



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia
Applicata - FISPPA

Corso di laurea Magistrale in Psicologia Clinico-
Dinamica

Tesi di laurea Magistrale

**IL PHOTOLANGAGE E I FATTORI TERAPEUTICI:
L'ESPERIENZA DI UN GRUPPO ALL'INTERNO DEL
CENTRO DIURNO RIABILITATIVO**

*Photolangage and Therapeutic Factors:
The Experience of a Group in a Day Rehabilitation Center*

Relatrice:

Prof.ssa Cristina Marogna

Correlatrice esterna:

Dott.ssa Compagno Sabrina

Laureanda: Franco Nadia

Matricola: 2048489

Anno Accademico 2022/2023

INDICE

INTRODUZIONE	7
1. I GRUPPI TERAPEUTICI A ORIENTAMENTO PSICOANALITICO	11
1.1 Gli approcci psicoanalitici al gruppo	11
1.1.1 Analisi in gruppo	13
1.1.2 Analisi di gruppo	14
1.1.3 Analisi attraverso il gruppo	20
1.2 Il concetto di Campo	24
1.3 I Fattori terapeutici	29
1.4 Efficacia e funzione dei gruppi psicoanalitici oggi	35
2. I GRUPPI CON OGGETTO MEDIATORE	39
2.1 Perché la mediazione	39
2.2 L'uso dell'immagine	43
2.3 La funzione simbolica	46
2.4 Il <i>Photolangage</i>	49
2.4.1 Come si svolge una seduta	51
2.4.2 Caratteristiche specifiche del metodo	52
3. IL <i>PHOTOLANGAGE</i> ALL'INTERNO DI UN'ISTITUZIONE	57
3.1 Il Centro Diurno Riabilitativo	57
3.2 Il gruppo psicoterapeutico di <i>Photolangage</i>	58

3.3 La valutazione dei fattori terapeutici con il FAT.A.S-G	61
3.3.1 Una nuova versione del FAT.A.S. per i trascritti delle sedute	63
3.4 Ipotesi di valutazione dei fattori terapeutici nel <i>Photolangage</i>	64
3.4.1 Il ruolo della Coesione	77
3.5 Considerazioni finali sui risultati dell'analisi	83
3.6 Prospettive per la ricerca future	85
CONCLUSIONE	89
APPENDICE A	91
APPENDICE B	95
BIBLIOGRAFIA	97

INTRODUZIONE

*Se la foto parla è perché essa entra in comunicazione con una parte di noi,
parte di noi che è sensibile alle immagini.*

(Vacheret, 2008, p. 11)

Il pensiero che ha ispirato la realizzazione del seguente lavoro ha avuto origine durante la mia esperienza di tirocinio, all'interno del Centro Diurno Riabilitativo (CDR) di Campodarsego (PD). In quell'occasione ho avuto l'opportunità di prendere parte ad un gruppo terapeutico condotto secondo il metodo *Photolangage* dalla dott.ssa psichiatra e psicoanalista Compagno Sabrina. Fare esperienza diretta di questa tecnica, in un contesto terapeutico che accoglie pazienti con forme di psicosi grave, ha stimolato il mio interesse per i gruppi che operano attraverso una mediazione. Nel *Photolangage*, le foto svolgono il ruolo di oggetti mediatori, diventando "immagini" capaci di dirci qualcosa, di creare un collegamento con le immagini appartenenti al nostro mondo interno. Concepito inizialmente come metodo da utilizzare nella formazione degli adulti, la sua applicazione si è estesa al campo della cura grazie al lavoro di Claudine Vivier Vacheret. Le teorie psicoanalitiche di gruppo, e in modo particolare i contributi di René Kaes, hanno costituito il principale riferimento teorico. Nel *Photolangage* sono previste una serie di consegne che favoriscono una dimensione rigida, quasi ritualizzata, delle singole sedute. Proprio questa dimensione permette la creazione di un setting, che assume rilevanza terapeutica attraverso l'analisi dei processi gruppali che emergono al suo interno (Vacheret, 2008). Tuttavia, la valutazione del processo di cura, in un gruppo terapeutico, non coincide con quella della psicoterapia individuale, in quanto la struttura relazionale del primo rende la sua misurazione più complessa. Il lavoro di I. D. Yalom, in particolare, ha fornito una ricca serie di elaborazioni e informazioni sui fattori terapeutici di gruppo, creando una classificazione a partire dagli aspetti interpersonali che caratterizzano le dinamiche gruppali. Nel corso degli anni la ricerca si è sempre più concentrata sulla definizione e la misurazione delle numerose variabili che influenzano la processualità del gruppo, allo scopo di individuare i fattori determinanti per il cambiamento clinico nei singoli pazienti (Rosendahl, Alldredge, Burlingame & Strauss,

2021). A tale scopo, è stato sviluppato un questionario *self report*, il FAT.A.S.-G, per la valutazione dei fattori terapeutici di gruppo di Yalom da una duplice prospettiva: quella dei pazienti e quella del terapeuta (Marogna, Mannarini, Caccamo, Melai & Romagnoli, 2011). Una nuova versione dello strumento, ancora in fase di costruzione e validazione, è stata pensata per essere applicata ai trascritti delle sedute di gruppo e ottenere così un ulteriore punto di vista per l'analisi nel tempo dell'andamento dei fattori. Questi concetti forniscono la cornice del presente lavoro, che si compone di due obiettivi principali. Innanzitutto, mettere in evidenza il potenziale terapeutico di un gruppo a mediazione, con particolare attenzione alla tecnica del *Photolangage*, per favorire la sua implementazione all'interno delle strutture sanitarie, sia pubbliche che private. Il secondo obiettivo è quello di descrivere l'utilità della nuova versione del FAT.A.S., mostrando una sua possibile applicazione sui trascritti delle sedute del gruppo *Photolangage* del Centro Diurno. Dunque, la proposta di procedere con la validazione di un nuovo strumento, a sostegno della ricerca, si unisce a quella di estendere la valutazione dei fattori terapeutici ad un gruppo di *Photolangage*, allo scopo di approfondire l'efficacia di questi interventi nella pratica clinica. Nello specifico, la tesi è strutturata in tre capitoli. Nel primo capitolo vengono affrontati i principali contributi teorici allo sviluppo dell'approccio psicoanalitico al gruppo. Inoltre vengono presentati i fattori terapeutici di gruppo, in particolare la classificazione fornita da Yalom, e il ruolo che assumono nella ricerca empirica. Nel secondo capitolo vengono approfonditi i dispositivi di gruppo a mediazione, la funzione dell'oggetto mediatore e, nello specifico, la tecnica del *Photolangage*. Nel terzo e ultimo capitolo viene presentato il Centro Diurno Riabilitativo in cui ho svolto il tirocinio, insieme al gruppo terapeutico di *Photolangage*. Viene poi descritta l'applicazione della scala FAT.A.S. alle trascrizioni delle sedute a cui ho partecipato, con l'obiettivo di identificare i passaggi rappresentativi di ciascun fattore terapeutico. È stata prestata particolare attenzione all'evoluzione nel tempo della coesione, in quanto si tratta di un concetto fondamentale per la comprensione del gruppo e dei processi di gruppo (Forsyth, 2021). In conclusione, da questa analisi preliminare emerge la necessità di approfondire lo studio sui fattori e le condizioni che contribuiscono al miglioramento clinico dei singoli partecipanti in una determinata tipologia di gruppo. Inoltre, considerando la complessità dei fenomeni in gioco in un contesto di gruppo, diventa altrettanto importante disporre di

strumenti capaci di fornire molteplici punti di vista per ottenere una visione integrata e completa dei processi gruppali. La possibilità di lavorare sui trascritti delle sedute, contemporaneamente alla raccolta di informazioni sia da parte dei pazienti che dei terapeuti, rappresenta una direzione da considerare per le ricerche future. La combinazione di dati quantitativi e qualitativi, provenienti da diverse fonti, può contribuire a una migliore comprensione dei risultati clinici, oltre che ad una maggiore validità delle conclusioni.

CAPITOLO 1

I GRUPPI TERAPEUTICI A ORIENTAMENTO PSICOANALITICO

1.1 Gli approcci psicoanalitici al gruppo

Una rassegna ponderata ed esaustiva sullo sviluppo dei gruppi clinici e su quanto, in tale ambito, è stato fino ad oggi elaborato e formulato, necessita di un metodo di indagine composito e articolato, proprio perché lo strumento si è rivelato un'entità complessa, una "totalità dinamica" (Lewin, 1951, citato in Kaes, 2012, p. 11). Gli ambiti di studio della terapia gruppale si sono diversificati negli anni e sono altrettanti i punti di vista sotto cui si potrebbe ripercorrere la sua storia. Approfondirò in modo particolare l'evoluzione del gruppo come strumento di lavoro all'interno dell'approccio psicoanalitico, passando attraverso le teorizzazioni degli autori più importanti in questo ambito e le differenze che ne sono conseguite. Tuttavia, l'uso, per così dire, terapeutico del gruppo ha origini antiche e precede considerevolmente le moderne teorie Gruppoanalitiche. Gli Hieroi Lògoi, o "Racconti sacri", di Elio Aristide offrono un accurato resoconto in prima persona dell'esperienza della malattia nel mondo greco-romano e in particolare del trattamento riservato ai diversi disturbi somatici e psichici (Downie, 2018). Le terapie di guarigione si inserivano in un contesto religioso e prevedevano interventi gruppali di tipo medico e psicologico come, ad esempio, cure termali, dietetiche e farmacologiche. Inoltre, per la scelta delle prescrizioni, risultava essenziale l'interpretazione in gruppo dei sogni da parte dei sacerdoti di Esculapio. In queste forme di interazione gruppale, connesse alla dimensione del "sacro", risultava centrale l'espressione e l'elaborazione dei contenuti simbolici ed emotivi all'interno di un clima di partecipazione emotiva che coinvolgeva tutti i presenti (ibidem). L'utilizzo dei primi setting, così come oggi sono concepiti nelle terapie e nelle psicoterapie di gruppo, risale invece agli inizi del XX secolo. Per la prima volta, rispetto alle precedenti esperienze, i conduttori erano figure professionali del settore e impiegavano il gruppo con una "precisa finalità terapeutica" (Neri, 1983). Joseph Pratt, un internista di Boston al Massachusetts General Hospital, è considerato il precursore della psicoterapia di gruppo. Dal 1904 iniziò ad organizzare regolari incontri con i pazienti tubercolotici con lo scopo di trattare in gruppo gli aspetti psicologici e medici della loro condizione. Pratt, attraverso la sua tecnica (*the class method*), riscontrò effetti

benefici nei suoi pazienti da un punto di vista morale e di decorso della malattia (Di Maria & Lo Verso, 1995). Successivamente, l'uso pionieristico del gruppo si estese al trattamento dei pazienti psichiatrici; ad esempio, Edward Lazell, nei primi anni Venti, ricorse alla conferenza come strumento di coinvolgimento e interazione con gli schizofrenici nell'ospedale di Washington. Bierer organizzò diverse attività di gruppo per i pazienti dell'ospedale psichiatrico di Londra, e Marsch, attraverso tecniche gruppali ancora primitive, avviò delle comunità terapeutiche che proponevano iniziative di tipo artistico come la danza e il teatro (ibidem). Su questa via J. L. Moreno sviluppò nel 1931 la tecnica dello "Psicodramma", incentrata sull'improvvisazione teatrale come strumento di rielaborazione dei conflitti inconsci. Agli albori della terapia di gruppo, la tecnica aveva un intento prevalentemente educativo e di agevolazione socio-emotiva a sostegno degli altri trattamenti clinici. In campo psicoanalitico l'elaborazione e l'applicazione del gruppo ha richiesto un arco di tempo di oltre cinquant'anni (Neri, 2017). Le prime formulazioni di Freud sulla psiche di gruppo, in "Totem e Tabù" (1913), e sulla psicologia delle masse, hanno spinto alcuni psicoanalisti a impiegare le sue considerazioni a fini terapeutici (Kaes, 2012). In "Psicologia delle masse e analisi dell'Io" Freud (1921) ha descritto la relazione tra l'Io e la folla, definendo quest'ultima come impulsiva, mutevole e irritabile, guidata quasi totalmente dall'inconscio. Tuttavia quest'opera, e allo stesso modo "Totem e Tabù", "non è esclusivamente un saggio di "psicologia sociale" nel senso in cui l'intendiamo oggi" (Kaes, 2012, p. 35). Freud si aprì all'ipotesi che alcune formazioni e processi psichici non fossero esclusivamente situati nel singolo apparato psichico bensì che riguardassero degli insiemi intersoggettivi. Ad ogni modo, Freud non aveva mai considerato l'idea di applicare la psicoanalisi ad un setting gruppalmente anzi si assicurò che rimanesse una terapia individuale. Negli anni Venti fu Trigant Burrow, psichiatra e psicoanalista americano, a usare per la prima volta il termine "analisi di gruppo" e "gruppoanalisi" dando avvio ad una concezione del gruppo come strumento terapeutico in campo psicoanalitico. Il suo lavoro proseguì con la sistematizzazione di una teoria secondo la quale il gruppo rappresenta una possibilità terapeutica ideale nel trattamento della nevrosi. A differenza di quanto affermava Freud, ipotizzò che queste nevrosi fossero causate da un conflitto sociale, ovvero tra l'istinto naturale di aggregazione e legame, e le relazioni sociali condizionate dai codici di comportamento morali imposti dalla società. Si

parlava quindi di “società malata”, nevrotica. Il pensiero di Freud e di Burrow si incontrava nell’idea che l’uomo, costretto ad adattarsi ad una società che imponeva il conformarsi ad un’immagine sociale condivisa, dovesse reprimere i suoi istinti naturali. Tuttavia, Burrow sosteneva che l’uomo avesse una naturale predisposizione alla socialità, mentre Freud riteneva che il singolo, predisposto all’antisocialità, fosse costretto e dovesse sottostare alle convenzioni stabilite. Nel 1927 Burrow fu uno dei fondatori dell’Associazione psicoanalitica americana ma, qualche anno dopo, nel 1931, venne espulso dalla Società psicoanalitica proprio in virtù delle sue posizioni in contrasto con la tradizionale teoria freudiana. Dagli anni Trenta e Quaranta la psicoterapia di gruppo assunse in misura maggiore un ruolo paritario nei confronti delle già riconosciute terapie individuali (Profita & Venza, 1995). Si distinsero in quegli anni tre psicoterapie di gruppo ad orientamento psicoanalitico: l’analisi *in* gruppo, l’analisi *di* gruppo, poc’anzi nominata con Burrow, e l’analisi *attraverso* il gruppo o gruppoanalisi.

1.1.1 Analisi in gruppo

Nell’analisi *in* gruppo i principi della psicoanalisi venivano applicati con l’obiettivo di condurre un’analisi sul singolo individuo: al gruppo non era riconosciuta una propria specificità se non quella di essere un luogo in cui realizzare un intervento terapeutico rivolto al singolo. In quel momento il gruppo aveva semplicemente un’utilità pratica in quanto permetteva di rispondere alle ingenti richieste di terapia provenienti dalle comunità e dagli ospedali, in altre parole era possibile trattare un numero maggiore di pazienti nello stesso momento. Protagonisti di questo orientamento, in particolare del panorama americano, furono Paul Schilder, Louis Wender, Samuel R. Slavson, Alexander Wolf e Emanuel Schwartz (Di Maria & Formica, 2009). Schilder, più di Wender, impiegò i raggruppamenti di pazienti con un intento terapeutico e ne colse anche i vantaggi della tecnica come ad esempio il fenomeno dell’universalizzazione in cui ciascuno dei partecipanti, grazie all’identificazione con gli altri membri, può fare esperienza di aspetti comuni della personalità. Slavson giunse all’analisi *in* gruppo dal lavoro con i bambini, essendo stato un insegnante elementare prima di diventare psicoanalista. Egli delineò le differenze tra il

gruppo terapeutico e quello non terapeutico. Nel primo caso sono centrali le relazioni affettive e l'espressione emotiva; in particolare, dal punto di vista terapeutico, il focus è nell'interpretazione analitica del transfert, il quale può manifestarsi senza limiti. Secondo l'autore l'analisi *in* gruppo consentiva di cogliere maggiormente le dinamiche transferali dei pazienti grazie ai "transfert multilaterali" e inoltre permetteva a ciascun partecipante la ripresentazione del gruppo familiare d'origine. Nonostante tali considerazioni, Slavson non riconobbe mai la validità terapeutica del gruppo in sé: le dinamiche interpersonali, rappresentanti la coesione, andavano ostacolate a favore di interpretazioni rivolte sempre e solo al singolo. Grazie al lavoro di Wolf e Schwartz si giunse ad una sistematizzazione più rigorosa della teoria e dei metodi dell'approccio *in* gruppo. Nel 1962 pubblicarono infatti il trattato *Psychoanalysis in Groups*. Wolf, nella pratica, si dimostrò meno intransigente di Slavson rispetto alla libera espressione delle dinamiche di gruppo, nonostante anche il suo lavoro terapeutico rimase focalizzato sul singolo individuo (Di Maria & Formica, 2009).

1.1.2 Analisi di gruppo

Fu Wilfred Bion, attraverso l'analisi *di* gruppo, a introdurre un cambio di prospettiva e a riconoscere al gruppo una dimensione propria: una vita mentale al di sopra del singolo. Le interpretazioni venivano rivolte al gruppo nel suo insieme e non più al singolo, considerato ora come un "portavoce" (Festini Cucco & Falco, 1994). Le sue ipotesi contribuirono considerevolmente all'ampliamento della teoria psicoanalitica sui gruppi. Bion cominciò a occuparsi per la prima volta di dinamiche di gruppo a Northfield, in Inghilterra, durante la Seconda Guerra Mondiale. Lì fu incaricato come psichiatra di seguire il reparto di riabilitazione dell'ospedale psichiatrico militare e realizzò il noto "primo esperimento di Northfield" (De Polo, 2006). Numerosi soldati venivano allontanati dall'esercito con la diagnosi di nevrosi di guerra. Questi venivano radunati in piccoli gruppi e incaricati di individuare un oggetto di lavoro. Essi non erano guidati da un leader ma affiancati da un terapeuta che aveva il compito di supportare ciascun membro. A partire dall'idea di McDougall, secondo la quale in presenza di determinate condizioni i membri di un gruppo sono capaci di agire come se fossero un'unica persona, Bion formulò il concetto di "gruppo

di lavoro” (Neri, 2017). Questa dimensione, altresì chiamata “gruppo razionale”, permette ai membri di cooperare in vista di uno scopo attraverso aspetti coscienti che li motivano ad unirsi. Al gruppo di lavoro si contrappone il “gruppo di base” costituito dai motivi inconsci che hanno permesso la fondazione del gruppo stesso e in cui prevalgono meccanismi di pensiero e comportamenti gruppali primitivi, definiti “assunti di base”. Nello specifico Bion teorizzò tre assunti di base che descrivono particolari organizzazioni della mentalità di gruppo. Nell’assunto di base di dipendenza i membri sviluppano una dipendenza nei confronti del leader del gruppo che viene considerato un vero e proprio protettore; nell’assunto di accoppiamento i membri tendono verso uno scopo e credono che tutti insieme potranno fare grandi cose (Di Maria & Formica, 2009); infine l’assunto di base di attacco-fuga si riferisce all’atteggiamento di lotta o, al contrario, di difesa che i membri assumono rispetto ad una minaccia che sentono interna o esterna al gruppo (Galimberti, 2000). Dunque, Bion riconobbe due livelli distinti, ma allo stesso tempo compresenti, all’interno del gruppo: uno manifesto, cosciente e razionale associato al gruppo di lavoro, e uno latente, inconscio, costituito dai bisogni fondamentali comuni a tutti i partecipanti ovvero gli assunti di base. Bion sottolineò l’importanza del ruolo del conduttore nel limitare questi meccanismi inconsci con cui si organizzano le relazioni tra i partecipanti, al fine di preservare la differenziazione, la libertà di espressione e di non conformazione degli individui. Ciononostante le due mentalità, quella cosciente del gruppo di lavoro e quella degli assunti di base, sono parimenti essenziali per il processo del gruppo e il progresso del singolo che avvengono grazie all’incontro, e confronto, del razionale con il primitivo (Neri, 2017). Secondo il pensiero di Bion, è proprio la presa di consapevolezza il fattore fondamentale per il superamento e il cambiamento delle dinamiche gruppali (Di Maria & Formica, 2009). All’interno del modello dell’analisi *di* gruppo rientrano anche i teorici del conflitto focale di gruppo, Dorothy Stock Whitaker, Morton A. Liebermann e lo psicoanalista Harry Ezriel. I primi elaborarono un modello chiamato “conflitto focale di gruppo” in cui il gruppo terapeutico è considerato una totalità che influisce sui conflitti inconsci dei singoli individui. Il conflitto focale, inconscio e comune a tutti i membri, riguarda lo sviluppo, attraverso la catena associativa dei comportamenti individuali, di un tema sottostante che si riferisce al qui e ora della situazione e ad esso fanno riferimento i comportamenti individuali che si susseguono nel gruppo. Il

contrasto tra un desiderio, definibile come il motivo disturbante, e la paura, il motivo reattivo, genera il conflitto focale che pervade il gruppo; la sua soluzione risulta essere un compromesso tra queste due forze opposte. Harry Ezriel, invece, lavorò alla Clinica Tavistock dell'Istituto Tavistock per le relazioni umane di Londra. Nonostante fosse un osservatore dei gruppi condotti da Bion, sviluppò un'opinione differente rispetto alla visione di quest'ultimo (ibidem). Ezriel aveva pensato il gruppo come una totalità costituita da una "tensione inconscia comune", a sua volta determinata dall'incontro dei bisogni transferali dei singoli membri. L'autore concepiva il transfert come una dinamica volta a mantenere rimosse le fantasie inconscie ma, diversamente da quanto aveva teorizzato Freud, non la riteneva un'esclusiva della situazione di trattamento. Nello specifico, proprio la mancanza di adeguati rapporti di transfert nella vita quotidiana veniva considerata come una motivazione per l'individuo a intraprendere un percorso terapeutico. Ezriel, la cui terapia aveva come focus il qui e ora e non tanto l'origine del transfert, riteneva che l'interpretazione dovesse considerare tre particolari relazioni d'oggetto tra paziente e terapeuta: il transfert "necessario", "evitato" e "calamitoso". Il primo si riferisce ai bisogni relazionali che il paziente, più o meno consapevolmente, ricerca nell'analista, il secondo riguarda la paura dell'instaurarsi di questo rapporto con lui a causa dei possibili effetti disastrosi e, infine, il terzo si riferisce alla constatazione, attraverso un corretto esame di realtà, che quelle "calamità" non si realizzeranno (Ondarza Linares, n.d.). Inoltre, dalla "tensione inconscia comune" emerge una struttura condivisa ovvero un "atteggiamento transferale di gruppo", che consente di trattare il gruppo come se fosse un singolo paziente (Di Maria & Formica, 2009). Ezriel, infatti, rivolgeva al gruppo nel suo insieme le interpretazioni che formulava. L'approccio psicoanalitico al gruppo affonda le sue radici anche nella psicoanalisi argentina dove, intorno al 1950, emersero i contributi di E. Pichon-Rivière e di José Bleger. Sul versante teorico Pichon-Rivière guardava al concetto di gruppo attraverso prospettive diverse: a partire da quella psicoanalitica, con riferimento alle teorie di S. Freud e M. Klein, passò per la psicologia genetica e la psicologia sociale, con Kurt Lewin, e infine anche per alcune correnti filosofiche come il materialismo dialettico di Karl Marx, l'esistenzialismo di Jean Paul Sartre e l'interazionismo di George H. Mead (Kaes, 2012). Pichon-Rivière concepì una psicologia sociale che, attraverso il concetto di "legame", si occupava dell'evoluzione e

della trasformazione del rapporto tra la struttura sociale e il mondo interno dell'individuo. Il soggetto non è isolato ma appartiene ad un gruppo familiare il cui significato stesso deriva dal campo sociale in cui quel gruppo è inserito. In questo senso il sintomo, come la manifestazione della psicosi nel singolo, viene letto come il tentativo di risoluzione di un conflitto che è proprio del nucleo familiare di quel paziente (ibidem). L'esperienza del trattamento di pazienti psichiatrici gravi all'interno di un ospedale, e in particolare l'impiego del dispositivo gruppale sia dal punto di vista formativo che terapeutico, consentì a Pichon-Rivière di sviluppare quelli che chiamerà "Gruppi Operativi". Fin dall'inizio questa tipologia di gruppo venne concepita non solo come tecnica psicoterapeutica per "guarire" un individuo, ma come possibilità di comprensione del processo di malattia del soggetto e, di conseguenza, del processo di cura necessario per affrontare quella condizione. Il paziente era considerato un elemento "emergente" all'interno del suo contesto socio-gruppale. Attraverso l'internalizzazione delle strutture relazionali sperimentate all'interno della famiglia, ciascun individuo sviluppa un'immagine interna (il "gruppo interno") che definisce uno specifico modo di "essere nel mondo" e di comprendere le dinamiche esterne. Il paziente, tramite l'assunzione di determinati ruoli e posizioni all'interno del proprio gruppo, si fa espressione delle esigenze legate alle angosce depressive sottostanti a tutti i membri (Sartini, 2005). L'eziologia della malattia, secondo Pichon-Rivière, andava ricercata nel rapporto tra l'individuo e il gruppo, proponendo in tal senso una visione sociale del disagio. I gruppi operativi, quale contesto di trattamento privilegiato, hanno lo scopo di aiutare i membri a focalizzarsi sul compito previsto dalla situazione nel qui e ora mantenendo attiva la possibilità di assumere nuovi ruoli e lasciare i precedenti, non più adeguati al momento presente (ibidem). Uno dei contributi fondamentali di José Bleger, psichiatra psicoanalista e allievo di Pichon-Rivière, fu la distinzione tra due tipologie di socialità: la socialità sincretica e la socialità per interazione. La prima afferisce al concetto di "sincretismo" con cui l'autore descrive una condizione di non-discriminazione che caratterizza la realtà psichica dei singoli, dei gruppi e anche delle istituzioni. Nell'individuo, tale nozione, definisce un aspetto della personalità in cui la parte nevrotica e la parte psicotica coesistono, così come il dentro e il fuori, l'Io e il non-Io (Sartini, 2005). Il fenomeno sincretico si pone alla base della fondazione di ogni gruppo e riguarda un tipo di relazione in cui non c'è la consapevolezza di essere un

