

“Psicoterapia di gruppo con pazienti ambulatoriali”

dott.ssa Teresa Gerace, dott.ssa Giuliana Amorfini, dott.ssa Angela Tirabasso

Dott.ssa Amorfini: Nonostante io sia in pensione da qualche anno ho deciso di continuare da volontaria per fare esperienza di come può concludersi un gruppo. Con la dottoressa Gerace abbiamo istituito un gruppo di psicoterapia nell'ambito di un'istituzione pubblica. La storia del servizio inizia quindici anni fa da una serie di fermenti e dalla voglia di lavorare in ambiti diversi. Entrambe lavoravamo in equipe con un collega psichiatra, una psicologa, un assistente sociale e un'infermiera in un'area urbana disagiata. La richiesta proveniente da questo tipo di utenza era molto difficile, e richiedeva “un'istanza globale di crescita”: stiamo parlando di persone che vivevano in situazione di grande marginalità sia rispetto ai “ruoli produttivi” che agli stili di vita che percepiamo come “ontologicamente deboli”. Portavano problemi complessi e intrecciati con la loro condizione sociale, ma soprattutto portavano bisogni.

Entrare in relazione con pazienti di questo tipo porta solitamente a due tipi di reazioni da parte del terapeuta:

O ci si difende ricorrendo a una diagnosi abbastanza “violenta”, e utilizzando dunque le competenze professionali a scopo difensivo

O si scivola nell'onnipotenza, nell'assunto “Io ti salverò”, assumendosi l'onere di prendersi cura di tutto (dal concreto all'affettivo) ma rischiando un eccesso di saturazione con fantasie di salvezza.

Il crinale che abbiamo scelto è stato quello della giusta distanza: non risultando né troppo difesi né rischiando di farsi schiacciare dalle richieste. Per raggiungere questo equilibrio ci sono voluti anni, una presenza non troppo pressante (massimo 1-2 volte a settimana) e la necessità di sottolineare la funzione che questo tipo di servizio doveva svolgere.

A ciò si aggiunge l'opportunità di essere sempre in collegamento con l'équipe allargata, a cui rivolgerci ogni qual volta arriva una domanda particolare.

Questo ha prodotto la possibilità di creare una cultura condivisa e non sentirsi mai soli, contare su un pensiero comune e anche su relazioni affettive sufficientemente stabili fra loro (buon contatto professionale).

Tutto ciò ha portato alla nascita di un tipo particolare di pensiero che si è via via articolato in diversi ambiti:

- interesse verso le problematiche dei migranti

- interesse ad offrire ascolto sufficientemente qualificato a una specifica richiesta che veniva in buona parte dalle persone della borgata, ma anche da altri utenti del servizio.

Ciò che abbiamo notato è che oltre i casi gravi, come le psicosi seguiti dal dott. Riefolo, c'era una fascia d'utenza che portava problematiche non troppo gravi come attacchi di panico o sofferenze che esigevano una risposta dal terapeuta. Questo aspetto dell'accoglienza del servizio tramite un passa parola stimolò la richiesta di aiuto da parte di persone non troppo gravi, da questa peculiarità che il servizio seppe sviluppare nacque l'idea di fare un gruppo di psicoterapia.

La prima cosa che emerse fu che le richieste venivano dalla "fascia d'età di mezzo" (35-50 anni). La richiesta di cambiamento che portavano era legata al loro modo di relazionarsi al mondo, intendendo anche il loro mondo interno (o perché avvertito come noioso o perché sentivano che qualcosa fermentava e volevano capire perché).

Sono questi i presupposti da cui è nata l'idea di fare gruppo di psicoterapia in seno all'istituzione, e nello specifico una psicoterapia di gruppo a doppia conduzione.

Perché la doppia conduzione?

Ci sono varie teorie, c'è chi è favorevole e chi contrario. Bisogna innanzitutto dire che la doppia conduzione faceva già parte della cultura del gruppo, introdotta dal dott. Riefolo. Quindi era un aspetto condiviso, con un retroterra teorico confermato da vari articoli come quello di Imbasciati su i pro della doppia conduzione:

A) aspetto realistico se uno non c'è o si ammala, l'altro tiene il gruppo.

