



UNIVERSITÀ DELLA VALLE D'AOSTA
UNIVERSITÉ DE LA VALLÉE D'AOSTE

DIPARTIMENTO DI SCIENZE UMANE E SOCIALI
CORSO DI LAUREA IN SCIENZE E TECNICHE PSICOLOGICHE

ANNO ACCADEMICO 2023/2024

TESI DI LAUREA

“L’importanza di non sentirsi soli”

**Nascita e sviluppo della terapia di gruppo e il suo utilizzo nei Servizi Psichiatrici di
Diagnosi e Cura**

Relatore:

Prof. Gasseau Maurizio

Laureanda:

Lacopo Federica

Matricola: 21 D03 327

INDICE

INTRODUZIONE	1
CAPITOLO 1: Fondamenti storici e teorici della terapia di gruppo	5
1.1 La nascita e lo sviluppo della terapia di gruppo	5
1.2 I fattori terapeutici nei gruppi	12
1.3 Il set gruppale	18
CAPITOLO 2: I Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC)	22
2.1 I Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura	22
2.2 Tipologie di trattamento offerte negli SPDC: individuale, di gruppo e farmacologico	25
CAPITOLO 3: La terapia di gruppo presso i Servizi Psichiatrici di diagnosi e cura: inquadramento teorico e applicazioni pratiche	30
3.1 La terapia di gruppo come parte del piano terapeutico nei SPDC	30
<i>3.1.1 Gli elementi compositivi alla base di un gruppo terapeutico: setting e conduttore</i>	
3.2 Tipologie di intervento di gruppo presso il SPDC	36
3.3 Casi di studio: esperienze cliniche e interventi di gruppo	40
<i>3.3.1 Una prima esperienza di intervento cognitivo – comportamentale di gruppo</i>	
<i>3.3.2 Intervento cognitivo – comportamentale di gruppo presso il SPDC di Arezzo</i>	
<i>3.3.3 Il modello di lavoro in gruppo presso il SPDC di Rimini</i>	
<i>3.3.4 Il lavoro di gruppo nel reparto SPDC dell’Ospedale Amedeo di Savoia di Torino</i>	

CONCLUSIONI50

BIBLIOGRAFIA53

Introduzione

Come si inserisce la terapia di gruppo nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura e qual è la sua funzionalità? Perché il gruppo “cura”? Perché è importante che nessuno si senta solo? Nel contesto degli SPDC come contribuisce il gruppo al percorso terapeutico dei pazienti ricoverati? Sono queste le domande che hanno guidato l’elaborato.

L’obiettivo generale del presente lavoro è quello di mostrare come sia nata e si sia evoluta nel corso del tempo la terapia di gruppo, analizzando quelli che sono i suoi elementi costitutivi, e come, in seguito alla nascita dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, si sia gradualmente inserita nella cultura del reparto fino a divenire parte integrante del programma terapeutico. Il focus è rivolto in particolar modo alle modalità con cui la terapia di gruppo viene inserita e utilizzata nei contesti psichiatrici, nello specifico negli SPDC, con la volontà ultima di comprendere, attraverso il supporto di alcuni studi, quali risvolti ha il gruppo sui pazienti psichiatrici ricoverati.

La motivazione che ha portato allo svolgimento di questo lavoro risiede nella volontà di comprendere e far comprendere come spesso il disagio delle persone sia accentuato dal senso di solitudine, isolamento e diversità da cui sono pervasi gli esseri umani, soprattutto coloro che credono che la propria condizione sia unica ed incomprensibile agli occhi degli altri. Senso di unicità e solitudine che si scopre decadere nel momento in cui viene offerto alle persone la possibilità di prendere parte ad un gruppo terapeutico: luogo circoscritto e protetto in cui, interagendo con gli altri e condividendo storie e paure, si prende consapevolezza e si realizza di non essere soli e di poter essere compresi.

L’elaborato è strutturato in tre capitoli, il primo comprende in prima battuta una panoramica sull’excursus storico e teorico che ha portato allo strutturarsi della terapia di gruppo come

strumento a sé, distinto dalla terapia individuale, capace di abbracciare e rispettare la complessità psichica, favorendo la rielaborazione e la comprensione di passaggi mentali primitivi o protomentali (Boccalon, 1999). In questa prima parte del lavoro vengono inoltre analizzati i fattori terapeutici, ovvero le complesse modalità di interazione di esperienze umane che all'interno del gruppo permettono l'attuazione di un mutamento terapeutico (Yalom, Leszcz, 2005), e il set gruppale, ambiente fisico e mentale predisposto al sostegno reciproco, alla riflessione condivisa e alla diffusione dei fattori terapeutici (P. Algisi, 2019).

Il secondo capitolo propone invece una prima analisi in merito alla Legge 180/78, normativa fondamentale che ha permesso una trasformazione radicale in merito al trattamento psichiatrico in Italia. La legge, nota come legge Basaglia, ha infatti abolito le strutture manicomiali e ha promosso il trattamento psichiatrico in un'ottica di cura e non di reclusione, istituendo il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) e il Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) (G. Ercolani, 2015). In sintesi, gli SPDC si propongono come luoghi di cura che, pur essendo temporanei e focalizzati sull'emergenza, cercano di accompagnare i pazienti verso una maggiore consapevolezza di sé, favorendo la rinascita psicologica e sociale (G. Ercolani, 2015) attraverso la promozione di un approccio "bio – psico – sociale che prende in considerazione l'interezza della persona (S. Michelini, M. Gasseau, 2009).

Il terzo e ultimo capitolo si propone invece di analizzare come si inserisce e si struttura un gruppo terapeutico presso il reparto. Il lavoro mira a sottolineare come l'introduzione della terapia di gruppo favorisca la relazione e la comunicazione tra pazienti, rivelandosi essenziale, in quanto permette di affrontare la crisi come un fenomeno relazionale, anziché individuale (R. Di Muro et al., 2009). L'analisi procede e termina con l'esposizione di alcuni lavori di applicazione e ricerca svolti presso SPDC, tutto ciò permettono di rivolgere uno sguardo più diretto e concreto sull'argomento, conducendo ad un'analisi finale di quelli che sono gli effettivi riscontri che il lavoro di gruppo svolto in reparto ha sui pazienti.

*A tutti coloro che
almeno una volta nella vita
si sono sentiti soli e diversi.*

Capitolo 1

Fondamenti storici e teorici della terapia di gruppo

1.1. La nascita e lo sviluppo della terapia di gruppo

Per avviare una riflessione sul gruppo in psicoterapia, è necessario comprendere come questo approccio si sia sviluppato gradualmente a partire dai primi decenni del ventesimo secolo, arrivando a delineare una struttura sempre più chiara. Il primo aspetto da prendere in considerazione è di tipo storico e sociologico, e riguarda il gruppo come forma di relazione tra individui.

L'industrializzazione, iniziata all'inizio del XIX secolo ha contribuito notevolmente nell'aumentare gli scambi sociali e le opportunità di interazione. Questo importante mutamento è stato in grado di creare una nuova configurazione sociale, un nuovo modello di riferimento sia per quanto riguarda le relazioni sociali e sia per le mappe mentali individuali.

In particolar modo sono stati gli Stati Uniti il luogo in cui tali cambiamenti sociali sono risultati marcatamente più presenti ed influenti, tanto da creare il terreno fertile per lo sviluppo dei primi studi sui gruppi. Questo contesto di trasformazioni sociali ha stimolato l'avviarsi di dibattito teorico in merito al rapporto tra la folla, il gruppo e l'individuo.

Riguardo a tale dibattito di rilievo sono le posizioni del sociologo Emile Durkheim che, nel suo celebre lavoro "Il suicidio", sosteneva la presenza di un'evidente e determinante dipendenza dell'individuo rispetto alla società: le variabili sociali erano infatti in grado di influenzare profondamente l'individualità e le scelte personali. Diametralmente troviamo invece le considerazioni della psicologia, la quale, per legittimare sé stessa, tendeva a separare in modo netto la sfera psichica da quella sociale.

I primi approcci al gruppo sono stati di tipo sperimentale, in quanto si rifacevano al pensiero funzionalista e concreto americano che concentrava la sua attenzione sulle dinamiche di adattamento del singolo nel gruppo (Bramucci, 1998).

Ed è proprio in questo senso che si muovono le prime ricerche portate avanti da Kurt Lewin, il quale ha rivoluzionato lo studio sui gruppi (Bertani, Manetti, 2016). Lewin, come riportato nel testo delle due autrici, ha definito il gruppo «come soggetto sociale, in grado di esprimere comportamenti e valori che lo definiscono in assoluta autonomia, come qualcosa di addizionale rispetto alla somma dei suoi membri, con una sua struttura, fini peculiari e relazioni particolari» (Bertani, Manetti, 2016)¹. Sulla base di queste considerazioni Lewin ha tentato di muoversi dal campo sperimentale a quello applicativo attraverso la creazione dei T-group, nati per intervenire positivamente sulla risoluzione di problematiche sociali. Come riportato nel testo di Bramucci «gli obiettivi del T-Group. consistono nell'aiutare i partecipanti a divenire consapevoli delle ragioni per cui sia loro stessi che gli altri si comportano in un certo modo - nei gruppi, oppure di divenire consapevoli della dinamica comportamentale del gruppo» (Bramucci, 1998) ².

Ed è proprio con lo svilupparsi dei T-group che anche la psicoterapia inizia a muoversi nell'ambito dei gruppi. Riprendendo le parole di Bramucci «il gruppo non è più solo un luogo di sperimentazione ma diviene un luogo terapeutico, un luogo di cambiamento» (Bramucci, 1998) ³.

La terapia di gruppo nasce negli Stati Uniti all'inizio del XX secolo, più precisamente nel 1905 con H.J. Pratt, medico di Boston, che per la prima volta utilizzò il set gruppale per curare

¹ Bertani B., Manetti M., (2016). *Psicologia dei gruppi. Teoria, contesti e metodologie d'intervento*. Milano: FrancoAngeli, (p.24).

² Bramucci, A (1998). *Il gruppo e la psicoterapia della 'Gestalt'*. Studi Urbinati, B-Scienze umane e sociali, 68, 845 – 849, (p. 4 – 5).

³ Bramucci, A (1998). *Il gruppo e la psicoterapia della 'Gestalt'*. Studi Urbinati, B-Scienze umane e sociali, 68, 845 – 849, (p.5).

pazienti tubercolotici (C.Neri,1983). Per svolgere tali trattamenti venivano organizzate classi di pazienti: gruppi composti da circa 50 persone che, periodicamente con frequenza regolare, si ritrovavano per discutere riguardo il decorso della propria malattia (C. Neri, 1983).

La conduzione di questo tipo di gruppo veniva affidata al medico, supportato dalla presenza di un'ulteriore figura, quella del "visitatore amichevole": persona che, volontariamente o sotto compenso, si occupava di mediare tra l'istituzione medica, il territorio e il paziente (Vasta, Caputo, 2005).

Pratt nei suoi studi è partito dal presupposto che discutere insieme i problemi emotivi condivisi rappresentasse un importante fattore terapeutico (Boccalon, 1999). Egli riteneva inoltre importante riconoscere l'impossibilità di separare gli aspetti fisici da quelli psichici e considerava la psicoterapia il mezzo mediante il quale le persone erano in grado di influenzarsi positivamente tra loro (Vasta, Caputo, 2005).

Come afferma infatti Neri nell'articolo «la maggiore conoscenza del decorso della malattia, la verbalizzazione e la socializzazione del proprio stato, soprattutto il risalto dato al miglioramento, così come il mettere in comune ansie e fantasie, permisero ai pazienti di ricavare vantaggi» (Neri, 1983)⁴. È stato inoltre possibile osservare come questi trattamenti in gruppo non portassero solo ad un miglioramento delle condizioni fisiche del paziente ma anche ad un cambiamento positivo a livello dell'umore, riconducibile allo stato di coesione che i pazienti erano in grado di creare all'interno di questo contesto (Vasta, Caputo, 2005). Questo era possibile perché tale spazio permetteva ai malati tubercolotici di contrastare l'isolamento a cui la malattia li aveva costretti (Neri, 1983).

⁴ Neri, C. (1983). *Prospettive della ricerca psicoanalitica nel gruppo* (dispense di tecniche di Indagine della personalità). Roma: Edizioni Kappa, (p.1).

Come riportato nell'articolo di Vasta e Caputo «i pazienti affetti da tbc nell'esperienza di condivisione realizzata attraverso il gruppo, scoprivano la possibilità di un cambiamento relativo alla percezione che avevano di sé stessi: da emarginati vittime della malattia a persone interagenti e capaci di socializzazione» (Vasta, Caputo, 2005) ⁵.

Successivamente Pratt, visti gli esiti positivi ottenuti, ha tentato di estendere l'uso di questa tipologia di trattamento anche a pazienti psichiatrici (Neri, 1983).

Questa proposta è stata un primo tentativo di utilizzare il gruppo come strumento terapeutico ed è risultata utile per rintracciare dinamiche che si attivano all'interno di questo setting, ma, nonostante ciò, risultava ancora manchevole di una solida teoria psicologica di riferimento (Vasta, Caputo, 2005). Parallelamente al “metodo delle classi” proposto da Pratt si sono invece sviluppati alcuni trattamenti di gruppo teoricamente orientati, i quali si iniziavano a muovere all'interno di un ambito di riferimento ben definito, quello psicoanalitico (Neri, 1983).