gruppo ma quel gruppo sta sviluppando una socialità che funziona secondo specifici codici. Questa socialità è involontaria, inconsapevole e automatica, e permane per tutta l'esistenza del gruppo. La socialità per interazione, invece, è più matura ed evoluta in quanto presuppone la comunicazione verbale tra i membri del gruppo ed una conseguente differenziazione sia dello spazio psichico che di quello intersoggettivo (Kaes, 2012). In Francia, dopo la conclusione della seconda guerra mondiale, si verificò una significativa espansione delle terapie psicoanalitiche condotte in ambito di gruppo. Questo sviluppo fu in parte attribuibile agli sforzi compiuti per risanare l'economia e la struttura sociale del paese, gravemente colpite dal conflitto da poco terminato. Le pratiche di gruppo mostravano diversi vantaggi tra cui la possibilità di estendere la cura ad un maggior numero di persone, incrementare le dinamiche di integrazione sociale, specialmente nell'ambiente psichiatrico, e in generale stimolare la creatività in un'ottica di rafforzamento della coesione sociale (ibidem). Gli apporti degli psicoanalisti Didier Anzieu e René Kaes spiccano nell'ambito della psicosociologia francese di quel periodo. Sulla linea del pensiero di Bion, anche Anzieu distingueva nel gruppo componenti inconse e consce ma considerava le prime di maggiore importanza (Di Maria & Formica, 2009). Egli sosteneva che ciascuno di noi, attraverso quello che ha vissuto, costruisce fin dalla nascita una personale visione del mondo con una serie di aspettative e idee rispetto alla società, gli altri e le regole morali. Pertanto, l'individuo proietta nel mondo reale i propri significati inconsci, definiti "fantasmi", cercando di ricreare nel presente relazioni simili a quelle che precedentemente non era stato in grado di risolvere: questa volta nel tentativo di riuscirci. In gruppo accade che ciascuno si relaziona con gli altri condividendo i propri fantasmi personali che insieme contribuiscono alla formazione del fantasma globale di gruppo o, in altri termini, alla "risonanza fantasmatica". In questo senso, l'analisi di gruppo teorizzata da Anzieu, al fine di ottenere un cambiamento delle modalità relazionali dei singoli, si focalizzava sul fantasma gruppale ovvero sull'insieme di fantasie che gli individui sviluppano rispetto al gruppo, considerato il mezzo per la realizzazione dei singoli desideri inconsci (Kaes, 2012). In questa cornice il gruppo, come il sogno, presenta fenomeni e dinamiche a livello manifesto che derivano da un certo numero di contenuti latenti, testimoni della realizzazione immaginaria del desiderio inconscio. Anzieu, quindi, vedeva il gruppo come una difesa nei confronti dell'angoscia di frammentazione dell'Io,

motivo per cui i membri ambiscono ad una condizione di fusione collettiva definita “illusione gruppale”, ovvero la credenza di poter soddisfare l’aspettativa individuale attraverso il gruppo (concepito come oggetto totalmente buono), rispondendo ad un bisogno di sicurezza e tutela del narcisismo individuale (Di Maria & Formica, 2009). L’illusione è teorizzata da D. W. Winnicott come “area transizionale” in termini di spazio funzionale al gioco e all’esplorazione; per il bambino è un passaggio necessario alla successiva condizione di disillusione ovvero al processo di differenziazione tra l’esterno e l’interno, l’Io e il non-Io, il mio e il non-mio, che conduce all’individuazione (Kaes, 2012). Rene Kaes, psichiatra psicoanalista e professore presso l’Università di Lione, è stato allievo di D. Anzieu. Dagli anni Settanta inizia l’attività di ricerca nell’ambito della psicologia sociale dei gruppi fino a concentrare il suo interesse sull’approccio psicoanalitico al gruppo. I numerosi contributi dell’autore risultano fondamentali per la conoscenza di quello che Neri definisce il “molteplice” ovvero di un’idea di “molti”, in relazione tra loro, che mantengono le proprie caratteristiche e naturali differenze (Corbella, Marinelli & Neri, 2015). Innanzitutto, Kaes introduce i concetti di “intersoggettività” e di “interdiscorsività”. L’idea di intersoggettività deriva direttamente dal pensiero di Freud per cui la psicologia individuale è anche psicologia sociale in quanto nella psiche del singolo l’altro è sempre presente in tutte le sue possibili forme. L’intersoggettività non è solo una tendenza innata ma anche una condizione che va acquisita con la consapevolezza che l’Altro è indispensabile per il senso di Sé e per la costruzione della propria identità personale. La nozione di interdiscorsività, strettamente collegata a quella di intersoggettività, evidenzia il carattere polifonico e sovradeterminato della parola. Quest’ultima viene intesa come luogo comune del parlante e del ricevente che è in grado di contenere, ancora prima di essere espressa, le aspettative, i desideri e le attese dell’altro a cui è indirizzata. In tal senso, il lavoro psicoanalitico che impiega lo strumento gruppale, si serve del processo psichico dell’altro per risalire a quello che è, o non è, accessibile in noi per una rappresentazione. Kaes delinea più prospettive da cui guardare il “gruppo”. Innanzitutto lo intende come un modo di definire la struttura e la forma dell’organizzazione dei legami intersoggettivi, dai quali originano specifici processi psichici (Coin, 1997). Il secondo significato indica sempre la forma di un’organizzazione di legami ma in questo caso in riferimento alla sfera intrapsichica, nello specifico tra gli oggetti psichici

e le funzioni dell'apparato psichico. Kaes intende con "gruppalità psichica" una struttura specifica della psiche che viene concepita come un gruppo e non più come una monade: ciò implica l'associazione, il collegamento ma anche la trasformazione e la dissociazione tra gli elementi della psiche stessa. Su questa linea l'autore utilizza il termine "gruppi interni" per indicare configurazioni di legami particolari della gruppalità psichica che operano come degli "organizzatori psichici dei legami intersoggettivi", a fondamento dell'apparato psichico gruppale (ibidem). L'autore postula l'esistenza di un "apparato psichico gruppale" come "la costruzione psichica comune dei membri di un gruppo per il gruppo" (Neri, 2017, p. 242) per cui nelle menti delle persone che si riuniscono, e per l'effetto generato dalla situazione stessa, si verifica una nuova organizzazione che definisce proprio la mente di gruppo (Kaes, 2012). La funzione di tale apparato è quella di mediare e garantire lo scambio tra il mondo intrapsichico (nei suoi aspetti intrasoggettivi, intersoggettivi e transoggettivi) e il mondo sociale. Kaes distingue gli organizzatori psichici gruppali, intesi come modalità inconse di rappresentazione del gruppo, dagli organizzatori socioculturali, esterni all'individuo e provenienti dalla società e dalla cultura di appartenenza. Il pensiero di Kaes, presentato e riassunto in questo paragrafo, verrà successivamente ripreso, insieme a quello di Anzieu, nella presentazione dei dispositivi gruppali a mediazione, con un riferimento particolare al metodo *Photolangage*.

1.1.3 Analisi attraverso il gruppo

Continuando a esplorare i diversi modi in cui il gruppo è stato concepito e impiegato nella pratica terapeutica, si giunge all'analisi *attraverso* il gruppo. S. H. Foulkes non è stato il primo a utilizzare il termine "gruppoanalisi" ma, a partire dagli anni Trenta, ha sviluppato un'ampia e approfondita teorizzazione sull'analisi per mezzo del gruppo. Per tutta la sua pratica clinica si è occupato di questo dispositivo, rivoluzionando non solo la visione del gruppo come strumento terapeutico ma anche quella dell'individuo in relazione al suo contesto sociale. Nel suo testo "Introduzione alla psicoterapia gruppoanalitica", pubblicato nel 1948, Foulkes si presenta come un terapeuta psicoanalitico il cui pensiero affonda le radici nell'approccio psicoanalitico. Tuttavia la gruppoanalisi non costituisce né un sostituto

né una semplice estensione della psicoanalisi, anzi rappresenta un autentico e innovativo orientamento teorico-clinico caratterizzato da specifici aspetti che la individuano. Negli anni in cui Foulkes iniziò a praticare la gruppoanalisi, era in atto un nuovo movimento rivoluzionario riguardante la messa in discussione della validità del precedente paradigma positivista. Quest'ultimo ricercava e sosteneva l'idea che ci potesse essere un principio primo capace di anticipare gli eventi, una regola assoluta per ordinare la realtà. La presa di coscienza dell'irregolarità e dell'esistenza della contraddizione misero la scienza di fronte alla necessità di un cambiamento epistemologico che in quel periodo andò a definirsi come "il paradigma della complessità" (Di Maria & Formica, 2009). Gli aspetti fondamentali del nuovo modello scientifico, che hanno particolarmente influenzato la teoresi gruppoanalitica, riguardavano il ruolo dell'osservatore e l'importanza del contesto sociale in cui l'osservazione stessa avviene. L'osservatore ha un compito attivo in quanto costruisce e ordina la realtà influenzando inevitabilmente i fenomeni che sta osservando. Dunque l'esperienza personale e, soprattutto, le categorie e le costruzioni simboliche del gruppo sociale di appartenenza, sono elementi da cui non si può prescindere nel processo di conoscenza. La gruppoanalisi si è inserita in questo quadro cogliendo l'impossibilità di una distinzione tra mondo interno e mondo esterno e sostenendo l'idea che ciascun individuo è determinato dal gruppo, dalla comunità e dal mondo in cui vive poiché esso è la cornice di senso entro cui è possibile comprendere gli eventi (ibidem). Tra le varie influenze agli albori del pensiero foulkesiano, è particolarmente rilevante l'apporto del neurologo Kurt Goldstein: uno dei primi sostenitori di un approccio davvero olistico alla medicina. Ritenendo inseparabili organismo e ambiente, questi dovevano essere studiati assieme, inclusi gli effetti dovuti alla presenza dell'osservatore in quanto parte integrante della situazione. In questo senso Goldstein affermava che nessuna parte del sistema nervoso può essere studiata in modo isolato proprio perché la rete e i neuroni stanno in un rapporto di costante influenza reciproca (Roberts & Pines, 1992). Questa visione olistica divenne il fondamento della concezione del funzionamento del gruppo: definito in termini di *network* (rete), i cui membri sono *nodal points* (nodi) in costante relazione con l'interno e l'esterno del sistema funzionale. Il concetto di *network* ha un'estensione pressappoco infinita perché nel suo asse orizzontale comprende l'umanità, mentre in quello verticale tutto ciò che rientra nel passato, nell'eredità biologica

dell'individuo stesso. La rete infatti non è semplicemente la totalità delle relazioni duali ma possiede caratteristiche proprie che non coincidono con quelle dei singoli legami (Neri, 2017). Ogni individuo fa parte di un certo numero di reti, gruppi reciprocamente legati fra loro, ma è influenzato in misura maggiore dalle porzioni di rete più vicine a lui. Quindi nella gruppoanalisi l'attenzione è rivolta all'individuo in relazione al suo ambiente sociale e le difficoltà personali vengono affrontate come manifestazioni di questioni sociali e culturali. Si presuppone che i sintomi derivino da blocchi nei meccanismi comunicativi, i quali hanno origine principalmente nei contesti sociali, tra l'individuo e gli altri. Queste problematiche, primariamente sociali, assumono carattere personale a causa delle conseguenze che derivano da tali impedimenti comunicativi. Foulkes arrivò a parlare di “localizzazione del disturbo” per enfatizzare l'importanza di collocare il disagio del singolo all'interno della sua rete di relazioni, origine effettiva del problema (Di Maria & Formica, 2009). Ciò che viene manifestato dall'individuo nel contesto di gruppo riflette la difficoltà nel riconoscere, accettare e affrontare appieno queste distorsioni comunicative. Al processo di fondazione della teoria gruppoanalitica concorsero anche le teorie del sociologo Norbert Elias, incontrato da Foulkes negli anni in cui tornò a Francoforte come direttore della clinica di psicoanalisi. Elias affermava che nel corso delle epoche gli individui avevano sempre più interiorizzato le limitazioni imposte dalla società. Foulkes osservò che queste restrizioni erano aumentate progressivamente in termini di severità e quantità, probabilmente in risposta alla crescente complessità della vita sociale (ibidem). La vita mentale, quindi, si plasma attraverso i costanti adattamenti nei confronti dei cambiamenti delle circostanze esterne. Foulkes sviluppò ulteriormente il suo metodo gruppoanalitico grazie all'esperienza, avviata in un primo momento da Bion, a Northfield, in quello che venne definito il secondo esperimento. Ho deciso di soffermarmi in modo particolare sull'evoluzione della gruppoanalisi in quanto ha concesso di sfruttare i processi del gruppo allo scopo di promuovere lo sviluppo dello stesso come strumento terapeutico. Secondo Foulkes, il gruppo rappresenta una possibilità per l'*ego training in action* dei suoi membri. In modo implicito il suo approccio nutriva la speranza e l'aspettativa che ogni partecipante potesse riconoscere in se stesso una figura di guida (o un timoniere) come passo significativo verso l'indipendenza e la maturità. Questa riflessione lo portò ad abolire la figura del leader all'interno del gruppo e ad assegnare al terapeuta il ruolo

di “conduttore”, un “amministratore dinamico” destinato ad assumere una posizione sempre meno centrale nel gruppo (Roberts & Pines, 1992). Un altro concetto teorizzato da Foulkes, e diventato fondamentale per il modello stesso, è l’idea di “matrice”. Inizialmente il costrutto era stato utilizzato dall’autore per intendere la rete che si costruisce all’interno del gruppo terapeutico: l’insieme dei processi mentali dei singoli individui, il mezzo attraverso il quale essi si incontrano, comunicano e interagiscono (Foulkes, 1977). La scelta del termine “matrice”, piuttosto del termine “madre”, vuole evidenziare il riferimento al “terreno germinativo” comune a tutti i membri, all’idea del gruppo come contenitore di aspetti ancora non riconoscibili ma che possono nascere e manifestarsi (Neri, 2017). In un secondo momento Foulkes distinse tre livelli della matrice: una matrice di base, o fondamentale, comune ai membri di un certo gruppo etnico e che permette loro di comprendersi nell’immediato; una matrice dinamica, esclusiva di una determinata situazione gruppale e rappresentativa del qui e ora del gruppo stesso; ed infine una matrice personale che si riferisce invece al nucleo familiare originario dell’individuo, in particolare all’insieme dei rapporti che ha interiorizzato durante lo sviluppo. Giunta al termine di questo viaggio storico, presento in breve alcune delle prime esperienze gruppali del panorama italiano. Queste, inizialmente limitate al contesto delle formazioni aziendali, si sono diffuse a partire dagli anni Cinquanta, influenzate dal pensiero foulkesiano, nelle comunità terapeutiche di Roma e Milano. I fondatori di queste comunità, Fabrizio e Diego Napolitani, hanno fatto della psicoanalisi di gruppo il principale strumento terapeutico. Negli anni Settanta e Ottanta altri professionisti come L. Ancona, F. Corrao, F. Vanni e J. Ondarza Linares parteciparono allo sviluppo della terapia di gruppo con contributi teorici diversificati. Diego Napolitani, fra tutti gli autori, è considerato uno dei maggiori esponenti del pensiero gruppoanalitico. Anch’egli proveniente da una formazione psicoanalitica iniziò ad impiegare il gruppo con fini terapeutici e con pazienti psicotici, all’interno delle prime comunità terapeutiche. Gran parte dello sviluppo del suo pensiero si costruì sul tentativo di superare la divisione tra psicologia individuale e psicologia sociale: sosteneva che il mondo interno avesse fondamenti intersoggettivi e che non potesse esistere senza un mondo esterno. I due spazi, fortemente intrecciati tra loro, non erano pensabili in modo isolato o trattabili separatamente (Di Maria & Formica, 2009). L’individuo, essendo sempre parte di un contesto sociale e relazionale, non può essere

considerato a prescindere da questo. Napolitani utilizzò il concetto di “identificazione”, momento di crescita che Freud riteneva necessario alla formazione del Super-Io, per intendere il processo grazie al quale il bambino riesce a far proprie le caratteristiche dell’ambiente in cui nasce. Tale processo avviene attraverso una doppia azione: da una parte, l’innata predisposizione del bambino all’apprendimento e, dall’altra, la complementare volontà interna al primo contesto relazionale, la famiglia, di in-segnare e orientare il bambino. Con queste formulazioni riprese anche il concetto di “neotenia”, secondo il quale l’essere umano è bisognoso delle cure dell’ambiente familiare per un tempo più lungo rispetto a tutte le altre specie animali proprio in virtù della sua mancata specializzazione (ibidem). La “matrice” di Foulkes, intesa come terreno culturale comune che consente lo sviluppo e la formazione dell’uomo, esprime qualcosa di simile a questi concetti. Quindi le identificazioni hanno un ruolo fondamentale nella formazione della mente umana e nella strutturazione della “gruppalità interna” ovvero l’insieme delle relazioni interiorizzate da ciascuno individuo per lo sviluppo della propria identità (Kaes, 2012). Nell’incontro con l’altro, inevitabilmente si crea uno spazio, un campo di gioco in cui le regole della partita dipendono dal confronto con le rispettive gruppalità interne, aprendo la possibilità di cogliere nuovi significati e modelli relazionali.

1.2 Il concetto di Campo

La definizione e la strutturazione dello spazio in cui prende vita il gioco di scambi interpersonali e transpersonali tra i membri di un gruppo terapeutico, si è indissolubilmente legata alla nozione di campo, al quale si sono sovrapposti nel tempo molteplici significati grazie ai contributi di numerosi psicoanalisti e terapeuti di gruppo. Ad oggi, per questo motivo, il costrutto è costituito da diversi nuclei di senso (Neri, 2017). Nell’ambito della psicologia e della psicoanalisi, il concetto di “campo” emerge come una trasposizione del corrispondente termine sviluppato in fisica verso la fine dell’Ottocento, il quale fu introdotto per descrivere il fenomeno dell’interazione a distanza tra corpi. Il campo è un insieme di trasformazioni che si strutturano secondo leggi intrinseche e in modo indipendente dalla qualità delle fonti da cui ha origine. Affinché si formi un campo sono necessari almeno due

elementi e, nonostante non sia possibile osservarlo direttamente, si può dedurre la sua presenza dagli effetti che provoca su di essi. Ritornando all'ambito della psicologia, il modello di campo si è dimostrato utile sia da un punto di vista descrittivo, per analizzare e comprendere i fenomeni psicologici tenendo in considerazione i fattori che agiscono in un determinato contesto, sia da un punto di vista teorico per costruire complessi modelli dinamici orientati a spiegare i fenomeni stessi (Neri & Selvaggi, 2005). Determinante per le origini del modello di campo, e in particolare per la sua applicazione nello studio dei gruppi, è la figura di Kurt Lewin. Lo psicologo tedesco impiegò la nozione di "campo di forze" per studiare la relazione tra gli individui e il loro ambiente: dove, nello specifico, il comportamento viene considerato come una funzione dei due aspetti in gioco. Per Lewin il concetto di campo, nella sua dimensione sociale e psicologica, è una "totalità dinamica" i cui elementi che gli appartengono stabiliscono un legame di interdipendenza per cui il cambiamento di una parte influenza necessariamente anche la condizione delle altre parti (Kaes, 2012). Il campo consente lo sviluppo di un forte senso di coesione e di appartenenza al gruppo e tali aspetti concorrono ad aumentare la sicurezza personale oltre che la formazione di un'identità propria di quel gruppo (Neri & Selvaggi, 2005). In tal senso i fenomeni che emergono nel piccolo gruppo sono meglio compresi se descritti a partire dalle forze presenti nell'insieme piuttosto che dalle caratteristiche o dai contributi dei singoli membri. Sebbene Bion non abbia fatto uso esplicito del modello di Lewin, e nemmeno del termine "campo", fu proprio lui a valorizzare le sue intuizioni e ad aprirle al corpo delle teorizzazioni psicoanalitiche (Correale, 2007). Bion sviluppò l'idea di un collettivo, di un insieme di affetti e rappresentazioni che vengono prodotti dallo spazio gruppale condiviso, non preesistente, ma generato dalla sua stessa attività produttiva nel qui e ora. Gli assunti di base sono un esempio di comportamenti collettivi a cui corrispondono delle costellazioni ideativo-emotive specifiche: essi sono funzioni complesse che si riferiscono alla totalità del gruppo e che non possono essere considerati rispetto ai singoli individui (ibidem). Ulteriori sviluppi del concetto di campo, che si sono rivelati fondamentali per la rappresentazione della fenomenologia gruppale, riguardano due modelli che lo caratterizzano dal punto di vista spaziale: da un lato l'idea di "campo bipersonale", e dall'altro la concezione di campo come "contenitore transpersonale" (Neri, 2017, p. 86). All'inizio degli anni Sessanta due

psicoanalisti franco-argentini, Madeleine e Willy Baranger, sostenevano che terapeuta e paziente formassero una diade indissolubilmente connessa e facente parte dello stesso processo dinamico. L'espansione di tale affermazione fu però la reale novità: la coppia analitica è compresa nel campo a cui lei stessa dà origine. Questo campo, definito "bipersonale", si crea tra i due individui nell'incontro della seduta ma non è la semplice somma delle due personalità: è qualcosa che si distingue totalmente da quello che terapeuta e paziente sono separatamente. La diade genera un "terzo", il campo, che ha dinamiche e caratteristiche indipendenti rispetto ai singoli in relazione tra loro (ibidem). In altre parole, la situazione analitica presenta una personale organizzazione spaziale e temporale che diventa l'effettivo oggetto d'interesse e osservazione per il lavoro di analisi. Inoltre, ampliando ulteriormente il modello, gli autori hanno distinto tre livelli nella struttura del campo: il primo riguardante il *setting*, il secondo l'interazione, intesa come scambio comunicativo manifesto che avviene durante la seduta, e infine il terzo relativo alla fantasia inconscia bipersonale (Neri & Selvaggi, 2005). Quest'ultima costituirebbe la porta per accedere all'organizzazione latente del campo. La teorizzazione dei Baranger si riferiva alla coppia psicoanalitica classica, alla situazione duale, ma è diventata fondamentale per la comprensione del contesto analitico di gruppo. Si può parlare infatti di "campo multipersonale" (Neri, 2017, p. 85) per intendere il rapporto che intercorre tra i componenti del gruppo e il campo in cui essi sono immersi nel qui e ora della situazione terapeutica. È importante specificare che il concetto di "fantasia inconscia bipersonale", o in questo caso anche "multipersonale", non si riferisce alla nozione classica di fantasia inconscia, la quale corrispondeva alle dinamiche pulsionali individuali, bensì all'intreccio di identificazioni proiettive che coinvolge allo stesso modo gli elementi del campo. L'idea è più facilmente confrontabile con quella di "mentalità primitiva", introdotta da Bion per parlare degli assunti di base. Nel pensiero dell'autore la mentalità primitiva è un serbatoio condiviso del gruppo che raccoglie gli apporti di tutti i partecipanti e in cui è possibile soddisfare i desideri e gli impulsi contenuti in tali apporti. Il campo può essere considerato anche un particolare "pool transpersonale" ovvero qualcosa che va oltre alle singole persone e alla relazione che c'è fra loro. Antonello Correale (1991, citato in Neri, 2017, p. 86), per spiegare l'idea di campo come *pool*, specifica l'importanza di riconoscere la fluidità e il continuo movimento che caratterizzano il campo nel quale sono

immersi i diversi elementi. In particolare egli distingue un “campo attuale”, riferito alla totalità delle fantasie, dei pensieri, delle rappresentazioni ma anche delle emozioni e degli affetti presenti nel qui e ora del gruppo, da un “campo storico” che raccoglie la memoria del gruppo e si rende presente in ogni istante, condizionando il campo presente. Se da una parte il campo attuale è percepibile dal clima e dall’atmosfera che si respira nel momento in cui si entra a far parte di un gruppo, dall’altra va tenuto in considerazione anche l’apporto del campo storico in quanto deposito di affetti, idee, rappresentazioni ed emozioni che possono talvolta appesantire o inibire il processo stesso del gruppo; si tratta di un aspetto particolarmente rilevante nell’ambito delle istituzioni. Neri (2017) osserva che l’idea del campo transpersonale si rivela utile per spiegare le situazioni in cui un partecipante, dopo aver condiviso un problema, ottiene riscontro dal gruppo anche molto tempo dopo. Questo accade perché, tutto ciò che gli individui portano, rimane all’interno del campo, per il semplice fatto di essere stata espresso. Nella pratica clinica è importante per il terapeuta riuscire a tenere a mente ciò che rimane in sospeso o “non detto” in quanto i suoi effetti possono minacciare l’alleanza del gruppo e la fiducia che i partecipanti ripongono in esso nella sua duplice funzione di *reverie* e contenimento (Maragno & Caccamo, 2004). Una prospettiva teorica, diversa dai modelli spaziali, intende il campo come “stato mentale”. Un significato di questa definizione afferisce a quello che Bion chiama “campo-stato mentale”: una dimensione in cui è fondamentale l’attenzione costante dell’analista nei confronti dei suoi pazienti, i quali, in particolare nei casi di personalità borderline, temendo un allontanamento percepiscono all’istante se il terapeuta li sta pensando con meno intensità. Due elementi caratterizzano in modo specifico il concetto di campo e aiutano ad approfondire la sua funzione: la “sincronicità” e “l’interdipendenza”. Per meglio comprendere la nozione di sincronicità è utile rifarsi alle parole di Carl Gustav Jung:

La sincronicità considera la coincidenza degli eventi in spazio e tempo come significatore di qualche cosa di più d’un mero caso, cioè di una peculiare interdipendenza di eventi oggettivi tra di loro, [...] Come la causalità spiega la sequenza degli eventi, [...] la sincronicità spiega la loro coincidenza. (1948, pp. 13-14)

In quest'ottica tutto ciò che avviene nel gruppo, indipendentemente dal fatto che appartenga al momento attuale, passato o che si rivolga al futuro, è considerato compresente e portatore di un significato complessivo. Il “qui e ora” contiene e condensa la totalità degli eventi (Neri, 2017). L'interdipendenza accompagna l'idea di sincronicità specificando che, una volta stabilitasi una certa struttura del campo, gli elementi stanno tra loro in un legame di reciproca influenza, molto più forte di un legame di similitudine: ogni elemento è condizionato da qualsiasi cambiamento in qualunque degli altri elementi. Rispetto ai primi lavori sul concetto di campo in ambito psicoanalitico, la visione attuale impiega il modello per cogliere gli aspetti che sfuggono alle categorie già conosciute e che non sono quindi determinabili a priori passando attraverso una teoria (Neri, 2015). La formazione degli psicoanalisti italiani li ha condotti, negli anni, a elaborare una concezione del campo, inteso come uno fra i tanti modelli utili a spiegare le relazioni, che si differenzia sotto molti aspetti da quella proposta da Madeleine e Willy Baranger e anche da quella elaborata negli Stati Uniti da H. S. Sullivan e S. Mitchell. In particolare essi si sono focalizzati sui continui cambiamenti che si verificano in seduta. La comunicazione, verbale e non verbale, viene seguita con attenzione per cercare di mantenere costante la connessione emotiva con il paziente o, nel caso del gruppo, con i pazienti. L'analista, nel qui e ora, può osservare i cambiamenti dell'atmosfera, delle reciproche posizioni e posture dei membri del gruppo e di se stesso, le modificazioni nella qualità della comunicazione e il funzionamento del gruppo nel suo insieme. Ciò che percepisce l'analista si può trasformare anche in immagini, narrazioni o fantasie che potranno essere o meno condivise con il paziente al momento opportuno; affiancando ma non sostituendo l'attività interpretativa. In questo senso è fondamentale la “capacità negativa” del terapeuta ovvero la possibilità di tollerare una condizione di incertezza, senza la necessità di attribuire subito un significato a quello che sta accadendo (Neri, 2011). Il lavoro così strutturato ha determinato un cambiamento nella tecnica terapeutica classica, non più vincolata in modo esclusivo a rigidi modelli esplicativi ma orientata alla descrizione dei fenomeni nella loro variabilità e complessità contestuale. Il punto di forza del modello di campo è proprio la possibilità di essere continuamente modificato dagli elementi che i membri portano al gruppo: individuo e campo, infatti, alimentano reciprocamente i propri sistemi ideativi e affettivi (Correale, 2007) in un flusso che non può essere predeterminato.