B) la possibilità che a posteriori fra le due co-terapeute si cementi un dialogo basato sulle differenze delle relazioni controtransferali, che se usate con sufficiente sincerità possono risultare molto valide per la conduzione del gruppo, facendosi anche esempio per il gruppo di come le differenze possono non necessariamente portare a un conflitto, ma essere composte in maniera armoniosa.

Dott.ssa Gerace: Quello che contraddistingue, partendo da una piattaforma comune questo tipo di approccio, è proprio questa condivisione di affettività e pensiero. Condividere delle cose a livello sia affettivo che di pensiero si lega a quelle che poi emergono come le caratteristiche del gruppo e che lo differenziano dagli altri.

Anche un conduttore influenza il gruppo nonostante le regole alla base siano comuni, ne è un esempio il fatto che lo stesso gruppo con la dott.ssa Amorfini

era una cosa quando è subentrata una collega le fasi del gruppo hanno subito tutta una serie di modificazioni.

Dott.ssa Tirabasso: Io conduco due gruppi nel CSM, con frequenza settimanale ad orario fisso per un'ora e mezza. Li conduco da sola non avendo trovato, all'inizio di questa esperienza, nessuno con cui ero in profonda sintonia ma credo che essere in due sia molto meglio.

Gli interventi che si svolgono sono liberi, io cerco di cogliere il discorso comune che di volta in volta emerge cercando sempre di considerare il gruppo come un insieme unico.

Io tendo a limitare gli interventi individuali, specie nel gruppo più grave dove risulta davvero difficile, e cerco di comprendere il clima emotivo del gruppo e allargare il discorso con miti storie e film.

Entrambi i gruppi sono formati da pazienti gravi come diagnosi di disturbo schizotipico o depressione maggiore, uno gruppo è costituito da persone più grandi (dai 50 ai 70) e più gravi. Li ho scelti in base alla loro capacità di mettersi in discussione, molti sono stati ricoverati nel servizio di diagnosi e cura prima dell'inizio del gruppo per tentativi di suicidio, crisi gravi o simili; ma dall'inizio del gruppo nessuno ha subito ulteriori ricoveri ad eccezione di un paziente per cui ho dovuto inviare un TSO a causa una chiara ideazione suicidaria, nonostante ciò questo ricovero non è stato fatto poiché la crisi è rientrata. Con i pazienti più gravi è più difficile trovare il filo comune ed evitare interventi diretti, così come diventa più difficile rispettare il setting. Questi due gruppi sono di tipo semi-aperto quindi i pazienti che lasciano vengono sostituiti.

In entrambi i gruppi si è sviluppata una grossa voglia di cambiamento a cui tutti i pazienti hanno contribuito, vivendo momento di grande potenza con la realizzazione dei cambiamenti desiderata, considerata però possibile solo se tutti procedono.

Ne è un esempio un paziente che portava contenuti deliranti, subito stato accettato, che ora ha diminuito i deliri e sviluppato la capacità di criticarli, sostituendo i vissuti deliranti con disegni molto inquietanti, che però vengono presentati al gruppo come sogni e in cui ognuno si riconosce.

La possibilità per questo paziente di essere visto dal gruppo nelle sue parti sane gli permette di ricevere una validazione e di non restare imprigionato nella classificazione di malato. È come se gli aspetti malati fossero visti come modificabili, apprezzando anche il suo coraggio specie quando ammette episodi che lo fanno sentire un diverso, una cattiva persona (come l'eccitarsi vedendo immagini violente su internet). E' però attraverso l'accettazione da

parte del gruppo che vive la possibilità di poter mitigare l'immagine di sé, di sentirsi più umano, meno alieno e di permettere anche agli altri di far emergere parti del loro sé che cercano di tenere nascoste.

Ne è un esempio una compagna che dopo il suo racconto ammette che le era successa una cosa analoga con una collega a lavoro a cui era molto attaccata ma di cui non si era minimamente preoccupata quando non le era stato rinnovato il contratto.

Queste argomentazioni permettono di capire come le emozioni si possono vivere in chiave personale, anche sessualizzando certe esperienze o liberando la carica aggressiva, senza per questo doversi sentire malati.

Ognuno rivedendosi nell'altrui comportamento impara a conoscersi.