Fu proprio uno psicoanalista americano, T. Burrow, ad utilizzare per la prima volta nel 1925 il termine “analisi di gruppo” (Neri, 1983); gruppo da lui inteso «nel suo significato integrale o inclusivo, cioè come organismo unitario sociale» (T. Burrow, 2009) ⁶. Nonostante il suo orientamento prettamente psicoanalitico molte delle sue teorie si pongono come diametralmente opposte rispetto ad alcune prospettive teoriche classiche; egli infatti, al contrario di quanto sostenuto dalla psicoanalisi, pone l'accento sul ruolo determinante dell'ambiente e non più su quello materno (T. Burrow, 2009). Come sottolineato nel testo di Neri, Burrow affermava che «il luogo e l'ambiente più adeguati per la guarigione di disturbi sorti nel contesto dei rapporti sociali non può quindi essere che il gruppo. La società ammalata,

⁵ Vasta, F.N. Caputo O. (2005). *Introduzione storica alla terapia di gruppo nel trattamento del disturbo anoressico – bulimico*. Funzione Gamma, 14, (p.2).

⁶ Burrow, T. (Ed.) (2009). *Dalla psicoanalisi alla fondazione della gruppoanalisi. Psicologia della “normalità, conflitto individuale e sociale*. Milano: Ipoc Press

il gruppo cura» (Neri, 1983) ⁷. Tale considerazione si deve al fatto che egli considerava il conflitto interno del singolo proprio come sintomo di un conflitto insito all'interno della società. Proprio per queste ragioni ha tentato di espandere l'uso di metodi classici della psicoanalisi individuale proprio ai gruppi, i quali erano da lui ritenuti «dotati di una tendenza primaria rivolta alla solidarietà e all'integrazione» (Vasta, Caputo, 2005) ⁸.

L'obiettivo del trattamento terapeutico proposto da Burrow non era quella di far ottenere al terapeuta un'analisi del gruppo ma, di far ottenere piuttosto al gruppo un'analisi su sé stessi e sugli altri membri che vi partecipavano (T. Burrow, 2009).

Ed è proprio sulla scia del contributo offerto da Burrow e dai suoi scritti che si muovono i primi studi sull'argomento di Foulkes e Bion.

Nello specifico Bion si è approcciato per la prima volta ai gruppi durante la Seconda guerra mondiale, quando gli è stata affidata la direzione di un reparto di riabilitazione presso un ospedale psichiatrico militare (Bion, 1997). In Inghilterra, presso l'ospedale militare di Northfield, Foulkes e Bion hanno infatti iniziato a sperimentare l'uso di pratiche di gruppo con pazienti reduci di guerra. Come riportato nell'articolo di Vasta e Caputo all'interno dell'ospedale: «essi organizzarono i reparti sulla base di una serie di attività pratiche, gestite da piccoli gruppi di lavoro, condotti dagli stessi pazienti» (Vasta, Caputo, 2005)⁹.

In seguito, proprio presso l'ospedale di Northfield, Bion ha incominciato a condurre autonomamente alcuni gruppi terapeutici (Vasta, Caputo, 2005). Quest'esperienza è stata per lui fondamentale perché lo ha portato a non considerare più il gruppo come mero aggregato di

⁷ Neri, C. (1983). *Prospettive della ricerca psicoanalitica nel gruppo* (dispense di tecniche di Indagine della personalità). Roma: Edizioni Kappa, (p.1).

⁸ Vasta, F.N. Caputo O. (2005). *Introduzione storica alla terapia di gruppo nel trattamento del disturbo anoressico – bulimico*. Funzione Gamma, 14, (p.2).

⁹ Vasta, F.N. Caputo O. (2005). *Introduzione storica alla terapia di gruppo nel trattamento del disturbo anoressico – bulimico*. Funzione Gamma, 14, (p.2).

individui condividenti uno spazio fisico ma, bensì come un insieme di persone che condividono il medesimo spazio psicologico (Neri, 1983). Come riportato dalle autrici Vasta e Caputo secondo Bion, infatti, il gruppo è «un'unità sovradeterminata rispetto alla somma dei suoi componenti, dotata di propri funzionamenti e connessa con le esperienze primitive, di distinzione protomentale e di socialità indifferenziata» (Vasta, Caputo, 2005)¹⁰.

Nei suoi scritti Bion racconta come i gruppi si formino a partire dalla volontà delle persone di riunirsi per raggiungere un obiettivo comune, per “fare qualcosa”, per questo motivo l'autore parla di “gruppi di lavoro”. Questo elemento rappresenta l'aspetto del funzionamento mentale del gruppo che riguarda l'obiettivo cosciente. Ma, come sottolinea Bion, la vita mentale di un gruppo è complessa proprio perché è mossa anche da tendenze emotive forti che possono favorire o ostacolare il raggiungimento di tale obiettivo. Bion spiega ciò parlando di assunti di base comuni che, secondo l'autore, guidano i comportamenti dei gruppi. Tali assunti sono: quello di dipendenza, quello di attacco – fuga e infine quello di accoppiamento. Essi possono essere definiti come meccanismi di difesa del gruppo, in quanto hanno l'obiettivo di evitare che le ansie primitive dei partecipanti si manifestino all'interno di esso come tali (Bion, 1997).

Possiamo quindi osservare come si venga a creare un contrasto tra le capacità operative del gruppo di lavoro e quelle del gruppo in assunto di base, questo nella seduta fa sì che prevalga uno dei due aspetti che, nella mente dei membri in realtà coesistono. Come afferma Neri nelle pagine del suo scritto «l'individuo è spinto ad acquisire autonomie emotive e razionali, ad impegnarsi per lo sviluppo delle idee che ritiene adeguate alla realizzazione dell'obiettivo, prova però anche un'attrazione verso situazioni di fusionalità massiva» (Neri, 1983)¹¹.

¹⁰ Vasta, F.N. Caputo O. (2005). *Introduzione storica alla terapia di gruppo nel trattamento del disturbo anoressico – bulimico*. Funzione Gamma, 14, (p.2).

¹¹ Neri, C. (1983). *Prospettive della ricerca psicoanalitica nel gruppo* (dispense di tecniche di Indagine della personalità). Roma: Edizioni Kappa, (p.4).

Gli studi di Bion hanno rappresentato un fondamentale contributo rispetto alla comprensione della vita mentale del gruppo e all'ampliamento dei confini della teoria psicoanalitica (Neri, 1983).

Nel contesto italiano invece il gruppo entra come elemento presso alcuni centri adibiti a pazienti psichiatrici grazie al lavoro svolto da Franco Basaglia il quale, seppur non utilizzandolo ancora come vero e proprio strumento terapeutico, si serve della gruppalità per dar voce e centralità a tutti coloro che fino a quel momento erano visti solo in funzione della loro malattia mentale. Presso l'Ospedale Psichiatrico di Gorizia, dove lavoro come direttore per lunghi anni Basaglia, si iniziano infatti a formare spontaneamente delle "assemblee" che riunivano quotidianamente infermieri, medici e pazienti. Queste riunioni di gruppo vengono definite spontanee proprio perché non prevedevano nessun obbligo di frequenza, tutti erano liberi di accedervi o meno. Le assemblee pur non ponendosi inizialmente in un'ottica terapeutica sfruttavano le dinamiche di gruppo per favorire un confronto aperto e reciproco tra pazienti ed operatori e tra pazienti stessi. L'obiettivo principale promosso da queste riunioni era quello di incentivare la presa di decisioni da parte di tutti coloro che si trovavano presso l'Ospedale Psichiatrico, principalmente da parte dei pazienti, che da questo momento diventano soggetti attivi e dotati di una certa dignità (F. Basaglia, 1968).

Il setting di gruppo ha iniziato così a configurarsi non più come una condizione contingente o emergenziale utile per proseguire la terapia individuale ma, piuttosto come uno spazio privilegiato, in grado di accogliere e rispettare la complessità psichica, facilitando la riattualizzazione e la mentalizzazione di paesaggi mentali primitivi o protomentali (Boccalon, 1999).

1.2 I fattori terapeutici

Nel nostro excursus storico abbiamo osservato come nel corso degli anni si siano susseguiti diversi studi sui gruppi, sulle dinamiche interne ad essi e su come possano essere usati a fini terapeutici. A questo proposito viene spontaneo porsi una domanda, la stessa che ha posto Yalom nelle prime pagine del suo scritto: «in che modo la terapia di gruppo aiuta i pazienti?» (Yalom, Leszcz, 2005) ¹². Secondo l'autore il cambiamento terapeutico risulta essere un processo segnatamente difficoltoso che si verifica mediante la complessa interazione di esperienze umane, a cui viene dato il nome di “fattori terapeutici” (Yalom, Leszcz, 2005). Essi emergono come risultato di azioni coinvolgenti i vari componenti del gruppo: il conduttore, i membri e il gruppo inteso come intero (E. Giusti, L. Salvi, 2015).

Il lavoro più esaustivo in questo ambito risulta sicuramente essere quello svolto da Yalom, il quale, studiando gli elementi che curano nel processo grupppale, è giunto all'individuazione di dodici fattori fondamentali:

- 1) Infusione della speranza
- 2) Universalità
- 3) Informazione
- 4) Altruismo
- 5) Ricapitolazione correttiva del gruppo primario familiare
- 6) Sviluppo di tecniche di socializzazione
- 7) Comportamento imitativo
- 8) Apprendimento interpersonale nelle fasi iniziali
- 9) Apprendimento interpersonale nelle fasi finali
- 10) Coesione di gruppo

¹² Yalom I. con Leszcz M., (2005) *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo. Quinta edizione riveduta e aggiornata.* Torino: Bollati Boringhieri, (p.21).

11) Catarsi

12) Fattori esistenziali

Nonostante essi vengano presentati come differenziati risultano essere tra loro interdipendenti, nessuno funziona o si manifesta senza che vi sia la presenza degli altri. Essi sono intrinseci al processo terapeutico stesso, indipendentemente dal tipo di gruppo all'interno del quale si sviluppa; essi, inoltre, si rinforzano reciprocamente in quanto la realizzazione di uno favorisce l'affermarsi degli altri (Yalom, Leszcz, 2005). Yalom sottolinea anche come tali fattori possano andare a delineare parti diverse del processo di cambiamento: «alcuni agiscono a livello cognitivo; altri agiscono a livello di cambiamenti comportamentali; alcuni agiscono a livello emozionale e altri ancora possono essere descritti in modo più preciso come condizioni preliminari del cambiamento» (Yalom, Leszcz, 2005)¹³. Un'ulteriore necessaria precisazione riguardo i fattori terapeutici è inerente al fatto che essi risultano costrutti arbitrari, trattabili come elementi in grado di fornire una mappa mentale a coloro che si avvicinano all'uso della terapia di gruppo. Detto questo Yalom afferma anche come essi risultino essere l'esito di sue personali esperienze cliniche, «di esperienze terapeutiche di altri colleghi, dei pareri dei clienti il cui trattamento ha avuto esiti positivi, e della ricerca» (Yalom, Leszcz, 2005)¹⁴.

Ma, nonostante ciò, non sono qualcosa di assoluto, per questa ragione nel corso di altri studi sono giunti a definire un insieme differente di fattori.

In questo lavoro è stato però scelto di trattare quelli proposti da Yalom. Di seguito verranno quindi analizzati i fattori terapeutici sopracitati:

¹³ Yalom I. con Leszcz M., (2005) *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo. Quinta edizione riveduta e aggiornata*. Torino: Bollati Boringhieri, (p.22).

¹⁴ Yalom I. con Leszcz M., (2005) *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo. Quinta edizione riveduta e aggiornata*. Torino: Bollati Boringhieri, (p.22).

- Infusione della speranza: infondere e mantenere la speranza è fondamentale in ogni tipo di psicoterapia; la speranza non solo è essenziale per far sì che il paziente porti avanti il suo percorso terapeutico in modo tale che anche gli altri fattori agiscano, ma la fiducia può assumere all'interno di tale processo un vero e proprio valore terapeutico. L'obiettivo è quello che i terapeuti sfruttino al meglio questo fattore per aumentare la fede e la fiducia che i clienti ripongono nell'efficacia del gruppo, fiducia che è fondamentale che sia insita anche nel terapeuta stesso. «La terapia di gruppo non solo trae vantaggio dagli effetti generali delle aspettative positive, ma si giova anche di una fonte di speranza che è specifica della struttura del gruppo» (Yalom, Leszcz, 2005)¹⁵. All'interno dei gruppi terapeutici si trovano persone differenti, posizionate su diversi livelli del percorso: ci sono membri che affrontano attivamente i problemi e altri che risultano invece passivi e incapaci di fronteggiare la propria malattia. I pazienti all'interno del gruppo hanno però l'opportunità di potersi confrontare con quelli che sono i racconti e i vissuti di persone che, proprio come loro, si trovano ad affrontare problemi simili e, nel farlo, sono riusciti a sviluppare delle capacità utili per gestirli efficacemente. Questo confronto può divenire un punto di partenza per aumentare la motivazione e la fiducia che le persone ripongono nel proprio percorso di cambiamento terapeutico.
- Universalità: molti soggetti sono spinti ad intraprendere un percorso di terapia perché convinti di essere soli ed incompresi. Tale convinzione viene ulteriormente rafforzata dalla condizione di isolamento sociale e solitudine a cui spesso le persone portatrici di certi disagi sono relegate. All'interno di un set gruppale è però possibile decostruire tale convinzione mediante il confronto condiviso di pensieri, ansie, paure e problemi. Nel

¹⁵ Yalom I. con Leszcz M., (2005) *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo. Quinta edizione riveduta e aggiornata*. Torino: Bollati Boringhieri, (p.25).

gruppo i singoli si possono nuovamente sentire parte di qualcosa e possono ritrovare un senso di uguaglianza, favorendo in questo modo la coesione e l'accettazione propria e altrui (Yalom, Leszcz, 2005).