1.3 I fattori terapeutici di gruppo

Per molto tempo la cura era stata pensata in termini prettamente medici. La malattia, e in particolar modo il sintomo, veniva intesa come espressione di un malfunzionamento dell'apparato psichico, un guasto da riparare, piuttosto che la manifestazione di una sofferenza che per essere compresa necessita di un'immersione nella complessità dei vissuti e dei racconti. Con Freud nasce la possibilità di occuparsi della sofferenza psichica per mezzo di un metodo basato sulla relazione analitica tra paziente e terapeuta, che diventa il principale strumento terapeutico. Lo scopo, negli anni, non sarà più diretto alla sparizione del sintomo ma al superamento delle difese e delle resistenze. Il merito della prospettiva gruppoanalitica è stato quello di adottare un approccio che considera la sofferenza mentale da un punto di vista relazionale: focalizzandosi in questo senso sulla "situazione sofferente" e non in modo esclusivo sul singolo (Di Maria & Formica, 2009). R. Kaës (1995, citato in Lorito & Di Maria, 2015, p. 131) rintraccia la sofferenza psicologica nell'intrapsichico e nei legami intersoggettivi: nel gruppo, che assume la funzione di contenitore, proprio l'intersoggettività diventa terapeutica. Foulkes, sostenitore della natura culturale della mente, concepiva la nascita dell'identità solo all'interno dei legami interpersonali (Di Maria & Lo Verso, 1995). Le stesse patologie del paziente, inteso come un nodo all'interno di un *network* di relazioni, assumono significato e possibilità di trattamento solo attraverso un sistema analogo. Tenendo in considerazione il carattere transpersonale della mente, l'Altro diventa necessario alla strutturazione del Sé e dello spazio intersoggettivo dove l'individuo si costruisce e allo stesso tempo costruisce (Lorito & Di Maria, 2015). Ma cosa permette alle psicoterapie che utilizzano il gruppo come strumento, di essere terapeutiche? Ancora oggi non sembra esserci una risposta univoca a questa domanda ma, negli ultimi anni, diversi autori hanno contribuito alla ricerca di ciò che permette la cura all'interno del contesto gruppale. I primi ad elaborare una serie di fattori, specifici della terapia di gruppo, furono Corsini e Rosenberg che presentarono la loro ricerca nel 1955 in "Mechanisms of Group Psychotherapy: Process and Dynamics" (Lorito & Di Maria, 2015). Tuttavia, è a Irvin D. Yalom che si deve il lavoro di sistematizzazione più completo ed esaustivo sui fattori che secondo lui agiscono in termini terapeutici nella situazione di gruppo. Con l'espressione "fattori terapeutici di gruppo" Yalom intende un'intricata interazione di esperienze umane attraverso le quali può avvenire

il processo di cambiamento (Yalom, 1977). Come egli stesso sostenne, la sua classificazione corrisponde a quella che era stata proposta inizialmente da Corsini e Rosenberg. A differenza loro però, Yalom non fece ricorso a valutazioni soggettive, bensì prese dalla ricerca sistematica i dati necessari a correlare le variabili presenti nel corso del trattamento con l'esito finale della terapia (Lorito & Di Maria, 2015). Su questi presupposti creò un *Q-sort* (*questionary-sort*), seguito da un'intervista, con l'obiettivo di indagare le variabili implicate nella buona riuscita della terapia (Yalom, 1977). Tali fattori sono presenti in qualsiasi gruppo terapeutico e si mostrano come meccanismi e condizioni di cambiamento che si influenzano reciprocamente in quanto il realizzarsi di uno favorisce l'emergere degli altri. È proprio la configurazione del *setting* gruppale a consentire la manifestazione di questi fenomeni, la cui gerarchia non è facilmente individuabile a causa della complessità e della quantità degli elementi da tenere in considerazione. Difatti Yalom scrisse chiaramente che le sue proposte non erano definitive e che nessuna delle fonti da lui utilizzate era al riparo da eventuali dubbi. Egli si prefisse di contribuire alla costruzione di una base di partenza per la ricerca in ambito clinico. Nello specifico, tra i vari fattori non è possibile definire una netta distinzione in quanto, oltre ad essere interdipendenti, non funzionano e non si manifestano in modo isolato. In relazione a questo, Fasolo (1990, citato in Di Maria & Formica, 2009) specifica che i fattori terapeutici dipendono anche dagli scopi del gruppo clinico che, a sua volta, viene strutturato sulla base dei bisogni dei pazienti. Ne deriva che fattori più centrali in certi gruppi possono assumere un ruolo marginale in altri, anche in relazione alla fase in cui si trova il gruppo in un determinato momento (Yalom, 1977). Nel suo manuale "Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo" (1977), Yalom identifica i seguenti fattori terapeutici:

1. SPERANZA, è fondamentale per mantenere il paziente in terapia in quanto si riferisce alla fiducia che la persona sente di poter avere nei confronti del sistema di cura, nei benefici che ne può trarre e nel desiderio di raggiungere un cambiamento rilevante per se stessa. Prima ancora dell'inizio del lavoro, il terapeuta cerca di alimentare le aspettative positive dei singoli partecipanti nei confronti dell'efficacia del gruppo; questa verrà ulteriormente rafforzata dagli apporti di quei membri che sono già passati per un miglioramento personale grazie al percorso terapeutico.

2. UNIVERSALITÀ, significa ridimensionare la propria sofferenza psichica facendo esperienza del dolore dell'Altro. Questo comporta anche il prendere consapevolezza delle reciproche difficoltà interpersonali che spesso impediscono la socializzazione e la possibilità di creare relazioni davvero intime nella quotidianità. Soprattutto nelle prime fasi del processo di gruppo il sentire comune consente ai pazienti di provare una sensazione di sollievo. Yalom (1977) afferma che “nonostante la complessità dei problemi umani, determinati denominatori comuni sono chiaramente evidenti, e i membri di un gruppo terapeutico percepiscono rapidamente le somiglianze” (p. 23).
3. INFORMAZIONE, è un fattore che non racchiude solo l'istruzione di tipo didattico che viene fornita solitamente dai terapeuti sulla salute mentale e sulla struttura del gruppo, ma riguarda anche l'insieme dei consigli e dei suggerimenti che i pazienti si scambiano e che contribuiscono a ridurre l'incertezza responsabile del senso di angoscia. Non si tratta di un aspetto puramente cognitivo, al contrario risulta efficace nella sua componente affettiva: è il “processo di dare consigli” che rappresenta, a prescindere dal contenuto, una reciproca cura e un reciproco interessamento.
4. ALTRUISMO, si lega alla sensazione che deriva dal sentirsi utili per qualcuno. Offrire aiuto e sostegno, in termini di intuizioni e rassicurazioni, scoprendo di esserne capaci e, allo stesso tempo, di poterlo ricevere, incrementa l'autostima personale. Per il semplice fatto di dare qualcosa, i pazienti ricevono qualcosa.
5. RICAPITOLAZIONE CORRETTIVA DEL GRUPPO PRIMARIO FAMILIARE, è intesa come la ripresentazione, in termini simbolici, delle rispettive famiglie d'origine dei pazienti, all'interno del gruppo. Il terapeuta e, se presenti, i co-conduttori, vengono vissuti come figure genitoriali, mentre gli altri membri del gruppo come fratelli. In questo senso, l'opportunità di affrontare dinamiche conflittuali con gli altri componenti del gruppo consente, di riflesso, la rielaborazione di eventi irrisolti nella storia della propria famiglia. Tale fattore assume valore curativo se legami disturbati

o ruoli fissati non rimangono rigidi e cristallizzati anche nel gruppo attuale: risulta fondamentale l'esplorazione e la messa in discussione costante delle dinamiche interne al sistema.

6. SVILUPPO DI TECNICHE DI SOCIALIZZAZIONE, si riferisce alla possibilità di apprendere la socialità ovvero di prendere consapevolezza di certi aspetti non adattivi del proprio comportamento. Questo accade grazie ai feedback, espliciti o impliciti, che ogni paziente riceve, e contemporaneamente rimanda, all'interno del gruppo.
7. COMPORTAMENTO IMITATIVO, riguarda il trarre beneficio dall'assumere a modello alcuni comportamenti degli altri membri del gruppo o del terapeuta poiché consente di sperimentare nuovi modi di agire e reagire che a loro volta favoriscono la scoperta di sé.
8. CATARSI, il termine in greco significa "purificazione" e rimanda al riconoscimento e all'espressione di forti emozioni o di aspetti intimi e delicati della propria storia, con la possibilità di provare sollievo. Tuttavia, da sola non è sufficiente: per tutta la vita viviamo esperienze emotive molto intense che non per forza ci spingono al cambiamento. La catarsi assume una valenza terapeutica solo se associata alla presenza di forti legami all'interno del gruppo e all'azione di altri fattori.

Agli ultimi fattori terapeutici, considerata la loro importanza e complessità, sono dedicati dei capitoli esclusivi:

9. APPRENDIMENTO INTERPERSONALE, si tratta di un fattore complesso costituito sia di processi esclusivi della situazione gruppale, sia di un insieme di fattori implicati anche nella terapia individuale come l'insight, l'elaborazione del transfert e l'esperienza emotiva correttiva. Yalom si serve in particolare di tre parametri per definire il concetto: l'importanza delle relazioni interpersonali, l'esperienza emotiva correttiva e l'idea del gruppo come microcosmo sociale. Il primo, citando la ricerca

sistematica dello psichiatra Harry Stack Sullivan, si riferisce al bisogno fondamentale dell'uomo di essere legato ad altri, di appartenere ad un gruppo: sia per ragioni di sopravvivenza, sia per la costruzione della propria personalità. Il bambino, ricercando la sicurezza, tende a sviluppare gli aspetti di Sé che sente approvati dalle figure significative mentre reprime quelli che vengono disapprovati. La malattia mentale si traduce in termini di distorsione dei rapporti interpersonali nella misura in cui il bambino si è sentito negativamente svalutato. In questo senso la terapia è profondamente interpersonale, negli obiettivi e nei metodi. L'esperienza emotiva correttiva riguarda la scoperta, da parte del paziente, dell'inadeguatezza di alcuni suoi atteggiamenti e reazioni attraverso l'esame di realtà e, successivamente, lo sviluppo della capacità di affrontarli e correggerli grazie alle interazioni e ai rapporti con gli altri. Infine, nel gruppo ciascun membro arriva a manifestare il proprio stile relazionale contribuendo allo sviluppo di un microcosmo sociale. In altre parole, il soggetto inizia a interagire con gli altri membri del gruppo nel modo in cui si è sempre rapportato con le altre persone della sua sfera sociale, creando così lo stesso ambiente interpersonale in cui ha sempre vissuto. In questo modo i pazienti agiranno nel gruppo la propria patologia, il loro comportamento non adattivo. La terapia, ancora una volta, si presenta necessariamente interpersonale in quanto, raggiunta la consapevolezza degli aspetti significativi del proprio comportamento, grazie ai *feedback* ricevuti dagli altri e all'auto-osservazione, il soggetto può sperimentare nuove prospettive adattive e percepirsi capace di cambiare.

10. COESIONE DI GRUPPO, per Yalom (1977) è una proprietà fondamentale poiché riguarda “l’attrattiva che un gruppo esercita sui suoi componenti” (p. 69) e, in un rapporto di interdipendenza, l’attrazione dell’individuo verso il gruppo. Si tratta innanzitutto di una condizione necessaria allo sviluppo degli altri fattori terapeutici e all’efficacia della terapia stessa, analogamente alla relazione tra paziente e terapeuta nel setting duale. Nel caso del gruppo però, la relazione non sussiste solo tra paziente e terapeuta ma anche con gli altri partecipanti e con il gruppo nella sua totalità. La coesione è inoltre legata al concetto di accettazione, di appartenenza e al sistema

dell'autostima. Quest'ultima si riferisce al fatto che il gruppo, in funzione della sua coesione, stima il singolo più di quanto egli stimi se stesso. Tale circostanza crea per i pazienti uno spazio sicuro per l'autoesplorazione ovvero la possibilità di prendere consapevolezza dei propri sentimenti, comportamenti ed esperienze. Secondo Fasolo (1990, citato in Lorito & Di Maria, 2015, p. 144), infatti, un'adeguata esperienza di coesione permette lo sviluppo di un attaccamento al gruppo che assume il ruolo di una base sicura. La coesione è il costrutto relazionale più diffuso nella letteratura clinica ed empirica sui gruppi ed è stata ampiamente provata la sua correlazione con il successo della terapia.

In una successiva revisione del suo lavoro, Yalom inserisce nella classificazione un ultimo fattore terapeutico: i "Fattori esistenziali". Questi non riguardano condizioni di cambiamento in sé ma si riferiscono alla realizzazione che il dolore e le ingiustizie sono parte integrante della vita. I pazienti, posti di fronte all'ineluttabilità dei fatti, acquisiscono il modo di affrontarli e di assumersi la responsabilità di ciò che può accadere, indipendentemente dalla presenza e dal sostegno degli altri. Anche Bloch e Crouch ripresero la classificazione di Corsini e Rosenberg per elaborare un'altra lista di fattori terapeutici di gruppo con l'idea di collegarli sia alle circostanze che permettono il cambiamento, sia al tipo di tecnica utilizzata (Di Maria & Formica, 2009). Pisani, invece, teorizzò la presenza di fattori terapeutici di sostegno e di fattori analitici nella terapia di gruppo, in modo analogo al lavoro psicoanalitico classico. I primi, come la catarsi, la rassicurazione, la riduzione del senso di colpa, la coesione, l'altruismo, l'infusione della speranza, l'empatia e la tolleranza, riguardano condizioni fondamentali per la libertà di espressione e la manifestazione dei fattori analitici. Quest'ultimi rappresentano i caratteristici fattori terapeutici di gruppo e includono: il rispecchiamento, possibile grazie alle reazioni speculari che portano alla distinzione tra Sé e non-Sé; la socializzazione, l'*Ego training in action*, l'esperienza emotiva correttiva e il *Self training in action*, fondamentali per la ristrutturazione dell'Io; e infine la risonanza, definita come la tendenza del soggetto a sentire nella narrazione dell'altro qualcosa che lo riguarda a livello inconscio. Questi fattori indicano dinamiche che comprendono il condividere parti di sé con gli altri oltre che il potersi guardare attraverso di essi, in un processo inconscio che

porta all'autoconsapevolezza (Lorito & Di Maria, 2015). Un'ulteriore riflessione, rispetto alle possibilità trasformativa della terapia gruppoanalitica, deriva dal lavoro di G. Lo Verso. Questi considera il setting come primo fattore terapeutico in quanto "campo clinico procedurale e fattore trasformativo potenziale su cui si innesta il lavoro clinico" (Lo Verso, 2002, citato in Lorito & Di Maria, 2015, p.149). Gli aspetti fondamentali del setting sono innanzitutto la comunicazione interpersonale e la formazione di una matrice dinamica fra i membri: nel gruppo si crea un legame tra le singole matrici personali e la matrice gruppale. Questo incontro diviene il centro del percorso trasformativo e di cura grazie all'esperienza dello "spazio senza" ovvero un luogo in cui è possibile prendere le distanze dal campo familiare che ha contribuito al concepimento e alla formazione del sé per potersi sperimentare ed esplorare in nuove relazioni e situazioni. Una condizione di saturazione è intesa come incapacità di potersi svincolare dal campo mentale della propria matrice personale: il trattamento psicoterapeutico ha lo scopo di favorire la produzione di nuovi significati e di ampliare la personalità del singolo (ibidem). Nel fenomeno del rispecchiamento, teorizzato da Pines, l'individuo riconosce se stesso, o parti di sé, nelle interazioni con gli altri partecipanti. Ne consegue un ri-conoscimento di sé chiaro e più realistico, sia in termini di limiti che di potenzialità, e ad una riduzione delle difese e compensazioni nevrotiche. Il rispecchiamento del gruppo nel suo insieme, che riconosce e supporta la lotta del paziente per la crescita, permette ai membri di riprendere percorsi di sviluppo bloccati, spesso interrotti a causa del fallimento empatico degli altri significativi nel supportare l'individuazione e la separazione (Roberts & Pines, 1992).

1.4 Efficacia e funzione dei gruppi psicoanalitici oggi

Se l'aspetto relazionale è centrale in ogni terapia psicologica contemporanea, lo diventa ancor più in quelle che impiegano la dimensione gruppale poiché in essa aumentano le opportunità e le tipologie di legami possibili, comprese le relazioni tra gruppi interni. Oggi la psicoanalisi comprende numerosi modelli teorici, nonché diversi dispositivi di cura, provenienti da una serie di modifiche e ricostruzioni che hanno avuto luogo nei paesi in cui si è diffusa. La realtà psichica inconscia dell'individuo era l'oggetto teorico primario della psicoanalisi classica e

il rispettivo metodo clinico, finalizzato alla conoscenza e all'esplorazione dell'inconscio, prevedeva il dispositivo psicoanalitico individuale. Tale modello, indirizzato alla cura della nevrosi, aveva reso necessario l'isolamento dello spazio intrapsichico dell'individuo dal suo ambiente sociale e relazionale. Le successive trasformazioni della psicoanalisi avvennero da una parte per esigenze cliniche (come il trattamento di bambini, adolescenti, disturbi psicotici, borderline e psicosomatici) che richiedevano un'apertura verso la prospettiva relazionale e intersoggettiva, dall'altra per l'applicazione del metodo a insiemi plurisoggettivi ovvero gruppi, coppie e famiglie (Zurlo, 2017). Dalla seconda metà del ventesimo secolo diversi fattori hanno contribuito all'estensione del modello psicoanalitico agli insiemi plurisoggettivi, in particolare la potenzialità riscontrata in tali dispositivi per il trattamento della sofferenza psichica grave rispetto alla classica cura individuale (ibidem). Il gruppo è una grande "sala di specchi" dove ciascun individuo, messo nella condizione di doversi confrontare con varie sfaccettature della propria immagine corporea, sociale e psicologica, attiva una serie di risposte sociali in vista di un miglior adattamento alla realtà (Lorito & Di Maria, 2015). Gli studi sull'*effectiveness* della terapia di gruppo, soprattutto in Italia, sono aumentate progressivamente negli ultimi decenni. Rimangono di maggiore complessità le ricerche empiriche sulle psicoterapie di gruppo a orientamento psicodinamico, ancor di più se viene considerata la dimensione del "lungo periodo", per motivi legati alla numerosità dei modelli terapeutici e alla difficoltà di operationalizzare le variabili implicate (Gullo et al. 2011). Tuttavia, dopo diversi sforzi, nel 2018 l'*American Psychological Association* ha deciso di riconoscere la psicoterapia di gruppo come una specializzazione rendendola così un'area di pratica definita che richiede conoscenze e competenze specifiche, acquisibili attraverso una formazione dedicata. La decisione è stata presa sulla base delle evidenze riscontrate negli ultimi anni nella letteratura empirica, clinica e teorica sui trattamenti. A fronte della validità dei risultati, la psicoterapia di gruppo è stata posta come un ambito di perfezionamento equivalente a quello della psicologia clinica o del counseling (Rosendahl, Alldredge, Burlingame & Strauss, 2021). Attualmente gli studi si concentrano sul miglioramento delle tecniche di conduzione e sulla comprensione di quali interventi apportano maggior beneficio a determinate tipologie di pazienti. Inoltre, a seguito della pandemia da Covid-19, c'è stato un incremento delle ricerche sulla validità dei trattamenti di

gruppo attraverso le piattaforme online. Un recente studio ha rilevato che il formato online dell'intervento non ha impedito l'emergere dei fattori terapeutici solitamente osservati nei gruppi in presenza. Ha mostrato quindi che i processi dei gruppi online possono svilupparsi allo stesso modo di quelli tradizionali ed essere ugualmente associati ai risultati dell'intervento (Brouzos, Vassilopoulos, Brouzou, Stavrou, Baourda & Tassi, 2021). Le ricerche supportano la psicoterapia psicodinamica di gruppo anche nel trattamento di pazienti affetti da psicosi in quanto il lavoro in gruppo si è rivelato utile alla comprensione del significato dell'esperienza psicotica e alla gestione dei sintomi della malattia (Restek-Petrovi, Mayer & Grah, 2018). In sintesi, promuovere una maggiore diffusione dei trattamenti di gruppo, soprattutto all'interno dei servizi di salute mentale, dovrebbe essere una priorità a fronte dell'opportunità che questo tipo di terapia offre: il supporto tra pari e l'apprendimento interpersonale sono solo alcuni degli aspetti che non si trovano in un modello di assistenza basato sulla terapia individuale e che si rivelano fondamentali in determinati interventi (Kealy & Kongerslev, 2022).

CAPITOLO 2

I GRUPPI CON OGGETTO MEDIATORE

2.1 Perché la mediazione

Il termine mediazione deriva dal latino *mediatio*, dal verbo *mediare*, e indica uno “stare nel mezzo”. Trovarsi in una posizione mediana presuppone la presenza di almeno due parti disgiunte tra loro, il cui legame può essere facilitato dall’introduzione di una nuova connessione. La stessa vita psichica si basa su processi di disgiunzione e mediazione e i legami interpersonali giocano un ruolo fondamentale per l’attività del pensiero. In alcune situazioni di cura non solo si è reso necessario il passaggio al dispositivo gruppale ma anche l’introduzione di una mediazione. Freud parlava di legami tra diverse istanze e luoghi della psiche all’interno del funzionamento mentale, già a partire da “Progetto per una psicologia scientifica” del 1895, e in “L’interpretazione dei sogni” del 1900. Proprio in queste opere è giunto a distinguere i processi primari dai processi secondari in qualità di specifici luoghi della psiche la cui connessione dipende dalle implicazioni del trauma e della rimozione (Vacheret, 2008). Il ritorno del rimosso sotto forma di sintomo era considerato espressione degli effetti generati dalla rottura dei legami tra questi processi, la cui riparazione diventava possibile grazie al lavoro attraverso le rappresentazioni intermediarie. Negli ultimi anni i professionisti che operano nel campo della salute mentale e della cura psichica hanno istituito numerosi gruppi a mediazione, a scopo terapeutico e formativo. Nella maggior parte dei casi sono stati gli psicologi specializzati nei gruppi e nelle tecniche gruppali a mettere a disposizione le proprie competenze per il trattamento dei pazienti, tuttavia oggi non è raro che altri professionisti del settore sanitario, come infermieri ed educatori, si occupino di coordinare i gruppi a mediazione nelle istituzioni. Uno dei riferimenti principali in questo campo è la teoria psicoanalitica dei gruppi che si è sviluppata a Lione, in Francia, a partire dai lavori di Didier Anzieu e successivamente da quelli di René Kaes. Ogni tipologia di dispositivo (duale, triadico e gruppale) genera una particolare configurazione relazionale da cui dipendono contenuti e processi inconsci specifici di quella configurazione (Zurlo, 2017). Il fine di trovare nuovi strumenti è quello di riuscire a intraprendere un lavoro psichico che possa occuparsi della sofferenza e allo stesso tempo consentire ancora un accesso

all'inconscio, diverso dal dispositivo della cura individuale psicoanalitica (ibidem). Questa si struttura su tre costanti: la regola delle associazioni libere, l'analisi del transfert e l'interpretazione. I dispositivi che si servono del contesto gruppale subentrano quando emergono impedimenti al funzionamento di tali invarianze. La capacità di associare, ovvero creare legami tra pensieri, può essere ostacolata dalle esperienze traumatiche o dall'assenza di rimozione; in questo senso la psicoanalisi individuale diventa inadatta poiché la mancanza di fluidità del pensiero e della possibilità di accedere all'immaginario, impediscono all'individuo di realizzare la propria catena associativa. Il gruppo consente lo sviluppo della catena associativa gruppale che aiuta e supporta quella individuale difettosa. L'oggetto mediatore ha il ruolo fondamentale di gestire le pulsioni, vissute dai pazienti come distruttive e dannose per l'altro, e di mitigarle nella loro intensità poiché esso diventa un filtro, un passaggio obbligato nello scambio comunicativo. Questo è possibile grazie all'insieme delle associazioni che i membri del gruppo producono rispetto all'oggetto mediatore: in questo modo mostrano al soggetto in difficoltà che i pensieri non sono un pericolo per sé, gli altri o per il gruppo ma anzi il fatto di pensare insieme può essere fonte di piacere e di gratificazione. Per quanto riguarda il transfert, nel gruppo questo subisce delle modifiche a causa della sua diffrazione su tutti i partecipanti e la difficoltà che alcuni di essi incontrano nell'accedere al pensiero metaforico associato (vedo l'analista "come se fosse..."). Ogni componente del gruppo offre a ciascuno degli altri componenti una possibilità di deposito e proiezione di contenuti psichici interni. Il gruppo diventa depositario di movimenti pulsionali, vissuti come inespriabili, poiché l'esperienza di proiettare aspetti violenti su una molteplicità è diversa da quella che si vive in una relazione duale tra paziente e terapeuta: la scomposizione in parti di ciò che il soggetto sperimenta come violento, rende il vissuto maggiormente sopportabile. Quando nel gruppo è presente la mediazione, le pulsioni sono dirette anche all'oggetto e non solo ad uno o più membri del gruppo: nello specifico non si parla più dell'altro ma dell'oggetto e ciò consente un'ulteriore attenuazione dell'intensità del vissuto. L'interpretazione, la terza costante, gioca nel modello di cura psicoanalitica un ruolo fondamentale nel processo di cambiamento. L'analista, quando formula un'interpretazione, compie un "lavoro psichico di legame" il cui centro è l'affetto che si ripresenta nel rapporto transferale. L'affetto, rimanendo invariato nel tempo, fornisce all'interpretazione la sua