Un altro esempio di questo processo viene da una ragazza del gruppo molto aggressiva, a cui un paziente ha detto "Attacchi come attaccavo io" permettendo al gruppo di interrogarsi sull'alone che avvolge l'aggressività, ad esempio spesso si è aggressivi quando si è depressi.

Inoltre il contatto con gli altri oltre che con il terapeuta è un'ulteriore conferma che permette di considerare vere le emozioni che ognuno prova. Nel gruppo più grave i pazienti sono seguiti da me anche farmacologicamente ad eccezione di due su sette che non prendono farmaci. Io avrei preferito rapportarmi con un'atra collega per distribuire gravità e responsabilità ma attualmente non è possibile per la depauperazione del servizio, situazione aggravata dal fatto che manca una guida autorevole, il che porta a un investimento minore nel servizio e a delle difficoltà.

Con i pazienti molto gravi mantenere il setting è complicato, coerentemente con il riferimento a Riefolo però ci si dà la possibilità di "Trasgredire creativamente".

Inoltre il contesto Istituzionale permette un contenimento che un contesto privato non permetterebbe ad esempio un paziente ha avuto un episodio dissociativo, e ha deciso anche se in preda alla confusione, di recarsi al CSM chiedendo di me. La cosa incredibile è stata che, nonostante la mia assenza lui si è messo nella sala d'attesa e ciò lo ha aiutato a "ricompattarsi", come se si fosse sentito in un luogo sicuro.

Interessante risulta anche l'ultimo mese vissuto dal gruppo dei pazienti gravi: due pazienti si sono ricoverati per crisi ipertensive (stress) e uno per dolori al torace sembra in conseguenza al fatto che tre pazienti hanno raccontato di abusi sessuali subiti.

Va notato come nonostante il divario culturale non c'è stata troppa difficoltà a comunicare e confrontarsi, poiché tutti legati dalla voglia di migliorarsi.

Un caso particolare fra i tre che avevano raccontato di aver subito un abuso sessuali, “spogliandosi” dinnanzi al gruppo, quasi come in sintonia con il sogno di una paziente, è stato quello di un uomo che aveva vissuto un profondo degrado.

Un mese fa aveva deciso di mandare un messaggio a un membro del gruppo e al medico di base dicendo che si sarebbe suicidato, e causando la reazione del membro del gruppo che subito si è recato in ambulatorio a far presente la situazione. Il paziente risultava irraggiungibile al cellulare, e solo dopo svariati tentativi sono riuscita a convocarlo, ottenendo null’altro che una conferma sulla sua irremovibile volontà di uccidersi.

Proprio a causa di questa situazione ho reputato che l’unica strada possibile fosse quella del TSO, così è arrivata la polizia, e soprattutto sono intervenuti gli altri membri del gruppo, stravolgendo il setting.

Alla fine il TSO non è stato effettuato. Questo episodio che potrebbe sembrare un peggioramento è stato un momento evolutivo importantissimo. Questo paziente con questo gesto ha cercato di rompere un equilibrio malato nella sua famiglia in cui lui era una copertura per la patologia della moglie che, in seguito a questa situazione ha iniziato ad essere seguita, permettendo inoltre di occuparsi del bambino che stava iniziando a mostrare dei problemi. La parola crisi solo in italiano ha un significato più negativo che positivo.

Intervento della Prof.ssa Marinelli: Chiedo scusa se interrompo il racconto vorrei porre un problema molto difficile: riguarda una nozione in particolare, quella di *timing* della crisi, cioè il come e il quando, in che tempi emerge la crisi nel gruppo. Ebbi un paziente con schizofrenia paranoide, giovane e intelligente, che visto per un periodo da solo; successivamente l’ho inserito in un gruppo.

Durante i nostri colloqui avevamo scoperto l’origine del suo delirio, ma quando arrivò nel gruppo però non ne fece mai accenno, perché capiva che parlandone avrebbe rischiato di sentire di “cadere dentro” il delirio, che aveva raccontato al gruppo.

Il gruppo era un gruppo che aveva vissuto gravi stati patologici, proprio come gruppo, prima che non come singoli partecipanti, e portava avanti da tempo una tradizione di sofferenza, che veniva additata all’analista in quanto responsabile e incapace di assicurare la sua salute; ma la salute del gruppo e la sua storia di sofferenza dipendeva anche da difficoltà di vario ordine, sia dei singoli sia legate alla storia del campo emotivo comune.

