

Il gruppo “di terapia”: una nota critica su premesse/implicazioni epistemologiche

*Pietro Stampa**

Abstract

L'Autore definisce il gruppo “di terapia” un artefatto, non nel senso ovvio che esso venga costruito con criteri *ad hoc* per un obiettivo e secondo delle attese, quanto per il carattere ideologico e illusorio di queste, tutte discendenti dall'approccio autoreferente del terapeuta. Discute alcune delle implicazioni epistemologiche che portano a scegliere i partecipanti ad un gruppo detto “di terapia” e le indicazioni fornite dal *Manuale di psicoterapia di gruppo* di Kadis, Krasner, Winick e Foulkes, la cui pubblicazione viene situata entro precise contingenze storiche. Viene infine considerata la possibilità che, non la dinamica interna del gruppo, ma le dinamiche interne alle organizzazioni cui i membri afferiscono (famiglia, lavoro, sistemi sociali), divengano l'elemento aggregatore delle esperienze, delle simbolizzazioni affettive e delle riflessioni proposte dal trovarsi tutti assieme, in un setting condiviso continuamente ridiscusso e rinnovato, svincolati da influenze ideologiche.

Parole chiave: gruppo, gruppo terapeutico, conformismo, committenza, setting.

Limiterò questo breve intervento ad alcune osservazioni su una questione cruciale, quella delle implicazioni epistemologiche nella scelta dei partecipanti a un gruppo che - appunto - si voglia denominare “di terapia”.

Partirò da un'associazione che mi ha attraversato la mente leggendo alcuni resoconti degli allievi SPS - ho ripensato a un celebre film di John Sturges del 1963, *La grande fuga*. Siamo in un campo di prigionia della Luftwaffe durante la seconda guerra mondiale, riservato ai piloti alleati catturati dai tedeschi: ma il campo ha una caratteristica speciale, quella di essere di massima sicurezza e “riservato” ai prigionieri più propensi all'evasione, già fuggiti da altre strutture e ogni volta ripresi. Il comandante del campo spiega così la filosofia dell'operazione: “Abbiamo deciso di mettere tutte le mele marce in uno stesso paniere”. Inutile dire che l'evasione finale sarà gigantesca, e proporzionale solo alla stupidità della filosofia su esplicitata.

Concentramento/fuga - impossibile eludere questo doppio movimento in cui ogni termine si ribalta sull'altro in un avvolgimento potenzialmente infinito, finché il gruppo non diviene come il coltello di Lichtenberg: cambiata più volte la lama e più volte il manico, è sempre lo stesso coltello¹. O no?... Ovviamente dipende dal soggetto che ha fatto esistere il gruppo nominandolo tale: tipicamente il terapeuta, che sovente gioca il ruolo di tramite fra un presunto committente istituzionale sovraordinato, reale o immaginario, e un gruppo non-committente proprio in quanto non si pone come soggetto, ma viene oggettivato quale prodotto passivo di una selezione.

Così mi appare la scelta di selezionare i componenti di un gruppo terapeutico in base alla diagnosi psichiatrica: “tutte le mele marce in uno stesso paniere”. A cominciare da un implicito sguardo inconsapevolmente dispregiativo, non cosciente del proprio riduzionismo di fatto: i componenti del gruppo hanno un massimo comune denominatore, la tale o tal altra “patologia”, che pone un'opzione pesante sulla possibilità di valorizzare le differenze inter-individuali, e quindi le relazioni,

* Psicologo clinico, Roma; professore incaricato nella facoltà di Scienze della Formazione, Università di Chieti; docente della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica - Intervento psicologico clinico e analisi della domanda (SPS).

¹ Noto aforisma del fisico illuminista tedesco Georg Christian Lichtenbeg (1742-1799), citato anche da Freud qua e là nei suoi lavori.

nell'incombere della notte hegeliana in cui "tutte le vacche sono nere"², e le distinzioni si perdono in una visione "fatua" (così Hegel la qualifica) dell'Assoluto.

