

## **Il gruppo: una revisione dello stato dell'arte attraverso esperienze di giovani psicologi**

*Silvana Bianco\**, *Fabrizio Casuccio\**, *Antonio Chimienti\**, *Federica Di Ruzza\**, *Lucrezia Lopolito\**, *Paolo Olivieri\**, *Pasqua Patrizia Maldese\**, *Chiara Panattoni\**, *Silvia Policelli\**, *Federica Vernile\**, *Anna Di Ninni\*\**, *Rosa Maria Paniccia\*\**

### *Abstract*

Nell'articolo vengo raccolti dieci resoconti di esperienze di giovani psicologi in cui si è fatto uso del gruppo, in una varietà di contesti, scopi e di metodi. Le esperienze sono state accostate per fare una ricognizione dello stato dell'arte su uno strumento di intervento molto usato ma non altrettanto concettualizzato; da un lato la situazione non è molto cambiata da quando si propose il costrutto di gruppo autoreferente per indicare una prassi per la quale il gruppo è un fenomeno relazionale acontestuale per il quale proporre modelli altrettanto acontestuali; dall'altro sembrerebbe che il riferimento a modelli sia passato in secondo piano a favore di una prassi in cui il gruppo è un agito emozionale valido in quanto tale, come "recupero" di emozioni supposte assenti da altri momenti della convivenza.

*Parole chiave:* gruppo, gruppo autoriferito, intervento psicologico clinico, analisi della domanda

### *Premessa<sup>1</sup>*

*Esperienze varie, con un vario grado di elaborazione*

Verranno presentate delle esperienze di gruppo proposte entro un seminario effettuato da SPS<sup>2</sup>: "Il gruppo in psicologia clinica. Nella psicoterapia, nella formazione, nell'intervento. Dalla reificazione di un fenomenologia alla teoria della tecnica". Si tratta di esperienze varie, sia come ambiti che come impostazione metodologica o livello di elaborazione. Ne parlano giovani psicologi che condividono un percorso di formazione alla psicoterapia psicoanalitica entro SPS, ma solo in due casi sono esperienze accompagnate da una riflessione condivisa in quel contesto: si tratta dei primi due contributi, che trattano di interventi entro i Centri Diurni di due ASL romane<sup>3</sup>. La psicologa del terzo contributo invece, pur parlando di una delle due esperienze in un Centro Diurno, all'epoca era tirocinante post laurea, con tutto il disorientamento e la mancanza di sponda da parte dell'università che quella situazione comporta<sup>4</sup>. Tranne le prime due, tutte le esperienze proposte sono state vissute al di fuori del rapporto con SPS, spesso prima di iniziarlo. In qualche caso sono esperienze in corso mai analizzate insieme prima del seminario, in altri sono passate; forse stavano per essere lasciate alle spalle quando sono state recuperate per confrontarsi sul tema del gruppo.

Si tratterà di formazione per una azienda energetica che opera nel contesto europeo, per la PA italiana, per un Centro trasfusionale di Madrid. Si parlerà di psicoterapia entro una Comunità terapeutica, di intervento in un Istituto Tecnico messo in crisi da una classe ribelle e in un Centro di riabilitazione neuromotoria che vuole aumentare la compliance dei pazienti amputati. Ci sarà anche un gruppo tra "supervisione" e coordinamento del lavoro dei propri AEC da parte di una cooperativa. Si tratta di una ampia gamma di eventi, per i contesti assai vari e per le ottiche diverse con cui le situazioni di gruppo sono impostate e a volte con cui vengono agite più che pensate.

---

\* specializzando/a SPS

\*\* docente SPS

Per comunicare con gli autori [spscedro@gmail.com](mailto:spscedro@gmail.com)

<sup>1</sup> A cura di Anna Di Ninni, Rosa Maria Paniccia.

<sup>2</sup> Studio di Psicosociologia, scuola di specializzazione in psicoterapia psicoanalitica.

<sup>3</sup> Paragrafi a cura di Federica Di Ruzza e di Fabrizio Casuccio di questo contributo.

<sup>4</sup> Paragrafo a cura di Chiara Panattoni.

### *Una sinossi di vari modi di intendere il gruppo*

Perché ci è sembrato interessante ripercorrere queste esperienze e accostarle? Per diversi motivi:

- verificare attraverso una rassegna quale sia l'uso del gruppo oggi, a cinquant'anni dal suo ingresso sulla scena psicologica italiana, dopo che alla grande speranza di aver trovato lo strumento principe dell'intervento, succede l'attuale relegarlo ad attrezzo scontato, molto utilizzato ma poco ripercorso nelle concettualizzazioni;
- verificare lo stato dell'arte nella rappresentazione che si ha del gruppo per partire da lì per una riflessione sullo strumento;
- recuperare nella formazione all'intervento psicologico clinico e psicoterapeutico tutte le esperienze, anche passate. Riflettendoci vediamo come aprano a questioni e attività molto interessanti altrimenti non esplorate;
- occuparci di uno strumento che SPS usa in modo fondante. Il gruppo di monitoraggio dell'apprendimento è determinante nella formazione proposta. Molti docenti SPS hanno una lunga esperienza di gruppi; nel libro di Cesare Kaneklin del 2010 *Il gruppo in teoria e in pratica*, Renzo Carli è uno dei quattro psicologi italiani citati per il contributo sul tema con Spaltro, Quaglino e Napolitani.

### *Dal gruppo autoreferente a una teoria della tecnica*

Il seminario è dentro un "lavori in corso", le questioni varie e aperte. I brevi contributi mantengono un andamento più sintomatico di esperienze che interpretativo, poiché volevamo avere sott'occhio una sinossi da interrogare. A quali condizioni il gruppo diventa uno strumento per l'intervento psicologico clinico?

Ricordiamo quello che definimmo il paradigma del gruppo autoreferente<sup>5</sup>: se ho un modello di gruppo ho uno strumento di intervento. Ciò si ritrova nei modelli lewiniano, rogersiano, dell'analisi transazionale, della psicoanalisi. Il paradigma è fondato su due assunti:

- le invarianti fenomenologiche. La relazione gruppale esiste indipendentemente dal contesto. I differenti modelli vedono invarianze isomorfe a quelle dei gruppi "reali", fuori dalle situazioni di intervento.
- il gruppo si identifica con le tecniche di conduzione. Dato un gruppo a partire da una teoria delle invarianze, si interviene in coerenza con quella teoria.

I due assunti sono complementari e istituiscono *l'invarianza del gruppo rispetto alla variabilità dei contesti*. Il gruppo acontestuale e reificato si presta a pratiche di trasformazione lineari e direzionate, con obiettivi previsti: le regole democratiche di Lewin, le relazioni autentiche di Rogers, il codice dell'adulto di Berne. Le modalità di relazione, scisse dal contesto, diventano invarianti concettualizzate come fenomeni di gruppo: apparato psichico gruppale, anima o mente di gruppo, rete di gruppo ecc. L'entità gruppo si manifesta tramite questi fenomeni.

Dicemmo che il gruppo non esiste come entità, ma che origina dai modi con cui viene vissuta, pensata e attuata la relazione entro la quale il gruppo stesso viene realizzato. Proponendo come modello della relazione la dinamica collusiva con cui si simbolizza il contesto e si riduce la polisemia della mente fondata sul funzionamento biologico. Vedremo dai resoconti di esperienze che il gruppo scisso dal contesto, i fenomeni di gruppo che si realizzano a prescindere da chi, come e perché lo conduce o vi partecipa è un modello ancora molto presente.

Nella prassi clinica da noi proposta la strutturazione del gruppo rimanda all'analisi della domanda,

---

<sup>5</sup> Riprendiamo considerazioni proposte da Renzo Carli in questo numero della Rivista; ricordiamo anche un testo edito per la prima volta nel 1988 da La Nuova Italia Scientifica, *Il gruppo in psicologia clinica*, di Renzo Carli, Rosa Maria Paniccchia, Franco Lancia, del quale diverse questioni sono rimaste attuali.

dove le possibilità sono due: i modelli organizzativi e la dinamica collusiva specifica del contesto si agiscono o se ne sospende l'azione e si lavora in modalità "riflessione su". Si potrebbe anche dire che ciò che si istituisce non è mai "un gruppo", ma una relazione riflessiva che comprende la sua fenomenologia tramite il riferimento al processo istituyente.

### *Il processo istituyente*

Il processo istituyente è quel modo di organizzare la relazione entro le prassi cliniche (psicoterapia, formazione, intervento psicosociale, ecc.) tra psicologo, committente, cliente, per cui i modelli collusivi che sostanziano la domanda vengono agiti o sospesi. Le varie prassi, ovvero i differenti setting, dipendono dalla varietà della domanda e la varietà della domanda dipende dalla varietà dei contesti. Dal questo punto di vista, lo psicologo clinico costituisce gruppi in modo differenziato e fa un lavoro diverso sia in funzione dei diversi contesti da cui origina la domanda che dell'analisi che di questa domanda viene fatta. Quanto al metodo, ciò che regola l'uso del gruppo non sono le teorie e i metodi di gruppo, ma le teorie e i metodi della prassi clinica.

### *Qualche piccola nota sui casi che seguono*

Non intendiamo affatto esaurire l'analisi, quanto piuttosto proporre delle suggestioni, pensando che le letture che si possono fare dei resoconti che seguono sono veramente molteplici. Il primo e il secondo caso sottolineano la forza che la domanda ha, sempre, come organizzatore dell'intervento. In entrambi i casi il gruppo viene istituito a partire da un riconoscimento del vissuto degli ospiti di due CD dedicati a pazienti della salute mentale. Diciamo riconoscimento – accorgersi di cosa già conosciuta, ammettere apertamente di conoscere - perché vedremo in altri casi come la domanda venga ignorata e messa a tacere. Perché sia così difficile riconoscere la domanda lo si capisce bene se si comprende che farlo vuol dire non colludere: la collusione che caratterizza un certo contesto comporta sempre una finzione di conoscenza circa le relazioni, su cosa si attendano gli uni dagli altri, che elude la domanda. Senza il riconoscimento della domanda i gruppi dei CD non avrebbero ragione d'essere, ed è per la possibilità di dividerne il significato simbolico che i gruppi offrono risorse sia ai pazienti che agli operatori. Ricordiamo che i due gruppi vengono condotti da allievi entro una continua resocontazione dell'intervento in SPS; ne proporremo di seguito un approfondimento con una nota dedicata.

Diverso è il caso del terzo resoconto dove si parla di un tirocinio post lauream e di un esordio di formazione clinica, per altro importante, nell'apprendere la differenza tra il mondo dei fatti dove è determinante partecipare alle decisioni (istituire il gruppo sotto il profilo di decidere di farlo, come farlo, con chi farlo, perché farlo) e quello dei vissuti dove istituire un gruppo significa considerare il significato emozionale, simbolico, collusivo delle relazioni organizzate dal gruppo, inclusa la propria posizione. Anche in questo caso per altro si vede la domanda come risorsa: la relazione viene recuperata dalla psicologa, che si stava perdendo nelle sue fantasie, dall'essere lei riconosciuta dai pazienti.

Nel quarto caso, un gruppo di psicoanalisi multifamiliare in una comunità terapeutica, è ancora il riconoscere le relazioni che permette al gruppo di essere risorsa. Si noti che le relazioni riconosciute non sono quelle del gruppo come entità a sé, acontestuale, autoriferita, ma sono quelle con i genitori dei pazienti. Il gruppo sembra permettere la loro inclusione, forse difficile altrimenti, nella comunità. Sarebbe interessante una ricognizione dell'uso del gruppo entro i servizi di salute mentale. Vengono alla mente i gruppi di supervisione, spesso volti a perseguire finalità opposte al riconoscere le relazioni presenti nei servizi, e piuttosto tesi a inventare un servizio diverso, idealizzato, assorto nell'analisi di casi possibilmente gravi, dove i diversi ruoli e funzioni, spesso fonte di conflitti e disfunzioni, vanno sullo sfondo per diventare tutti psicoterapeuti. A volte si conoscono servizi dove per ogni problema si mette in atto un gruppo. Con i pazienti cronici, con i genitori, per l'accoglienza, per le dimissioni e così via. Si potrebbe ipotizzare che ogni volta che si individua una particolare questione organizzativa, i servizi attivino un gruppo invece che una funzione organizzativa, appunto. Come se il gruppo fosse una zona franca da agiti disfunzionali del servizio, ove ci si può dedicare a problemi altrimenti non

affrontati.

