

INTERNATIONAL JOURNAL OF PSYCHOTHERAPY

Journal of the European Association of Psychotherapy

Volume 9 Number 2 July 2005

Editorial	3
Theory	
The Role of Emotional Trauma in Neurosis, Part 1: Theory <i>Joaquín F. Sousa-Poza</i>	4
Emotional Communication /Affective Interaction Over the Group-Analytic Process <i>Mario David</i>	20
Cases	
Psychotherapy of psychosis: group setting and communicative approach <i>Di Rubbo R., MD, Sogaro E., PhD, Pallanti S., MD</i>	30
Research	
The Effect of Supervision in Active Psychotherapy Training <i>Ivan O. Kirillov</i>	42
Professional issues	
The Ethics of Psychotherapy in Europe. Part 1. <i>Courtenay Young</i>	51
Book Review	74
Information	
Congress of the Argentine Association for Psychotherapy	83
In The Mother Tongue	
Theory	
A Comunicação Afetiva/Emocional no Processo Grupalítico <i>Mario David</i>	84
Cases	
Psicoterapia delle psicosi: setting di gruppo e approccio comunicativo <i>Di Rubbo R., MD, Sogaro E., PhD, Pallanti S., MD</i>	93
Research	
Эффект супервизии в подготовке специалистов по позитивной психотерапии <i>Кириллов И.О.</i>	104

PSICOTERAPIA DELLE PSICOSI: SETTING DI GRUPPO E APPROCCIO COMUNICATIVO

DI RUBBO R., MD, SOGARO E., PHD PALLANTI S., MD

Psychiatrist, Psychotherapist, Neuroscience Institute. Firenze, Italy

Psychologist, Neuroscience Institute. Firenze, Italy

Psychiatrist, Dean of Neuroscience Institute. Firenze, Italy

Abstract:

In questo lavoro gli autori presentano un'esperienza di trattamento psicoterapico di gruppo con pazienti psicotici, condotto utilizzando l'Analisi di Gruppo di W. Bion e la teoria della tecnica del Modello Comunicativo Fortemente Adattivo di R. Langs. Il lavoro discute inoltre la letteratura che sostiene la possibilità e l'utilità dell'intervento psicoterapico psicoanalitico nelle psicosi.

Verranno presentate le basi teoriche, la metodologia e la tecnica dell'intervento oltre alle caratteristiche dei partecipanti del gruppo e ad un estratto di intervento terapeutico. Infine gli autori discutono i limiti e i risultati di questa esperienza e i possibili sviluppi per ulteriori studi.

INTRODUZIONE

I protocolli terapeutici per il trattamento delle psicosi sembrano in buona parte ignorare gli approcci psicologici, in particolar modo quelli ad orientamento psicodinamico. L'obiettivo centrale che viene enfatizzato è quello di rafforzare la compliance farmacologica attraverso interventi principalmente di tipo psicoeducazionale.

Tuttavia l'idea comune che le varie forme di psicosi siano unicamente disturbi del cervello che possono essere trattati solo biochimicamente è criticabile. E' evidente quanto i pazienti affetti da psicosi, necessitino sia di strategie di coping, sia di un lavoro centrato sul *rapporto interpersonale* allo scopo di sviluppare migliori relazioni con gli altri e di ristabilire un contatto adeguato con la propria vita interiore.

E' opinione degli autori che il fatto che le psicoterapie non siano individuate come trattamento di scelta per le psicosi possa essere la conseguenza di una valutazione non attenta degli studi esistenti su questo tema.

Il Patient Outcome Research Team (PORT) per la Schizofrenia, del National Institute of Mental Health degli Stati Uniti (1998), nelle raccomandazioni relative al trattamento, pubblicate nel 1998, indica che le psicoterapie individuali e di gruppo *non dovrebbero essere usate* nel trattamento della schizofrenia. Secondo W. Ver Eecke e la task force dell' International society for Psychological Treatment of Schizophrenia (ISPT) invece tale raccomandazione

deriva da conclusioni basate su un range preoccupantemente ristretto di informazioni e studi che presentano problemi di costrutto, validità interna ed esterna e conclusioni statistiche (W. Ver Eecke, 2003).

Gli studiosi della ISPT evidenziano studi empirici e meta-analitici che contraddicono la raccomandazione del PORT. In effetti la meta-analisi è l'unico metodo statistico disponibile che ci consenta di determinare o meno l'efficacia dei trattamenti psicologici delle psicosi, in letteratura. Dal momento che gli autori del PORT non usano le meta-analisi, diventa impossibile stabilire la qualità della letteratura che hanno utilizzato. Al contrario l'utilizzazione della meta-analisi mostra che esiste una concordanza sul fatto che le psicoterapie (individuale, di gruppo, familiare) sono associate ad un miglioramento globale del funzionamento del paziente con psicosi, secondo alcuni studi persino nel caso in cui non vi sia associato un trattamento farmacologico (Mojtabai et al., 1998; Gottdiener, Haslam, 2002).

La questione più rilevante è individuare quale tipo di psicoterapia risulti più efficace nel trattamento delle psicosi. Sebbene la maggior parte degli interventi psicologici descritti in letteratura utilizzino terapie Cognitivo-Comportamentali, sembrano esserci dati insufficienti a sostegno della superiorità di questo tipo di terapia (Paley, Shapiro, 2002a).