E il secondo punto mi sembra questo: l'assolutizzazione della diagnosi psichiatrica si realizza proprio quando la si applica nella istituzione di un collettivo e non più nella valutazione del signor X o della signora Y individualmente. Perché se la diagnosi è uno schema di riferimento semplificato che organizza le attese dell'osservazione clinica sul caso singolo - e forse ne permette un qualche monitoraggio in termini di evoluzione/involuzione del quadro sintomatico (resta poi da vedere che se ne fa di questo l'intervento psicologico) -, nella sua applicazione a un collettivo suppone e di fatto produce un'omogeneità falsa, basata solo su un repertorio di comportamenti "abnormi". Così, evapora ogni possibilità di vedere/vedersi in quanto "altro dalla diagnosi": "Cosa abbiamo in comune Lei e io, caro signore?", può chiedere ogni partecipante all'altro, e ciascuno non può rispondere alla domanda se non qualcosa del tipo: "Ma naturalmente, tutti qui abbiamo in comune almeno cinque dei seguenti elementi: (1) idee di riferimento (escludendo, ben inteso!, che si tratti di delirio); (2) credenze strane o pensiero magico, che influenzano il comportamento e sono in contrasto con le norme subculturali (io sono superstizioso, mi sembra di capire che Lei invece crede nel "sesto senso"...); (3) esperienze percettive insolite, incluse illusioni corporee; (4) pensiero e linguaggio strani (io sono tendenzialmente molto metaforico, e Lei?); (5) sospettosità o ideazione paranoide (*no comment...*); (6) affettività inappropriata o coartata; (7) comportamento o aspetto strani, eccentrici o peculiari (ma ho sentito dire che anche il famoso psicoanalista francese Jacques Lacan sosteneva che "lo stile è l'uomo" - ai miei tempi questo era lo slogan pubblicitario della Lebole, una casa di moda pronta, si immagini); (8) nessun amico stretto o confidente, eccetto i parenti di primo grado; (9) eccessiva ansia sociale che non diminuisce con l'aumento della familiarità, e tende a essere associata con preoccupazioni paranoide (*no comment...*) piuttosto che con un giudizio negativo di sé".

Questo, si era capito, sarebbe idealmente un gruppo costituito interamente da soggetti con Disturbo Schizotipico di Personalità (DSM-IV, *ad vocem*).

Leggiamo però le indicazioni di un classico, il *Manuale di psicoterapia di gruppo* di Kadis, Krasner, Winick e Foulkes (1963, p. 70 [1967]).

Il personale addetto all'assegnazione deve decidere se un dato paziente ha più probabilità di buon successo in un gruppo omogeneo, ove la diagnosi o la sintomatologia degli altri pazienti sono affini, oppure in un gruppo eterogeneo dove questi fattori sono a volte molto differenziati. Un gruppo omogeneo può essere descritto soltanto in base a classificazioni diagnostiche, tanto più che non esiste mai, in un gruppo, un'omogeneità assoluta, sia per le differenti psicodinamiche individuali, sia per la situazione sociale, il livello culturale ed economico, gli interessi, la razza, la religione e l'istruzione dei pazienti. Sono proprio queste differenze a generare in un gruppo eterogeneo tensione e attrito. Però, la stimolazione di personalità, di elementi patologici e di problemi contrastanti tende a facilitare il movimento entro il gruppo.

Viene da chiedersi se per questi autori l'assetto ideale di un gruppo sarebbe, astrattamente, quello in cui non vi fossero tra i partecipanti differenze di alcun genere: tutti (per es.) schizotipici *e basta*, niente tensioni, niente attriti - però anche, purtroppo, poco "movimento"...

E perché poi non vi sarebbero tensioni e attriti proprio dovuti alla somiglianza? Ma stiamo inseguendo le estreme conseguenze logiche di un paradosso, e tanto vale fermarsi qui. Merita comunque proseguire nella lettura (p. 71) per ricevere il seguente suggerimento:

È forse opportuno evitare di assegnare persone anziane, particolarmente donne sopra i sessanta che vivono sole e isolate, a un gruppo dove gli altri membri hanno tra loro relazioni attive di qualche genere. Il risultante transfert parentale ostile tenderebbe a

² Altro celebre *locus communis*, si trova nella Prefazione alla *Fenomenologia dello Spirito*.

rendere i membri anziani ancora più frustrati e consapevoli del vuoto esistente nella loro vita.

Viene alla mente quanto già riportato in un articolo a firma mia e di M. Grasso (Grasso & Stampa, 2006) a proposito dei modelli conformistici della salute mentale largamente presenti nella psicologia e nella psichiatria americane fin da quegli stessi anni 1960 in cui veniva concepito il manuale da cui stiamo attingendo. L'idea, per es. che

[secondo il modello della psicologia positiva di Seligman (1991; 2002)] la salute mentale si fonda, tra l'altro, sulla possibilità di implementare alcuni "punti di forza" che sono identificati nell'*amore*, nella *temperanza*, nella *saggezza e conoscenza*, nel *coraggio*, nella *giustizia*, nella *trascendenza*. In particolare viene data importanza all'*ottimismo*. La salute mentale si fonda, tra l'altro, sulla possibilità di implementare alcuni "punti di forza" che sono identificati nell'*amore*, nella *temperanza*, nella *saggezza e conoscenza*, nel *coraggio*, nella *giustizia*, nella *trascendenza*. In particolare viene data importanza all'*ottimismo*.

