

## DINAMICHE DEI GRUPPI IN CONTESTI ISTITUZIONALI

LEZIONE DEL 18/11/2011

Prof. CLAUDIO NERI

### L'ESPERIENZA DI LAVORO PSICOLOGICO IN TERAPIA INTENSIVA NEONATALE: VERSO LA COSTRUZIONE DI UN MODELLO DI INTERVENTO GRUPPALE

#### Abstract

La **nascita prematura** si inserisce nel ciclo vitale della famiglia come un evento difficile da affrontare. Essa causa una serie di complicazioni, mette in pericolo la vita del bambino e mette a dura prova la normale transizione verso la **genitorialità**. Questo evento può comportare conseguenze a lungo termine ed è particolarmente traumatico: il bambino è più vulnerabile e, in alcuni casi, a rischio di sopravvivenza, l'uso indispensabile dell'incubatrice e l'impiego delle altre cure impediscono il contatto fisico con la madre, le esperienze primarie di attaccamento non seguono lo sviluppo naturale, ai genitori "appena nati", provati e pervasi da una sensazione di incertezza, è richiesta una fiducia incondizionata nell'operato degli specialisti.

Per affrontare questa realtà stressante, nel 2003, su iniziativa di un gruppo di genitori di bambini nati prematuramente (sostenuti dagli operatori sanitari), nacque l'associazione "**Genitin**" (Genitori della Terapia Intensiva Neonatale), che tutt'oggi si occupa dei neonati prematuri ricoverati nel Centro di Terapia Intensiva Neonatale del Policlinico Universitario "Agostino Gemelli" di Roma. Le Dott.sse **Raffaella Girelli** e **Francesca Natascia Vasta** e il Dott. **Antonino Aprea** presentano i contenuti del progetto "**Genitori Appena Nati**", sviluppato negli ultimi anni in collaborazione con l'associazione "Genitin". Si tratta di un progetto terapeutico di **sostegno psicologico** (attraverso un gruppo omogeneo) sia per i genitori che affrontano, o che hanno affrontato, la difficile nascita del loro bambino, sia per il personale sanitario della **TIN** (Terapia Intensiva Neonatale).

Nei loro interventi, le Dott.sse Raffaella Girelli e Francesca Natascia Vasta e il Dott. Antonino Aprea descrivono la complessità dello spazio ospedaliero e i diversi rischi di

disumanizzazione impliciti nella sua organizzazione e mettono in evidenza il ruolo e l'esperienza della psicologia negli ospedali e più particolarmente nei servizi TIN. E' apparso chiaro il legame tra il progetto "Genitori Appena Nati" e le teorie della psicologia delle dinamiche di gruppo.

**Parole chiave:** gruppo, spazio ospedaliero, psicologia in ospedale, campo gruppale, prematurità.

Sono intervenuti:

**Dott.ssa Francesca Natascia Vasta**, psicologa e psicoterapeuta, si occupa di gruppi da diversi anni, iniziando presso la cattedra del prof. Neri; lavora per la rivista "Funzione Gamma", lavora sulle tematiche inerenti la ricerca in psicoterapia di gruppo con la dott.ssa Girelli e, con il dott. Aprea, ha fondato il Centro Specialistico di Psicologia Medica a Roma al quale si è aggiunta poi la dott.ssa Girelli.

**Dott.ssa Raffaella Girelli**, psicologa psicoterapeuta, specialista in psicologia clinica e gruppoanalista, docente incaricato per l'a.a. 2010-2011 del laboratorio di "Tecniche di intervento psicologico sui gruppi" (prof. Neri) presso la Scuola di specializzazione in psicologia clinica dell'università Sapienza. È socio ordinario del Laboratorio di gruppoanalisi di Roma e socio della Società per la ricerca in psicoterapia (SPR Italia). Insieme alla dott.ssa Vasta, si occupa da alcuni anni di ricerca sull'efficacia clinica del trattamento di gruppo a orientamento psicoanalitico. Socio del Centro specialistico di psicologia medica (Roma).

**Dott. Antonio Aprea**

Psicologo psicoterapeuta, gruppoanalista. Co-responsabile del Centro specialistico di psicologia medica, responsabile del training del Laboratorio di Gruppoanalisi di Roma.

## 1. L'ASSOCIAZIONE GENITIN (dott.ssa Vasta)

Il **progetto** presentato si chiama “**Genitori Appena Nati**” (nome scelto dal Dott. Aprea) ed è portato avanti da qualche anno presso il Policlinico Universitario “Agostino Gemelli” di Roma, nel reparto di Terapia Intensiva Neonatale (**TIN**). La realizzazione del progetto, commissionato nel 2007 e avviato nel 2008, è dovuta all’iniziativa dell'**Associazione “Genitin”**. Quest’ultima è nata a Roma nel 2003 per volontà sia dei genitori che avevano transitato con i loro bambini nell’unità di terapia intensiva neonatale, sia del primario e dei medici che ne facevano e ne fanno parte. Il nome dell'associazione deriva dalle iniziali dell’unità operativa di Terapia Intensiva Neonatale (TIN), ma può essere considerato alla stregua di una **parola onomatopeica**, come suggerisce il suono delle macchine (appunto il - *tin!*!) che si sente continuamente quando si entra nel reparto e che suscita evocazioni molto forti.

L’associazione si occupa a 360 gradi dei diversi aspetti implicati in tale lavoro e si propone di:

- **incentivare la formazione tecnico-professionale** degli operatori: ad esempio sono previste delle borse di studio per i medici oculisti che devono specializzarsi nel lavoro coi bambini nati prematuri, spesso ipovedenti;
- **promuovere lo studio e la ricerca scientifica** sulle tematiche concernenti le patologie neonatali e le nascite pretermine;
- **fornire una formazione e un’assistenza** materiale e psicologica ai genitori e ai familiari dei neonati prematuri. Sono stati costruiti due alloggi per i genitori dei bambini ricoverati in TIN in quanto la degenza di alcuni neonati si protrae spesso per mesi e molte famiglie, essendo il Policlinico Gemelli di Roma considerato una struttura all’avanguardia in tale campo, vengono da altre regioni dell’Italia.