Infatti secondo Paley e Shapiro (2002b) la ricerca sugli interventi psicologici nelle psicosi tiene scarsamente in considerazione due problematiche sempre presenti nella letteratura sulla psicoterapia, specificamente: il paradosso dei risultati equivalenti (differenti modelli di intervento ottengono risultati simili) e l'effetto della fedeltà del ricercatore (fenomeno secondo il quale le ricerche comparative possono essere compromesse dalla devozione del ricercatore ad uno dei modelli indagati).

Dunque risulta molto difficile definire con certezza quale intervento sia maggiormente efficace nel trattamento delle psicosi.

Nell'ambito del dibattito ancora aperto sul trattamento psicoterapico per le psicosi, gli autori presentano un'esperienza di trattamento psicoterapico psicoanalitico di gruppo, con pazienti psicotici, che sostiene la possibilità che l'intervento psicoterapico nelle psicosi rappresenti un metodo benefico e curativo.

Verranno presentate le basi teoriche, la metodologia e la tecnica dell'intervento oltre alle caratteristiche dei partecipanti del gruppo e ad un estratto di intervento terapeutico. Infine saranno discussi i limiti e gli sviluppi possibili di questa esperienza.

BASI TEORICHE E TEORIA DELLA TECNICA

I fattori genericamente terapeutici di un gruppo di psicoterapia sembrano essere correlati al fatto che i pazienti, aiutati dagli altri membri del gruppo, riescono a fronteggiare gli aspetti più concreti e primitivi della propria angoscia (*Angoscia di Morte*) senza esserne trascinati.

Nel caso di pazienti con psicosi o gravi aspetti psicotici la scelta di una terapia in setting di gruppo appare particolarmente indicata in quanto il gruppo offre una presenza d'attaccamento continua e costante nel tempo 'dalle molteplici facce'. Il gruppo in tal senso offre una base affettiva che ha valore nel rafforzare e sostenere il senso di sé dei pazienti. Il sentimento di appartenenza, la sensazione di esser parte di qualcosa, costituiscono un bisogno di base dell'essere umano così come l'esperienza della coesione, della continuità e della vitalità. Lo svilupparsi di un naturale sentimento di appartenenza e l'investimento affettivo che il paziente fa sul gruppo esercitano dunque un effetto benefico, ricompattante e coesivo sul senso di sé del paziente (Correale A., Nicoletti V.).

L'assetto del gruppo di psicoterapia che gli autori presentano si rifà all'Analisi di Gruppo di Bion (Bion W., 1961), in particolare ne riprende le seguenti caratteristiche: 1) lo scopo

del gruppo è far maturare la cooperazione e passare da un livello di difese meno adattive ad un livello di difese più adattive; 2) il gruppo è visto come un insieme; 3) il terapeuta è passivo, non fornisce indicazioni, permette alle dinamiche di svilupparsi senza intervenire; 4) le interpretazioni sono date al gruppo e non al singolo. Nella terapia che viene presentata, il modello proposto da Bion viene alterato in maniera minima, ma significativa. Nel gruppo è prevista la presenza di due terapeuti invece di uno, un terapeuta è dentro la dinamica di gruppo (differentemente dal terzo punto di Bion) mentre l'altro ha un ruolo passivo ed è esterno (siede accanto all'altro terapeuta, senza parlare e scrive il verbale della seduta); la teoria di riferimento è l'Approccio Comunicativo di Langs (Langs R., 1988). La teoria di Langs non utilizza transfert principale e laterale, né sugli assunti di base di Bion, è focalizzata invece sulle percezioni inconsce rivelate dalle narrazioni che si realizzano nel gruppo. Lo scopo dell'uso delle percezioni inconsce è quello di attivare fenomeni di auto-organizzazione che modifichino le difese dei pazienti in senso evolutivo.

L'Approccio comunicativo di Langs (1973, 1974 e successive pubblicazioni) si basa sulla premessa che siano gli stimoli traumatici, attivi nel presente, nel qui e ora della relazione terapeutica, a riattivare catene di traumi appartenenti al passato. La parte traumatica dello stimolo presente -interventi del terapeuta, mancati interventi o gestione della cornice terapeutica e del contesto presente- viene rimossa (secondo il concetto freudiano di rimozione) poiché insopportabile al sistema cosciente e processata da un'altra forma di pensiero, il sistema inconscio. Tali componenti traumatiche della realtà presente vengono espresse quindi in forma spostata e simbolizzata attraverso narrative, racconti o sogni che il paziente verbalizza, (in accordo con ciò che Freud definiva essere la componente inconscia della comunicazione).

Differentemente dal modello psicoanalitico freudiano, per l'Approccio Comunicativo di Langs, o Modello Fortemente Adattivo, i contenuti inconsci della comunicazione, rappresentano percezioni 'corrette' del paziente degli aspetti controtransferali del terapeuta o degli aspetti traumatici presenti nel contesto terapeutico (ad es. aspetti di deviazione presenti nella cornice). Ciascun paziente opera ovviamente una selezione tra i contesti possibilmente traumatici dell'interazione, scegliendo inconsciamente quelli più vicini a catene di traumi già presenti nella sua storia. Questa personale selezione è il transfert secondo Langs. Gli aspetti cui il paziente risponde, rappresentando percezioni veritiere della realtà, divengono vie di accesso per il terapeuta per comprendere le istanze transferali del paziente. Solo dopo aver "ripulito" l'interazione terapeutica da tutto ciò che è non transfert (aspetti traumatici correttamente percepiti da quest'ultimo) secondo Langs, emerge il transfert.

