

Plexus ... Lo spazio del gruppo

a cura di Jaime Ondarza Linares

Plexus è lieta di presentare un articolo in cui l'Autore

GIROLAMO LO VERSO

FATTORI TERAPEUTICO-TRASFORMATIVI NEI GRUPPI CLINICI: un possibile inquadramento

Riassunto

In questo lavoro vengono brevemente proposti alcuni inquadramenti metodologico-osservativi per guardare alla trasformazione nei gruppi terapeutici. O, meglio per avere contesti teorico-clinici legati al set(ting), e non naif, in cui collocare la complessa ed intensa esperienza processuale, affettiva, epistemica, psicopatologica, soggettiva ecc. che è un gruppo di terapia gruppoanalitica. Ciò ha l'obiettivo di implementare la scientificità del nostro lavoro, la sua efficacia e correttezza e soprattutto la qualità ed i risultati del nostro lavoro clinico.

Parole chiave:

A

Key words:

A

- I -

Il gruppo di terapia gruppoanalitica (uso qui questo termine in senso ampio) è, ormai da tempo, *uno strumento ordinario ed accreditato di cura della psicopatologia*. Desidero sintetizzare qui alcuni risultati ai quali, nel rapporto con numerosi colleghi, maestri ed allievi, tramite l'attività clinica, di supervisione e di ricerca empirica, epistemologica e metodologico-osservativa sono via via pervenuto. Rinvio alla bibliografia per un eventuale approfondimento di temi qui inevitabilmente solo accennati.

Il gruppo terapeutico può assumere, oggi,

numerosi 'formati' e si struttura in un grande numero di dispositivi. Ad es. gruppi gruppoanalitici 'classici'; brevi o a tempo limitato, mono-genere (composti solamente da uomini o donne), monosintomatici (con pazienti accomunati dallo stesso sintomo psicopatologico o sanitario), psicodrammatici, arteterapeutici e riabilitativi, con familiari di pazienti, con bambini, adolescenti e anziani, in situazioni 'limite' da un punto di vista sociale, con pazienti psicotici, gruppi di formazione o supervisione, gruppi multimodali (ad es. integrati da trattamenti farmacologici o colloqui individuali e/o familiari, da trattamenti socio-

terapici ecc.).

Tutti questi tipi di gruppo hanno in comune l'*assetto gruppale* ed esso è il primo fattore terapeutico cui prestare attenzione (le cose che si è storicamente cercato di descrivere con concetti di cui mi limito a citare il nome, quali quelli di campo, matrice, risonanza, confine del gruppo, dinamiche della leadership e dei sottogruppi, rapporto individuo gruppo e fra gruppo e mondo esterno, ruolo, identificazione, proiezione, contesto, rispecchiamento, processo gruppale, assunti di base ecc. sono, potenzialmente, presenti in tutti i tipi di gruppo, anche se in ogni set(ting) alcune di loro sono considerate più o meno importanti ed ogni terapeuta ne 'costruirà' ¹ maggiormente alcune e non altre). Ogni set(ting) farà emergere gli aspetti gruppali più consoni agli obiettivi e metodi clinici del terapeuta. Il termine '*trasformazione*' va, quindi, congruentemente, riferito soprattutto ai gruppi di terapia analitica, di lunga durata, con cadenze regolari, condotti da un gruppoanalista (sempre in senso ampio). Le possibilità '*trasformative*' (in senso clinico dinamico) sono quindi legate a tipi di gruppo che oltreché utilizzare fattori terapeutici contengono fattori analitici: (ciò non toglie che qualunque tipo di gruppo contenga in se alcune possibilità, magari episodiche e potenziali, di tipo terapeutico-trasformativo ma ciò non può essere affidato al caso). In gruppi finalizzati alla condivisione, al supporto, al contenimento automatico non vi sono obiettivi di cura trasformativi ma obiettivi di miglioramento relazionale o sintomatico legato al '*prendersi cura*'.

Numerosi elementi hanno contribuito a far diventare, in maniera, oggi, sempre più chiara e scientificamente e clinicamente fondata, il gruppo terapeutico uno dei più diffusi strumenti di cura psichica (vari autori ed esperienze hanno sottolineato, tuttavia, anche la rilevanza potenziale dell'esperienza di grup-

po come cura biologica, culturale, socio-organizzativa ecc.).

Alcuni di questi elementi sono:

- 1) Il grosso numero di ricerche empiriche, soprattutto, ma non solo, Nord-Americane, che ne hanno documentato l'efficacia terapeutica. (E le ricerche Europee più di tipo osservativo-metodologico).
- 2) La duttilità dello strumento, adoperabile in molti campi, con differenti obiettivi e metodi.
- 3) Il favorevole rapporto esistente fra costi, tempi e risultati.
- 4) L'adeguatezza dell'uso dello strumento gruppo anche al di fuori dei contesti privati ed in particolare nei contesti istituzionali e clinico-sociali.
- 5) La sua compatibilità, e direi l'intrinseco collegamento, con le elaborazioni attuali sulla centralità della relazione in psicoterapia, con le odierne teorie del self, della psicopatologia e del lavoro di cura; con le attuali ricerche evolutive sulla nascita e sviluppo della vita biologica e psichica; con la necessità di inserire a pieno titolo nelle discipline psicologico-cliniche fattori quali il corpo, il familiare, il culturale, l'interpersonale; con le modellistiche epistemologiche legate alla complessità ed al costruttivismo ecc..