- **Informazione:** per Yalom «sotto questa indicazione generica sono compresi sia l'istruzione didattica impartita dai terapeuti sulla salute mentale, sulla malattia mentale e sulle dinamiche psichiche, sia i consigli, i suggerimenti o la guida diretta offerti dal terapeuta e da altri membri» (Yalom, Leszcz, 2005)¹⁶. I consigli risultano essere parte integrante di tutti i gruppi terapeutici. La loro rilevanza non è data tanto dalla tematica riportata, ma più dal fatto che, quando un membro elargisce un consiglio a qualcuno mostra un interessamento nei confronti dell'altro e del processo di cura in cui sono inseriti.
- **Altruismo:** questo quarto elemento riguarda il vantaggio che una persona ottiene in termini di autostima e senso di efficacia personale nel momento in cui scopre di essere stata utile e significativa per qualcun altro. Il gruppo offre un ambiente in cui i partecipanti possono effettivamente sentirsi indispensabili per il progresso collettivo, mettendo alla prova le proprie abilità di vicinanza, conforto e supporto reciproco. Nel corso del processo terapeutico i pazienti si sostengono a vicenda, offrendo aiuto, consigli, riflessioni e rassicurazioni (Yalom, Leszcz, 2005).
- **Ricapitolazione correttiva del gruppo primario familiare:** molti dei pazienti che intraprendono un percorso terapeutico in gruppo sono portatori di storie familiari particolarmente difficili ed insoddisfacenti che fanno sì che il gruppo diventi una sorta di parallelo della propria famiglia. Questo fa sì che i soggetti riversino in un luogo protetto e sicuro come il gruppo terapeutico emozioni e vissuti particolarmente forti.

¹⁶ Yalom I. con Leszcz M., (2005) *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo. Quinta edizione riveduta e aggiornata*. Torino: Bollati Boringhieri, (p.29).

Secondo Yalom infatti «una volta che il disagio iniziale viene superato, è inevitabile che, prima o poi, i clienti interagiscono con il leader e gli altri membri del gruppo in modi che ricordano quelli secondo i quali un tempo interagivano con i genitori e i fratelli» (Yalom, Leszcz, 2005)¹⁷. Il set gruppale diventa quindi un luogo che permette ai membri di rivivere conflitti e dinamiche familiari in modo correttivo, cioè permette loro di osservarli e analizzarli al fine di attuare delle modifiche e dei miglioramenti.

- Tecniche di socializzazione: l'apprendimento della socialità, cioè lo sviluppo delle capacità essenziali per la vita in contesti sociali, risulta essere un fattore terapeutico presente in tutti i gruppi, nonostante ciò, a seconda del tipo di terapia adottata, mutano le abilità insegnate e il carattere esplicito del processo. I pazienti con il tempo si sintonizzano con il processo del gruppo e diventano maggiormente reattivi verso gli altri, acquisendo nuovi metodi per la risoluzione dei conflitti e diventando notevolmente più capaci di sperimentare ed esprimere una corretta empatia (Yalom, Leszcz, 2005).
- Comportamento imitativo: è nelle prime fasi della terapia che il comportamento imitativo risulta essere maggiormente rilevante in quanto, soprattutto i nuovi membri ricerca non negli altri clienti e nel terapeuta qualcuno da poter seguire come modello. All'interno del gruppo tale processo risulta essere maggiormente diffuso in quanto i pazienti non solo sono influenzati dal terapeuta ma, anche dagli altri componenti del gruppo. Come afferma Yalom è attraverso l'osservazione e l'ascolto delle storie degli altri che i partecipanti ai gruppi imparano e attuano un eventuale cambiamento, soprattutto in riferimento al modo in cui vengono affrontate le problematiche che incorrono nella vita. Questo fattore risulta essere particolarmente rilevante soprattutto

¹⁷ Yalom I. con Leszcz M., (2005) *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo. Quinta edizione riveduta e aggiornata.* Torino: Bollati Boringhieri, (p.37).

nelle prime fasi, perché è proprio il momento dell'inserimento quello in cui i nuovi membri ricercano negli altri pari e nel terapeuta qualcuno da prendere come modello.

- L'apprendimento interpersonale nelle fasi iniziali e finali: questo specifico fattore va a sottolineare l'importanza che le relazioni interpersonali rivestono non solo all'interno del gruppo ma, in generale all'interno della società. Il set accoglie numerosi individui differenti tra loro che portano con sé oltre che una serie di problematiche dovute alla condizione in cui si trovano, anche una serie di capacità e risorse che necessitano di essere esplorate. Ed è proprio il gruppo il luogo in cui ciò avviene, esso rappresenta infatti uno spazio in grado di favorire lo sviluppo di scambi interpersonali tra i membri, scambi che permettono agli individui di realizzare le proprie potenzialità e di raggiungere una maggiore consapevolezza (Yalom, Leszcz, 2005).
- Coesione: la coesione non rappresenta solo un fattore terapeutico ma, una condizione necessaria al fine che la terapia si svolga efficacemente. La creazione di un gruppo coeso permette lo svilupparsi degli altri fattori terapeutici, garantendo in questo modo l'esito positivo del processo terapeutico. Tale condizione non solo favorisce l'apertura dei membri del gruppo ma, promuove l'accettazione. Ed è proprio attraverso l'approvazione degli altri che i singoli comprendono di far parte di qualcosa e di non essere più soli ed incominciano ad accettare ed esplorare sé stessi. Inoltre, risulta essere proprio lo svilupparsi di questo fattore ciò che differenzia i gruppi. Come riferisce Yalom nel suo testo «coloro che hanno un maggiore senso di solidarietà o di collettività danno maggiore importanza al gruppo e lo difendono dalle minacce interne ed esterne» (Yalom, Leszcz, 2005)¹⁸, favorendo in questo modo una maggiore continuità terapeutica.

¹⁸ Yalom I. con Leszcz M., (2005) *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo. Quinta edizione riveduta e aggiornata*. Torino: Bollati Boringhieri, (p.79).

- Catarsi: l'apertura emotiva dei membri del gruppo è parte fondamentale del processo; ma, una precisazione importante in merito a tale fattore riguarda il fatto che esso deve sempre essere considerato come complementare ad altri. La catarsi, infatti, risulta essere particolarmente connessa alla coesione. È proprio nel momento in cui i soggetti percepiscono il gruppo come luogo sicuro che lasciano spazio alle proprie emozioni e vissuti più profondi (Yalom, Leszcz, 2005).
- Fattori esistenziali: secondo Yalom questi specifici fattori «sono collegati all'esistenza, ossia al nostro confronto con la condizione umana, un confronto che ci permette di considerare i duri fatti esistenziali della vita: la nostra mortalità, la libertà e la responsabilità di costruire il nostro progetto di vita, la sensazione di solitudine nel ritrovarci soli nell'essenzialità dell'esistenza e la ricerca di un significato» (Yalom, Leszcz, 2005)¹⁹.

1.3 Il set gruppale

Per poter iniziare a parlare di set gruppale è necessario fornire una definizione e, per farlo, utilizzeremo le parole che Pietro Algisì ha riportato nel suo articolo:

«lo spazio gruppale è uno spazio fisico e mentale adatto al mutuo sostegno, alla pensabilità e alla messa in circolo di differenti fattori terapeutici: la condivisione cognitiva ed emotiva della propria sofferenza, il rispecchiamento reciproco, l'attivazione di risonanza inconscie, l'identificazione reciproca e la riduzione dell'ansia e del sentimento di inferiorità» (P. Algisì, 2019)²⁰.

¹⁹ Yalom I. con Leszcz M., (2005) *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo. Quinta edizione riveduta e aggiornata*. Torino: Bollati Boringhieri, (p.127).

²⁰ Algisì, P. (2019). *Terapia di gruppo: il setting gruppale nel trattamento delle dipendenze*. Mission - Open Access, (51), (p.56).

La formazione di questo spazio incomincia ben prima rispetto all'inizio della terapia vera e propria. Il terapeuta che si accinge alla creazione e alla conduzione di un gruppo terapeutico deve infatti preliminarmente definire alcuni aspetti essenziali: quali la durata, la dimensione, la tipologia di gruppo e le tempistiche inerenti agli incontri. In primo luogo, risulta necessario trovare lo spazio più adeguato e favorevole allo svolgimento delle sedute. Il terapeuta deve infatti assicurarsi di fornire al gruppo un posto che disincentivi le distrazioni e al contrario garantisca riservatezza e tranquillità (Yalom, Leszcz, 2005). Una volta definito l'ambiente fisico è necessario procedere con la scelta della tipologia di gruppo da adottare, il conduttore deve infatti valutare se il set/il gruppo sarà aperto oppure chiuso. Un gruppo chiuso è circoscritto, ciò vuol dire che, i partecipanti presenti all'inizio saranno gli stessi che si ritroveranno alla fine; al contrario, un gruppo aperto lascia la possibilità ai membri di entrare ed uscire liberamente dal set. Gli obiettivi e le necessità invece determinano le dimensioni, nel caso specifico di un gruppo terapeutico vengono prediletti gruppi con un minor numero di partecipanti al fine di garantire ai membri un ambiente più intimo in cui si sentono maggiormente sostenuti (J.F. Benson, 1993). La durata e la frequenza degli incontri risultano essere due aspetti particolarmente variabili, fortemente dipendenti da quelle che sono le preferenze del terapeuta e le esigenze del gruppo. Tendenzialmente si è però concordi nel sostenere che la durata ideale di un gruppo terapeutico si aggiri tra gli ottanta e i novanta minuti, in questo modo si garantisce il tempo utile per il riscaldamento, evitando al contempo di far stancare eccessivamente i membri e il terapeuta o di rendere monotona la seduta (Yalom, Leszcz, 2005). Per quanto riguarda invece la frequenza si è soliti riunirsi una volta alla settimana per un arco di tempo che si aggira intorno ai sei mesi (J.F. Benson, 1993).

In seguito alla definizione di tali aspetti, il terapeuta deve dedicarsi alla selezione e alla preparazione dei membri. Per svolgere la selezione risulta necessario che il terapeuta,

preliminarmente, svolga una serie di sedute individuali con coloro che parteciperanno al gruppo. Queste sedute sono utili al conduttore per conoscere i soggetti con cui si interfacerà in seguito e anche per garantire loro uno spazio terapeutico fino all'inizio effettivo della terapia di gruppo (Yalom, Leszcz, 2005). L'altro compito di fondamentale importanza è quello di preparazione del cliente. Tale processo di formazione si svolge con i singoli durante le sedute individuali, come afferma infatti Yalom è importante che durante tali colloqui preliminari i leader raggiungano una serie di obiettivi:

- «1. Aiutare i clienti a riconoscere ed elaborare gli equivoci e le paure e aspettative non realistiche.
2. Anticipare e ridurre l'originarsi di problemi dovuti allo sviluppo della terapia di gruppo.
3. Fornire, inoltre, ai clienti una struttura cognitiva che faciliti una partecipazione efficace del gruppo.
4. Generare aspettative realistiche positive sulla terapia di gruppo» (Yalom, Leszcz, 2005)²¹.

Le ricerche sono giunte a sottolineare il forte impatto benefico offerto da tale preparazione iniziale. Le persone ben formate si mostrano infatti maggiormente in grado di manifestare una pluralità di emozioni e di condividere esperienze personali, tendono ad assumersi maggiori responsabilità nel gruppo partecipando attivamente, risultano essere più apprezzati dagli altri membri e meno ansiosi, si mostrano motivati ed inclini al cambiamento, favorendo in questo modo il raggiungimento degli obiettivi terapeutici (Yalom, Leszcz, 2005).

Dopo aver analizzato la parte più strutturale che porta alla formazione effettiva di un gruppo terapeutico è utile rivolgere l'attenzione su quelli che sono gli aspetti più interni. A tal proposito, di centrale importanza risulta il legame tra paziente e terapeuta, legame che, nella terapia di gruppo, allarga i suoi confini includendo anche la relazione che il cliente instaura con gli altri membri del gruppo (P. Algisi, 2019). In questo spazio è il gruppo, considerato nella sua

²¹ Yalom I. con Leszcz M., (2005) *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo. Quinta edizione riveduta e aggiornata*. Torino: Bollati Boringhieri, (p.327).

interezza, il vero agente di cambiamento. Il terapeuta in questo caso svolge il suo compito in maniera maggiormente indiretta. Egli nella sua posizione deve assicurarsi di: costruire una cultura di gruppo, dotata di norme, utile a garantire un'efficace interazione gruppale e di creare un clima emotivo volto a promuovere sempre l'ascolto, l'empatia e il sostegno reciproco. Ed è proprio mediante la formazione di questo tipo di ambiente che si instaurano in esso tutta una serie di processi e dinamiche cognitive, comportamentali e soprattutto emotive utili per lo sviluppo e l'attivazione dei fattori terapeutici. È infatti nel setting gruppale che le persone si rendono conto di non essere sole e di essere capite, andando così a sviluppare un senso di coesione e appartenenza. La terapia di gruppo rompe l'isolamento e incentiva la condivisione. Essa fornisce in questo modo un ambiente caratterizzato dall'accoglienza e dall'accettazione reciproca da parte di individui condividenti le medesime difficoltà, favorendo la nascita di legami emotivi ed interconnessi che permettono ai singoli di comprendere maggiormente i propri comportamenti e di attivare conseguentemente un processo di cambiamento (P. Algisi, 2019).

