

**IL GRUPPO**

16

Renzo Carli

**IN PSICOLOGIA**

Rosa Maria Paniccia

**CLINICA**

Franco Lancia

**Carocci**

5ª ristampa, febbraio 2000  
1ª edizione, luglio 1988  
© copyright 1988 by La Nuova Italia Scientifica, Roma  
© copyright 1998 by Carocci editore S.p.A., Roma

Finito di stampare nel febbraio 2000  
per i tipi delle Arti Grafiche Editoriali Srl, Urbino

ISBN 88-430-1556-7

Riproduzione vietata ai sensi di legge  
(art. 171 della legge 22 aprile 1941, n. 633)

Senza regolare autorizzazione,  
è vietato riprodurre questo volume  
anche parzialmente e con qualsiasi mezzo,  
compresa la fotocopia, anche per uso interno  
o didattico.

## Indice

*pag.*

9		<b>Presentazione</b>
11	<b>1.</b>	<b>Problemi di definizione</b>
11	1.1.	Per una definizione di "gruppo". Problemi e confusioni
18	1.2.	Il paradigma del gruppo autoreferente
22	1.3.	Il processo istituyente
35	<b>2.</b>	<b>Il gruppo in ambito psicosociale</b>
35	2.1.	Introduzione al tema
37	2.2.	L'ARIP. Tentativi di teorizzazione di una prassi fondata sul gruppo di evoluzione
40	2.3.	L'individuazione della funzione istituyente
42	2.4.	La carenza di una teoria clinica
45	2.5.	Il cambiamento lineare
48	2.6.	La psicosociologia come azione
50	2.7.	Scissione tra individuo e relazione sociale organizzata
55	2.8.	Il Tavistock e la mancanza di un'analisi della domanda
58	2.9.	Il modello medico
62	2.10.	Il gruppo: la relazione non è il luogo dell'intervento
65	2.11.	La collusione nell'ambito dell'intervento
67	<b>3.</b>	<b>Ripensando alla pratica clinica in psicologia</b>
67	3.1.	La psicologia clinica e l'analisi della domanda
76	3.2.	Il triangolo fantasia-pensiero-azione
82	3.3.	La domanda in psicologia clinica
86	3.4.	Gli obiettivi in psicologia clinica

98	3.5.	Per una teoria della tecnica 3.5.1. Premessa — 3.5.2. Le tecniche senza teoria — 3.5.3. Le teorie senza tecnica — 3.5.4. Per una teoria della tecnica
105	3.6.	Quale intervento
113	4.	<b>Perché il gruppo</b>
113	4.1.	Elementi di base per una teoria della prassi
124	4.2.	Il gruppo in psicologia clinica
125	4.3.	L'intervento psicosociale
129	4.4.	Il gruppo terapeutico
133	4.5.	Organizzazione e istituzione nel gruppo terapeutico
146	4.6.	Le tecniche di sospensione dell'azione trasformativa
153	5.	<b>Per una teoria del cambiamento. Lo spazio "anzi"</b>
153	5.1.	Per una definizione dell'"anzi"
161	5.2.	Lo spazio "anzi" nei gruppi 5.2.1. La dinamica istituzionale nell'organizzazione. L'interazione tra assunti di base e gruppi di lavoro — 5.2.2. L'interazione tra gli assunti di base. Le aree istituzionali e lo spazio "anzi"
170	5.3.	La dinamica del cambiamento 5.3.1. Premessa — 5.3.2. Adattamento e cambiamento — 5.3.3. Gruppo e cambiamento
179		<b>Bibliografia</b>

## Presentazione

Non è un libro facile.

Ma nemmeno l'argomento è facile.

Quando ci fu chiesto di scrivere un lavoro sui "gruppi" accettammo con molto entusiasmo; dopo tutto, da anni stiamo lavorando con i gruppi; abbiamo scritto molte cose sulle nostre esperienze e sulle nostre riflessioni; abbiamo letto molto sul tema; abbiamo discusso e confrontato le nostre esperienze con diversi colleghi; abbiamo collaborato con molti di loro.

L'entusiasmo si è andato affievolendo con la difficoltà dell'impresa. La speranza era quella di fare un "trattato", sia pure di dimensioni ridotte, sui gruppi. Ma un trattato richiede un'idea guida, un filo conduttore. Altrimenti diventa un mosaico di tessere senza tema: «Vi presentiamo questa idea e quest'altra; questa tecnica e quest'altra». La prospettiva ci ha spaventati.

L'idea guida, peraltro, non emergeva. Abbiamo abbandonato l'ipotesi di un trattato. Forse su questo tema è ancora presto per scrivere un trattato.

Non è presto, invece, per organizzare le nostre idee, per dire quello che pensiamo, quello che ci orienta nella pratica.

È questo che abbiamo tentato di fare.

Ci siano consentiti alcuni avvertimenti, e alcune istruzioni per l'uso. L'analisi della letteratura è parziale e polemica: parziale perché il nostro compito non è quello di riassumere quanto è stato scritto sul tema: una produzione enorme; polemica perché le citazioni sono fatte per dibattere l'argomento, per vedere se è possibile procedere oltre le convinzioni, oltre le sistemazioni teoriche proposte.

Questo fa capire la stima che proviamo per gli autori che ricorrono nel lavoro; sono spesso le persone con le quali abbiamo a lungo collaborato, alle quali dobbiamo molte delle nostre idee, tutto il nostro interesse per i gruppi e per la loro utilizzazione sia in campo terapeutico che psicosociale. Ma anche a molti altri autori, che non vengono citati nel lavoro, dobbiamo molto. Molte opere importanti, specie di autori italiani, non sono riportate; si tratta di contributi ormai iscritti nel nostro pensiero.

La lettura del saggio sarà complessa, per chi affronta per la prima volta l'argomento, anche se con buona preparazione psicologica. Le idee presentate, peraltro, sono poche e semplici. Si tratta di rintracciarle entro l'intrico delle argomentazioni proposte.

Alcuni capitoli del volume si potranno comprendere meglio con la lettura dei capitoli successivi. Questo richiederà una rilettura di alcune parti; ce ne scusiamo con il lettore, ma non siamo riusciti a organizzare altrimenti il nostro lavoro.

Con questo volume ci siamo proposti un duplice scopo: mettere in discussione quanto si pensa di "sapere" sui gruppi, per poi proporre una nostra visione del tema.

In psicologia questo modo di discutere uno specifico tema è molto spesso utile, alcune volte necessario. È il caso di quelle aree teoriche che affrontano temi definiti con parole del linguaggio corrente: le emozioni, l'intelligenza, il gruppo, il potere ecc. In tali casi il rischio in cui tutti noi incorriamo è quello di supporre di "saperne già" qualcosa. La fatica più grossa, a volte, sta proprio nel mettere in discussione quanto si sapeva. Un limite preciso al nostro lavoro è dato dal circoscrivere il discorso sui gruppi all'area clinica. Ci riferiamo quindi alla tecnica di gruppo, quale si utilizza in ambito clinico, sia psicosociale che terapeutico. La nostra speranza è quella di contribuire all'approfondimento di una teoria della tecnica.

