

“GRUPPO DI PAZIENTI CARDIOPATICI IN OSPEDALE”

Relatrice: Mariaclotilde Colucci

Prof.ssa Marinelli: “La Dottoressa Mariaclotilde Colucci ha coordinato per molti anni il corso di psicologia clinica alla magistrale del corso “Salute clinica e di comunità” con un gruppo di ricercatori, psichiatri, psicoanalisti, psicologi e farmacologi. E’ molto esperta in questo settore particolare e sta elaborando un modello specifico di lavoro con i pazienti psicotici, di tipo privato che a volte è un intervento anche di tipo domiciliare.

La dottoressa Colucci ci parlerà di un’esperienza pregressa che ha fatto in una Azienda Sanitaria romana dove ha fatto un intervento con il servizio di psicologia dell’ospedale nel reparto di cardiologia. La dottoressa Colucci è diplomata con lo *Spazio Psicoanalitico*, è psicologo clinico, psicoterapeuta ed è stata anche socio di ARGO ai tempi della sua nascita.

Ha svolto molte ricerche in particolare nel campo delle psicologie del sé e psicologie relazionali e quindi può illustrarci questa dimensione relazionale del modello psicoanalitico rivolto in questo caso al lavoro di gruppo fatto nel reparto del servizio di psicologia presso il reparto di cardiologia di un’Azienda Sanitaria romana”.

La dottoressa Colucci inizia il suo intervento:

E’ stata un’esperienza fatta abbastanza tempo fa, che risale ad un periodo che va dal 2000 al 2005. Questa è stata un’esperienza, anche se poi si è interrotta per una serie di motivi, abbastanza importante. In quel periodo lo stesso reparto di riabilitazione cardiologica puntava a una certa eccellenza rispetto a dei modelli innovativi di riabilitazione per i pazienti con patologie cardiache tanto che questo lavoro è stato presentato anche a un convegno della società cardiologica italiana dove io e la dottoressa Luisa de Bellis, dirigente del servizio di psicologia di questa Azienda Sanitaria romana, lavoravamo; era l’unico lavoro presentato da due psicologi in un congresso nazionale e internazionale medico, quindi un lavoro che ha avuto una certa importanza.

Cercherò prima di tutto di descrivervi un po’ l’atmosfera istituzionale di reparto perché è un elemento fondamentale quando si cerca di mettere in piedi, si risponde a una domanda di cura e si crea un gruppo terapeutico a funzione analitica all’interno di un’istituzione. Infatti questo reparto di riabilitazione cardiologica è un reparto che riceveva i pazienti dopo una fase acuta e dopo un intervento cardochirurgico, quindi questi pazienti passavano

dall'ospedalizzazione alla riabilitazione cardiologica con un'equipe multidisciplinare. All'interno del reparto di riabilitazione c'erano sei medici cardiologi, due terapisti occupazionali, una dietista, io e l'altra collega che eravamo le psicologhe di questo reparto. La richiesta che veniva fatta ai pazienti era quella di adattarsi molto repentinamente a tutta una serie di regole di vita che avrebbero dovuto avere la funzione di prevenire i fattori di rischio di una ricaduta, di un infarto o di altre problematiche cardiovascolari. Di fatto la richiesta che veniva fatta a noi psicologi fu quella di creare un gruppo, in realtà psico-educazionale, in cui dovevano essere descritte ai pazienti delle regole di un sano stile di vita. Questa richiesta iniziale da parte dell'equipe curante del reparto fu trasformata da noi che abbiamo strutturato questo intervento, cercando in qualche modo di poter diffondere all'interno del reparto una cultura diversa che considerasse in maniera diversa sia la relazione medico paziente sia una cultura e un'ottica della patologia cardiaca e anche del malato diversa da quella che strutturava questo tipo di reparto. Prima la professoressa Marinelli parlava di Sé corporeo; di solito questo tipo di terminologia si usa soprattutto nelle malattie che riteniamo fondamentalmente a sfondo psicologico come l'anoressia. In una malattia organica si tende con più difficoltà a poter pensare che riguardi anche la strutturazione di un sé corporeo perché quello che si ammala è un organo, il cuore, quindi non c'entra nulla il sé corporeo con l'organo che si ammala.

E' come se fosse qualcosa di dissociato da quello che è la totalità, prima di tutto del corpo e anche della persona, e quindi di quella di cui molto si parla, cioè di un'integrazione mente - corpo.

Il tentativo, quindi, è stato quello di poter introdurre all'interno della cultura di questo reparto un'idea anche un po' più olistica della malattia, della cardiopatia, delle patologie organiche, nel caso specifico la cardiologia di una patologia organica. Ovviamente non è stato facile introdurre questo tipo di pensiero; l'intervento è stato focalizzato su due fronti: un fronte che riguardava la strutturazione del gruppo equipe, quindi diffondere all'interno del gruppo equipe questa cultura attraverso delle riunioni di gruppo che tenevamo con i medici e con gli altri membri del reparto e in più l'idea di strutturare questo gruppo. Quindi ci sono state due fasi dell'intervento: una prima fase molto dedicata alla strutturazione di un clima, cercando di poter immettere all'interno della mentalità del gruppo equipe un lavoro di questo tipo e una seconda fase per poi preparare anche il terreno per la strutturazione di questo tipo di gruppo terapeutico. In particolare, soprattutto perché questo tipo di pazienti, che arrivavano in questo reparto dopo un intervento chirurgico, non avevano in realtà una percezione esatta di quello che significasse fare una riabilitazione cardiologica, perché l'intervento chirurgico era andato bene e quindi nella mente dei pazienti c'era l'idea di un passaggio di qualche giorno all'interno di questo reparto per poi tornare alla vita di prima. Non c'era, quindi, la percezione esatta di cosa volesse dire invece un lavoro di riabilitazione cardiologica che consiste in un ricovero