## 2. IL PROGETTO GENITORI APPENA NATI (Dott.ssa Vasta)

### **La psicologia in ospedale: obiettivi del progetto.**

Lo **spazio ospedaliero** si configura come uno spazio ben delineato, saturo di dinamiche affettive **inerenti il corpo e le sue sofferenze**. In tutti coloro che entrano in un ospedale, comprese le figure professionali che vi lavorano, sorgono fin da subito fantasie di vita, di morte e di cronicità. La stessa architettura della costruzione suscita diverse fantasie: lo spazio ospedaliero contiene la malattia ed il corpo con i suoi eventuali deterioramenti; contiene le dinamiche emotive, le quali non coinvolgono solo i pazienti ma anche i medici e gli infermieri; contiene la cronicità, intesa come percezione di ripetitività automatica. L'ospedale, infatti, è scandito da ritmi e protocolli disciplinari (messi in atto per salvaguardare chi chiede aiuto) che gli conferiscono un'enorme **rigidità**. Lo spazio ospedaliero può essere rappresentato come una **macchina militare** con apparati, tecnologie, macchinari, regole rigide, rispetto di tempi ed orari; la similitudine sembra ancor più chiara se si pensa ai nomi associabili alla lotta e al conflitto, come "reparti", "divisioni ospedaliere", "primari", "guardie mediche", "gerarchie" (caposala, caporeparto, ecc). Per il malato, quindi, l'ospedale rappresenta da un lato uno **spazio salvifico** perché al suo interno vengono fornite le cure adeguate volte a salvarlo (soprattutto nelle situazioni molto gravi come la prematurità), dall'altro uno **spazio coatto, chiuso**.

La **psicologia in ospedale**, per i malati ricoverati e per il personale, sta diventando una realtà in espansione. L'**accesso dello psicologo alla costruzione ed alla strutturazione di servizi nuovi** è un tema molto complesso da affrontare; infatti, non è così scontato che in un servizio di TIN si preveda e si accolga la figura dello psicologo.

Questo progetto si propone di osservare dall'interno **l'esperienza del lavoro psicologico in ospedale** (nello specifico in TIN) e di organizzarne al meglio gli aspetti teorici e metodologici: lo psicologo, interfacciandosi col medico, con l'infermiere, con il personale ausiliario, deve avere la capacità di leggere i codici che governano questo tipo di organizzazione ospedaliera e di sviluppare una competenza lessicale e di contenuto rispetto al tema predominante, ovvero conoscere le diverse patologie e le dinamiche emotive che ne conseguono.

Il **macroobiettivo** che ci si propone è quello di **far emergere**, oltre alla dimensione organizzativa, la lettura delle **dinamiche** che si instaurano tra tutti coloro che abitano lo

spazio della TIN (équipe, il piccolo paziente, i familiari) attraverso la lente, affettiva ed empatica, degli strumenti psicoanalitici. Altro obiettivo è quello di far emergere e promuovere una **gruppalità**, intesa come un particolare tipo di circolazione di immagini, affetti, idee e teorie, che non si identifica però con le riunioni organizzative. L'ospedale è organizzato in tanti piccoli gruppi ma quelli che vengono promossi ed incentivati sono i gruppi che si formano in base alle necessità e che sono caratterizzati da scambi transitori, da un alto livello di **informalità** e di **confidenzialità**. Questo tipo di gruppalità deve essere assicurata da una **leadership** molto mobile, attenta e stimolante, capace di "accoppiamenti" empatici, non solo con il gruppo ma anche con i singoli.

### **Strutturazione del progetto**

Il progetto è stato diviso in diverse **fasi**:

**A.** Una **fase conoscitiva**, che consiste nell'osservazione, rilievo e analisi dei bisogni dei genitori dell'Associazione attraverso colloqui psicologici individuali, di coppia, e *focus group*.

**B.** Lo **sviluppo dei servizi** relativi allo spazio psicologico: all'inizio con consulenze singole alle coppie e poi con gruppi di ascolto e condivisione dei genitori. È inoltre previsto il gruppo settimanale con gli operatori;

**C.** Una **fase valutativa** per valutare la qualità di ciò che si fa

**D.** La **ricerca** e la **promozione** del progetto nel sociale.

L'intervento consiste in:

- **Colloqui con genitori in reparto**: gli operatori presenti in TIN, settimanalmente, conoscono i genitori facendo un colloquio informale che serve per agganciarli e invitarli alle consulenze di coppia o al gruppo;
- **Psicoterapia di coppia**, quando reputata necessaria, sulla base dello screening effettuato attraverso colloqui in reparto e incontri di gruppo;
- **Colloqui di sostegno con i genitori dimessi da tempo** e che richiedono un supporto all'Associazione;
- **Gruppo di sostegno** per i genitori con frequenza settimanale;
- **Gruppo con gli operatori** del reparto sanitario, anch'esso con frequenza settimanale;

- **Supervisione del progetto**, partita prima che iniziasse il progetto stesso, in collaborazione con la Dott.ssa Lilia Baglioni;
- **Sostegno agli operatori**, nel supporto di una ricerca-intervento inerente la riorganizzazione dei colloqui medico-infermieristici. Prima tali colloqui erano fatti da due medici, ora da tutti i medici del reparto.

### La “triade prematura”

Un **parto pretermine** (o prematuro) è definito come un parto il cui travaglio ha luogo tra la **20<sup>a</sup> e la 37<sup>a</sup> settimana** di gestazione. La durata media di una gravidanza è di 40 settimane (circa un terzo dei parti avviene prima); un neonato nato tra la **37<sup>a</sup> e la 42<sup>a</sup> settimana** gestazionale è considerato un **neonato a termine**.