Nel quinto caso c'è un gruppo di pazienti amputati in una casa di cura privata, dove la molteplicità degli obiettivi, fare ricerca sull'efficacia della mirror therapy, aumentare la compliance, fare un gruppo di ascolto (qualsiasi cosa questo voglia dire) dice che non ce n'è nessuno. Sembra un caso in cui si mette in atto un gruppo autoriferito privo di modello: qualcosa accadrà, e quel qualcosa sarà utile. La contestualizzazione del gruppo viene chiarita, ove servisse, dal conflitto tra chi lo conduce e il primario committente (quello che avrebbe voluto ricerca e compliance); la conduttrice non è d'accordo su questi obiettivi, in particolare il primo, ma non si preoccupa del disaccordo, semplicemente sembra ignorarlo. Il gruppo non ha bisogno di committenza, è sufficiente che possa essere fatto. La cosa sorprendente è che sembra essere vero che qualcosa di utile si verifichi; la prova non è solo la lunga esistenza di tale gruppo, che dura negli anni, ma anche che dei pazienti affetti da morbo Parkinson chiedono di farne uno analogo. Si suppone la sola forza della domanda dia senso al gruppo: i pazienti in un contesto sanitario che ignora i vissuti vogliono stare insieme, confrontarsi, parlare.

Il sesto caso parla di gruppi di formazione di dirigenti entro la PA. Vediamo in atto un certo tipo di formazione manageriale, fondata su agiti programmaticamente lontani dalla vita organizzativa, tipo l'out door, che ha preso piede in anni recenti, quelli per vari motivi della sfiducia verso tale competenza; si propongano esperienze emozionalmente implicanti - come se le emozioni dovessero essere sollecitate per esserci - dove il viverle sarebbe in sé formativo, per poi ricondurle a una generica vita organizzativa, poiché la specifica, quella dei formandi, ci si guarda dall'esplorarla. La logica che sostiene l'esperienza è rigorosamente del tipo "gruppo autoriferito". Interessanti gli interrogativi di chi resoconta, un allievo all'inizio del primo anno, che per ciò ci confronta utilmente con altre culture; il resocontante ci chiede: l'ottica psicologico clinica non può anticipare ciò che accadrà con i partecipanti. Come coniugarlo con la progettazione dettagliata richiesta dai committenti? Costruire committenza, si potrebbe rispondere, significa anche creare quelle condizioni di attenzione all'obiettivo per cui il committente non vuole più sapere cosa accadrà, ma dove si va a parare. È su quest'ultimo punto che ci si confronta ed è al servizio di quello che si stilano i progetti; premesso questo si troverà certo il modo di far contenuto qualsiasi ufficio amministrativo. Altra domanda: come utilizzare un gruppo "contestualizzato", dove ciò che viene portato lo si legge come riproposizione di fantasie con cui si vive l'organizzazione committente, con persone che ancora non fanno parte di quel contesto? Domanda interessante: si conviene con il committente che è più utile accompagnare nell'inserimento le persone nuove per quel contesto invece che lavorare sulle loro anticipazioni e attese.

Il settimo caso, un intervento di formazione in un centro trasfusionale di Madrid, è interessante per la coerenza tra modello, questa volta esplicitato, e metodo di intervento cognitivo - comportamentale: individuati comportamenti disfunzionali ci si ingegna a correggerli. Si potrebbe dire che il modello cognitivo - comportamentale è sempre autoriferito: l'intervento non è mai basato sulla conoscenza dell'esistente, ma su modelli di comportamento assunti a priori come i più corretti. La fiducia nella correttezza di ciò che si persegue permette anche la complicità tra agenzia formativa e committente, quella per cui i formati sono anche oggetto di una valutazione che a loro non viene dichiarata e di cui (forse) non sanno nulla. Si tratta di un modello di intervento che prende parte senz'altro per il potere dirigente, assunto in sé come adeguato. Qui il gruppo sembra trattato come un insieme di individui: la relazione non è oggetto di attenzione.

L'ottavo caso è quello di un intervento formativo con il personale disperso e isolato di una compagnia energetica internazionale. Si scoprirà poi che più che di formazione, si tratta di costruire appartenenza per questo personale "emarginato" e che il regista di tutto è un dirigente manipolativo ma forse a suo modo efficace. I partecipanti in effetti saranno grati dell'attenzione loro rivolta, della bella città in cui vengono convocati, dello stare insieme. Forse meno grati saranno i giovani formatori, usati in modo problematico ma forse significativo della considerazione in cui viene oggi tenuta la competenza dei formatori aziendali.

Il nono caso propone un gruppo di supervisione entro un Servizio per l'integrazione scolastica di

alunni disabili; il problema è che la conduttrice è anche coordinatrice di chi dovrebbe supervisionare, ovvero di alcune AEC, assistenti educativo culturali dedicate alla disabilità nelle scuole. Ciò comporta che ha anche la funzione di assegnare loro casi e turni e di fare visite a sorpresa presso le scuole, per vedere come vanno le cose. Evidentemente le due funzioni sono incompatibili: il controllore non può essere anche il consulente delle stesse persone. Possiamo constatare ancora una volta che va promossa una competenza relazionale che è anche competenza organizzativa.

Il decimo caso propone un gruppo come “esperienza positiva” da far fare a una classe ribelle di un Istituto Tecnico tramite l’arteterapia; poi fallita quella, l’anno successivo con la pet therapy. L’esperienza positiva nell’ipotesi degli psicologi una volta fatta avrebbe contagiato anche il resto della vita quotidiana. Anche qui vediamo che la “tecnica” proposta corrisponde, come spesso e come in altri casi resocantati, a interessi casuali dello psicologo di turno. Non è ciò che conta. Allora cosa conta? Forse l’idea di creare situazioni emozionanti e condivise, ma dove le emozioni siano “positive” e dove la condivisione sia bonificata dai conflitti del contesto committente, si realizzi in una sorta di zona franca. È molto interessante vedere tracce di domanda sia degli studenti che degli insegnanti, anche se rigorosamente ignorate, e la relazione tra loro. Gli insegnanti svalutano la scuola. È quella “dell’handicap”, per l’alto numero di diagnosticati e perché frequentata da chi non vuole studiare; se fossero rigorosi perderebbero gli alunni e con loro la cattedra. Questo mentre gli studenti ribelli – sorpresa – vogliono una scuola più rigorosa!

#### *Un approfondimento sui due resoconti circa l’intervento con il gruppo in un Centro Diurno*

L’interesse dei primi due resoconti risiede nella testimonianza che è possibile, nelle strutture afferenti al campo sanitario, sospendere l’agito collusivamente assunto che le fonda e riaprire uno spazio che permetta di costruire e convenire gli scopi degli interventi che in tali strutture si attuano, interrompendo il circuito della cosiddetta cronicizzazione. Motiviamo brevemente questa affermazione calandola nella realtà dei Centri Diurni per la Salute Mentale, strutture entro le quali la attivazione dei gruppi ha appunto costituito un momento di apertura di questa possibilità.

La legge 180 ha proposto una potentissima accelerazione del processo di medicalizzazione della follia. Questa medicalizzazione si attua “forzatamente” attraverso la prescrizione di inclusione nel sistema sanitario degli spazi di cura ospedalieri per la malattia mentale (SPDC) e nella prescrizione alla non esclusione dal tessuto sociale ordinario (famiglie, luoghi di lavoro), del malato stesso. In questo modo gli obiettivi trasformativi tradizionali della medicina, cura e riabilitazione, vengono collusivamente assunti entro le nuove strutture dedicate alla salute mentale.

Cura e riabilitazione sono gli scopi fondanti anche le cosiddette strutture intermedie, fra cui i Centri Diurni. Con una piccola accentuazione paradossale, si può dire che la progressiva chiusura dei manicomi ha prodotto non una sparizione ma piuttosto una moltiplicazione di “spazi della follia” caratterizzati però soprattutto dalla loro multiformità. Nel loro insieme, Centri Diurni, Comunità terapeutico riabilitative, case famiglia etc., costituiscono un patrimonio di cosiddette “strutture intermedie”, di novità organizzative man mano emerse all’interno dei Dipartimenti di Salute Mentale. Il termine intermedio è evocativo di una serie di antinomie (mondo interno/realtà esterna, sano/malato, ospedale/domicilio, protezione/abbandono....); è dunque una “parola densa” che non ha nessun senso definire al di fuori delle simbolizzazioni emozionali del contesto che la inverte. Questa polisemia contrasta con la prescrizione sanitarizzata alla cura e alla riabilitazione e talora confligge con gli assetti collusivi che la mantengono a dispetto delle domande dei pazienti e delle sofferte disfunzioni nel funzionamento organizzativo lamentate da operatori e famiglie.

L’intervento psicologico che abbiamo appena ascoltato mostra che alcune iniziative competenti, in questo caso attuate attraverso l’istituzione di gruppi, possono produrre quello sviluppo per cui i CD stessi sono nati. Il resoconto del secondo paragrafo si sviluppa attraverso il ripensamento dell’assetto scontatamente socioriabilitativo del CD. L’organizzazione di questa struttura infatti è prevalentemente fondata su gruppi/laboratorio, attivati nell’ipotesi che la strutturazione del tempo in attività dotate di un prodotto personalizzato e la valorizzazione della libertà espressiva possa contrastare la “atemporalità” della malattia cronica. Il processo di “reificazione organizzativa” viene riconosciuto dalla psicologia intercettando domande dissintone, vissute come improprie/incoerenti con le attese

riabilitative: l'istituzione di un gruppo aperto alla parola, ai vissuti, anche alla crisi si configura come sostegno ai processi di ridefinizione clinico - organizzativa dell'intero CD.

Il resoconto del terzo paragrafo mostra invece l'utilità di sospendere, sempre attraverso l'istituzione del gruppo, l'agito collusivo fondato sulla pretesa terapeuticità delle azioni organizzative che pervade il CD nel quale lo psicologo resocontante lavora. Qui l'inclusione di domande di sviluppo nelle relazioni, piuttosto che di cura, permette una partecipazione creativa e non passivizzata dei pazienti, attraverso una nuova simbolizzazione del dentro/fuori delle organizzazioni sanitarie, CD compreso. L'inclusione del "lavoro" entro le attese possibili contrasta anche qui i processi di reificazione degli obiettivi connessi con la prescrizione della cura.

Vorremmo sottolineare che la messa in campo della competenza psicoterapeutica affidata agli psicologi nel Sistema Sanitario, ed in particolare nei Dipartimenti per la Salute Mentale, si realizza, nei resoconti citati, attraverso la capacità di riconoscere la componente difensiva che i "ruoli professionali" e la loro protezione giocano nelle strutture sanitarie stesse. Per converso, individuare e sostenere funzioni coerenti con la domanda, ovvero con un metodo di intervento che ne permetta l'ascolto e l'analisi, passa attraverso la rinuncia tanto ad obiettivi trasformativi scontati (la terapia, la socializzazione), quanto ad identità professionali fondate su tecniche altrettanto scontate (fare colloqui o gruppi). Il "processo istituyente i gruppi" qui resocontati va proprio in questa direzione.

Ciò di cui però si sente maggiormente il bisogno è la possibilità di coinvolgere gli attori implicati nelle strutture (familiari, pazienti, operatori) nella costruzione emozionale consapevole del contesto riabilitativo, ovvero di ciò che finirà per dar senso alle azioni che quotidianamente si compiono. In questa direzione confluiscono senza dubbio molte attività gruppali che gli stessi centri diurni attivano e di cui però si sente poco parlare e su cui c'è, tuttora poca ricerca.