Il pensiero corre alla frequenza con cui si "fanno gruppi" nella pratica psicologica. Nella ricerca motivazionale, negli studi sull'immagine, nella formazione, nella selezione, nella diagnosi, nella ricerca-azione ecc., si "fanno gruppi". Nell'ambito terapeutico l'uso del gruppo ha conosciuto ormai da diversi decenni un grande sviluppo. Contemporaneamente si sono sviluppate molte teorie sul "gruppo". La nostra esperienza ci ha confrontati, troppo spesso, con teorie senza pratica, e con pratiche senza teoria. Per questo motivo riteniamo importante una teoria della prassi.

Un ultimo cenno, in questa breve presentazione del saggio. A volte ci chiedono se siamo bioniani, foulkesiani, aripiani, se seguiamo la scuola francese o quella inglese, se propendiamo per il Tavistock o per il CEF-IRAP, qual è l'influenza dell'NTL o della scuola argentina ecc.

Ciò che colpisce in questi interrogativi è la tendenza a pensare per scuole e non per problemi. Non è poi casuale che le scuole più citate siano regolarmente straniere.

La nostra speranza, con questo lavoro, è di poter dare un contributo al pensiero sui gruppi, e non di motivare all'una o all'altra appartenenza. E per pensare è importante fare riferimento ai problemi che si incontrano nella propria pratica, non alle ortodossie teoriche. Ma questo, se si pensa, è già un tema che concerne il gruppo. Ci sembra importante sottolineare la pertinenza dei contributi italiani in questo ambito, e la ricchezza di questi contributi. Anche perché nessun autore italiano ha ancora "fatto scuola", nessuno è stato ancora mummificato entro una pratica normata, utilizzata da pochi o molti adepti alla ricerca di una identità.

A rischio di apparire "chauvinisti" (ma tanto, Chauvin era francese!) consigliamo la lettura dei numerosi contributi italiani sul tema dei gruppi. Potrà facilitare uno studio più critico, e quindi più approfondito, degli autori classici di differente nazionalità.

## Problemi di definizione

### 1.1. Per una definizione di "gruppo". Problemi e confusioni

Definire cosa è un "gruppo" è un compito arduo e problematico; vedremo più avanti di giustificare in modo puntuale le ragioni di questa affermazione. D'altro canto non possiamo esimerci dal tracciare delle linee di contorno che delimitino l'area psicologica della quale ci stiamo occupando, nel parlare dei gruppi, della teoria dei gruppi e della tecnica psicologica che utilizza il gruppo. Espressioni, queste ultime, molto imprecise ma che per ora utilizziamo al fine di procedere nella nostra esposizione con la speranza di condividere con chi ci legge un minimo di comprensione del linguaggio usato. Affrontiamo allora questo compito definitorio, ma partendo da alcune considerazioni che ci consentiranno, speriamo, di percorrere un itinerario inusuale e nel contempo utile a una precisazione della nozione di gruppo in psicologia.

Non v'è dubbio che la "nozione di gruppo" si è proposta inizialmente nell'ambito psicologico quale dimensione pragmatica, quale condizione di relazione atta a perseguire specifici scopi. In questo, ed è bene sottolinearlo, il "gruppo" come prassi si è sin dall'inizio differenziato dal "gruppo" quale fenomenologia o condizione sperimentale entro la psicologia sociale generale.

Senza addentrarci nelle complesse articolazioni delle due aree psicologiche "gruppi" ora ricordate, vogliamo soltanto esemplificare quanto affermato con due citazioni.

La prima concerne Asch e la sua nota sperimentazione sul tema dell'influenza sociale. Dice Palmonari (1982, p. 98) al proposito:

Un gruppo di otto individui è posto di fronte al compito di giudicare una serie di relazioni percettive chiaramente strutturate e molto semplici: trovare fra tre linee verticali diverse (denominate linee di confronto) quella che è uguale a un'altra linea, separata dalle prime, denominata linea standard. Ogni membro del gruppo deve esprimere il suo giudizio pubblicamente. Nel corso della monotona seduta un individuo si trova improvvisamente contraddetto dall'intero gruppo, e la contraddizione si ripete nelle successive ripetizioni della prova. Il gruppo ha avuto, infatti, con l'eccezione di un solo soggetto, l'istruzione di rispondere, in certi passaggi, con giudizi sbagliati e unanimi.

Di fatto, in questa descrizione di una specifica situazione sperimenta-

le il termine "gruppo" è usato in modo improprio, anche se nel senso comune che conferisce al termine significati diversi senza porre una differenziazione. Se questa fosse l'unica dimensione concettuale riferibile al termine "gruppo", non sarebbe possibile una psicologia dei gruppi, e questo stesso nostro lavoro non si sarebbe potuto scrivere.

L'esperimento, innanzitutto, non concerne le otto persone ma una soltanto, il cosiddetto soggetto critico; e questi è sottoposto a due informazioni, in contrasto tra loro: l'una derivante dalla sua percezione visiva (evidenza percettiva) e l'altra derivante dalla situazione sociale (consenso maggioritario per una risposta assurda). Quindi, in questo esperimento viene denominata quale "gruppo" una situazione sociale che funge da fonte di informazioni. Si parla quindi di un "gruppo" di otto persone, per indicare fenomenicamente un insieme di individui; si parla di "seduta", in un contesto manifestamente sperimentale, forse per indicare l'unità temporale dell'esperimento, o per sottolineare che le persone svolgevano il loro compito sedute su sedie o poltrone...!

Si contrappone l'individuo isolato con la situazione in cui egli è presente con altri nello svolgimento di un compito valutativo; l'autore della citazione parla dell'"intero gruppo" o del "gruppo" per indicare i soggetti che sono d'accordo con lo sperimentatore, e contrappone tale gruppo al soggetto critico; in tal senso, anche se non esplicitamente, i sette comparari possono essere considerati un "gruppo" ma per ragioni che non vengono assolutamente considerate e che non fanno parte degli obiettivi di analisi di Asch. Palmonari, nel sintetizzare l'esperimento, sembra percepire che una dimensione di gruppo si può creare quando sette persone si accordano, o accettano l'ingiunzione di uno sperimentatore al fine di organizzare la loro funzione di informatori conflittuali. Ma la cosa viene solo accennata, e poi corretta ("con l'eccezione di un solo soggetto"); se infatti l'insieme dei sette comparari può apparire quale "gruppo", c'è poi da difendere l'affermazione iniziale per la quale si trattava di un gruppo di otto persone!

È evidente che nel caso ora citato il termine gruppo è usato senza alcun riferimento concettuale, psicologicamente qualificato. Si può dire che "gruppo" è usato nel senso del linguaggio comune. Ma con quale potenziale ambiguità, trattandosi di un lavoro di psicologia sociale!

In questo primo esempio il "gruppo" è in qualche modo contrapposto all'individuo (o meglio l'informazione sociale a quella percettiva); nel caso della gruppoanalisi, di contro, la dimensione del gruppo, o la situazione di gruppo viene posta in alternativa a quella duale. Nell'ambito terapeutico, in altri termini, la situazione gruppale è generalmente percepita in contrapposizione o per differenza dalla dimensione terapeutica di coppia.