Nascere prima significa andare incontro ad una serie di complicazioni post-partum. Il raggiungimento di almeno 37 settimane di gravidanza è fondamentale ai fini della maturazione biologica di alcuni organi. Ciò comporta che un bambino nato prematuramente può incontrare diversi problemi di adattamento alla vita extrauterina, complicazioni che riguardano patologie multivariate: il neonato molto prematuro ha delle **difficoltà respiratorie** (non respira da solo e deve essere intubato e/o ventilato); presenta una **disregolazione termica** (non ha una temperatura corporea che gli garantisce la sopravvivenza, per cui deve vivere in un’incubatrice o in una termoculla); il suo **sistema cardiaco** non è pienamente sviluppato (viene attaccato ad una macchina) e, inoltre, possono esserci deficit relativi al **sistema immunitario**. Quest’ultimo aspetto rappresenta un motivo di grande preoccupazione per i genitori in quanto il bambino è estremamente vulnerabile a contrarre infezioni che possono comprometterne la vita.

La nascita prematura costituisce la causa principale di mortalità e morbilità perinatale anche nei paesi occidentalizzati.

La prematurità può essere determinata da diversi fattori, che riguardano sia il feto che la mamma e purtroppo **non può essere prevista**. Il parto può avvenire con modalità del tutto inaspettate, come ad esempio la rottura prematura del sacco amniotico, contrazioni inarrestabili al termine di settimane di riposo forzato o per assunzione di farmaci.

L’evento precoce **interrompe bruscamente** il progetto gestazionale della coppia, sconvolgendone le attese: invece di un lieto evento, la coppia genitoriale deve affrontare una realtà molto dura, differente da quella immaginata durante la gravidanza.

Le 40 settimane di gestazione sono necessarie non solo alla maturazione del bambino, ma anche alla **coppia** per prepararsi a diventare genitori e ad accogliere psichicamente il figlio (riferimento al costrutto di *parenting*). Il parto prematuro, dunque, non trova soltanto il bambino prematuro e non autonomo fisiologicamente (molto magro e con un apparato visivo immaturo, essendo questo l'ultimo a svilupparsi durante la gestazione) ma anche una **mamma impreparata**, "prematura", che non ha raggiunto un grado di sviluppo affettivo e mentale pronto ad accogliere il bambino (Cena, Imbasciati, 2010).

Il **papà**, dal canto suo, vive forti tensioni perché le sue preoccupazioni sono indirizzate su **due fronti**: la nascita prematura coinvolge non solo il bambino ma anche la mamma, in quanto si tratta sempre di un parto d'urgenza e perciò cesareo, con i relativi rischi annessi (ad esempio gestosi). Come afferma Fornari (1981), nella situazione normale il papà deve proteggere e difendere madre e bambino dallo scenario persecutorio presente sulla scena del parto, ma in questo caso deve attivare una funzione ancor più specifica perché deve farsi da **tramite** tra il bambino, la mamma (che non può scendere in reparto e vedere il bambino) ed il personale medico ed infermieristico.

## **L'esperienza nella TIN**

La TIN accoglie i neonati pretermine con peso alla nascita inferiore a 1500gr e con età gestazionale dalla 23esima settimana.

La TIN del Policlinico Gemelli è divisa in 2 sezioni: A e B.

Nella sezione A ci sono i neonati estremamente prematuri e a rischio; nella sezione B i neonati prematuri in migliori condizioni di salute, che hanno bisogno di un'unità intensiva a minore intensità.

**La TIN non è un reparto come gli altri**: l'ingresso è monitorato e chi è autorizzato ad entrare lo deve fare con estrema prudenza (coperto da camice sterile, da calzari, da mascherine) nel rispetto della fragilità in cui stanno vivendo, in questi uteri di vetro, piccoli nati prima del termine delle 40 settimane.

Riflettendo sulle opinioni dei genitori quando raccontano il primo momento in cui hanno visto il loro bambino, si può evincere una certa **inconsapevolezza** rispetto a ciò che si aspettavano dal reparto TIN. Questo, infatti, è molto diverso da un comune reparto di neonatologia (ricco di fiocchi, fiori, palloncini). I genitori, al primo incontro, osservano il loro

piccolo da dietro l'oblò dell'incubatrice, attaccato a macchine e a monitor che di continuo registrano le funzioni vitali ed emettono il caratteristico suono "tin-tin".

L'incubatrice isola il bambino da agenti pericolosi e assicura protezione ma si pone anche come **ostacolo all'interazione fisica e affettiva** tra genitori e bambino; in queste condizioni la madre può avere difficoltà ad attivare le modalità di accudimento e cura fondamentali per lo sviluppo e deve essere supportata. Il genitore deve quindi costruire una **delega psichica**, ossia deve delegare la cura del bambino agli specialisti e agli infermieri, nei quali deve avere piena fiducia. Quando il bambino comincia ad essere meno dipendente da supporti vitali **sorge il desiderio di affermare e rivendicare il ruolo** genitoriale e possono nascere, conseguentemente, tensioni nei rapporti tra i genitori e lo staff che si è preso cura e si prende cura del figlio (Muller-Nix, Andermet, 2010).

La dimensione della TIN può avere un impatto sconvolgente per il genitore che spesso si pone la domanda "*Perché è capitato proprio a me?*". Questa situazione può provocare nel genitore **sentimenti ambivalenti** di speranza e affettività, ma anche di rabbia e aggressività che possono essere rivolti all'équipe medica. Infatti i genitori sentono un misto di gratitudine, dipendenza e, contemporaneamente, rivalità verso gli operatori. Una sorta di ambivalenza e aggressività può essere rilevata anche nello staff ospedaliero a causa dell'insistenza con cui i genitori cercano di informarsi relativamente alle procedure cui il bambino viene sottoposto. Grazie all'ausilio di internet e di altre fonti esterne spesso i genitori utilizzano il gergo tecnico proprio delle procedure mediche utilizzate.