molto più lungo che dura in media da un minimo di 15 giorni a un massimo di un mese. Questo era un periodo che per i pazienti era molto difficile da affrontare perché li metteva in una condizione a loro avviso di passività rispetto alla loro vita, al loro percorso, rispetto alla percezione della malattia e anche a questa ristrutturazione di regole di vita che dovevano essere riorganizzate. I pazienti che erano ricoverati in questo reparto erano pazienti in media tra i 50 e i 60 anni, in prevalenza uomini rispetto alle donne anche se l'incidenza della patologia cardiaca è indifferente rispetto al sesso ed ha quindi la stessa frequenza sia negli uomini che nelle donne. La regola principale della riabilitazione cardiologica era quella di prevenire i fattori di rischio di una vita scorretta : l'alimentazione, il tabagismo, l'assunzione di alcool, la vita sedentaria, l'eccessivo stress fisico e tutta una serie di elementi che in qualche modo facevano parte della vita di queste persone. Questi pazienti, quindi, si trovavano disorientati a doversi assumere la responsabilità della loro patologia perché entrati nel reparto di riabilitazione cardiologica veniva detto loro: "Fino ad oggi hai vissuto in questo modo, queste abitudini di vita sono scorrette e le devi cambiare perché se continui a vivere così rischi la morte". Questo è in sintesi il messaggio che veniva dato a questo tipo di pazienti i quali, ovviamente, erano già in una condizione di fragilità psichica rispetto all'evento. Immaginate che la maggior parte di loro avevano avuto un infarto quindi erano stati operati , gli erano stati messi by pass coronari; questi erano tutta una serie di eventi ristrutturanti sia da un punto di vista corporeo che da un punto di vista psicologico. Dopo l'intervento chirurgico veniva detto loro che le abitudini di vita dovevano assolutamente cambiare; questo è un pensiero sano e logico naturalmente, ma non così coerente rispetto a una persona che si sente colpevolizzata rispetto alla patologia e al problema in cui sta incorrendo.

Per darvi un'idea vi leggo qualche tranche clinica:

Marco:

"Mia moglie vuole che non faccia nulla, qualsiasi cosa mi impedisce di farla, se fosse per lei non dovrei più fare niente. Bisogna spostare un vaso? No, faccio io altrimenti tu ti affatichi e poi ti senti male. Per me è proprio difficile, mi sento che non sono più capace a fare nulla. Non riesco a mangiare o meglio ho voglia ma poco dopo sento che mi viene da rimettere".

Umberto:

"C'è che uno si sente nella condizione di malato, ecco se ti invita qualche amico a cena che fai non ci vai perché non puoi mangiare niente?"

Elena :

"Certo che ci vai, ordini quello che puoi mangiare e poi eventualmente dici che sei stato male"

Umberto:

“ No, io non voglio dire niente perché sennò ti compatiscono e poi se non mangi niente neanche ti invitano più”.

Questo è un esempio di una tranche clinica per darvi un'idea di ciò che significava per queste persone un evento traumatico, come la perdita di una funzione vitale; non era solo la paura e il rischio di un nuovo infarto perché anche la percezione della vita di queste persone era cambiata e mutata. C'era sempre la paura e il rischio che l'infarto si potesse ripetere in qualsiasi momento, non ci si poteva arrabbiare eccessivamente perché poteva essere un rischio, non si potevano mangiare certi alimenti perché creavano una serie di problemi ed anche la sessualità era un elemento che doveva essere in qualche modo tenuto sotto controllo, ridimensionato. Bisognava entrare in un'ottica in cui anche la vita affettiva e sociale veniva assolutamente ridimensionata con il rischio di ridurre anche molto la qualità della vita.

La possibilità per questi pazienti di potersi vedere in gruppo e di poter parlare di questi aspetti, restituiva loro la possibilità prima di tutto di poter in qualche modo universalizzare la propria esperienza, perché c'era un confronto all'interno del gruppo rispetto a questi temi, ma soprattutto di poter, attraverso il lavoro del gruppo, ristrutturare qualcosa che al loro interno sentivano come una funzione che era ormai lesa ed in qualche modo questa lesione per essere riparata portava in sé anche dei rischi: la paura che riprendere la vita, la quotidianità e tutto quello che c'era fino a prima di avere l'infarto potesse rappresentare per loro un danno. Quindi il gruppo ha avuto una funzione in questo senso molto ristrutturante rispetto alla possibilità di poter riacquistare una fiducia rispetto alle proprie capacità psichiche, emotive e soprattutto a proposito di sé corporeo una rappresentazione di sé, della propria immagine corporea anche diversa.

Vi leggo un'altra tranche di seduta a proposito di questo:

In una seduta ricorre il tema delle malattie del bestiame, della mucca pazza. “Che mangeresti delle ossa di altri animali, degli animali da macello, dei mattatoi?” Il clima è angosciante e aggressivo, le immagini sono crude e sanguinolente; qualcuno fa gli scongiuri, qualcuno apre la Bibbia, qualcuno chiede conferme sull'utilità del percorso riabilitativo. Un partecipante racconta una favola ungherese nella quale viene narrato di un figlio che strappa il cuore della madre e poi scappa; mentre corre, inciampa e il cuore dice . “Ti sei fatto male, figlio mio?”

In un'altra seduta un partecipante comunica che in campagna bisogna avere sempre le scarpe chiuse perché ci potrebbero essere vipere e altri animali pericolosi. Si parla delle vipere che partoriscono, si parla di parenti serpenti, di malelingue. Un paziente dice di sentirsi insultato dal termine cardiopatico e poi mostra a tutti la sua tessera ferroviaria. Si parla di andare insieme alla

ricerca di una nicchia ecologica che consenta nuovi processi di adattamento; qui il campo gruppale è popolato da animali velenosi che possono uscire fuori all'improvviso in un ambiente conosciuto e familiare ma sono comunque vivi e in grado di riprodursi .

Questa tranche che vi ho letto dà proprio l'idea, a proposito di Sè corporeo, di come queste persone potevano esprimere in gruppo la rappresentazione di se stessi e del loro corpo malato come contenente qualcosa di pericoloso, di velenoso un po' come un serpente; qualcosa che all'improvviso ti attacca.

L'angoscia principale che i pazienti portavano in gruppo era quella di essere attaccati dall'interno rispetto a qualcosa che era al di fuori della loro volontà, cioè faceva parte di loro perché era il loro corpo quindi anche la propria identità corporea. Però era qualcosa con cui loro concretamente non potevano entrare in contatto, non potevano agire nulla per cambiare questa cosa; questo diffondeva in loro un grande senso di impotenza che rendeva molto difficile di fatto poi sostenere quella che era la richiesta dei medici di interiorizzare certe regole, di fare tutta una serie di cambiamenti nello stile di vita . Questo perché l'angoscia era tale che in quel momento un cambiamento pure se aveva una funzione salvifica di prevenzione per la loro esistenza, in quella fase tra l'intervento chirurgico e la riabilitazione, tutto era vissuto dai pazienti ancora una volta come un annichilimento della loro persona invece di una prevenzione per stare meglio. Per queste persone tutto ciò che era a buon fine richiesto dai medici, era vissuto come una privazione della vita non come una prevenzione. Una cosa abbastanza semplice da comprendere non era così facile da essere compresa dai medici e dall'equipe curante, proprio perché in qualche modo non era così diffusa questa cultura ma c'era una cultura più specifica sull'organo e cioè che quello che doveva essere risanato era l'organo attraverso tutta una serie di elementi.