Per comprendere le comunicazioni inconsce Langs segue il percorso inverso a quello operato dai meccanismi di spostamento e simbolizzazione, generalmente osservati nella teoria psicoanalitica. Nella decodifica sistematica e interattiva delle narrative del paziente, alla luce del qui ed ora della relazione terapeutica, Langs crea un processo analitico basato sulla realtà dell'interazione nella terapia.

Per decodificare in modo interattivo le comunicazioni inconsce il terapeuta innanzitutto deve prestare particolare attenzione ai possibili stimoli generativi della narrazione, al contesto adattivo attivo nella terapia. Una volta individuato o ipotizzato il contesto adattivo, il terapeuta ascolta e decodifica le narrazioni alla luce di tale contesto. All'interno delle narrazioni decodificate si trovano i commenti inconsci del paziente sull'interazione terapeutica. Le narrazioni decodificate chiariscono la ragione di eventuali sintomi, malesseri, azioni distruttive fatte o subite, oppure di miglioramenti, svolte evolutive presenti nel materiale portato in seduta dal paziente ("indicatori" secondo Langs).

La decodifica interazionale delle narrative è utilizzata dal terapeuta per validare ogni tipo di intervento, ivi comprese le interpretazioni.

Rimandiamo ad un estratto di una seduta di psicoterapia di gruppo, come esempio delle brevi note di teoria della tecnica esposte.

L'obiettivo di questo lavoro continuo di "ripulitura" dell'interazione terapeutica, nel setting individuale come nel setting di gruppo, è quello di offrire un contesto ed una relazione terapeutica il più aderenti possibile ai bisogni inconsci profondi dei pazienti.

I criteri contenuti nell'Approccio Comunicativo sono fondamentali nella costruzione di un ambiente relazionale favorevole all'evoluzione dei pazienti. Tale evoluzione durante la psicoterapia in effetti può essere spiegata in modo molto accurato dalla nota teoria dei sistemi complessi evolutivi. Da questo punto di vista gli autori propongono di considerare paziente e terapeuta come un sistema. Quando paziente e terapeuta funzionano adeguatamente come sistema questo contiene costantemente due fenomeni principali (Maturana H., Varela F., 1972): l'autorinnovamento (capacità di rinnovare e riciclare di continuo i suoi componenti) e l'autotrascendenza (capacità di superare i suoi confini dando luogo a strutture più evolute e complesse).

Un essere umano, se tutto va bene, nel corso della terapia migliora la propria capacità di auto-organizzazione diventando sempre più abile nel creare organizzazioni che si sostengono sul piano intrapsichico e su quello interattivo con gli altri e l'ambiente fisico. In una terapia che funziona le persone attivano nuove capacità di contribuire al proprio sviluppo (Ford, Lerner, 1992).

Come il bambino necessita dell'interazione costante con gli adulti di riferimento per acquisire nuovi schemi di episodi comportamentali, così il paziente necessita dell'interazione col terapeuta per acquisirli: tali nuovi schemi gli permetteranno, nella migliore delle ipotesi, di uscire dalla condizione di paziente.

Gli autori ritengono che ciò che sembra avere un impatto fondamentale sul paziente, affinché questi possa evolvere, sia il comportamento del terapeuta, e più precisamente: 1) la capacità del terapeuta di rispettare le regole, implicite ed esplicite, ed i confini che sono alla base della relazione di cui lui è il garante; 2) la capacità del terapeuta di ascoltare la comunicazione inconscia del paziente, trattandola come percezione corretta della realtà attuale, e di attenersi alle direttive che il sistema inconscio indica come ottimali per il raggiungimento di un'autonomia evolutiva; 3) la capacità del terapeuta di non debordare nel ruolo di protagonista dell'interazione ma di permanere in quello di condizione necessaria all'evoluzione del paziente.

Vi è scarsa letteratura relativa all'uso dell'approccio comunicativo in un setting di psicoterapia di gruppo con pazienti psicotici. Tuttavia data l'esperienza clinica di lavoro degli autori con questo modello è sembrato possibile applicarne la tecnica alla terapia delle psicosi in un contesto grupale.

CARATTERISTICHE DEL GRUPPO DI PSICOTERAPIA

La scelta degli autori è stata quella di costituire un piccolo gruppo di 5-10 pazienti, aperto (la durata è illimitata, i membri che lasciano il gruppo possono essere sostituiti da nuovi membri) costituito da pazienti eterogenei per disturbo. È stato scelto questo setting perché sembra essere il più adatto per terapie a lungo termine, infatti ogni paziente può utilizzare il gruppo per tutto il tempo che ritiene necessario.

Sono costantemente presenti due co-terapeuti, diversi per genere; entrambi hanno una formazione di tipo psicodinamico psicoanalitico, il livello di esperienza è alto per un terapeuta e medio per l'altro. Ogni seduta ha la durata di due ore di cui un'ora e mezza è dedicata alle libere associazioni e mezz'ora alla restituzione delle dinamiche gruppali, fatta da uno dei terapeuti. Pazienti e terapeuti siedono in cerchio.

