity, Paradox and the Organizing Process in Development. In Tyson & Call (ed.), *Frontiers in Infant Psychiatry*, Basic Books, N.Y.

SCALA V. (1989). Prime riflessioni sull'esperienza con un gruppo di genitori in un D.S.M.. *Gruppo e Funzione Analitica*, X, 3,41:51.

SEGANTI A. 1995. La memoria sensoriale delle relazioni. Bollati Boringhieri, Torino.

SPENCE D.P. (1987). Turning Happenings into Meanings: the Central Role of the Self. In Young-Eisendrath P.& Hall J. (ed.), *The Book of the Self Person, Pretext and Process*, New York Univ. Press, N.Y.,1987.

STONE WN. (1992). The clinical application of Self psychology theory. In R. H. KLEIN et al., *Handbook of contemporary Group Psychotherapy*, International Universities Press, Madison.

YALOM I.D. (1985). *The Theory and Practice of Group Psvchotherapy*. 3a ed. Basic Books, New York.

Notizie sugli autori

Antonello Correale, è Primario Psichiatra del Dipartimento di Salute Mentale ASL ROMA B Area II. È psicoanalista, membro ordinario della SPI Società Italiana di Psicoanalisi e dell' IPA International Psychoanalytical Association. È autore di numerose pubblicazioni, tra cui *Il campo istituzionale; Quale psicoanalisi per le psicosi?* (con Luigi Rinaldi); *Psicoanalisi e Psichiatria* (con Giuseppe Berti Ceroni); *Borderline* (con A. M. Alonzi, A. Carnevali, P. Di Giuseppe, N. Giachetti); e *Il Gruppo in Psichiatria* (con V.Nicoletti).

E-mail: cav.darpino@mclink.it

Patrizia Masoni, neuropsichiatra responsabile dell'U.O. Complessa NPI 4 di riabilitazione neuropsichica per post-acuti, nel campo dei Disturbi pervasivi dello sviluppo. Dipartimento Socio-sanitario. Pisa.