Quello che mi chiedo e chiedo a voi è se far “stare bene” un gruppo, mediante quali modalità, sia anche da considerare come un polo positivo,

eventualmente paragonato all'esterno malato, polo negativo di un esterno (ad esempio l'istituzione "negativa", oppositiva ecc.). Mi chiedo se far star male un gruppo è pericoloso? Facendolo cadere in una profonda depressione quando si indaga a fondo l'assunto di aggressività di base, ad esempio, comporta rischi? Ma non è anche rischioso bonificarlo continuamente?

Ho iniziato questa ideazione quando c'è stato il riferimento al paziente che delirava e il gruppo viveva i deliri come sogni: il buonismo del gruppo, la sua identificazione favorevole è evidentemente legato alla grande capacità della conduttrice di rinforzare la fiducia e bonificare i contenuti malati.

Dall'altro lato mi chiedo però se creare ostacoli, strappi emotivi nel gruppo delle situazioni in cui si sente l'ansia del disordine e il valore depressivo non può essere utile a dare un timing, un senso alla crisi che in quanto evolutiva ci si auspichi arrivi.. La relazione fra prudenza e coraggio è ben difficile con i pazienti gravi. Ma l'assunto di base a mio avviso deve essere vissuto e anche prolungato fino a che gli stati emotivi che gli si associano, presenti e remoti, non sono elaborati. Grazie.

Dott.ssa Tirabasso: Se delirava i compagni facevano dei commenti: ad esempio se affermava che dal citofono gli suonavano o che riceveva molte telefonate contro di lui. All'inizio il gruppo rispondeva cercando di aiutarlo nell' identificare chi lo chiamasse, poi tutti i membri tornavano sul realistico oppure parlavano di sistemi. Però, molto spesso, riconoscevano quando stava male. Diciamo non lo consideravano completamente malato, accettavano il suo problema però riuscivano anche a vedere gli aspetti evolutivi come quando parla di questo suo eccitarsi, per lui in realtà vissuto come un modo per sentirsi più vivo. Tutti apprezzavano lo sforzo che lui era capace di fare. A me colpiva molto che tutti noi operatori ed esperti potevamo dare una valutazione di gravità, loro, invece, pur vedendo che lui stava male non lo escludevano dal gruppo ma mantenevano l'alleanza, considerandolo sempre come un membro di quella totalità e rinforzando le sue capacità di dire delle cose giuste o meno. Questo lo faceva sentire inserito.

Dott.ssa Gerace: Il suggerimento è interessante perché ha che fare con ciò che noi condividiamo, sia il timing della crisi sia la sofferenza del gruppo che dei singoli pazienti sono dei vissuti interessanti poiché ciò che è importante è mantenere sempre un buon clima affettivo che permetta di esprimersi, di non sentirsi mai giudicati. Questi elementi permettono di dare adito alla narrazione e riuscire a raccontare aspetti di se anche deplorabili. Viene anche a noi il dubbio di un buonismo nel cercare di spegnere i temi che creano crisi

ma in realtà se non c'è un clima affettivo continuo che permette la comunicazione, di fatto questa non avviene o avviene in modo più sofferente. Voglio quindi riportare un'intervista della Dott. Palmieri al Dott. Neri che parla della benevolenza. Quando la benevolenza manca "l'essere riconosciuti assomiglia al nutrirsi in inverno con una minestra gelata". Questo è fondamentale: il cercare di non far sentire il paziente distante e questo non significa spegnere ma valorizzare la parte di sé importanti, significa, quindi, valorizzare il contatto con gli altri. Il fatto che gli altri colgano gli aspetti di delirio come possibili ("si anche a me capita") e il poter mettere in rete delle emozioni, aldilà della cultura, che fanno parte della vita di tutti è ciò che permette al gruppo di non ammalarsi troppo. È necessario condividere e riconoscere l'altro. La grande difficoltà è nel potersi esprimere e conoscere aspetti propri senza considerarli disdicevoli e senza provare vergogna nel raccontarli.