Il discorso ovviamente sarebbe assai lungo ed andrebbe documentato approfonditamente. Rinvio ad altri lavori per sottolineare qui solo, in primo luogo, il fatto che la gruppoanalisi non si pone come l'ennesimo modello clinico-dinamico più o meno vittima di tentazioni auto-referenziali e totalizzanti. Esso è, laicamente, all'interno dell'odierno lavoro di scambio, integrazione, evoluzione, del complessivo lavoro di cura psichica e della ricerca psicologico-clinica, psicopatologica e

¹ Con questa espressione mi riferisco al fatto che ogni conduttore ed ogni tipo di gruppo privilegiano alcuni obiettivi ed alcune concentualizzazioni. In questo loro privilegiare è presente un costruttivismo. Ad es. i pazienti raccontano più sogni nei gruppi analitici poiché il conduttore che da a questo importanza ecc..

della psichiatria dinamica e sociale che si muove nel campo della cura psichica.

La seconda cosa che vorrei sottolineare è che le cose positive che ho elencate a proposito dei gruppi, sono, ovviamente, valide, come ogni cosa umana, solo a certe condizioni. Esse, al minimo, a mio avviso, sono:

- a) Adeguatezza del tipo di gruppo con gli obiettivi proposti: ovvero congruenza del set(ing) o dispositivo adoperato, con gli specifici problemi affrontati (approfondirò questo aspetto più avanti).
- b) Adeguata preparazione del terapeuta nei campi della psicologia clinica e dinamica, e della psicopatologia e presenza di una specifica formazione e competenza nell'uso di questo tipo di strumento.
- c) In collegamento a questi primi due punti: consapevolezza del terapeuta dei propri limiti (ogni professionista è competente nella conduzione di alcuni tipi di gruppo e non di altri), di quelli dello strumento (che va adattato con la dovuta conoscenza e responsabilità alle situazioni).

In sostanza la condizione basica, antiiatrogena, per una buona conduzione di gruppi clinici è quella che vi sia congruenza fra il tipo di formazione ed esperienza del conduttore, i problemi affrontati ed il contesto in cui ci si muove, gli obiettivi clinici perseguiti.

- II -

Tenendo in conto quanto precedentemente detto le possibilità trasformativo-terapeutiche dei gruppi clinici, secondo la mia esperienza, sono da pensare *a partire dal set(ing)*, o dispositivo, o campo psichico e procedurale, che si costruisce per consentire il lavoro di cura. Naturalmente il set(ing) è solo un fattore trasformativo *potenziale* su cui si innesta il concreto lavoro clinico. Questo dispositivo terapeutico è costituito in primo

luogo, dall'analista, dalla sua formazione ed esperienza, dell'apparato mentale, teorico, metodologico, con cui va a fondare e conduce il lavoro di cura, dalla sua capacità di essere il primo paziente del gruppo (Foulkes) ecc.. La fondazione del gruppo terapeutico da parte dell'analista si incontra, si intreccia, e si evolve via via nel lavoro con i pazienti, con le loro problematiche, con il loro modo di entrare in gruppo e successivamente con le cose elaborate dalla clinica dei gruppi in oltre cinquanta anni di lavoro: in particolare sono inizialmente importanti la comunicazione interpersonale e la creazione di una matrice dinamica fra tutti i partecipanti (Ondarza Linares 1994). L'incontro-scontro (legato in primo luogo all'essere dentro il campo gruppale e quindi al vivere un'esperienza interpersonale di identificazione, rifiuto, proiezione, risonanza, con-divisione ecc.) fra la matrice gruppale ed il mondo interno è, successivamente, il cuore del processo trasformativo e di cura².

Naturalmente anche la concezione del mondo interno va, qui, pensata come una complessità gruppale e relazionale (Dalal 2002). Rinvio su questo a precedenti contributi miei e di molti colleghi ed in genere alla elaborazione Italiana che ho chiamato Gruppoanalisi Soggettuale (Lo Verso, Pontalti, Fasolo, Napolitani, Gasca ecc.). In altre parole come affermavo in lavori di qualche anno fa (Lo Verso 1994) l'operazione terapeutico/trasformativa chiave, in psicoterapia analitica di gruppo, è quella collegata alla messa in rapporto del mondo relazionale interno (rete di relazioni familiari inconscia che impedisce, colpevolizza, assorbe, ecc.) ed esperienza gruppale. La trasformazione terapeutica si gioca, quindi, anche, nel lavoro di confronto relazionale fra il *con-cepimento* di sé, e della propria famiglia, da parte del soggetto (difficile nelle situazioni psicopatologiche) ed il

² Può essere interessante segnalare che, attualmente, la ricerca empirica sulla valutazione della terapia di gruppo, sta puntando l'attenzione non solo sulla valutazione degli esiti ma anche sulla osservazione del set(ing) visto come campo terapeutico (Pontalti) e sull'analisi del processo gruppale.

nuovo con-cipimento relazionale sperimentato nel gruppo analitico. In altre parole ciò può essere pensato come uno sviluppo del concetto di transfert inteso però, qui come un incontro tra campi psichici individuali e multipersonali insieme: quello interno all'individuo che comprende lui stesso ed il suo modo di vivere il campo psichico familiare che è dentro di lui e quello del campo psichico gruppale (matrice del gruppo) con cui si condivide l'esperienza analitica.