A volte anche le espressioni oppositive dei pazienti che erano dettate da angosce tipo rispetto a queste tranche che vi sto leggendo, erano vissute dall'equipe medica come un rifiuto; a volte c'era anche il rischio che i pazienti che non si adeguassero alle regole del reparto e potessero essere dimessi.

L'istituzione del gruppo quindi è stato anche un oggetto mediatore nel rapporto tra i medici e quei pazienti restii dal punto di vista medico ad accettare le regole, perché la riabilitazione cardiologica aveva un tempo di ricovero di un mese in cui il paziente doveva cominciare all'interno del reparto a poter abituarsi a tutta una serie di stili di vita, di abitudini alimentari, fare ginnastica, smettere di fumare. Durante questo mese il paziente doveva cominciare a cambiare queste regole di vita e, una volta dimesso, doveva essere posto nelle condizioni di continuare questo stile di vita cominciato all'interno del reparto anche fuori, nella propria quotidianità. Sicuramente da un punto di vista pratico è abbastanza plausibile, però ovviamente per il singolo individuo fare un passaggio di questo tipo non era

assolutamente banale; il gruppo serviva, quindi, in questa mediazione nel senso che nel momento in cui i medici diventavano espulsivi verso alcuni pazienti, l'idea che ci potesse essere il gruppo e di questo se ne sarebbe potuto parlare in gruppo e poi restituire all'equipe anche un'elaborazione di quello che erano i vissuti dei pazienti in gruppo aveva comunque anche una funzione per i medici. Infatti i medici potevano affiancare alla loro ottica degli altri elementi e quindi potevano entrare in contatto con una percezione soggettiva e non solo oggettiva della malattia e del percorso riabilitativo che andava in qualche modo personalizzato, cioè i medici dovevano un po' adattarsi a quella che era la tipologia di personalità o ai tempi e ai modi che ciascun individuo metteva in atto rispetto a questa interiorizzazione di regole anche attraverso una mediazione molto personale. Non è detto, quindi, che un' interiorizzazione di un cambiamento così grande e così repentino rispetto a quello che dovevano in qualche modo fare questi pazienti rientrasse così schematicamente all'interno di quelli che erano i tempi e i modi dettati dalla riabilitazione; quindi è come se il funzionamento del gruppo potesse anche un po' servire a capire che da un lato c'erano i pazienti che si dovevano adattare alla riabilitazione e al reparto e dall'altro, però, anche la regola riabilitativa doveva adattarsi al paziente e tenere conto dei tempi soggettivi di assimilazione non solo di questo evento traumatico ma anche della possibilità di poter affrontare dei cambiamenti.

Del resto, per esempio anche una cosa molto banale come poteva essere il cambiamento di alimentazione nello stile di vita comunque assumeva un valore particolare. Nel gruppo venivano portati in continuazione sogni in cui mangiavano piatti di fettuccine, c'erano questi gruppi in cui c'era convivialità ed i pazienti portavano sogni sul cibo; questo era un elemento molto interessante rispetto a ciò che significava per loro all'interno di questa situazione ospedaliera poter ritrovare un senso del piacere rispetto al cibo. Le fantasie e i sogni sul cibo erano per questi pazienti un modo di elaborare un aspetto luttuoso che riguardava se stessi rispetto al rapporto che ciascuno di loro aveva con il cibo e quindi che rappresentava anche la propria identità, il proprio stile relazionale; erano elementi assolutamente importanti e anche qualche cosa di nutritivo come il cibo, che acquisisce un valore vitale e nutritivo, poteva essere all'improvviso considerato come qualcosa che li danneggiava perché se dovevano cambiare stile di vita e dovevano mangiare alimenti diversi meno calorici, con meno grassi, ovviamente questo, dal loro punto di vista, diventava sempre di più una riduzione del piacere e nello stesso tempo anche il senso che per loro aveva questo aspetto del cibo nella loro vita sociale e anche relazionale. Quindi il gruppo ha avuto un' importante funzione per poter rappresentare, per poter portare queste rappresentazioni di se stessi all'interno di un' istituzione, di un reparto come era quel reparto di riabilitazione cardiologica (ma ci sono anche altri reparti che hanno uno stile diverso), comunque di poter in qualche modo accedere ad un livello che fosse quello di metabolizzare e simbolizzare quello che per loro era una perdita di

una funzione importante e vitale che si circoscriveva in questo organo, il cuore, che è anche la sede delle emozioni e degli affetti e andava anche a ristrutturare in maniera più profonda la loro persona. Infatti una delle domande più frequenti che i pazienti facevano all'inizio quando arrivavano al gruppo, perché ovviamente questo gruppo era un gruppo aperto dato che i pazienti ogni 20 giorni/ un mese cambiavano perché c' erano le dimissioni e quindi entravano altri pazienti, era il perché in un reparto di cardiologia essendo loro dei malati di cuore dovessero incontrare degli psicologi, non erano dei malati di mente, non avevano un problema psicologico e quindi questa era una domanda interessante rispetto a come queste persone piano piano potessero entrare in rapporto e in contatto con la rappresentazione che avevano di se stessi, del proprio corpo e della propria vita psichica e come tutto questo stava in rapporto rispetto a ciò che loro sentivano e che dovevano in qualche modo ristrutturare perché di fatto il principale punto era quello di sentire che su questo evento (la maggior parte di questi pazienti avevano avuto degli infarti) si dovesse ristrutturare la loro vita. Quindi questo passaggio dal pensare di dover vedere delle psicologhe perché erano dei malati di mente, al pensare che la funzione psicologica avesse un ruolo fondamentale in questa ristrutturazione che non era solo un aspetto organico ma anche psichico, è stato un passaggio importante rispetto a quello che dicevamo prima, cioè riguardo al sé corporeo. Un altro elemento importante della funzione del gruppo all'interno di questo reparto e per questi pazienti è stata anche una socialità all'interno del gruppo e del reparto. Fare un gruppo in un reparto ospedaliero cambia un po' il vissuto ed il clima dei pazienti perché in un reparto ospedaliero di solito i pazienti sono indicati con un numero, con un posto letto, quindi in qualche modo è come se il gruppo avesse anche restituito una dimensione umana, risocializzante; per esempio i pazienti all'inizio i primi giorni di ricovero stavano ognuno per conto suo, invece dopo aver partecipato a qualche seduta del gruppo iniziavano ad avere dei maggiori rapporti come se questa attività grupppale potesse anche attivare una vitalità e una vita all'interno del reparto tra di loro e quindi ad aver un maggiore interesse. A un certo punto all'interno di questo reparto si sono iniziate a prendere delle abitudini che di solito nei reparti ospedalieri non ci sono, quella di festeggiare i compleanni dei pazienti, di organizzare, c' era chi si informava di questo, c'erano una serie di eventi oppure i pazienti si attivavano per poter organizzare, all'interno del gruppo terapeutico, degli incontri grupppali con i parenti. Quando c' erano le visite dei familiari nei primi tempi erano molto individuali poi piano piano dopo la frequentazione del gruppo, i pazienti è come se avessero portato anche all'interno della visita dei familiari questa modalità, come se questa rete sociale si allargasse; per esempio ai familiari dei pazienti venivano comunicate determinate cose che erano emerse nel gruppo, c'erano delle richieste di poter indicare anche dei familiari nel dare delle specifiche annotazioni di come poter sostenere in base ai bisogni che erano emersi in gruppo, di come poi una volta tornati a casa i

familiari potessero utilizzare quello che era emerso nel gruppo per sostenerli maggiormente. (51minuti e 56)