Vediamo, in questo complesso ambito di riferimento, come si esprime Bion (1971) a proposito del "gruppo". All'invito del comitato tecnico della Tavistock Clinic di istituire dei gruppi a fini terapeutici, lo psicanalista inglese contrappose riserve e dubbi sulla validità terapeutica dell'esperimento; ma «ciò nonostante, accettai: in breve tempo mi trovai seduto in una stanza con otto o nove persone, a volte di più, a volte di

meno, a volte malati, a volte no. Nei casi in cui i componenti del gruppo non erano dei malati, mi trovai spesso in difficoltà del tutto particolari» (ivi, p. 35).

Anche in questo, come nell'esempio precedente, il "gruppo" è definito come un insieme di otto o nove persone; qui peraltro si evidenziano alcuni elementi differenziali di notevole interesse.

Innanzitutto c'è una partecipazione diretta di chi scrive all'esperienza: Bion si è trovato seduto nella stanza con le otto persone, e accenna subito alle difficoltà in cui si è imbattuto nell'interazione con esse. C'è poi una qualificazione medica dell'esperienza stessa. I partecipanti al gruppo, in altri termini, erano "malati" che si aspettavano dalla relazione con il terapeuta e con gli altri una qualche forma di "terapia".

Si può allora comprendere come Bion accenni subito, senza peraltro approfondire o giustificare comunque in questa sede la sua affermazione, alle particolari difficoltà incontrate con quei componenti che "non erano dei malati". Qui emerge chiaramente come il "gruppo" sia una alterazione, per così dire, della situazione terapeutica usuale che, come già abbiamo accennato, è quella di coppia. Ma tale alterazione non concerne, come a una lettura superficiale può apparire, soltanto la dimensione numerica dei presenti; le modificazioni apportate sono ben più sconvolgenti.

Innanzitutto si rileva una vanificazione dalla condizione necessaria perché si realizzi una interazione terapeutica: lo statuto di "medico" per uno dei due componenti della coppia, e quello di "malato" per l'altro. Il fatto che alcune delle persone del gruppo fossero malate e altre no è un'informazione molto importante che Bion sembra buttare lì, quasi casualmente, e che potrebbe passare inosservata a una lettura superficiale.

Facciamo un esempio per meglio esplicitare il nostro pensiero; proviamo a pensare a un medico internista che si trovi nel suo ambulatorio con una persona definitivamente "non malata": è impossibile in tal caso pensare a una funzione professionale dell'interazione, salvo forse due casi particolari; quello in cui il non malato stia simulando una malattia (visita fiscale) od in cui stia richiedendo una visita di controllo (*check up*, in cui peraltro la funzione medica ha senso solo se si struttura in base alla strategia del tipo «tu sei malato, a meno che non si dimostri il contrario»). In ogni altro caso, un medico che ha relazione con un "non malato" può dialogare con lui, scambiare opinioni, litigare ecc., ma non svolgere la sua funzione diagnostico-terapeutica. Manca infatti la *domanda*, in funzione dello statuto definitorio di colui che è, appunto, non malato.

Nel gruppo, di contro, le cose sembrano andare molto diversamente: l'esperienza del gruppo, infatti, può essere fatta anche da non malati, pur conservando il gruppo un "fine terapeutico", almeno apparentemente. E qui, evidentemente, le cose si complicano. Affronteremo più avanti questa problematica.

Per ora interessa rilevare come, nei due esempi riportati, si parli di "gruppo" per indicare un insieme di otto o nove persone. Se ci si fermasse a questo livello, non sarebbe lecito sviluppare una psicologia dei grup-

pi, dato che il termine verrebbe utilizzato soltanto nella sua accezione usuale, del linguaggio comune, che non prevede di per sé una teoria psicologica sottostante.

Gli esempi riportati, d'altro canto, ci consentono di andare oltre questa semplice rilevazione fattuale. Nel primo esempio il termine "gruppo", come si è visto, sembra essere utilizzato soltanto per indicare un insieme di persone. Di fatto, nella descrizione dell'esperimento di Asch, si parla soltanto dell'*organizzazione di una specifica modalità sperimentale* in psicologia sociale.

Il tema dell'esperimento, come già abbiamo sottolineato, è la dinamica dell'influenza sociale; quest'ultima è presente in molte, o in tutte le interazioni sociali che si realizzano negli uffici, nelle fabbriche, nei reparti di ospedale, nelle squadre sportive, nelle classi scolastiche ecc. Se, utilizzando il termine nella sua accezione usuale, corrente, non psicologica, cioè non fondata su una specifica teoria psicologica, vogliamo affermare, per dei fini di generalizzazione, che alcune conseguenze dell'influenza sociale si verificano nei "gruppi sociali", lo possiamo legittimamente fare, a patto che sia chiara la delimitazione del termine.

Così dicendo, infatti, non si fonda affatto una psicologia dei gruppi, bensì una psicologia dell'influenza sociale, o di altre specifiche fenomenologie che caratterizzano l'esperienza di interazione. E l'interazione usuale, è bene sottolinearlo, non avviene "nei gruppi", bensì in precise articolazioni delle differenti organizzazioni sociali. La generalizzazione di tali articolazioni alla dimensione "gruppo", inteso come insieme di persone, è utile, sotto il profilo della pratica sperimentale, per poter riprodurre comodamente in laboratorio la situazione di interazione organizzativa che si intende studiare: per controllare le variabili, come si dice nel linguaggio della ricerca sperimentale. Ma in tal caso la nozione di gruppo si limita all'indicazione di un contesto di rapporti tra un numero limitato di persone, che ha quale obiettivo quello di svolgere un preciso compito sperimentale. È interessante notare che, in tale ambito della psicologia sociale, le stesse modalità di interazione vengono regolamentate in funzione delle esigenze sperimentali, e differiscono di volta in volta in base al contesto sociale che si intende riprodurre in laboratorio.

Differente è il significato attribuito al termine "gruppo" nel caso della psicoterapia di gruppo o della psicosociologia. Qui le cose vanno ben diversamente. Riprendiamo il lavoro di Bion, e vediamo come l'utilizzazione del termine "gruppo" cambi quando si passa dalla descrizione della prassi nei suoi aspetti esterni, nella sua fenomenologia formale, alla *teoria* che intende giustificare la stessa prassi.

Bion, al proposito, dice: «Spero di mostrare che, trovandosi a contatto con la complessità dei problemi di vita del gruppo, l'adulto, come per una massiccia regressione, torna ad usare quei meccanismi che secondo Melanie Klein (1921, 1946) sono tipici delle prime fasi della vita mentale» (Bion, 1971, p. 151). E ancora: «Costituenti essenziali di questa regressione sono il convincimento che il gruppo esiste come qualcosa di diverso da un semplice aggregato di individui e anche le caratteristiche che il singolo attribuisce al gruppo in questione» (ivi, pp. 151-2). «[...]

le persone che formano un "gruppo" (usando questo termine nel senso di indicare un insieme di persone che si trovino tutte allo stesso grado di regressione) [...]» (ivi, p. 152).

Ecco, a nostro modo di vedere, un buon esempio di come si possa costruire una teoria sui gruppi, e una teoria valida, facendo nello stesso tempo una maledetta confusione di significati nell'utilizzare l'unico significante a disposizione, sembrerebbe, e cioè il termine "gruppo".