Noi abbiamo questa idea condivisa anche da molti. La gravità di un paziente, nello specifico noi parliamo da un'ottica di un centro psichiatrico, non è un qualcosa di insito nel singolo paziente (anche se questo non è condiviso da tutti soprattutto nell'organizzazione sanitaria attuale), non dipende solo da uno, ma dipende anche dal modo con cui il paziente è trattato. Dal modo in cui il paziente convive con gli altri. Dal contesto extrafamiliare, dalla scuola alla famiglia dal centro di salute mentale. Lo stesso paziente può essere considerato grave da un terapeuta o da un altro e se viene accentuato l'aspetto della gravità questo non è indice del disconoscerlo ma indica una benevolenza che valorizzi questi aspetti positivi perché altrimenti la gravità aumenta. Noi notiamo che il paziente si ammala anche nel modo con cui viene trattato: se, ad esempio, viene etichettato come violento pericoloso da parte degli altri.

La sofferenza del gruppo c'è e ha anche a che fare con tutti, è chiaro che è una funzione delle istituzioni.

C'è una sofferenza che da fuori può entrare nel gruppo come tale può essere compresa.

Intervento della prof.ssa Marinelli: Il gruppo può sentire anche sentimenti di paura, di pazzia o di perversione. Sono aspetti piuttosto comuni, non proprio "fuori dalla porta".

Dott.ssa Gerace: Anzi una volta capitò che il paziente portò questi vissuti ed una paziente che era da poco entrata nel gruppo, uscì subito dopo. Di conseguenza, lui rifletté molto sul quanto accaduto, perché si sentiva quello che aveva sporcato il gruppo. In realtà la paziente provava allo stesso modo

quel problema di svalutazione di se. Era stata proprio lei a cominciare la seduta con dubbi e domande davvero interessanti ma poi abbandonò perché non tollerava questo tipo di comunicazione che la coinvolgeva molto. Il paziente se ne accorse e pensò di aver sporcato il gruppo. Fu l'altra parte del gruppo che disse che forse lui aveva avuto invece molto coraggio ad aver portato quei contenuti e in questo si sentì accolto.

Dott.ssa Tirabasso: Prima ho raccontato che avevo dovuto annullare il gruppo che si teneva quel pomeriggio chiamando tutti i pazienti dicendo che avevo un'emergenza (sono dovuta andare a casa del paziente). La volta successiva il paziente di cui avevo parlato prima, ha iniziato subito la seduta chiedendo se avrei potuto fargli fare un TSO.

Ha raccontato di quando in passato si era sentito aggressivo dopo la seduta saltata, al punto che aveva dato una spallata a due ragazze sconosciute incontrate per strada che per fortuna non avevano reagito.

Anche una seduta saltata, insomma, può essere l'occasione per riflettere su di se, per ripensare a come era lui prima, per vedere quanto fa fatica a cambiare l'idea di se, quanto fatica a separarsi dalla madre, dalle fantasie dei genitori su di lui e ad allontanarsi dalle proiezioni che questi genitori hanno fatto su di lui.

Simone: Io ho due domande. La prima riguarda come cambia il transfert dei pazienti sul terapeuta e sui terapeuti rispetto invece alla condizione singola. La seconda nasce dal racconto della Dott.ssa Tirabasso riguardo al tentato suicidio del paziente, mi era venuto in mente il libro *Infant Research* di Beebe e Lachmann, l'angoscia del terapeuta nell'aspettare il paziente che non viene in seduta poiché in quella precedente aveva detto che si sarebbe suicidato. Mi chiedevo siccome lei ha deciso di rompere il setting e iniziare TSO, come cambiava la decisione del terapeuta di fronte agli altri pazienti in un gruppo privato a differenza di quello che avviene nelle istituzioni. Forse in questo gruppo c'è un maggiore complicità anche da parte degli operatori. Il terapeuta che lavora, invece, in uno studio privato potrebbe sentirsi più isolato. Come può cambiare la decisione di intervenire e di rompere il setting in questo modo?

Dott.ssa Tirabasso: Probabilmente un terapeuta privato avrebbe chiamato il 118. Io personalmente sarei andata a vedere, ci sono anche cose che non ho raccontato (...).