valenza evocativa e, in veste di rappresentazione della pulsione, attualizza e presentifica il vissuto traumatico originario. Nel gruppo la diffrazione del transfert modifica i termini di pensabilità e condivisione dell'interpretazione: si tratta in questo caso di lasciar emergere i diversi interventi e supportare i movimenti pulsionali che vengono proiettati sui membri del gruppo. Il fine è quello di riuscire a rimandare al soggetto una parola di cui si possa riappropriare e ri-significare. Nei gruppi a mediazione ciò che viene detto e proiettato sull'oggetto può essere modificato, trasformato e rimodellato nell'interazione del "qui e ora": in uno scambio degli immaginari che consente la produzione continua di nuovi significati. I dispositivi a mediazione permettono quindi di svolgere un lavoro terapeutico che promuove, a partire dalla comunicazione preverbale, l'elaborazione e la simbolizzazione verbale, a fronte dei limiti che si riscontrano nel metodo classico per alcune categorie di pazienti che hanno difficoltà ad accedere al pensiero metaforico (Zurlo, 2017). La mediazione sostiene l'immaginario che si presta come deposito delle rappresentazioni, utili al clinico per avviare il soggetto al lavoro con il preconscious. Un riferimento al concetto winnicottiano di "oggetto transizionale" è utile per approfondire la funzione dell'oggetto mediatore. D. W. Winnicott mise in evidenza il bisogno del bambino di investire in maniera affettiva un particolare oggetto che diviene per lui la rappresentazione della figura materna. Tale funzione sostiene il lavoro psichico che il bambino intraprende per elaborare la separazione e accedere alla differenziazione, fino alla conquista di una rappresentazione distinta di sé e dell'altro. L'oggetto transizionale presenta due aspetti: quello della materialità, in quanto appartiene alla realtà del mondo esterno, e quello della valenza simbolica poiché investito di significati soggettivi che provengono dal mondo interno del bambino. L'ambiente in cui il bambino è inserito dev'essere sufficientemente buono per consentirgli l'esperienza dei fenomeni transizionali: esso deve favorire il contenimento e la continuità emozionale. In questo senso il dispositivo terapeutico deve garantire le medesime condizioni per la creazione di un'area transizionale, intermediaria, in cui l'oggetto mediatore non diventa solo custode dei significati personali ma rappresenta anche un mediatore dell'interazione permettendo agli altri partecipanti di riconoscere quegli stessi significati di cui è stato investito (ibidem). Il gruppo è un luogo privilegiato di creazione di senso a partire, in questo caso, da oggetti culturali comuni. Tra il gruppo e l'oggetto mediatore si realizza quindi una sinergia, un

legame dinamico, nel momento in cui entrambi gli elementi sono coinvolti in un dispositivo terapeutico. Per pensare a questa sinergia è utile richiamare due funzioni fondamentali dei gruppi, studiate da Anzieu e Kaës: la funzione contenitiva e la funzione contenitore (Vacheret & Joubert, 2008). La prima si riferisce alla sensazione di essere all'interno di un involucro protettivo, una sorta di pelle comune, che consente ai membri di sentirsi in uno spazio comune di deposito. Anche l'oggetto mediatore svolge una funzione contenitiva in quanto base per le proiezioni dei partecipanti: accoglie, sostiene e tollera l'immaginario e le pulsioni dei singoli individui. Dunque, il terapeuta può fare affidamento sul contenimento che entrambi gli elementi del setting forniscono. Per quanto riguarda la funzione contenitore, questa è caratterizzata in modo particolare dalla capacità trasformativa del gruppo. La madre, attraverso quella che Bion definì "funzione alfa", digerisce le impressioni sensoriali (gli elementi beta) che il suo bambino non è ancora in grado di metabolizzare. Gli elementi grezzi beta, se non adeguatamente trasformati in elementi alfa, vengono espulsi nell'ambiente circostante (Neri, 2017). La funzione alfa è strettamente connessa con l'analoga funzione di *Reverie* dell'analista ovvero la sua capacità di ricevere e conseguentemente elaborare, le comunicazioni preverbali o verbali del paziente. Allo stesso modo anche il gruppo può assumere la funzione di interprete ovvero di traduttore di elementi sensoriali, tensioni, frammenti di emozioni e aspetti di sofferenza dispersi nel campo altrimenti non metabolizzabili (Vacheret & Joubert, 2008). Il pensiero di gruppo ha quindi la funzione terapeutica di elaborare l'angoscia e l'ansia dell'individuo: F. Corrao la definisce "funzione gamma" del gruppo, corrispettiva della funzione alfa (Neri, 2017). Nello specifico del gruppo a mediazione è l'oggetto a stimolare gli elementi grezzi sensoriali e a favorire quindi l'attivazione della funzione gamma per la loro trasformazione (Micheloni, 2022). Kaës (2012), equiparando il gruppo alla figura materna, ne parla in termini di un ambiente che offre contenimento, proprio per la possibilità che hanno i membri di depositare le parti sofferenti della loro psiche negli altri partecipanti, attraverso quella che prima è stata definita *diffrazione del transfert*. La presenza dell'oggetto mediatore facilita il lavoro di simbolizzazione essendo il centro degli scambi di gruppo. Il soggetto ascolta e fa sue le visioni e le associazioni che gli altri fanno sull'oggetto in cui per primo aveva investito. In questo senso anche l'oggetto mediatore è contenitore che trasforma e che viene trasformato

(Vacheret & Joubert, 2008). Il metodo abbandona l'approccio interpretativo classico per favorire invece l'espressione dell'ambivalenza (“per te è così, ma forse potrebbe essere anche così”) e la sua accettazione (Micheloni, 2022).

2.2 L'uso dell'immagine

Nel piccolo gruppo a finalità analitica il discorso si snoda attraverso catene associative, “liberamente fluttuanti”, che corrispondono al “pensare insieme”. Come risultato dell'apporto dell'immaginario dei singoli membri, emergono immagini specifiche di gruppo e nella comunicazione si alternano un pensiero verbale e un pensiero per immagini (Neri, 2017). Nella psiche primitiva, probabilmente già dalla vita intrauterina, sono impresse tutte le immagini sensoriali di cui il corpo conserva la memoria fin dalle prime esperienze di legame con la madre. Le tracce non hanno accesso diretto alla coscienza, soprattutto per le persone che hanno subito traumi precoci. Il gruppo aumenta la possibilità di rievocare tali esperienze e affetti, in quanto dispositivo capace di muovere il pensiero sotto forma di immagini sensoriali. Tuttavia da solo il gruppo non è sufficiente: l'oggetto mediatore entra in gioco come spazio di deposito e proiezione di queste immagini di cui il corpo conserva traccia (Vacheret & Joubert, 2008). Quando proponiamo un oggetto mediatore viene sollecitato l'immaginario che origina dal preconcio dei singoli individui. L'immaginario è il luogo della vita psichica in cui i processi primari e i processi secondari si incontrano. Il preconcio è uno spazio transitorio, prossimo all'inconcio da una parte e al conscio dall'altra, e si esprime attraverso processi di figurabilità che permettono all'affetto di manifestarsi. L'uso specifico dell'oggetto mediatore nella forma dell'immagine comporta delle peculiarità connesse a tale forma, quale appunto, il “pensiero per immagini”. Vacheret (1999) propone che quest'ultimo sia una modalità affine al processo primario e in stretta connessione con l'inconcio. In tale forma di pensiero i prodotti psichici assumono primariamente la forma dell'immagine (interna) e sono dunque principalmente connessi al senso della vista. Le sensazioni però non sono rigidamente attribuibili ad un solo senso per questo anche le immagini interne non sono considerabili esclusivamente “visive”. Esse rievocano infatti, nel loro susseguirsi, scene passate in virtù degli affetti che legano gli

elementi della memoria: la foto può rendere presente l'assente grazie alla sua *representative function* (Mitsopoulou-Sonta & Vacheret, 2016). Le scene rievocate sono spesso ricche di altri elementi (sensazioni tattili, odori) che vengono internamente ri-sperimentati. François Soulages (1995, citato in Vacheret, 2008, p. 23) descrive in termini di “fotograficità” l'esperienza psichica associata all'esperienza fotografica. Essa non si esaurisce nella percezione in termini estetici e simbolici della foto ma comprende tutti gli aspetti da cui ha origine. Soulages approfondisce due caratteristiche particolari: l'irreversibilità e l'inesauribilità. La prima riguarda lo scatto fotografico: la fissazione di un istante che avrà luogo una volta sola e per questo la foto identifica sempre una realtà passata. La seconda si riferisce ai momenti successivi del processo fotografico in cui le modifiche apportabili, essendo infinite, possono dare origine ad altre infinite versioni del medesimo scatto. La dimensione dell'inesauribilità di una fotografia rimanda alla ricchezza di emozioni, interpretazioni e simboli che essa può suscitare (Vacheret, 2008). Paul Denis (1994, citato in Vacheret, 2008, p. 19) nel saggio, *Séduction de l'image, image de la séduction*, sostiene che l'immagine ha il potere di evocare pensieri e affetti, oltre che di stimolare la parola e le azioni. Nello specifico per chi la utilizza, l'immagine ha da un lato il potere di risvegliare e comunicare un fantasma, e dall'altro il valore funzionale di organizzare i rapporti tra la rappresentazione e la realtà esterna: ciò deriva dalla sua contemporanea appartenenza al mondo interno e al mondo esterno. Le arti visive, a differenza per esempio di una narrazione, sono un mezzo comunicativo sincronico, nel senso che si presentano come un insieme simultaneo (ibidem). Infatti, i processi che sottostanno all'uso delle immagini (come la condensazione, lo spostamento e l'associazione di elementi contraddittori) sono isomorfi ai processi di rappresentazione impiegati dalla psiche. In un primo momento lo spettatore, mediante un processo “intuitivo”, sperimenta l'immagine come un prodotto personale che riflette se stesso e il suo mondo interno grazie all'attivazione di una serie di affetti connessi alla rappresentazione. A seguire ci può essere l'elaborazione e l'eventuale messa in parola di ciò che l'opera ha permesso di esperire: tale possibilità diventa particolarmente utile per affrontare la disorganizzazione rappresentazionale della psiche a seguito di un trauma. Il legame tra parola e significato rimanda infatti al legame tra contenitore e contenuto (Lo Piccolo, 2016). In psicoanalisi le immagini hanno sempre avuto un ruolo significativo per

l'attività psichica. In particolare, dall'opera freudiana "L'interpretazione dei sogni" (1899), l'immagine onirica è considerata espressione dell'inconscio, i cui contenuti possono diventare verbalizzabili proprio dall'associazione tra immagini (Zurlo, 2017). Queste sono il mezzo attraverso il quale le rappresentazioni di cosa (tracce sensorio-motorie) si trasformano in rappresentazioni di parola, in un passaggio in cui la condizione di raffigurabilità e la capacità di simbolizzazione sono aspetti fondamentali. Il dispositivo analitico classico è stato costruito proprio per stimolare l'emergere dell'immaginario e la sua verbalizzazione ma, con il passaggio dalla prima alla seconda topica, e dunque ad una diversa concezione della struttura psichica, il contesto in cui si era inserito il ruolo delle immagini è cambiato. I successori di Freud hanno aperto le riflessioni psicoanalitiche ai disturbi psicotici e psicosomatici parlando in termini di carenza, o assenza, di rappresentazione a fronte di difficoltà nell'attività di simbolizzazione e nella creazione di legami tra processi primari e secondari. Tale evoluzione ha visto la necessità di aprirsi ad una prospettiva relazionale, fortemente connessa al legame primario tra madre e bambino in cui il concetto di *reverie* materna di Bion e quello di *holding* di Winnicott, spiegano il fondamentale lavoro di elaborazione e contenimento che la psiche della madre fa per il suo bambino. In questo senso si sono rivelati necessari nuovi dispositivi terapeutici, mirati alla creazione di contesti relazionali capaci di svolgere, e compensare, esperienze disfunzionali di quelle funzioni (ibidem). L'aspetto affettivo differenzia le immagini interne dalle rappresentazioni di cosa. Quest'ultime, secondo Vacheret (2008), possono generarsi indipendentemente da un elemento affettivo. Diversamente, la stretta connessione del pensiero per immagini con l'inconscio e gli affetti va a caratterizzare in modo analogo anche la generazione di immagini a partire dal dato sensoriale. In altre parole, per mezzo del processo primario nelle immagini vengono condensate sensazioni, affetti ed elementi simbolici preconsce. Il gruppo nel confronto sulle immagini (reali e interne) che vengono proposte negli incontri, esercita una funzione di regolazione pulsionale e affettiva sui membri. L'individuo propone al gruppo, con l'immagine che ha selezionato fra le molte, anche la soggettiva affettività che per lui caratterizza tale oggetto. Il gruppo, di rimando, risponde con una serie di immagini connotate da un'affettività diversa da quella inizialmente proposta. Alcuni interventi saranno simili, altri si scosteranno. Il prodotto finale rappresenta il lavoro del pensiero di gruppo. La

fotografia reale, nel momento in cui sembra “parlare proprio a noi” inducendo la scelta, compie quel passaggio che la rende “immagine”, ovvero prodotto del pensiero per immagini. Con questo passaggio essa perde le proprie caratteristiche oggettive e diventa invece un elemento connesso al mondo interno della persona, caratterizzato soggettivamente dai suoi affetti e dalle sue proiezioni (Vacheret & Joubert, 2008). L’immaginario gruppale si trasforma per influenza reciproca e, soprattutto, tramite movimenti introiettivi ciascuno ha la possibilità di cambiare il proprio mondo interno. Abbiamo la necessità di pensare per immagini perché la metafora è uno dei mezzi che consente il processo di simbolizzazione. È opportuno osservare che negli ultimi decenni il ruolo che prima veniva ricoperto dalle pulsioni ora è stato assegnato agli affetti e alle emozioni. In un dispositivo come quello del *Photolangage*, la foto, in qualità di oggetto mediatore, ha il potere da una parte di evocare emozioni e percezioni, stimolando il processo primario, e facilitando quindi un’interazione centrata sul vissuto emozionale del gruppo, e dall’altra di giungere, attraverso un’elaborazione che afferisce al processo secondario, ad una presa di consapevolezza di tale vissuto.

2.3 La funzione simbolica

Lo psicoanalista Serge Tisseron (1996, citato in Vacheret, 2008, p. 25) riprende gli aspetti riguardanti il potenziale insito nell’esperienza di osservare una foto approfondendo i motivi per cui questa può essere uno strumento efficace per l’elaborazione simbolica. L’attività della psiche e l’esperienza di contemplare una fotografia, mostrano delle somiglianze dal punto di vista funzionale. Innanzitutto per ogni foto avvengono due processi psichici complementari: la realtà percepita viene assimilata nelle sue componenti e “congelata”, nel senso di introiettata, indipendentemente dalla sua elaborazione. Lo scatto, che si configura anche come supporto ai processi mnestici, fissa un’immagine del mondo così come la psiche fissa gli affetti, le rappresentazioni e le sensazioni corporee legate ad una situazione. Inoltre, analogamente al funzionamento psichico, il processo fotografico mostra il passaggio da una condizione di immersione nell’esperienza, al momento in cui ci si allontana da essa per osservarla e differenziarsi. Tisseron (2008) definisce la foto una “protesi tecnologica” (p. 24)

dell'apparato psichico poiché consente di sollecitare i processi di contenimento e di trasformazione psichica. Nei gruppi di *Photolangage* l'interazione tra i partecipanti viene agevolata dall'uso delle fotografie, stimolando ulteriormente la funzione simbolica che permette ai singoli membri di evocare e quindi rielaborare, situazioni la cui introiezione non era stata possibile. Nel caso specifico della tecnica, la domanda iniziale e la foto fungono da confini che delimitano lo spazio di gioco in cui si muovono il processo primario e il processo secondario nel dispiegamento della catena associativa gruppale (Zurlo, 2008). La foto, acquisendo valore di immagine, rappresenta un certo immaginario e, alle produzioni che si manifestano rispetto a tale immaginario, sottostanno altre produzioni psichiche, questa volta inconscie, che aprono la via alla dimensione della simbolizzazione. L'oggetto mediatore presenta infatti una doppia polarità: se da una parte costituisce una realtà materiale, esterna e condivisa, dall'altro metaforizza e rappresenta una realtà altra, quella psichica e soggettiva. Dalla coesistenza di questi due aspetti ha origine la valenza simbolica dell'oggetto, possibile di rappresentare altro da ciò che è (Vacheret, 2002). Il processo di simbolizzazione è il risultato del lavoro psichico di collegamento tra il processo primario e quello secondario tramite il processo terziario. Freud nomina il processo primario nella formazione e nelle dinamiche dell'inconscio, in particolare nella comparsa del sintomo, nell'attività onirica, nella costruzione della trama del fantasma e nella tessitura della catena associativa (Kaes, 2012). In esso esiste il ricordo di una "cosa" accaduta alla sensorialità percettiva (per questo inconscia) ovvero la sua esperienza, chiamata "rappresentazione di cosa". D. Anzieu introduce il ruolo dei processi primari nella situazione gruppale attraverso l'analogia tra sogno e gruppo. Il gruppo, come il sogno, è formato da diversi fenomeni equiparabili a dei contenuti manifesti che derivano a loro volta da un certo numero di contenuti latenti: gli organizzatori psichici inconsci dell'apparato psichico gruppale (ibidem). Secondo Freud, quando alla "rappresentazione di cosa" viene associata una denominazione ossia una "rappresentazione di parola" avviene il passaggio al processo secondario. Questo fa riferimento al sistema del Preconscio, ossia lo spazio di formazione del significato: in esso prevale il principio di realtà e l'impiego dei simboli culturali. L'immaginario, essenzialmente preconsciouso, è il punto di snodo inevitabile per il lavoro psichico di creazione di legami necessario alla simbolizzazione: risultato dell'integrazione delle pulsioni, dei desideri e delle

angosce all'interno dell'Io. Il merito del cambiamento qualitativo nel processo di pensiero viene attribuito alla verbalizzazione che consente un "sovrainvestimento" e una modifica di quelli che erano gli investimenti stabiliti a livello inconscio per la sola rappresentazione di "cosa" (Calamandrei, 2017). In ultima, il processo terziario, di cui hanno scritto E.-R. Dodds e A. Green (1959/1984, citati in Kaes, 2012, p. 88), è responsabile del legame tra l'apparato psichico e l'apparato del linguaggio in un lavoro di ulteriore elaborazione dei significati al fine di renderli coerenti alla tradizionale struttura culturale (un esempio è la produzione di miti e ideologie). Secondo Kaes (2012), questi processi, tipici della gruppalità psichica, svolgono un ruolo fondamentale nel contesto del dispositivo di gruppo psicoanalitico, il quale si distingue per la presenza simultanea di più individui che interagiscono faccia a faccia. Differentemente dal dispositivo individuale classico l'attivazione della dimensione visiva, all'interno di una scena relazionale reale, svolge la funzione di sollecitare le immagini gruppali inconse di ciascun individuo promuovendo la ripresentazione dei gruppi interni e, nell'insieme, l'accesso alla simbolizzazione (Zurlo, 2008). L'aggiunta di una mediazione influenza tutti i processi psichici gruppali, intersoggettivi e intrapsichici. L'obiettivo è quello di arrivare alla messa in parola dell'affetto che emerge dalla mobilitazione dell'immaginario, di cui la foto diventa deposito. Vacheret (2008) parla nello specifico di affetto e non di sentimento poiché, il primo è indissolubilmente legato all'immagine che lo rievoca, il secondo invece deriva dal lavoro di creazione di legami: è l'affetto che viene riformulato, verbalizzato, attenuato nella sua intensità dolorosa poiché collegato all'esperienza vissuta del passato che può rivivere nel presente. Il soggetto svolge un lavoro di presa di coscienza rispetto al processo in atto nel gruppo: egli non si specchia solamente nello sguardo dell'altro ma si osserva mentre viene investito da esso e mentre interagisce con l'oggetto, in un gioco di reciproca trasformazione (Vacheret, 2008). Ciò che infine appare determinante in ciascuno di questi dispositivi, è il ruolo attivo che i soggetti hanno nel scegliere di investire con le proprie produzioni un oggetto piuttosto che un altro. In particolare nel *Photologage*, il fatto di osservare le foto e lasciarsi catturare da quella o quelle che ci trasmettono qualcosa in più, significa che l'immagine è capace di entrare in comunicazione con una parte di noi, di dialogare con il nostro intrapsichico: la sua funzione non si esaurisce a quella di "portavoce"

di posizioni, idee, esperienze e sentimenti ma prima di tutto genera nei partecipanti la condizione di sentirsi “ascoltati” (Bessell, Deese & Medina 2007).

2.4 Il *Photolangage*

“Stavo pensando che A ha portato la foto dei gruppi e sembrava una foto che non c'entrava niente e invece c'entrava moltissimo perché rappresenta tante cose oggi, anche noi, tutti noi, nel senso che lui ha portato il ricordo della comunità, dei gruppi, che certi gruppi fanno stare male no? E a volte le cose possono essere dette male ma a volte certe cose vengono dette a pezzi e sono più piene di cose di quelle dette bene quindi a volte bisogna imparare a dire le cose in maniera sbagliata, lasciarsi andare, essere spontanei, mi piace quella foto la prendo perché da tantissimo. Noi siamo un gruppo, noi siamo quel gruppo lì [...].”

dalle sedute del gruppo di Photolangage del CDR

Il *Photolangage* non è una tecnica proiettiva bensì si fonda sul processo di induzione poiché la foto promuove e stimola la creazione dei legami associativi che favoriscono il passaggio dall'immagine alla parola. Per di più, sottolinea Kaes, in questo metodo il lavoro di simbolizzazione e di elaborazione psichica permesso dalla fotografia, si verifica all'interno di un contesto di gruppo: luogo elettivo per l'affermarsi della complessità. L'autore parla proprio di “lavoro dell'intersoggettività” per descrivere l'emergere del senso, della raffigurazione, grazie allo sviluppo della catena associativa gruppale in cui l'ascolto interno transita per l'ascolto dell'altro (Kaes, 1999). Il *Photolangage*, tutt'oggi ampiamente utilizzato in ambito sociale e delle imprese soprattutto nel settore della formazione degli adulti, nasce nel 1965 dall'intuizione di un gruppo di psicosociologi lionesi, Claire Belisle e Alain Baptiste. Questi, lavorando con degli adolescenti che avevano difficoltà a esprimere e condividere in gruppo le loro esperienze personali, proposero di utilizzare delle fotografie, inizialmente in bianco e nero, a supporto della parola (Zurlo, 2017). Gli animatori notarono subito che la tecnica consentiva uno scambio spontaneo e interessato tra i ragazzi, favorendo l'ascolto reciproco. Negli anni Ottanta invece, fu Claudine Vivier Vacheret a introdurre il *Photolangage* in ambito clinico, specialmente negli ospedali psichiatrici e in varie istituzioni di cura psicologica nella regione di Lione. In qualità di professoressa di Psicopatologia e

Psicologia Clinica presso l'Università Lumière-Lyon 2, Claudine V. Vacheret ha istruito numerose generazioni di studenti nell'uso del *Photolangage*. Questi studenti, oggi diventati psicologi clinici, psicoterapeuti e psicoanalisti, hanno diffuso l'approccio in Europa (Francia, Italia, Svizzera) e in America Latina (Argentina, Brasile, Cile, Uruguay). Il riferimento teorico per l'applicazione del *Photolangage* al campo terapeutico è uno solo, la psicoanalisi e in particolare le ricerche sui gruppi guidate proprio da René Kaes. Le principali modifiche che sono state apportate al dispositivo, quando impiegato nella clinica, riguardano innanzitutto il numero di componenti e la durata delle sedute. Nell'ambito formativo si lavora in gruppi che vanno dai dodici ai quindici partecipanti e le riunioni settimanali durano almeno due ore. I gruppi terapeutici invece, prevedono dai cinque agli otto pazienti, secondo il modello del piccolo gruppo analitico di Bion, e il tempo si riduce ad un'ora o un'ora e un quarto. A variare è anche il numero dei terapeuti: in formazione è previsto un solo animatore per ogni gruppo, invece per quello terapeutico lo psicologo solitamente si assicura la presenza anche di due o tre infermieri che possano garantire con lui una certa continuità nel lavoro. La dimensione terapeutica è altresì sostenuta dalla stabilità del luogo e del tempo in cui la seduta si svolge settimanalmente e per tutto l'anno, ad eccezione di periodi di pausa in occasione delle vacanze. La regolarità degli incontri del gruppo consente ai terapeuti di preparare le sedute successive tenendo sempre conto dell'avanzamento del gruppo stesso. L'aspetto infatti che richiede maggiore attenzione e creatività da parte del terapeuta, è la scelta della domanda stimolo che viene proposta ai partecipanti all'inizio della seduta. Anche la selezione delle foto avviene secondo una certa accuratezza da parte degli animatori. Una volta elaborata la domanda i terapeuti scelgono circa una ventina di foto e, sebbene tale selezione avvenga in modo intuitivo, sono tenute in considerazione le fragilità di ciascun paziente e le possibili rappresentazioni che potrebbero emergere in gruppo (Vacheret, 2008). Le foto, in bianco e nero o a colori, sono divise per tema in specifici dossier la cui creazione necessita dai due ai tre anni di lavoro. La fondatrice del metodo Claire Belisle si occupa ancora oggi della coordinazione delle diverse equipe che lavorano allo sviluppo di nuovi dossier attraverso una procedura complessa che si basa sulla tecnica del *brainstorming* (Lo Piccolo & Alfano, 2020).