E' in questa direzione che si esprime la domanda di psicologia. Si potrebbe perfino utilizzare il termine intermedio per connotare le attività, i tempi, le relazioni, in una parola la costruzione di un progetto terapeutico che riunisca i molti attori che lo definiscono. Istituire setting terapeutico-riabilitativi capaci di trattare la variabilità, anziché orientati a ridurla massimamente in favore dell'esito tecnicamente predefinito, è la nuova competenza che si va sviluppando nei DSM, nei Centri Diurni, e perché no nella Sanità nel suo complesso.

Nei successivi paragrafi, ciascuno dedicato a un caso, parla in prima persona lo psicologo che resoconta del suo intervento.

### *Un gruppo presso un Centro Diurno: dalla cultura dell'azione a quella della parola<sup>6</sup>*

#### *Premesse e processo istituyente*

Il gruppo è una iniziativa ancora in corso, avviata nell'ottobre 2010 entro il mio tirocinio di specializzazione in psicoterapia psicoanalitica in un Centro Diurno romano. Nell'esigenza di individuare criteri di verifica e sviluppo delle proposte del CD in rapporto alla domanda dell'utenza, il gruppo è il progetto attraverso cui questi obiettivi sono stati perseguiti.

Il Centro Diurno in questione nasce negli anni '90, entro la lenta riorganizzazione territoriale dei Servizi di Salute Mentale. L'utenza è accomunata da importanti problemi psichiatrici. L'attività ordinaria comprende laboratori di artigianato, sport, visite guidate effettuate presso strutture convenzionate o "in giro" per la città. Durante i mesi estivi le attività ordinarie si sospendono e lasciano il posto ad uscite di un giorno o soggiorni in località di mare o di lago. E' durante una di queste occasioni di "vacanza" che noto come i pazienti, gli stessi che nell'ordinario si raccontano attraverso sintomi e diagnosi, condividono con me esperienze di lavoro, relazioni amorose, percorsi formativi, a vario titolo intrecciati con le esperienze di malattia.

---

<sup>6</sup> A cura di Federica Di Ruzza

### *Dalla cultura dell'azione a quella della parola*

Condivido con il tutor – lo psichiatra responsabile del servizio - le esperienze estive con i pazienti e l'ipotesi che questi "racconti atipici" siano connessi con la modalità con cui viene simbolizzato il rapporto con il CD e la sua offerta; sembra interessante la possibilità che questo rapporto possa essere oggetto di una esplorazione. Recuperiamo altri frammenti della storia del servizio che sembrano sostenere l'ipotesi di procedere in questa direzione. Negli anni precedenti lo stesso psichiatra aveva promosso due attività di gruppo, successive l'una all'altra, la prima con il fine di avviare un confronto sulle attività laboratoriali del CD, la seconda con quello di esplorare le questioni portate dall'utenza più giovane, che sembrava sempre più numerosa. Due esperienze accomunate dal tentativo di inaugurare una cultura della parola entro un contesto fortemente permeato dall'azione, vale a dire un contesto in cui spesso operatori e utenti condividono "esperienze di gruppo" quali laboratori artigianali, visite guidate, sport; ma si tratta sempre di gruppi "agiti".

Ripensare queste esperienze di gruppo e gli eventi estivi ci permette di condividere l'ipotesi che la domanda degli utenti riguardi la possibilità di esplorare i loro vissuti sul rapporto con il servizio. Nasce così l'idea di costruire un setting di gruppo in cui gli utenti possano avviare questa esplorazione, proprio a partire dal confrontarsi circa le proprie esperienze di vita "dentro" e "fuori" i servizi. Un ponte da attraversare e su cui sostare, capace di mettere in evidenza connessioni.

### *La proposta di un contenitore vuoto*

A differenza delle altre attività del CD, il gruppo non solo si propone quale "contesto di parola" ma si connota anche per altri due aspetti: la proposta di partecipazione e l'essere un contenitore vuoto. In genere le attività del CD sono sempre rivolte a tutti, e tutti gli utenti possono far richiesta di partecipazione o partecipare piuttosto automaticamente. La partecipazione al gruppo, invece, è stata proposta in prima istanza solo ad alcuni pazienti. In particolare si è pensato di coinvolgere quelli che nelle esperienze estive avevano cominciato a condividere racconti "nuovi" e quanti sembrava più evidente portassero un problema nel "tenere insieme" aspetti diversi della propria esperienza di vita "dentro" e "fuori" dei servizi. La partecipazione al gruppo, inoltre, è stata preceduta da colloqui individuali in cui costruire una committenza degli utenti. Si voleva che gli utenti potessero riconoscere il gruppo quale strumento con cui il servizio rispondeva a una domanda posta da loro: in questo senso, un contenitore vuoto e accogliente.

### *Obiettivi ed eventi critici*

Lavorare con pazienti con psicosi in un contesto abituato all'azione rende arduo ma non privo di risvolti interessanti il lavoro di sospensione dell'azione sostenuto dalla parola. I colloqui di committenza avevano evidenziato simbolizzazioni del rapporto con il servizio caratterizzate da dipendenza indiscussa e/o rabbiosa, difficoltà a sostenere responsabilità e autonomie, a ritenere sostenibili frustrazione o desiderio. Tra l'altro quello con i servizi è un rapporto garante di una esistenza orientata all'evitamento della crisi. E invece proprio la crisi si è connotata entro il gruppo quale "evento critico" con cui parlare del rapporto con il CD. Propongo alcuni casi.

Un paziente attraversa una crisi psicotica che CD e CTR (Comunità Terapeutica Riabilitativa) hanno provato a contenere con mezzi ordinari e straordinari per evitare il ricovero in SPDC. Sintomo principe un delirio in cui il soffitto e il pavimento sembrano invertirsi. "Non riesco a condividere con gli altri le cose basilari!" lamenta il paziente sdraiato sul letto, contenuto dai suoi occhi chiusi e dalla presenza del responsabile del CD di fronte a lui. Una situazione di "perplexità psicotica", dopo la quale il responsabile mi propone di provare ad utilizzare il gruppo; gruppo al quale il paziente fino a pochi mesi prima aveva partecipato per poi interrompere il rapporto. Nel gruppo inversione e perplexità divengono oggetto di intervento dei partecipanti. Il paziente stesso, stordito e sopito dalla fatica della crisi e dei farmaci, racconta frammenti di esperienza familiare difficile, in cui i confini

sono continuamente violentati e confusi, ma anche di cambiamenti entro i servizi con cui sembrava avere difficoltà poco prima della crisi. Le sue competenze, infatti, lo avevano promosso nel laboratorio di informatica al ruolo di conduttore; questo aveva mutato il rapporto con gli altri partecipanti, rispetto ai quali aveva provato confusione. Perplexità e inversione nel gruppo divenivano categorie condivise con cui leggere la crisi. La crisi stessa diviene occasione per ridiscutere l'idea che il rapporto con i servizi sia sempre lo stesso. Si condividono date di ricoveri, eventi, esperienze in cui un TSO viene riconosciuto come ricovero desiderato, che portasse lontano da situazioni problematiche.

Due membri del gruppo raccontano due sogni. Un funerale che sa di rinascita, un disastro in metropolitana a cui si sopravvive. L'emozione di vita, invece dell'abituale di colpa, sembra prevalere. Per i partecipanti i sogni parlano del rapporto, per nulla lineare, tra esperienze ed emozioni. Tutti partecipano proponendo letture, condividendo esperienze. Soltanto G. tace. Gli altri, per la prima volta in tre anni, se ne occupano, lamentando come G. si metta fuori gioco. C'è aggressività e ironia. G. accenna all'intenzione di dimettersi da presidente di un'associazione che si occupa di salute mentale: è fuori luogo in quanto epilettico e non malato mentale. G. si è sempre presentato in modo rigido e indiscutibile come "presidente" e "malato mentale organico". G. controlla l'orologio, ossessivamente preoccupato che si sia fermato. Cambia sedia, emette versi che sembrano conati e prova a togliersi qualcosa dalla faccia, come per sfilarsi una maschera incollata alla pelle. Afferma: "sono confuso". Il gruppo si conclude con i primi interventi dei partecipanti che connettono la crisi di G. alle questioni trattate nell'incontro, come modalità con cui G. riesce ad esprimersi.

Oggi questo gruppo è al terzo anno di lavoro. Il tirocinio è concluso e, dopo un anno di collaborazione in forma di volontariato, continuo a condurlo, assieme al responsabile del CD, in qualità di consulente esterno afferente ad una associazione che si occupa di promozione sociale.

*Il gruppo come intervento sulla relazione tra un Centro Diurno di un DSM e i suoi utenti<sup>7</sup>*

*Dal "fare un gruppo" a intervenire tramite il gruppo*

La domanda mi arriva in un Dipartimento di Salute Mentale presso il quale svolgo il tirocinio di specializzazione per SPS. Si tratterebbe di "fare un gruppo" con i pazienti del Centro Diurno. E' la psichiatra responsabile del Centro a formulare la richiesta. Sa di una mia esperienza gruppo-analitica in affiancamento al tutor, sempre nel Dipartimento, e vorrebbe implicarmi come conduttore. La motivazione concerne un adempimento: viste le difficoltà nello stanziare in breve finanziamenti per le cooperative sociali che si occupano delle attività con gli utenti del Centro Diurno, il gruppo sarebbe un'alternativa utile a "riempire il tempo". La psichiatra ha l'assenso del responsabile del Dipartimento. L'urgenza non aiuta a districare un'iniziale e confusiva sovrapposizione tra strumenti metodi e obiettivi. Sento il rischio di assumere il fare "un gruppo" come un'azione scontatamente terapeutica. Tralasciando il come e il perché.

Formulo una contro-proposta: stilare un progetto ove la costruzione di un setting gruppale non costituisca in sé un obiettivo, ma sia lo strumento per un intervento. Avanzo l'ipotesi di esplorare la relazione tra pazienti e Centro Diurno, non solo per comprendere come tale rapporto organizzi od ostacoli un percorso evolutivo, ma anche per supportarlo. In altri termini: è possibile uno sviluppo per gli utenti del Centro Diurno entro un modello diverso dalla cura? In gruppo si penserebbero le emozioni che fondano le modalità relazionali di queste persone. Si tratterebbe di una funzione in controtendenza rispetto alle azioni consuete nella vita del Centro, per far emergere una domanda, connettere prassi e desideri, fare ipotesi su una quotidianità "altra" rispetto al Centro: ad esempio la famiglia, il lavoro. Forse si potrebbero anche tradurre le esperienze del Centro in opportunità di lavoro. Ciò recuperando come utili limiti le diversità e le risorse dei partecipanti.

---

<sup>7</sup> A cura di Fabrizio Casuccio.

La psichiatra accetta: si istituisce un primo livello di committenza. Un secondo si avvia nel condividere il progetto con l'équipe del Servizio. Un livello intermedio concerne la costituzione dello staff. Oltre al conduttore del gruppo, si implicano infermieri e infermiere professionali. Questi ultimi nel corso degli anni hanno già partecipato ad altri gruppi esperienziali e di psicoterapia, per due motivi: conoscono bene gli utenti storici, quelli che frequentano assiduamente il Centro Diurno; la loro presenza reifica un'esigenza di integrazione delle differenti attività del Servizio.

Uno sviluppo potrebbe essere quello di chiedere a questi operatori non solo di osservare, di farsi garanti della continuità delle azioni del Servizio, ma anche di esprimersi, per poter riflettere insieme sulla cultura locale del contesto. Una ulteriore proposta di coinvolgimento riguarda una psicologa, tirocinante post-lauream, presente nel servizio<sup>8</sup>. Lei e il tirocinante SPS si sono conosciuti partecipando al gruppo di psicoterapia condotto dal tutor di tutti e due. L'intento è di resocontare entrambi, per monitorare il lavoro di gruppo.