Io ho temuto molto la vergogna del paziente non sapendo poi se queste cose fossero vere o meno, ho avuto molto timore e comunque per me era importante che il paziente venisse convocato e considerato. Lui continuava a dire che si sarebbe suicidato ed io non potevo far finta di non sentirlo. Noi a livello istituzionale abbiamo anche un mandato di protezione, confuso tra la cura e il controllo sociale e la protezione. Lui voleva dire qualcosa, andava accolto. Quando abbiamo cercato di comprenderlo, è scappato, poi è tornato, io non potevo fare finta di non aver sentito in più non sapevo bene cosa era successo in precedenza, temevo questa vergogna.

E' finita in modo strano perché io ho fatto la proposta di TSO il paziente è scappato, poi ho capito che era a casa e sono andata lì. Decido di parlare con il paziente a casa, andando insieme anche al medico di base con il quale lui aveva un buon rapporto e uno psicologo. Alla fine decide di andare volontario e aiuta tutti gli anziani durante la notte. Va anche con la psichiatria di guardia e poi ritorna a casa.

Però ormai la situazione era questa, il giorno dopo la richiamo e gli dico che non avrei fatto nulla al gruppo. La situazione, inoltre, mi aveva dato l'idea che ci fosse una possibilità di elaborazione e collaborazione. Lui venne al gruppo, era molto arrabbiato con me per quello che gli avevo fatto però il medico gli spiegò che ero stata obbligata a muovermi in quel modo e che volevo proteggerlo.

Ha parlato con i compagni e ancora oggi viene regolarmente. L'ho fatto anche consultare da una psichiatra per prevenire situazioni critiche.

Dott.ssa Gerace: Riguardo alla domanda del transfert volevo spiegare la differenza tra transfert in gruppi istituzionalizzati e transfert dell'area privata. Capita spesso, ad esempio, che il Dott. Riefolo è andato a casa a fare TSO ai pazienti di gruppo e questo può sembrare una rottura del setting. In questo gruppo istituzionale il problema è quello di assumersi la responsabilità di essere terapeuta di gruppo e essere operatore di salute mentale. Ogni figura ha dei compiti dai quali non si può prescindere. Ognuno di noi declina il suo ruolo nel suo modo personale di fare terapia. Questa soggettività fa parte del percorso terapeutico, è quella che permette ai pazienti di essere se stessi sia in una situazione individuale che di gruppo.

Nella situazione privata ci sono dei gruppi privati che gestiscono pazienti gravi però generalmente in forma minore. Questa è una caratteristica del gruppo che non si può considerare positiva o negativa. Qualcuno può aprire la porta per sbaglio, si incontrano anche altre persone, infermiere o altri

pazienti e questo chiaramente nel privato non succede. E' tipico solo dei gruppi istituzionalizzati.

Dott.ssa Amorfini: La premessa che voglio fare è che i pazienti del nostro gruppo non trasferiscono un aspetto infantile su me o su di lei ma c'è qualcosa di diverso che circola. Parlerei di identificazione proiettiva. Io posso dire che avendo lavorato con Dott. Riefolo nel gruppo dei gravi, la mia percezione è che io assorbivo in modo mio gli elementi beta che circolavano nel gruppo, qualcosa di non espresso chiaramente con le parole. Mentre il Dott. Riefolo portava i pazienti ad esprimersi più verbalmente. Era la voce narrante, faceva domande dirette, io invece coglievo l'altro aspetto. Inoltre mi sono accorta di questa differenza perché ci fu un periodo in cui soffrivo di mal di stomaco nel gruppo e di debolezza generica e ho iniziato a definire questo aspetto somatico come qualcosa che corrispondeva a certi momenti che il gruppo attraversava. Noi lavoriamo con la nostra mente, è il nostro strumento di lavoro che va tenuto sempre in buona manutenzione. Recentemente, ero andata a teatro a vedere lo spettacolo Macbeth e le streghe che questo regista aveva messo in scena erano tre belle ragazze che mormoravano di qualcosa di incomprensibile, e lì ho capito che nel gruppo succede che ci sono degli elementi beta che girano nel gruppo.

Rispetto al gruppo attuale voglio comunque parlare di identificazione proiettiva.

Nel nostro gruppo è successo che c'è stata una seduta in cui circolava qualcosa di non detto aldilà delle parole che la Dott.ssa Gerace ha sperimentato con un senso di soffocamento e io di nuovo ho provato un senso di intontimento e malinconia.