La trasformazione terapeutica passa, quindi, anche, attraverso la possibilità di distanziarsi dal campo mentale «saturato» della famiglia (Nucara, Menarini, Pontalti 1995), che può in situazioni psicopatologiche, impedire, almeno in parte, un di stanziamento, una differenziazione da esso e quindi una differenziazione, una individuazione del soggetto e conseguentemente anche lo sperimentare relazioni significative al di fuori della famiglia. Desidero aggiungere che questo modo relazionale di concepire la psicopatologia si è rilevato clinicamente assai utile nel trattamento di tutte le sintomatologie legate anche alla difficoltà di rapporto con l'altro da sé ad es. disturbi alimentari, attacchi di panico, problematiche sessuali ed in genere difficoltà relazionali e di crescita personale e professionale. Via via il lavoro di gruppo consente di ritrovarsi nella esperienza trasformativa dello *spazio senza* da noi definita come il momento in cui il vecchio (sintomatologia ed impossibilità interna ad esserci) non c'è più ed il nuovo non c'è ancora. Ciò può far sperimentare qualcosa che può essere in un primo momento, incoscientemente più difficile da accettare della psicopatologia e della sofferenza e cioè l'ignoto, lo smarrimento, la non identità. Solo successivamente ciò può confluire in una esperienza di separa-

zione, individuazione, soggettivazione, esplorazione di sé nel mondo e nel rapporto con l'alterità sia dentro il gruppo che fuori di esso.

L'interpretazione dell'analista e dei membri del gruppo accompagna, sostiene e contribuisce a rendere possibile tale processo terapeutico-trasformativo, ma l'interpretazione in gruppo ha una rilevanza minore che nel lavoro duale ed un'ampiezza maggiore, essendo il lavoro terapeutico gruppale legato, anche, a ciò che viene visualizzato dalle relazioni fra i pazienti, dalla comunicazione non verbale, dall'esperienza di con-divisione interpersonale ecc..

In altre parole il complesso processo terapeutico/trasformativo sommariamente qui accennato può essere descritto anche parlando in termini di *centralità del rapporto io-altro*. Il rapporto io-altro inconscio che ognuno di noi vive ha a che fare con la nostra possibilità di *riconcepire il mondo che ci ha concepito* (Napolitani D. 1987) e con il problema di con-cepirsi come qualcosa di diverso dal mondo familiare che ci ha concepito.³ Il rapporto io-altro si ripropone nel nuovo legame del gruppo analitico come diverso e a volte alternativo al gruppo familiare interno (e come come riflessione/cura dei propri modelli relazionali). Ciò implica la possibilità, almeno transitoria, che anche il gruppo, se non condotto adeguatamente, crei una dipendenza che occluda, invece di aprire, spazi di pensiero. L'esserci dell'analista nel gruppo, perché questo sia terapeutico e non iatrogeno, implica, quindi, che egli non si ponga come carisma o sfinge o genitore ideale bensì come colui che cerca di garantire la possibilità di con-dividere un'esperienza relazionale profonda, ed anche, di facilitare l'apertura di pensiero su tutto, compreso quello su se stesso e sulla dipendenza da lui.

³ Desidero segnalare qui che vi è ovviamente una centralità del rapporto io-altro legato non solo alle relazioni familiari originarie ma anche alle relazioni extra-familiari, all'adolescenza, al presente. E' chiaro, inoltre, che questa impostazione crea possibili interazioni con la ricerca 'trigenerazionale' della terapia familiare Italiana (Andolfi, Cigoli, Scabini, Pontalti ecc.) oltretutto con quella di matrice psicoanalitico-relazionale.

Credo sia chiaro a questo punto che sto parlando qui non genericamente dell'ampio mondo del lavoro con i gruppi (compito impossibile vista la grande gamma di tipi di gruppo esistenti) ma più specificatamente della concezione terapeutica-trasformativa legata all'elaborazione della clinica gruppo-analitica. Sto anche parlando delle trasformazioni che avvengono in uno specifico dispositivo che ritengo quindi necessario *descrivere*: quello appunto della gruppo-analisi soggettuale. (Lo Verso, Pontalti ecc.).

- III -

I parametri di base che fondano il set(ting) in un gruppo gruppo-analitico sono stati da me esposti in precedenti lavori (Di Maria, Lo Verso 2002). Li riassumo qui sinteticamente.

Il gruppo si svolge in uno studio professionale ed in un luogo pensato ad hoc. Può svolgersi sia nel privato che nel pubblico. I pazienti, solitamente, fanno una generica richiesta terapeutica che a volte può essere più specificatamente di tipo gruppale e/o analitico. Solitamente essi hanno avuto un'indicazione alla psicoterapia, ed a quel professionista, da colleghi, pazienti, amici, ex pazienti ecc..

Nei colloqui preliminari va analizzata la domanda, le aspettative; va esplicitato il 'contratto' rispetto al gruppo dopo aver verificato con il paziente la sua disponibilità ed, anche, l'adequatezza di inserire quel paziente in quello specifico gruppo.