E ancora:

Una definizione del 1967 suggeriva che una persona felice dovesse essere "giovane, sana, ben educata, ben pagata, estroversa, ottimista, senza preoccupazioni, religiosa, sposata, con un'autostima elevata, un buon lavoro, senso morale e ambizioni modeste" (Wilson, 1967).

Qui, ancora, sembrerebbe non solo che alla circostanza di avere superato la sessantina e trovarsi nella condizione di *single* (soprattutto per le donne) venga attribuita una sorta di stigma ontologico negativo (essere così, come tragicamente segnati da una cifra esistenziale necessaria, inevitabile), ma per di più d'una ontologia "eleatica" (essere così, immutabili - come l'Essere di Parmenide, per capirci -, anche nel salutare confronto, fosse pure caratterizzato da invidia e dolore, con altri "più fortunati").

Quel "movimento" entro il gruppo, poco sopra evocato, dunque, non sarebbe poi così desiderabile... Meglio se il gruppo non venga turbato da occasioni di transfert negativo? Eppure il manuale viene presentato (p. 3) come rivolto ai "cultori della terapia psicoanalitica di gruppo"³. Ma, come ho avuto modo di far notare in un mio precedente lavoro, pubblicato sulla *Rivista di Psicologia Clinica* (Stampa, 2009), la "trappola del pensiero concreto", sempre pronta a scattare, non risparmia affatto i suddetti "cultori", né i loro "addestratori", quali appunto si auto-definiscono gli autori del manuale.

Un criterio standard in favore dell'omogeneità diagnostica dei gruppi di terapia è poi connesso a un'altra condizione esistenziale, direttamente discendente dalla diagnosi (p. 71):

I pazienti che possono suscitare considerevoli reazioni di paura, di colpa, di pietà, di ostilità, è meglio assegnarli a un gruppo omogeneo. A questa categoria di pazienti appartengono gli alcoolisti, gli psicotici acuti, i tossicomani, gli epilettici, le personalità psicopatiche, i balbuzienti, i sofferenti di ulcera, paralisi o afasia.

Meglio, insomma, se questi pazienti si fanno paura, o pena, o rabbia fra di loro.

La situazione non migliora molto, sotto il profilo della critica del metodo, se diamo ascolto a quanti preferiscono scegliere i componenti dei gruppi "di terapia" in base alla loro disomogeneità (p. 75):

Wolman⁴ e altri raccomandano di trattare congiuntamente pazienti ossessivi e maniaco-depressivi, e lo stesso Wolman vorrebbe includervi anche personalità psicopatiche. Egli crede che le loro maniere *nonchalant*, la loro dogmaticità e mancanza di scrupoli possano favorire il processo terapeutico.

³ Anche se, viene subito dopo precisato, "l'interesse principale del libro verte sulle psicodinamiche"...

⁴ (1960)

[...] Wolman crede che la caratteristica mitezza dello schizofrenico latente faccia una buona impressione ai pazienti maniaco-depressivi e possa renderlo loro simpatico. I maniaco-depressivi, chiacchieroni, sicuri di sé, qualche volta senza tatto, possono accorgersi che la loro euforia non è segno di potenza così come la loro depressione non è segno di debolezza.

Siamo forse qui confrontati non più con un modello medico dell'intervento psicologico, quanto con un modello "chimico": supponendo che tutte le molecole d'acqua siano uguali fra loro, e così quelle di carbonato di sodio Na_2CO_3 e di anidride carbonica CO_2 , mettendole insieme a temperatura non troppo alta (bella metafora: evitare sentimenti troppo "accesi", soprattutto se "negativi", e accontentarsi della "simpatia") il bicarbonato di sodio NaHCO_3 è un risultato praticamente sicuro.

Ma abbandoniamo finalmente questa modellistica banalizzante e proviamo a cogliere il cuore della questione.