I membri del gruppo vengono avvisati dell'eventuale ingresso di un nuovo partecipante con due sedute di anticipo. I partecipanti pagano mensilmente le sedute, il pagamento avviene alla fine della prima seduta del mese. I membri del gruppo sono tenuti al pagamento delle sedute anche nell'eventualità di una loro assenza. Si è deciso di non tollerare ritardi rispetto all'orario di inizio della seduta. I partecipanti in ritardo non possono partecipare al gruppo. Quando un paziente non può essere presente alla seduta o sa che arriverà in ritardo è tenuto a comunicarlo telefonicamente. I pazienti sono tenuti alla riservatezza circa i temi trattati durante le sedute (la composizione del gruppo è coperta dal segreto professionale). Sono scoraggiate frequentazioni fra i membri all'esterno del gruppo, (è opportuno che i membri non abbiano rapporti sessuali fra loro), qualora tali frequentazioni si verificassero dovrebbero essere riportate nella seduta successiva; tantomeno esistono frequentazioni all'esterno del gruppo fra i terapeuti e i membri.

Presentiamo l'estratto dell'ultima seduta di un ciclo di terapia di gruppo (38 incontri) avvenuto nell'arco di tempo di nove mesi. Il gruppo era composto da sette partecipanti (un drop-out, un reinserimento). Tre partecipanti erano maschi, quattro erano femmine, la media dell'età era di 35.7 anni.

Le diagnosi (secondo i criteri del DSM-IV-TR) dei partecipanti erano Disturbo Psicotico Breve (1 paziente), Disturbo Psicotico Breve e Disturbo da Attacchi di Panico (1), Depressione Maggiore, grave con aspetti psicotici congrui all'umore (1), Disturbo Bipolare tipo I (1), Schizofrenia, sottotipo paranoide (1), Disturbo Delirante (1), Anoressia Nervosa, con abbuffate e condotte di eliminazione (1).

Tutti i partecipanti seguivano una terapia farmacologica (i farmaci usati appartenevano alla categoria degli antipsicotici, antidepressivi, stabilizzanti dell'umore, benzodiazepine).

Nessuno dei pazienti seguiva contemporaneamente una psicoterapia individuale.

Il trattamento di psicoterapia di gruppo è uno dei servizi previsti all'interno dell'Istituto, dove i pazienti vengono trattati inizialmente attraverso cure farmacologiche unicamente in regime di Day-Hospital. Alcuni di questi pazienti vengono poi inviati dagli psichiatri curanti a differenti servizi fra cui la psicoterapia analitica di gruppo.

Il gruppo si è svolto in una stanza all'interno dell'istituto, dove i pazienti erano stati curati e dove continuavano ad essere seguiti, periodicamente, per la terapia farmacologica, dopo la dimissione dal Day-Hospital. Nessuno dei due terapeuti del gruppo era stato responsabile di terapie farmacologiche o psicologiche in precedenza per nessuno dei pazienti.

I criteri inclusione dei pazienti nel gruppo prevedevano: 1) presenza di diagnosi di Schizofrenia, Disturbo Psicotico o di altra diagnosi con importanti aspetti psicotici (secondo il DSM-IV-TR); 2) dimissione dal Day-Hospital e continuità terapeutica con il Centro; 3) condizioni di compenso (capacità di lavorare ed assolvere alle attività quotidiane); 4) capacità di condividere e rispettare le regole del gruppo; 5) presenza di motivazione a lavorare sul proprio disagio.

I pazienti effettuavano perlomeno due colloqui di preparazione con entrambi i terapeuti prima di entrare nel gruppo, orientati a presentare il lavoro di gruppo, le regole e a facilitare l'inserimento (Festini W., 1998).

VIGNETTA CLINICA

Gli autori scelgono arbitrariamente di riportare la seconda parte dell'ultima seduta prima delle vacanze estive poiché è quella che più semplicemente si presta ad illustrare il modo di lavorare proposto, essendo anche condizionati dal limite di non poter riportare per esteso il lavoro del gruppo. I partecipanti del gruppo avevano dato il consenso informato per l'uso del

materiale clinico a fini didattici e di ricerca. Le iniziali usate per identificare i partecipanti sono di fantasia.

Alla seduta erano presenti la Sig.ra A (36 anni, con diagnosi di Disturbo Delirante), la Sig.ra P (anni 40, diagnosi di Anoressia Nervosa, con abbuffate e condotte di eliminazione), la Sig.ra S (49 anni, diagnosi di Depressione Maggiore, grave con aspetti psicotici) che arriva con 15 min di ritardo, il Sig. M (44 anni, con diagnosi di Schizofrenia, sottotipo paranoide) e il Sig. L (29 anni, con diagnosi di Disturbo Psicotico Breve e Disturbo da Attacchi di Panico), che arriva con 10 minuti di ritardo; il Sig. N (30 anni, diagnosi di Disturbo Psicotico Breve) telefona avvertendo di un ritardo di 10 minuti ed in realtà non si presenterà alla seduta. Sono presenti il Dr. D coinvolto con il gruppo e la Dr.ssa S che redige il verbale.

A circa la metà del gruppo la Sig.ra A interrompendo un breve silenzio cominciava a parlare dicendo:

Sig.ra A₍₁₎: Io volevo dire che vedo un sacco di energie passare, non so se...le vedo parecchio!

Dr. D₍₁₎: Energie....come luce?

Sig.ra A₍₂₎: Non proprio luce, qualcosa di bianco, mi succede anche a casa.

Dr. D₍₂₎: Ma lei esprime un concetto o vede?...

Sig.ra A₍₃₎: Sentivo a casa che c'era qualcosa che non andava. Via via che vedo le cose che vanno nel verso giusto, vedo fluire sempre di più le energie. Mi dava fastidio vederle venire ed andare via. Invece il discorso energetico dovrebbe essere libero...