Questa è stata una cosa importante perché hanno cominciato ad istituire all'interno del reparto un modo diverso di considerare, anche da parte dei medici, i familiari dei pazienti che arrivano con una serie di domande, di ansie, di preoccupazioni e quindi in qualche modo insieme ai pazienti, anche i familiari debbono essere accolti. Però in questo senso oltre a poter vedere il familiare semplicemente come un esecutore di quelle che erano tutta una serie di regole che il paziente avrebbe dovuto seguire a casa, si è cominciato a sentire i familiari come una risorsa in più, e quindi si è potuto trovare un modo attraverso questi gruppi spontanei, che nascevano con i familiari nell'orario di visita, di utilizzare i familiari come una risorsa e questi gruppi, come un momento di riflessione. A volte, per esempio, a questi gruppi spontanei partecipava un medico che era di turno in quel momento, oppure la terapeuta occupazionale, oppure un fisioterapista. Era anche interessante vedere come l'inizio di un gruppo terapeutico avesse cominciato a far filtrare all'interno del reparto una cultura di gruppo che è diversa dall'idea di dire che c'è un'équipe: non è detto che un'équipe che lavora insieme abbia una cultura gruppale e una cultura di gruppo, non è detto che sia così, sono dei medici che stanno insieme, che lavorano, collaborano, però di fondo non c'è il pensiero o cultura di gruppo.

Quindi è stato interessante vedere come nel corso del tempo (questa esperienza è durata cinque anni), la semplice istituzione bisettimanale di questo piccolo gruppo (il reparto contava 10 posti letto che non sempre erano occupati tutti, in media i partecipanti del gruppo erano 8/9 pazienti) ha potuto istituire una cultura gruppale all'interno di questo reparto. Era una rete di cura, non era solo il colloquio individuale medico-paziente, ma si sono potuti istituire anche dei collegamenti tra le varie mansioni disciplinari: fisioterapista, dietologa, coinvolgere i familiari all'interno di questo progetto, trovare il modo di poter utilizzare delle risorse che venissero dal territorio e dal paziente.

Prof.ssa Marinelli: Io sono veramente colpita da questa resocontazione così realistica, così effettiva e così puntuale sugli elementi che ognuno di noi può aver visto nella sua esistenza. In questo momento vorrei entrare nel merito di un aspetto molto particolare che non riguarda tutto il resoconto, che ha già una sua ampiezza e una sua profondità. Nella descrizione ero stata colpita da uno degli elementi riportati a partire da una seduta o da un insieme di sedute resocontate verso l'inizio; era la seduta dopo quella del sogno del vaso, prima c'è quella del vaso poi ce n'è un'altra, in cui prima di parlare del cibo, c'è una sorta di cruenta che riguarda il cuore, cioè il cuore strappato, gli animali, ci sono delle descrizioni di distruzione fisica. C'era una delle fantasie, delle cose riportate dalla citazione di una fiaba dove qualcuno strappa il cuore della madre, lo mette nel cestino, cade il cestino col cuore dentro, e cadendo,

il cuore dice “Figlio mio ti sei fatto male?”. E’ stata una fantasia che mi ha fatto particolarmente riflettere perché l’ho associata a una fantasia portata in gruppo da un paziente che non era cardiopatico, anzi lui era casomai anoressico, è stato in un gruppo non per anoressia, aveva mal di testa, è stato in un gruppo misto, di tanti pazienti diversi. Lui aveva cinquant’anni, si lamentava che nella sua vita non c’erano fonti di soddisfazione, non c’era vitalità, c’erano i figli che crescevano ma che erano ancora richiedenti, la moglie che non si rassegnava a fare la moglie dopo che i figli erano cresciuti ma continuava a fare la mamma, la mamma soccorrevole, la mamma che continua a fare la mamma ad oltranza e che quindi negava a lui la rigenerazione coniugale che si aspettava. Era molto arrabbiato per questo, e faceva il paragone di questa moglie che non si rassegnava al fatto che i figli erano usciti di casa, che lei potesse ridare vita al matrimonio e a una prospettiva anziana ma vitale della loro coppia, e citava questa fiaba, ecco perché mi ha colpita, perché in quel caso il cuore era il cuore della coppia, il cuore simbolico degli affetti, il cuore materno, diceva: “Ma perché questa mia moglie sta ancora a pensare che deve soccorrere, che diventa pure persecutorio che tu a cinquant’anni cerchi di soccorrere i figli che ne hanno 30 o 25, che si dovrebbero fare la loro vita, ma perché stiamo ancora a fare i genitori, le mamme, la mamma antica, la mamma primaria, che col cuore, quello cade, ti distrugge, che chissà quante te ne ha combinate, e tu stai a dire: “ ma ti sei fatto male figlio mio? Ma che persecuzione!”. Lui si esprimeva così, allora mi chiedevo se si poteva ragionare su quest’associazione; a me è venuta in mente questa associazione di sensazione persecutoria della madre che è buona a oltranza, il cuore materno che accoglie sempre, protegge sempre, cioè non fa crescere, non fa uscire di casa, non fa prendere autonomia. In questo caso mi sembrava interessante questo fatto che qui cos’è che viene invocato? Forse che Clotilde che quella seduta l’ha fatta ci può dire di più o ci ha pensato sopra nel tempo o altri potrebbero dire la loro. Che cos’è che fa sì che questo cuore materno è persecutorio, visto che l’oggetto in questo caso è la cardiopatia? Potrebbe sembrare che curarsi è una cosa che mi fa esplodere, che non la voglio fare, oppure essere malato nel cuore non mi piace, non lo posso sopportare. La fiaba ha una capacità simbolica più forte di altre, questo elemento del cuore che è caduto a terra, ha un’immaginazione molto forte nel gruppo. Questo è un piccolo segmento di associazione ma poi forse potrebbe risignificare anche altre valenze, di cose dette nel gruppo, di tutte le cose in generale. La collaborazione tra medici e psicologi, di per sè, è sempre molto difficile, allora qui l’idea che il gruppo posso funzionare da cerniera tra questi elementi, che possa far ricircolare elementi concreti, corporei, di malattie organiche, quindi con una concezione dove lo psicologico sembra emarginato a priori, o casomai aiuta la dissociazione, qui invece è come se il gruppo in una situazione di reparto ospedaliero di medicina organica, aiuti gli elementi a circolare. Come diceva Petrini: “La crisi è anche un’opportunità”, sembra che il gruppo, il dispositivo in un contesto

istituzionale abbia questo grande valore, questa grande capacità di far circolare e risignificare questi elementi.