Il gruppo è semi-aperto o semi-chiuso. In esso cioè periodicamente possono entrare ed uscire pazienti e ciò deve essere oggetto di elaborazione sistematica. Vanno tenute presenti le indicazioni classiche per la partecipazione ad una terapia analitica di gruppo (che sono diverse ovviamente se si tratta di altri tipi di gruppo ad es. mono-sintomatici o riabilitativi). Vi è, oggi, una notevole possibilità di ampliamento del tipo di psicopatologie affrontate, data dalla possibilità di calibrare il dispositivo di cura (Setting) rispetto ai proble-

mi che si pongono, e di effettuare trattamenti integrati (farmaci, colloqui, sedute familiari ecc.).

Il numero di utenti solitamente va da 5 ad 8⁴ e le modalità di pagamento sono legate al contesto (privato, pubblico ecc.).

La durata del gruppo è indeterminata (tranne che nei gruppi a tempo limitato) e spesso è medio-lunga, di tipo analitico.

La posizione del gruppo è a cerchio e, secondo le indicazioni di Foulkes, vi è solitamente un tavolino al centro. L'assetto di lavoro tende a divenire via via strutturato e stabile e uno dei compiti del conduttore è quello di garantire i confini del gruppo ed elaborare ogni variazione di essi. In gruppo-analisi si modifica la tradizionale concezione psicoanalitica dell'acting in e dell'acting out che oltretutto mostrare le difese individuali sono considerate forme comunicative inconse. L'obiettivo è comunque quello di consentire la creazione di una matrice gruppale il più possibile strutturata e stabile, all'interno della quale si realizza via via il processo gruppale.

Elementi quali il corpo e le influenze istituzionali sono considerati come questioni facenti pienamente parte della psicoterapia.

Il corpo è, infatti, *il luogo in cui la relazione abita* e quindi la comunicazione non verbale è considerata assai importante. Il gruppo terapeutico ha, inoltre, una notevole incidenza psico-somatica al punto che importanti autori (Fasolo) hanno parlato della terapia di gruppo come terapia biologica ed altri (Lo Verso) di unità imprescindibile e circolare di ciò che è mentale, biologico e relazionale. La presenza degli aspetti istituzionali, a sua volta, è centrale sia nel caso di effettiva presenza di un'istituzione che nel caso di presenza indiretta (le istituzioni esterne/interne di appartenenza del terapeuta, la psicoterapia stessa ed il gruppo come istituzione ecc.).

Gli obiettivi sono una delle questioni da cui partire: essi vanno elaborati inizialmente dal terapeuta e discussi da lui e dai pazienti e

⁴ Il numero di pazienti può essere maggiore ad es. in molte forme di psicodramma, nei gruppi formativi ed arteterapeutici, nei gruppi intermedi ed allargati ecc..

via via ri-elaborati, integrati, modificati ecc.. In linea di massima sono gli obiettivi classici della terapia analitica integrati da quanto precedentemente detto e quindi ampliati rispetto a temi quali il contesto relazionale familiare e non, i vissuti rispetto al transgenerazionale e transpersonale ecc..

Il conduttore deve, quindi, avere una competenza ed una formazione gruppo-analitica ampia, approfondita e specifica ma anche tenere in conto che è in primo luogo la sua consapevolezza rispetto alla propria storia personale e professionale ed al proprio stile di lavoro che determina il modo con cui egli 'interviene', concepisce, fonda e conduce il gruppo. La terapia di gruppo è un'esperienza complessa in cui ad es. la competenza clinico-dinamica e psicopatologica dell'analista si intrecciano con l'esperienza di cura (in terapia personale, nella supervisione, nell'esperienza ecc.) da lui fatta ma anche con la consapevolezza epistemologica, istituzionale ecc.. Lo stile di conduzione, tranne nei momenti fondativi, di contenimento, di apertura di tematiche di facilitazione della comunicazione ecc., è tendenzialmente poco-direttivo. Ciò non toglie che il terapeuta abbia interamente (anche se la condivide con co-terapeuti ed osservatori) la responsabilità etica e clinica del lavoro di cura (e non solo del prendersi cura). Il lavoro gruppo-analitico si svolge 'attraverso il gruppo'. Ciò implica che i problemi del singolo paziente restano centrali e contemporaneamente che l'efficacia del lavoro è legata al buon funzionamento del processo gruppale. In sostanza ciò crea una frequente oscillazione tra il qui ed ora dell'esperienza gruppale ed il lì ed allora (il mondo interno) dei pazienti. Il lavoro clinico deve mantenere quindi fluidità e circolarità fra individuo, interazioni e gruppo. A ciò vanno collegati sia gli interventi gestionali che quelli interpretativi (Pontalti 1998). Variazioni del set(ting), delle modalità di conduzione ed interpretazione, integrazioni formative ecc. vanno previste a seconda del tipo di gruppo, di contesto, di problemi psichici, di obiettivi ecc..