Quest'ultimo sembra riconducibile, nelle citazioni riportate, a tre accezioni differenti:

a) nella prima citazione, «complessità dei problemi di vita del gruppo», il termine sta a significare il contesto relazionale usuale, l'esperienza che l'individuo fa entro le *organizzazioni* di appartenenza. Qui il termine appare quindi come sinonimo di contesto sociale o di "organizzazione" (noi preferiamo quest'ultimo termine, e ne diremo le ragioni nell'intero corso di questo lavoro). È importante sottolineare come Bion evidenzia la "complessità dei problemi" che la vita organizzativa solleva alle persone, anche se non ne dice in questa sede la natura; dice peraltro che questi problemi inducono fenomeni regressivi molto profondi;

b) nella seconda citazione il termine è utilizzato quale indicatore di una fantasia, quale prodotto mentale che esita nella regressione, quale convincimento di qualcosa di diverso dalla realtà organizzativa fattuale, qui indicata da Bion come "semplice aggregato di individui".

Per ragioni che verranno approfondite in seguito, noi proponiamo di chiamare "istituzione" questa dimensione mentale che consegue alla regressione evocata dalle difficoltà organizzative. Come avremo modo di vedere, non pensiamo che l'istituzione si articoli quale conseguenza di processi regressivi; il vero problema sta piuttosto nella sua dimensione mentale, e se si vuole nella sua valenza difensiva;

c) nella terza citazione, forse perché ormai consapevole della confusione terminologica creata, Bion decide di mettere tra virgolette il termine in questione. Qui "gruppo" è ancora un insieme di persone, come nel caso dell'organizzazione, ma di persone che si trovano tutte allo stesso grado di regressione.

Questo è, a nostro modo di vedere, l'assetto strutturale del gruppo come strumento "terapeutico": qui infatti l'organizzazione (*setting*) è pensata e realizzata in modo da evocare nelle persone partecipanti all'organizzazione terapeutica "lo stesso grado di regressione".

Si può allora comprendere il motivo per cui al gruppo bioniano potessero partecipare malati e non malati; sembra infatti che l'indicazione della terapia di gruppo sia quella relativa ai problemi sollevati dalla vita di relazione, dall'appartenenza a specifiche organizzazioni sociali. E tale problematica, evidentemente, appartiene all'esperienza di ciascuna persona.

Sembra importante sottolineare che quanto è emerso nel nostro commento, critico nei confronti delle citazioni bioniane, non era presente in modo organizzato nel testo di Bion. L'interpretazione del testo, in altri

termini, è stata possibile perché già abbiamo formulato una specifica teoria sulla dinamica di relazione organizzazione-istituzione e sulla funzione del gruppo.

Questa teoria, già da noi presentata in specifiche pubblicazioni, non è tratta dalla proposta teorica bioniana sui gruppi, che noi riteniamo ancora imprecisa e confusa. Le citazioni di Bion, quindi, sono state fatte per mettere in evidenza come, quando si possiede uno strumento teorico sufficientemente coerente e valido, si possano comprendere anche affermazioni ambigue, come quelle di Bion, usualmente accettate acriticamente. La stessa lettura critica, come già abbiamo accennato, potrebbe essere rivolta anche a molti altri classici di una letteratura ampia e in continua espansione com'è quella sui gruppi in psicologia clinica.

Ma torniamo al nostro tema. Riassumendo quanto è emerso nelle citazioni di Bion, si può concludere nel seguente modo: ciascuno di noi può sperimentare delle difficoltà entro la relazione sociale, entro le organizzazioni di appartenenza, entro le differenti aree organizzative nelle quali si articolano i rapporti con le altre persone; rimangono da chiarire il motivo e la dinamica genetica di tali difficoltà. E questo chiarimento, come vedremo, non è un compito semplice, anche se a prima vista può apparire intuitivamente comprensibile e prevedibile.

È interessante notare come, nell'ipotesi formulata da Bion, non si postula affatto una genesi "grupuale" dei disturbi psichici nella loro usuale classificazione nosografica. Bion, infatti, al contrario di Foulkes e dei gruppoanalisti "autarchici" dei quali parleremo tra breve, non afferma e non pretende di spiegare nei termini di una psicogenesi grupuale l'usuale fenomenologia psicopatologica. Lo psicoanalista inglese, di contro, afferma *ab initio* che ciascuno di noi può incontrare difficoltà nei suoi rapporti sociali, e che tali difficoltà sono paragonabili a quelle che il piccolo della nostra specie incontra nel rapporto con il seno. Bion, è bene sottolinearlo, non dice nemmeno che queste difficoltà o questi "disturbi" debbono essere "curati" con la psicoterapia di gruppo. Nella sequenza delle citazioni che abbiamo riportato, così come in tutta l'opera bioniana che riferisce delle esperienze terapeutiche con i gruppi, non vi è mai un'indicazione specifica, concernente una classificazione psicopatologica o di psicopatologia differenziale, che concerna elettivamente la terapia di gruppo.

Bion, piuttosto, afferma che la relazione sociale e le difficoltà che in essa sono iscritte inducono una qualche forma di regressione. E afferma, nel passo successivo, che una modalità con cui si manifesta tale regressione è la negazione della realtà sociale come insieme di individui e la comparsa, *nella mente dei singoli*, di una particolare entità o nozione mentale, ovviamente, che viene chiamata gruppo. Qui, sembra importante evidenziarlo, l'affermazione bioniana si fa ancora più oscura e di difficile comprensione di quanto non fosse la precedente.

Che la relazione sociale possa creare delle difficoltà, come si è detto, può essere intuitivamente comprensibile; ma che tali difficoltà inducano le singole persone a non vedere o considerare le strutture sociali con le quali hanno a che fare, e in loro vece percepiscano mentalmente (ahimé,

quale imprecisione terminologica in questi enunciati!) un "gruppo" quale insieme coeso, unità superindividuale dotata di emozioni, intenzionalità, efficacia pragmatica nei propri confronti, questo è veramente difficile da giustificare.

Eppure Bion sembra sicuro di queste sue affermazioni, e invita i lettori a non fermarsi ai suoi esempi sull'argomento, viziati da una pregressa teoria che ne inficia la descrizione; nel consigliare il lettore a rivolgersi altrove, alle proprie esperienze personali di relazione e di genesi del "gruppo mentale", peraltro, non indica quali esempi altri gruppi terapeutici (forse pensava che la sua esperienza si sarebbe fermata lì, e che nessun altro psicoanalista avrebbe intrapreso la via terapeutica del gruppo!), bensì riunioni di consigli di amministrazione, di comitati, di enti ecc. Come dire: volete verificare la veridicità della mia affermazione circa le fantasie gruppalì che sostituiscono le percezioni degli insiemi di persone, quando un partecipante si trova in difficoltà? Rivolgete la vostra attenzione a qualsiasi esperienza di relazione, di rapporto organizzato tra persone, e troverete buoni esempi di tale affermazione!

Tale fantasia regressiva che costruisce un gruppo mentale, d'altro canto, deve essere stata considerata da Bion quale fattore "terapeutico" rilevante; egli infatti definisce i suoi "gruppi" di psicoterapia come un insieme di persone che, per qualche motivo non ancora chiarito, si trovano tutte allo stesso livello di regressione, vale a dire in quell'area regressiva mentale che impedisce loro di vedere l'insieme di persone costituenti la struttura terapeutica come un'organizzazione, bensì come il "gruppo" del quale si era parlato poc'anzi.