Dott.ssa Colucci: Il racconto di quella fiaba, di quel momento, nel gruppo ha segnato un processo di integrazione rispetto anche alla percezione. Negare che c'è un corpo malato, quindi un certo tipo di patologia. La malattia in generale non è mai ben accettata da nessuno di noi, sia che sia psichica o che sia organica, c'è sempre un processo di negazione, di dissociazione. In quel momento il racconto di quella fiaba è stato anche un momento, per quel singolo paziente, ma anche per il gruppo, di integrazione rispetto al fatto che ci fosse un cuore malato ma che in qualche modo si poteva fare qualcosa, quindi raccogliarlo, riparare questa ferita, che è anche una ferita narcisistica. Indipendentemente dal fattore d'organo, comunque la percezione di essere malati, di avere qualcosa che non va, è anche una ferita narcisistica rispetto all'identità di ciascuno di noi. È vero che la patologia cardiaca è una patologia di anziani, di persone di cinquanta-sessant'anni, che si avviano all'anzianità, però è anche vero che alcuni dei pazienti del reparto potessero essere anche ragazzi giovani, magari trentenni che facevano uso di cocaina. L'abuso di sostanze di questo tipo portava a degli scompensi cardiaci e quindi infarti, pazienti molto giovani che erano alcolisti, che avevano uno stile di vita tale che a un certo punto le coronarie andavano a farsi benedire. Quindi un'età che oscillava tra i trentacinque-quarant'anni, ci sono state situazioni di questo genere, ovviamente lì era ancora più difficile rispetto al gruppo di pazienti medio che era cinquantenne/sessantenne; in questi casi era molto più difficile, soprattutto per l'équipe medica, lavorare in riabilitazione cardiologica rispetto allo stile di vita di un cocainomane o di un alcolista, magari diventava più difficile perché comunque c'erano tutta una serie di comportamenti sociopatici. Questi pazienti nel gruppo portavano una fibrillazione, un livello di negazione, di onnipotenza molto elevata. Era molto difficile far rientrare i pazienti che avevano avuto problemi cardiaci per l'alcolismo in questo programma, in questo protocollo, quindi molto spesso questo tipo di pazienti veniva dimesso abbastanza precocemente dai medici del reparto perché non era il tipo di paziente che poteva corrispondere a questo tipo di protocollo. Oppure pazienti giovani che erano nati con difetti genetici, che avevano delle problematiche comunque cardiache, è molto difficile entrare in rapporto con la patologia organica rispetto allo psicologo che ha molta più facilità a trattare con gli aspetti psichici e mentali rispetto a questo tipo di patologie, con tutto quello che può essere definito

psicosomatico. I fattori di predisposizione alla cardiopatia, come ad un'altra qualsiasi patologia organica, sono molteplici da un punto di vista genetico, costituzionale, psichico, sociale e immunologico. Ci sono vari fattori che determinano un certo tipo di patologia, però, il poter narrarsi in gruppo...io penso che il valore del gruppo è molto importante, terapeutico, a maggior ragione per la malattia organica perché dà la possibilità di creare delle immagini, di simbolizzare quello che sta avvenendo sul piano corporeo, dà la possibilità di mettere insieme degli elementi che di solito viviamo comunque come scissi: se mangiamo, usciamo, non siamo concentrati sul nostro corpo, su quello che succede dentro di noi. Per questi pazienti, almeno da quello che è emerso nel gruppo, è come se ci fosse una percezione del corpo nel momento in cui il corpo viene destrutturato, come se l'infarto avesse in qualche modo fatto emergere una consapevolezza corporea. "Esiste un corpo e di questo corpo me ne devo occupare con tutta una serie di cose".

Lo stile di vita, cioè quello che mangio e non mangio, se bevo o non bevo. Poi magari c'erano pazienti che avevano uno stile di vita impeccabile, erano sportivi e quant'altro; quindi sicuramente ci sono una moltitudine di elementi. Però in qualche modo questo evento della malattia dava proprio la percezione che all'improvviso queste persone avessero la consapevolezza che esistesse un corpo e quando venivano in gruppo, sembra banale dirlo, ma sembrava avessero anche la percezione di una mente e che il corpo lo potevano pensare, se lo potevano rappresentare, appunto con l'utilizzo di immagini, che potevano essere una favola, o una poesia. C'era tutto un vissuto che poteva essere rappresentato e soprattutto comunicato a qualcun altro e quindi c'era la possibilità di co-creare insieme; in questo senso si può parlare di un cambiamento anche del sé corporeo, perché nel momento in cui una persona acquisisce la consapevolezza che la propria identità è fatta di corpo e mente, di pensieri e di azioni, in qualche modo questo è di per sé strutturante ed è un aiuto anche maggiore a sostenere tutta una serie di cambiamenti, o anche ad assumersi la responsabilità. Poteva anche accadere che ci fossero pazienti che rifiutavano il percorso riabilitativo, che volevano continuare a fumarsi cento sigarette al giorno, che volevano continuare a bersi il loro litro di vino, a mangiarsi la pasta condita in un certo modo, a non voler rinunciare a delle aree che per loro erano costitutive della loro identità, anche se questo poteva portarli a un rischio. Quindi è come se il gruppo potesse anche aiutare ad attribuire una connotazione di soggettività a quello che accadeva, alla malattia, alla cura, a tutta una serie di aspetti, che in qualche modo erano dati forse anche un po' per scontati, nonostante non lo fossero; può essere dato per scontato che uno abbia un corpo, ma avere la percezione consapevole e profonda di quello che è il corpo e di cosa ti accade avviene di solito quando ci sono degli eventi che possono essere anche molto traumatici, come in questo

caso. In questo senso quest'esperienza è andata ben oltre quella che era la richiesta iniziale del reparto.