- IV -

I parametri del set(ting) sommariamente esposti nel precedente paragrafo sono ovviamente solo uno dei possibili quadri metodologico-osservativi (che naturalmente ognuno può adattare ai tipi di gruppo con cui opera) in cui va inserito una riflessione sulla trasformazione. Tuttavia ritengo che la descrizione del contesto (setting, dispositivo) sia la base necessaria in cui inserire l'analisi clinica dei processi trasformativi dei pazienti. Vanno quindi esplicitati successivamente anche gli aspetti più direttamente collegati al cambiamento terapeutico. Nel presente lavoro non vengono ad es. approfonditi i tradizionali aspetti terapeutico-trasformativi legati all'esperienza concreta e 'vivente' che ogni paziente ed analista fanno nel gruppo e cioè legati a modifiche di personalità, vissuti, superamenti di questioni psicopatologiche, dinamiche relazionali ecc.. Potremmo dire che una descrizione dei parametri operativi è solo una premessa necessaria per il lavoro clinico e relazionale (che però senza di essa rischia di restare ineffabile e non ostensibile). Possiamo a questo punto, dopo aver chiarito il contesto nel quale ci muoviamo, proporre uno schema dei fattori terapeutico-trasformativi. A partire da un confronto con i classici fattori terapeutici della terapia di gruppo (Vinogradov S. e Yalom I.D.). In un precedente contributo, ho cercato di riassumere i fattori terapeutico-trasformativi nella seguente tabella. (Tab. 1) che qui riporto modificata. Va precisato anche che i fattori terapeutico-gruppoanalitici non escludono ma integrano i fattori terapeutici 'classici'.

- V -

Ritengo utile, infine, a completamento di un lavoro teso a fornire una modalità possibile di inquadramento metodologico in cui collocare un discorso sulla trasformazione ma anche la pratica clinica e l'osservazione del processo gruppale, riportare qui, leggermente rivisitato una proposta di codice deontologico procedurale per la terapia di gruppo elaborato

Tabella 1: Fattori e trasformazioni terapeutiche.

<i>Fattori terapeutici classici (Yalom ecc.).</i>	<i>Fattori terapeutico-trasformativi (gruppo-analitici)</i>
- Coesione di gruppo - Speranza - Universalità - Altruismo - Apprendimento (su di sé, interpersonale, vicario) - Informazione, guida, orientamento - Mobilitazione emotiva, catarsi - Autorivelazione di sé	- Risonanza - Rispecchiamento (mirroring) (Foulkes) - Processi di identificazione, proiezione, identificazione proiettiva e comunicazione inconscia - Vivere l'esperienza del gruppo e della relazionalità, del confrontare le proprie esperienze di sofferenza e la propria storia psichica con altri. - Condivisione della sofferenza e della paura psichica ed uscita dall'isolamento e della autismo della sintomatologia o in altre parole fare esperienza di vivere una matrice di gruppo - Contenimento tramite il legame con la matrice di gruppo (campo trasferale) e progressiva visualizzazione/trasformazione delle matrici relazionali del self. - Incontro/ scontro fra matrice familiare (gruppo interno, transpersonale) e matrice dinamica del gruppo terapeutico o, in altri termini, tra pensiero di gruppo, pensiero familiare, pensiero individuale. - Distanziamento dal campo (spazio) gruppale interno, esperienza dello spazio senza, separazione/individuazione. - Interpretazione analitico-gruppale di comunicazioni verbali e non verbali, che drammatizzano e presentificano le relazioni inconsce tramite il processo gruppale. - Rielaborazione soggettiva attraverso le relazioni con gli altri, tramite un continuo 'pensarci su' dei propri schemi cognitivi, ed affettivi e relazionali 'sintomatici'. <i>(I vari fattori non hanno ovviamente una successione lineare ed una processualità evolutiva, anche se alcuni di essi, ad es. distanziamento e visualizzazione, appartengono alle fasi più mature del lavoro).</i>

da chi scrive e da Corrado Pontalti. Esso per qualche aspetto riprende e sistematizza alcuni dei temi affrontati⁵. Proprio il carattere necessariamente 'osservativo' di un codice può consentire di visualizzare più facilmente il modello terapeutico-trasformativo implicito e confrontare con esso le proprie modalità di lavoro (e non solo le astrazioni con cui riteniamo di avere a che fare) e di valutare il cambiamento terapeutico.

Un codice deontologico-procedurale per la terapia di gruppo (appunti per una discussione)

La questione etica in psicoterapia si collega alla teoria della prassi alla capacità di costruire e gestire dispositivi/set(ting) relazionali di cura ed esplicitarli e valutarli, a ciò che realmente ogni clinico è e fa. Proponiamo qui questo schema sulla base di una lunga esperienza clinica nostra e di allievi, maestri e colleghi di molti orientamenti e di vari paesi. Lo consideriamo, anche, un punto, transitorio, di arrivo, di una vita di studi e ricerche non solo di tipo teorico-clinico ma anche epistemologico, sull'errore, la iatrogenia, la valutazione, il set(ting), la teoria della prassi, la psicopatologia, la psichiatria, le istituzioni.

Lo proponiamo nella sua inevitabile soggettività e nei suoi limiti, anche sulla base della responsabilità che abbiamo avuto ed abbiamo in campo clinico, formativo, istituzionale, e che fortemente sentiamo, e della responsabilità di cura che riteniamo che ogni terapeuta debba sentire rispetto ai suoi pazienti. Il testo qui presentato è stato ispirato da un analogo, anche se molto diverso, lavoro presentato e commentato da W. Festini nel suo libro su "La psicologia dinamica dei gruppi clinici" (1998). Con esso può essere confrontato.