Anche quest'ultimo rilievo non è privo di difficoltà: ci si può infatti chiedere per quale motivo le persone presenti entro il gruppo terapeutico siano tutte "allo stesso livello di regressione"; la risposta, ovviamente, non può essere indicata semplicisticamente nella difficoltà insita nel rapporto sociale che anche il gruppo terapeutico comporta, come qualsiasi altra organizzazione. Infatti, per quale motivo la condivisione di una difficoltà al rapporto deve indurre nei partecipanti *lo stesso* livello di regressione? E quale difficoltà è insita nel gruppo (o nell'organizzazione) terapeutica? Le difficoltà sono sempre le medesime, qualunque sia la struttura sociale entro la quale si sperimenta il rapporto? E la regressione sempre allo stesso "livello", indipendentemente dalle persone e dal contesto sociale?

Se così fosse, non si capirebbe come sia ancora possibile una distinzione tra organizzazioni: la regressione, per esempio, dovrebbe far confondere gli individui al punto tale da non distinguere più tra le esperienze fatte in un ufficio, in una scuola, in un ospedale ecc. In una certa misura questo può anche essere vero, ma rimane pure altrettanto vero che ciascuno di noi è quasi sempre in grado di definire il luogo e il contesto delle sue esperienze sociali, e di differenziarlo da altri. Se, inoltre, le difficoltà sociali e la regressione conseguente fossero efficaci in modo indifferenziato, non si capirebbe come sia possibile la funzione istitutiva e operativa del terapeuta.

L'analisi critica delle affermazioni di Bion potrebbe continuare a lun-

go; ma non è questo lo scopo delle brevi note concernenti i fondamenti concettuali bioniani del gruppo terapeutico che qui presentiamo. Il nostro commento ha piuttosto lo scopo precipuo di esemplificare la confusione insita nella nozione di gruppo e nell'uso che viene fatto di questo termine nella letteratura psicologica specializzata.

## 1.2. Il paradigma del gruppo autoreferente

Che tipo di strumento è il gruppo? A quali condizioni esso diventa uno strumento per la prassi psicologico-clinica? Che tipo di strumento per quale prassi?

Nel tentare una risposta coerente a questi interrogativi, il nostro obiettivo è quello di contribuire a rendere gli usi del gruppo, così diffusi e differenziati come modalità di intervento psicologico, delle pratiche teoricamente fondate. Con ciò non intendiamo proporre l'ennesima teoria dei fenomeni gruppali, bensì lavorare in vista di una teoria della tecnica. Siamo consapevoli del fatto che, in questo ambito, porre la questione della teoria della tecnica significa in primo luogo confrontarsi con un ostacolo epistemologico costituito dalle stesse teorizzazioni sui gruppi, o meglio da un modo di concepire la relazione teoria-prassi secondo il quale disporre di modelli teorici descrittivi e/o esplicativi della fenomenologia relazionale di gruppo equivarrebbe a legittimare e a fondare l'uso del gruppo come strumento di intervento.

Tale concezione, che proponiamo di denominare "paradigma del gruppo autoreferente" e che, a nostro avviso, attraverso vari orientamenti teorici (dal lewiniano al rogersiano, dall'analisi transazionale alla psicoanalisi di-con-atravverso il gruppo) è fondata su due assunti complementari.

1. Secondo il primo assunto, i gruppi sono caratterizzati da invarianze fenomenologiche. Tali invarianti, costituite da strutture e da processi di relazione, consentirebbero di definire "di gruppo" (o "gruppo") una situazione di rapporto sociale indipendentemente dal contesto in cui si esplica. In quest'ottica le diverse teorie si configurano come diversi modi di vedere e di concettualizzare le invarianti fenomenologiche; e le situazioni di gruppo in cui opera lo psicologo clinico vengono concepite come isomorfe rispetto ai cosiddetti "gruppi reali".

2. Il secondo assunto configura le tecniche di gruppo eminentemente come modalità di conduzione. Data una situazione di gruppo la tecnica consisterebbe nell'interpretare i fenomeni gruppali e nell'intervenire nella relazione in modo congruente con qualche teoria. Inoltre, nella misura in cui le teorie di riferimento concernono le invarianti fenomenologiche, le pratiche di gruppo, pur diverse quanto ai modelli teorici di riferimento, tendono a riprodursi in modo invariante rispetto ai contesti. In quest'ottica, "fare gruppi" o "andare per gruppi" indicano appunto delle prassi autoreferenti.

I due assunti sono complementari nel senso che rimandano a una

concezione del gruppo come dato, sia in quanto oggetto di conoscenza che in quanto strumento di intervento. In effetti, mentre l'assunto dell'invarianza fenomenologica (punto 1) esplica una funzione rassicurante in relazione alla categorizzazione dei dati di realtà, la decontestualizzazione della prassi (punto 2) legittima la varietà dei modelli teorici e tecnici. Inoltre tali assunti, in quanto fondanti la scissione tra invarianza del gruppo e variabilità delle pratiche cliniche, configurano lo strumento-gruppo in modo analogo agli strumenti-oggetti delle tecnologie di trasformazione, cioè come pensabile e definibile indipendentemente dal suo uso o applicazione. Non a caso, come vedremo, il paradigma del gruppo autoreferente si coniuga con modelli di intervento clinico fondati su una teoria del cambiamento direzionato, isomorfa a quella che sostiene la logica dei processi di trasformazione. Basti, per ora, un riferimento alle "regole democratiche" di Lewin, alle "relazioni autentiche" di Rogers, al "codice dell'Adulto" di Berne, alla "democrazia affettiva" di Fornari, cioè a modalità relazionali che gli psicologi clinici perseguono come modelli-obiettivi delle pratiche di gruppo.

Ci chiedevamo che tipo di strumento fosse il gruppo. Generalmente, gli strumenti-oggetti della nostra esperienza sono pensabili indipendentemente dagli usi che essi consentono: possiedono cioè delle caratteristiche stabili che non variano con il variare dei loro usi. Una specifica penna, per esempio, la possiamo definire tramite un insieme di caratteristiche (biro, di metallo, a scatto ecc.) che restano invariate sia che la si usi per scrivere, o per forare un foglio di carta, o per produrre suoni percuotendola contro un bicchiere. La penna, cioè, come un libro o una sedia, conserva invariata la sua organizzazione interna in tutti i contesti d'uso, tranne ovviamente in quelli che comportano dei processi distruttivi (per esempio, usare una sedia come materiale da ardere). In altri termini, gli strumenti-oggetto esistono: sono lì, da qualche parte, oggetti della nostra percezione o della nostra rappresentazione, anche quando non vengono usati. Al contrario, il gruppo appartiene a una categoria di strumenti, che potremmo definire strumenti-relazione, i quali non possono essere pensati come esistenti indipendentemente dal loro uso. Quando si pensa a un gruppo, come quando si pensa a un colloquio o a una riunione, si pensa sempre e comunque a quello che si fa in un qualche contesto; e le caratteristiche del gruppo, la sua struttura relazionale, variano in funzione del suo operare. In altri termini, nel caso del gruppo, non abbiamo a che fare con uno strumento definito da caratteristiche invarianti, e quindi esistente indipendentemente dall'uso.