In TIN possono entrare, per 2 ore al giorno, **solo la mamma ed il papà** del bambino ricoverato, e raramente tutti e due insieme per questioni di spazio. Ciò comporta uno sconvolgimento del normale ritmo con il quale si vive una nascita: i nonni, eventuali fratellini e/o sorelline non possono entrare e pertanto, a volte, non si rendono conto delle reali condizioni del bambino e delle pressioni a cui sono sottoposti i genitori. Anche le stesse aspettative delle famiglie di origine possono indebolirsi e può sorgere anche in loro un senso di impotenza seguito dalla messa in atto di meccanismi difensivi quali, ad esempio, la **minimizzazione delle problematiche**. I nonni, quindi, sono spesso più speranzosi ma meno consapevoli della realtà del bambino. Tale situazione può portare all'isolamento dei genitori che, in un certo senso, **perdono il supporto sociale**<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Lo stato di continua attesa che i genitori sono obbligati a sopportare è ben rappresentato nel film "*Lo spazio bianco*" di Cristina Comencini, tratto dal romanzo di Valeria Parrella, che ha avuto lei stessa una bambina in TIN.

I genitori, in qualche modo, sospendono i loro processi di identificazione con la funzione genitoriale perché non possono prendersi cura del loro piccolo e questo fa sperimentare loro vissuti di inadeguatezza ed impotenza, con possibili conseguenze successive.

L'esperienza di queste famiglie può essere paragonata ad *un viaggio sulle montagne russe*: capita che il bambino stia bene per un paio di settimane, poi contrae un'infezione e regredisce. I genitori vivono il loro stato emotivo specularmente a ciò che accade al bambino in TIN: guardando il genitore si capisce se il bambino sta bene oppure no. Anche a livello di produzione di ormoni, come il cortisolo, vivere un periodo prolungato dentro un reparto, stancarsi, dover affrontare ricadute, produce un indebolimento della persona.

I genitori vivono la loro genitorialità in uno stato di **precarietà**, sospesi nell'incertezza a seguito di prognosi momentanee sulla salute del figlio: viene sospesa anche la progettualità sul futuro. Essi devono vivere nella dimensione del presente, non possono fare progetti futuri, perché questo fa sì che essi vengano sopraffatti dall'incertezza e da forti vissuti di angoscia. In casi di particolare gravità, si può assistere ad una **parziale diminuzione dell'investimento psichico sul figlio** e sulla propria genitorialità reale, come meccanismo inconsapevole di auto-protezione dalla paura per l'eventuale perdita del loro bambino. Per fortuna, invece, molti bambini guariscono e riescono ad uscire dalla TIN in ottime condizioni.

## **Intervento del Dott. Aprea**

A seguito della premessa descrittiva di tale progetto il Dott. Aprea mette in luce il motivo per cui è fondamentale presentare tale lavoro all'interno delle lezioni sui gruppi. Come vincolo dell'organizzazione del progetto terapeutico vi sono i **campi gruppali** in cui l'intervento prende forma e di cui bisogna tener conto. Per pensare un intervento del genere è necessario ed imprescindibile **pensare per gruppi**: dobbiamo cogliere innanzitutto il **campo istituzionale** all'interno del quale viene applicato il progetto, il **gruppo di lavoro** interno alla TIN, poi il **campo comunitario** che accoglie una nascita, ovvero la famiglia, in cui viene selezionato il **campo coniugale** che può avere accesso al reparto. Il nome stesso del progetto, **Genitin**, rende il senso di un **gruppo di genitori** che hanno attraversato questa esperienza in maniera dura e che, guidati da sentimenti di

---

*riparazione*, decidono di far qualcosa di generativo per il reparto. La gruppaltà di questa Onlus è formata da medici, operatori del reparto e genitori.

### **CORNICE TEORICA (Dott.ssa Girelli)**

Un gruppo francese (2007), sostenuto dal prof. Pierrehumbert, guarda specificatamente al fenomeno **prematùrità** come un evento stressante e rafforza tale affermazione attraverso un'accurata ricerca empirica che utilizza strumenti ad hoc. Dai dati emersi dalla ricerca si rileva la necessità di sostenere la **funzione genitoriale** per tutelare la nascita, lo sviluppo, la costruzione di rappresentazioni mentali orientate **ad un attaccamento sicuro**. In alcuni casi, un mancato supporto non tutela abbastanza la funzione genitoriale nascente: il genitore, specialmente in condizioni di nascita "traumatiche", quali appunto la prematurità, può avere difficoltà maggiori a rappresentare se stesso come genitore e quindi ad entrare in una interazione adeguata con il figlio (come dimostrano gli studi dell'*Infant Research* e quelli sull'attaccamento, è a partire da queste prime interazioni che si co-costruisce la relazione primaria).

L'attaccamento e la nascita prematura **(Pierrehumbert et al. 2007)**:

*"La nascita prematura rappresenta un'esperienza traumatica per i genitori e può modificare la normale transizione alla genitorialità, esperienza che può avere un ruolo di mediazione sulle conseguenze evolutive della prematurità (sviluppo di rappresentazioni sicure di attaccamento). Viene in luce l'importanza di azioni preventive, tra le quali fornire un supporto ai genitori del neonato prematuro durante i primi momenti del loro divenire genitori, sostenendoli nell'affrontare lo stress perinatale del bambino e nell'adeguare le loro rappresentazioni e le loro relazioni con il bambino".*

L'idea di fornire un supporto ai genitori non è nuova nella psicoterapia di gruppo; è da molto tempo infatti che il gruppo si offre come **supporto alla genitorialità**.

Slavson, uno dei pionieri dei gruppi di sostegno alla genitorialità, ha lavorato molto con i gruppi di bambini e con i genitori, sostenendo l'idea che **genitori si diventa**, per cui è necessario un **addestramento**, una conoscenza esperienziale, come per ogni altro "mestiere".