Esso è stato proposto dall'American

Counseling Association e pubblicato da G. Carey et al. (1992).

a) Il terapeuta ha un'adeguata e specifica formazione clinica, metodologica e scientifica alla terapia analitica di gruppo. Oltre al titolo giuridico di 'psicoterapeuta', con la formazione universitaria e post-universitaria che esso prevede, deve avere effettuato un'adeguata esperienza terapeutica personale che gli consenta di elaborare i propri fatti affettivi nel gruppo e di non avere sintomatologie psichiche che impediscano questo lavoro, segnaliamo tra le altre quelle più nascoste (apparentemente) di tipo narcisistico poiché un terapeuta di gruppo deve poter essere nella relazione ed interrogarsi continuamente su se stesso. Dopo aver sperimentato il contesto gruppal in prima persona (come paziente e/o osservatore e/o partecipante a workshops clinici), deve aver avuto adeguata supervisione alla psicoterapia analitica ed al lavoro con i gruppi terapeutici in particolare. Quest'ultima deve essere effettuata con didatti di lunga esperienza o formazione nel lavoro con i gruppi terapeutici. La sua conoscenza teorico-clinica rispetto alle prassi di gruppo deve essere aggiornata. Deve anche essere di tipo allargato e cioè non limitata al proprio modello di 'appartenenza'. Essa va integrata da un'adeguata competenza psicopatologica e da consapevolezza etica, epistemologica e metodologica.

Se lavora nel campo della cura i modelli che adopera e le conoscenze di cui dispone devono essere "gruppal" ma pensate per l'aiuto ai singoli pazienti che restano l'obiettivo del lavoro (analisi by the group). È preferibile che egli, vista la complessità del suo set(ting), possa disporre di contesti e colleghi che lo aiutino nell'elaborazione clinica del lavoro (co-terapeuti, osservato-

⁵ Il codice qui proposto può utilmente essere confrontato con altri. In particolare con quello proposto dalla F.I.A.P. e dal coordinamento delle scuole riconosciute che, a differenza di questo ha carattere più generale, minore specificità, non accentua la centralità della cura personale del terapeuta e la sua responsabilità di curante.

ri, gruppi di co-visione, equipe ecc.).

Il terapeuta di gruppo deve poter essere utile e non annulla carismaticamente le potenzialità del gruppo con i propri atteggiamenti didattici, accuditivi, ideologico affiliativi, narcisistici ecc..

Il terapeuta deve inoltre avere competenze gruppo-analitiche (intese in senso ampio), specifiche rispetto al tipo di gruppo e di pazienti con cui opera (ad es. gruppi monosintomatici con disturbi alimentari, psicosi, tossicodipendenze, patologie organiche, arte-terapeutici, psicodrammatici, istituzionali, comunitari, residenziali, con bambini, adolescenti, famiglie, per tematiche sanitarie ecc.).

- b) Il Terapeuta ha la responsabilità di decidere preventivamente se quel singolo paziente è adatto alla terapia di gruppo ed allo specifico gruppo in cui pensa di inserirlo.

In caso contrario deve indicare altre possibilità terapeutiche con altri colleghi ed orientamenti, di cui quindi deve avere rispetto e conoscenza. Deve anche valutare se siano necessarie integrazioni al lavoro di gruppo (farmaci, sedute individuali o familiari, inserimenti sociali o istituzionali ecc..

- c) Il terapeuta deve avere un atteggiamento di fondo (ed una formazione) etico, duttile e trasparente.

Quando nelle scelte e nel lavoro intervengono sue problematiche personali (ad es. il bisogno di inserire pazienti in un gruppo) ciò deve essere consapevole e non mascherato a lui stesso ed ai colleghi e nei limiti del possibile anche ai pazienti. Alla stessa maniera non deve interpretare come problemi dei pazienti questioni che sono sue difficoltà oppure non deve usare l'interpretazione come implicito rimprovero, o come oggettivazione o transposizione di preoccupazione proprie ai pazienti.

- d) Il terapeuta di gruppo deve tollerare di essere visibile, anche in aspetti personali, nel gruppo e non deve negarlo né a se

stesso né ai pazienti nei cui confronti deve avere un autentico atteggiamento 'terapeutico', una intenzionalità di cura 'piena di memoria e di desiderio, che non sia collusiva con la patologia, ma contemporaneamente abbia il massimo rispetto e comprensione per la dolorosa condizione umana dei pazienti.

- e) Il terapeuta effettua una preparazione al gruppo tramite colloqui (o altro) (eventualmente anche con i familiari, che, anch'essi, vanno 'pensati' nel loro bisogno psichico) e facilita l'inserimento del paziente nel gruppo ed elabora con il gruppo i nuovi inserimenti. L'analisi della domanda, delle aspettative, gli eventuali contatti con gli invianti fanno parte del suo lavoro.
- f) Il terapeuta cerca di non imporre a-priori ed in maniera rigida i propri modelli teorico-procedurali ai pazienti (pur mantenendosi nei limiti di ciò che sa fare) ad es. escludendo a-priori, per ogni tipo di paziente, colloqui individuali o familiari o viceversa imponendoli in ogni caso.
- g) Fornisce informazioni sul tipo di gruppo, sul set(ting), sugli obiettivi, sulle proprie qualifiche, sulle possibilità che il gruppo offre e non offre, sull'eventuale rapporto del lavoro di gruppo con altri trattamenti. Se utile, nel caso ad es. di trattamenti effettuati da altri, prende contatto con i colleghi. Esprime la massima chiarezza e trasparenza sulle questioni finanziarie e fiscali ecc. Nel caso di pazienti con difficoltà economiche cerca con loro delle soluzioni che consentano di effettuare una terapia.
- h) Chiarisce le questioni relative al segreto professionale cui tutti, in gruppo, sono tenuti.
Esplicita e motiva la eventuale presenza di osservatori, di registrazioni ed appunti di qualsiasi tipo. Garantisce il più possibile l'anonimato in ogni situazione.
- i) Elabora con i pazienti ed il gruppo gli eventuali abbandoni e la fine del lavoro

terapeutico. Non si accontenta, se possibile, di risultati sintomatici e provvisori ma nemmeno esercita un accanimento terapeutico che eluda i limiti del lavoro fatto.