Al contrario, nell'ambito del paradigma dell'autoreferenza, l'assunto dell'invarianza fenomenologica presuppone che i gruppi siano esistenti e che, all'interno di essi, siano individuabili delle regolarità concernenti le modalità di relazione. Tali regolarità vengono concettualizzate come "fenomeni di gruppo", cioè come manifestazioni di una entità-gruppo supposta esistente. In quest'ottica la nozione di gruppo e i suoi derivati (rete di gruppo, anima o mente di gruppo, apparato psichico gruppale ecc.) fungono da *explicans* nella spiegazione-comprensione dei fenomeni: «Si verifica tale o talaltro fenomeno perché c'è il gruppo».

La nostra ipotesi è che i gruppi non siano esistenti, bensì modalità di funzionamento della relazione sociale; in altri termini, proponiamo di assumere la nozione di gruppo come *explicandum*, cioè come fenomeno originato dai modi in cui viene sperimentata, pensata e strutturata la relazione sociale. Per chiarire questo punto partiamo da un esempio tratto da un noto saggio del filosofo Ryle (1949, p. 9):

Un forestiero visita per la prima volta una città universitaria. Gli vengono mostrati biblioteche, aule, musei, laboratori, uffici, alloggi. Allora egli protesta di aver viste, sì, tutte quelle cose, ma non ancora l'Università, il luogo ove lavorano i membri dell'Università. In un caso come questo, bisognerà spiegare che l'Università non è un qualche istituto aggiunto a quanto egli ha visto, ma il modo in cui quanto egli ha visto è organizzato: null'altro rimane da vedere e da capire. L'errore stava nell'ingenuo assunto che fosse corretto parlare di tutti quegli istituti e dell'Università, come se questa fosse un membro aggiuntivo nella classe di quelli. Egli metteva l'Università nella stessa categoria cui appartengono i suoi vari istituti.

Si tratta di un esempio che l'autore propone per illustrare la sua teoria dell'"errore categoriale". In un analogo errore, a nostro giudizio, si incorre quando, per pensare e quindi definire i gruppi, questi vengono trasformati da modalità in esistenti. In effetti, una volta che siano state descritte le modalità relazionali degli attori protagonisti di un'interazione sociale, non resta da descrivere il gruppo a cui essi eventualmente appartengono. Il gruppo è appunto una modalità attraverso la quale essi strutturano le loro relazioni sociali. Ma di quale modalità si tratta? La risposta a questa domanda può scaturire soltanto da una teoria della relazione sociale, la quale intrattiene con le teorie dei gruppi un rapporto analogo a quello esistente tra teorie dei funzionamenti mentali e teorie del sogno.

Facendo riferimento a un modello teorico altrove esplicitato (Carli, Paniccia, 1981), la nostra ipotesi è che la relazione sociale si definisce e si struttura tramite modelli della conoscenza e dell'azione sia di tipo organizzativo che istituzionale. I modelli organizzativi, declinandosi secondo categorizzazioni del tipo vero-falso e corretto-errato, regolano la strutturazione dei rapporti sociali in vista di obiettivi e fondano l'articolazione differenziata di ruoli e funzioni. Quanto ai modelli istituzionali, utilizzando simbolizzazioni affettive e declinandosi secondo la logica del pensiero inconscio, essi regolano la gestione delle dinamiche motivazionali e l'applicazione dello schema amico-nemico nell'ambito del rapporto sociale.

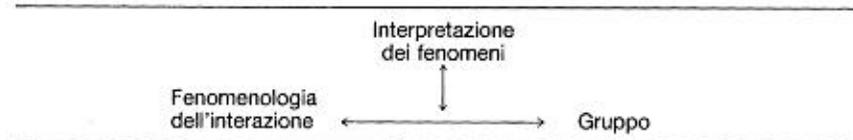
In quest'ottica, definire la modalità di una relazione sociale significa individuare i modelli organizzativi e istituzionali che, nella loro reciproca interazione, la fondano. Ne deriva che ciò che avviene e ciò che si fa nei gruppi non è funzione di un'entità-gruppo supposta esistente, bensì del modo in cui gli attori sociali agiscono e/o gestiscono le loro relazioni organizzative e istituzionali. Sono dunque le modalità di queste relazioni che definiscono i possibili usi del gruppo.

Per quanto concerne la prassi clinica, le modalità che strutturano le

situazioni di gruppo rimandano all'analisi della domanda, agli obiettivi e ai metodi del lavoro: in breve, al suo processo istituyente.

In realtà, nell'ambito di quello che abbiamo definito paradigma del gruppo autoreferente, il processo istituyente del lavoro clinico in gruppo non viene tematizzato come momento tecnico implicante una fondazione teorica né assume rilevanza per l'interpretazione-gestione delle dinamiche di rapporto. Dato il gruppo, la fenomenologia dell'interazione, cioè i vissuti, le espressioni, i racconti e le modalità di relazione che i partecipanti utilizzano, vengono interpretati come originati dalla situazione di gruppo (cfr. schema 1).

SCHEMA 1



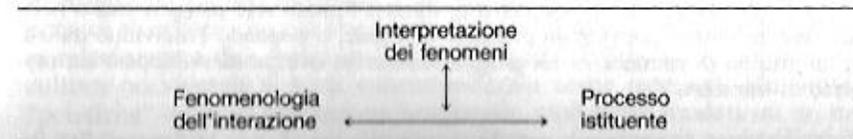
Prendiamo a esempio l'"illusione gruppale", una fenomenologia relazionale definita da Anzieu (1976, p. 207) come «stato psichico particolare che si osserva tanto nei gruppi naturali quanto nei gruppi terapeutici o formativi e che è spontaneamente verbalizzato dai membri nella forma seguente: "Noi stiamo bene assieme; costituiamo un buon gruppo; il nostro capo o il nostro monitore è un buon capo, un buon monitore"».

La genesi di tale fenomenologia viene spiegata dallo stesso Anzieu tramite un'ipotesi su come viene vissuta la situazione di gruppo (qualunque essa sia!), cioè come sorgente di angoscia e come realizzazione immaginaria di un desiderio: angosciati dalle loro differenze, i membri del gruppo strutturerebbero collusivamente una difesa del tipo "fusione rinarcisizzante".

Se si vuole, la spiegazione di Anzieu costituisce un classico esempio di autoreferenza: in una situazione di gruppo si rileva un fenomeno relazionale e lo si riconduce geneticamente agli aspetti invariati del gruppo. Un tale tipo di spiegazione non ci consente di comprendere il perché e quindi il senso che ha, in una specifica situazione di gruppo (quel gruppo in quello specifico contesto), il manifestarsi della fenomenologia in questione.

Proviamo a cambiare quadro di riferimento (cfr. schema 2).

SCHEMA 2



Facendo riferimento al processo istituyente, la fenomenologia "illusione gruppale" può assumere i significati più diversi. Può essere stata indotta da uno psicologo clinico colludente con la motivazione a stabilire dei rapporti affettivi positivi tra i partecipanti a un'esperienza terapeutica in gruppo, può essere espressione di una manovra seduttiva dei partecipanti in relazione a un'ipotesi di lavoro proposta dallo psicologo, può essere il modo in cui una squadra di basket rinsalda il suo spirito di corpo in vista di una competizione ecc.