Capitolo 2

I Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC)

2.1 I Servizi psichiatrici di diagnosi e cura

«Secondo le norme imposte dalla legge 180/78 il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (S.P.D.C) è il reparto psichiatrico predisposto al trattamento delle acuzie» (G. Ercolani, 2015)²². Per poter definire adeguatamente cosa sono gli S.P.D.C non è sufficiente la definizione appena fornita ma, risulta necessario comprendere cosa è la legge 180 e quali implicazioni ha avuto in ambito psichiatrico. Prima del 1978 tutte le leggi riguardanti la sfera psichiatrica avevano un impianto di carattere prettamente custodiale, facendo venire meno la dimensione di cura e sostegno. L'obiettivo principale risultava infatti quello di proteggere la società, allontanando da essa la parte malata mediante la reclusione e la sorveglianza di coloro affetti da disagio psichico. La legge 180 del 1978 ha rappresentato un passo avanti rivoluzionario in questo ambito, essa prevedeva infatti la chiusura delle strutture manicomiali e l'istituzione del Trattamento Sanitario Obbligatorio. Tale legge è anche comunemente nota come legge Basaglia perché è proprio allo psichiatra Franco Basaglia e al suo operato che si deve la successiva strutturazione di questa normativa. Basaglia ha infatti portato avanti lungo tutto il corso della sua vita lo sviluppo di una psichiatria volta allo smantellamento del manicomio come istituzione totale, voleva infatti poter ridare dignità e diritti ai malati psichiatrici riconoscendoli in quanto persone e non solo in quanto portatori di disagi mentali, ponendo al centro la dimensione di cura e i bisogni delle persone (S. Mauceri, 2017). Basaglia si è infatti dedicato alla costruzione

²² Ercolani, G. (Ed.) (2015). *Oltre il Buio Interventi di gruppo in SPDC e strutture psichiatriche* (I ed.). Roma: Alpes Italia, (p.1).

di strutture cooperative alternative ove i pazienti, mediante lo svolgimento di attività lavorative retribuite, riacquisivano fiducia in sé stessi e conseguentemente un certo livello di autonomia e dignità. Egli è stato in grado di attuare un cambiamento concreto non solo in ambito prettamente psichiatrico ma più ampiamente a livello culturale e sociale.

La legge 180 affida la responsabilità di organizzare e coordinare i servizi di salute mentale alle regioni, affermando inoltre come i trattamenti a livello sanitario debbano essere volontari, prevedendo però l'eventuale obbligatorietà in caso di situazioni particolari. La legge 180 è stata successivamente fatta confluire, insieme agli articoli 33, 34, 35 e 64, all'interno della legge 833 del 23 dicembre 1978 che ha portato all'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (F.M. Avitto, 2018). Nello specifico l'articolo 34 della Legge 833/78 in merito al TSO prevedeva che tale trattamento fosse concretizzato in ambito ospedaliero: «solo se esistano alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non vengono accettati dall'inferno e se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive e idonee misure sanitarie extra ospedaliere» (G. Mandarelli et al., 2012)²³.

Tale trattamento può essere disposto unicamente dal sindaco, il quale riveste l'autorità sanitaria più alta. L'ordinanza può essere avviata solo in presenza di certificazioni mediche attestanti che la persona in questione:

- necessiti di interventi terapeutici immediati a causa delle evidenti alterazioni acute in atto di cui non ne percepisce la gravità;
- si oppone alle cure proposte;
- mostri la necessità di cure tempestive e accurate per cui non risulta sufficiente un ricovero extraospedaliero.

²³ Mandarelli, G., Tatarelli, R., Ferracuti, S., Siracusano, A. (2012). *Il consenso informato e il trattamento sanitario obbligatorio*. *NÓOς*, 1 (1), 43 – 56.

Le condizioni sopracitate devono essere presenti nello stesso momento e l'attestazione medica deve essere svolta da due figure differenti: il medico di famiglia e il medico dell'ASL (S. Signorelli, 2012).

«Ricevute le certificazioni mediche, il Sindaco ha 48 ore per disporre, tramite un'ordinanza, il TSO facendo accompagnare la persona dai vigili e dai sanitari presso un reparto psichiatrico di diagnosi e cura. [...] Il Sindaco ha poi l'obbligo di inviare l'ordinanza di TSO al Giudice Tutelare (entro 48 ore successive al ricovero) per la convalida e il Giudice convalida il provvedimento entro le 48 ore successive (legge 180, art. 3 comma secondo).» (www.ccdi.org, 2019).²⁴

Tale normativa ha a tal proposito indicato i servizi e i presidi extraospedalieri, come centri diurni e comunità, come luoghi adibiti allo svolgimento di interventi preventivi, di riabilitazione e di cura, istituendo parallelamente i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura presso gli ospedali al fine di svolgere la funzione di degenza ospedaliera (G. Ercolani, 2015), facendo in tal modo venire meno la separazione che fino a questo momento persisteva tra malati mentali e malati fisici (M. Boscolo, 2021).

Gli SPDC nello specifico vengono preposti allo svolgimento di ricoveri brevi, durante i quali ci si mobilita per fornire ai pazienti cure immediate per la sofferenza e un inquadramento diagnostico, il tutto finalizzato alla predisposizione di un successivo trattamento terapeutico adeguato (G. Ercolani, 2015). Tali reparti tendono ad avere un numero di posti letto limitati che arriva ad un massimo di venti (G. Ducci, A. Marzano, 2014). I Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura volendosi allontanare dall'ideale classico di psichiatria istituzionale, prettamente improntata al contenimento e alla reclusione, tentano di integrare un modello di tipo "bio – psi – sociale" finalizzato a considerare la persona nella sua interezza. Nel tentativo

²⁴ *Che cos'è il TSO Come tutelare i diritti del cittadino*. Comitato dei cittadini per i diritti umani (CCDU) (p.3), https://www.ccdi.org/sites/default/files/media/pubs/che-cos_e-il-tso.pdf

di dare maggiore centralità ai pazienti, gli SPDC si pongono come obiettivo principale quello di fornire uno spazio in grado di accogliere e contenere il dolore delle persone, mostrando comprensione e vicinanza, riuscendo così a ridare valore alle persone e alla loro sofferenza (S. Michelini, M. Gasseau, 2009). Questo contesto è dunque finalizzato, oltre che al contenimento inevitabile di situazioni emergenziali, a promuovere una maggiore esplorazione di sé stessi volta a far emergere le parti sane dei pazienti, al fine di poterle utilizzare al meglio per ristabilire tutta una serie di relazioni sociali che sono venute meno. Tutto ciò è reso possibile dal lavoro di un'equipe di professionisti che si mostrano interessati a riconoscere e valorizzare l'unicità di ogni singolo paziente. Il SPDC diventa un luogo circoscritto e sicuro in cui diventa possibile rimarginare ferite, ricostruire conflitti e avviare la trasformazione di bisogni incombenti. Riprendendo le parole di Michelini e Gasseau «il ricovero reca quindi in sé l'opportunità di “fare della cultura di reparto la cultura del giro di boa” (Napoletani 1986), luogo in cui la crisi dell'identità arriva al culmine della rottura, da cui tutto può nascere e in cui tutto può morire, verso la quale si tratterà di intraprendere una prospettiva progettuale» (S. Michelini, M. Gasseau, 2009)²⁵. Ed è proprio in questa dimensione che si inserisce l'intervento di gruppo.

2.2 Tipologie di trattamento offerte negli SPDC: individuale, di gruppo e farmacologico

Come affermato precedentemente il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura si occupa della presa in carico di pazienti psichiatrici con crisi acute che richiedono trattamenti medici immediati e ricovero (ASL, 2024). Il servizio Psichiatri di Diagnosi e Cura costituisce uno dei punti più complessi e delicati all'interno del servizio psichiatrico. Il ricovero presso questi reparti risulta essere una fase determinante nel percorso terapeutico dei pazienti.

²⁵ Michelini, S., Gasseau, M. (2009). *Psicoterapia di gruppo nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura*. Milano: FrancoAngeli, (p.34).

L'SPDC oltre a fornire un'assistenza diagnostica e terapeutica mirata al trattamento del disturbo psichico, auspica, tramite la collaborazione di più figure professionali, a promuovere anche una varietà di trattamenti finalizzati a favorire la ri-socializzazione, il potenziamento delle funzioni cognitive e delle abilità di base intaccate, l'integrazione di terapie di gruppo e la ricostruzione dei legami sociali e familiari danneggiati dalla malattia (R.C. Magnotti, 2011).

Data la complessità del disagio portato dai ricoverati in SPDC, esso svolge un duplice ruolo: in primo luogo risulta necessario contenere la crisi e isolare il soggetto, in secondo luogo è altrettanto importante portare avanti un processo di comprensione finalizzato al raggiungimento di una maggiore consapevolezza rispetto al proprio mondo interno. Per garantire il raggiungimento di questi obiettivi il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura integra una molteplicità di interventi.

Il ricovero presso il reparto non rappresenta un punto di arrivo ma, piuttosto un punto di partenza utile al ritrovamento di un equilibrio interno. Per far sì che si possa creare un progetto riabilitativo efficace uno degli elementi principali risulta essere, come sottolineato anche nel capitolo precedente, la creazione di un setting adeguato. Come riportato dagli autori del testo il setting rappresenta «l'insieme di regole che organizzano i comportamenti attraverso i quali l'operatore si esprime in modalità relazionali più idonee ed efficaci per migliorare la qualità dell'intervento» (Casacchia, 1990, come citato in G. Ercolani, 2015)²⁶. Esso rappresenta sostanzialmente l'elemento base sul quale si fonda l'intero trattamento e mediante il quale è possibile creare un legame tra medici e pazienti. Legame grazie al quale i pazienti sentendosi supportati riescono a ridurre e contenere il proprio disagio, individuando successivamente nuove strategie per affrontare la crisi. Il setting e le varie modalità di intervento che in esso si

²⁶ Ercolani, G. (Ed.) (2015). *Oltre il Buio Interventi di gruppo in SPDC e strutture psichiatriche* (1 ed.). Roma: Alpes Italia, (p.9).

sviluppano possono essere pensati come ad un continuum che trova il suo punto di origine nel ricovero ospedaliero e prosegue oltre questa fase mediante diversi livelli di assistenza. È infatti possibile che un ricovero, sia esso obbligatorio o volontario, possa successivamente trasformarsi in degenza presso strutture intermedie come il day hospital, fino ad arrivare a visite ambulatoriali con frequenza progressivamente ridotta (G. Ercolani, 2015).

Come affermato in precedenza le modalità di intervento intraprese all'interno di questi reparti risultano essere molteplici.

In primo luogo, risulta rilevante e necessario l'avvio di interventi farmacologici elaborati volti a contrastare l'emergenza psichiatrica. Data la laboriosità della crisi che porta al ricovero, presso SPDC l'uso di farmaci risulta essere un elemento essenziale della terapia. L'approccio farmacologico è estremamente composito e strutturato e prevede l'uso di farmaci che richiedono supervisione costante. Questo tipo di intervento risulta però essere al contempo fondamentale soprattutto quando si devono fronteggiare complicanze acute. La degenza permette inoltre un monitoraggio continuo rispetto agli effetti che il farmaco ha sui pazienti, è infatti possibile svolgere controlli accurati riguardo ai parametri ematici e funzionali potendo fare affidamento su numerosi professionisti e strumenti diagnostici. In merito ad alcuni quadri psicopatologici specifici tale terapia risulta essere essenziale per tenere sotto controllo situazioni critiche che differentemente richiederebbero interventi più drastici come il contenimento meccanico e l'isolamento. Come ben esplicitato dagli autori del testo

«la terapia farmacologica, dunque, va considerata come un fondamentale supporto sia nell'urgenza che durante il ricovero da mantenere anche dopo la dimissione in quell'ottica di continuità terapeutica che permetta al paziente di affrontare la crisi ed uscirne con nuovi

strumenti e nuove prospettive prevenendo la ricaduta ed evitando il fenomeno del revolving door» (G. Ercolani, 2015)²⁷.

Se da una parte la terapia farmacologica risulta essere uno strumento fondamentale finalizzato soprattutto alla gestione e al contenimento della crisi, dall'altra parte è necessario sottolineare come il ricovero sia mirato anche alla rielaborazione e comprensione dell'angoscia. Ed è proprio per far fronte a questa seconda funzione del progetto terapeutico che il reparto promuove ulteriori e differenti modalità di approccio: colloqui individuali, riabilitazione cognitiva, intervento psicologico individuale o di gruppo.

I colloqui individuali che coinvolgono psichiatra e paziente rappresentano un altro importante elemento terapeutico nelle varie fasi del ricovero. Inizialmente permettono al medico di provvedere alla raccolta anamnestica e al conseguente inquadramento diagnostico, essenziali per l'avvio di un trattamento efficace, successivamente invece possono essere uno strumento in grado di fornire tutta una serie di informazioni secondarie, ma estremamente utili per la comprensione della crisi, riguardanti la storia personale del paziente e la sua sintomatologia (G. Ercolani, 2015).