**Slavson (1958) afferma:**

«Se il ruolo parentale deve essere considerato un compito e non soltanto una serie di reazioni istintive come avviene in altri animali, ovviamente è necessario un addestramento [...] Non si può imparare a esercitare una mansione intellettuale o manuale soltanto con l'apprendimento teorico. L'abilità, la capacità di metterla in pratica possono essere acquisite solo con l'esercizio e con l'esempio. Questo vale per ogni mestiere e ogni professione [...] Non c'è alcun motivo per cui lo stesso principio non debba essere applicato alla capacità di essere genitore. Una conoscenza puramente libresco della psicologia e dello sviluppo infantile raramente conduce a un'azione appropriata, che potrà essere appresa soltanto attraverso quel tipo di guida che viene fornito da questi **gruppi di orientamento dei genitori incentrati sul bambino**».

Anche se il taglio che dà Slavson è un po' "pedagogico" o meglio "andragogico" visto che si tratta di un gruppo per adulti, parlando di apprendimento in modo esplicito, rende bene l'idea che **c'è bisogno di un luogo in cui ci sia un allenamento mentale ad accettare gradualmente la funzione genitoriale nascente**.

La psicoanalisi di gruppo è nata negli ospedali, quando **Bion** ha iniziato a lavorare con i gruppi di soldati traumatizzati dalle barbarie della guerra, nell'ospedale psichiatrico militare di Northfield durante la Seconda Guerra Mondiale.

Attraverso questa esperienza, Bion (1961) scopre che stimolare l'attività di cooperazione in un gruppo produce un'attenuazione delle nevrosi dei singoli membri e quindi arriva a sostenere che *"la cura psicoanalitica del singolo e l'analisi di gruppo trattano aspetti diversi dello stesso fenomeno (..); la combinazione dei due metodi offre a chi esercita la psicoanalisi la possibilità della rudimentale visione binoculare"*. In gruppo è possibile vedere altre cose quindi rispetto alla situazione di terapia individuale.

Foulkes, padre della gruppo-analisi, durante la Seconda Guerra Mondiale ha contribuito a creare un lavoro psicologico tale per cui medici, personale infermieristico e pazienti diventavano via via sempre più consapevoli e responsabili di appartenere ad un contesto comune di problemi e di essere parte di un'**interdipendenza** rispetto a questi stessi problemi (lavoro che viene portato avanti nella TIN).

**Foulkes (1975)** scrive:

*"A poco a poco l'ospedale divenne un corpo coerente, una comunità, nel senso che c'era un libero flusso di comunicazione fra pazienti, tra membri del personale e tra pazienti e personale (..). Medici, personale infermieristico e pazienti divennero consapevoli del vivere*

*la realtà, dell'esistenza, della modalità e della loro interdipendenza nelle loro reazioni ad un comune contesto di problemi “.*

## **IL GRUPPO CON I GENITORI (dott.ssa Girelli)**

Attualmente, l'intervento psicologico gruppale nella TIN può essere ben rappresentato da un gruppo di **cerchi connessi**, tra loro separati ma con spazi comuni: notiamo il gruppo di lavoro degli psicologi (di condivisione, supervisione e formazione permanenti), il gruppo con gli operatori sanitari, il gruppo con i genitori, la valutazione della coppia e della relazione primaria genitori-figli (svolta sia nel reparto sia nei colloqui di follow-up che avvengono dopo le dimissioni).

Il gruppo con i genitori può essere qualificato attraverso la descrizione del “**dispositivo**”: è un **gruppo omogeneo monotematico**, composto da persone tutte accomunate dall'attraversamento di una fase comune di vita critica; sono tutti “**genitori appena nati e/o prematuramente nati**”. La finalità di tale gruppo è **supportiva**, volta al sostegno e alla prevenzione, con risvolti terapeutici solo come eventuale effetto secondario.

I gruppi omogenei possono essere classificati in due macro-aree: l'area della **monosintomaticità**, ossia pazienti uniti da una diagnosi d'ingresso (ad es. diagnosi di disturbo del comportamento alimentare), e l'area della **monotematicità**, ad esempio il gruppo dei genitori della TIN o dei genitori che si affacciano all'adozione, i gruppi per fratelli di persone disabili, ecc.

Il gruppo con i genitori viene svolto una volta alla settimana e dura un'ora e un quarto a seduta. E' un gruppo **aperto e open-ended**, ossia non ci sono dei momenti prefissati d'ingresso e d'uscita dei membri, né è fissato *a priori* il termine del gruppo, ed inoltre capita che alcuni genitori vi partecipino una sola volta. La co-conduzione è ad **orientamento psicodinamico** ed è presente un osservatore partecipante. Alcuni genitori portano dei parenti, che vengono accettati, pur non essendone prevista la presenza nelle consegne<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Nel gruppo denominato “genitori appena nati”, è previsto che partecipino entrambi i coniugi (o genitori) ma viene accettata anche la presenza di parenti vicini alla coppia. Per esempio, durante una seduta, una madre lamenta il mancato sostegno da parte del coniuge e così le è stato permesso di essere accompagnata dalla sorella e dalla madre. Spesso si ammettono al gruppo anche i fratellini dei nati pre-termine.

In tale gruppo possiamo analizzare **vertici multipli di osservazione** e l'osservatore osserva anche se stesso, soffermandosi sulle emozioni e sui pensieri suscitati dall'essere nel gruppo. Vengono analizzati inoltre: i movimenti psichici individuali, interindividuali membro-membro e collettivi, i diversi stili di partecipazione al gruppo da parte di ciascuno, lo stile di conduzione, che generalmente deve essere supportivo (più che interpretativo come in un gruppo psicoterapeutico), gli effetti di alcuni interventi, i temi emergenti, la ritualità e la processualità interna alle sedute.

Importante è la considerazione della **relazione tra campo gruppale dei genitori e campo più allargato istituzionale** dell'ospedale, di cui il campo gruppale fa parte.