Dr. D₍₃₎: Parla di sensazioni o di luci?...

Sig.ra A₍₄₎: Come un fumo, quasi bianco, più trasparente. Quando i discorsi vanno in un certo modo... più vanno in un certo modo e più fluiscono...

Dr. D₍₄₎: Le vede con gli occhi?

Sig.ra A₍₅₎: Sì lo sento e lo vedo. Infatti mi è successo di visualizzare altre cose...come se mi si fosse sviluppato di più. Forse mi si è accentuato...

Dr. D₍₅₎: Sono sensazioni molto particolari...

Sig.ra A₍₆₎: Perché mi si sbloccò qualcosa qui... nel gruppo. Ho visto mia nonna che mi diceva: "devi dare retta a me". Ma non era un sogno. E poi ho iniziato a vedere energie. Ci sono proprio queste energie forti che vedo con gli occhi. Il discorso energetico deve fluire. Come uno muove i discorsi, muove il discorso energetico. E mi dava fastidio.

Dr. D₍₆₎: In effetti ai discorsi si accompagnano sensazioni, emozioni...

Sig.ra A₍₇₎: E più che le cose si mettono a posto e più questa cosa viene fuori.

Sig.ra S₍₁₎: A posto per te?

Sig.ra A₍₈₎: Anche, ma è questione di equilibrio.

Dr. D₍₇₎: Dice anche qui, sta parlando di ora?...

Sig.ra A₍₉₎: Sì, l'ho vista qui.

Dr. D₍₈₎: Certo sono sensazioni, o forse percezioni particolari...

Sig.ra A₍₁₀₎: Quando ero dalla Dr.ssa P. che non lo aveva capito, non ero libera, via via poi mi lasciava più libera. Non capiva che mi doveva lasciare libera...

Dr. D₍₉₎: In che modo avrebbe potuto farlo?

Sig.ra A₍₁₁₎: Lasciandomi libera di dire e fare. Era una sofferenza per me reprimerli...

Silenzio

Dr. D₍₁₀₎: Forse ci potrebbe essere un'analogia fra la Dr.ssa P e me, qui. Invece di lasciarla libera io ho cercato di tradurre queste sue percezioni per gli altri. Siccome sono percezioni particolari, questa percezione non è ordinaria, allora quando lei ce ne ha parlato io mi sono preoccupato di tradurre...

Sig.ra A₍₁₂₎: Più che altro, direi... ho capito il discorso del lavoro qui, però magari sul discorso energetico ci può essere una sofferenza...

Sig.ra S₍₂₎: Ti senti costretta anche da noi? (rivolta agli altri membri del gruppo) Io ho capito che il Dr. D è sempre stato delicato e comprensivo con la Sig.ra A ma non c'è riuscito ad essere chiaro, io non ho compreso!

Sig.ra A₍₁₃₎: Dire cose logiche... però vedere le energie che girano male...

Silenzio

Dr. D₍₁₁₎: Se cerco di capire come si è svolta la questione faccio riferimento alla storia sulla Dr.ssa P Potrei dire che, dal suo punto di vista, io non l'ho lasciata libera. In qualche maniera l'ho fermata. Effettivamente mi rendo conto ora che potrei averlo fatto. L'ho fatto per una mia preoccupazione. Le percezioni di cui parla, e che io credo di capire... mi sono preoccupato di attutirle per il resto del gruppo, perché essendo fuori dall'ordinario non risultano comprensibili. Ho fatto questa operazione di mediazione che non ha, evidentemente, accontentato nessuno.

Sig.ra A₍₁₄₎: Infatti ero abituata con Padre M, facevo delle cose e lui mi diceva: ad ogni azione corrisponde un discorso energetico...

Dr. D₍₁₂₎: Lei ora sta parlando di una relazione a due. Qui il passo che lei fa è ancora più difficile, si tratta di esporre ciò che sente a più persone. Il mio comportamento sarebbe stato diverso se fossimo stati in una situazione a due. Qui ho fatto una operazione di traduzione che ha bloccato lei e non ha reso comprensibile ciò che lei diceva agli altri. Questa operazione è stata una preoccupazione mia. Può darsi...la storia della Dr.ssa P è molto fedele nell'espriamere quello che è accaduto qui.

Sig.ra A₍₁₅₎: Poi volevo dire quello che è successo con la Dr.ssa S. All'inizio del gruppo le ho dato del tu. Non l'ho fatto per un motivo di maleducazione. Era un gioco che si faceva con Padre M di dire "tu-tu", "ciao-ciao". Con questo "ciao ciao", c'erano poi degli scambi energetici. Faceva parte di una parte di me che è giocosa e fa parte di un discorso energetico. Non è che uno da del tu al primo che capita...

Ok, basta... No nulla...E' troppo difficile farsi comprendere.

Sig.ra S₍₃₎: La vedi anche negli oggetti questa energia?

Sig.ra A₍₁₆₎: Più che altro nelle persone, la vedo quando arriva.

Sig.ra S₍₄₎: Ti disorienta ma ti affianca? Come una presenza magari positiva?

Sig.ra A₍₁₇₎: Non c'è niente di negativo, mi fu tolto tutto alla scuola.

[La paziente parla di una scuola di pranoterapia che intraprese e durante la quale avvenne il primo scompenso psicotico, un delirio a tema persecutorio e di influenzamento]

Sig.ra S₍₅₎: Ma se ti fa paura...