Frequentemente ad essi si affiancano anche colloqui con i familiari, utili sia per la raccolta anamnestica, e quindi per l'eventuale comprensione di quelle che sono le cause che hanno scatenato l'acuzie, sia per l'individuazione, se presenti, di conflitti familiari. Molto spesso le due tipologie di colloqui vengono fuse insieme perché attraverso questa modalità è possibile comprendere in maniera più approfondita le dinamiche interne al nucleo familiare, rendendo così più facile un eventuale adattamento del progetto terapeutico post acuzie.

²⁷ Ercolani, G. (Ed.) (2015). *Oltre il Buio Interventi di gruppo in SPDC e strutture psichiatriche* (I ed.). Roma: Alpes Italia, (p.14).

I colloqui con lo psichiatra non sono gli unici svolti all'interno del SPDC, essi vengono infatti affiancati anche da interventi psicologici. L'intervento dello psicologo è utile a fornire un quadro più ampio della persona, grazie anche all'utilizzo di test. Questo tipo di approccio si basa fortemente su una terapia del parlare, mirata a far sentire il paziente ascoltato e compreso in una dimensione sicura in cui possono essere indagati aspetti differenti e profondi riguardanti l'individuo in quanto tale e non in quanto mero paziente psichiatrico (M. Sparvoli, S. Di Massimo, 2006).

L'intervento psicologico non va pensato solo in un'ottica individuale ma, anzi, soprattutto in un'ottica grupppale. La scelta di intraprendere la terapia di gruppo in questi reparti è stata pensata soprattutto per permettere ai soggetti ricoverati di condividere la propria storia e di riscontrare in quella degli altri delle similitudini che permettono loro di non sentirsi soli in questo delicato percorso, favorendo in questo modo l'uscita dalla condizione di isolamento a cui inevitabilmente il reparto li pone.

Un altro elemento fondamentale che rende il gruppo importante a fini terapeutici è quello di permettere la riscoperta e la riattivazione di alcune importanti capacità individuali e sociali. Nonostante questa tipologia di trattamento si rifaccia a modalità di conduzione e ad approcci differenti, i suoi utilizzi si sono dimostrati sempre efficaci (G. Ercolani, 2015).

Presso questo reparto si tenta dunque, come affermato dagli autori Michelini e Gasseau nel loro testo, «di offrire un aiuto “intensivo, ma limitato nel tempo” (Hoareau, 1992) che traduca la rottura della comunicazione con se stessi e con il mondo e possa fornire una risposta atta a ristabilire un nuovo equilibrio più efficace e funzionale di quello rotto dello stato di acuzie» (S. Michelini, M. Gasseau, 2009)²⁸.

²⁸ Michelini, S., Gasseau, M. (2009). *Psicoterapia di gruppo nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura*. Milano: FrancoAngeli, (p.37).

Capitolo 3

La terapia di gruppo presso i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura: inquadramento teorico e applicazioni pratiche

3.1 La terapia di gruppo nel SPDC

Come affermato precedentemente il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura è un luogo in cui si intrecciano tra loro una moltitudine di trattamenti, all'interno di questo spazio si tenta di costruire l'accettazione delle cure, si attua una terapia farmacologica finalizzata alla gestione della crisi ma, parallelamente si tenta di delineare anche un percorso terapeutico. Il ricovero ospedaliero, sia esso volontario o obbligatorio, rappresenta un momento fondamentale per il paziente perché delinea un punto di rottura tra il prima e il dopo, permettendo così alla persona di poter ricostruire in maniera diversa la propria vita (G. Ducci, A. Marzano, 2014).

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura ricopre dunque un ruolo ampiamente rilevante nel percorso terapeutico di molti pazienti dal momento che, tale cornice, non offre unicamente un servizio diagnostico e terapeutico mirato alla cura dei disturbi psichici, ma, in maniera più ampia si prefigge l'obiettivo di risanare e rafforzare tutta una serie di legami familiari e sociali che si sono incrinati, affinché essi possano riprendere i propri percorsi di vita con un differente e migliorato equilibrio.

La strutturazione di una diagnosi non mira alla mera attribuzione di un paziente ad una categoria di disturbi ma, risulta funzionale perché permette di comprendere maggiormente il paziente che si ha davanti individuando tutta una serie di elementi di fondamentale importanza (bisogni, risorse, etc.) per l'avvio di un processo di cambiamento idoneo (R. Di Muro et al., 2009).

Come sottolineato anche in precedenza il ricovero presso l'SPDC è rivolto a persone che si trovano ad affrontare una situazione di crisi acuta e, per questa specifica ragione, gli operatori del reparto sono portati a svolgere un compito con funzione definibile di rianimazione.

Con questo specifico termine si tenta di far emergere le caratteristiche specifiche di questa tipologia di intervento che si differenzia da altri per intensità e problematicità, ma, anche per tempistiche, le quali risultano essere delimitate in un arco di tempo relativamente breve. Sono proprio tali elementi a determinare e condizionare la gestione degli interventi e la scelta di specifiche terapie a discapito di altre.

In un contesto in cui vi è urgenza nella richiesta, la risposta da fornire deve infatti essere rapida ed efficace, in quanto è determinante per l'andamento del disagio del paziente. Per tale motivo si tenta di intraprendere una strada finalizzata ad offrire un soccorso intensivo, sebbene temporaneo, che sia in grado di comprendere la frattura della comunicazione interiore e con il mondo esterno e che possa offrire una risposta capace di ripristinare un nuovo equilibrio, maggiormente funzionale ed efficace rispetto a quello che è stato bruscamente compromesso dall'insorgenza improvvisa dell'acuzie (S. Michelini, M. Gasseau, 2009).

Trovandosi in questo specifico ambiente di fronte a pazienti affetti da patologie psichiatriche gravi in fase di crisi acute, la prima risposta necessaria da offrire risulta essere il trattamento farmacologico. Tale intervento risulta essenziale soprattutto vista la brevità del ricovero presso SPDC ma, come dimostrato da numerosi studi, tali farmaci antipsicotici, siano essi di nuova o vecchia generazione, garantiscono solo un abbassamento dell'intensità nel 40% dei casi, lasciando così che la sintomatologia permanga (S. Kapur, 2003). L'intervento farmacologico rappresenta quindi solamente una parte della risposta all'urgenza, quella parte che contrasta la crisi, riducendo l'intensità dei sintomi e delle emozioni contrastanti e intense provate, tentando di prevenire eventuali ricadute future. L'altra parte del trattamento mira invece a promuovere

una comprensione più profonda della crisi e della sofferenza che n'è causa, ricercando in questo percorso le parti sane e le risorse che possono essere nuovamente attivate, dando così la possibilità ai pazienti di costruire nuovi modi di relazionarsi con gli altri e con il mondo, promuovendo uno sviluppo in grado di tenere in considerazione la soggettività di ognuno (G. Ercolani, 2015).

Esplicitati questi elementi risulta quindi necessario comprendere come mai si è giunti a ritenere la terapia di gruppo un approccio terapeutico valido ed efficace presso SPDC.

Rivoluzionandosi la prospettiva in merito alla definizione della crisi, vista non più come evento del singolo ma, bensì come evento che necessita di una specifica contestualizzazione ambientale e relazionale, si modificano anche le ricerche in questo ambito. Inizia quindi a diventare sempre più centrale la dimensione relazionale. Ed è proprio dalla relazione con gli altri, in particolar modo da quella che si instaura con le figure di riferimento lungo l'infanzia, che dipende lo strutturarsi della mente e il suo sviluppo sano o psicopatologico. Questi studi sottolineano quindi l'importanza che riveste la relazione con gli altri per ogni singolo individuo, relazione che diventa centrale nel processo terapeutico e che può stabilirsi tra terapeuta e paziente ma anche tra pazienti stessi. Come riportato nell'opera a cura di Ercolani:

«il tipo di relazione che si instaura tra terapeuta e paziente, ed in gruppo anche fra i pazienti stessi, è dunque uno degli aspetti fondamentali sul quale si concentra l'intervento psicoterapeutico in gruppo, luogo per eccellenza per poter apprendere nuovi modi per occuparsi degli affetti e gestire le relazioni» (G. Ercolani, 2015)²⁹.

Tenendo in considerazione questi elementi è consono considerare la terapia di gruppo un trattamento ampiamente indicato anche a pazienti psichiatrici gravi, essendo l'uomo

²⁹ Ercolani, G. (Ed.) (2015). *Oltre il Buio Interventi di gruppo in SPDC e strutture psichiatriche* (I ed.). Roma: Alpes Italia, (p.38).

naturalmente portato a stare nel gruppo, esso in reparto diventa uno spazio nuovo che rende possibile la cura (R. Carnevali, A. Pratelli, R. Canova, 2006).

La peculiare prospettiva offerta dalla dimensione del gruppo contribuisce, infatti, a delineare un ritratto più esaustivo del paziente, proprio perché il contesto collettivo si avvicina maggiormente alla realtà sociale di tutti i giorni rispetto ad un'impostazione duale. Inoltre, il trattamento di gruppo favorisce un incremento delle interazioni tra i membri dello staff ospedaliero e i pazienti, nonché tra i pazienti stessi (R. Di Muro et al., 2009).

Per i pazienti ricoverati il gruppo rappresenta l'ambiente ideale in cui sperimentare un senso di identità, risonanza affettiva e affinità delle esperienze di vita, cercando di comprendere, quando e dove risulta possibile, le problematiche che hanno intaccato le relazioni interpersonali. L'obiettivo è quello di creare un ambiente favorevole all'acquisizione di una maggiore conoscenza e consapevolezza di sé, permettendo in tal modo alle persone di ristabilire legami sociali interrotti e di acquisire tutta una serie di informazioni utili riguardo la natura della crisi e della malattia. Il gruppo diventa dunque un luogo protetto e circoscritto in cui far fluire naturalmente le proprie emozioni, le quali possono essere contenute, comprese e dunque anche denominate (G. Ercolani, 2015). Tale processo tenta dunque di condurre i pazienti verso l'acquisizione di una maggiore autonomia in grado di consentire loro la riattivazione o l'avvio di una progettualità capace di renderli artefici della propria esistenza. Il tutto è attuabile proprio all'interno di un processo collettivo in cui il paziente si trova a svolgere alternativamente sia il ruolo di partecipante che di promotore (A. Galletti, 2009).

Quando parliamo di terapia, sia essa individuale o di gruppo, parliamo di un servizio. Alcuni degli scopi che tenta di raggiungere questo tipo di terapia in reparto vanno infatti oltre quelli che sono gli obiettivi dell'ospedalizzazione.

La terapia di gruppo viene utilizzata con i pazienti psichiatrici del SPDC al fine di promuovere: la riabilitazione della persona, nel tentativo di garantire nuovamente il suo inserimento sociale (personazione); l'integrazione tra mente e corpo e quindi tra paziente e vita reale (mentalizzazione); una crescita personale che porti alla scoperta di modalità di pensiero originali (empowerment).

3.1.1 Gli elementi compositivi alla base di un gruppo terapeutico: setting e conduttore

Definiti gli obiettivi di tale intervento, un ulteriore elemento da tenere ampiamente in considerazione è quello del setting.

Riferendosi ad un setting automaticamente si pensa a qualcosa di estremamente strutturato, presso il reparto ospedaliero però la struttura classica del set gruppale deve essere adeguatamente adattata a quelle che sono le caratteristiche specifiche di questo luogo.

Presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, infatti, il setting deve tenere in considerazione oltre che le caratteristiche dei pazienti ricoverati anche quelle legate all'organizzazione del reparto e alle indicazioni istituzionali. Come precedentemente riportato, presso l'SPDC si svolgono ricoveri brevi di pazienti in fase acuta, questo vuol dire che si assiste frequentemente ad un turnover di persone che rendono i gruppi in reparto poco stabili. Nonostante ciò, è stato ribadito come il gruppo sia in grado di svolgere un importante ruolo terapeutico e, per tale motivo, risulta necessario che presso il reparto il setting venga tutelato e protetto. Tutelare il set vuol significare, come avviene per ogni gruppo terapeutico, stabilire quelli che sono gli elementi di base di un setting: il luogo in cui si svolge, la cadenza con cui si svolgono le riunioni e la durata delle sedute.

Presso il reparto, proprio per le ragioni sopracitate, diventa centrale la singola seduta dal momento che non si ha la certezza che i pazienti ricoverati possano mantenere continuità nella partecipazione.

Il gruppo in reparto, data la presenza circoscritta del numero di pazienti, risulta essere di piccole dimensioni, aperto, proprio perché si assiste frequentemente al cambiamento di persone, ed eterogeneo in quanto, nonostante i pazienti si trovino a vivere la medesima condizione le loro caratteristiche personali (età, sesso, diagnosi, sintomatologia, livello culturale ed economico, livello di motivazione) risultano essere ampiamente differenziate tra loro.

Al fine che il gruppo risulti funzionale è fondamentale creare un clima particolarmente intimo in cui i pazienti si sentano liberi di raccontare aspetti profondi e personali di sé stessi. Come in ogni gruppo l'obiettivo primario è quello di condividere ma anche di accogliere, ognuno dei partecipanti porta infatti all'interno di questo spazio la propria storia e le proprie emozioni.

Tenendo in considerazione quelle che sono le caratteristiche dei pazienti ricoverati in reparto è utile che il gruppo sia sufficientemente flessibile e comprensivo e lasci, dunque, la possibilità ad ogni singolo membro di entrare ed uscire quando lo ritiene più opportuno.