Ogni seduta è caratterizzata da una certa **processualità ripetitiva**, per cui possiamo parlare di "*seduta tipo*", la quale prevede un rito di avvio da parte della conduzione, proprio perché nel gruppo potrebbero esserci dei genitori nuovi; per cui i conduttori devono presentare il gruppo ed il progetto e invitare i nuovi membri a presentarsi. Naturalmente si invitano anche i vecchi membri ad esemplificare, per i nuovi arrivati, il funzionamento del gruppo e ad aggiornare il gruppo sulle condizioni del proprio figlio, descrivendo i loro stati d'animo rispetto alle novità del giorno.

A tutto ciò segue una discussione aperta, nella quale si procede per associazioni libere, e, infine, vi è una formula di chiusura da parte della conduzione per terminare la seduta.

## DOMANDE

**Studentessa:** <<Nel reparto TIN possono entrare solo i genitori ma quando fate i gruppi con i genitori possono entrare anche i parenti?>>

**Studente:** <<In che cosa consiste l'intervento del gruppo con i genitori?>>

**Studentessa:** <<Visto che solamente i genitori possono entrare in stanza, che effetto può avere per il primogenito, un fratellino mai visto?>>

**Studente:** <<Mi viene da pensare alla dimensione della morte... a volte forse si arriva a desiderarla?>>

**Studentessa:** <<Mi è sembrato di capire che il gruppo genitori sia eterogeneo, come viene gestita questa diversità?>>

**Dottoressa Vasta:** <<Gli aspetti profondissimi che avete toccato mi rendono felice, anche perché alcune delle diverse questioni che avete sollevato sembrano quasi intoccabili. Il fatto che siete arrivati a pensare certe cose mi stimola diversi pensieri. Rispondendo in ordine alle domande che mi son state poste, direi che il gruppo con gli operatori si svolge nel reparto TIN per ovvie ragioni ma soprattutto perché si fa con gli operatori presenti in quel momento, che sono tanti, mentre il gruppo genitori si fa nell'aula della clinica pediatrica fuori dalla TIN: c'è un corridoio molto lungo che collega al reparto TIN, al nido, alla neonatologia in generale e in questo lungo corridoio c'è un'aula. Per quanto riguarda le tematiche relative alla morte, è assolutamente un tema discusso, sia nei colloqui di coppia sia in gruppo e riuscire a portarlo al gruppo è un passo importantissimo perché di solito queste emozioni così spaventose, cioè che un genitore addirittura possa in alcuni momenti auspicare la morte del figlio, vengono viste in maniera drammaticamente giudicante

**Dottor Aprea:** <<Sono molto stimolanti queste vostre domande perché forse ancor prima del materiale clinico ci fanno entrare proprio nel vivo del lavoro e mi pare molto stimolante che da queste domande emerga la nube profonda che attraversa sia la vita del reparto, sia un po' l'attività clinica psicologica che è quella della morte, dell'ostilità e dell'invidia. Veniva notato che questi gruppi aperti sono gruppi in cui transitano brevemente i genitori; in genere questi hanno un bambino con un esito di sviluppo molto più favorevole mentre invece quelli che rimangono di più sono i genitori che hanno un bambino con patologie più gravi, quindi il tema dell'invidia circola all'interno del reparto. Pensate quale voglia, quale desiderio ci sia nel genitore, nella madre di vedere il proprio bambino e invece questa dimensione corporea con il bambino può avvenire solo due ore su ventiquattro e molte ore sono ore di attesa, in una specie di hall d'ingresso di questo reparto, con delle sedie dove già di fatto i genitori si parlano, si confortano, si sostengono fra di loro. Alcuni di questi genitori hanno dei bambini che sanno già che avranno gravi disabilità, altri no, alcuni hanno bambini che pesano un kilo e mezzo, altri quattrocento grammi ed è chiaro che il sentimento dell'invidia è onnipresente ma è anche la dimensione più taciuta. E in questa nostra permanenza abbiamo visto che nella hall sono anche comparse le fotografie dei bambini che hanno attraversato la TIN e la maggior parte sono fotografie di bambini di quando erano in TIN e poi fotografie di anni dopo; quindi sono immagini di grande

speranza. Bisogna anche considerare che chi è sempre esposto ad una polarità molto forte vive molte volte, a livello inconscio, la dimensione dell'invidia e anche la profonda ambivalenza che si genera nei confronti della progettazione del proprio ruolo di padre o di madre di un bambino con una grave disabilità. Io credo che questo tipo di lavoro, in questo ambito, ci obblighi a frequentare dei saperi limitrofi e che sia imprescindibile anche dall'approfondimento delle tematiche bioetiche. Immaginate che cosa può voler dire per un genitore, o anche per un operatore sanitario, assistere a una rianimazione a ventitré-ventiquattro settimane. Un'altra componente molto buia e oscura è il sentimento di colpa assolutamente lacerante delle madri; moltissime volte noi lavoriamo soprattutto con donne che sentono di aver danneggiato il proprio bambino e questo sentimento permane a volte per anni e rende assolutamente impossibile anche l'adattamento alla diversità che il bambino propone. Si rimane luttuosi rispetto alla perdita di un ideale che però non corrisponde più e corrisponderà sempre meno al bambino reale nei confronti del quale si osserva una grave caduta delle funzioni dell'accudimento primario.>>