Prof.ssa Marinelli: Grazie, io ho una cosa ancora che vorrei notare, quello che mi sento di poter dire rispetto a come i pazienti sono trattati in un reparto piuttosto che in un altro è che il malato cardiopatico può essere sentito come fastidioso o troppo richiedente, però mediamente c'è una garanzia che il personale sanitario possa trattarlo con una certa amorevolezza, con una certa accoglienza, perché in fondo si tratta di una malattia d'organo che deve essere curata; mentre invece il malato psichiatrico suscita preoccupazioni e reazioni ben diverse, provoca delle risonanze psicologiche di tipo completamente diverso. Questo è uno degli elementi che testimoniano a mio avviso l'esistenza di una difficoltà a collaborare tra medici e psicologi e di una tendenza alla scissione, in cui non sembra che mente e corpo possano essere trattati come versanti della stessa unità. Mi ha colpito anche il fatto che la malattia possa essere percepita come una prova dell'esistenza del corpo, come il momento in cui la persona ha trovato un modo per segnalare un problema; la mia unità personale ad un certo punto, mediante la malattia somatica, dichiara che c'è una rottura, alla fine mi accorgo che il corpo esiste. Può darsi che il corpo sia sentito come una macchina, o come una cosa di poco conto, perché ha i suoi funzionamenti materiali, come quelli animali, non è nobile come la mente; oppure il funzionamento del corpo può essere fantasticato in tanti modi, sicuramente anche come "onnipotente", poiché il corpo è una macchina perfetta, e quindi nel momento in cui si rompe, mi angosco moltissimo perché non ho più garantita la perfezione. Quello che mi sembrava interessante è poter inserire nel funzionamento di un reparto medico questo tipo di considerazione, cioè di integrare l'azione del corpo e dello psichico come un tutt'uno, anche dal punto di vista di come il corpo è rappresentato e di come la malattia somatica possa incentivare un processo di ricognizione e diventare da disfunzione funzionale o organica, come sicuramente nel caso delle malattie cardiologiche, un'opportunità per rivedere la concezione che abbiamo del nostro corpo e della nostra unità; sembrano delle cose da niente, ma di fatto il contributo che un gruppo può apportare ad un reparto medico è enorme, per snidare ed enucleare segreti che a volte si annidano dentro concezioni di funzionamenti automatici, sia da parte del paziente che dell'équipe di cura.

Dott.ssa Colucci: Non sempre però le equipe di cura sono così illuminate da poter capire questo, quindi è sempre molto difficile per lo psicologo utilizzare i propri strumenti per entrare in un campo che non è di propria pertinenza, perché il messaggio che, a vari livelli, viene mandato è che si stia addentrando in un campo non di sua pertinenza e con strumenti che non sono quelli convenzionali e sempre più sofisticati con cui i medici fanno diagnosi. All'inizio vi dicevo che questo lavoro è stato presentato al convegno della

società nazionale italiana di cardiologia e fu un'esperienza abbastanza sconcertante: da un lato ero una specializzanda psicoanalista e il fatto che questo lavoro fosse stato l'unico di matrice psicologica ad essere stato accettato dalla società di cardiologia era fonte di orgoglio; però, nello stesso tempo, rimasi sconcertata dal clima del convegno che, più che un convegno di medici in cui si parlasse di pazienti e della relazione con il paziente, come avviene nei convegni di psicoanalisi e psichiatria a cui ero abituata, sembrava un convegno di manager, di case farmaceutiche, in cui nella maggior parte dei workshop si parlava di mezzi e strumenti sempre più sofisticati, che sono comunque strumenti medici per la diagnosi, e di ricerche soprattutto farmacologiche; non c'era invece nessun lavoro medico che si occupasse dei pazienti, del loro vissuto e del rapporto con essi e questo fu per me abbastanza interessante, perché in questo senso l'approccio alla malattia, da un punto di vista medico e da un punto di vista psicologico, è totalmente diverso. In questo senso, nel momento in cui, come psicologi e come psicoterapeuti, entriamo a lavorare in un'istituzione prettamente medica, il messaggio iniziale è "Ti stai approcciando ad un campo che non è il tuo, con degli strumenti che non sono quelli che si utilizzano di norma", perché di fatto lo strumento dello psicologo, o almeno dello psicologo clinico e dello psicoterapeuta, è il colloquio e di fatto lo strumento di lavoro siamo noi e il dispositivo che possiamo utilizzare, che può essere quello individuale o quello grupale. D'altra parte, in qualche modo i pazienti sono sempre, dopo un primo scetticismo, abbastanza grati; con i medici ci vuole invece un lavoro molto più raffinato, bisogna lavorare molto sul rapporto con loro, per poter far capire qual è l'obiettivo del nostro lavoro, quali strumenti si utilizzano, e per farli entrare in un'ottica diversa in cui esiste non solo una malattia, ma anche un vissuto.

Prof.ssa Marinelli: A proposito del lavoro con i medici, volevo ricordare che sono rimasta molto colpita sabato scorso, al convegno, dalla capacità che i partecipanti al gruppo che i conduttori hanno creato disponendo in cerchio persone della platea, di portare un gran numero di osservazioni, che non erano semplici osservazioni, ma vere interpretazioni. Il tema portato, in modo affettivo e molto intelligente da una delle partecipanti, laureata da poco e impegnata in un altro lavoro, era quello del collasso che stava vivendo perché una sua amica coetanea, compagna di studi e di lavoro, aveva avuto una diagnosi grave di tumore; il gruppo ha reagito in un modo estremamente intelligente, perché ha colto, dal resoconto che lei faceva, tutta una serie di elementi sulle sue impressioni a vivere questo cambiamento, sulla sua incapacità di affrontare questo evento, sulla sua disperazione per il fatto che l'amica non fosse più corresponsiva come era stata fino ad allora, sul suo non sentirsi più affettivamente vicina, impossibilitata ad accedere ad una relazione più affettiva, perché l'amica sembrava cambiata, incapace di dare una risposta emotiva. Io vi chiedo, secondo voi, la risposta che il gruppo dava

a proposito della difficoltà relazionale nei confronti di una persona che minacciava di essere perduta era solo un commento mortifero, o aveva aiutato la persona a far vivere questo elemento, questa relazione? Sembrava che si parlasse solamente della morte, dell'angoscia della morte e della perdita, oppure attraverso questo si parlava anche di come transitare accanto all'amica e concepire la capacità di attraversare il rischio della malattia e delle sue conseguenze? Personalmente ho ritenuto che il gruppo stesse dando un apporto grandissimo a Paola, ma non solo a lei che denunciava un dolore e una difficoltà; secondo me anche alla persona che da un'altra parte stava soffrendo arrivava un aiuto; poiché il gruppo, a volte, sostenendo dei funzionamenti relativi a delle fantasie, sembra far circolare delle dinamiche che potrebbero intervenire e modificare la concezione dell'essere ammalati, del rinunciare o del combattere, del poter cambiare o no, del poter dare o no una relazione affettivizzata, se la relazione affettivizzata può o non può fare qualcosa, ecc. A volte sembra proprio anche una caratteristica del funzionamento di gruppo quella di aiutare non solo l'integrazione di mente e corpo e del modo di concepire la malattia, ma anche il movimento nelle relazioni, soprattutto affettivizzate. Pensavo anche che si è detto che a volte i medici hanno relazioni con i loro pazienti completamente ciniche e altre volte, al contrario, troppo coinvolte e che aiutare il medico a non avere una relazione con i propri pazienti né troppo coinvolta ma neanche troppo cinica, serve a salvaguardare il medico stesso, ma anche il paziente da un grado di freddezza che non si sa se possa aiutare la cura. Mi chiedevo se per esempio anche rispetto agli operatori medici, infermieri e medici, non si dovesse fare un lavoro non solo più raffinato, ma anche più elementare, di alfabetizzazione del mondo emotivo delle persone e relativo alla possibilità di mettere in gioco se stessi, al di là del camice.