Per rispettare i membri si adotta un setting circolare, oltre a permettere ai partecipanti di vedersi gli uni con gli altri, permette anche loro di mantenere una certa distanza.

Il tempo è una variabile fondamentale nel gruppo ed in generale in reparto, in quanto i pazienti psicotici acuti faticano a mantenere alta la propria concentrazione per un tempo prolungato, per tale ragione è infatti preferibile optare per una durata limitata che si aggira intorno ai 60 minuti (S. Michelini, M. Gasseau, 2009).

Un altro elemento altrettanto rilevante quando si parla di gruppo terapeutico è rappresentato dal conduttore. In contesto come quello rappresentato dal gruppo nel SPDC, il conduttore riveste un ruolo centrale. Il suo compito primario risulta essere quello di creare un ambiente consono alla terapia di gruppo, in grado di promuovere un senso di sicurezza e sostegno all'interno del quale ogni partecipante si senta a proprio agio nel raccontarsi.

Il conduttore deve svolgere un ruolo attivo in quanto è necessario, soprattutto nelle prime fasi, guidare i pazienti nel processo, offrendo loro sostegno e vicinanza e garantendo ad ognuno di loro un adeguato spazio. È altrettanto importante che i pazienti si sentano riconosciuti e che il loro contributo all'interno del gruppo venga valorizzato. Dovendosi interfacciare con pazienti psichiatrici gravi bisogna assicurarsi che colui che svolge il ruolo di conduttore sia in grado di evidenziare gli aspetti positivi dei comportamenti riportati ma, sia altrettanto capace di contenere e reindirizzare tutta una serie di tensioni e di emozioni forti che possono emergere durante la seduta.

Il conduttore svolge un ruolo delicato e complesso che, per essere svolto al meglio, richiede che esso sia in grado di guadagnarsi la fiducia dei membri del gruppo e di stabilire dei confini, ribadendo però come l'obiettivo ultimo del gruppo sia quello di sostenere, ascoltare e comprendere e non quello di giudicare (G. Ercolani, 2015).

3.2 Tipologie di interventi di gruppo presso il SPDC:

Una volta compreso come la terapia di gruppo si inserisca all'interno dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura è necessario attuare una precisazione in merito al fatto che, parlando di psicoterapia di gruppo non si fa riferimento ad una singola modalità di intervento specifica ma, ad una pluralità di interventi di gruppo. Nel tempo sono infatti emersi numerosi studi riguardanti questo tema (G. Ercolani, 2015).

Stone è uno degli autori che si è occupato di interventi di gruppo con malati psichiatrici, giungendo alla costruzione di un modello psicoterapeutico di gruppo di tipo adattivo/supportivo che prende il nome specifico di "Flessibilità dei Confini di Gruppo". Analizzando le caratteristiche tipiche di questi pazienti è emerso come l'isolamento e il ritiro a cui erano consono rifarsi incidessero negativamente sulla loro partecipazione agli incontri; questo era dato dal fatto che, le persone in tali condizioni, non erano in grado di portare avanti le attività

quotidiane per mancanza di fiducia e di capacità relazionale. Sulla base di questi elementi Stone struttura il suo modello rendendolo flessibile e tentando di creare un punto di incontro tra quelle che sono le richieste del terapeuta e le esigenze del paziente. Ai pazienti viene data infatti l'opportunità di scegliere insieme con il terapeuta e gli altri membri del gruppo la frequenza con cui parteciperanno agli incontri, dando così loro la possibilità di gestirsi autonomamente. Questa caratteristica risulta funzionale nel ridurre il divario insito nel rapporto tra terapeuta e paziente, dando a quest'ultimo la possibilità di manifestare responsabilità e diligenza nei confronti del contratto terapeutico precedentemente stipulato (W.N. Stone, 2001).

In campo italiano negli ultimi anni sono diversi gli interventi di gruppo proposti e applicati in campo psichiatrico, tra questi possiamo trovare: la terapia transitoria ad orientamento psicodinamico promossa da Michelini e Gasseau, l'intervento cognitivo – comportamentale (ICCG) e la psicoanalisi multifamiliare.

Michelini e Gasseau hanno promosso un tipo di psicoterapia definita transitoria, tale terapia in un contesto emergenziale come quello del SPDC risulta essere particolarmente funzionale perché riesce a contrastare l'elemento tempo. Questa specifica tipologia di trattamento si basa sull'utilizzo di un piccolo gruppo con identità propria e unica, finalizzata ad adattarsi adeguatamente alle particolari caratteristiche del reparto. La scelta di utilizzare questo strumento deriva dalla volontà di rispettare il più possibile l'ambiente reale in cui si è inseriti, tentando al contempo di tenere in considerazione anche la normale fisiologia mentale del paziente, utilizzando tecniche in grado di porlo in una condizione a lui confortevole. Questa tipologia di gruppo, al contrario di quella classica, non prevede la partecipazione di un numero fisso di partecipanti ma, al contrario, il numero risulta ampiamente variabile da una seduta all'altra in quanto la permanenza in reparto dei pazienti è breve e la presenza non certa. Il gruppo è quindi aperto e continuativo cioè disponibile indipendentemente dal fatto che esso venga o meno riempito (S. Michelini, M. Gasseau, 2009).

Tali gruppi si caratterizzano inoltre per la strutturazione in fasi, gli autori Hock e Kaufer ne hanno individuate quattro:

1. fase di *climate – setting*: caratterizzata dalla creazione del clima di gruppo;
2. fase di *approach – avoidance*: determina lo stabilirsi delle posizioni individuali dei membri, in riferimento ai ruoli che svolgeranno all'interno del gruppo;
3. fase in cui emergono i *patterns of interaction*, vale a dire i modelli di interazione;
4. fase di *safeguarding behaviour* finale: mira a salvaguardare l'integrità del gruppo, assicurandosi l'adeguato controllo di tutta una serie di comportamenti dei singoli membri che potrebbero risultare minacciosi.

Questa specifica modalità di trattamento garantisce inoltre al clinico di ottenere una visione più ampia dei pazienti. Essi risulta, infatti, essere inseriti in un contesto particolarmente simile a quello della realtà sociale in cui vivono, tale somiglianza garantisce l'emergere di maggiori elementi che permettono così al conduttore di raccogliere informazioni riguardanti «le modalità di interazione e le tendenze transferali di ciascun paziente» (S. Michelini, M. Gasseau, 2009)³⁰.

Proseguendo nell'analisi delle tipologie di interventi di gruppo l'intervento cognitivo – comportamentale (ICCG) ricopre un ruolo centrale. Concentrandosi sul ruolo italiano l'ICCG entra nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura relativamente di recente. L'intervento cognitivo – comportamentale si basa sul modello di trattamento individuale cognitivo comportamentale della psicosi e sul modello di intervento psicoeducativo integrato. Il successo ottenuto dall'applicazione di tali modelli ha successivamente condotto ad un loro riadattamento al fine di poter essere utilizzati in contesti psichiatrici. La scelta di attuare questa tipologia di intervento in gruppi è data dal fatto che essi, oltre a richiedere un numero minore di risorse e a coinvolgere

³⁰ Michelini, S., Gasseau, M. (2009). *Psicoterapia di gruppo nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura*. Milano: FrancoAngeli, (p.40).

un numero maggiore di pazienti, sono capaci di perseguire un doppio e fondamentale scopo. I gruppi migliorano e semplificano infatti la collaborazione tra pazienti, garantendo un aumento delle proprie abilità relazionali e favorendo la normalizzazione delle loro condizioni mediante la condivisione reciproca di storie di vita e sofferenze psichiche. L'ICCG poggia sul modello teorico "stress - vulnerabilità - coping", questo specifico modello «pone l'accento sulla specifica che ogni individuo possiede in relazione allo stress, ossia quella condizione di squilibrio psicobiologico che si crea nel momento in cui le situazioni stressanti (*stressor*) sono eccedenti rispetto alle capacità di farvi fronte, possedute dal soggetto» (F. Veltro et al., 2020)³¹.

Sottolineare l'influenza che gli eventi stressanti hanno nell'insorgenza dei sintomi psichiatrici contribuisce non solo alla normalizzazione dei disturbi ma, anche ad una comprensione più profonda delle loro dinamiche. Il modello offre inoltre ai pazienti una serie di opportunità pratiche per affrontare adeguatamente il proprio disagio psichico, proponendo loro alcune strategie terapeutiche efficaci, tra cui l'uso di psicofarmaci e il riconoscimento dei fattori stressanti che hanno condotto alla crisi. Tale intervento mira a potenziare l'utilizzo delle risorse e delle capacità individuali dei pazienti al fine di attenuare il senso di isolamento e le dannose conseguenze che una visione distorta e negativa del disturbo possono avere sui ricoverati in reparto, favorendo una più profonda e consapevole adesione attiva al trattamento e contribuendo all'evitamento di ricadute future (F. Veltro et al., 2013).

Il modello di psicoanalisi multifamiliare nasce in Argentina, nello specifico a Buenos Aires grazie al lavoro svolto dallo psicoanalista Jorge Garcia Badaracco. Badaracco intorno agli anni Sessanta del Novecento diventa direttore dell'Ospedale Psichiatrico Maschile di Buenos Aires, luogo in cui, per la prima volta, tenta di strutturare un gruppo psicoanalitico multifamiliare

³¹ Veltro, F., Chiarullo, R., Leanza, V., Di Padua, P., Oricchio, I., Addona, F., ... & di Giannantonio, M. (2013). *Descrizione dell'esperienza, dell'efficacia pratica e della diffusione dell'intervento cognitivo-comportamentale di gruppo nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura di Psichiatria*. Rivista di psichiatria, 48(2), 130-139, (p.131).

tramite il coinvolgimento di familiari, pazienti e operatori (A. Narracci, 2022). In Italia tale pratica psicoanalitica si diffonde solamente verso l'inizio degli anni 90', inizialmente come spazio psicoeducativo aperto ai pazienti durante le pause dalle attività ospedaliere. Nel giro di poco tempo questo spazio si allarga ulteriormente consentendo la partecipazione a tutti coloro che ne sentivano l'esigenza, compresi quindi i familiari. In seguito, tale ambiente inizia a strutturarsi e a coinvolgere oltre che pazienti e familiari anche medici e personale ospedaliero, rendendo così tale spazio una vera e propria comunità terapeutica. L'aspetto necessario da tenere in considerazione per il corretto funzionamento del gruppo è quello di assicurare il mantenimento di costanza e continuità nella partecipazione alle sedute.

Il gruppo multifamiliare è un gruppo aperto che consente, e richiede, il coinvolgimento simultaneo di utenti e familiari. L'obiettivo di tale intervento è quello di coinvolgere attivamente pazienti e gruppo familiare per offrire loro supporto e per creare una rete che sostenga il cambiamento di determinati legami figlio – genitori, che si configurano come interdipendenze patologiche (F. Tarallo et al., 2020).

3.3 Casi di studio: esperienze cliniche e interventi di gruppo

In questo paragrafo verranno analizzati alcuni studi inerenti ad interventi di gruppo condotti presso dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura.

3.3.1 Una prima esperienza di intervento cognitivo – comportamentale di gruppo

L'intervento cognitivo comportamentale di gruppo entra nel contesto dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura a partire dall'esperienza svolta a Roma presso il San Filippo Neri, poi successivamente sistematizzata, tramite il delinearci di un manuale, presso il reparto SPDC dell'ospedale di Campobasso. Proprio presso l'SPDC di Campobasso si incominciano ad integrare adeguatamente le cure prettamente farmacologiche ad interventi psicoeducativi,

favorendo un potenziamento reciproco e delineando così un nuovo modello di intervento indirizzato principalmente a pazienti psichiatrici acuti.

All'interno di questi reparti l'intervento cognitivo – comportamentale di gruppo aveva luogo durante la settimana tra le 9.00 e le 11.00 del mattino in quanto, durante lo svolgimento del gruppo, era possibile acquisire materiale e informazioni utili all'équipe medica per la programmazione giornaliera. L'ampio salone del reparto diventava il set presso cui si svolgevano le sedute, all'interno di questo spazio venivano inserite due lavagne dove poter riportare sinteticamente le tematiche trattate e le sedie erano disposte a semicerchio. Le sedute vengono guidate da un conduttore, precedentemente formato dal gruppo di operatori di Campobasso o Arezzo, il quale è affiancato da un co – conduttore e da un piccolo gruppo di altri professionisti che svolgono il compito di osservatori. Come accade durante le terapie di gruppo anche questa prevede alcune fasi fondamentali:

- presentazione generale dei membri del gruppo
- definizione degli obiettivi e delle regole
- riassunto degli argomenti trattati nella precedente seduta
- esposizione del tema giornaliero

Il seguente intervento si serve di numerose tecniche, la più comunemente utilizzata è la maieutica. La maieutica, anche denominata metodo socratico, si basa sulla condivisione reciproca e sull'idea che ogni paziente possieda tutta una serie di strumenti (esperienze e conoscenze pregresse) utili alla comprensione del disturbo e delle possibili soluzioni ad esso. L'esclusione di un metodo tradizionale pone il paziente in una condizione centrale e attiva che favorisce la collaborazione e la comunicazione.

I principali scopi perseguiti dall' ICCG sono due: normalizzare le condizioni dei pazienti ricoverati presso il reparto mediante la condivisione reciproca, dentro il gruppo emergono

infatti storie comuni e simili in grado di eliminano quel senso di diversità ed esclusività che pervade i ricoverati in reparto; rendere il ricovero un momento per quanto possibile positivo, un luogo in cui è possibile attuare una crescita e una riflessione personale (F. Veltro et al, 2013).