Se la nozione di "terapia" è assunta nella dimensione del pensiero concreto - se viene intesa in senso "proprio", come si dice in retorica, e non in senso metaforico, e quindi assimilata a un intervento medico -, è inevitabile che la selezione dei partecipanti a un gruppo di terapia avvenga sulla base di una diagnosi che riduce la complessità a parametri lineari (come nell'esempio DSM-IV degli "almeno cinque dei nove elementi" etc.), e ciò non per una ma per *due volte*: una prima volta nella classificazione di singoli individui presi separatamente, mediante la nosografia neo- (e iper-) kraepeliniana; una seconda, nell'accostamento di questi individui entro il gruppo, vuoi per omogeneità vuoi per eterogeneità, come se davvero a interagire fossero esclusivamente quelle parti delle loro menti che la diagnosi ha considerato qualificanti, tagliando fuori tutta la loro complessità come "rumore".

Il gruppo "di terapia" è dunque per definizione un artefatto: non nel senso ovvio che esso venga costruito con criteri *ad hoc* per un obiettivo e secondo delle attese, quanto per il carattere ideologico e illusorio di queste, tutte discendenti dall'approccio autoreferente del terapeuta invece che da un processo istituente una committenza.

In questa chiave, l'obiettivo della "terapia" è marcato da un ulteriore paradosso, perché non può costituirsi altro che come "guarigione" dei singoli individui, che nel gruppo si avvicinano appunto come le lame e i manici del coltello di Lichtenberg; e dunque la "terapia" non è *di* ma *mediante il* gruppo, terapia degli individui non altrimenti concettualizzabile che come remissione sintomatica, mentre del gruppo inteso come soggetto plurale non si può asserire in realtà nulla che si sottragga al destino della evanescenza, dell'effimero - ben strano destino per l'originaria ontologia eleatica!

Eppure (insisto qui a esplorare il paradosso): nel gruppo per definizione il vertice individuale è sussunto a un vertice collettivo; dunque il risultato individuale è un obiettivo incongruente, mentre è lo sviluppo di una "dinamica" sovra-individuale l'oggetto di intervento da parte del terapeuta, e semmai il risultato individuale un *fall-out* desiderabile, ma non determinante. Anzi, nel momento topico in cui l'individuo fosse "guarito" - o almeno abbia conseguito una remissione sintomatica sufficiente a derubricarlo dalla diagnosi all'ingresso -, quell'individuo non avrebbe più motivo di soggiornare nel gruppo "di terapia". Resterà come testimone?, come custode segreto della continuità?, come cripto-co-terapeuta?...

Ecco allora che il gruppo "di terapia" cesserebbe di esistere con il raggiungimento del proprio obiettivo apparente, la "guarigione di tutti": ma questo obiettivo sfugge alla storia del gruppo, e ognuno dei componenti a un certo punto si dilegua per la sua strada, e tra abbracci, auguri e promesse da marinaio viene riassorbito dalla vita "di fuori". I partecipanti si avvicinano, il gruppo resta, simulacro della teoria che lo ha immaginato e della prassi che lo ha concepito.

Come è facilmente intuibile, sono stati messi a punto accorgimenti di varia natura per contrastare gli aspetti più grossolani di queste problematiche. Come scrive per es. Foulkes (1978, p. 45 [1967]),

Si sono configurati, assumendo un carattere più definito, due tipi di gruppo: il gruppo *aperto* e il gruppo *chiuso*. Nel gruppo aperto i singoli membri si uniscono al gruppo e ne escono in base alle proprie esigenze personali; il loro numero può essere anche un po' più grande, i criteri selettivi sono meno rigidi e non si richiede una regolarità assoluta nella partecipazione. Questo tipo di gruppo dà maggiore importanza al singolo e s'affida di più alla direzione del capogruppo; la discussione riesce più difficilmente a raggiungere livelli psicopatologici particolarmente profondi.

Il carattere distintivo dei gruppi chiusi è che i suoi [sic: vale "loro"] membri iniziano e terminano la terapia nel gruppo contemporaneamente: si richiede loro la massima regolarità di partecipazione e si opera una selezione più rigida in base al tipo di problemi e di sindromi da essi presentati. Possibile in tal modo un orientamento centrato specificamente sul gruppo e raggiungere quindi strati più profondi della personalità dei pazienti. Questo tipo di gruppo può avere una durata prefissata di tre, sei, dodici o più mesi.

A mezza strada tra questi due tipi di gruppi si situano i cosiddetti "gruppi semiaperti" (*slow-open groups*): *in pratica i gruppi tendono quasi sempre ad assumere questa forma quando le circostanze consentono terapie molto intensive e prolungate per diversi anni* [corsivo mio]. Si tratta in pratica di gruppi chiusi, in quanto i partecipanti rimangono gli stessi per periodi di tempo prolungati: tuttavia i singoli membri decidono essi stessi quando unirsi al gruppo e quando uscirne, e sono man mano rimpiazzati.