Dott.ssa Colucci: Sicuramente queste sono anche esperienze particolari e ricche, rese possibili dal fatto che questo è un corso anche specifico di dinamiche di gruppo nelle istituzioni, però nel panorama generale, a Roma e a livello nazionale, sono delle esperienze molto mirate e precise e non ancora molto diffuse nella cultura di molti reparti ospedalieri, poiché richiedono anche un certo lavoro per essere strutturate e radicate nella cultura della struttura ospedaliera stessa; non è un caso che, rispetto a quest'esperienza, dopo un lavoro di cinque anni, sia bastato che nell'ospedale cambiasse il direttore sanitario e il primario, perché scomparisse. Sono esperienze importanti anche per i pazienti, per la strutturazione di un'affettività; in questo senso dicevo che all'interno del reparto l'istituzione del gruppo ha cambiato qualcosa, ricordando e celebrando ad esempio anniversari e compleanni, fatto che permetteva di creare delle situazioni affettive, in un luogo che di fatto non necessariamente deve avere un'affettività. Di solito i pazienti arrivano, stanno quindici giorni, vengono fatte tutta una serie di mansioni di cura, però non sempre c'è un rapporto, né circola della creatività

che può essere arricchente sia per i curanti che dei pazienti. È molto importante avere questo bagaglio, anche come base di un'identità individuale e collettiva professionale di psicologi che, rispetto a quella dei medici, è tendenzialmente poco strutturata. Quando io ho fatto questa esperienza in questa Azienda Sanitaria romana, c'era un'unica psicologa che faceva consulenza in tutti i reparti e la maggior parte di noi era lì come specializzandi o lavora con contratti a progetto. In realtà c'è una grossa domanda, c'è un grosso bisogno della nostra professione, ma allo stesso tempo non è ancora una professione così radicata e strutturata nel sistema sanitario nazionale; in questo senso è anche un grosso lavoro per lo psicologo diffondere una certa cultura.

Non è un caso che si è molto diffuso all'interno dei reparti ospedalieri il lavoro di gruppo, che sicuramente dal punto di vista economico e organizzativo facilita, perché una cosa è fare consulenza individuale e una cosa è vedere i pazienti in gruppo, quindi è un mezzo che facilita molto però nello stesso tempo crea un dinamismo emotivo molto forte perché, come dire, in qualche modo attivando un campo gruppale e di pensiero anche la posizione dei pazienti si attiva in modo diverso rispetto alla cura e quindi anche rispetto all'approccio con la cura e con i medici, è un approccio anche più attivo; per esempio nei partecipanti di questo gruppo si vedeva il cambiamento di atteggiamento di fronte ai medici, anche con una maggiore consapevolezza di quello che gli succedeva, quindi avevano un atteggiamento anche meno passivo del rapporto medico-paziente e in questo senso questo è un cambiamento da parte dei medici. Prima Stefania parlava anche della malattia psichiatrica, però quello che secondo me accomuna è anche l'utilizzo di un'ottica, quella che è stata portata in questo reparto, oltre che una cultura di gruppo però con un'ottica psicoanalitica, quindi comunque con un occhio a determinati meccanismi. Questo è vero anche nel rapporto con i pazienti psichiatrici, comunque un paziente psichiatrico che fa solo uso di farmaci è diverso da un paziente psichiatrico che oltre ai farmaci fa psicoterapia o un lavoro psicoanalitico e che ovviamente ha una consapevolezza diversa rispetto alla percezione di sé e della malattia e quindi è chiaro che questo cambia di fatto proprio il rapporto di cura, che è anche l'aspetto fondamentale del lavoro dello psicologo che cura attraverso la relazione e non attraverso il farmaco, perché di fatto la relazione tra medico e paziente è una relazione, ma è anche una relazione mediata dal farmaco che è un oggetto concreto; a maggior ragione l'oggetto concreto della cura è ancora più concreto nel rapporto con una malattia organica, mentre lo strumento dello psicologo come strumento di cura è la relazione e quindi la relazione sia individuale che gruppale va costruita. Ovviamente non c'è una mediazione di nessun tipo di oggetto concreto, rispetto al lavoro medico e quindi anche questa è una grossa differenza, quindi anche i cambiamenti, e il perché avvengono dei cambiamenti, sono meno tangibili; magari in una cura medica un cambiamento in positivo, nella regressione di alcuni sintomi c'è

un'oggettività, perché c'è un farmaco che viene preso e che serve proprio a far regredire quel sintomo; nella cura, nella relazione, nel tipo di cura nostra questo aspetto è meno tangibile, perché le cose cambiano ma non si sa bene come, perché è tutto all'interno di una relazione terapeutica individuale o gruppale che sia, quindi questo è un aspetto importante, ma credo che sia anche un valore aggiunto rispetto al rapporto, anche che lo psicologo ha in campo medico, quindi ha una sua specificità.