2.4.1 Come si svolge una seduta

Una seduta di *Photolangage* si struttura in due tempi: in un primo momento avviene la scelta delle fotografie e in un secondo tempo la condivisione all'interno del gruppo. In uno o più tavoli, all'esterno del cerchio formato dalle sedie dei partecipanti, vengono disposte le foto precedentemente selezionate dai conduttori. Il terapeuta apre la seduta enunciando la domanda volta a stimolare in ogni partecipante la scelta di una o più foto in relazione ad essa. Viene precisato che tale scelta si effettua in silenzio, con lo sguardo, e provando a lasciarsi "catturare" dalle fotografie, da quella o quelle che sembrano comunicarci qualcosa di più. Quando si prende una decisione si consiglia di renderlo presente al conduttore posizionandosi a lato per attendere che anche gli altri possano concludere la loro scelta, rispettando i tempi di ciascuno. Inoltre, i partecipanti sono invitati a non cambiare la propria scelta anche qualora un altro membro dovesse prendere quella stessa foto: questa verrà "ritrovata" successivamente in gruppo nel momento della condivisione. Un aspetto interessante e fondamentale del metodo è la posizione che assume il terapeuta: anche lui, come i pazienti, sceglie una fotografia e contribuisce al processo co-costruttivo intervenendo nella catena associativa generata dagli scambi del gruppo (Micheloni, 2022). Il coinvolgimento diretto dei conduttori ha una considerevole influenza sul modo in cui i pazienti percepiscono il lavoro terapeutico. Questi possono identificarsi con la spontaneità e il piacere con cui i terapeuti giocano con le associazioni ovvero creano legami attraverso i pensieri, sperimentando così che lasciarsi coinvolgere non comporta alcun pericolo. Il secondo tempo di una seduta di *Photolangage* è occupato dagli scambi in gruppo: i partecipanti sono invitati a presentare liberamente la foto scelta su cui gli altri membri, e gli stessi conduttori, non faranno alcuna interpretazione, nel senso classico del termine, ma saranno incoraggiati ad esprimere quanto di simile o di diverso vedono in quella foto. Il soggetto entra nella propria scelta mentre sviluppa ed esterna la sua prospettiva della realtà, unica e irriducibile. Ciò che avviene è uno scambio perché in qualsiasi ruolo si trovino i partecipanti in un dato momento, di chi esprime la propria visione o di chi ascolta quella degli altri, essi arricchiscono la catena associativa del gruppo e viceversa si arricchiscono attraverso la scoperta e l'ampliamento di nuove e prospettive (Vacheret, 2008). La peculiarità del metodo, rispetto ad altri gruppi a mediazione, risiede proprio nella sua abilità di agevolare la comunicazione e l'espressione

verbale, in quanto la foto ha il potere di creare lo spazio di gioco adatto al movimento di idee, sguardi, rappresentazioni e immagini, sia individuali che di gruppo.

2.4.2 Caratteristiche specifiche del metodo

Gli aspetti che caratterizzano in modo specifico il *Photolangage* sono da una parte gli elementi propri del dispositivo e dall'altra i processi gruppali. Rispetto al dispositivo, due sono gli elementi essenziali del metodo: la domanda iniziale e la foto con cui si è invitati a rispondere. Tali elementi hanno due effetti: da una parte costituiscono un contenimento e dall'altra un campo di gioco delle dinamiche attive durante la seduta. Il “pensiero per idee”, logico e organizzato, si alterna al “pensiero per immagini”, il quale funziona secondo un processo analogico proprio del pensiero primario e responsabile delle associazioni che il soggetto può fare a partire dalle proprie immagini interne e i relativi affetti che vengono sollecitati. I legami che si creano tra questi processi facilitano l'emergere dei processi terziari, coinvolti nel rapporto tra l'intrapsichico e l'intersoggettivo e promotori della funzione simbolica. In questo senso, il dispositivo definisce il setting, e la funzione contenitiva si manifesta anche attraverso il ruolo del terapeuta che cerca di mantenere i confini entro cui svolgere il lavoro, talvolta riportando l'attenzione sulle fotografie e altre volte sulla domanda. I processi gruppali, che costituiscono il secondo aspetto caratteristico del metodo, passano attraverso momenti della seduta maggiormente individuali (Vacheret, 2008). Uno di questi riguarda sicuramente la scelta individuale, della o delle fotografie, in conseguenza alla domanda iniziale. Nel lasciarsi sollecitare da ciò che le foto possono evocare, grazie alle condizioni create dal dispositivo stesso, i partecipanti sono da soli con se stessi, immersi in un viaggio che conduce ciascuno di loro all'esplorazione delle proprie immagini interne. Queste immagini, immagazzinate, non sempre raggiungono la coscienza con facilità: talvolta la scelta avviene senza una piena consapevolezza del soggetto ovvero senza che egli riesca a trovare un collegamento diretto tra la domanda e la sua foto.

“Questa l'ho scelta un po' di pancia boh... non saprei come argomentare.”

“Ho scelto questa. In realtà non saprei argomentare, non so cosa ho scoperto di me ma... mi da una parvenza di benessere che due mani si possano unire così, tutto là.”

“Io ho scelto questo non so perché.”

In questo caso possono essere proprio i successivi scambi all'interno del gruppo ad aiutare il soggetto a capire il motivo della sua scelta.

C: “Quando B ha detto che ha scelto di pancia quella foto... a me era venuto in mente qualcosa, di solito, per le feste si rischia o di avere delle feste sgradevoli o di avere delle feste piacevoli. Di solito durante le feste siamo su un filo, camminiamo su un filo, non sappiamo cosa ci riservano.”

B: “In verità l'avevo pensato anche io l'equilibrio precario però non ho voluto dirlo perché mi vergognavo.”

T: “L'ha detto C per lei. A volte il gruppo ci aiuta: dicono gli altri quello che non riusciamo a dire noi.”

Altre volte i partecipanti possono rimanere estranei alla propria scelta anche dopo il confronto con gli altri membri, addirittura percependo un certo disturbo nei confronti dell'immagine. La foto può anche diventare oggetto di rifiuto se in essa si deposita un conflitto interno che non presenta nell'immediato un contenuto manifesto. In questo caso il significato di quella scelta può emergere anche molti mesi dopo, in seguito ad un profondo lavoro psichico attorno alla censura. Vacheret (2008) definisce “negoziiazione interna” ciò che accade nel soggetto durante questa fase caratterizzata dall'autoriflessività e dall'autoappresentazione. Successivamente, nel momento di presentazione delle foto, nel gruppo si instaura rapidamente una certa qualità di ascolto poiché ciascuno è coinvolto sia da ciò che vede sia da ciò che sente. Ci può essere stupore nel trovarsi in accordo, o in disaccordo, rispetto alle rappresentazioni altrui. Può capitare che due o più membri del gruppo scelgano la stessa foto e che questa abbia suscitato in loro impressioni simili o, al contrario, completamente differenti. L'effettivo lavoro di gruppo si sviluppa quando il conduttore invita i partecipanti a esprimere quanto vedono di simile o di diverso nella presentazione della foto di uno degli altri membri. Qui si apre uno spazio di gioco funzionale al processo di individuazione del soggetto. Questo processo implica il confronto con le immagini che gli vengono rimandate

dal gruppo e, contemporaneamente, la condivisione del proprio punto di vista su di sé e sul mondo.

“La foto che ha scelto prima dottoressa, della mamma con il bambino, siamo tutti un po’ adulti e un po’ bambini. Ci aiutiamo a vicenda cioè ci, come diceva lei... ci scambiamo le esperienze, in gruppo e questo apre molte finestre nella nostra mente.”

Uno degli aspetti principali del *Photolangage* è proprio quello di favorire la tolleranza del paradosso e l’accettazione dell’ambivalenza: l’oggetto mediatore, la foto, può essere percepito sia positivamente sia negativamente. Gli scambi tra immaginari servono da supporto agli scambi identificatori. Grazie al gruppo e alla natura “malleabile” delle foto, il soggetto ha l’opportunità di esplorare nuove possibili rappresentazioni e mettere in discussione le proprie. Sperimentare la relatività dei punti di vista consente anche di riconoscere e superare la naturale alterità dell’altro.

B: “Io ho scelto questa, beh questa foto mi evoca qualcosa di violento e spettrale perchè io mi vedo un po’ così quando le cose vanno male, divento un po’ mortifera.”

C: “Non l’ho vista bene io la foto.”

A: “Neanche io, è una tenda quella?”

B: “No sono alberi sull’acqua e rocce, un fiume con rocce e alberi. Però sembra un’isola quella là in fondo, in fondo in fondo ci può essere un’isola, non è che sia una cosa proprio tutta veramente tremenda perchè vedi qua in fondo c’è dell’erba, c’è... può darsi che ci sia... oppure sono solo rami.”

Tramite questo lavoro di gruppo la persona acquisisce consapevolezza rispetto alla soggettività e relatività delle proprie percezioni e rappresentazioni. Il *Photolangage*, come altri dispositivi di gruppo a mediazione, si rivela uno strumento dalla “notevole potenza di impatto” (Zurlo, 2017) e una risorsa preziosa nell’intervento con pazienti e contesti difficili. Nella letteratura si trovano diverse testimonianze del supporto che il gruppo, e l’oggetto mediatore, offrono al lavoro con persone che vivono situazioni traumatiche. Queste lasciano delle tracce che, senza la mobilitazione dei processi di figurabilità, e la “trasformazione” dell’affetto in sentimento, resterebbero inaccessibili (Mitsopoulou-Sonta, 2016). In un recente lavoro, gli autori G. Lo Piccolo, J. S. Zozaya e M. Katz-Gilbert (2018) hanno usato

la tecnica del *Photolangage* in un gruppo di richiedenti asilo, mostrando come le caratteristiche del metodo possono promuovere i processi associativi e di rappresentazione degli affetti, oltre che l'emergenza di tracce traumatiche, anche in un contesto di violenza sociale e grande precarietà. Il dispositivo è stato utilizzato anche in un carcere femminile con la funzione di "attivatore" dei processi di simbolizzazione e degli investimenti pulsionali, all'interno di un sistema che conserva il dominio sul tempo, sullo spazio e sul movimento (Ravit, 2017). La terapia familiare e di coppia è un altro contesto di applicazione del *Photolangage* in cui si cerca di rielaborare gli elementi transgenerazionali, irrapresentabili, che si manifestano nella famiglia attraverso la ripetizione di schemi relazionali disfunzionali. Il lavoro attraverso la mediazione favorisce l'introduzione di scene terze e trasformazionali grazie alla sperimentazione di un nuovo pensiero basato sull'immagine e sui relativi affetti (Joubert, Ruffiot & Durastante, 2021). Infine, il *Photolangage* si conferma uno strumento efficace nel lavoro con giovani adolescenti, creando le condizioni per lo sviluppo di un ambiente contenitivo che rende possibile l'avvio del processo terapeutico (Drieu, Chaumet, Duarte & Rebelo, 2021).

Nel terzo capitolo del presente lavoro, descriverò l'esperienza del gruppo di *Photolangage* all'interno del Centro Diurno Riabilitativo dove ho svolto il tirocinio. Il primo intento è quello di valorizzare l'utilità e l'efficacia di questo metodo in un contesto riabilitativo che accoglie persone con sofferenze e fragilità psichiatriche simili. La seconda finalità riguarda una proposta di analisi dei fattori terapeutici di Yalom all'interno del gruppo stesso. Questa prima ipotesi di ricerca vuole gettare le basi per un'analisi più strutturata dell'andamento e della tipologia di fattori terapeutici presenti in tale dispositivo. La psicoterapia di gruppo ha accumulato una solida base empirica riguardo l'efficacia dei trattamenti. In letteratura si trovano numerose evidenze della presenza di questi fattori nei processi di gruppo, dimostrando il loro contributo ai progressi relazionali e sintomatici dei pazienti (Marogna & Caccamo, 2014). Tuttavia, sebbene esistano studi che descrivono l'uso del *Photolangage* a scopo terapeutico, e non solo formativo, un aspetto ancora da approfondire è proprio la relazione tra questo specifico metodo e i fattori terapeutici di gruppo. Una ricerca strutturata in questa direzione potrebbe contribuire all'ulteriore sviluppo della tecnica oltre che

all'ampliamento della sua applicazione nei contesti clinici. Lo strumento proposto per l'analisi è una nuova versione del FAT.A.S. (Fattori Aspecifici e Specifici, Marogna et al., 2011), nello specifico si tratta di una scala che contiene le indicazioni per la valutazione dei fattori terapeutici attraverso la lettura degli interventi dei pazienti dai trascritti delle sedute.

CAPITOLO 3

IL *PHOTOLANGAGE* ALL'INTERNO DI UN'ISTITUZIONE

3.1 Il Centro Diurno Riabilitativo

L'obiettivo dei centri diurni, come strutture semiresidenziali, è quello di fornire un'assistenza tale da consentire ad un certo numero di utenti di ottenere i migliori risultati possibili in termini di riabilitazione ovvero nello sviluppo dell'autonomia e la riappropriazione di abilità personali e sociali. L'intervento coinvolge solitamente diversi aspetti: un'assistenza medico-infermieristica per le prestazioni farmacologiche, attività di psicoterapia basate su diversi approcci (ad esempio cognitivo-comportamentale e psicodinamico), attività psico-educazionali e percorsi di accompagnamento al reinserimento lavorativo e sociale. Un centro diurno, nella sua offerta di esperienze di quotidianità, vuole essere uno spazio di intensi investimenti cognitivi e affettivi in cui gli utenti, inseriti in un ambiente protetto e accogliente, possano rivivere in modo diverso momenti che in precedenza avevano percepito come intrusivi e minacciosi (Rinaldi, 1999). In questo senso è sia un luogo di contenimento delle ansie e delle paure, sia un luogo in cui le situazioni traumatiche possono essere rinarrate e reinvestite di senso sotto la cura dell'equipe di lavoro. La mia esperienza di tirocinio si è svolta presso l'Azienda ULSS Euganea 6, nello specifico nel Centro Diurno Riabilitativo "Orione" (CDR) di Campodarsego (PD). Si tratta di una struttura territoriale al cui interno si svolgono attività che operano sugli aspetti di disabilità legati alla malattia mentale, al miglioramento del funzionamento psicosociale, al recupero di abilità nelle relazioni interpersonali e nell'autonomia personale. Gli utenti, in carico al Centro di Salute Mentale (CSM) dell'equipe psichiatrica di Camposampiero, sono adulti affetti da patologia psichiatrica, presente da tempo e stabilizzata. La possibilità di accedere al Centro dipende da un progetto individualizzato di cura e riabilitazione che viene predisposto e concordato all'interno dell'equipe che ha in carico l'utente con la struttura dove verrà inserito. I progetti, in quanto personalizzati, contengono le attività che ciascun soggetto è invitato a seguire e prevedono anche delle verifiche periodiche e degli aggiornamenti per ogni percorso. Le attività previste sono di tipo psicoterapeutico (nello specifico il gruppo verbale e il

Photolangage), espressive (come la teatroterapia, la musicoterapia, l'arteterapia), psicoeducazionali e attività di tipo socializzante che implementano le abilità relazionali. Le attività della struttura sono scandite nei tempi e nei luoghi con una precisa organizzazione quale setting di cura (orari e giorni delle attività, partecipanti, conduttori) nei giorni feriali di tutto l'anno, il mattino e il pomeriggio, secondo un programma che viene periodicamente rivalutato e aggiornato almeno ogni 6-12 mesi. La stesura del progetto educativo individualizzato parte dall'intercettazione di un bisogno specifico del paziente ma in ogni momento è possibile intervenire e adeguare il percorso sulla base dei cambiamenti in atto nella persona. Per questo motivo è centrale il rapporto che si instaura tra l'operatore, simbolo dell'equipe di lavoro, e l'utente: entrambi sono attori del cambiamento all'interno di una relazione reciproca in cui ciascuno riconosce all'altro le competenze e le specificità dei rispettivi ruoli. La dott.ssa Compagno Sabrina¹ si occupa della direzione del servizio, nonché della conduzione di attività psicoterapeutiche. L'equipe di lavoro del centro diurno è quindi composta da più esperti: la dott.ssa Compagno in quanto psichiatra e psicoanalista di riferimento, le infermiere, un'operatrice socio-sanitaria e un'educatrice. Gli utenti raggiungono la struttura, autonomamente o con il servizio di trasporto dedicato, alle ore 9:00 e lasciano il centro intorno alle 14.30, in seguito alla condivisione del pranzo o allo svolgimento dell'attività motoria. Nel complesso i diversi e numerosi servizi offerti dal centro, consentono di agire su più livelli di intervento al fine di favorire lo sviluppo del benessere e garantire la migliore assistenza possibile agli utenti che vi partecipano. Durante il tirocinio, da settembre 2022 a marzo 2023, ho seguito due attività: il gruppo esperienziale, organizzato dall'educatrice, e il gruppo di *Photolangage*, condotto dalla dott.ssa Compagno.

3.2 Il gruppo psicoterapeutico di *Photolangage*

Nel centro diurno di Campodarsego, l'attività terapeutica del *Photolangage* si tiene una volta alla settimana, in un giorno e orario prestabiliti, con una durata di circa un'ora. La stanza

¹ medico psichiatra, responsabile dell'area riabilitativa dell'unità operativa di Camposampiero (PD), Azienda ULSS Euganea 6. Psicoterapeuta a formazione psicoanalitica, associando presso Società Psicoanalitica Italiana

dedicata è abbastanza ampia da poter differenziare una parte in cui vengono presentate di volta in volta le foto, su una tavola intorno alla quale è possibile spostarsi, e un'altra parte in cui le sedie dei partecipanti sono disposte in cerchio, comprese quelle degli assenti. In media il gruppo è composto dai 12 ai 13 partecipanti. Oltre alla dott.ssa Compagno, terapeuta di riferimento del gruppo, sono presenti anche gli operatori ed eventualmente i tirocinanti che in quel momento frequentano il Centro Diurno. In riferimento alla mia esperienza, è capitato che in alcune sedute ci fossero 8 partecipanti mentre in altri momenti, caratterizzati da una maggiore affluenza al Centro, il numero poteva salire fino a 16. Nel complesso i pazienti che hanno frequentato il gruppo sono 12, 5 donne e 7 uomini, di età compresa tra i 20 e i 50 anni. Le diagnosi ricevute dai partecipanti si collocano soprattutto all'interno dei disturbi schizoaffettivi (DSM-V, 2014), caratterizzati da un funzionamento di pensiero generalmente di tipo psicotico. Si tratta di pazienti con forme di psicosi grave, alcuni con una lunga storia di malattia, altri all'esordio del disturbo. Nel periodo in cui ho partecipato al gruppo la dottoressa era affiancata, in co-conduzione, da una specializzanda di psicologia e una tirocinante psicologa *post-lauream*. Erano presenti alle sedute anche due operatrici dell'equipe di lavoro del centro diurno, che solitamente si alternavano. La struttura degli incontri differiva dal metodo *Photolangage* originario per un aspetto in particolare: dopo la presentazione della foto, da parte di ciascun partecipante, gli altri membri del gruppo non venivano invitati ad esprimere ciò che di uguale o di diverso trovavano in quella foto ma, solo dopo che ciascuno aveva espresso il proprio pensiero, "le foto diventano di tutti". Si è scelto di procedere in questo modo poiché, nonostante gli scambi avvengano in ogni caso a partire dalle immagini, per l'individuo risulta più sostenibile affrontare la propria esposizione durante la presentazione della foto senza confrontarsi direttamente con il punto di vista dell'intero gruppo. Prima ancora delle indicazioni rispetto al metodo, viene posta una certa attenzione alle regole generali che guidano le sedute: l'assenza di giudizio, la mancanza di un concetto di giusto o sbagliato e l'ascolto reciproco nel rispetto della visione dell'altro. Per quanto riguarda la presentazione dello svolgimento di una seduta di *Photolangage*, si è stabilito come prassi che sia un membro del gruppo a spiegare le regole ai nuovi partecipanti. In particolare, durante il mio periodo di permanenza, sono arrivati al Centro diurno quattro nuovi utenti in momenti diversi, i quali si sono successivamente uniti al gruppo. In merito

alla preparazione del setting, innanzitutto prima di ogni incontro viene pensata la domanda di apertura, tenendo in considerazione i temi e gli argomenti emersi la settimana precedente. “La domanda è l’elemento che crea il legame da una seduta di gruppo all’altra, il filo conduttore tra le due sedute di gruppo. Essa rappresenta, dunque, ciò che è stato integrato, affinato, rielaborato dalla seduta di gruppo precedente” (Giuliani & Molho, 2008, p. 88), si fa testimone di ciò che accade in quello specifico gruppo. Ad esempio, in una seduta la domanda era “*Mi sento fratello maggiore o minore?*” e nell’incontro successivo “*Come mi vedono i miei “fratelli” adesso?*”. La decisione di continuare a esplorare il tema delle relazioni fraterne, in senso figurato, è dipesa dalla volontà di stimolare la capacità di vedere le cose da un punto di vista diverso, cercando di vedere se stessi attraverso gli occhi degli altri. La preparazione degli stimoli tiene conto anche della particolare fase in cui il gruppo si trova in un determinato periodo. Per facilitare i pazienti nella ripresa della domanda in qualsiasi momento della seduta, è abitudine scriverla su una lavagna all’inizio di ogni incontro. Una volta decisa la domanda si procede con la selezione delle foto in cui “il gruppo dei pazienti, fisicamente assente da questo spazio-tempo preliminare, si rende psichicamente presente per noi” e si rivela quindi “un atto mentale che prende in conto la rappresentazione interna del gruppo di pazienti in un momento preciso della sua storia” (Barboyon, 2008, p. 63). Questa pre-selezione non vuole rendere meno spontaneo l’incontro con le fotografie nel tempo del gruppo. Al contrario, insieme alla formulazione della domanda, rappresenta l’inizio del lavoro di regolazione che tiene conto della problematica di quel gruppo di pazienti e delle sue dinamiche. In questo caso, si occupavano del lavoro di costruzione della domanda e pre-selezione delle foto, le psicologhe tirocinanti con la supervisione della dottoressa Compagno. Inoltre, subito dopo ogni seduta, ci si riuniva in un *post group* per confrontarsi su quanto sentito, pensato e percepito nell’incontro appena svolto. A questo spazio di riflessione sui processi di gruppo partecipavano anche gli altri membri dell’equipe presenti quel giorno alla seduta. Il tempo di preparazione al gruppo e il successivo tempo di elaborazione, sono momenti, in assenza dei pazienti, che hanno una particolare importanza per la funzione psicoterapeutica dell’equipe nei confronti dei pazienti. Questi momenti permettono di mantenere un equilibrio tra la posizione di simmetria che il metodo crea tra pazienti e curanti durante il gruppo, e la posizione specifica del rapporto di cura (ibidem).

3.3 La valutazione dei fattori terapeutici con il FAT.A.S-G

Nella terapia di gruppo il termine “processo” indica lo sviluppo della relazione tra le persone coinvolte, ovvero partecipanti e terapeuti, oltre che i relativi aspetti meta-comunicativi. Nell’insieme vanno quindi considerati sia i mondi interni degli individui, sia le interazioni e le forze presenti nel gruppo. All’interno di qualsiasi gruppo terapeutico esistono meccanismi e condizioni di cambiamento che agiscono in modo interdipendente fra loro: i fattori terapeutici di gruppo. Tali fattori sono responsabili della trasformazione dei pazienti in termini terapeutici (Marogna & Caccamo, 2014) ed è per questo motivo che diventa fondamentale, per il progresso in ambito clinico, la possibilità di identificarli, valutarli e di conseguenza intervenire sulla loro espressione in maniera mirata. Il presente lavoro è nato con l’intenzione di promuovere e approfondire l’analisi di tali fattori all’interno di un dispositivo gruppale che utilizza il metodo del *Photolangage*. La validità di tale metodo è già stata ampiamente provata, compreso il suo impiego nelle istituzioni di tipo psichiatrico. Tuttavia, l’esigenza deriva da una mancanza in letteratura di uno studio che integri la valutazione del processo gruppale, in termini terapeutici sulla base dell’azione dei fattori di gruppo, e l’impiego particolare della tecnica del *Photolangage*. La possibilità di capire come il gruppo svolge la sua funzione terapeutica e, soprattutto, in che misura il paziente ricava un beneficio dal potenziamento degli indicatori che descrivono i vari fattori terapeutici, consentirebbe di individuare non solo i fattori fondamentali per una certa tipologia di gruppo ma anche quali interventi sono più adeguati al fine di sollecitare una specifica combinazione di fattori particolarmente utile a quel tipo di gruppo (Marogna et al., 2011). Il *Photolangage*, in quanto dispositivo a mediazione, presenta, come si è visto, una serie di elementi funzionali al trattamento di certe tipologie di pazienti. La consapevolezza di come tali elementi possano essere potenziati, o viceversa, di come possano potenziare a loro volta l’espressione dei fattori propri del processo gruppale, può essere trasformata in competenza ovvero capacità di realizzare cambiamenti (ibidem). I fattori considerati derivano dalla classificazione sviluppata da Irvin D. Yalom. È opportuno sottolineare due aspetti: innanzitutto le distinzioni tra fattori sono arbitrarie e non è possibile considerare separatamente il loro funzionamento. In secondo luogo, la natura complessa dei fenomeni gruppali rende difficile stabilire una gerarchia definitiva dei fattori terapeutici. Tale gerarchia dipende da diversi aspetti tra cui la

tipologia di dispositivo, il livello di regressione dei pazienti, il modo in cui viene condotto il gruppo, la sua durata e la fase di sviluppo in cui si trova (Marogna & Caccamo, 2014). Un particolare tentativo di classificazione, impiegabile per scomporre il cambiamento terapeutico, distingue fattori specifici e fattori aspecifici. I primi contribuiscono al cambiamento terapeutico e dipendono dal modello teorico e dalla tecnica utilizzata dal terapeuta. I fattori aspecifici, invece, dipendono dal fatto stesso di avere fornito al paziente un luogo fisico e mentale in cui esprimere la sofferenza e pertanto rivestono un ruolo fondamentale nella cura, poiché costituiscono la base per l'applicazione delle strategie specifiche di una teoria (Marogna et al., 2011). Per avanzare nella ricerca e nella pratica della terapia di gruppo è necessario poter definire e misurare con precisione sempre maggiore gli elementi propri del processo di gruppo, senza trascurare questi aspetti. Tra gli strumenti presenti nel campo della ricerca empirica, il più conosciuto per la valutazione dei fattori di gruppo è il *Therapeutic Factors Inventory* (TFI) di Lese e MacNair-Semands (2000), formato da 11 scale per 9 items ciascuna e di cui è stata sviluppata anche una versione più breve. Il *Group therapy assessment tool* (GrEThA-Q) di Giorgi, Sguazzin, Baiardi, Simone e Tesio (2006), è, invece, un questionario per la misurazione dell'attività terapeutica di gruppo e la rilevazione della percezione soggettiva di efficacia. Un altro recente strumento, utile per la valutazione della relazione terapeutica in contesti clinici e di formazione di gruppo, è il *Group Questionnaire* (GQ) di cui è stata validata la versione italiana (Giannone, Guarnaccia, Gullo, Di Blasi, Giordano, Lo Coco & Burlingame, 2020). Oltre a quelli elencati, esistono altri strumenti che hanno come oggetto di indagine elementi specifici della terapia di gruppo. Tuttavia, è emersa la necessità di aprire la ricerca verso nuovi metodi di misurazione, sia a causa dei limiti riscontrati dall'impiego di questi strumenti, sia per la mancanza effettiva di misurazioni esaustive nella valutazione del processo terapeutico per i gruppi. Con questa prospettiva, e tenendo in considerazione le scale già esistenti, è stato realizzato il FAT.A.S.-G (Fattori Aspecifici e Specifici nel Gruppo). Il riferimento principale per la sua costruzione è la costellazione fattoriale teorizzata da Yalom, poiché l'obiettivo dello strumento è quello di cogliere i mutamenti del gruppo sulla base della maggiore o minore presenza dei fattori terapeutici. L'intento è proprio quello di "analizzare il processo terapeutico di gruppo individuando come si sviluppano e si modifica l'andamento dei fattori terapeutici aspecifici

e specifici” (Marogna et al., 2011). Del FAT.A.S.-G, pensato per una somministrazione ripetuta nel tempo, sono state elaborate innanzitutto due versioni: una per i pazienti (FAT.AS-P) e una a specchio per i terapeuti (FAT.AS-T). Il questionario *self report* per i pazienti è composto da 41 item (ogni fattore viene indagato da 4 items) e prevede una risposta sulla base di una scala Likert a 5 punti (dove 0 indica per “per niente” e 4 sta per “moltissimo”). La versione per i terapeuti è ugualmente costruita su una scala Likert a 5 punti e ha lo scopo di valutare l’esperienza in gruppo dalla prospettiva dei conduttori. Oltre ai questionari *self report* sono state realizzate anche due griglie di osservazione delle dinamiche di gruppo: una focalizzata sulle interazioni tra i pazienti (Appendice B) e l’altra sugli interventi del terapeuta. Per quanto riguarda i questionari è utile procedere alla loro somministrazione alla fine di ogni seduta, oltre che all’inizio, a metà e alla fine della terapia, così da ottenere una fotografia accurata del processo terapeutico. Le griglie di osservazione forniscono una guida per la selezione di ulteriori informazioni che possono essere integrate ai dati raccolti attraverso i questionari. Attualmente il FAT.A.S. è uno strumento in uso in quanto la sua affidabilità è stata verificata su un ampio campione.