- l) Il terapeuta tollera gli acting gruppali in quanto forma di comunicazione inconscia ed interpersonale e lavora, nei limiti del possibile, per canalizzarli positivamente nel processo gruppal e nella terapia dei singoli. Lavora per evitare che essi diventino distruttivi per il gruppo e per i singoli facendoli diventare il più possibile oggetto di comunicazione ed elaborazione.
- m) Garantisce la possibilità di ognuno di stare nel gruppo e che le eventuali situazioni aggressive, provocatorie e comunque difficili siano tollerabili dai singoli, non siano manipolative e, contemporaneamente, lavora perché esse diventino proficue per il lavoro terapeutico del gruppo.
- n) Il terapeuta è consapevole di quanto i suoi valori e le sue problematiche personali siano rilevanti per la relazione gruppal e. Se necessario e nei limiti delle possibilità emotive dei pazienti, le esplicita. In ogni caso evita situazioni di segreto su cose che apprende fuori dal gruppo o nei colloqui. Parla, contestualizzandoli, dei valori impliciti nella terapia gruppoanalitica (ad es. la diversità come valore, la centralità della relazione, la trasparenza, l'uguaglianza, la possibilità soggettiva di non sofferenza e di sviluppo di sé).
Rispetta, realmente, le differenze culturali, ideologiche, politiche, religiose dei pazienti fra di loro e con lui.
- o) Nei limiti del possibile (e del tipo di gruppo) non ha rapporti con i pazienti al di fuori del set(ting) e suggerisce, ai pazienti di non averli tra di loro poiché ciò aiuta la libertà comunicativa dentro il gruppo e la valenza simbolica del lavoro. In ogni caso cerca di farne oggetto di trasparente comunicazione e di analizzarne con il gruppo i significati.
Evita di inserire nel gruppo persone che

abbiano rapporti extra-gruppo fra di loro e con lui o in ogni caso fa di questo, se accade, oggetto di comunicazione trasparente.

Evita che nel gruppo ci siano persone che vivano rapporti reali o simbolici di dipendenza o di potere con lui ed in ogni caso lavora per l'elaborazione 'trasparente' di essi ed in genere di tutto.

Nel caso di eventuali ed occasionali accadimenti che non siano all'interno di queste regole si impegna affinché esse vengano comunicate ed elaborate nel gruppo dando, per primo, l'esempio.

Non assume atteggiamenti giudicanti o valutativi dentro il gruppo, se in esso vi sono giovani colleghi in formazione non deve esservi rapporto fra l'esperienza terapeutica e giudizi diretti o indiretti sulla formazione stessa o su altro. In ogni caso è attento ad elaborare i fattori culturali e contestuali presenti nella terapia e ad elaborare gli aspetti istituzionali di essa sia nel privato (ad es. rispetto alla propria scuola di appartenenza ed identificazione) sia nel pubblico in cui la questione 'istituzione' assume diretta rilevanza e deve essere da lui elaborata con i pazienti, con se stesso, e gestita organizzativamente.

- p) L'aiuto che dà ai pazienti per lo sviluppo della propria salute psichica e delle proprie speranze di vita non si traduce in indicazioni etiche, comportamentali o di altro tipo. Il terapeuta ha l'obiettivo del superamento della dipendenza dei pazienti da lui e della valorizzazione della loro diversità, originalità ed autonomia. L'elaborazione del rapporto transferale con il terapeuta, della conflittualità, dell'aggressività fanno parte di ogni terapia analitica e deve essere incoraggiata una reale possibilità comunicativa.
- q) Il terapeuta deve avere criteri di valutazione e di follow-up non auto-collusivi. Il più possibile, quindi, il lavoro va valutato intersoggettivamente con il paziente, con il gruppo, con osservatori, con colleghi a

distanza di tempo ecc.. Deve essere a conoscenza della letteratura clinica ed empirica sulla valutazione della psicoterapia.

- r) In conclusione il terapeuta si assume la responsabilità del lavoro, del suo svolgimento, dei suoi risultati. Non attribuisce eventuali insuccessi prevalentemente al paziente ma si interroga con onestà interiore su se stesso, sul suo lavoro, sui suoi limiti, sulle sue possibilità.