Il setting di gruppo prevede sedute settimanali di un'ora e mezza, con la partecipazione di pazienti che frequentano il Centro o che si apprestano a entrarci. Al momento dell'avvio si compone di circa dieci persone, con diagnosi relative a patologie dell'area psicotica (schizofrenia, disturbo schizoaffettivo, bipolare, ecc.) e a disturbi della personalità (disturbo paranoide, schizoide, narcisistico, borderline, ecc.). In accordo con la psichiatra committente si sceglie di conferire al gruppo una strutturazione semi-aperta, con la possibilità di avvicendamento delle persone coinvolte. Ciò è coerente con la modalità di accoglienza del Dipartimento, ma su un piano diverso fonda la problematica di una identità grupale costantemente mutevole. Il progetto prevede verifiche in itinere. Non sussistendo un esito terminale predefinito, ma un obiettivo metodologico di fare manutenzione del rapporto pazienti/servizio, ci si affida al resoconto clinico per dare senso all'esperienza e per condividere, in riunioni di équipe, lo stato dell'arte.

A un anno dall'avvio, una prima variazione riguarda il mio ruolo. La proposta di alcuni dirigenti è che al termine del tirocinio io avvii una consulenza libero-professionale in qualità di referente di una cooperativa sociale. La collaborazione con la cooperativa ha consentito che la ASL finanziasse il progetto, la cui riformulazione è stata approvata, preservando l'obiettivo metodologico. Altri cambiamenti, importanti, riguardano l'utilizzo che gli utenti stanno facendo dell'esperienza grupale. La scelta di conferire al gruppo l'appellativo "Solare" è loro. "Solare fa pensare al calore e alla speranza", dice qualcuno. Si ironizza, d'altra parte, sul rimando alle creme per l'abbronzatura. E' comunque un nome simpatico e come la luce che si intravede alla fine di un tunnel, arriva in un momento in cui si sta elaborando l'incidenza problematica dei modelli culturali che regolano il rapporto con la struttura.

#### *Una lettura psicologico-clinica del processo.*

Una delle criticità nell'assetto collusivo tra pazienti e contesto è riassumibile in una frase ricorrente: "Il mondo è cattivo e l'unico posto in cui ci sentiamo al sicuro è il Centro Diurno". La relazione con il Servizio deve essere definitivamente buona e contro il resto del mondo; seduta dopo seduta, tuttavia, si comincia a guardare al rapporto tra Servizio e contesto sociale. La posizione dentro/buono *versus* fuori/cattivo rivela l'incistamento in una coesione difensiva. Assunta la propria diagnosi come identità, si arriva a credere che la frequentazione del Centro significhi tout-court che qualcuno per la strada ci riconosca come "matti". Si tratta di una fantasia che se da un lato aumenta la quota di similarità assunta, dall'altro consolida la simbolizzazione nemicale di tutto ciò che si pone al di fuori del proprio ristretto sistema d'appartenenza. La persecutorietà del contesto sociale può esitare nell'isolamento rabbioso e impaurito. Possiamo anche supporre che la prevalenza di un sistema collusivo basato sulla diagnosi e sulla medicalizzazione della malattia mentale, favorisca la cultura degli agiti fondati sul potere dell'uno sull'altro.

---

<sup>8</sup> La psicologa in questione è quella del paragrafo con il titolo: *Una rilettura del tirocinio post lauream a partire da un'esperienza clinica di gruppo.*

Ma esistono le contingenze e con esse gli eventi critici. Come ogni anno, la ASL cui afferisce il DSM si trova a rinegoziare i finanziamenti per le cooperative che organizzano attività nel Centro Diurno. Ancora una volta, come all'inizio del gruppo, si è presi dall'urgenza e dalla mancanza di progetti operativi. Per un certo periodo resta in piedi solo il gruppo "Solare" e gli utenti lo utilizzano per discutere il problema. Le lamentele saturano il campo quando viene meno l'automatismo degli adempimenti. Per alcuni partecipanti sembra inconcepibile la mancanza di accudimento cui sono abituati. Per dirla con Bion: dalla dipendenza all'attacco/fuga. C'è chi vorrebbe strapparsi i capelli, chi se la prende con singoli operatori e chi profila, sfiduciato, di ritirarsi "a vita privata".

Tuttavia, la possibilità di pensare può fare la differenza. Si sviluppa una discussione che consente di categorizzare gli eventi. Viene alla mente che piangersi addosso o minacciare ritorsioni non cambiano la questione. Si sta comunque in rapporto a un potere cui conformarsi o ribellarsi. La presenza/assenza di offerte viene reciprocata dallo starci acriticamente o dal pretendere la restituzione di uno status quo ante. Ma il punto è: ci interroghiamo sull'utilità di quel che si fa al Centro Diurno? Recuperando il contesto sovengono altri nessi. Siamo in una ASL e questo significa tener conto dei bilanci. Forse converrebbe pensare ad attività spendibili anche fuori dal DSM e che tenessero conto della limitatezza delle risorse. Si stabilisce di scrivere una lettera al direttore del Dipartimento. L'intento è di resocontare quanto fatto e ipotizzare nuove iniziative, possibilmente integrabili entro un progetto di vita. Forse non servirebbero costosi formatori. Tra i partecipanti c'è chi riconosce di avere competenze che può mettere al servizio degli altri. C'è chi sa cucinare, chi ha fatto corsi di informatica, chi si è laureato e vanta numerose esperienze di lavoro. Si potrebbe interloquire con il Dipartimento, stavolta con una committenza propria. Qualcosa, insomma, sta cambiando.

L'attraversamento riflessivo di modalità agite di appartenenza e impotenza ha aperto all'utilizzo di quegli aspetti simbolici del pensiero in grado di sospendere la traduzione immediata di fantasie in azioni. In gruppo si stanno delineando, certamente con fatica, nuovi assetti relazionali. E' interessante riportare il pensiero di una giovane paziente, Antonella: "Credo che qui si parli di questioni di psicologia sociale". Antonella sta parlando della costruzione di una funzione psicologica al Centro Diurno. Soprattutto sta parlando di un apprendimento metodologico: ognuno dei partecipanti, con risorse e limiti diversi, sta conducendo il gruppo in una direzione inattesa.

*Una rilettura del tirocinio post lauream a partire da un'esperienza di gruppo<sup>9</sup>*

*Partecipare alle decisioni non esclude un sentimento di passività*

A partire dalla mia implicazione nello staff del gruppo "Solare", attivato presso il Centro Diurno di un DSM con lo scopo di permettere agli utenti di elaborare la loro esperienza nel Centro, gruppo di cui si resoconta nel contributo precedente, vorrei riflettere sulla funzione del tirocinante post-lauream, prendendo spunto da quella specifica attività clinica. Mi sembra opportuno assumere come punto di partenza il processo istituyente che ha fondato la mia partecipazione al gruppo, poiché è proprio da lì che si sviluppa il ruolo e una eventuale funzione specifica del tirocinante.

Lo psicologo tirocinante presso il DSM mi propone la partecipazione ad un gruppo presso il Centro Diurno. La proposta di collaborazione si fonda su una precedente esperienza che ci ha visto coinvolti come osservatori partecipanti in un gruppo di psicoterapia con i pazienti del Centro di Salute Mentale. Mi viene inviato il progetto del gruppo nell'idea di dividerlo, discuterlo ed eventualmente integrarlo con delle mie proposte. Ottenuto l'assenso dalla mia tutor, comincia uno scambio in cui mi sento parte attiva. Abbiamo innanzitutto convenuto il mio contributo nel resocontare, in forma scritta e orale, sia le singole sedute che l'andamento generale del lavoro. Il gruppo si avvia.

---

<sup>9</sup> A cura di Chiara Panattoni

### *La fantasia di non essere all'altezza*

Pensavo di avere chiara la domanda, il progetto del gruppo clinico, il contesto entro cui mi trovo, ma mi sentivo confusa sulla mia posizione. Era come se fossi sospesa tra l'essere una paziente e l'essere una psicologa che contribuisce alla conduzione. A distanza di un anno dalla fine del tirocinio, mi rendo conto di una fantasia di non essere all'altezza, quella che sentivo nel timore di intervenire nel gruppo, la stessa che stava caratterizzando la mia presenza in tutte le attività del DSM. Questo modo di agire il ruolo di tirocinante era in rapporto con la fantasia che io venivo invitata ad osservare contesti dati, intessuti di fatti e voluti da poteri che prescindevano completamente da me, perché io potessi apprendere qualcosa sulla mia professione; questa fantasia era presente anche nel rapporto con la mia tutor, con cui non avevo creato spazi di riflessione per dare senso alle attività; davo per buono quello che mi veniva chiesto, alimentavo una scissione tra chi sa e chi non sa, dove chi non sa è un vuoto da riempire attraverso l'accumulazione di conoscenze.

### *Non decidere ma capire, a partire da un'analisi delle proprie fantasie sull'intervento*

Mi rendo conto che nonostante le condivisioni del progetto, ho avvicinato il gruppo aspettandomi di continuare a osservare qualcosa che era lì, che procedeva senza di me: non conoscevo abbastanza dei miei vissuti. Questa fantasia però ha incontrato un fallimento. La configurazione del setting non prevedeva che io potessi mettere in atto anche nel rapporto con il conduttore la stessa passività con cui ero stata nel tirocinio. Si stava in un gruppo in cui si metteva in discussione il rapporto di tutti, anche del conduttore, con il Centro Diurno; questa volta si trattava di stare fuori dagli adempimenti. Sto nel gruppo solo due mesi, ma mi sono bastati per vedere come ogni paziente visse le attività proposte dal Centro Diurno come un dono confezionato da qualcuno che è sicuro di sapere cosa desideri, senza bisogno di interpellarti, chiederti nulla. Sembrava il mio modo di rappresentarmi il tirocinio. Questo resoconto mi sta consentendo di riconoscere quanto il gruppo mi rimandasse le mie fantasie, me le facesse vedere tramite gli altri. Riporto due interazioni che mi hanno coinvolto in prima persona.

### *Io osservo, ma i pazienti mi vedono*

Alberto, un giovane partecipante, mi invita a leggere uno scritto sul suo rapporto con i farmaci, motivando la proposta con il fatto che ero intervenuta poco. Fa riflettere come uno psicotico, stereotipalmente visto come una persona incapace di capire emozioni, abbia colto sia la mia difficoltà che il mio desiderio di implicarmi, proponendomi di uscire dalla paura in cui mi sentivo intrappolata.

Maddalena, una paziente storica del Dipartimento, sembra rompere il flusso di pensieri e associazioni che il gruppo sta producendo. Mi guarda negli occhi e tuona: "Ma che pensi, che io sto tutto il giorno su un prato a guarda' gli alberi e gli uccellini?". Questo intervento, che all'epoca mi parve sconnesso, ora che lo ripenso sembra esprimere due aspetti: che Maddalena mi simbolizzasse come una che osserva valutando; e che esprimesse un disagio vissuto nella relazione tra utenti e servizio: il sentirsi sminuiti, privati di risorse. Il gruppo consentiva di esprimere ed elaborare la problematicità di questa relazione.

La possibilità di rileggere criticamente questa esperienza, una riflessione sul senso del progettare questo gruppo apre una questione: è possibile istituire il tirocinio, anche post lauream, come opportunità per collaborare con strutture entro un rapporto professionale.

## *Un gruppo di psicoanalisi multifamiliare<sup>10</sup>*

### *Premessa*

Mi è sembrato stimolante cogliere l'occasione del seminario per portare un contributo sul gruppo come strumento di intervento in psicologia clinica. Mi propongo di ripensare un'esperienza di tirocinio universitario svolta in una Comunità terapeutica romana. L'intento è di formulare delle ipotesi che consentano di contestualizzare questo tipo di strumento in base alla specificità del "luogo" in cui viene utilizzato.

### *Il mio approccio alla malattia mentale, dalla fantasia alla realtà*

È passato qualche anno da quell'esperienza che rimane, tuttavia, per me molto densa per diversi motivi. Provo a recuperarne qualcuno insieme a emozioni e fantasie che mi accompagnavano prima e dopo il mio ingresso in comunità. Innanzitutto si tratta del mio primo tirocinio universitario, scelto e pensato sulla base di un interesse rispetto alla malattia mentale e alle persone che ne soffrono. Volevo "capire meglio", i folli; li avevo visti "solo per strada", mi facevano paura ed il vissuto era di potermi concedere di guardarli "da lontano". Ripenso alla paura che volevo esplorare, come al mettere in discussione le fantasie che ostacolavano il mio rapporto con queste persone. Il malato immaginato era per me una persona voltata di spalle, che parla al muro, in preda ad emozioni contrastanti, e soprattutto sola. Non riesco a pensarlo entro contesti di convivenza familiari e/o amicali. Credo che si trattasse di fantasie organizzate da retaggi di una cultura manicomiale e medicalizzata che probabilmente trovavo rassicurante per una mia difficoltà ad accogliere la specificità degli incontri con le persone, preferendo etichette che mi illudevo potessero parlarmi a priori di queste ultime.