**Dottoressa Girelli:** <Vorrei aggiungere solo una cosa che mi è venuta in mente rispetto alla problematica della gestione di questa eterogeneità: è vero che c'è l'invidia ma è anche vero che a volte questa non è del tutto negativa. Consideriamo, ad esempio, l'ipotesi in cui l'invidia sia riferita non solo al diverso processo o esito del ricovero in TIN (cioè non solo rispetto all'essere appena arrivati o all'essere qui da tanto tempo) ma anche alla coesione e al sostegno sociale che una persona può avere in questa esperienza. Possono presentarsi situazioni di solitudine, così come coppie molto unite, sia affettivamente che sul piano dei valori, religiosi piuttosto che di vita, e sappiamo dalla ricerca che questi sono elementi supportivi rispetto ad eventi stressanti, che rappresentano importanti fattori di protezione. Nel gruppo è vero che si reificano questi diversi sistemi di risorse ma è anche vero che nel momento in cui si reificano comunque viene percepito un dislivello: tanti genitori, infatti, utilizzano chi è più avanti o chi magari ha una coppia più serena, come modello di speranza. Questo è un aspetto che io ho visto, quindi rispetto alla domanda "come si gestisce", il gruppo aiuta di per sé da questo punto di vista, cioè c'è un rovescio della medaglia.>>

**Dottor Aprea:** <<Credo di aver eluso una domanda prima, rispetto a quello che diceva una studentessa: è proprio così, cioè noi ci accorgiamo che quando il bambino viene dimesso, di fatto, non soltanto la mamma ma tutta la famiglia è come se attraversasse proprio le fasi critiche di una nascita, come se questo tempo di permanenza in TIN fosse in

qualche modo un'appendice della gravidanza, che dischiude tutti i sentimenti positivi e comunitari nel momento in cui il bambino va a casa; quindi il bambino che va a casa è l'equivalente della nascita biologica di cui il parto non è il termine. L'arrivo a casa, in queste situazioni, non è sempre facile perché già ci si sente totalmente inadeguati quando arriva un bambino sano perché non si sa dove mettere le mani, soprattutto quando è il primo; in questo caso, poi, c'è una funzione accuditiva che è passata massicciamente attraverso macchinari complessi; immaginate come sia angosciato trovarsi immediatamente a casa privi di supporti quali sono gli infermieri e i medici ma lasci, al tempo stesso, libera la nascita del rapporto col bambino.>>

**Dottoressa Vasta:** <<Rispetto al fratellino tante volte ci siamo trovati in situazioni in cui i genitori ci interrogano su cosa fare, anche perché, come dicevamo prima, il fratellino, così come il genitore, è lui stesso un "fratellino prematuro", perché a un certo punto vede la pancia poi non la vede più, non vede più la mamma e tante sono le sedute o le storie delle mamme che portano la preoccupazione per il fratellino o la sorellina.

**Dottor Aprea:** <<...sì, diciamo che il gruppo a volte serve come momento di riflessione per queste mamme su come coinvolgere i fratelli in questi momenti e molti di questi fratellini guardano tutta la scena dell'accudimento della mamma da un vetro... per esempio, quando i bambini sono sufficientemente grandi, vengono al gruppo e possono sentire la madre che parla del loro fratellino, possono sentire altri genitori ed è un modo per renderli partecipi di qualcosa che ancora dal punto di vista concreto non c'è, quindi il gruppo stesso come un po' uno scaglione di esperienza di questa fratria che concretamente ancora non c'è>>

**Studente:** <<Invece c'è contatto con chi sta fuori, con coloro che lasciano il reparto? Continuano un percorso in contatto con altri servizi?>>

**Dottoressa Vasta:** <<Loro continuano nel senso che ci sono tutti i controlli fino a due anni, quindi loro continuano a venire al Gemelli e ci chiamano spesso per passarci a salutare e per darci notizie, soprattutto per quelli che risiedono nel Centro-sud d'Italia perché altri poi tornano a casa in regioni più distanti e mantengono solo un contatto telefonico. Ancora altri genitori entrano a far parte di Genitin e quindi vogliono assolutamente mantenere un contatto e l'associazione tutela e promuove progetti di sostegno. Ad esempio, per quei bambini che hanno ipovisione ci sono gruppi di sostegno con un'esperta che aiuta i genitori e i bambini a maturare competenze specifiche; quindi comunque sì, diciamo che il contatto si mantiene in diverse forme.>>

**Dottor Aprea:** <<Un'altra cosa da sottolineare rispetto alla grande complessità di questo gruppo, che emerge anche dall'intervento della dottoressa Girelli, è che di fatto non sappiamo mai quando è l'ultima volta che abbiamo un genitore lì, perché è chiaro che c'è un'imprevedibilità, sia nel negativo che nel positivo; quindi capita che noi nell'incontro successivo non vediamo genitori che hanno avuto il figlio dimesso. Questa è una grande complessità per la conduzione del gruppo, non tanto perché non è dato sapere quali sono i nuovi arrivati ma perché non si conosce quanto rimarranno quelli che già ci sono e che vengono da tempo e se ci saranno la prossima volta. Quindi noi cerchiamo sempre di stimolare un po' un passaggio di eredità da chi è più avanti a chi più indietro, perché questo aiuta i nuovi a potersi immaginare nel percorso evolutivo. Per alcuni genitori, quelli più "anziani" rappresentano un aiuto e, raccontando tutto il loro percorso, permettono di rendere i nuovi arrivati più consapevoli dei passaggi maturativi che questa esperienza comporta. Questo passaggio di eredità, tra chi potrebbe andar via e chi rimane, è anche qualcosa che rende possibile tutelare la matrice del gruppo; la matrice dinamica del gruppo si nutre di questo processo.>>

**Studente:** <<Volevo chiedere se è mai capitato che tra i genitori ci fossero disagi a livello psicopatologico?>>.

**Dottoressa Vasta:** <<Sì, non spessissimo. Questo caso, però, è molto complesso. Devo dire che assolutamente devi avere una formazione, una preparazione per gestire certi tipi d'interventi; non sempre sono compatibili con il gruppo, noi facilitiamo il contatto con i servizi territoriali per questo è importante avere una mappa di quali siano le risorse territoriali, perché spesso i genitori vorrebbero continuare anche un percorso di terapia a lungo termine ma questo non è previsto perché fino a che i bambini stanno là va bene ma quando vengono dimessi noi diamo una sorta di psicoterapia breve, un massimo di tot incontri concordati, un minimo di dieci, un massimo di venti, non "tagliati con l'accetta" ovviamente perché altrimenti diventa una cosa ingestibile.>>