Sig.ra A₍₁₈₎: Ma da quando ho visto mia nonna...ho capito che c'è...

Sig. I₍₁₎: Io non ho capito: qual è questa scuola e in che senso ti è stata tolta l'energia negativa?

Sig.ra A₍₁₉₎: Avevo conosciuto questo tipo della città di A, che era un mago ed un ciarlatano, un buco nero, mi aveva sporcata da tanti punti di vista. Alla scuola è stato fatto un lavoro forte. Se non avessi conosciuto (sorridente, rivolgendosi al terapeuta) Padre M...lui ha fatto il suo e poi un'altra persona...Ho avuto una liberazione, lo staccamento di un patto. Una ripulitura. Da rospo che ero, sono venuta fuori io.

Ora intorno a me ci sono cose positive. Don G, l'altra persona, sentiva se c'erano cose negative ed ha sentito solo cose positive. Padre M tendeva a togliere tutto perché mi diceva: devi rimanere concreta. Io tendo ad andare via...

Mi rendo conto che sono fatta male, eh! Quando sento passare le cose, le energie negative, mi incavolo e ne dico di tutti i colori. Non riesco a dire stiamo qui, fermi, tranquilli.

Sig.ra S₍₆₎: Questo Padre sa che vieni qui? Come mai ti sei ritrovata nel bisogno di venire qui?

Sig.ra A₍₂₀₎: Io ho un problema mio. Ho sempre sentito forte la presenza della Madonna. Fa più lei che 100 dottori. Forse dovrei seguire un discorso spirituale...

Sig. L₍₂₎: Per avere una forte fede bisogna avere forza...

Sig.ra A₍₂₁₎: L'ho sempre sentita...o uno spirito guida, una voce che te segui...

Dr. D₍₁₃₎: La Sig.ra S le ha fatto questa domanda che ha un senso. Lei dice "ho un problema mio". Queste percezioni fuori dall'ordinario e proprio per questo hanno bisogno del fatto che lei abbia un collegamento stabile con il presente. I dottori con la spiritualità magari non c'entrano, ma servono come collegamento con la pratica. Queste percezioni possono rappresentare un arricchimento se c'è la possibilità di un aggancio. Lei è qui per creare un collegamento e fa uno sforzo per condividere con gli altri.

Il problema che tutti condividono.....se non trova un senso insieme agli altri diventa una cosa isolata. Ci sono del resto più persone che hanno queste esperienze, possono essere più o meno sofferenti, come ci sono più persone che hanno gli attacchi di panico o la depressione...

L'isolamento causa sofferenza.

Il fatto che esprima queste cose rappresenta lo sforzo di connettersi. Non è facile esprimere parti o sensazioni di sé così private e personali. E' parte della fatica del gruppo, tanto che ci difendiamo anche dandoci dei ruoli...

Prima la Sig.ra S ed il Sig. L discutevano sulle rispettive difficoltà ad iniziare la giornata, una come insegnante di bambini dislessici, l'altro come studente che poteva essere colto improvvisamente dal panico. L'angoscia di andare all'università è diversa da quella di essere insegnante? Uno si trova in realtà con la parte sofferente di sé. Si è tentati di difendersi. In realtà la Sig.ra S stava rappresentando sé stessa, e di conseguenza, il gruppo, come bambina/i dislessica/i, che non sanno capire stimoli e concetti. Si capisce quanto dovesse essere doloroso per loro essere chiamati fannulloni!

Sig.ra S₍₇₎: Sì, sì. Io mi identifico col ragazzino che ha problemi... e non lo gestisco questo fatto. O rivedo me stessa, o qualcuno che mi urta...

Dr. D₍₁₄₎: E' un problema riconoscere la parte "dislessica" che è in lei. Se mi ritenessi immune dalla sofferenza non ce la farei a stare qui. Se la riconosco, la mia sofferenza, posso capire quella degli altri senza allontanarmi o irritarmi.

Sig. L₍₃₎: Se gli attacchi di panico mi fossero venuti per insoddisfazione, perché non ho voglia di riprendere gli studi?

Dr. D₍₁₅₎: Infatti non so se deriva da insoddisfazione. Non è così logica la cosa...

Sig. L₍₄₎: La paura di non essere accettato dal sociale quando in realtà desidero andare nel sociale...

Dr. D₍₁₆₎: Lei vuole andare nel sociale senza la sofferenza. Vorrebbe che il panico le fosse asportato quasi chirurgicamente...e con lei il gruppo. La Sig.ra A, e con lei ancora il gruppo, viene qui per comunicare la sofferenza...

La realtà di questo momento è che si fa fatica ad accostarsi alla sofferenza. L'obiettivo è quello, ma non è un'acquisizione fatta.

Silenzio

Sig.ra S₍₈₎: Una cosa che mi fa...Quanto io sia stata lontana dalla realtà: non accettare la separazione da mio marito. Vivere con una persona e desiderare fosse in un altro modo. Stava lì come un sogno il mio primo amore. Non ho sposato una persona, ma chi pensavo fosse per me. Scoprire che non era l'ideale...E non volevo accettare la fine del rapporto!
Nella restituzione della dinamica verbalizzata la Dr.ssa S commentava:

“Il gruppo in questo punto della seduta si sente in grado di esprimere qualcosa che sembra essere estremamente autentico, non difensivo. Il terapeuta sembra allarmato dall'espressione di questi contenuti. Questo si può notare dagli interventi frequenti con cui puntualizza ciò che il gruppo sta iniziando a verbalizzare. Questo avviene probabilmente perché ciò che il gruppo comincia ad esprimere in questa fase sembra contenere aspetti potentemente regressivi. Infatti un membro del gruppo prova a comunicare un'esperienza fuori dall'ordinario: vedere fluire le energie, vederle venire ed andare via.