Ricordo di essermi data, sin dai primi giorni del mio arrivo in comunità, la possibilità di disconfermare i contenuti del bagaglio con cui ero arrivata, avvicinandomi con curiosità a discrezione ai pazienti, probabilmente nell'aspettativa di creare uno spazio in cui poter interagire.

Mi resi conto molto presto che si trattava di uno spazio che non solo era possibile costruire, ma che poteva anche essermi proposto dai pazienti stessi quale luogo in cui la relazione con l'altro poteva divenire fonte di scambio e arricchimento reciproco.

### *Il gruppo*

Durante il primo periodo di conoscenza degli spazi e dei ritmi comunitari vengo introdotta dalla psicologa tutor ai vari gruppi caratterizzanti la specificità di quel contesto: il gruppo dei pazienti, il gruppo équipe, il gruppo multifamiliare. Quest'ultimo è stato quello che mi ha sollecitato maggiormente da un punto di vista emotivo e che provo a recuperare in questa sede. Il gruppo di psicoanalisi multifamiliare può essere considerato come una situazione di "grande gruppo" terapeutico rivolto ai pazienti, in questo caso della comunità, ed ai loro familiari, prevedendo inoltre la presenza dei vari operatori che lavorano nella struttura. Per quanto riguarda la mia presenza all'interno del gruppo, mi sembra di poterla ripensare oggi come "assicurata" dal ruolo di tirocinante. In un simile contesto i contributi di tutti i partecipanti vengono considerati delle risorse preziose ai fini del processo terapeutico in corso, sebbene senta la mia partecipazione di allora centrata soprattutto sulla "mia" esperienza; oggi vorrei recuperare l'esperienza condivisa e un prodotto del gruppo.

### *Alcuni eventi tornano alla memoria*

Innanzitutto sentivo di stare all'interno di un contesto terapeutico di una complessità tale da poterne cogliere un aspetto alla volta, probabilmente rispetto a quanto risuonava con la mia storia in quella

---

<sup>10</sup> A cura di Lucrezia Lopolito

specifica fase di vita. I temi e le questioni che venivano portati all'interno del gruppo potevano essere i più diversi, con una trasversalità che riguardava principalmente le modalità relazionali dei pazienti con i loro familiari, spesso incomprensibili e problematiche.

Ricordo una coppia di genitori che si era sentita travolta da una crisi acuta della figlia, che per questo era stata ricoverata in SPDC. Si era partiti da una sintomatologia che sembrava essere priva di senso e avulsa da qualsiasi significato relazionale. Ma la figlia in quel contesto sentì la possibilità di parlare della crisi, che era emersa sotto forma di urla disperate, insieme alla sensazione di “non riuscire più a smettere”; la crisi era in relazione ad un clima familiare che diceva di aver vissuto come opprimente la sua libertà di espressione, fino al punto in cui quelle grida poterono rappresentare per lei la rottura di quell'assetto. La mia sensazione era che il gruppo potesse contenere quell'“assenza di senso”, per poi muoversi attivamente verso una possibile risignificazione di quanto riportato, ben diversa da una mera descrizione dei sintomi.

Oggi penso che un gruppo come questo possa essere parte di un processo terapeutico, nel momento in cui propone alle famiglie coinvolte di riconoscere come propri aspetti problematici vissuti altrimenti con un forte senso di estraneità. La presenza di più nuclei familiari sembra agevolare questa elaborazione, attraverso vissuti di immedesimazione e rispecchiamento: i partecipanti spesso si riconoscono nelle storie altrui e attraverso esse possono cominciare a costruire un pensiero rispetto al proprio modo di funzionare all'interno del proprio sistema familiare.

#### *Dal recupero del contesto alla definizione degli obiettivi*

Mi sono resa conto, interrogandomi sul rapporto tra il gruppo come strumento di intervento e gli obiettivi che si propone, che entro un vissuto di scontatezza, non ce l'avevo affatto chiaro. Recupero così alcuni elementi che da una parte mi permettono di contestualizzare il gruppo in base alla specificità del luogo in cui viene utilizzato, dall'altra mi aiutano a definirne gli obiettivi.

Innanzitutto il contesto è una comunità terapeutica che nasce nel 1997 impostando l'intervento con i pazienti anche attraverso l'inclusione di un lavoro con le famiglie. Com'è risaputo, la legge 180 in qualche modo ha costretto le famiglie a riprendersi in carico il malato mentale, o meglio ancora a riconfigurare la malattia mentale. Ho la sensazione che si sia passati da una rappresentazione del “folle in solitudine” all'interno di un contesto manicomiale basato su sistemi di intervento di tipo assistenziale e reclusivo, ad una che prende in considerazione prima di tutto la persona affetta da un grave disagio. In tale ottica, la malattia mentale diventa parte di una dimensione più complessa, che rimette in campo il sistema familiare come parte integrante dell'intervento.

Credo di poter rintracciare all'interno di questa, seppur brevissima, premessa storica qualcuno degli obiettivi che secondo me caratterizzano il gruppo di psicoanalisi multifamiliare nella sua specificità.

Il primo intento è stato probabilmente quello di uscire da una cultura di tipo manicomiale in cui il paziente diventa la sua malattia che deve essere, in quanto tale, diagnosticata e curata all'interno di un'ottica medicalizzante. La proposta del gruppo è stata di offrire, al contrario, uno spazio in cui comprendere e pensare la malattia mentale all'interno del sistema familiare. La psicosi non è più una diagnosi psichiatrica, bensì una dimensione che organizza le relazioni all'interno del sistema di convivenza del paziente. Allo stesso modo, la sintomatologia acquista significati diversi a seconda della singolare storia di ciascuno.

## *Un'esperienza di gruppo con pazienti amputati in una casa di cura privata<sup>11</sup>*

### *Un gruppo con molti obiettivi: ascoltare, fare ricerca, migliorare la compliance*

Presento il resoconto di un'esperienza di gruppo con pazienti amputati a cui ho partecipato per sei mesi nel 2009, durante il tirocinio per la laurea specialistica in psicologia clinica. Il tirocinio avveniva presso una casa di cura privata accreditata, specializzata nella riabilitazione neuromotoria. La mia esperienza con il gruppo, definito di "ascolto psicologico per pazienti amputati", inizia contestualmente al mio arrivo: il gruppo è già avviato da diversi anni, e sono invitato a parteciparvi con il ruolo di co-conduttore assieme alla tutor.

I partecipanti sono tutti pazienti con amputazione a uno o a entrambi gli arti inferiori, ricoverati nella struttura per la protesizzazione e conseguente riabilitazione. Il gruppo si tiene ogni giovedì pomeriggio, dalle quindici alle sedici. Si tratta di un gruppo aperto, con ingressi e uscite che si susseguono in funzione dei ricoveri e delle dimissioni dei pazienti, al quale partecipano dalle dieci alle quindici persone.

Mi viene detto dalla tutor che gli obiettivi del gruppo sono due: ricerca in ambito medico e aumento della compliance riabilitativa nei pazienti. Per ciò che concerne la ricerca, si vuole valutare il miglioramento della "sindrome dell'arto fantasma", consistente nella sensazione di persistenza di un arto anche dopo la sua amputazione, con relativi dolori, anche molto intensi. La casa di cura da alcuni anni sta sperimentando la *mirror therapy*, una metodica riabilitativa consistente nel far muovere al paziente entrambi gli arti (sia quello integro che quello amputato) in modo simmetrico, mentre lo si invita ad osservarsi allo specchio. L'ipotesi consiste nell'interpretazione in chiave riabilitativa dei "neuroni specchio", e in particolare nella loro attivazione sia durante l'esecuzione che durante la sola osservazione dell'esercizio. La riabilitazione è fondata sulla funzione attribuita ai neuroni specchio di apprendere dall'osservazione. Il primario della riabilitazione neuromotoria, responsabile della *mirror therapy*, interessato alle ricadute di tale tecnica, ha chiesto alla psicologa di rilevare attraverso il gruppo eventuali miglioramenti nella percezione del dolore da parte dei pazienti. L'altro obiettivo è migliorare la compliance terapeutica in pazienti impegnati in un cammino riabilitativo a volte molto lungo e impegnativo. Di fatto, nessuno di questi obiettivi veniva perseguito: alcuni venivano implicitamente fatti cadere come la compliance, altri abbandonati per un disaccordo con il primario committente, come vedremo per la *mirror therapy*, altri erano troppo valoriali per poter essere tradotti in prassi, come l'ascolto. Sembrava che il gruppo avesse una ragione d'essere anche senza obiettivi dichiarati.

### *I pazienti hanno un domanda*

Oggi mi chiedo: si trattava di un gruppo psicologico clinico? Ricordo che i pazienti hanno usato la questione della compliance come pretesto per trattare problemi e fantasie relative all'amputazione. Che erano interessati a questo. E che alcuni pazienti con il morbo di Parkinson hanno richiesto di poter fare un gruppo simile. Ora vedo che c'era una domanda; probabilmente, una domanda trasversale, da parte dei pazienti amputati come dei pazienti con il morbo di Parkinson, di trattare i vissuti del ricovero e dalla malattia. Mi chiedo quanto fosse presente in noi l'occuparci di quella domanda, il riconoscerla.

### *Il gruppo "a prescindere"*

A distanza di anni mi domando cosa ci permettesse di tenere assieme *mirror therapy*, aumento della compliance, interesse dei pazienti a parlare della loro esperienza e modello che sostanzialmente il nostro stare lì in gruppo ogni giovedì pomeriggio; forse più che un modello c'era la fantasia che il gruppo, come dinamica relazionale di interesse psicologico, esistesse come entità "a prescindere". Dieci-

---

<sup>11</sup> A cura di Paolo Olivieri

quindici persone, che si incontrano periodicamente, con un conduttore e un co-conduttore, sono di fatto un gruppo, una situazione di incontro che produrrà dei cambiamenti.

Ma cosa distingueva il nostro gruppo di ascolto psicologico per pazienti amputati da una qualunque altra assemblea di persone, impegnate nel trattare questioni inerenti una condizione condivisa? Mi vengono in mente una riunione sindacale, un comitato di quartiere, un'assemblea universitaria. In un contesto sanitario dove ogni ruolo è forte di una tecnica, forse nel "fare gruppi" la psicologia agiva la fantasia di una sua tecnica: il gruppo reificato senza rapporto con il contesto. Ricordo che la tutor non era d'accordo con gli obiettivi del primario, in particolare sulla verifica della mirror therapy, ma non riteneva il suo disaccordo un ostacolo nel fare il gruppo.

Oggi mi chiedo come stessi lì, nella mia prima esperienza di gruppo; probabilmente ero preso dalla fantasia del gruppo acontestuale, incentrato su tecniche di conduzione e gestione del setting autoriferite. Non avevo a mente la possibilità di istituire un setting riflessivo, utile a sospendere gli agiti organizzativi per pensarci su. Questo nonostante i pazienti sembrassero indirizzarci verso tale obiettivo; e, aggiungo, nonostante noi stessi in qualche modo gli permettessimo di farlo; ma senza un'adeguata ed esplicita consapevolezza e metodologia.