3.3.1 Una nuova versione del FAT.A.S. per i trascritti delle sedute

La versione del FAT.A.S. utilizzata in questo lavoro è una scala del tutto nuova e la sua validazione è ancora in via di sviluppo. I fattori terapeutici, e il loro andamento, rimangono il cuore della ricerca ma il metodo d’indagine è diverso: in questo caso si tratta di una scala che consente di svolgere l’analisi sui trascritti delle sedute del gruppo. Al momento è un lavoro esplorativo, che non ha ancora un fondamento nella letteratura, ma è proprio per questo motivo che necessita di un approfondimento. In una prima stesura dello strumento sono state create specifiche espressioni per rappresentare la manifestazione di ogni fattore terapeutico all’interno del gruppo. Per ciascuno di essi, infatti, è presente più di un’indicazione per cercare di cogliere le diverse sfumature di cui un fattore è composto (Appendice A). Prendendo ad esempio il fattore “Altruismo”, abbiamo: “Il paziente riconosce verbalmente di poter essere di aiuto agli altri” oppure “Il paziente dichiara che si sente aiutato concretamente dagli altri”. Alcune indicazioni sono state create anche con

accezione negativa “Il paziente dichiara di non sentire di dover aiutare gli altri”. Dunque, nel trascritto si cerca di identificare i passaggi corrispondenti ai singoli indicatori e successivamente a ciascuno di essi può essere associato un codice prestabilito. I codici sono utili per una possibile valutazione dei fattori che può essere facilitata attraverso l’utilizzo di un software di analisi testuale, come “Atlas”. Il presente lavoro si concentra sul mostrare una possibile applicazione di questa nuova misura, rinviando ad uno studio successivo l'impostazione di un’analisi sistematica dei dati e la validazione stessa dello strumento. Nello specifico ho lavorato sui trascritti delle sedute di *Photolangage* a cui ho partecipato durante il tirocinio al Centro Diurno Riabilitativo. In strutture come questa, la presenza di un gruppo condotto secondo questo metodo, trattandosi di un vero e proprio *setting* terapeutico, non è comune né scontata. Per queste ragioni ritengo importante evidenziare l’importanza, non solo in termini riabilitativi ma anche terapeutici, della diffusione del *Photolangage* in realtà istituzionali simili. Il FAT.A.S. pensato per i trascritti, essendo un metodo di valutazione diverso, offre un punto di vista nuovo per l’analisi dei fattori terapeutici e per lo studio del loro andamento durante il processo terapeutico. Le informazioni che si possono ricavare dallo studio dei trascritti si aggiungono a quelle che vengono raccolte attraverso i questionari *self report* e le griglie di osservazione, per raggiungere una valutazione sempre più accurata del processo. Il presente lavoro è stato guidato da due obiettivi connessi fra loro in quanto l’analisi dei trascritti delle sedute di *Photolangage*, attraverso le indicazioni preliminari del nuovo strumento, vuole sia mettere in evidenza la presenza dei fattori terapeutici in questo tipo di gruppo, sia mostrare l’utilità potenziale della nuova scala, in vista della sua futura validazione. Le sedute analizzate si sono svolte tra ottobre e dicembre 2022, e tra gennaio e febbraio 2023, mentre i trascritti, in totale 17, sono stati realizzati attraverso l’ascolto delle registrazioni audio di ciascun incontro. I pazienti rinnovano ogni anno il consenso alla registrazione insieme al consenso per il trattamento dei dati a fini di ricerca.

3.4 Ipotesi di valutazione dei fattori terapeutici nel *Photolangage*

Per questa prima applicazione della nuova scala FAT.A.S. (Appendice A), ho iniziato identificando in ciascun trascritto gli scambi tra i partecipanti che meglio rispecchiavano le

descrizioni dei singoli fattori terapeutici. Successivamente, ad ogni fattore rilevato, ho associato le interazioni che ritenevo più rappresentative della sua espressione, ottenendo così un quadro generale della sua manifestazione all'interno del gruppo. Per quanto riguarda la "Coesione", ho trattato questo fattore in un paragrafo dedicato. Nello specifico, la scala utilizzata è la versione costruita per gli interventi dei pazienti per cui ho escluso le interazioni in cui era coinvolta in modo diretto la terapeuta. Inoltre, nonostante nello schema vi siano alcune indicazioni come "Il paziente dichiara...", ho comunque inserito dei passaggi in cui tale verbalizzazione non è evidente, poiché risultano significativi per la rappresentazione di certi fattori. A questo proposito, ho integrato l'utilizzo della griglia di osservazione dei pazienti (Appendice B) in quanto mi ha consentito di leggere le interazioni con maggiore flessibilità. Nella seguente tabella (Tab.1) è presentato il lavoro svolto: ad ogni fattore sono associati gli estratti delle sedute e le rispettive indicazioni dello schema a cui fanno riferimento. Ho integrato delle considerazioni per esplicitare il ragionamento dietro alla selezione, utilizzando elementi emersi nei *post group* di ciascuna seduta, sotto la guida della dott.ssa Compagno. Tutti gli interventi sono stati riportati in modo da assicurare l'anonimato dei partecipanti.

Tabella 1. Valutazione dei fattori terapeutici di gruppo

ALTRUISMO

Estratti delle sedute:	Indicazioni:
<p>L: <i>“Si. Ho scelto questa foto con una specie di palestra che era il mio sport. Mi piacerebbe regalare alle persone, a tutti quanti, di provare a fare questa ginnastica perchè era quella che facevo io e quando la facevo mi sentivo benissimo. Stavo da dio insomma, ecco. E la regalerei a tutti quelli che vogliono farlo e ricevere... vorrei ricevere la pace che avevo prima quando andavo per le palestre ad allenarmi.”</i></p>	<p>“Il paziente riconosce verbalmente di poter essere di aiuto agli altri.”</p>
<p>Considerazioni: Il paziente esprimere la volontà di regalare al gruppo qualcosa che in passato lo aveva fatto</p>	

stare bene, pensando così di far provare ad altri lo stesso benessere. In questo modo egli non solo fa esperienza del donare qualcosa di sé agli altri, ma anche del fatto di essere nella posizione di offrire un aiuto concreto a qualcuno. Yalom (1997) riteneva che l'espressione dei fattori fosse influenzata dalla fase di sviluppo del gruppo. L'altruismo, in particolare, all'inizio si manifesta come un'offerta di aiuto reciproco e successivamente prende la forma di un atteggiamento premuroso. In questo caso l'intervento di L è più rappresentativo del primo aspetto.

CATARSI

Estratti delle sedute:	Indicazioni:
<p>1) B: <i>“E sa che cosa mi ha detto il mio capo, quelli là che ci ho parlato... perché gli altri mi tiravano i bulloni addosso e scherzavano. Due giorni mi tiravano i bulloni addosso. Sai il capo cosa mi ha detto? Sei da curare. Non quelli che mi lanciavano i bulloni addosso. Sei da curare mi ha detto. Volevo saltargli addosso.”</i></p>	<p>“Il paziente esprime un aspetto delicato e intimo di se stesso all'interno del gruppo.”</p>
<p>2) M: <i>“Posso dire una cosa che è legata all'anno scorso? A proposito di incidente d'auto, mio papà è morto in un incidente d'auto e... posso dire che lui era già malato, aveva una malattia grave. Ci aspettavamo più o meno, più tardi o più presto di morire per la malattia ma non in un incidente stradale.”</i></p>	<p>“Il paziente esprime un aspetto delicato e intimo di se stesso all'interno del gruppo.”</p>
<p>3) V: <i>“Io ho scoperto che ho in comune con questa persona che entrambi abbiamo provato almeno una volta nella vita la rabbia e io divento molto arrabbiato quando non posso fare le cose che amo spesso e ciò mi fa pensare che sono costretto a vivere nel rancore per molto tempo e pure anche che non riesco a trovare un rimedio per le cose che vorrei fare e invece molte altre persone non me le fanno fare,</i></p>	<p>“Il paziente esprime un aspetto delicato e intimo di se stesso all'interno del gruppo.”</p>

<p><i>divento molto arrabbiato, perdo anche il nome della ragione a volte, rompo anche oggetti, ma una volta, è capitato una volta quando stavo proprio male, ho rotto una porta di vetro sbattendola.”</i></p>	
<p>4) B: <i>“Io non dico cosa ho fatto... mi hanno fatto andare via, ho fatto di peggio... non lo dico sennò mi prendono come Salmo. Non è Salmo che ha rotto i fiori? Blanco Blanco... però io ho fatto di peggio ma mi ha fatto partire mio fratello. Io ero incazzato per i fatti miei e mio fratello e la sua compagna mi dicevano sempre su io ho preso una cosa di vetro grande così, l’ho presa e l’ho scaraventata giù dalle scale di casa sua e si è rotto tutto e mio fratello ha detto “vai in reparto o vai dalla mamma” e io sono andato dalla mamma e lì ero buono non ho rotto le scatole a nessuno.”</i></p>	<p>“Il paziente esprime un aspetto delicato e intimo di se stesso all’interno del gruppo.”</p>
<p>5) T: <i>“Anche io ho perso il controllo proprio due giorni fa... stavo seduto sul divano e piano piano mi è salita un’ansia che mi ha colpito tutto il corpo, mi muovevo come se fosse... se qualcuno ha visto il film l’esorcista... dicevo basta basta, io non ce la faccio più. E le gambe e le braccia continuavano a muoversi... ero lì lì per finire in ospedale però sapevo che tanto prima o dopo doveva passare e ho resistito tre quattro ore finché è finita.. Si è scaricata tutta sta ansia o depressione finché non è diventata accettabile da sopportare...una cosa spaventosa non mi era mai successa forte così. Non si poteva fare niente, era come se non riuscissi a controllarmi, niente da fare ero andato fuori controllo. Adesso per fortuna... non sono stato tanto bene ma posso farcela.”</i></p>	<p>“Il paziente esprime un aspetto delicato e intimo di se stesso all’interno del gruppo.”</p>
<p>Considerazioni:</p>	

In tutti gli estratti riportati i pazienti esprimono liberamente emozioni e aspetti delicati in relazione alla loro storia personale.

L'intervento numero 2 è particolarmente rilevante perché M, a distanza di un anno dall'accaduto, ha parlato per la prima volta della sua perdita, dopo che un altro paziente aveva raccontato, attraverso una foto, un incidente d'auto subito anni prima. La domanda-stimolo di quella seduta era: *“Quando le cose non vanno come pensavo”*.

Gli interventi 3, 4 e 5 invece, fanno parte della stessa seduta. I pazienti hanno espresso aspetti delicati e intimi di se stessi legati ad episodi di “perdita di controllo”. V è stato il primo paziente a esprimersi, esponendo al gruppo il perché avesse scelto la foto di uomo in bianco e nero la cui espressione evocava uno stato di collera. Gli altri interventi sono stati fatti nella fase successiva alla presentazione delle foto. Questi interventi possono essere rappresentativi non solo di un momento di “Catarsi” ma anche di un “Comportamento imitativo”, secondo l'indicazione: “Dopo che qualcuno ha esplicitato questioni delicate e intime, dichiarando che si sente sollevato anche un altro paziente fa lo stesso”. L'espressione di sollievo non è stata esplicitata ma può essere inferita sulla base dell'osservazione del comportamento dei pazienti nel momento stesso del racconto.

COMPORAMENTO IMITATIVO

Estratti delle sedute:	Indicazioni:
<p>1) R: <i>“Io quando sono a casa faccio fatica a venire qui in gruppo perchè ho paura di essere giudicata, mi vergogno invece poi quando mi trovo qui, comincio a rilassarmi come.”</i> T: <i>“Quindi è prima il problema?”</i> R: <i>“Si.”</i> T: <i>“Anche altri hanno questo problema?”</i> D: <i>“Io. Io faccio fatica, sia con cose teoriche sia con cose pratiche, faccio fatica a cominciare. Devo prendere la decisione di fare. Poi quando le faccio sono contenta ma prima devo proprio prendere la decisione ferrea, devo farmi un po' violenza insomma</i></p>	<p><i>“Il paziente esplicita di essere in accordo con il comportamento di uno o più pazienti riguardo una determinata questione”</i></p>

<p><i>però non sempre ci riesco e a volte sto a casa a guardare il soffitto se ho un buco libero.”</i> <i>B: “La fatica è partire.”</i></p>	
<p>2) <i>L: “Però mi viene da dire una cosa su B, se posso, che... chi semina raccoglie, lui fa molto sport e molta ginnastica no? E lui è forte, riesce ad alzare pesi no? Allora adesso che non abbiamo la macchina per via dell’incidente, io e B. andiamo a fare la spesa lì vicino al Despar no? B. ha seminato la sua forza allenandosi per portare le borse pesanti che io non riuscirei a trasportare.”</i> <i>L : “B... raccogliamo la forza di B.”</i></p>	<p>“Il paziente riconosce verbalmente all’interno del gruppo uno o più modelli positivi”</p>
<p>Considerazioni:</p> <p>Nel primo caso i pazienti si trovano d’accordo sulla difficoltà che riscontrano nell’iniziare qualcosa, nel cominciare un’attività. Allo stesso tempo, il fatto che siano emersi problemi comuni fa pensare al fenomeno dell’Universalità: nella griglia di osservazione termini come “anch’io” o frasi simili, ne sono considerate espressioni dirette. Nella scala per i trascritti, invece, il fattore Universalità corrisponde a indicazioni come “Il paziente dichiara che si sente sollevato a condividere certi problemi ed esperienze con gli altri membri del gruppo”, o anche “I pazienti condividendo le loro problematiche dichiarano di sentirsi meno a disagio rispetto le loro problematiche”. I pazienti non hanno esplicitato di essersi sentiti meno a disagio o, viceversa, sollevati da questa condivisione, per questo motivo ho ritenuto che lo scambio fosse più rappresentativo del Comportamento imitativo.</p> <p>Nel secondo estratto, l’intervento di L si potrebbe considerare anche come indice di Catarsi, sulla base dell’indicazione della scala: “Il paziente esprime una considerazione personale sul gruppo o su un membro del gruppo, positiva o negativa”. Ciononostante, in linea con quanto ha affermato Yalom (1997), la Catarsi si riferisce più nello specifico all’aperta espressione di emozioni, positive e negative. In questo caso L ha messo in evidenza l’atteggiamento di B, riconoscendo positivamente l’importanza del suo ruolo.</p>	

FATTORI ESISTENZIALI

Estratti delle sedute:	Indicazioni:
<p>B: <i>“La morte, chi si aspetta che uno muore?”</i> T: <i>“Eh c’è chi muore e c’è chi vive.”</i></p>	<p>“Il paziente esplicita la comprensione del fatto che nella vita ci sono dei problemi e si possono affrontare.”</p>
<p>Considerazioni: La scelta di inserire questo scambio come rappresentazione della dimensione dei “Fattori esistenziali”, deriva dal fatto che T, riconoscendo l’ineluttabilità della morte, la assume come un fatto con cui è inevitabile confrontarsi e che fa parte della vita.</p>	

INFORMAZIONE

Estratti delle sedute:	Indicazioni:
<p>1) J: <i>“Insomma l’augurio che vi faccio a tutti ragazzi è di non entrare mai in una fabbrica per quanto possa essere...”</i> <i>Poi in risposta al compagno che diceva di aver avuto colleghi che gli tiravano i bulloni addosso:</i> J: <i>“In una fabbrica non puoi fare la spia eh, è proprio categorico...”</i> <i>Arrangiarsi, arrangiarsi.”</i></p>	<p>“Uno o più membri del gruppo durante la terapia danno informazioni e suggerimenti e idee su come affrontare o comprendere difficoltà pratiche.”</p>
<p>2) J: <i>“Io sceglierei anche questa. Con questo sguardo, sta quasi piangendo, mi sembra. [...] e cosa dire... frequenta anche lei il CSM e... io gliel’ho detto perchè sapevo, so, ho provato, a stare con persone, con ragazze che frequentavano il CSM. so che quando si sta insieme succede un disastro, succede veramente il disastro. Due persone che sono malate non possono stare insieme, neanche... e così, poi ho detto che, insomma non è colpa neanche nostra, è colpa delle nostre malattie se ci dobbiamo accontentare della tenerezza e non</i></p>	<p>”Uno o più membri si scambiano consigli su come relazionarsi con le altre persone.”</p>

<p><i>di altre cose. Ma lei mi ha sempre guardato sempre perché pretendeva insomma, pretendeva qualcosa che era impossibile, per me.”</i></p> <p><i>D: “Io non sono tanto d'accordo perchè se si intraprende un percorso di crescita anche tra due persone del CSM si può andare avanti insieme.”</i></p> <p><i>J: “Guarda, una delle, una delle... te lo dico perchè una delle regole che ci sono in reparto è che qua si fa tutto quello che si vuole, fuori da qua cambia tutto.” [...]</i></p> <p><i>D: “Sì secondo me ci sono anche casi in cui due pazienti psichiatrici possono anche crescere insieme, non è detto che ci si debba per forza auto-distruggere secondo me.”</i></p>	
<p>3) <i>T: “[...] Cosa scrivereste al gruppo?”</i> <i>M: “Di continuare così.”</i> <i>L: “Al gruppo? Di non smettere mai di migliorare, e di imparare... la vita è fatta... deve diventare una scuola.”</i> <i>L: “Non mollare... Bisogna sempre avere la forza dentro che ti spinge a dire “dai che anche oggi ce la fai che è passato un giorno”, se era brutto era brutto, il prossimo andrà meglio.”</i></p>	<p>“Uno o più membri del gruppo durante la terapia danno informazioni e suggerimenti e idee su come affrontare o comprendere difficoltà pratiche.”</p>
<p>4) <i>X è alla sua seconda seduta di gruppo e Q e D gli danno dei consigli su come stare bene.</i> <i>Q: “Devi sgranchirti le gambe anche te, io non riesco a star seduto più di tanto.”</i> <i>D: “Sono qui da tanto ma devo anche io sgranchirmi le gambe se noti...”</i></p>	<p>“In terapia uno o più pazienti si scambiano consigli sulla sintomatologia.”</p>
<p>5) <i>T: “Quindi vi piace fare pallavolo.”</i> <i>B: “Sì perchè ci si diverte.”</i> <i>D: “Io non mi diverto troppo...mi viene l'ansia.”</i> <i>B: “È brava anche la D. però.”</i> <i>D: “Mi viene l'ansia.”</i></p>	<p>“Uno o più membri del gruppo durante la terapia danno informazioni e suggerimenti e idee su come affrontare o comprendere difficoltà pratiche.”</p>

<p>D: <i>“Perchè ho paura del giudizio.”</i> B: <i>“A pallavolo? Ma se sei brava a tirare.”</i> D: <i>“Ma ho paura lo stesso.”</i> B: <i>“A battere la palla, a palleggiare giusto anche.” [...]</i> B: <i>“Eh non devi dare per scontato e buttarti giù, devi fare...”</i> D: <i>“Ho sempre paura che quando ci sono io nelle piccole squadre si perde sicuro.”</i> B: <i>“Vincerai anche te vincerai anche te...”</i></p>	
<p>6) V: <i>“Secondo me bisogna cercare sempre di farsi un pensiero personale invece di seguire la massa”</i> M: <i>“Però bisogna stare attenti ai lupi vestiti da pecora.”</i></p>	<p>”Uno o più membri si scambiano consigli su come relazionarsi con le altre persone.”</p>
<p>7) X: <i>“[...] diciamo che secondo me... fidarsi è sempre bene e basta però... c'è sempre il rischio però, fidarsi è sempre bene anche perchè si è costretti delle volte a fidarsi perchè non si ha neanche la possibilità di scelta delle volte perchè se ci fosse la possibilità di scelta non si potrebbe dire niente però delle volte non c'è la possibilità di scelta... tutto qua.”</i> X: <i>“Quando che una cosa non si capisce, qual è quella cosa... sei per forza costretto a fidarti di una persona o di una serie di persone... secondo me”</i> M: <i>“Appunto volevo dirlo io... l'ho già detta, è meglio dare un'opportunità a tutti anche se c'è il rischio di rimanere feriti” [...]</i> X: <i>“Si però in teoria, in teoria... secondo me, non in teoria, secondo me fidarsi è sempre bene, bisogna come dice M., dare un'opportunità a tutti è sempre... giusto.”</i></p>	<p>”Uno o più membri si scambiano consigli su come relazionarsi con le altre persone.”</p>
<p>8) B: <i>“La pazzia è rabbia? Un atto di pazzia è rabbia?”</i> Q: <i>“Secondo me no”</i> W: <i>“No”</i></p>	<p>“In terapia uno o più pazienti si scambiano consigli sulla sintomatologia.”</p>

<p>V: <i>“Fa parte”</i> Q: <i>“Si fa parte ma secondo me no.”</i> B: <i>“Può darsi che ero giovane anche. Stavo male anche. Forse sono stato ingiusto quei tempi là.”</i></p>	
<p>Considerazioni:</p> <p>Le interazioni in cui i membri si scambiano consigli e informazioni sono frequenti. Talvolta riguardano le relazioni, soprattutto con le persone esterne al gruppo, altre volte sono consigli pratici o scambi di idee sulla base dell’esperienza personale di ciascuno.</p> <p>Nell’estratto 3, in particolare l’invito rivolto al gruppo di “continuare così” e “non mollare”, può essere inteso sia come indice di “Coesione”, in termini di espressione di coinvolgimento e sostegno, sia come “Infusione della speranza” poichè indica aspettative positive sull’efficacia e l’utilità della terapia.</p> <p>Un’altra interazione in cui è possibile rilevare la dimensione della “Coesione”, è la numero 5. Il paziente B non solo dà dei consigli a D per “non buttarsi giù”, ma le rimanda anche delle qualità che ha notato in lei. La coesione in un gruppo si evince anche dal riconoscimento delle “qualità specifiche di ciascuno”, oltre che dal sostegno reciproco. Sempre in riferimento allo scambio tra B e D, esso può essere inteso anche come una forma di “Altruismo” in quanto B dimostra un atteggiamento premuroso e di cura nei confronti di D.</p>	

INFUSIONE DELLA SPERANZA

Estratti delle sedute:	Indicazioni:
<p>1) B: <i>“Eh ci sto pensando. Che bisogna... questo gruppo un po’ alla volta si migliora, bisogna...”</i> B: <i>“Qua si può migliorare sempre di più.”</i></p>	<p>“Il paziente dichiara che si sente fiducioso rispetto all’efficacia della terapia.”</p>
<p>2) M: <i>“Io volevo dire che quello che seminiamo nei gruppi, in futuro raccoglieremo.”</i></p>	<p>“Il paziente dichiara che si sente fiducioso rispetto all’efficacia della</p>

	terapia.”
<p>Considerazioni:</p> <p>Nel primo dei due interventi B si stava rivolgendo ad un paziente che aveva iniziato da poco a frequentare il gruppo: in questo senso le sue parole assumono il significato di una forma di incoraggiamento. Nel periodo in cui queste sedute hanno avuto luogo, sono entrati in gruppo quattro nuovi pazienti e, per ciascuno di essi, gli altri membri del gruppo, considerabili i “veterani”, svolgevano il compito fondamentale di rassicurarli sugli aspetti positivi del percorso.</p>	

UNIVERSALITÀ

Estratti delle sedute:	Indicazioni:
<p>1) X: <i>“Io ho una teoria che ormai sto cercando di mettere dentro di me e di... insomma siamo tutti sulla stessa barca, questa è la mia idea. Poi magari posso esporre, poi magari un altro può non esporre... siamo tutti sulla stessa barca, qua. Per quello magari non... all’inizio magari è un po’ difficile ma poi se si trovano le persone che non ti tradiscono si sta bene insomma.”</i></p> <p>D: <i>“Il mondo è una barca, perchè tutti abbiamo un malessere da qualche parte quindi il mondo è una barca.”</i></p>	<p>“Il paziente dichiara di sentirsi meno solo nel suo disagio.”</p>
<p>2) X: <i>“Io penso che tutti quanti nella vita cerchiamo di seminare bene solo che ognuno... secondo me siamo... abbiamo il nostro destino che è fatto da momenti, cose fatte, non fatte e soprattutto secondo me tutti nella vita cerchiamo di seminare bene e il merito di raccogliere quello che, che è giusto per tutti ecco. Secondo me siamo tutti un po’ nella stessa situazione un po’ tutti però c’è questa frase che dice chi semina raccoglie però tutti nella nostra vita abbiamo le nostre... cose che</i></p>	<p>“Il paziente dichiara di sentirsi meno solo nel suo disagio.”</p>

<p><i>possono essere positive o negative però tutto sommato nella vita bisogna dire quello che è... essere... non so neanche io come definirlo ma tutti cerchiamo di seminare bene non è che siamo qua per... per metterci l'uno contro l'altro.”</i></p>	
<p>3) J: <i>“Che bene o male tutti... tutti hanno una situazione familiare che può essere positiva o negativa ma che comunque c'è, che non sono l'unico che quando sbaglio pago ma pago fisso [...]”</i></p>	<p>“Il paziente dichiara di sentirsi meno solo nel suo disagio.”</p>
<p>4) M: <i>“Quando C. ha detto che ha scelto di pancia quella foto... a me era venuto in mente qualcosa, di solito, per le feste si rischia o di avere delle feste sgradevoli o di avere delle feste piacevoli. Di solito durante le feste siamo su un filo, camminiamo su un filo, non sappiamo cosa ci riservano.”</i> D: <i>“In verità l'avevo pensato anche io l'equilibrio precario però non ho voluto dirlo perchè mi vergognavo.”</i> [...] L: <i>“Secondo me ci sono le feste, si stanno avvicinando. Secondo me tutti chi più chi meno abbiamo i nostri, le nostre aspettative, i nostri... la voglia di cambiare di ricevere un regalo che non sia solo... perchè ho scelto quella foto, che non sia solo un pensiero materiale ma che sia anche una cosa che riguardi... qualcosa di più.”</i></p>	<p>“I pazienti condividendo le loro problematiche dichiarano di sentirsi meno a disagio rispetto le loro problematiche.”</p>
<p>Considerazioni: Secondo Yalom (1997), il fattore “Universalità” gioca un ruolo fondamentale soprattutto nelle prime fasi di un gruppo perché consente ai membri di sperimentare che le loro preoccupazioni sono simili. Proprio gli interventi di X, nuovo utente del centro che ha</p>	

iniziato il gruppo a metà ottobre, si riferiscono alle sue prime sedute. In particolare, nel suo secondo intervento ho riscontrato anche la possibile concomitanza con la dimensione dei “Fattori esistenziali” in quanto “esplicita la comprensione del fatto che nella vita ci sono dei problemi e si possono affrontare.” Negli altri interventi emerge la condivisione di problemi comuni attraverso l’uso di espressioni che coinvolgono tutti i membri del gruppo.