3.3.2 L'Intervento cognitivo – comportamentale di gruppo presso il SPDC di Arezzo

Il reparto ospedaliero del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura è presente sul territorio dal 1974 e sin da allora si è orientato coerentemente verso un modello dedito alla promozione della prevenzione, della riabilitazione e della cura dei pazienti psichiatrici ricoverati. I risultati che alcune ricerche in progress hanno mostrato evidenziano un elevato livello di efficienza presso questo specifico SPDC ma, nonostante tale esito, si è proposta e successivamente concretizzata l'attuazione di un intervento cognitivo comportamentale di gruppo. Tale intervento essendo già stato precedentemente utilizzato e sistematizzato è stato possibile formare adeguatamente i membri dell'equipe ospedaliera. L'applicazione del gruppo terapeutico è avvenuta in un arco temporale che va da Maggio del 2004 a Dicembre del 2009 (M. Travi et al., 2010).

Tale approccio cognitivo – comportamentale tenta in primo luogo di promuovere nel paziente un'adesione attiva e consapevole ai trattamenti. Per quanto riguarda gli scopi perseguiti nei confronti dei pazienti il gruppo tenta di contrastare l'isolamento e di promuovere una visione differente e maggiormente positiva nei confronti della propria malattia proprio mediante la condivisione reciproca delle proprie esperienze e storie di vita, auspicandosi di conseguenza un'adesione maggiore e proattiva nei confronti delle cure in modo tale da evitare ricadute future. In ambito prettamente ospedaliero, invece, mediante l'utilizzo del seguente approccio si auspica di raggiungere un livello più elevato di collaborazione tra ricoverati e membri dello staff del reparto, riducendo il burn – out al fine di migliorare sia la degenza dei pazienti che il lavoro svolto dall'equipe.

Come accade in ogni reparto del SPDC per fronteggiare condizioni emergenziali si integrano fra loro una pluralità di trattamenti. L'approccio cognitivo – comportamentale fonda le basi, come precedentemente esposto, sul modello stress – vulnerabilità, ritenendo dunque la comparsa di stati acuti causa di un alto livello di stress tale per cui, le risorse a disposizione dell'individuo risultano non sufficienti a contrastarlo adeguatamente. Il gruppo in questione tenta così, nel breve tempo a disposizione, di fornire ai pazienti strategie di coping utili a fronteggiare eventuali nuove situazioni di crisi. La terapia di gruppo diventa il momento centrale del reparto intorno al quale si struttura l'intera organizzazione del SPDC e del programma terapeutico. L'attività grupपालe si svolge con cadenza infrasettimanale e le sedute, della durata media di novanta minuti, sono tenute in seguito alla riunione mattutina dei membri dello staff di reparto. Il momento pre – gruppo risulta di fondamentale importanza in quanto permette a medici e infermieri di analizzare le informazioni raccolte durante le sedute precedenti, scegliendo così la direzione e il tema da trattare durante il successivo incontro.

Come riportato nello studio condotto dallo Psichiatra Michele Trevi e dal gruppo di medici e infermieri che lo hanno affiancato le sedute terapeutiche di gruppo si articolano in sei fasi:

- la prima fase prevede un momento introduttivo in cui vengono esposti gli obiettivi e i significati;
- la seconda fase si costituisce come un momento di presentazione per i nuovi membri del gruppo;
- la terza fase è dedicata alla restituzione di feed-back inerenti alla precedente seduta;
- la quarta fase riporta un riassunto di tutti gli elementi importanti emersi durante l'incontro precedente;
- la quinta fase riguarda l'esposizione del tema giornaliero;
- la sesta e ultima fase chiude la riunione riassumendo i racconti esposti e ringraziando i partecipanti al gruppo.

Il campione preso in esame comprende tutti quei pazienti che, nell'arco di tempo che va dal 2004 al 2009, hanno preso parte alle sedute terapeutiche di gruppo svolte presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura dell'ospedale di Arezzo. Da questo campione si è scelto inoltre di non escludere nessun paziente per offrire un risultato il più realistico possibile.

Durante lo studio sono stati selezionati cinque indicatori di efficacia:

1. partecipazione dei pazienti agli incontri: i risultati ottenuti dallo studio mostrano come l'84% degli utenti abbiano partecipato ad un numero pari o superiore alle tre sedute;
2. clima presente all'interno del reparto: questo specifico indicatore è stato valutato mediante l'uso di una scala a cinque item messo a punto dall'Istituto Superiore di Sanità. Tala scala di valutazione mirava a misurare il livello di interazione tra pazienti e staff ospedaliero, la presenza o meno di comportamenti bizzarri o violenti. L'analisi dei risultati ha mostrato come per un prolungato arco di tempo, compreso tra il 2006 e il 2009, l'atmosfera percepita presso il reparto era stabile e cooperativa;
3. frequenza della messa in atto di comportamenti aggressivi: mediante i dati è stato possibile osservare una considerevole diminuzione di tali comportamenti, fino a giungere alla totale scomparsa;
4. gradimento espresso da pazienti e membri della famiglia: il livello di soddisfazione è stata possibile valutarlo mediante l'uso di un questionario breve compilato in autonomia da utenti e familiari. Questo specifico questionario è uno strumento valutativo proposto dall'Istituto Superiore di Sanità che si compone di sette items, ognuno dei quali prevede 5 modalità di risposta corrispondenti a cinque livelli di codifica crescenti. Il modulo è stato compilato e restituito dal 71% dei pazienti e i risultati ottenuti sono apparsi sempre particolarmente elevati su ogni item della scala;

5. riammissione presso il servizio: i risultati ottenuti dalla ricerca mostrano una notevole riduzione delle riammissioni presso il reparto, esse scendono infatti da 22 a 14 durante il periodo di svolgimento del gruppo terapeutico (M. Travi et al., 2010).

3.3.3 Il modello di lavoro in gruppo presso il SPDC di Rimini

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura Di Rimini risulta essere un luogo complesso all'interno del quale ci si interfaccia con utenti psichiatrici gravi a cui si devono fornire nel minor tempo possibile tutte le cure necessarie. I trattamenti proposti durante il periodo di ricovero in reparto mirano a garantire cure per le acuzie tramite un servizio terapeutico e diagnostico ma, al contempo, cercano di lavorare con i pazienti sulle risorse a loro disposizione per tentare di riacquisire tutta una serie di relazioni sociali e familiari necessarie per un loro corretto reinserimento nella realtà quotidiana. Come già affermato precedentemente nel corso del lavoro, il SPDC prevede l'integrazione di una pluralità di interventi, tra questi, presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura di Rimini, è stato scelto di inserire anche un approccio terapeutico di gruppo.

Il primo a promuovere l'utilizzo di una terapia di gruppo presso questo reparto è stato il dottor Roncarati, l'obiettivo principale che voleva da lui essere perseguito mediante questa nuova dimensione «era rianimare la funzione empatica e quindi dare innanzitutto il messaggio ai componenti del gruppo, che in loro è presente una vita interiore, che la loro “vita interiore” seppur con maggiore o minore esattezza, può essere compresa perché le persone nella sostanza sono simili» (R. Di Muro, M. Sancini, A. C. Aurigemma, 2009)³².

In un contesto psichiatrico ospedaliero non è possibile adottare dei gruppi terapeutici dalla strutturazione classica ma, è necessario che essi si adattino adeguatamente alle esigenze del

³² <http://www.bleger.org/psicoterapia-di-gruppo-nel-servizio-psichiatrico-di-diagnosi-e-cura-esperienza-di-rimini/>

contesto specifico in cui si attuano. Il gruppo proposto in SPDC deve infatti tenere conto della variazione della numerosità dei pazienti il reparto, il numero di utenti che accedono al set gruppale risulta infatti essere variabile da seduta a seduta, per questo specifico motivo è importante che ogni intervento si concentri sul momento presente. Il fine è quello da garantire ugualmente uno spazio psicoeducativo continuativo che esista indipendentemente dal fatto che esso risulti o meno riempito. In reparto non è inoltre possibile ottenere un classico setting terapeutico, data la complessità e la frammentarietà che caratterizzano il SPDC ma, nonostante ciò, si è tentato ugualmente di offrire agli utenti una dimensione protetta in cui si sentano effettivamente liberi di aprirsi agli altri. Presso il reparto di Rimini la scelta del luogo è infatti ricaduta nella sala pasto, luogo già ampiamente frequentato e conosciuto dai pazienti che, in questo caso viene descritto dagli autori come “piazza del paese”.

Le tempistiche di ogni seduta si aggirano intorno all'ora e si svolgono con cadenza regolare due volte a settimana, nello specifico il martedì ed il giovedì.

Per favorire la partecipazione dei pazienti a questa nuova modalità di trattamento proposta in reparto, lo staff medico di Rimini si è mosso in prima persona per invitare in maniera diretta i pazienti a prendere parte al gruppo terapeutico. Una volta ottenuta la loro partecipazione alle riunioni si tenta di creare fiducia e coesione interna iniziando dalla presentazione di ognuno, comunicando il proprio nome le persone oltre a farsi conoscere dagli altri sono grado di riconoscere a loro stessi di esistere e di avere intorno a loro uno spazio relazionale e affettivo.

Al contrario di quanto spesso avviene durante le prime fasi delle sedute di gruppo, in questo caso specifico si è scelto di non proporre un tema iniziale che guida l'incontro ma, si è scelto di promuovere la spontaneità dei membri facendo in modo che gli argomenti emergessero naturalmente dai loro racconti personali. Questa scelta viene attuata per garantire a tutti gli utenti di sentirsi realmente vicini e toccati dai temi esposti dagli altri, favorendo così un loro

successivo intervento. Il compito specifico insito all'interno di ogni gruppo è quello di condurre ad una condivisione reciproca della propria soggettività.

Questa scelta di non indirizzare inizialmente il gruppo attraverso l'esposizione di un argomento specifico poteva però spesso condurre ad un blocco da parte dei membri del gruppo che, in questo caso venivano adeguatamente reindirizzati e sostenuti dai conduttori in modo tale che la seduta potesse continuare. Il conduttore svolge quindi un ruolo direttivo di sostegno e ascolto attivo.

L'obiettivo perseguito dal gruppo del SPDC di Rimini era dunque quello di promuovere una forte coesione interna in modo tale che tutti i pazienti ricoverati si sentissero parte integrante e fondamentale di qualcosa, in questo caso del gruppo terapeutico e che, avessero così modo di scoprire nuove parti di sé utili a comprendere e successivamente modificare positivamente la propria situazione (R. Di Muro, M. Sancini, A. C. Aurigemma, 2009).

3.3.4 Il lavoro di gruppo nel reparto SPDC dell'Ospedale Amedeo di Savoia di Torino

Presso il reparto dell'Ospedale Amedeo di Savoia di Torino dapprima, intorno agli anni Novanta, con il docente, psicologo e psicoterapeuta Maurizio Gasseau e in seguito con la psicologa e psicoterapeuta analitica Silvana Michelini si sono svolte e si svolgono tutt'ora numerose attività di gruppo con i pazienti psichiatrici ricoverati. All'interno del reparto il gruppo è diventato parte integrante della cultura, elemento fondamentale del trattamento terapeutico capace di seguire il decorso del disagio e di fornire informazioni utili dal punto di vista prognostico e diagnostico, il tutto in un'ottica psicodinamica in grado di porre sempre il paziente in una posizione centrale.

L'attività di gruppo viene preceduta da un pre – gruppo che coinvolge il personale medico ed è finalizzato alla condivisione di informazioni utili in merito alle condizioni dei pazienti e alla situazione presente in reparto.

I pazienti vengono invitati a partecipare tramite invito diretto degli psichiatri, adeguatamente sostenuti dagli infermieri che, pur non facendo parte del gruppo, incentivano i pazienti alla partecipazione. Questa modalità diretta favorisce già un primo ed importante contatto tra medici e pazienti, tende a creare nei pazienti interesse e fiducia in coloro che si sono mostrati interessati al proprio stato d'animo, aumentando così la probabilità che essi partecipino attivamente alle sedute. Nella complessa e frammentata situazione in cui si trovano i pazienti ricoverati presso questo reparto il gruppo si pone come una nuova possibilità, come luogo in cui si tenta di promuovere l'integrazione, la coesione e lo stabilirsi di un nuovo equilibrio.

Mediante questo spazio si tenta di creare nei pazienti una nuova visione di sé, del reparto e delle cure che il reparto offre. La promozione di una nuova e più positiva visione di questa realtà è possibile ponendo sempre il focus sul paziente e sul suo essere un soggetto attivo che, come tale può occuparsi del proprio percorso di cura, divenendo consapevole del proprio disagio ma anche delle proprie potenzialità.

Al termine dello svolgimento della seduta l'équipe medica si riunisce per un post – group. Il post – group rappresenta un momento di fondamentale importanza per il lavoro dell'équipe in reparto. Questo momento di chiusura coinvolge non solo il personale che ha partecipato alla terapia di gruppo ma, anche coloro che non vi prendono parte in quanto risulta utile la condivisione delle informazioni e l'esposizione di più punti di vista, soprattutto in un contesto come quello dell'SPDC che richiede una rapida ed efficace gestione di situazioni emergenziali.