Mi domando quali obiettivi rintraccio oggi, a distanza di anni, visto che sul momento li avevo dati per scontati. Rifletto sulla mia implicazione per capire quale ipotesi avessi. Non credo che i miei interventi fossero finalizzati all'aumento della compliance nei pazienti, o alla valutazione del miglioramento della percezione del dolore causato dalla sindrome da arto fantasma, quanto piuttosto da una fantasia che ignorava la committenza e gli obiettivi; evidentemente li considerava impertinenti, invece che un indispensabile ancoraggio. Credo ci fosse una fantasia di tecnicità acontestuale e un vissuto di adempimento acritico, di apprendimento nell'agire la mia presenza più che nel chiedermi cosa stessi facendo, che mi facevano perdere la possibilità di intercettare la domanda, anche se mi pare che parlassimo di qualcosa che poteva essere interessante e che certo sembrava esserlo per i pazienti.

Il mio ruolo di co-conduttore, un ruolo che ho vissuto come senza una funzione, più assimilabile a una fantasia agita, oggi potrei reinterpretarlo come quello di un osservatore che prova a capirci qualcosa, ma senza essere orientato da un'ipotesi chiara di lavoro, non in grado di organizzare una prassi d'intervento coerente con obiettivi attesi. A settembre di quest'anno mi sono riaffacciato nella casa di cura. Il gruppo ancora c'è, ogni giovedì. L'agito di colui che si affaccia per guardare oggi mi è più chiaro.

*Un gruppo di formazione alla leadership nella Pubblica Amministrazione<sup>12</sup>.*

*Un progetto formativo fondato sul gruppo prevede aula, tecniche psicodrammatiche, esperienze outdoor.*

L'esperienza che presento mi ha visto coinvolto come formatore per dirigenti della PA. Dirò cosa ho fatto, per poi concludere con una revisione critica che sto elaborando entro il gruppo di lavoro che si è creato in occasione di questo seminario. Come si vedrà, vedo alcune cose diversamente, ma ho ancora molti interrogativi.

Il committente era un ente della Pubblica Amministrazione. Tre colleghi e io, tutti psicologi, ci siamo occupati della progettazione e della conduzione di un corso per 80 formandi, avendo a disposizione sette giornate. Il coinvolgimento di uno staff di psicologi nel ruolo di formatori rappresentava per l'ente un cambio di prospettiva; a detta della committenza, un dirigente con interessi personali verso la psicologia: "Non sono stati mai proposti formatori che non fossero illustri professori". Non abbiamo esplorato più di tanto il perché di questo cambiamento, trovando che l'interesse per le relazioni manifestato dal committente fosse in sé una buona cosa. Oggi ho qualche interrogativo sul senso di quanto ci è stato chiesto e che non è stato esplorato: dal "professore" allo psicologo che si occupa di relazioni, perché?

---

<sup>12</sup> A cura di Antonio Chimienti

A partire da questa richiesta non esplorata, la proposta si è concretizzata nell'utilizzo di "tecniche attive" rispondenti agli interessi e alle formazioni degli psicologi dello staff. Il gruppo è stato l'assetto relazionale a cui si è fatto costante riferimento, al di là delle tecniche. Oggi direi che si è trattato del gruppo autoriferito, che esiste in sé. Mettendo insieme delle persone, si manifesteranno delle dinamiche gruppali che saranno occasione di apprendimento per i partecipanti, poiché si replicheranno sostanzialmente identiche in ogni contesto. Il modulo, così come lo abbiamo strutturato, ha previsto la suddivisione delle sette giornate in due di formazione in aula, due di tecniche psicodrammatiche e tre in out-door. Il cambio dell'assetto, dai banchi frontali al cerchio di sedie, l'attivazione di tecniche ritenute utili in quanto eroganti apprendimenti generalizzabili sulle relazioni, ci sembrava fossero in sé, anche senza esplorare il contesto dell'ente, le sue finalità, la sua cultura, introduzione di rilevanti innovazioni.

### *I corsisti hanno attese e fantasie in conflitto con quelle dei conduttori*

Le prime due giornate sono state caratterizzate dall'emersione di una potenziale domanda dei partecipanti. Si era chiesto loro che immagine avessero del leader. Come risposta sono emerse fantasie espresse dalla richiesta di tecniche e teorie per diventare dei leader immaginati come super uomini, carismatici ammaliatori di folle, o capi potenti che "tengono in pugno" i dipendenti. Lo staff ha trattato tale richiesta come un fatto a cui era impossibile rispondere, poiché rendeva impotenti i formatori. Non si è pensato che fosse una potenziale domanda, ovvero un vissuto che si poteva capire e interpretare. Lo si è così trattato come resistenza dei partecipanti all'implicazione nelle attività proposte, e come tale è stato loro restituito.

Si è perciò seguito il programma. Per prima cosa sono state utilizzate esercitazioni (dalla "donna sul ponte" al "dilemma del prigioniero"), con l'obiettivo di permettere una riflessione sulle dinamiche relazionali attive nel qui ed ora del gruppo, nell'ipotesi che sarebbero state utili anche al là e allora dell'organizzazione. Successivamente si è effettuato il passaggio dalla formazione in aula all'utilizzo di tecniche psicodrammatiche, con l'obiettivo di esplorare - questa era la consegna per i partecipanti - attraverso la costruzione di metafore, il percorso che li stava portando a diventare leader; l'attività è stata effettuata dapprima in piccoli gruppi, riuniti poi in gruppi via via più numerosi, fino ad un lavoro con il grande gruppo, tutti gli 80, su un'unica metafora. Le ultime tre giornate, di outdoor, sono state proposte come l'esperire la complessità delle organizzazioni attraverso il gioco del calcio. Il calcio non solo come partita, ma come struttura organizzativa fatta di ruoli e funzioni diverse, di giochi di potere e di gestione di gruppi di lavoro.

### *Cosa vuol dire formare alla leadership in un'ottica psicologico clinica?*

A seguito della proposta di SPS di recuperare esperienze di gruppo per ripensarle insieme, rileggo l'accaduto alla luce di quanto è iniziato a emergere negli incontri propedeutici a questo seminario. Sembra che l'assenza di un'esplorazione delle fantasie anticipatorie sia del committente, che dei partecipanti, che dello staff, abbia portato, nella relazione con i clienti, gli 80 formandi, a un'applicazione di tecniche del tutto acontestuale. La committenza non è stata esplorata e la domanda è stata elusa, sia quella dei partecipanti che quella del committente.

Cosa vuol dire formare alla leadership in un'ottica psicologico clinica? Probabilmente nulla, se non si parte da un'esplorazione delle fantasie agite dall'organizzazione nel processo stesso di formazione; entro l'ottica che per intervenire bisogna conoscere, vanno recuperate come risorsa le fantasie sulla leadership dei partecipanti. Nell'ipotesi che leadership non significhi la stessa cosa in una squadra di calcio, o in un ospedale, o in un carcere, o in una scuola, o in un ufficio imposte della PA...Coerentemente con quanto detto finora, sembra che non sia possibile avviare un processo di cambiamento culturale a partire da tecniche che si fregiano della parola "attive", ma che rischiano di diventare agiti emozionali dei formatori e dei formandi più che mezzi per permettere una riflessione,

se escludono qualsiasi partecipazione dei formandi stessi che non sia aderire a ciò che prevede la tecnica, trattando le loro fantasie divergenti da questa attesa come resistenze.

L'assenza dell'istituzione di un setting che permettesse l'analisi delle fantasie espresse nel corso ha portato ad una deriva acontestuale, in cui i partecipanti non vengono visti nei loro problemi e nelle loro attese rispetto ad un percorso che dovrebbe sviluppare le loro specifiche competenze dirigenziali. Soprattutto, non vengono visti nel loro specifico modo di stare in relazione tra di loro, con noi, con l'ente. La formazione "sulle relazioni" senza una sua contestualizzazione non sembra in antitesi con un modello che vede i formandi in una posizione passiva di discenti. Il piano relazionale viene trattato alla stregua delle nozioni di tipo giuridico-economico, mantenendo la stessa modalità di un "mettere dentro" nozionistico, al contempo risolto con agiti forse ritenuti esemplari di modalità di corretta o liberatoria relazionalità. Emerge forse la necessità di costruire l'intervento a partire da un'analisi della domanda del committente, che permetta di comprendere le dimensioni emozionali che organizzano il rapporto, nell'ipotesi che queste guidino il modo di stare entro quella specifica organizzazione e che propongano una rappresentazione del dirigente-leader che se non pensata porterà al suo agito non solo entro il contesto formativo, ma anche e soprattutto entro i contesti che li ospiteranno nel ruolo di dirigenti.

#### *Resto con alcuni interrogativi*

Concludo con alcune questioni. La formazione in un'ottica psicologico clinica sembra non poter prevedere un'anticipazione delle attività. Come coniugare questo con la necessità di una progettazione di dettaglio, molto spesso richiesta dai committenti in quanto procedura amministrativa non negoziabile? Se consideriamo il gruppo come entità esplicativa dei fenomeni sociali entro specifici contesti-organizzazioni della quale i fenomeni di gruppo fanno parte, e non come costituito da dinamiche generalizzabili, come utilizzarlo in un contesto in cui i partecipanti non fanno ancora parte dell'organizzazione? Come e cosa ce ne possiamo fare di questo strumento gruppo che pare essere elettivo nella prassi formativa per gli psicologi che vogliono operare in questo ambito da un vertice psicologico clinico?

#### *Formazione per un Centro Trasfusionale di Madrid<sup>13</sup>*

##### *Un'agenzia con attività di formazione e selezione*

L'esperienza che resoconto risale a qualche anno fa, il 2009, e riguarda corsi di formazione rivolti al personale di un Centro trasfusionale di un'organizzazione operante in ambito sanitario a Madrid. A completamento di un master in direzione di risorse umane, frequentato presso l'Università Autonoma di Madrid, facevo un tirocinio di sei mesi nel settore formazione di un'agenzia di consulenza. La società lavorava con organizzazioni di diversa entità, svolgendo soprattutto attività di selezione e formazione. La formazione consisteva principalmente in erogazione di corsi: si riteneva che ci fossero competenze trasversali e generalizzate utili da padroneggiare nelle organizzazioni e, conseguentemente, si predisponavano corsi per svilupparle. L'agenzia aveva un repertorio di corsi che venivano diversamente composti e allestiti a seconda dei destinatari e del contesto d'intervento.

A me fu richiesto di porre ordine nell'abbondante e disordinato materiale di formazione, allo scopo di costituire una sorta di *data base* organico dell'agenzia, al quale i formatori potessero attingere per la preparazione delle loro attività. Nel mio lavoro ero seguita da un tutor, psicologo formatore, d'impostazione cognitivo-comportamentale. Pensando di farmi cosa gradita, la direttrice e fondatrice dell'agenzia mi offrì la possibilità di accompagnare il mio tutor in alcune attività di formazione; non mi si attribuiva una funzione nell'intervento, semplicemente si pensava che potesse essermi utile assistervi.

---

<sup>13</sup> A cura di Silvana Bianco

I corsi ai quali presenziai erano all'interno di un programma più ampio commissionato dalla dirigenza del Centro. La mission fondamentale dell'organizzazione committente era la raccolta e la lavorazione del sangue; la raccolta si faceva in loco ma anche attraverso stazioni mobili di trasfusione, ovvero autobus attrezzati, con varie figure professionali a bordo, che giravano per la città andando incontro alle esigenze dei donatori. Per la lavorazione dei derivati del sangue il Centro disponeva di un laboratorio, le cui attività fornivano anche dati utilizzati per la redazione di pubblicazioni scientifiche. C'era un rapporto di lunga data fra l'agenzia di consulenza e il Centro trasfusionale: in precedenza la società aveva operato un intervento in profondità nel Centro, definendo anche dei cambiamenti organizzativi, per cui i formatori conoscevano molto bene la realtà dell'organizzazione in questione; e sembrava che i responsabili dell'organizzazione si riferissero alla società di consulenza come alla loro agenzia formativa di fiducia, alla quale si rivolgevano per una sorta di manutenzione periodica.

### *Un modello cognitivo-comportamentale di gruppo*

L'intervento formativo fu finanziato, (non so in che misura) dalla Regione. Io assistei a due corsi, "Lavoro in équipe" e "Attenzione al donatore", articolati in 4 sessioni formative, ciascuna di 5-6 ore. I due incontri sul "Lavoro in équipe" erano rivolti al personale tecnico del laboratorio; le sessioni sull'"Attenzione al donatore" si dirigevano al personale che lavorava a bordo delle stazioni mobili di trasfusione. Si lavorava con gruppi di 12-13 persone. L'intervento prevedeva anche altri incontri con personale di livello dirigenziale, ai quali non fui invitata.