Nell'ultima seduta A. ha parlato chiaramente che la sua vita è talmente impoverita e faticosa che lui preferirebbe morire e a volte ha pensato che potrebbe uccidersi. Ha dedotto inoltre che, anche se ha due bambini, qualcuno se ne potrebbe occupare al posto suo. L'altra paziente giovane donna latino-americana ha affermato allo stesso modo che anche lei ha provato la sensazione di voler morire ma poi ha considerato il futuro dei suoi due figli. Inoltre la Dott. Gerace ha riportato l'esempio di una altra donna con lo stesso problema e che ha pensato al futuro dei suoi figli.

Quindi quel qualcosa che non è stato detto nella prima seduta, ha suscitato in me un senso di soffocamento e malessere, questi aspetti sono tornati nell'ultima seduta sottoforma di narrazione diventando sono diventati dicibili. Questo è il transfert che circola nel gruppo come qualcosa di complesso. Il dott. Neri afferma che l'importanza dell'esprimere è cruciale.

Nella prima seduta c'è il non detto che è pari a quella del comprendere e dare senso. L'idea di trasformazione è centrale e assume il ruolo di interpretazione. Rendere rappresentabile qualcosa di implicito tramite la narrazione che lo esplicita. Questo è il transfert prima c'è qualcosa di implicito che non tutti vivono allo stesso modo poi arriva la narrazione che è più chiara.

Prof.ssa Marinelli: Se l'analista del gruppo va a fare un TSO, a mio avviso, questa non è una rottura del setting. Può avvenire una rottura quando un'azione dell'analista colpisce lo stato emotivo del gruppo, ad esempio perché l'analista individua o *privatizza* qualcuno o qualcosa che appartiene al gruppo - vede singolarmente uno dei pazienti ad esempio, emarginando il resto del gruppo e non condividendo con il gruppo nella sua totalità. Ma se l'analista invece sta facendo qualcosa che comunque è per il gruppo e ne fa parte, allora è comunque utile, e il suo "atto" sarà simboleggiato o sentito come parte del gruppo forse e allora il problema è riportarlo ed elaborarlo poi nel gruppo.

Dott.ssa Tirabasso: Rispetto a quello che diceva lei tra pubblico e privato succede che nel privato si possono anche sottovalutare certe situazioni, o non arrivano o se arrivano quando sono troppo gravi sono difficili da gestire. Infatti io mi sono riproposta che se mi dovesse ricapitare qualche paziente grave non lo seguirò più singolarmente ma sempre in due per gestire la situazione. Questo aiuta i momenti di crisi, si evitano sottovalutazioni, anche se i rischi ci sono sempre anche sugli altri, dal momento che ciò che succede nel gruppo non è mai del singolo paziente ma si riversa inevitabilmente sugli altri.

Dott.ssa Amorfini: Sul transfert, voglio dire che il gruppo che abbiamo creato con Giuliana, è un gruppo che funziona bene anche perché noi siamo molto in sintonia. Il gruppo con i pazienti gravi invece è un gruppo che esisteva da molto e io partecipo da poco. Io li ho una posizione meno attiva e lascio fare al Dott.re Riefolo che ha una modalità interpretativa migliore rispetto alla mia. Questo dipende da impostazioni tecniche psicologiche ma anche da un punto di vista di personalità. Ognuno di noi è differente. In questo gruppo sono in una condizione di supporto. Nel lavoro con gli altri ci si mette in gioco per come si è dentro, la nostra mente va curata e ragionata non improvvisata. Noi facilitiamo la comunicazione ma spesso capita che i pazienti le interpretazioni se le fanno da soli. Il gruppo procede da solo e si cura da solo con il nostro aiuto.

Dott.ssa Tirabasso: Questo gruppo ha sofferto, una paziente è entrata con una richiesta particolare sfruttando il gruppo per un periodo ed è uscita sbattendo la porta. Questo perché ha avuto un vissuto piuttosto intenso. Ha mostrato anche aspetti istrionici, non ha spiegato che se ne sarebbe andata ma è solo scomparsa e questo ha creato una sofferenza. I problemi personali e del gruppo si scambiano inevitabilmente tra di loro. Il paziente che arriva nel gruppo e lo sconvolge, riesca a cambiare qualcosa.

La crisi è stata positiva perché la rottura duplice di una fine e cristallizzazione precedente ha generato un cambiamento e creato una risorsa.