**Dottor Aprea:** << Questo progetto, chiaramente, ha una sua autonomia anche di un pensiero, c'è uno stile, un'organizzazione che deriva un po' dalla nostra formazione. Ragionando in termini di campi istituzionali, campi gruppali, è molto importante pensarli in rete con gli altri servizi che sono a supporto della nascita, sia quelli che sono in ospedale, sia quelli di natura psicosociale. Penso, ad esempio, all'assistenza sociale ma anche ai servizi di mediazione culturale. Quindi, per quanta autonomia possa avere in termini progettuali, il nostro piccolo servizio interno deve comunque potersi rappresentare e

potersi collegare facilmente con una serie di altri servizi esterni che possono essere di sostegno psicosociale.>>

**Dottoressa Vasta:** <<E' un microuniverso speculare, i genitori sono di diversa etnia, la maggior parte sono italiani ma abbiamo avuto anche molti genitori di provenienza extra-comunitaria, insomma devi anche aiutarli da un punto di vista di mediazione culturale.>>

## Punti chiave

Spazio ospedaliero:

- Saturo di dinamiche affettive legate al corpo, alle sue sofferenze e alla sua precarietà
- Scandito da ritmi e protocolli disciplinari messi in atto per soccorrere e aiutare chi ha bisogno di assistenza
- Le dinamiche affettive non riguardano solo il paziente ma anche il personale medico che interagisce e lavora con la malattia
- E' uno spazio salvifico per il paziente e uno spazio coatto

Il ruolo dello psicologo nell'ospedale

- Si cerca di osservare dall'interno l'esperienza del lavoro psicologico
- Si organizza con aspetti teorici e metodologici di assetto professionale e di relazioni multidisciplinari
- Fa emergere anche la dimensione affettiva ed empatica
- Fa emergere la gruppalità

La **gruppalità** è definita da un insieme di immagini, affetti, idee e teorie che non si identifica con le riunioni organizzate.

- Consiste in piccoli gruppi
- Deve essere gestita dalla leadership

Il Progetto **genitori appena nati:**

- Genitin si occupa dei neonati prematuri
- Propone di incentivare la formazione degli operatori
- Promuove lo studio e la ricerca

- Fornisce formazione ed assistenza, materiale e psicologica, ai genitori e familiari dei neonati prematuri, durante le diverse fasi del loro ricovero e anche dopo le dimissioni (fornendo un luogo fisico di appoggio)

Si definisce **parto pretermine**, un parto il cui travaglio ha luogo tra la ventiseiesima e la trentasettesima settimana e può comportare:

- Difficoltà respiratorie
- Temperatura corporea inadatta
- Sistema cardiaco non sviluppato
- Deficit del sistema immunitario

La TIN accoglie neonati con nascita dalla ventitreesima settimana con peso inferiore ai 1500 grammi.

Nell'ospedale Gemelli, il reparto è suddiviso in due sezioni:

- A, dove troviamo bambini estremamente prematuri (maggiore intensità)
- B, bambini che stanno meglio (minore intensità)

Il **parto** prematuro, interrompe bruscamente il progetto gestazionale della coppia, ne sconvolge le attese e le fantasie prefigurate, con alcune possibili conseguenze.

- La madre non ha raggiunto un grado di sviluppo affettivo mentale sufficiente per accoglierlo.
- Il padre è eccessivamente preoccupato e la sua funzione sarà di supporto e di tramite tra madre, bambino e personale medico e infermieristico

Quando i genitori raccontano il primo momento con il bambino, può risultare che:

- L'incubatrice protegge il bambino ma viene percepita come ostacolo all'interazione fisica
- La madre non riesce ad attivare le modalità di accudimento e cura
- I genitori devono delegare il compito della cura del figlio all'équipe medica (**delega psichica**)
- Provano per il personale del reparto, sentimenti ambivalenti; gratitudine, dipendenza, rivalità

Il **supporto sociale** può indebolirsi, perché le famiglie di origine sono lontane, non possono entrare in TIN e quindi non si rendono conto delle reali condizioni del bambino.

Il progetto "Genitori appena nati" è costituito da:

- Una fase conoscitiva dei genitori e uno sviluppo dei servizi con consulenza psicologica di coppia focalizzata sull'esperienza di maternità

- Gruppi di ascolto dei genitori
- Un gruppo settimanale con gli operatori
- Incontri informativi periodici
- Fase valutativa per far emergere la qualità di ciò che si fa
- Ricerca e promozione sociale del Progetto realizzato

L'attività clinica consiste in:

- Colloqui con genitori in reparto
- Psicoterapia di sostegno di coppia
- Colloqui di sostegno con i genitori di bambini dimessi da tempo
- Gruppo con gli operatori sanitari di reparto
- Gruppo di sostegno settimanale per i genitori
- Incontri quindicinali di supervisione clinica

La nascita prematura dunque:

- È un'esperienza traumatica e può modificare la normale transizione alla genitorialità (con conseguenze, ad esempio, sul sistema dell'attaccamento)
- Richiede azioni preventive per sostenere i genitori

Per diventare genitore, secondo Slavson, ci vuole una conoscenza esperienziale.

Il gruppo dei genitori è:

- Un gruppo omogeneo monotematico
- Frequenza/durata seduta: una volta a settimana, per 1 ora e 15 minuti a seduta
- Aperto
- Co-conduzione a orientamento psicodinamico
- Osservatore partecipante
- Se portati dai genitori, si accolgono altri familiari

La processualità di una "seduta tipo":

- Rito di avvio della conduzione con la presentazione del progetto
- Invito ai nuovi membri di presentarsi
- Invito ai vecchi membri di aggiornare il gruppo
- Discussione libera
- Chiusura della seduta da parte della conduzione