Nonostante ciò sembra che il racconto del gruppo, nell'espressione della Sig. A contenga l'esigenza di poter comunicare ciò che realmente il gruppo sente, per quanto straordinario questo sia. Sembra che il terapeuta sia molto preoccupato (e lo manifesta probabilmente attraverso le frequenti verbalizzazioni fatte apparentemente per meglio definire il contenuto portato) dal contenuto caotico dell'esperienza.

E' attraverso un racconto, spostato e simbolizzato che la Sig. A, allora, commenta inconsciamente il comportamento del terapeuta: “Quando ero dalla Dr.ssa P che non lo aveva capito, non ero libera, via via poi mi lasciava più libera. Non capiva che mi doveva lasciare libera...” (A₁₀).

A questo punto sembra che il terapeuta si renda conto, decodificando ed interpretando egli stesso il racconto, di essere di ostacolo all'espressione di contenuti autentici, ma caotici, del gruppo. Il terapeuta fa riferimento alla narrazione leggendola come un'interazione del gruppo con lui stesso, ammettendo ed implicitamente scusandosi di essere stato allarmato da questi contenuti (Dr.D₁₀; Dr.D₁₁).

Sembra che l'intervento del terapeuta sia validato dal gruppo in quanto la successiva associazione parla di un personaggio (Padre M, personaggio presentatosi in precedenza, sempre positivo per la paziente) che sembra capire la connessione tra l'aspetto caotico e il senso della comunicazione (A₁₄).

Successivamente la narrativa del gruppo assimila anche me (Dott.ssa S) alla figura di Padre M, evidenziando una relazione fra la Dott.ssa S ed una parte giocosa del gruppo (A₁₅).

Si osserva poi l'interazione fra diversi membri del gruppo. Sembra esistere una curiosità mista ad un certo timore del gruppo stesso per i suoi contenuti (S₃-L₁).

La Sig. A nell'interazione A₁₉ mette in evidenza aspetti negativi, sporchi, angoscianti, (“era un mago, un ciarlatano, un buco nero, mi aveva sporcato da tanti punti di vista) presenti forse nell'assetto del gruppo e riconducibili ai terapeuti. Secondo il punto di vista Comunicativo Fortemente Adattivo le narrative e le storie riflettono la cornice dell'interazione terapeutica. Tuttavia, nella stessa interazione (A₁₉), sembra anche che un lavoro di “ripulitura” abbia avuto un buon esito. Nella narrativa infatti compare di nuovo il personaggio positivo di Padre M, unito ad un'altra persona che potrebbe essere un riferimento alla Dott.ssa S. Il gruppo da percepirsi come “rospo” sembra passare ad una percezione di sé come qualcosa di più positivo.

Questo permette al gruppo nelle parole della sig. A di connettersi ad una parte sofferente, disadattiva (A₁₉; S₆). Immediatamente però il gruppo fa appello a forze spirituali (A₂₀; A₂₁). Si potrebbe dire che ricomincia ad esprimere la parte caotica di sé. Questo sembra suscitare nuovamente nel terapeuta le angosce precedenti, tanto che vengono fatti frequenti interventi di ridefinizione, coscientemente condivisibili. Egli pare, nel suo ultimo intervento, dare una definizione di ciò che lui stesso coscientemente sta facendo (Dr.D₁₆).

L'ultimo intervento del gruppo, in forma di narrativa, nelle parole della Sig. S (S₈), sembra percepire una difficoltà del terapeuta a rapportarsi con i contenuti reali e non ideali del gruppo e forse la sua difficoltà ad accettare la fine della terapia di gruppo.

CONCLUSIONI E LIMITI

E' interessante notare come questa lettura del materiale clinico metta in evidenza la possibilità che anche pazienti psicotici posseggano una lettura inconscia estremamente accurata dell'interazione nel "qui ed ora". (NB si evidenziano aspetti di controtransfert che sono sempre presenti). Inoltre è opinione degli autori che questo lavoro interpretativo "di ripulitura" possa favorire aspetti creativi ed evolutivi nei paziente psicotici.

Considerata la gravità dei disturbi presentati dai partecipanti, la presenza di indicatori positivi quali: il basso tasso di drop-out (un solo drop-out alla quarta seduta dall'inizio del ciclo), l'assidua frequenza dei partecipanti (due sole assenze da parte di due diversi partecipanti nel corso dell'intero ciclo di sedute), l'assenza di scompensi nella storia clinica dei partecipanti durante la frequenza al gruppo, il sostanziale miglioramento clinico individuale e l'accrescimento della coesione e della consapevolezza nel gruppo, sembrano sostenere la fattibilità e l'utilità di questo intervento.

Gli autori sono consapevoli dei limiti che questo lavoro presenta, in primo luogo la mancanza di uno studio su gli esiti positivi prodotti dall'intervento psicoterapico, secondo, la mancanza di sistemi di verifica, come i test psicometrici, in accordo con i requisiti dell'*outcome research*. Terzo, la mancanza di un gruppo di controllo e di condizioni isolate di trattamento.