Conclusioni

In questo lavoro ho brevemente cercato di fornire un inquadramento epistemico-metodologico ed insieme osservativo-procedurale della questione 'trasformazioni nei gruppi'. Non sono entrato nel merito dell'esperienza psichica, della prassi clinica, della valutazione. Naturalmente un inquadramento può essere solo un ausilio, ed una sistematizzazione, per un lavoro clinico "pensato" e non affidato alla buona volontà ed all'autovalutazione del conduttore. Il cuore dell'esperienza grupale resta tuttavia clinico, relazionale, comunicativo. La psicoterapia, e fortemente quella di

gruppo, è un'esperienza vivente, pulsante, per certi aspetti psico-biologica, la cui questione centrale è quella del rapporto, più o meno patologico, con l'alterità dentro e fuori di noi. Rispetto a questo la trasformazione terapeutica è legata alla responsabilità dell'analista non solo di prendersi cura ma, eticamente, di 'curare' (sia pure nel particolare significato che questa parola ha nel nostro campo) il gruppo ed i singoli pazienti. Questo lavoro non può essere che un'esperienza processuale, ambivalente, travagliata che coinvolge in prima persona. Inquadrarla "scientificamente" può solo aiutare un lavoro che resta legato alla soggettività ed all'intersoggettività e che si occupa della sofferenza psichica. A mio avviso, tuttavia, farlo è una responsabilità ineludibile. Così come lo è chiarire come viene fatta la valutazione del lavoro (auto-referenziale e cioè fatta solo dal terapeuta o in qualche modo intersoggettiva valorizzando il gruppo e confrontandosi con co-terapeuti, osservatori, supervisori, colleghi, adoperando anche strumenti osservativi-descrittivi: griglie, registrazioni, schede valutative, tests ecc.).

Rivedendo questo lavoro, dopo qualche tempo, per la pubblicazione mi sono reso conto che esso deve molto non solo al lavoro con i pazienti ma anche all'attività di formazione e supervisione che ho fatto negli ultimi anni: ringrazio qui, quindi, i numerosi colleghi che ad essa hanno partecipato ed a cui ho insegnato delle cose e da cui ho molto imparato.

Bibliografia

- BARONE R., BELLIA V.: (2000) *Il volo dell'Airone*. Angeli, Milano.
- BELLIA V.: *Dove danzavano gli sciamani. Il setting in danza movimento terapia*. Angeli, Milano, 2001.
- CERUTI M., LO VERSO G.: (1998) (a cura di), *Epistemologia e psicoterapia*. Cortina, Milano.
- COSTANTINI A. (a cura di): (2000) *Psicoterapia di gruppo a tempo limitato*. Migraw-Hill.
- DALAL F.: (1998) *Taking the group Seriously*. Jessica Kinsley Publishers, London. Trad. It. *Prendere il gruppo seriamente*. Cortina, Milano, 2002.
- DI MARIA F., LO VERSO G. (a cura di): *La psicodinamica dei gruppi*. Cortina, Milano, 1995.
- DI MARIA F., LO VERSO G. (a cura di): *Fare gruppi* (titolo provvisorio). Cortina, Milano, 2002.
- DI NUOVO S., LO VERSO G., DI BLASI M., GIANNONE F.: (1998) (a cura di) *Valutare le psicoterapie*. Angeli, Milano.
- FASOLO F.: (1995) *Verso una psichiatria a vertice grupale*, in Di Maria F., Lo Verso G. *La psicodinamica dei gruppi*. Op. cit..
- FASOLO F.: (2000) *L'organizzazione dei gruppi in un Dipartimento di salute mentale* in Costantini A. op. cit..

- FASOLO F.: (2001) *Gruppi che curano e gruppi che guariscono*. La Garangola, Padova.
- FOULKES S.H.: (1990) *Selected papers*. Karnak Book, Londra.
- GASCA G.: (2002) *Psicodramma analitico*. Angeli, Milano (in press).
- LO VERSO G.: (1994) *Le relazioni soggettuali*. Bollati Boringheri, Torino.
- LO VERSO G.: (1995) *Fattori e trasformazioni terapeutiche in psicoterapia analitica di gruppo* in Correale A., Neri C. Contorni S. (a cura di) *Fattori terapeutici nei gruppi e nelle istituzioni*. Koinos Borla, Roma.
- LO VERSO G., DI MARIA F.: (1996) *A relação e a sujeituidade* (a cura di Benarros S. e Lo Piccolo G.) Editoria Cejup, Belém Parà, Brasil.
- LO VERSO G., FEDERICO T., LO COCO G.: (a cura di) (2000) *Il lavoro clinico con i gruppi nel sociale. La cura attraverso il cerchio*. Borla, Roma.
- LO VERSO G., PONTALTI C.: (2000) *Un codice deontologico procedurale per la psicoterapia di gruppo*. Gruppi n. 1.
- MC KENZIE K.R.: (1997) *Time-managed group psychotherapy*. Washington American Psychiatric Press.
- MIGLIETTA D.: (1998) *I sentimenti in scena*. Utet, Totino.
- NAPOLITANI D.: (1987) *Identità e gruppalità*. Boringhieri, Torino.
- NERI C.: (1995) *Gruppo*. Borla, Roma.
- NUCARA G., MENARINI R., PONTALTI C.: (1995) *La famiglia e il gruppo: clinica gruppoanalitica e psicopatologia*. In Di Maria F., Lo Verso G., op. cit..
- ONDARZA LINARES J.: (1994) *Processo gruppoanalitico e formazione degli psicoterapeuti di gruppo* in Attualità in Psicologia, vol. IX, n. 2-3.
- PAULETTA D'ANNA G.M.: (1996) *Sulla relazione e sul gruppo*. Segnalibro, Torino.
- PONTALTI C., PONTALTI I.: *Lo studio del processo in psicoterapia: un'analisi dei settings multipersonali*. In Di Nuovo et all op. cit..
- PONTALTI C.: (2000) *'Presentazione'* in Costantini A. op. cit..
- VINOGRADOV S., YALOM I.D.: (1989) *Group psychotherapy*. American Psychiatric Press, Washington, London.