### 1.3. Il processo istituyente

La nostra ipotesi è appunto di assumere il tipo di processo istituyente, in quanto momento tramite il quale si strutturano le modalità per la gestione delle dinamiche organizzative e istituzionali, come criterio per la definizione del tipo di strumento che può essere il gruppo. In altri termini, dal nostro punto di vista, lo psicologo clinico non ha da andare a "condurre gruppi", ma li costituisce in modo differenziato e all'interno di essi fa un lavoro diverso in funzione dei diversi contesti da cui origina la domanda e in funzione dell'analisi che di questa domanda viene fatta. In questo modo il gruppo diventa uno strumento diverso a seconda dell'uso che, stando certe condizioni, è possibile e opportuno farne.

Tuttavia, una cosa è lo strumento e altro è il metodo. Stando il fatto che la configurazione dello strumento-gruppo varia in funzione del processo istituyente, il metodo consiste appunto nei criteri regolatori dello stesso processo e delle modalità attraverso le quali ci si riferisce a esso nell'esercizio della prassi. Ciò che regola l'uso del gruppo non sono quindi le teorie e i metodi di gruppo, bensì le teorie e i metodi della prassi clinica. D'altra parte, nella misura in cui il gruppo viene concettualizzato come metodo anziché come strumento, rientriamo nella logica dell'autoreferenza.

Un caso esemplare, a questo proposito, è costituito dalla cosiddetta "gruppoanalisi". In effetti Foulkes (1975), tramite la nozione di "rete", propone una fondazione teorica della psicoterapia gruppoanalitica basata sulla corrispondenza tra strutture relazionali della patogenesi e strutture relazionali del trattamento psicologico in gruppo. Gruppo che diventa il metodo del trattamento. Per lui (ivi, pp. 187, 282, 319)

il paziente che noi vediamo è in se stesso solo un sintomo di un disturbo che investe un'intera rete di situazioni e di persone, che costituisce l'autentica sede di intervento di una terapia radicale ed efficace [...] la nevrosi del singolo paziente può essere compresa e curata a fondo solo se facciamo intervenire per lo meno uno dei membri di quella che ho chiamato rete patogenetica della malattia [...]. La psicoterapia di gruppo cerca di trattare l'intera rete patogenetica o nella sua sede primitiva, nel gruppo primario d'origine, o ponendo l'individuo malato in un gruppo di estranei, in un gruppo sostitutivo ove possa sviluppare un rapporto di transfert.

Napolitani (1987), per cui il gruppo è innanzitutto la "gruppalità in-

terna" costituitasi tramite processi di identificazione e fondante l'individualità psichica dell'uomo come essere radicato nelle sue matrici familiari e culturali, sostiene che la prassi analitica, in quanto processo di conoscenza che implica un riattraversamento dell'istituto e una separazione riflessiva dalle proprie origini, è (si direbbe per definizione) gruppoanalisi. Ad onore del vero, Napolitani è uno dei pochi autori che, nell'ambito degli studi sui gruppi, ha colto la rilevanza pratica e teorica del processo istituyente; tuttavia, facendo un'operazione a nostro avviso riduttiva, lo ha concettualizzato come fenomeno di gruppo e lo ha riferito esclusivamente alla prassi psicoterapeutica.

A questo proposito, varrà la pena di ribadire che la problematica del processo istituyente concerne tutte le prassi cliniche (di psicoterapia, di formazione, di intervento psicosociale ecc.), le quali trovano in esso la loro fondazione differenziale. Se ci sono varie prassi cliniche è perché ci sono vari tipi di domande, perché queste domande originano da contesti organizzativi e istituzionali differenziati e perché, in funzione delle domande e dei contesti, si strutturano setting di lavoro differenti.

Dicevamo che il metodo clinico consiste nei criteri regolatori del processo istituyente e nelle modalità attraverso le quali ci si riferisce ad esso nell'esercizio delle prassi. Ora, poiché tale processo rimanda alla gestione del rapporto con la domanda e con i modelli organizzativo-istituzionali che la sostengono, le alternative metodologiche che vediamo sono essenzialmente due: o tali modelli vengono agiti, oppure se ne sospende l'azione e si istituisce una modalità di lavoro del tipo "riflessione su".

Un esempio della prima alternativa è costituito dalla pratica di gruppo secondo l'analisi transazionale. Così come la presenta Berne (1986), essa si esplica come azione di un'organizzazione trasformativa fondata sull'istituzione medica. I gruppi prevedono una precisa articolazione dei ruoli, sia in senso gerarchico che funzionale (terapeuta-leader, vice-terapeuta, osservatori, partecipanti, visitatori), prevedono delle procedure quasi standardizzate e, soprattutto, prevedono una programmazione del trattamento articolata in fasi. Per quanto concerne il riferimento all'istituzione medica, in questo caso è fin troppo esplicito. Scrive infatti questo autore: «Dopo che il paziente si è presentato in trattamento, il terapeuta in un modo o nell'altro e al momento opportuno chiarisce che cosa potrebbe fare per migliorare lo stato del paziente. Se e quando il paziente accetta l'offerta enunciata o implicita, in qualsivoglia forma essa venga presentata, il trattamento potrà procedere secondo il programma del terapeuta... Non si tratta qui di "scegliere" o "rifiutare" il paziente; si tratta di una prescrizione medica» (Berne, 1986, p. 161).

A questo proposito vien da pensare a quanti hanno teorizzato che l'emancipazione della psicologia clinica dal modello medico consiste nel passaggio da un setting duale a uno di tipo gruppale. A questi varrà la pena di ricordare che ciò che fonda il modello medico non è una struttura relazionale a due, bensì una *technè* la quale, fin dalle sue origini, nella cultura occidentale è stata concettualizzata come isomorfa alle attività "poietiche" del tipo produzione artigianale, cioè come fondata su un modello di cambiamento-trasformazione di tipo direzionato e pianificabile.

Non a caso, quindi, la questione centrale per una fondazione teorica della prassi psicologico-clinica consiste nel chiarire a quale modello di cambiamento ci si riferisce.

In realtà le tematiche del cambiamento e del processo istituyente sono strettamente correlate. Basti pensare al problema degli obiettivi, al cioè-in-vista-di-cui si esplica la prassi clinica o si usano i gruppi.

Nella logica dell'autoreferenza, gli obiettivi sono funzione di teorie del cambiamento e il processo istituyente diventa un mezzo, una sorta di dispositivo che, una volta definito, consente il lavoro clinico. In questo caso gli obiettivi vengono concettualizzati come stati terminali di un processo, prefigurati tramite un progetto che rimanda a un modello di cambiamento di tipo direzionato. La prassi clinica può essere allora rappresentata come un vettore che, partendo da uno stato iniziale (la configurazione mentale di un individuo o la configurazione relazionale di un gruppo all'inizio del trattamento), esita in uno stato terminale ritenuto più o meno soddisfacente in funzione della congruenza con i modelli teorici a cui si fa riferimento.