Inoltre l'estensione del materiale clinico non ha permesso la resocontazione completa del processo terapeutico del gruppo secondo l'approccio proposto.

Infine la presenza di un sistema codificato di validazione degli interventi terapeutici, interno al modello stesso, può rappresentare oltre che un punto di forza anche un limite (rischio di autoreferenzialità). E' auspicabile dunque esplorare in futuri lavori la validità e l'esito dell'intervento terapeutico con questo tipo di approccio.

Le procedure più utilizzate negli ultimi decenni per la ricerca sui gruppi di psicoterapia sono la ricerca sugli esiti e sulle procedure (Festini, 1998) che richiedono l'utilizzo di un sistema diagnostico standardizzato (DSM IV-TR) e di strumenti diagnostici standardizzati (test).

Gli autori propongono di studiare gli esiti del Modello Comunicativo Fortemente Adattivo con metodi che analizzano le interazioni verbali dei gruppi considerando gli scambi verbali tra i partecipanti ed i terapeuti, come il Metodo di Ulm (Dahl, 1988) o il CCRT di Luborsky (Luborsky, 1990). Questi strumenti sembrano introdurre una quota minore di deviazione dalla cornice terapeutica.

Futuri studi con questi metodi renderebbero possibile confrontare gli esiti del modello proposto con quelli di altri modelli di psicoterapia nel trattamento delle psicosi.

BIBLIOGRAFIA

- BION W. (1961), *Experiences in Groups and other Papers*. Tavistock Publications Ltd.
 CORREALE A., NICOLETTI V. (2001), *Il gruppo in psichiatria*. Edizioni Borla, Roma (p. 28-30).
 DHAL H., KAECHHELE H., THOMAE H. (1988), *Psychoanalytic process research strategies*. Springer-Verlag, Berlin.
 FESTINI W. (1998), *La psicologia dinamica dei gruppi clinici*. Ed. Borla, Roma, (p. 106-109).
 FORD D.H., LERNER R.M. (1992), *Developmental System Theory*. Sage Publication, Inc.
 FUHRIMAN A., PACKARD T. (1986), *Group process instruments: therapeutic themes and issues*. *International Journal of Group Psychotherapy*, 36(3): 399-425.
 GOTTDIENER W.H., HASLAM N.O. (2002), *The benefits of individual psychotherapy for schizophrenic patient: a meta-analytic review*. *Etical Human Science and service*, 4(3).

- LANGS, R. (1973), *The Technique of Psychoanalytic Psychotherapy, I*, J. Aronson, New York.
- LANGS, R. (1974), *The Technique of Psychoanalytic Psychotherapy, II*, J. Aronson, New York.
- LANGS, R. (1976), *The Bipersonal Field*. J. Aronson, New York.
- LANGS, R. (1978), *The listening Process*. J. Aronson, New York.
- LANGS, R. (1979), *The therapeutic environment*. J. Aronson, New York.
- LANGS, R. (1980) *Interactions. The realm of transference and countertransference*. New York, Jason Aronson.
- LANGS, R. (1982a), On becoming communicative psychoanalyst. *Psicoterapia e scienze umane*, 3 (1986): pp. 273-277.
- LANGS, R. (1982b), *Psychotherapy: a basic text*. J. Aronson, New York.
- LANGS, R. (1984a), 'Transference Analysis' and the Communicative Approach. *Psychoanalytic Inquiry*, 4: pp. 465-487.
- LANGS, R. (1984b), The framework of Training of Analysis. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 10:pp. 259-287.
- LANGS, R. (1985), *Madness and cure*. Emerson, NJ: Newconcept Press.
- LANGS, R. (1988), *A primer psychotherapy*. Gardner Press, Inc., New York.
- LANGS, R.J., BADALAMENTI, A. AND CRAMER, G. (1992). The formal mode of the science of Psychoanalysis: studies of two patient-therapist systems. *American Journal of Psychotherapy*, 46:226-239.
- LUBORSKY L., CRITS-CHRISTOPH P., (1990), *Understanding Transference: The Core Conflictual Relationship Theme Method*. APA.
- MATURANA H., VARELA F. (1972), *De maquinas y seres vivos, una teoria sobra la organizaciòn biologica*. Editorial Universitaria, 1972.
- MOJTABAI R., NICHOLSON R.A., CARPENTER B.N. (1998), Role of psychosocial treatment in management of schizophrenia: a meta-analytic review of controlled outcome studies. *Schizophrenia Bulletin*, 24(4): 569-587.
- PALEY G., SHAPIRO D.A. (2002 a), Lesson from psychotherapy research for psychological interventions for people with schizophrenia. *Psychology and Psychotherapy: Therapy Research and Practice*, 75: 5-17.
- PALEY G., SHAPIRO D.A. (2002 b), The continuino potential relevance of equivalence and allegiance to research on psychological treatment of psychosis, *Psychology and Psychotherapy: Therapy Research and Practice*, (75): 375-379.
- VER EECHE W. (2003), The role of psychoanalytic theory and practice in understanding and trating schizophrenia: a rejoinder to the PORT report's condemnation of Psychoanalysis. *The Journal of the American academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 31(1): 11-29.

Di Rubbo R., MD, Psychiatrist, Psychotherapist, Neuroscience Institute. Firenze, Italy
Sogaro E., PhD, Psychologist, Neuroscience Institute. Firenze, Italy
Pallanti S., MD, Psychiatrist, Dean of Neuroscience Institute. Firenze, Italy