Il post – group, se adeguatamente gestito, può quindi rappresentare una nuova possibilità per il reparto, può divenire «un ulteriore spazio di pensabilità dei e per i pazienti» (S. Michelini, M. Gasseau, 2009) ³³.

³³ Michelini, S., Gasseau, M. (2009). *Psicoterapia di gruppo nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura*. Milano: FrancoAngeli, (p. 123).

Presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura dell'Ospedale Amedeo di Savoia di Torino intorno al 2006 la Psicoterapeuta e conduttrice del gruppo di reparto Silvana Michelini ha inoltre promosso l'inserimento ogni martedì mattina di un nuovo spazio di gruppo definito di comunità. Questo gruppo si pone come momento intermedio caratterizzato da maggiore apertura e fluidità. Al gruppo partecipano i pazienti e tutti gli operatori del reparto, l'obiettivo ultimo è quello di favorire una partecipazione attiva incentrata sulla comunicazione e le relazioni interpersonali, più che sui racconti prettamente personali, nel tentativo di attenuare nei pazienti il forte senso di conflittualità interna che altrimenti persisterebbe (S. Michelini, M. Gasseau, 2009).

Conclusioni

In conclusione, il lavoro svolto è stato capace di evidenziare come gli interventi di gruppo svolti presso i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) rappresentano una componente fondamentale e innovativa del trattamento psichiatrico, capaci di integrarsi efficacemente con le terapie farmacologiche ed individuali promosse all'interno del reparto. In particolar modo le esperienze analizzate di Roma, Campobasso, Arezzo, Rimini e Torino, dimostrano come l'approccio terapeutico di gruppo, nelle sue differenti declinazioni, permetta di favorire non solo una gestione più consapevole della malattia da parte dei pazienti, ma anche la promozione di una dimensione relazionale capace di fronteggiare l'isolamento e il senso di diversità che spesso caratterizzano l'esperienza del ricovero e ancor prima la vita quotidiana dei pazienti psichiatrici.

Attraverso la condivisione di storie personali, la maieutica e altre tecniche terapeutiche, il gruppo diventa uno spazio sicuro e protetto in cui i pazienti possono esplorare e comprendere meglio sé stessi, riscoprendo capacità ed acquisendo nuove competenze utili ad affrontare le proprie difficoltà, prevenendo eventuali ricadute. Inoltre, il coinvolgimento attivo dei pazienti nel processo terapeutico, la creazione di un clima di cooperazione e coesione e l'instaurarsi di un sentimento di fiducia tra il personale medico e i ricoverati risultano essere essenziali per l'effettivo successo di questi interventi. Le evidenze raccolte dai vari casi studio riportati suggeriscono come tali approcci possono non solo migliorare la qualità del ricovero, ma anche ridurre la frequenza delle riammissioni ospedaliere, favorendo un reinserimento maggiormente armonioso e duraturo dei pazienti nella società.

Le prospettive future per la terapia di gruppo nei contesti psichiatrici come quello degli SPDC appaiono promettenti, nonostante gli studi in campo applicativo risultano relativamente recenti,

sono numerosi i possibili sviluppi che potrebbero migliorare ulteriormente l'efficacia e l'accessibilità di questo servizio.

In primo luogo, potrebbe risultare interessante integrare la terapia di gruppo con approcci terapeutici innovativi, come ad esempio la psicoterapia basata sulla mindfulness, la quale potrebbe permettere l'ampliamento delle tecniche utilizzate durante le sedute, promuovendo un miglioramento che non coinvolge solo la parte psichica ma anche quella fisica e spirituale del paziente. La combinazione di tecniche cognitive, emozionali e corporee potrebbe infatti offrire strumenti più complessi capace di affrontare in modo maggiormente mirato e personalizzato alcuni disturbi psichiatrici.

La ricerca futura potrebbe inoltre concentrarsi maggiormente sulle valutazioni in merito agli effetti a lungo termine della terapia di gruppo, al fine di comprendere meglio come questi interventi possano prevenire ricadute e promuovere una stabilità ed un equilibrio più duraturo. Potrebbe inoltre essere promosso un adattamento della terapia più attento nei confronti delle esigenze specifiche di tutti quei pazienti psichiatrici che, a causa di disturbi maggiormente complessi o comorbidità, potrebbero mostrarsi più riluttanti nella partecipazione attiva alle sedute di gruppo.

Infine, un aspetto cruciale per le prospettive future è la messa in atto di modelli di collaborazione interdisciplinare ancora più strutturati, in cui psichiatri, psicologi, infermieri e altri professionisti collaborano non solo durante le sedute di gruppo, ma anche nella pianificazione e gestione dei percorsi terapeutici. Come osservato durante il lavoro l'èquipe medica si ritaglia dei momenti pre e post gruppo terapeutico adibiti proprio al confronto e allo scambio reciproco, nel caso specifico del post gruppo sarebbe necessario valorizzarlo ulteriormente come momento di condivisione in quanto potrebbe svolgere un'importante funzione autocurativa per coloro che, partecipando e conducendo il gruppo, si fanno carico di

una forte emotività. Questo approccio integrato ci si auspica possa migliorare la qualità complessiva delle cure psichiatriche, offrendo ai pazienti un supporto più completo e coerente.

In sintesi, il futuro della terapia di gruppo in ambito dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura si orienta verso una maggiore inclusività, personalizzazione, integrazione di nuovi e differenti approcci terapeutici, con l'obiettivo ultimo di ottimizzare ulteriormente i risultati a lungo termine garantendo un supporto sempre più efficace.

Bibliografia:

Algisi, P. (2019). Terapia di gruppo: il setting gruppale nel trattamento delle dipendenze. *Mission - Open Access*, (51).

Avitto, F. M. (2018). Come è cambiata l'assistenza psichiatrica con la riforma del 1978.

QuotidianoSanità.

Basaglia, F. (Ed.) (2018). *L'istituzione Negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*. Milano:

Baldini+Castoldi

Basaglia, F. (Ed.) (1968). *L'istituzione Negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*. Torino:

Einaudi

Benson, J.F. (1993). *Gruppi. Organizzazione e conduzione per lo sviluppo personale in psicoterapia*. Roma: Sovera Edizioni

Bertani B., Manetti M., (2016). (Ed.) *Psicologia dei gruppi. Teoria, contesti e metodologie d'intervento (Vol. 1)*. Milano: FrancoAngeli

Bion, W.R. (1997). *Esperienze nei gruppi e altri saggi*. Armando Editore

Boccalon R. (1999). "La terapia di gruppo" in *Psicologia Clinica*. Roma: Carrocci

Boscolo, M. (8 novembre 2021). Franco Basaglia e la riforma della psichiatria. *Zanichelli, Aula di Scienze*.

Bramucci, A (1998). Il gruppo e la psicoterapia della 'Gestalt'. *Studi Urbinati, B-Scienze umane e sociali*, 68, 845 – 849.

Burrow, T. (Ed.) (2009). *Dalla psicoanalisi alla fondazione della gruppoanalisi. Psicologia della "normalità, conflitto individuale e sociale.* Milano: Ipoc Press

Caldiera, V., Mazzon, C., Ferrari, B., Imperadore, G., Stegnano, M. (aprile 2011). Colori e giochi in reparto: l'attività riabilitativa in un servizio di diagnosi e cura. *Errepiesse*, 1, 39

Carnevali, R., Pratelli A., Canova, R. (Ed.) (2006). *Pensare il gruppo. Fondamenti e pratica del lavoro di gruppo nel Dipartimento di Salute Mentale, di prossima uscita nelle edizioni.* Milano: ArpaNet

Ducci, G., Marzano, A. (2014). Le attività di gruppo nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura. *Funzione Gamma*, 31.

Ercolani, G. (Ed.) (2015). *Oltre il Buio Interventi di gruppo in SPDC e strutture psichiatriche* (I ed.). Roma: Alpes Italia.

Galletti, A. (2009). Gruppo terapeutico e conflitto. *Narrare i Gruppi*, 2, 17-25.

Giusti E., Salvi L., (2015) *Tecniche per la terapia in e di gruppo. Istruzioni per operatori e utenti.* Roma: Sovera Edizioni.

Kapur, S. (2003). Psychosis as a state of aberrant salience: a framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 160 (1), 13 – 23

Lo Coco, G., Prestano, C., Lo Verso., G. (Ed.) (2008). *L'efficacia clinica della psicoterapia di gruppo.* Milano: Raffaello Cortina Editori.

Magnotti, R. C., Onofrio, S., Goffredi, A., Zabotto, M., Viganò, C. A., & Ba, G. (2011). Riabilitazione psichiatrica in SPDC: applicazione delle tecniche di terapia occupazionale e delle artiterapie nel paziente acuto. *ERREPIESSE*, 5(1), 52-52.

- Mandarelli, G., Tatarelli, R., Ferracuti, S., Siracusano, A. (2012). Il consenso informato e il trattamento sanitario obbligatorio. *NÓOς, 1 (1)*, 43 – 56.
- Mauceri, S. (Ed.) (2017). “Contenere” la contenzione meccanica in Italia Primo rapporto sui diritti negati della pratica di legare coercitivamente i pazienti psichiatrici nei SPDC. *A Buon Diritto Quaderni*, 1, 24 – 27.
- Michelini, S., Gasseau, M. (2009). *Psicoterapia di gruppo nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura*. Milano: FrancoAngeli.
- Michelini, S., Gasseau, M. (2013). *L'incontro terapeutico con il paziente psicotico*. Milano: FrancoAngeli.
- Narracci, A. (2013). *Il gruppo di psicoanalisi multifamiliare*. Funzione Gamma, 31.
- Neri, C. (1983). *Prospettive della ricerca psicoanalitica nel gruppo* (dispense di tecniche di Indagine della personalità). Roma: Edizioni Kappa
- Rossi, S. (2012). Sussurri e grida: riflessioni su follia e libertà nell'ennesimo testo di riforma della legge Basaglia. *Politica del diritto*, 43(2-3), 469-494.
- Signorelli, S. (2012). *Accertamenti e Trattamenti Sanitari Obbligatori (A.S.O e T.S.O)*. ANVU
- Sparvoli, M., Di Massimo, S. (2006). *Lo psicologo in SPDC – Attività e Modelli nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura*. Roma: Alpes Italia.
- Stone, W. N. (2001). Un modello di psicoterapia di gruppo per persone con malattie mentali croniche. *Funzione Gamma*, 4.
- Tarallo, F., Matarrese, A., D'Alessandro, M., Griffo, S., Marino, G., Marazzi, M., ... & Nicolò, G. (2020). Interventi cognitivo-comportamentali di gruppo e psicoanalisi multifamiliare di gruppo in un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura. *Rivista di Psichiatria*, 55(4), 222-226.

Travi, M., Cappuccini, M., Pinzaglia, L., Serafini, U., & Cesari, G. (2010). Valutazione nell'SPDC di Arezzo di "L'Intervento Cognitivo-Comportamentale di Gruppo in SPDC". *Nuova Rassegna di Studi di Psichiatrici*, 1-6.

Vasta, F.N. Caputo O. (2005). Introduzione storica alla terapia di gruppo nel trattamento del disturbo anoressico – bulimico. *Funzione Gamma*, 14.

Veltro, F., Chiarullo, R., Leanza, V., Di Padua, P., Oricchio, I., Addona, F., ... & di Giannantonio, M. (2013). Descrizione dell'esperienza, dell'efficacia pratica e della diffusione dell'intervento cognitivo-comportamentale di gruppo nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura di Psichiatria. *Rivista di psichiatria*, 48(2), 130-139.

Vendittelli, N., Veltro, F., Oricchio, I., Bazzoni, A., Rosicarelli, M.L., Polidori, G., Morisini, P. (2008). *L'intervento cognitivo – comportamentale di gruppo nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura*. Torino: Centro Scientifico Editore.

Yalom I. con Leszcz M., (2005) *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo. Quinta edizione riveduta e aggiornata*. Torino: Bollati Boringhieri.

Zucca, C., Ortolani, E., Frattarolo, S., Aiello, T., Travaglini, G., Cro, F., & Trisolini, A. (2017). Interventi riabilitativi di gruppo nel Dipartimento di Salute Mentale di Viterbo. *Rivista di Psichiatria*, 52(5), 200-207.

Sitografia:

(2019). Che cos'è il TSO Come tutelare i diritti del cittadino. *Comitato dei cittadini per i diritti umani (CCDU)*, https://www.ccdi.org/sites/default/files/media/pubs/che-cos_e-il-tso.pdf

(4 giugno 2024). *Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (S.P.D.C.)*. <https://www.aslto5.piemonte.it/it/attivita/servizio-psichiatrico-diagnosi-cura-spdc>

Di Muro, R., Sancini, M., Aurigemma, C. (8 ottobre 2009). *Psicoterapia di gruppo nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura. L'esperienza di Rimini*. <http://www.bleger.org/psicoterapia-di-gruppo-nel-servizio-psichiatrico-di-diagnosi-e-cura-esperienza-di-rimini/>

Ponzo, K. (febbraio 2019). *Il Flow e il gruppo: una opportunità di sviluppo culturale per le aziende*. https://www.researchgate.net/profile/Keren-Ponzo/2/publication/331149477_Il_Flow_e_il_gruppo_una_opportunita_di_sviluppo_culturale_per_le_aziende/links/5c67d25aa6fdcc404eb46a84/Il-Flow-e-il-gruppo-una-opportunita-di-sviluppo-culturale-per-le-aziende.pdf