Tabella 1. Valutazione dei fattori terapeutici di gruppo

Questa prima lettura delle sedute del gruppo di *Photolangage*, attraverso le lenti dei fattori terapeutici, ha permesso di fare alcune riflessioni sul processo grupppale. Innanzitutto è emerso che, sebbene i fattori vengano riconosciuti e discussi in modo distinto, “nessuno di essi si manifesta o funziona separatamente” (Yalom, 1997, p. 18). In particolare, la “Catarsi” non è direttamente un processo completo ed è più spesso intrecciata ad altri fattori nella sua espressione. L’interazione stessa tra questi fattori può variare in ogni gruppo e i pazienti possono beneficiare in modo diverso delle configurazioni che si generano nel campo. In relazione a ciò è interessante osservare il fattore “Informazione”. Questo è stato rilevato in misura maggiore rispetto ad altri: non tanto nella sua accezione di “Istruzione didattica” ma in termini di consigli e suggerimenti all’interno delle discussioni fra i membri del gruppo. In tal caso, più che il contenuto, si mostra utile il processo di scambi di opinione perché rappresentativo di un ascolto e supporto reciproco. Proprio questa reciprocità è fondamentale per fare esperienza, da una parte, dell’interesse e della protezione da parte degli altri partecipanti, e dall’altra della propria capacità di essere utili al gruppo. Tornando al concetto di “riabilitazione”, quanto detto contribuisce alla possibilità di “ricostruire un’identità personale o sociale, laddove essa è stata danneggiata o distrutta, ma anche la capacità di recuperare delle competenze sociali elementari, delle funzioni dell’Io che risultano più o meno compromesse” (Barboyon, 2008, p. 50). I fattori, invece, di cui non è stata rilevata una chiara presenza, sono “l’Apprendimento interpersonale” e la “Ricapitolazione correttiva del gruppo familiare”. Quest’ultimo è un fattore che emerge con maggior probabilità nelle fasi avanzate di un gruppo, dopo che si è costituito un forte senso di accettazione e sostegno fra i partecipanti (Yalom, 1997). Ciò avviene con maggiore frequenza nei gruppi chiusi e a

termine. In questo gruppo è capitato che i pazienti facessero riferimento a episodi familiari passati ma non in chiave di una loro rilettura o di una maggiore comprensione delle problematiche relative alla loro famiglia. Anche per l'apprendimento interpersonale è possibile fare un ragionamento analogo. La possibilità che si crei un microcosmo sociale, in cui le interazioni favoriscono la comprensione delle proprie e altrui reazioni, oltre che del proprio modo di relazionarsi, aumenta in funzione del tempo trascorso e della stabilità dei membri all'interno del gruppo. Nel caso specifico, il *Photolangage* aveva ripreso da poco a seguito della pausa estiva e, trattandosi di un gruppo semiaperto, in sei mesi ha accolto quattro nuovi pazienti. È opportuno osservare che, come precedentemente affermato, le combinazioni di fattori possono variare a seconda del tipo di gruppo e non tutti i gruppi, compresi gli stessi pazienti, traggono beneficio dalle stesse configurazioni. “La terapia è spontanea, il rapporto è dinamico e sempre in evoluzione, e c'è una sequenza continua di esperienze e poi di esame del processo” (Yalom, 2002/2014, p. 47) poichè ogni situazione clinica presenta esigenze con cui la tecnica si deve “incontrare” e non “scontrare”.

3.4.1 Il ruolo della Coesione

Tra i diversi costrutti relazionali (ad esempio l'alleanza terapeutica, il clima di gruppo e l'atmosfera), la “Coesione” rimane il più popolare nella letteratura clinica ed empirica sui gruppi (Burlingame, McClendon & Yang, 2018). Nel tempo è diventato il corrispettivo del concetto di alleanza nella terapia individuale. Dal punto di vista di un membro del gruppo, si instaura una relazione rispettivamente con gli altri partecipanti, con il terapeuta e con il gruppo nel suo complesso. Lewin fu tra i primi ad assicurare alla coesione un posto centrale nei successivi studi teorici sui gruppi. Egli sosteneva che fosse un elemento fondamentale per comprendere i numerosi processi che avvengono all'interno di un gruppo, definendola come l'insieme di forze che trattiene i membri dentro a quel gruppo (Forsyth, 2021). I ricercatori, focalizzandosi sulle condizioni e i processi che meglio contribuiscono al successo terapeutico, la considerano un determinante critico per l'esito favorevole della terapia nella maggior parte dei modelli gruppali (ibidem). La coesione, infatti, è correlata all'esito terapeutico nella stessa misura riportata per l'alleanza terapeutica nella terapia individuale

(Rosendahl, Alldredge, Burlingame & Strauss, 2021). Studi recenti confermano il suo ruolo nel favorire la comparsa di altri fenomeni di gruppo con un impatto terapeutico positivo (Kealy & Kongerslev, 2022). Tuttavia, in queste ricerche persiste un problema comune legato all'incertezza teorica, alla definizione e all'analisi del concetto di coesione. Le sue misurazioni presentano dei limiti nella validità di costrutto e di criterio in quanto non esiste una definizione unicamente accettata della coesione e dunque non esiste uniformità nei metodi di valutazione (Forsyth, 2021). In questo contesto la scala FAT.A.S. fa riferimento alla definizione fornita da Yalom per il costrutto di coesione. Egli la descrive come la condizione necessaria per il funzionamento degli altri fattori terapeutici in quanto responsabile del senso del "noi" che fonda l'appartenenza e l'attaccamento al gruppo. Nei trascritti delle sedute di *Photolangage* ho individuato per ogni mese le espressioni che meglio rappresentano il concetto di coesione. Anche in questo caso sono state utilizzate le indicazioni per i trascritti della scala FAT.A.S. (Appendice A) in parallelo alla griglia di osservazione dei pazienti (Appendice B), per una maggiore flessibilità di lettura. Nella tabella (Tab.2) sono presenti le interazioni associate ai rispettivi indicatori e a seguire le motivazioni inerenti alla scelta. Queste considerazioni finali sono state integrate con i ragionamenti clinici emersi nei *post-group* di ciascuna seduta.

Tabella 2. Valutazione del fattore terapeutico “Coesione”

COESIONE

Ottobre

Estratti delle sedute:	Indicazioni:
1) T: “[...] Per esempio tu quand’è che ti senti bene con gli altri?” Q: “Anche qua sto bene.”	“Il paziente dichiara di sentirsi apprezzato e parte del gruppo.”
2) F: “A me viene da dire... stiamo veramente bene fra noi?” Q: “Bella domanda. Io sto bene.” F: “Io anche.” D: “Io quando espongo le mie fragilità mi	“Il paziente dichiara di sentirsi apprezzato e parte del gruppo.”

<p><i>sento ancora più fragile.”</i> <i>X: “Anche io un po’.”</i> <i>R: “Io quando sono a casa faccio fatica a venire qui in gruppo perchè ho paura di essere giudicata, mi vergogno invece poi quando mi trovo qui, comincio a rilassarmi come.”</i></p>	
<p>3) <i>F: “Siamo un gruppo e stando in gruppo si è coesi si è...”</i> <i>F: “Tantissime cose.”</i> (in riferimento al fatto che in gruppo vengono dette cose intime, personali)</p>	<p>“Il paziente dichiara di sentirsi apprezzato e parte del gruppo.”</p>
<p>Considerazioni: Da queste prime interazioni è possibile cogliere un senso di appartenenza e di sostegno all’interno del gruppo, in quanto i partecipanti esplicitano il loro “sentirsi bene” quando stanno insieme. Essi riescono ad esporre le loro fragilità (come nel secondo passaggio) e hanno fiducia nei propri compagni. Il gruppo appare un luogo in grado di “rilassare” e di permettere l’espressione di “tantissime cose”, ovvero degli aspetti più intimi e personali di ogni singolo paziente.</p>	

Novembre

Estratti delle sedute:	Indicazioni:
<p>1) <i>F: “Un grazie possiamo farlo a tutti noi che stamattina abbiamo partecipato. L’uno con l’altro.”</i></p>	<p>“Il paziente dichiara di sentirsi coinvolto o sostenuto nel gruppo o vi sono esplicite espressioni di coinvolgimento e sostegno da parte di qualcuno del gruppo.”</p>
<p>2) <i>Q: “Io ho scelto questa foto qua che mi ricorda il gruppo dove si semina la felicità”</i></p>	
<p>Considerazioni:</p>	

Nella prima affermazione emerge un senso del “noi” che contribuisce a delineare i confini, e dunque l’identità, di quel gruppo specifico. Al suo interno i partecipanti sperimentano un rapporto di reciprocità, “l’uno con l’altro”. Neri (2017) definisce “Comunità dei fratelli” lo stadio del gruppo “caratterizzato dall’entrata in scena di un collettivo” (p. 59). I partecipanti “avvertono di detenere un diritto rispetto al gruppo” (ibidem), rispetto a quel terreno germinativo “dove si semina la felicità”.

Dicembre

Estratti delle sedute:	Indicazioni:
<p>1) <i>B: “Che io voglio bene alla D. come amica. Le vogliamo bene lo stesso anche se sta male.”</i> <i>B: “Anche se dice che non vuole bene a me oppure non lo pensa oppure è così, è un po’ giù di morale, io le voglio bene lo stesso.”</i></p>	<p>“Il paziente dichiara di sentirsi coinvolto o sostenuto nel gruppo o vi sono esplicite espressioni di coinvolgimento e sostegno da parte di qualcuno del gruppo.”</p>
<p>2) <i>M: “Lui ha vissuto tutta la sua vita sulla strada perchè ha fatto l’autista e mai fatto un incidente. E adesso è successo che lui era fermo e gli sono arrivati da dietro.”</i> <i>B: “Mi spiace.”</i> <i>B: “Eh è un dolore perchè è morto anche mio papà a 64 anni per il cancro.”</i> <i>W: “Anche mio papà è morto, 70 anni. Come suo fratello, suo fratello è vissuto 3 anni in più.”</i></p>	<p>“Il paziente dichiara di sentirsi coinvolto o sostenuto nel gruppo o vi sono esplicite espressioni di coinvolgimento e sostegno da parte di qualcuno del gruppo.”</p>
<p>3) <i>B: “Eh appunto vengo qua perchè voglio bene a tutti.”</i></p>	
<p>Considerazioni: Nella prima affermazione B esprime in modo esplicito il suo sostegno nei confronti di D, dapprima come portavoce del gruppo e poi in prima persona. Lo stato d’animo di D viene</p>	

accettato, riconosciuto e accolto. Inoltre, la dimostrazione di stima che B fa nei confronti di D, contribuisce al rafforzamento della sua autostima, intesa come “concezione dell’individuo di ciò che egli realmente è, di ciò che egli realmente vale” (Yalom, 1995, p. 79).

Nella seconda interazione i membri del gruppo sostengono M attraverso la condivisione dei loro vissuti personali. Si evince, anche in questo passaggio, il riconoscimento dello stato d’animo dell’altro e il suo accoglimento.

La terza affermazione può essere classificata anche come “Catarsi” in quanto, secondo le indicazioni della scala, si tratta di una considerazione personale, positiva, sul gruppo. Tuttavia, esplicitare di voler bene a tutti è una forma di coinvolgimento verso gli altri partecipanti e rappresenta in misura maggiore un indice della coesione percepita.

Gennaio

Estratti delle sedute:	Indicazioni:
<p><i>F: “La foto che ha scelto prima dottoressa, della mamma con il bambino, siamo tutti un po’ adulti e un po’ bambini. Ci aiutiamo a vicenda cioè ci, come diceva lei... ci scambiamo le esperienze, in gruppo e questo apre molte finestre nella nostra mente.”</i></p>	<p>“Il paziente dichiara di sentirsi coinvolto o sostenuto nel gruppo o vi sono esplicite espressioni di coinvolgimento e sostegno da parte di qualcuno del gruppo.”</p>
<p>Considerazioni:</p> <p>F descrive la qualità delle interazioni all’interno del gruppo e nel farlo si esprime attraverso un implicito “noi”: “ci aiutiamo a vicenda”, essendo tutti “un po’ adulti e un po’ bambini”, “ci scambiamo le esperienze”. Tutto ciò consente di aprire “molte finestre” nella mente dei partecipanti: una condizione favorevole per “l’espansione del Sè”, per il raggiungimento di una maggiore autoconsapevolezza (Yalom, 1995). Oltre a rappresentare un esempio di coesione, l’affermazione di F può essere intesa anche come indice di “Speranza” in quanto esprime fiducia rispetto all’efficacia e all’utilità della terapia.</p>	

Febbraio

Estratti delle sedute:	Indicazioni:
1) B: <i>“Io lo posso dire solo qua quella roba là che ho fatto. Se lo dico fuori mi dicono questo qua è matto. Se lo dico ad un altro che ho fatto sta roba qua mi dice...”</i>	“Il paziente dichiara di sentirsi apprezzato e parte del gruppo.”
Considerazioni: B afferma che ripone fiducia nel gruppo in quanto spazio dove è possibile condividere parti di sé senza sentirsi giudicati. Sentirsi accettati dai propri pari è fondamentale sin dall’infanzia, anche nel caso del gruppo terapeutico questo aspetto conta di più dell’accettazione da parte del terapeuta in quanto gli altri membri non sono considerati obbligati a mostrarsi interessati (Yalom, 1997).	

Tabella 2. Valutazione del fattore terapeutico “Coesione”

Da questa prima analisi emerge un cambiamento nel tempo della coesione di gruppo, caratterizzato da un miglioramento, dal punto di vista qualitativo, delle sue manifestazioni. La coesione opera durante tutto il corso della terapia ma il suo valore si modifica a seconda della fase in cui si trova il gruppo. Inizialmente l’esperienza di sentirsi accettati e sostenuti, permette ad ogni singolo partecipante di sviluppare la propria autostima in relazione alla crescita della stima del gruppo nel suo insieme (Yalom, 1997). Questa condizione è essenziale affinché i pazienti possano sperimentarsi nella condivisione degli affetti del proprio mondo interiore. Spesso i pazienti psichiatrici non si sono mai sentiti inclusi o valorizzati come membri di un gruppo, molti nemmeno nell’ambito della propria famiglia. “Il piccolo gruppo promuove un’intensa esperienza di appartenenza, che a sua volta è molto importante per la realizzazione, da parte dei membri, del senso di sé come persone che hanno diritto a vivere e a occupare uno spazio affettivo” (Neri, 2017, p. 188). Nello specifico del gruppo di *Photolangage*, i partecipanti sono passati dal “sentirsi bene”, in prima persona, durante la seduta, all’accettazione e al sostegno reciproco. L’aumento della coesione ha favorito la creazione di uno spazio in cui poter condividere esperienze e affetti personali.

Questo a sua volta consente l'auto-esplorazione e quindi la possibilità di prendere consapevolezza di aspetti considerati inaccettabili fino a quel momento (Capani, Turchet, Zacchino, Maggioni, Caccamo, Marogna & Mosca, 2019). Per i pazienti si tratta sempre di assumersi un rischio poiché, quando si espongono all'interno di una stanza piena di specchi, devono confrontarsi con le diverse parti di sé che vengono riflesse. Quanto più il gruppo risulta coeso, tanto maggiore è il contenimento e la cura delle fragilità di ciascun individuo. A questo proposito, nell'ultima seduta del mese di febbraio, un paziente ha descritto così l'esperienza di fare il gruppo:

“Quando veniamo qui siamo come quelli... come quei paracaduti... siamo... ci lanciamo e aspettiamo di toccare terra qui nel gruppo e che tutto sia andato bene.”

3.5 Considerazioni finali sui risultati dell'analisi

L'analisi dei trascritti delle sedute di *Photolangage* ha consentito di ottenere una visione complessiva dei fattori terapeutici emersi durante il gruppo, relativamente al periodo considerato. Nella valutazione è importante tenere conto delle caratteristiche del gruppo e della fase di sviluppo in cui esso si trova, poiché sono aspetti che influenzano l'azione di diversi raggruppamenti di fattori terapeutici. Nel caso specifico, l'attività del *Photolangage* era stata ripresa da poco dopo la pausa estiva per cui il gruppo si trovava in una fase iniziale di formazione. Inoltre, essendo un gruppo semiaperto a lungo termine, i componenti possono variare nel tempo e l'ingresso di nuovi partecipanti può verificarsi in qualsiasi fase del processo. Di fatto, il gruppo già avviato ha accolto quattro nuovi pazienti tra il mese di ottobre 2022 e il mese di febbraio 2023. Questi elementi aiutano a spiegare il motivo per cui dall'analisi non sono stati individuati i fattori: “Apprendimento interpersonale” e “Ricapitolazione correttiva del gruppo familiare”. Comprendere aspetti significativi del proprio comportamento, attraverso l'interazione con gli altri, è un processo che tende a svilupparsi nelle fasi più avanzate della terapia, in quanto presuppone una forte coesione di gruppo e la creazione di un microcosmo sociale in cui i partecipanti sono incoraggiati all'auto-osservazione grazie al feedback che ricevono dagli altri membri. Un ragionamento

analogo vale anche per il secondo fattore: sebbene il vissuto del paziente rispetto alla famiglia originaria influenzi le sue attuali relazioni interpersonali, l'esperienza, a livello consapevole, di rivivere in modo correttivo dinamiche disfunzionali necessita di un lavoro specifico e mirato all'interno del gruppo e da parte dello stesso terapeuta. Al contrario, sono stati identificati i fattori "Infusione della speranza" e "Universalità", che risultano determinanti nelle prime fasi del processo. I pazienti che partecipano al gruppo da più tempo si fanno carico sia di istruire i nuovi partecipanti sulle regole del *Photolangage*, sia di sostenerli e rassicurarli riguardo ai benefici che potranno ottenere grazie al percorso terapeutico. Questo aspetto è fondamentale per i pazienti appena dimessi che si trovano in una fase di transizione da un ambiente contenitivo e di supporto, come il reparto o la comunità, ad una realtà esterna, percepita in precedenza come minacciosa. Il fattore universalità contribuisce a rafforzare la motivazione al trattamento, poiché la condivisione di problemi e preoccupazioni simili tra i membri del gruppo consente a ciascuno di sentirsi accettato e compreso, abbandonando gradualmente la convinzione di essere rimasti soli. Con l'evolversi del senso di appartenenza, elemento fondamentale per la definizione dei confini del gruppo, nelle sedute emergono in misura più accentuata il fattore "Informazione" e episodi di "Catarsi". I pazienti si scambiano consigli, suggerimenti e opinioni in un contesto di ascolto e supporto reciproco. Il fatto di condividere problematiche comuni permette a ciascun partecipante di sintonizzarsi con i bisogni degli altri e di sperimentare la propria capacità di essere utili al gruppo. L'aumento nel tempo della coesione ha consentito la creazione di uno spazio in cui gli interventi riferibili al fenomeno della catarsi potevano avere luogo. Il gruppo si è dimostrato capace di contenere le fragilità dei suoi membri e di offrire loro la possibilità di esprimere affetti, sentimenti e aspetti intimi di se stessi. Anche gli estratti riferibili al fattore "Comportamento imitativo" mostrano come l'intervento di un membro del gruppo, riguardo una determinata questione, può incoraggiare altri partecipanti a condividere i propri vissuti. All'inizio, questi pazienti affrontano notevoli difficoltà nell'espone se stessi a causa della paura del giudizio, della frammentazione e delle tendenze simbiotiche, manifestando una certa resistenza nel stabilire relazioni sociali (Restek-Petrović, Gregurek, Petrović, Orešković-Krezler, Mihanović, & Ivezić, 2016). Tuttavia, proprio i legami interpersonali che si creano all'interno del gruppo sono il mezzo necessario per la verbalizzazione delle emozioni e degli affetti che vengono

vissuti con angoscia. Con lo sviluppo del processo gruppale i pazienti rafforzano la loro esperienza di sicurezza e fiducia nella capacità di contenimento del dispositivo (Restek-Petrović, Bogović, Orešković-Krezler, Grah, Mihanović & Ivezić, 2014). In questo contesto, i fattori terapeutici individuati nella prima fase del gruppo, in relazione alle caratteristiche del metodo *Photolangage*, si dimostrano efficaci nella creazione di uno spazio che agevola l'espressione degli affetti nei pazienti e lo sviluppo della capacità simbolica. Dall'analisi sono emersi, in misura minore, il fattore "Altruismo" e i "Fattori esistenziali". Questi ultimi risultano più evidenti nelle fasi centrali e finali del percorso, quando l'ulteriore aumento della coesione fra i partecipanti sostiene il processo di cambiamento. "I bisogni e gli obiettivi dei pazienti cambiano nel corso della terapia" (Yalom, 1997, p. 127). La capacità di valutare l'andamento dei fattori terapeutici di seduta in seduta consente al clinico di intervenire direttamente nel processo, tenendo in considerazione tali bisogni e, di conseguenza, migliorando l'efficacia della terapia.

3.6 Prospettive per la ricerca futura

Gli obiettivi principali di questo lavoro erano due e fortemente interconnessi tra loro. Il primo era quello di valorizzare l'utilità e l'efficacia del metodo *Photolangage* all'interno di un Centro Diurno Riabilitativo che accoglie pazienti con patologie psichiatriche simili. Il secondo obiettivo consisteva nell'applicare una nuova versione del FAT.A.S., creata appositamente per i trascritti delle sedute di gruppo, al fine di gettare le basi per la validazione dello strumento. La scala è stata utilizzata sulle trascrizioni degli incontri di *Photolangage*, con lo scopo di mettere in luce le potenzialità terapeutiche del metodo attraverso l'identificazione dei fattori terapeutici di gruppo. Questa prima proposta di analisi richiede in futuro l'impostazione di uno studio più standardizzato. In questo senso si potrebbe svolgere la ricerca nel corso di un periodo più ampio e somministrando i questionari *self report* del FAT.A.S-G lungo tutta la durata del gruppo. Al fine di condurre una validazione della scala FAT.A.S. per i trascritti, è necessaria innanzitutto una revisione degli indicatori per riuscire a cogliere in modo completo e preciso la manifestazione di ciascun fattore terapeutico, assicurando così validità di contenuto e validità di criterio allo strumento. Inoltre,

per garantire un'adeguata attendibilità delle informazioni raccolte, è utile verificare la congruenza delle valutazioni espresse da due o più professionisti indipendenti attraverso un processo di *inter rater reliability*. In ogni caso, è importante considerare il rischio associato all'operazionalizzazione dell'oggetto di analisi, il quale viene inevitabilmente ridotto e semplificato rispetto alla sua reale complessità. Nella letteratura si evidenzia un aumento significativo, sia in termini di quantità che di diversità, della ricerca sulla psicoterapia di gruppo nell'ultimo decennio. In linea generale, i principali predittori dell'esito del trattamento sono gli aspetti relazionali, come l'alleanza e la coesione, e questi valgono per quasi tutte le tipologie di gruppo. Ai terapeuti viene quindi raccomandata una particolare attenzione verso questi fattori nella pratica clinica (Rosendahl et al., 2021). Tuttavia, la valutazione accurata dell'andamento dei fattori terapeutici all'interno dei gruppi consente di adattare l'organizzazione e le strategie di intervento per rispondere in modo mirato alle specifiche esigenze dei pazienti e migliorare gli esiti clinici. Per questo è fondamentale disporre di strumenti accurati per monitorare il processo terapeutico. Il FAT.A.S.-G, nelle sue diverse versioni, si propone come uno strumento di facile utilizzo che tiene conto sia del punto di vista del terapeuta che di quello dei pazienti e, in particolare la nuova versione, introduce un'ulteriore prospettiva, utile ad affinare la valutazione. Uno studio recente si è posto di condurre una validazione preliminare del *Therapeutic Factors Inventory-8* (TFI-8) nella sua versione italiana e i risultati ottenuti hanno confermato la capacità dello strumento di rilevare i fattori terapeutici di gruppo di Yalom (Landi, Simoni, Landi, Galeazzi, Moscara, Pighi, Ferri & Di Lorenzo, 2020). In un altro studio è stato valutato il contributo dei fattori terapeutici all'interno di un gruppo MBT (Trattamento basato sulla Mentalizzazione) nel processo di *recovery* di adolescenti ad alto rischio con disturbi di personalità. Dai risultati è emersa una relazione tra alcuni fattori e il cambiamento dei sintomi, tuttavia non è ancora chiara la misura in cui tali fattori sono coinvolti (Hauber, Boon & Vermeiren, 2019). Le ricerche future dovrebbero, per prima cosa, confrontare le scale cliniche a disposizione per l'analisi dei fattori terapeutici, al fine di giungere ad una valutazione sempre più accurata di questi fenomeni e di come si presentano all'interno del percorso terapeutico. Successivamente, indagare in che modo l'andamento di queste variabili processuali determina e spiega l'esito del trattamento. Considerando questi aspetti, rimane necessario

“promuovere la cultura della valutazione” (Reitano, 2005), soprattutto nelle organizzazioni sanitarie e sociali, “allo scopo di migliorare le nostre conoscenze e renderle funzionali alla pratica clinica” (ibidem). Nonostante vi siano diverse prove a favore della terapia di gruppo, essa è ancora raramente raccomandata dalle linee guida pubbliche, probabilmente a causa dei ritardi nella considerazione dei nuovi risultati (Rosendahl et al., 2021).