Prof.ssa Marinelli: C'è una cosa che tu hai detto che mi ha di nuovo molto toccata e interessata, perché dicevi che i pazienti in un reparto che fanno un gruppo si vedono e si attivano, cioè se la cultura del gruppo sta facendo una sorta di clima nuovo, diverso, sta producendo più consapevolezza, più richiesta, più domanda o più condizione...insomma in psichiatria la parola attivazione è una parola psichiatrica, ma invece in questo caso era l'idea di una diminuzione di una passività; però tutto questo mi faceva riflettere su un ulteriore aspetto; io ricordo una volta venne Kaibel, uno psichiatra che veniva tutti gli anni in Italia, non so se stia venendo ancora perché Antonello Correale aveva un gruppo con la sua équipe curante del SSM, ma lui ora non è più primario di psichiatria della RM/b e quindi non so se Kibel stia venendo ancora ospite della équipe e del primario. Quello che si notava in questa conduzione di gruppo che faceva Kibel quando resocontava i casi era una certa tonicità, cioè era come se lui mantenesse i pazienti in un clima tonico, erano pazienti con disturbi borderline o pazienti gravi in tutti i casi, lui aveva fatto gruppi dopo il crollo delle torri gemelle, ve ne ho parlato una volta qui a lezione, perché vedeva le persone che erano state colpite da lutto e avevano subito un trauma a seguito della caduta delle torri dopo l'attentato, e lui aveva una gestione sempre molto tonica come se alla fine la fiducia, la tonicità e l'affettività avessero la meglio e questo a me personalmente piaceva molto. Per contro per fare degli esempi, perché sono suggestioni per pensare, per riflettere insieme, una volta andai a trovare un parente che era ricoverato alla clinica Santa Lucia, sull'Ardeatina, è una struttura di ricerca e parte da aspetti di malattie neurologiche, allora io andavo in un reparto dove la persona aveva avuto un TIA, insomma un aspetto circolatorio che aveva causato poi una serie di problemi...quindi la popolazione di quel reparto era caratterizzata da chi non si muoveva, chi si muoveva con il deambulatore, chi era su una sedia a rotelle, chi era muto.. allora l'impressione al riguardo era che non si capiva se il reparto era abbandonato da Dio o dagli uomini, cioè c'era il deserto.. oppure non capivo come mai (siccome io sono andata ripetutamente nel tempo di un mese perché prestavo un'assistenza, mi sono fatta l'idea che questo reparto fosse "assente", mentre io sapevo che era anche controllato dalla Sapienza come un centro di ricerca eccellente) c'era questa impressione che tu arrivavi e c'era proprio il contrario della gestione tonica e affettivizzata, lo zero assoluto, il trionfo della paralisi, era una cosa molto impressionante. Questa cosa mi aveva fatto riflettere sul fatto che tu non vai a fare terapie

tonificanti in un reparto dove ci stanno le persone che stanno discutendo sulla loro possibilità di uscire dal coma o da una paralisi o da un altro evento gravissimo che ha traumatizzato la loro vita, non è che allora vai e ti metti a fare la terapia con i clown, come si fa al Bambin Gesù per distogliere l'attenzione all'angoscia, oppure fai un'attività dietro l'altra per attivare, oppure l'infermiera arriva vestita di rosso.. è pure invece più congeniale pensare a quella malattia, a quella situazione, come se tutto l'ambiente sia di un certo tipo, in questo caso era semi-vivente, era quasi non vivente, cioè il funzionamento della personalità era al minimo immaginabile, non si vedeva una persona che andava in giro con un minimo di tono, di sensazione, di movimento, si vedeva solamente questo aspetto di calma totale. Mi veniva da pensare su queste due cose che ho espresso, cioè da un lato la tonicità, la gestione tonica e dall'altra l'idea di essere isomorfici con l'oggetto della ricerca che in questo caso era statico; stavo pensando che in fondo uno degli elementi per collaborare con i medici è anche questo, cioè se tu ad un cardiologo gli dici vengo al tuo reparto e ti faccio i gruppi può essere che lui dica "ma un momento, ma i pazienti io li devo sedare, tu li vuoi attivare?", adesso sembra una banalità ma forse non lo è. Per esempio anche in psichiatria potrebbe essere in questo modo concepito il problema, cioè un momento tu vai suscitando dei pensieri, ma poi c'è un contenitore quando hai dei pazienti troppo pensanti o troppo attivi o troppo consapevoli o è possibile farlo se poi saranno contenuti; allora mi immaginavo quanto è complicato tra psicologi e medici andare a discutere questa soglia, quando questa soglia di attività e passività è concreta, perché è la soglia della cura farmacologica dei pazienti che stanno facendo, del rischio che vivono perché sono o non sono a rischio di infarto in cardiologia oppure un altro tipo di rischio, oppure pensavo che anche questo è molto interessante, quanto è complessa questa collaborazione.

Dott.ssa Colucci: Questo è vero, ma è vero anche che comunque il gruppo contiene in sé proprio una qualità forte, a me è capitato di fare un'esperienza di gruppo per due anni a Cinecittà ad una scuola di cinema che non è un contesto ospedaliero, non è un contesto di cura e ho fatto un'attività di gruppo esperienziale con degli allievi di questa scuola di cinema per 2 anni e anche lì a un certo punto il gruppo attivando emotività, attivando pensiero, ha cominciato a strutturare tutto un pensiero su come questa scuola sarebbe anche dovuta essere rispetto a potenzialità e limiti e ad un certo punto si è attivata tutta un'attività di gruppo di discussione con i direttori della scuola. Il gruppo ha di per sé un dispositivo che attiva molto la pensabilità e non sempre però l'istituzione, ora in questo caso non era un'istituzione ospedaliera, di cura, anzi era una scuola di cinema, quindi doveva essere per antonomasia un'istituzione in cui la creatività e il pensiero libero dovevano essere accolti, accettati ed essere sostenuti appunto rispetto a quello che diceva Stefania; tu attivi la mente ma poi questa mente attiva che produce pensieri, produce una certa creatività creativa che cosa crea? Come se il

gruppo attivasse comunque un pensiero dirompente in qualche modo, un'attivazione e non sempre l'istituzione è in grado di contenere questa pensabilità, come se la mente dovesse sempre essere un contenitore abbastanza limitato, come se il gruppo avesse anche la forza di ampliare dei confini mentali, tant'è che Bion parlava di mente di gruppo, come se il gruppo diventasse un soggetto collettivo, non ci sono più gli individui con le loro singole menti ma questi individui, la mente di ciascuno inizia a creare una mente gruppale quindi il gruppo si attiva come un soggetto collettivo che quindi diventa anche proprio un pensiero dirompente che non sempre le istituzioni sono in grado di contenere come se ci fosse un aspetto rivoluzionario in qualche modo nel gruppo quando funziona, anche quando funziona bene è capace di produrre pensiero e cambiamenti e forse probabilmente la produzione di cambiamento crea nelle istituzioni una difesa abbastanza rigida.

Studente: Io vorrei dare il mio piccolo contributo prendendo spunto da quello che diceva la dottoressa Colucci, che il gruppo produce cambiamento e vorrei rispondere alla domanda fatta prima dalla prof.ssa Marinelli riguardo il gruppo che abbiamo fatto nel convegno sabato scorso, secondo me nel gruppo, nella dimostrazione del gruppo Balint che abbiamo fatto non si è parlato solo in tono mortifero, secondo me si è andati oltre, cioè è stata data un'idea della morte come qualcosa di diverso da una fine e credo che questa idea sia stata trasmessa bene alla persona che ha appunto fatto la richiesta di aiuto e credo inoltre di poter dire che sia possibile che questo pensiero inteso anche come cambiamento possa arrivare anche alla persona che sta male, probabilmente attraverso la sua amica..questo è il mio pensiero.