Gli obiettivi della formazione erano stabiliti a monte con la dirigenza e, per quel che vidi, anche definiti in termini operativi: si trattava di comportamenti che si volevano elicitare, consolidare o allenare. Come ho detto, il mio tutor, il formatore, aveva una formazione cognitivo-comportamentale. Nel collettivo dei tecnici di laboratorio c'era una forte conflittualità: le lavoratrici, (erano quasi tutte giovani donne) erano polarizzate in due gruppi, quelle del turno mattutino e quelle del turno pomeridiano e fra di loro non si parlavano; al cambio turno, ad esempio, si limitavano a scambiarsi le consegne per il lavoro, annotandole su un diario di servizio. Durante i corsi si accusarono a vicenda di mettersi in cattiva luce agli occhi dei capi; al centro delle tensioni c'era la prassi dell'*abrir una incidencia*, un atto connotato formalmente con il quale si segnalava un disguido sul lavoro e che solitamente esitava in una rampogna pubblica da parte del capo per il lavoratore "incriminato". Il formatore procedette, attraverso una strenua opera di persuasione e convincimento, a far sì che i due gruppi convenissero per lo meno sulla possibilità di darsi le consegne a cambio turno anche verbalmente.

Solo dopo la realizzazione dei corsi e con qualche cautela, come temendo di nuocere al buon nome dell'organizzazione, il tutor mi disse che quell'azione formativa era stata motivata dalla dirigenza con la necessità di intervenire sul conflitto: ad un collettivo con forti tensioni al suo interno si offriva un corso sul "Lavoro in équipe". Le ragioni del conflitto però non interessavano o meglio, si riteneva di conoscerle già, erano *tonterias de niñas*, (*sciocchezze di ragazzette*), come mi disse il tutor; interessava invece intervenire sul conflitto attraverso la modifica di comportamenti, mirando ad elicitarne di conformi ai criteri di efficienza.

L'altro collettivo, quello al quale si tenne il corso di "Attenzione al donatore", era costituito dalle diverse professionalità che operavano sulle stazioni mobili di trasfusione: autisti, amministrativi e infermieri; non erano presenti medici, che pure facevano parte dell'équipe di lavoro. Con role playing e esercitazioni, si allenarono i presenti a gestire piccole crisi che potevano sorgere nel rapporto con i donatori: come rispondere a quelli che, creduli della leggenda metropolitana, insinuavano che si potesse vendere il loro sangue? Come rassicurare i paurosi? E che dire a quelli che pretendevano gli fosse offerto un panino a fine donazione? I formandi erano sollecitati a tener presenti le condizioni e i possibili stati d'animo dei donatori ed istruiti su come affrontare le probabili evenienze. Anche in questo caso, gli obiettivi, stando a quello che appariva, erano fissati in termini di comportamenti da adottare.

Gli obiettivi erano definiti a monte con la committenza e non convenuti con l'utenza, per cui si può pensare che molto di quello che sarebbe accaduto durante la formazione fosse già deciso ancor prima di cominciare: una situazione pedagogica, con dei punti di arrivo prefissati, almeno tendenzialmente; i destinatari del corso nel ruolo di discenti partecipativi, perlopiù attenti anche se a volte sfuggivano, trasformandosi in un chiassoso gruppo di adolescenti in gita scolastica.

Il legame preferenziale esistente fra dirigenza committente e agenzia era anche testimoniato dal fatto che a fine corso il formatore desse ai responsabili una valutazione delle potenzialità e dei punti deboli dei singoli partecipanti, almeno formalmente, a loro insaputa.

### *La relazione tra agenzia consulente e committente*

Nel ritornare su questa esperienza è questo il livello di analisi che trovo oggi più interessante, vale a dire il rapporto fra la dirigenza committente e l'agenzia di consulenza, alla luce del quale anche gli eventi verificatisi durante i corsi potrebbero assumere significati più precisi. Mi sembra che l'agenzia sposasse le posizioni della committenza, ad esempio traducendo automaticamente in corsi le criticità che la dirigenza segnalava; preoccupandosi di salvaguardarne il buon nome e collaborando a costruire un programma di formazione che agiva una dinamica che prevedeva per quei collettivi di lavoratori un ruolo passivo. Con queste premesse molto rimaneva fuori del raggio d'azione dei formatori. In questo caso mi sembra che l'intervento con i gruppi fosse usato come uno strumento di mantenimento dell'esistente, al quale non si chiedevano grandi cambiamenti ma piccole forzose correzioni o il rinforzo di dinamiche ritenute virtuose.

### *Un gruppo di formazione alla comunicazione efficace<sup>14</sup>*

#### *Tecniche di comunicazione efficace, dinamica di gruppo e lavoro in équipe e in rete*

Il mio contributo fa riferimento a una esperienza di conduzione di un corso di formazione presso una compagnia energetica internazionale. Il corso si è svolto a Praga durante i mesi di novembre e dicembre 2012, e ha visto quali destinatari un gruppo di 52 dipendenti afferenti al livello intermedio dell'azienda, nello specifico composto da:

- Analyst, per lo più di formazione economica, che si occupano di attività di trading;
- Operatori di produzione, per lo più di formazione ingegneristica, che si occupano del settore energia elettrica e idrocarburi.

Questi dipendenti lavorano tra Budapest e un sito di produzione su una piattaforma al largo della Croazia.

Il gruppo di formatori era composto da sette membri di nazionalità diversa, selezionati da AIESEC, un'organizzazione non governativa che si occupa di inserimento giovanile nel mercato del lavoro per giovani dai 18 ai 30 anni di età, presso paesi diversi dalla nazione di origine. Conoscevo già da tempo quest'organizzazione, ma ho deciso di iscrivermi solo a fine settembre 2012; fra le diverse opportunità messe a disposizione su una piattaforma online, vi era un annuncio volto alla ricerca di un formatore/formatrice per la conduzione di un corso su *soft skills* a Praga. Mi sono candidata e successivamente sono partita. Io ero inquadrata quindi come stagista e il mio ruolo era quello di formatrice.

Il progetto di formazione per la compagnia energetica è stato pensato da un direttore della compagnia, che ha anche una cattedra presso la *Charles University* di Praga. Il team dei sette formatori di cui facevo parte ha prima incontrato i referenti AIESEC, poi la referente formazione e infine c'è stato un incontro con questo direttore che ci ha esplicitato cosa si aspettava da noi, e noi abbiamo detto come avremmo agito. Durante gli incontri ci è stato più volte ribadito da parte del responsabile e della

---

<sup>14</sup> A cura di Pasqua Patrizia Maldese

referente formazione che tra questi dipendenti c'era un discreto livello di conoscenza a livello di nome e cognome, ma che difficilmente potevano associare nomi a facce, in quanto la loro collaborazione era sempre avvenuta via mail. Inoltre, hanno precisato che non erano gradite esercitazioni con qualsiasi tipo di giochi di ruolo, prediligendo la formazione in aula con proiezione di slides e a seguire discussione in gruppo.

Il percorso ha previsto un primo incontro in plenaria con tutti i partecipanti, sette moduli e infine due plenarie, una di verifica e una conclusiva. Gli obiettivi principali vertevano sullo sviluppo di tecniche di comunicazione efficace, di gestione della dinamica di gruppo e del lavoro in équipe e in rete, di cooperazione e negoziazione per operare con gruppi di colleghi reali o virtuali.

*Per meglio dire, un'occasione per creare appartenenza*

E' mancata l'analisi della domanda. O meglio, non ce ne è stato neanche l'intento. Il progetto di formazione era già pensato dall'azienda: in termini di calendario, suddivisione gruppi e sottogruppi e macroaree tematiche da affrontare durante le diverse giornate formative, anche se non a livello specifico di contenuti. Anche il gruppo sembrava fosse stato "pensato": nel senso che questo percorso ha rappresentato un'occasione di incontro per il gruppo dei formandi che nella loro pratica lavorativa si trovano normalmente a operare in paesi anche lontani tra loro e su attività a contenuto abbastanza diverso.

I dipendenti riportavano un vissuto di gratitudine e riconoscenza nei confronti dell'azienda ed erano quasi eccitati all'idea di un corso di formazione pensato per loro: per i dipendenti era ammirevole l'investimento fatto da parte dell'azienda, che ha deciso di fornirgli l'opportunità di partecipare a un corso non a pacchetto, ma pensato esclusivamente per loro. Riportavano che l'alternativa sarebbe stata il "classico" corso e-learning, come tanti già fatti, che avrebbe visto ciascuno da solo davanti al proprio pc aziendale a seguire il corso e a rispondere ai quiz finali di verifica dell'apprendimento a risposta multipla. Inoltre i corsi e-learning e i relativi quiz vengono svolti a casa durante il tempo libero. Il fatto che questo corso fosse a Praga, in orario di lavoro regolarmente retribuito, su tematiche quali la comunicazione efficace e la negoziazione (e non su tematiche tristi e noiose come inquinamento e *gas flaring*), che fosse in gruppo e non individuale, faceva assumere agli occhi dei dipendenti tutto un altro colore rispetto all'investimento fatto da parte dell'azienda, quasi al pari di un bonus aziendale. Chiediamoci perché si sceglie di impartire a questi dipendenti un corso di formazione in gruppo. Sembra che il gruppo sia stato usato come strumento per la celebrazione di un senso di appartenenza tra i membri dell'azienda.

Ho ripensato al corso di formazione che ho condotto, al gruppo e ai responsabili che ho incontrato. Durante i corsi di formazione l'obiettivo esplicito può essere "analizzare la conflittualità"; in realtà non si tratta di analizzare la conflittualità, ma di far fare pace. Non viene trattato il conflitto. Nel caso riportato, l'obiettivo non dichiarato della formazione sembra essere "creare un gruppo di appartenenza per il livello intermedio dell'azienda"; non si tratta di analizzare i problemi di comunicazione del gruppo, ma la formazione consiste nel celebrare l'appartenenza, garantendo fidelizzazione da parte dei dipendenti all'azienda e conseguentemente migliori performance. Il corso di formazione che ho condotto ha rappresentato il pre-testo per l'emersione di altre questioni, al di là della comunicazione efficace. Le dinamiche emotive emerse hanno svolto una forte funzione di generatore (per rimanere in tema di energia) di questioni relative ai modi di lavorare e collaborare dei dipendenti di questa azienda, ma soprattutto le fantasie celebrative agite da parte dell'organizzazione hanno dato spazio a un senso del "noi" quale obiettivo non dichiarato del corso di formazione.

## *Coordinare un Servizio per l'integrazione scolastica di alunni disabili<sup>15</sup>*

### *Premessa*

Con questo resoconto ripenso un'esperienza passata, la prima di lavoro con il gruppo, ma anche di incontro con la professione nel momento conclusivo della formazione universitaria. E' stato un lavoro lungo e interessante. Mi soffermerò sul primo incontro con la committenza, che in quanto momento istituzionale è centrale per comprendere i vincoli e le risorse che l'organizzazione mi proponeva.

Circa due anni fa e per circa due anni, da dicembre 2009 a giugno 2011, ho lavorato come coordinatrice di un progetto di integrazione scolastica per alunni disabili rivolto alla scuola primaria e secondaria di primo grado, gestito da una cooperativa sociale romana per un comune prossimo alla capitale a cui un bando, vinto nel 2006, affidava per cinque anni l'organizzazione e la gestione del servizio.

Il mio incontro con la cooperativa avviene tramite quella che era all'epoca la coordinatrice del servizio, conosciuta nell'ambito di un progetto realizzato nel territorio dei Castelli romani, che mi propone di sostituirla nel suo ruolo. Le dico che mi interessa e vengo presentata alla presidentessa della cooperativa. Nel nostro primo incontro, quest'ultima mi propone le sue perplessità su questo cambiamento ad anno scolastico già iniziato, ma poi conclude dicendo che - vista la mia formazione - potrebbe essere un'occasione per rivedere l'organizzazione del lavoro.