Insomma, sostanzialmente quello che indicavo poco più sopra: il gruppo "di terapia" reale, cioè quello che effettivamente si realizza al di là delle pur necessarie astrazioni teoriche, è insieme aperto e chiuso (l'espressione "semiaperto" è un imbroglio, visto che i termini "aperto" e "chiuso" sono usati in contrapposizione), e quindi è un non-gruppo, come il coltello di Lichtenberg è un non-coltello. Esibisco qui un'altra associazione: un proverbio francese dice che "una porta non può essere contemporaneamente aperta e chiusa", e Marcel Duchamp nel suo studio parigino realizzò una non-porta costituita da due varchi disposti su un angolo, con uno stipite in comune e un elemento di chiusura/apertura incernierato su questo, sicché quando un varco è chiuso l'altro è aperto, e viceversa (il titolo è *11, Rue Larrey, Paris*: vedi immagine seguente).



C'è un'ipotesi residuale: a misura che il gruppo esista come tale (per es. come espressione di una domanda competente da parte di un'organizzazione), potremmo considerarlo un gruppo di "non-terapia" - si ottiene un miglioramento della comunicazione interpersonale, una prevalenza della dimensione cooperativa su quella competitiva, la competizione diviene progressivamente più costruttiva che distruttiva, più orientata al miglioramento delle competenze sociali etc. Quanto al "movimento" che nel gruppo "di terapia" sarebbe dovuto al non desiderabile ma forse utile effetto delle "differenze fuori controllo", perché mai sarebbe un obiettivo in sé? Movimento senza direzione e senza bussola, da apprezzare in quanto tale, indipendentemente dalla definizione di una meta? Movimento dall'indifferenziazione alla differenza, dall'incoscienza alla consapevolezza, movimento come alternativa alla stasi? E perché il movimento sarebbe comunque preferibile alla stasi? Siamo in presenza di residui di un "sentire" tardo - o post-romantico, futurista o dada?

Infine: perché pensare a un gruppo "di terapia"? In questa ottica l'obiettivo del lavoro di gruppo concerne l'organizzazione di riferimento, non la dinamica interna. Il gruppo "di terapia" può tirare avanti per interminabili incontri con l'inconsapevole *mission* di attenuare la violenza delle emozioni disarmoniche di alcuni suoi membri, e può conseguire in molti casi il risultato anche senza che si comprenda per quale via esso si sia prodotto (sulla sua tenuta nel tempo il gruppo non ha giurisdizione).

Nell'improbabile, su queste premesse, istituzione d'una committenza, sarà interessante considerare la possibilità che non la dinamica interna del gruppo, ma le dinamiche interne alle organizzazioni cui i membri afferiscono (famiglia, lavoro, sistemi sociali), divengano l'elemento aggregatore delle esperienze, delle simbolizzazioni affettive e delle riflessioni *ex post* proposte dal trovarsi tutti assieme, in un setting condiviso continuamente ridiscusso e rinnovato, svincolati da influenze ideologiche come da piccoli e meno piccoli (perversi?) giochi di potere.

Bibliografia

- Foulkes, S.H. (1964). *Therapeutic Group Analysis*. London: Allen & Unwin. Trad. it. (1978) *Analisi terapeutica di gruppo*. Torino: Boringhieri.
- Grasso, M., & Stampa, P. (2006). Chi ha slegato Roger Rabbit? Diagnosi psichiatrica e modelli di salute mentale: osservazioni su alcune criticità metodologiche per la ricerca in psicoterapia. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 102-117.
- Kadis, A.L., Krasner, J.D., Winick, C., & Foulkes, S.H. (1963). *A Practicum of Group Psychotherapy*. New York: Harper & Row. Trad. it. *Manuale di psicoterapia di gruppo* (1967). Milano: Feltrinelli.
- Seligman, M.E.P. (1991). *Learned Optimism*. New York: Simon & Schuster.
- Seligman, M.E.P. (2002). *Authentic Happiness*. New York: Free Press.
- Stampa, P. (2009). Parole-chiave per (non) confondere le idee a chi studia psicoterapia — 1. Nomi, cose. Trappole e trucchi del pensiero concreto. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 121-137.
- Wilson, W. (1967). Correlates of Avowed Happiness, *Psychological Bulletin*, 67, 294-306.
- Wolman, B.B. (1960). Group Psychotherapy with Latent Schizophrenics, *International Journal of Group Psychotherapy*, 3, 301.