CONCLUSIONE

Il percorso di tirocinio è stato fondamentale per la realizzazione di questa tesi, in particolare l'esperienza del *Photolangage*. Inoltre, constatare l'importanza del gruppo per gli utenti del Centro Diurno, ha rafforzato l'interesse nei confronti di questa tecnica. Alcune situazioni di cura richiedono l'uso del dispositivo del gruppo e di una mediazione poiché questi facilitano un certo lavoro di elaborazione. Nello specifico, per alcuni pazienti le condizioni di raffigurabilità della cura tradizionale non si rivelano adeguate per un intervento: queste condizioni "possono essere descritte come la possibilità di accedere a un pensiero metaforico" (Vacheret, 2008). L'intersoggettività del gruppo modifica le condizioni di produzione dell'interpretazione. L'esperienza di ascoltare un membro del gruppo, mentre parla di sé, promuove nei partecipanti un processo di presa di coscienza che non li sottopone alla violenza di una vera e propria interpretazione. Ognuno può riconoscere elementi della propria storia all'interno della trama che si sviluppa nel gruppo, il quale si configura come uno spazio di gioco per l'incontro di diversi immaginari. L'oggetto mediatore è allo stesso tempo un attivatore, un supporto e un trasformatore di tali immaginari: esso lavora in sinergia con le facoltà specifiche del gruppo, permettendo, mediante altre vie d'accesso, l'emergenza dei processi psichici inconsci. Nel *Photolangage*, rispondere alla domanda iniziale attraverso una foto impone ai partecipanti di utilizzare un linguaggio metaforico, creando le condizioni adatte al processo di simbolizzazione (Zurlo, 2017). Negli anni è stata riconosciuta l'efficacia dei dispositivi a mediazione, tuttavia, la combinazione tra gruppo e oggetto rende ancora complessa l'analisi del processo terapeutico. La possibilità di monitorare i fenomeni e le dinamiche che favoriscono o, al contrario, ostacolano il miglioramento dei pazienti, è un aspetto fondamentale della pratica clinica poiché consente di adattare gli interventi sulla base dei bisogni dei singoli individui. A tale scopo è necessario disporre di strumenti di valutazione sempre più accurati, e capaci di cogliere le numerose variabili che costituiscono il processo terapeutico. Nel contesto della psicoterapia di gruppo, la classificazione fattoriale di Yalom rimane un punto di riferimento per la ricerca sul campo. La nuova scala FAT.A.S., discussa nel presente lavoro, si presenta come un valido complemento agli strumenti che indagano questi fattori, in quanto utilizza una prospettiva di valutazione esterna per l'analisi

delle interazioni, a partire dai trascritti delle sedute. Capire come e perché un trattamento funziona, integrando la misurazione di più aspetti che influenzano inevitabilmente il processo, contribuisce a massimizzare gli effetti degli interventi nella pratica clinica. Questa riflessione coinvolge anche la tecnica del *Photolangage* che, nel corso degli anni, ha dimostrato la sua versatilità adattandosi a diversi contesti e categorie cliniche. Proseguire nella ricerca, cercando di comprendere quali meccanismi specifici del metodo sono responsabili del cambiamento, e in che misura vengono più, o meno, rafforzati da altre variabili gruppali, è un mezzo per estendere ulteriormente la sua applicabilità.

APPENDICE A

INDICAZIONI PER LA VALUTAZIONE DEI FATTORI TERAPEUTICI

(Versione per gli interventi dei pazienti sui trascritti delle sedute)

Altruismo

AL_8 +	Il paziente riconosce verbalmente di poter essere di aiuto agli altri.
AL_8 -	Il paziente riconosce verbalmente di non poter essere di aiuto agli altri.
AL_17 +	Il paziente, dopo aver aiutato gli altri, riconosce di avere le qualità per farlo.
AL_17 -	Il paziente dichiara di non avere qualità utili per poter aiutare gli altri.
AL_22 -	Il paziente dichiara di non sentire di dover aiutare gli altri.
AL_33 +	Il paziente dichiara che si sente aiutato concretamente dagli altri.
AL_33 -	Il paziente dichiara che non si sente aiutato concretamente dagli altri.

Apprendimento Interpersonale

AI_4 +	Il paziente dichiara l'utilità dello stare in terapia, riguardo l'apprendere metodi relazionali.
AI_16 +	Il paziente dichiara di aver compreso come certe reazioni altrui derivino da suoi comportamenti.
AI_34 +	Il paziente dichiara di aver compreso come si sia sviluppato il suo modo di relazionarsi.
AI_40 +	Il paziente dichiara di aver compreso come reagisce a certi comportamenti altrui.

Catarsi

CA_19 +	Il paziente esprime una considerazione personale sul gruppo o su un membro del gruppo, positiva o negativa.
---------	---

CA_25 +	Il paziente esprime un aspetto delicato e intimo di se stesso all'interno del gruppo.
CA_28 +	Il paziente esprime fiducia riguardo uno o più membri del gruppo.

Coesione

CO_5 +	Il paziente dichiara di sentirsi coinvolto o sostenuto nel gruppo o vi sono esplicite espressioni di coinvolgimento e sostegno da parte di qualcuno del gruppo.
CO_5 -	Il paziente dichiara di sentirsi escluso, isolato e non sostenuto dal gruppo.
CO_14 +	I pazienti riconoscono le qualità specifiche di ciascuno.
CO_14 -	Vi sono interventi di svalutazione all'interno del gruppo.
CO_21 +	Il paziente dichiara di sentirsi apprezzato e parte del gruppo.

Comportamento Imitativo

CI_3 +	Il paziente dichiara di aver provato tecniche di comportamento suggerite o viste in uno o più membri del gruppo.
CI_11 +	Il paziente riconosce verbalmente all'interno del gruppo uno o più modelli positivi.
CI_23 +	Il paziente esplicita di essere in accordo con il comportamento di uno o più pazienti riguardo una determinata questione.
CI_30 +	Dopo che qualcun altro ha esplicitato questioni delicate e intime, dichiarando che si sente sollevato anche un altro paziente fa lo stesso.

Fattori Esistenziali

FE_1 +	Il paziente dichiara di sentire di avere le risorse necessarie per affrontare i suoi problemi.
FE_1 -	Il paziente dichiara di sentire di non avere le risorse necessarie per affrontare i suoi problemi.
FE_20 +	Il paziente dichiara che il gruppo gli ha fatto comprendere che può farcela da solo indipendentemente dall'aiuto e dal sostegno di altre persone.

FE_32 -	I pazienti dichiarano che pensare al termine del gruppo causa loro preoccupazione.
FE_38 +	Il paziente esplicita la comprensione del fatto che nella vita ci sono dei problemi e si possono affrontare.

Informazione/Guida

IG_6 +	Uno o più membri del gruppo durante la terapia danno informazioni e suggerimenti e idee su come affrontare o comprendere difficoltà pratiche.
IG_18 +	Uno o più membri si scambiano consigli su come relazionarsi con le altre persone.
IG_29 +	In terapia uno o più pazienti si scambiano consigli sulla sintomatologia.
IG_37 +	I pazienti dichiarano che le informazioni/guide ricevute all'interno del gruppo gli sono state utili.

Infusione della speranza

IS_10 +	Il paziente dichiara che il tempo trascorso in terapia potrebbe essergli utile.
IS_10 -	Il paziente dichiara che il tempo trascorso in terapia non gli sembra utile.
IS_12 +	Il paziente dichiara che si sente fiducioso rispetto all'efficacia della terapia.
IS_12 -	Il paziente dichiara che non si sente fiducioso rispetto all'efficacia della terapia.
IS_26 +	Il paziente dichiara che vedere negli altri risvolti positivi grazie all'aiuto del gruppo e' fonte di incoraggiamento.
IS_41 -	Il paziente dichiara che vorrebbe interrompere la terapia.

Ricapitolazione correttiva del nucleo familiare

RC_9 +	Il paziente dichiara che nel gruppo ha compreso difficoltà che aveva o ha con i membri della propria famiglia.
--------	--

RC_15 +	Il paziente dichiara che nel gruppo ha rivalutato episodi del proprio passato.
RC_27 +	Il paziente dichiara di riuscire a comprendere come il suo comportamento possa essere collegato a una specifica reazione di un familiare.
RC_31 +	Dopo aver vissuto esperienze emotivamente importanti all'interno del gruppo il paziente dichiara di aver compreso la ragione di certi atteggiamenti e comportamenti nei confronti dei familiari.

Universalità

U_2 +	Il paziente dichiara che si sente sollevato a condividere certi problemi ed esperienze con gli altri membri del gruppo.
U_13 -	Il paziente dichiara di non sentirsi capito nel suo disagio.
U_24 +	Il paziente dichiara di sentirsi meno solo nel suo disagio.
U_36	I pazienti condividendo le loro problematiche dichiarano di sentirsi meno a disagio rispetto le loro problematiche.

APPENDICE B

GRIGLIA OSSERVAZIONE PAZIENTI

A1	i membri mettono momentaneamente da parte i propri problemi individuali per aiutarsi l'un l' altro	1	2	3	4	5
U1	attraverso le parole "anch' io" o frasi simili emergono problemi comuni	1	2	3	4	5
U2	i membri ricercano spesso conferme e consensi	1	2	3	4	5
U3	i pazienti esprimono la convinzione di avere problemi troppo particolari e quindi di non poter essere compresi	1	2	3	4	5
S1	i membri esprimono aspettative positive sull' efficacia della terapia di gruppo	1	2	3	4	5
S2	i membri si dimostrano disposti ad investire tempo ed energia nella terapia	1	2	3	4	5
S4	I membri sono incoraggiati dal ruolo professionale del terapeuta	1	2	3	4	5
IN1	i membri si scambiano consigli e informazioni	1	2	3	4	5
IN2	i mebri traggono giovamento dai suggerimenti degli altri	1	2	3	4	5
RC1	i membri tendono a rivivere e correggere episodi del loro passato	1	2	3	4	5
RC2	i membri dichiarano di trovare somiglianze tra membri del gruppo e persone della loro famiglia	1	2	3	4	5
RC3	i membri dichiarano di aver raggiunto una maggior comprensione di problematiche relative alla propria famiglia	1	2	3	4	5
CI1	la partecipazione attiva di alcuni membri facilita il coinvolgimento degli altri	1	2	3	4	5
CI2	i membri sperimentano comportamenti appresi e osservati dagli altri	1	2	3	4	5
CI3	alcuni membri rivelano cose imbarazzanti dopo che altri l' hanno fatto	1	2	3	4	5
Co1	i membri si sostengono a vicenda (ascolto attento e contatto fisico reciproco)	1	2	3	4	5
Co2	i membri si accettano l'un l' altro (feedback positivo, considerazione, accoglimento delle emozioni altrui)	1	2	3	4	5
Co3	i membri si fidano l'uno dell' altro (si confidano, apertura emotiva)	1	2	3	4	5
CT1	i membri si sfogano liberamente	1	2	3	4	5
CT2	i membri esprimono informazioni personali delicate e intime	1	2	3	4	5
AP1	i membri si scambiano feedback sul proprio comportamento	1	2	3	4	5
AP2	i membri si scambiano feedback sulle loro modalità relazionali	1	2	3	4	5
AP3	i membri si scambiano feedback sulle reazioni degli altri	1	2	3	4	5
AP4	i membri si dimostrano recettivi alle considerazioni degli altri sulle proprie valutazioni	1	2	3	4	5
EF		1	2	3	4	5

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association (2013), Manuale diagnostico e statistico dei disturbi Mentali, Quinta edizione (DSM-5), trad. it. Raffaello Cortina, Milano 2014.

Barboyon, M., (2008). Il gruppo Fotolinguaggio all'interno di un'istituzione. In C. Vacheret (a cura di), Foto, gruppo e cura psichica (pp. 49-79, M. C. Zurlo, Trad.). Napoli, Liguori.

Bessell, A. G., Deese, W. B., & Medina, A. L. (2007). Photolanguage: How a Picture Can Inspire a Thousand Words. *American Journal of Evaluation*, 28(4), 558–569. <https://doi.org/10.1177/1098214007306372>

Brouzos, A., Vassilopoulos, S. P., Stavrou, V., Baourda, V. C., Tassi, C., & Brouzou, K. O. (2021). Therapeutic Factors and Member Satisfaction in an Online Group Intervention During the COVID-19 Pandemic. *Journal of technology in behavioral science*, 6(4), 609–619. <https://doi.org/10.1007/s41347-021-00216-4>

Burlingame, G. M., McClendon, D. T., & Yang, C. (2018). Cohesion in group therapy: A meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 384–398. <https://doi.org/10.1037/pst0000173>

Calamandrei S. (2017). La creatività emotivo-simbolica. Testo della relazione presentata al seminario “Creatività Regole Identità – Riflessioni Psicoanalitiche”, Firenze, Educatorio del Fuligno, 20 maggio 2017

Capani A., Turchet C., Zacchino M., Maggioni O., Caccamo F., Marogna C., Mosca A. (2019) "Il clima come termometro affettivo della vita del gruppo: un'altra prospettiva " *Gli Argonauti*, 161(3), 225-235. DOI: 10.14658/PUPJ-ARGO-2019-3-4

Chouvier, B., (2011). Creatività e gruppi terapeutici a mediazione. In M. C. Zurlo (Cur.), *Gruppi a mediazione. Dispositivi ed esperienze.* (2017, pp. 39-81). Napoli: Liguori.

Coin, R., (1997). Il gruppo come categoria dell'Inconscio, intervista a René Kaës. *Ricerca Psicoanalitica*, 2, pp. 155-172.

Correale, A. (2007). *Il campo istituzionale* (3a ed.). Edizioni Borla.

De Polo, R., (2007), *La bussola psicoanalitica tra individuo, gruppo e società*. Franco Angeli.
<https://books.google.it/books?id=IISDbE6nIQoC>

Di Maria F., Formica I. (2009b). *Fondamenti di gruppoanalisi*. Bologna, Il Mulino.

Di Maria, F., & Lo Verso, G. (1995). *La psicodinamica dei gruppi. Teorie e tecniche*. Milano, Raffaello Cortina Editore.

Downie, J. (2018). " The Experience and Description of Pain in Aelius Aristides' Hieroi Logoi". In *The Comparable Body*. Leiden, The Netherlands: Brill. doi:
https://doi.org/10.1163/9789004356771_010

Festini. (1994). *Gruppo e psicoanalisi : teoria e pratica terapeutica istituzionale* (2. ed). Franco Angeli.

Forsyth, D. R. (2021). Recent advances in the study of group cohesion. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 25(3), 213–228. <https://doi.org/10.1037/gdn0000163>

Foulkes, Sanders, J., Foulkes, S. H., Sanders, J., & Sanders, J. (1977). *La psicoterapia gruppoanalitica : metodo e principi*. Astrolabio.

Galimberti, F., (2000). *Wilfred R. Bion*. B. Mondadori. <https://books.google.it/books?id=of3ZK0nZnogC>

Giannone, F., Guarnaccia, C., Gullo, S., Di Blasi, M., Giordano, C., Lo Coco, G., & Burlingame, G. (2020). Italian adaptation of the Group Questionnaire: Validity and factorial structure. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 23(2), 133–144. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2020.443>

Giorgi, I., Sguazzin, C., Baiardi, P., Simone, A., & Tesio, L. (2006). Uno strumento per la valutazione dell'attività terapeutica di gruppo (GrETHA-Q) [A group therapy assessment tool (GrETHa-Q)]. *Giornale italiano di medicina del lavoro ed ergonomia*, 28(1 Suppl 1), 61–70.

Giuliani, S., Molho, M., (2008). A proposito della domanda posta. In C. Vacheret (a cura di), *Foto, gruppo e cura psichica* (pp. 79-99, M. C. Zurlo, Trad.). Napoli, Liguori.

Gullo, S., Lo Coco, G., Prestano, C., Giannone, F., & Lo Verso, G. (2011). La ricerca in psicoterapia di gruppo: Alcuni risultati e future direzioni di ricerca. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 13(2). <https://doi.org/10.4081/ripppo.2010.15>

Hauber, K., Boon, A. E., & Vermeiren, R. (2019). Therapeutic factors that promote recovery in high-risk adolescents intensive group psychotherapeutic MBT programme. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 13, 2. <https://doi.org/10.1186/s13034-019-0263-6>

Joubert, C., Ruffiot, M., & Durastante, R. (2016). Les médiations dans le processus de thérapie familiale psychanalytique: *Dialogue*, n° 213(3), 41–52. <https://doi.org/10.3917/dia.213.0041>

Kaës, Neri, C., Verdolin, A., Kaës, R., Neri, C., Verdolin, A., Neri, C., & Verdolin, A. (2012). *Le teorie psicoanalitiche del gruppo* (3. ed). Borla.

Kealy, D., & Kongerslev, M. T. (2022). Structured group psychotherapies: Advantages, challenges, and possibilities. *Journal of Clinical Psychology*, 78(8), 1559–1566. <https://doi.org/10.1002/jclp.23377>

Landi, G., Simoni, E., Landi, I., Galeazzi, G. M., Moscara, M., Pighi, M., Ferri, P., & Di Lorenzo, R. (2021). Therapeutic Factors in a Psychiatric Group Therapy: A Preliminary Validation of Therapeutic Factors Inventory-8, Italian Version. *Psychiatric Quarterly*, 92(2), 523–536. <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09834-2>

Lese, K. & MacNair-Semands, R. (2000). The Therapeutic Factors Inventory: Development of a Scale. *Group*. 24. 303-317. 10.1023/A:1026616626780.

Linares, J. O. (s.d.). La psicoanalisi in gruppo La psicoanalisi del gruppo La psicoanalisi attraverso il gruppo.

Lo Piccolo, G., (2016) Double containment and transformation in a group based on photographic mediation.

Lo Piccolo, G., Alfano, P., (2020). Il metodo Photolangage® un dispositivo gruppale in psicoterapia e in ambito formativo.

Lorito, L., & Di Maria, F. (2015). Gruppoanalisi e teoria dell'attaccamento. Bologna, Il Mulino.

Marogna, C. e Caccamo, C., (2004). La corriera come metafora del setting gruppale: Lista de Espera, un viaggio nel gruppo. rivista telematica scientifica dell'Università "Sapienza" di Roma, (n. 426 del 28/10/2004) - ISSN 2240-2624 - www.funzionegamma.it

Marogna, C., & Caccamo, F. (2015). Analysis of the Process in Brief Psychotherapy Group: The Role of Therapeutic Factors. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 17(1), 43–51. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2014.161>

Marogna C., Mannarini S., Caccamo F., Melai C., Romagnoli L. (2011). I fattori terapeutici in psicoterapia breve di gruppo: un primo contributo nella definizione di una misura. In Gasseau M., Gullo S., *La ricerca empirica in terapia psicodinamica di gruppo*. CSR COIRAG, 155-167.

Micheloni, A. (2022). L’apporto dei gruppi a mediazione nella clinica contemporanea. Il metodo Photolangage®. *Ricerca Psicoanalitica*, 33(1). <https://doi.org/10.4081/rp.2022.644>

Mitsopoulou-Sonta, L., & Vacheret, C. (2016). The Elaboration of Internal Groups in a Photolangage© Group. *Group Analysis*, 49(2), 164-174. <https://doi.org/10.1177/0533316416643692>

Neri, C. (1983) *Prospettive della ricerca psicoanalitica nel gruppo (dispense di Tecniche di Indagine della personalità)*, Roma, Kappa pp. 13-20 (in collaborazione con P. Cupelloni), bibl. di 8 titoli

Neri C. (2011), *La nozione di campo allargato in psicoanalisi*. In: *Il campo analitico*, Ferro A., Basile R. (a cura di), Borla, Roma.

Neri, C. (2015). *Soggettivazione e teoria del campo*. In XVII Congresso della SPI, Milano 22-25 maggio 2014.

Neri, C. (2017). *Gruppo*. Milano, Raffaello Cortina Editore.

Neri, C., Selvaggi, L. (2005). *Campo*. In Barale F. e all. (a cura di) *Psiche. Dizionario storico di psicologia, psichiatria, psicoanalisi, neuroscienze*. Vol. I. Torino : Einaudi, pp. 180-185.

Neri, C. Marinelli, S., Corbella, S. (2015), Indicazioni alla psicoterapia di un gruppo a orientamento psicoanalitico: Variazioni sul tema, Gruppo: omogeneità e differenze, 1, 14-36.

Piccolo, G. L., Zozayaii, J. S., & Katz-Gilbertiii, M. (2018). Violenza sociale e migrazione: l'emergenza delle tracce traumatiche in un gruppo Photolangage®.

Profita G., Venza G. (1995), Il gruppo in psicologia clinica, in Di Maria, Lo Verso (1995).

Ravit, M., (2017). L'utilizzazione del gruppo Photolangage come attivatore del lavoro psichico in prigione. In M. C. Zurlo (a cura di), Gruppi a mediazione. Dispositivi ed esperienze. (2017, pp. 185-201). Napoli: Liguori.

Rebelo, T., Drieu, D., Chaumet, M., & Duarte, I. (2021). Les adolescents vulnérables et les soins avec médiation thérapeutique: Le Photolangage©. Revista Portuguesa de Psicanálise, 41(2), 63–73. <https://doi.org/10.51356/rpp.412a5>

Reitano, F. (2005). La cultura e la pratica della valutazione nei servizi di Psicologia.

Restek-Petrović, B., Bogović, A., Orešković-Krezler, N., Grah, M., Mihanović, M., & Ivezić, E. (2014). The Perceived Importance of Yalom's Therapeutic Factors in Psychodynamic Group Psychotherapy for Patients with Psychosis. *Group Analysis*, 47(4), 456–471. <https://doi.org/10.1177/0533316414554160>

Restek-Petrovi, B., Mayer, N., & Grah, M. (2018). PSYCHODYNAMIC GROUP PSYCHOTERAPY IN THE EARLY INTERVENTION PROGRAM FOR PATIENTS WITH PSYCHOSIS (RIPEPP). *Psychiatria Danubina*, Vol. 30, Suppl. 4, pp S198-202

Restek-Petrović, B., Gregurek, R., Petrović, R., Orešković-Krezler, N., Mihanović, M., & Ivezić, E. (2016). Characteristics of the group process in long-term psychodynamic group psychotherapy for patients with psychosis. *International Journal of Group Psychotherapy*, 66(1), 132-143.

Rinaldi, L., (1999). I Centri Diurni. In Berti Ceroni G., Correale, A., (a cura di), *Psicoanalisi e Psichiatria*, Raffaello Cortina, Milano.

Roberts, J.P., & Pines, M. (1992). Group-analytic psychotherapy. *International journal of group psychotherapy*, 42 4, 469-94 .

Rosendahl, J., Alldredge, C. T., Burlingame, G. M., & Strauss, B. (2021). Recent Developments in Group Psychotherapy Research. *American Journal of Psychotherapy*, 74(2), 52–59. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20200031>

Sartini, di L., & Bleger, J. (2005). *La forza del passato nella teoria di Josè Bleger*.

Vacheret, C. (2002). *Photolangage, oggetto mediatore e libera associazione*. *Rivista di Psicoanalisi*.

Vacheret, C. (A cura di). (2008). *Foto, gruppo e cura psichica* (M. C. Zurlo, Trad.). Napoli, Liguori.

Vacheret, C., (2006). Gruppo Photolangage e processi gruppali inconsci. In M. C. Zurlo (Cur.), *Gruppi a mediazione. Dispositivi ed esperienze*. (2017, pp. 171-185). Napoli: Liguori.

Vacheret, C., (2008). Il gruppo e l'oggetto mediatore nella cura psichica. In M. C. Zurlo (Cur.), *Gruppi a mediazione. Dispositivi ed esperienze*. (2017, pp. 23-39). Napoli: Liguori.

Vacheret, C., & Joubert, C. (2008). Thinking about Synergy between the Group and the Mediating Object. *Group Analysis*, 41(3), 265–277.
<https://doi.org/10.1177/0533316408094902>

Yalom, I. D. (2014). *Il dono della terapia* (P. Costa, Trad.). Neri Pozza. (Opera originale pubblicata nel 2002)

Yalom, I.D. (1997). *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo*, 4th ed., Torino, Bollati Boringhieri.

Zurlo, M. C. (2017). *Gruppi a mediazione. Dispositivi ed esperienze*. Napoli: Liguori.