### *Coordinare e supervisionare*

La gestione del servizio prevedeva, oltre alle operatrici AEC (assistenti educativo culturali dedicate alle disabilità presenti nella scuola), altre due figure: un coordinatore e un supervisore. Il coordinamento comprendeva una funzione di organizzazione del lavoro delle operatrici inteso come ritiro e distribuzione di fogli-firma, conteggio delle ore ed organizzazione dei turni, e quella di interfaccia tra cooperativa e interlocutori istituzionali che a vario titolo si occupano di integrazione scolastica. Il coordinatore è una figura molto presente sul territorio, l'unica della cooperativa: incontra ASL, insegnanti, servizi sociali. Incontra anche le operatrici fuori e dentro la scuola durante "visite di monitoraggio a sorpresa" per controllare il loro lavoro nelle classi. La supervisione prevedeva incontri di gruppo, con cadenza mensile, in cui le operatrici potevano proporre i problemi che incontravano sui casi di disabilità.

Quanto alla riorganizzazione del lavoro, prevedeva la confusione del coordinamento e della supervisione, perché oltre all'imminente dipartita della coordinatrice, la cooperativa avrebbe dovuto far fronte di lì a poco anche alla mancanza dell'attuale supervisore. Sembrerebbe un prendere "due piccioni con una fava" attribuendo due funzioni a un medesimo ruolo, in un momento conclusivo del progetto in cui la cooperativa stava disinvestendo sulla possibilità di offrire servizi in luoghi lontani e "selvaggi". Si tratta di capire quanto le due funzioni siano compatibili. Ma io non convengo con il committente il senso di questa proposta e dico sì.

### *Due funzioni in conflitto*

Nel recuperare questa esperienza, mi rendo conto che tutto il lavoro si è organizzato attorno alla difficoltà di tenere insieme questa doppia funzione. Per la supervisione i vincoli riguardano i destinatari dell'intervento, le dieci operatrici AEC da incontrare in gruppo, e la frequenza degli incontri, uno al mese per tutta la durata dell'anno scolastico. Su quello che è possibile fare nell'incontro ho carta bianca, posso anche dare il nome che voglio: monitoraggio, supporto, ascolto, supervisione. Nel coordinamento invece mi confronto con una mole considerevole di scadenze e

---

<sup>15</sup> A cura di Silvia Policelli

adempimenti, molti dei quali riguardavano proprio il rapporto cooperativa-operatrici e cooperativa-coordinatore, improntato a diffidenza e controllo.

Nella difficoltà di pensare obiettivi per la scuola, la cooperativa aveva costruito una complessa modulistica per “monitorare” quasi quotidianamente il lavoro delle AEC e garantire standard di qualità costruiti a partire dai parametri della modulistica stessa. C’erano il diario giornaliero, settimanale, mensile, la scheda operativa e degli obiettivi e via dicendo; al format da compilare si affiancava la guida alla compilazione.

Il fiore all’occhiello era il decalogo della “Buona Operatrice”, dove tra i doveri delle AEC figurava anche la partecipazione alla “supervisione” con apposito foglio per le firme. La prescrizione ad incontrarsi e una conduttrice che era al contempo coordinatrice/controllante e supervisore, se ha favorito la presenza di tutte le operatrici a tutti gli incontri, ha reso insensato l’utilizzo del gruppo come strumento per capire e ridefinire i problemi. L’insensatezza era proprio nella prescrizione di una riflessione su, dove non c’era domanda.

A ben guardare qualcuno che avesse una domanda c’era: io, in quanto coordinatrice del servizio. Da qui il mio “accanimento” nel proporre il gruppo come strumento per pensare sul lavoro, nell’ipotesi che i vissuti d’impotenza e di isolamento che le operatrici portavano negli incontri di “supervisione” si organizzassero entro rapporti di potere con le insegnanti. Entro il contesto scolastico gli oggetti che simbolizzavano tale potere erano i più vari: la scelta dei turni, la possibilità o meno di sedere a mensa e via dicendo. Il poter lavorare sembrava strettamente connesso al possesso o meno di tali oggetti. La diagnosi era uno essi. Le operatrici imputavano le difficoltà nel lavoro all’impossibilità di accedere alla diagnosi degli alunni seguiti. Accesso che invece era garantito alle insegnanti e a me in quanto coordinatrice. La diagnosi parlava del rapporto operatrice-insegnanti-coordinatrice. Ridefinire il problema cercando di spostarsi dal fatto, diagnosi sì/diagnosi no, al vissuto di impotenza entro il rapporto con le insegnanti era molto difficile. Pensandoci ora, lo vedo possibile solo a partire dal pensare il rapporto delle operatrici con me.

Mi chiedo: quale era il prodotto possibile, e quali le risorse da attivare? In primo luogo penso all’implicare il committente invece di “farlo fuori”. Implicarlo a pensare l’utilità di prescrivere la supervisione partendo dalla proposta di confondere supervisione e coordinamento. E ancora: possiamo chiederci che tipo di appartenenza proponeva la cooperativa, se incontrarsi per pensare il proprio lavoro era tanto difficile e faticoso da dover essere uno dei doveri della “Buona Operatrice”? Mi sembrano questioni interessanti da porre, mentre si va riorganizzando il Terzo Settore e la qualità dei servizi offerti ne determina la sopravvivenza.

*Il gruppo come “esperienza positiva”: la pet therapy, l’arteterapia.<sup>16</sup>*

*Un SOS*

Vi propongo una vecchia esperienza che ho ritenuto utile recuperare per rivederla criticamente. Nel 2007, durante il tirocinio per la laurea specialistica presso il Sert di una cittadina della provincia di Roma, partecipo ad un progetto in veste di formatore. Si tratta di un progetto di *pet therapy* (attività assistita con l’animale, in questo caso il cane) durato 4 mesi, realizzato a partire dalla richiesta del dirigente di un Istituto Tecnico Agrario che si era rivolto al CIC affinché si intervenisse in una classe “ingestibile”. CIC sta per Centro di Informazione e Consulenza, ed è un servizio della ASL che le scuole (primarie e secondarie) possono richiedere; a seconda della disponibilità viene dedicato un operatore, per alcune ore alla settimana, autorizzato dal suo responsabile a lasciare il servizio dove lavora (Sert, Materno Infantile o Consultorio) per offrire consulenza. Possono usufruirne i singoli (studenti, docenti e personale della scuola) come pure i consigli dei docenti e le classi.

---

<sup>16</sup> A cura di Federica Vernile

Il progetto è stato realizzato coinvolgendo sia individualmente che in gruppo i membri di una classe, ed incontrando il consiglio dei docenti durante il suo svolgimento. La psicologa CIC, a cui arriva una sorta di SOS da parte del dirigente dell'Istituto, si rivolge a uno psicologo del Sert (il mio tutor) per pensare un intervento che dice di non saper trattare da sola. Anche lo psicologo, come la collega, lancia un SOS, e io lo raccolgo; in tutti prevale una fantasia di urgenza e di rinforzi esterni, affinché qualcun altro prendesse in mano la patata bollente. Vedremo dopo perché fosse così bollente.

Nonostante le "buone intenzioni" dei consulenti di esplorare il problema con docenti e dirigente durante i consigli di classe, e con la classe durante un'assemblea di istituto, la fantasia dell'urgenza induce a trattarlo come un fatto acquisito e ad agire subito. Si fa un programma di 8 incontri con la classe II A, prendendo per buona la definizione di "classe ingestibile" a causa "dei ragazzi che si sono ringalluzziti dopo la bocciatura di alcuni elementi dannosi" (alcuni ragazzi che l'anno precedente erano stati definiti "i bulli").

Ora rifletto su quanto può essere facile da un lato non tenere a mente le premesse dell'intervento, il suo processo istituzionale, la committenza, dall'altro pensare di avere a che fare con un "gruppo", ovvero con un oggetto sul quale intervenire come psicologi, solo perché c'è un insieme di persone riunite per un qualche motivo, come la classe in questione. La pet therapy nella nostra fantasia era un'attività interessante ed innovativa in sé: il cane viene visto come mediatore di buone relazioni, a partire dall'esperienza positiva che si fa con lui e grazie a lui. L'esperienza "positiva" fatta grazie al cane "contagia" le altre relazioni: entro la classe, tra classe e docenti, tra tutti e gli psicologi: si sperimenterà che è bello stare insieme e andare d'accordo e lo si replicherà anche fuori dal gruppo. L'ipotesi è che una esperienza positiva fatta in "gruppo" verrà trasferita alla vita quotidiana.

#### *L'SOS ha un precedente*

È venuto il momento di recuperare il contesto: la richiesta fatta dall'Istituto si iscrive entro un precedente rapporto con il CIC. Inoltre, anche le problematiche della II A hanno una storia. L'anno scolastico precedente arriva al CIC la richiesta di intervenire sull'allora I A rispetto alla violenza agita da alcuni ragazzi, i cosiddetti "bulli". La dinamica è la stessa: il dirigente di Istituto si rivolge alla psicologa CIC, la psicologa chiede al collega del Sert di aiutarla; insieme propongono alla classe (o forse "impongono") un intervento di danza terapia (ambito di specializzazione della psicologa). L'intervento viene verificato attraverso l'interpretazione di disegni sul clima della classe fatti fare agli alunni dopo l'intervento; si colgono con soddisfazione segnali "di cambiamento positivo": vengono rappresentati rapporti meno aggressivi, più "ordinati" sia nella classe che con i docenti. Tuttavia l'anno dopo si scopre che l'attività didattica e la vita nell'Istituto erano di nuovo rese impossibili da quella stessa classe, nonostante la danza terapia e nonostante non ci fossero più "i bulli", che erano stati bocciati. Adesso possiamo capire come mai la richiesta di intervenire sulla classe "ribelle" sia stata vissuta dagli psicologi come una vera e propria patata bollente.

#### *La classe problematica ha una domanda. Come spesso, chi sta intervenendo non la prende in considerazione*

CIC e Sert, nonostante si propongano di capire di più la dinamica dei rapporti, di fatto tornano a voler "aggiustare" la classe. Stavolta non è la psicologa CIC a proporre la sua tecnica, ma io stessa, in quanto ero anche operatrice di un'associazione cinofila. Aggiungo che ero presa da un mio interesse "a prescindere" dalla committenza e dal problema: volevo fare dell'esperienza la mia tesi di laurea. Stavolta però la classe pone forti resistenze a partecipare all'attività di gruppo proposta, tanto che si pensa ad una "strategia" per agganciarla: fare dei colloqui individuali, per rompere il loro accordo "contro" gli adulti, per conoscere cosa avessero da dire rispetto alla scuola e al proprio futuro, per conquistarne l'alleanza.

La classe è di 18 studenti, tutti maschi; dicono che la scuola dovrebbe essere più rigorosa. Quanto al

corpo docente, si presenta come fatto di individui senza un sentimento di appartenenza comune e ci parla degli alunni senza riconoscere differenze: il problema dell'“ingestibilità” riguardava solo alcuni, ma di fatto è tutta la classe a essere percepita come “ribelle”. Inoltre veniamo a sapere che l'Istituto viene vissuto come “scuola dell'handicap” non solo per l'alto numero di diagnosticati, ma anche perché frequentato “da chi non vuole studiare”. Emerge anche la preoccupazione dei docenti di perdere la cattedra, nell'idea che essere autorevoli significhi bocciare e perdere alunni. Tali questioni, che oggi vedo ricche di informazioni e soprattutto con una domanda, non vengono trattate dai consulenti e il progetto si conclude senza una restituzione a nessuno di quanto si era potuto capire.

Come si vede, gli spunti di discussione sono molti; certamente ciò che vorrei riprendere criticamente oggi è la grande problematicità presente quando lo psicologo crede di ricevere l'allettante proposta di occuparsi di un problema in totale libertà e con la massima collaborazione del committente.

### *Bibliografia*

Carli, R., Paniccia, R.M., & Lancia, F. (1988). *Il gruppo in psicologia clinica*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.