In effetti, le prassi cliniche fondate su modelli di cambiamento di tipo direzionato in genere si esplicano tramite processi istituyenti che comportano l'azione di modelli organizzativi e istituzionali. D'altra parte, nel trattamento della domanda, una possibilità metodologica è costituita dalla sospensione dell'azione dei modelli organizzativi e istituzionali. Ciò presuppone che lo psicologo clinico non sia preso dal bisogno di agire i suoi modelli teorico-tecnici, né colluda con le sollecitazioni istituzionali veicolate dalla domanda. Che ne è, in quest'ottica, dello strumento gruppo? Ovvero, in che consiste lo specifico processo istituyente che lo definisce?

Qualcuno si rivolge allo psicologo clinico per chiedere qualcosa. Il qualcuno della domanda, si noti bene, non è mai un gruppo: si tratta sempre di persone, sia che chiedano un lavoro su di sé, sia che chiedano un lavoro sulla struttura sociale a cui appartengono. Nel primo caso, il qualcuno è allo stesso tempo committente e utente dell'intervento clinico; nel secondo caso, i ruoli di committente e utente rimandano all'articolazione organizzativa di una qualche struttura. Tuttavia, in entrambi i casi, la domanda origina da un contesto culturale che prefigura delle modalità di rapporto con lo psicologo clinico.

Il qualcosa oggetto della domanda, sia che concerna la psicoterapia o la formazione o la consulenza psicosociale, rimanda sempre a ipotesi di relazioni, organizzative e istituzionali, tra i ruoli di committente, utente e operatore. L'analisi della domanda tratta appunto queste anticipazioni di ruolo al fine di poter definire e concordare un adeguato setting di lavoro.

Per quanto concerne il contratto con singole persone, poiché i ruoli di committente e utente sono individuati stabilmente in un unico interlocutore, il setting — nelle sue componenti più rilevanti (obiettivi, metodi, strumenti) — conserva invariata la sua forma; al contrario, nel caso di contratti con strutture sociali, in quanto l'articolazione dei ruoli committente-utente varia in funzione della storia, il setting, anche tramite azioni

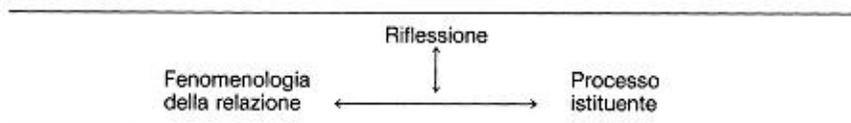
interpretative dello psicologo clinico, può assumere forme diverse nel corso del tempo.

Ne deriva che, nelle due situazioni citate, il processo istituyente la strumentalità del gruppo è strutturalmente diverso. Esso, infatti, è definito da quattro fattori fondamentali:

- a) la storia del soggetto (committente e/o utente, persona e/o struttura) che esprime la domanda;
- b) il contesto culturale (modelli organizzativi e istituzionali) che prefigura specifiche modalità della relazione clinica (psicoterapia, formazione, consulenza);
- c) la configurazione sociale dell'operatore (singolo professionista o rappresentante di una struttura);
- d) il metodo di lavoro utilizzato per trattare la domanda.

Tuttavia, in ogni caso ciò che si istituisce non è la fondazione di uno o più gruppi, bensì una modalità di lavoro centrata sulla domanda, il cui contesto è definito dalle interazioni tra i quattro fattori elencati. Più precisamente, secondo la nostra ipotesi, il fattore metodo (d) comporta la sospensione dell'azione dei modelli anticipati di rapporto (b) e configura la relazione clinica come una struttura riflessiva che comprende la sua fenomenologia tramite il riferimento al suo processo istituyente (cfr. schema 3).

SCHEMA 3



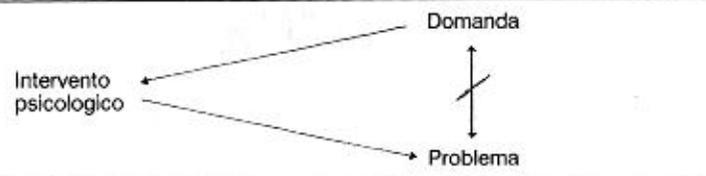
Nel caso in cui la relazione si espliciti tramite l'uso del gruppo, il suo processo istituyente, in quanto fondato sulla sospensione dei modelli, può essere concettualizzato come "finzione" organizzativa e istituzionale (Carli, 1987) e la fenomenologia della relazione può essere assunta come rappresentazione simbolica e non come inveramento dei modelli di relazione. In quest'ottica, lo strumento gruppo nella prassi clinica si configura con caratteristiche di *discontinuità* rispetto alle altre modalità della relazione sociale e ai cosiddetti "gruppi reali".

Tale discontinuità rimanda alla tematica del cambiamento che, tramite l'operazione di "riflessione su", diventa l'oggetto peculiare, oltre che l'obiettivo, del lavoro clinico. Ciò a partire dall'ipotesi che la domanda stessa origini da problemi concernenti il cambiamento. Ma di quale cambiamento si tratta?

Tramite la domanda rivolta allo psicologo clinico, a partire dai loro modelli di riferimento (categorizzazioni cognitive e affettive, modalità relazionali ecc.), persone e/o strutture sociali interpretano esperienze di sofferenza, di disagio o di conflitto, e chiedono un trattamento-cambiamento di cui si prefigurano obiettivi e metodi. Generalmente il soggetto

portatore della domanda propone l'ipotesi che la sua domanda sia in-scindibile dal suo problema e che quest'ultimo costituisca l'oggetto dell'intervento psicologico (cfr. schema 4).

SCHEMA 4



In altri termini, egli si configura il trattamento come funzionale a un cambiamento di stato (dallo stato problematico allo stato non-problematico) e non come un cambiamento dei modelli che supportano la domanda. D'altra parte lo psicologo clinico, in quanto si propone di intervenire sulla relazione tra problema e domanda, concettualizza il trattamento come funzionale a un cambiamento di modelli, il quale, per definizione, è caratterizzato da discontinuità e non prevedibilità. Ma se lo stato terminale del trattamento non è prevedibile, come possono essere definiti gli obiettivi dell'intervento clinico? Ovvero, può una prassi orientata da obiettivi non essere prevedibile nella successione delle operazioni che la costituiscono? Su quale teoria dell'azione si può fondare la prassi clinica?

Affermano Harré e Secord (1977): «Sono da considerarsi come azioni intenzionali quelle azioni il cui commento da parte dell'attore e degli osservatori menziona, qualora esista, il fine, risultato o scopo dell'azione» (ivi, p. 230). È appunto il riferimento al *ciò-in-vista-di-cui* che consente di individuare l'azione intenzionale nella classe dei comportamenti e ogni classificazione delle azioni rimanda a tipologie di intenzioni.

A questo proposito può essere utile un riferimento alla distinzione tra due tipi di azione, *poiesis* e *praxis*, proposta da Aristotele e ripresa in vario modo da autori contemporanei. Mentre il *ciò-in-vista-di-cui* della *poiesis* è costituito dalla realizzazione di un prodotto (*ergón*), nel caso della *praxis* esso è costituito dalla realizzazione di un'attività (*energeia*). Il criterio utilizzato da Aristotele concerne la presenza/assenza del riferimento a un oggetto esterno risultato dall'azione: presente in attività poietiche del tipo produzione artigianale, assente in attività del tipo pensare o dialogare. In questo modo le azioni vengono classificate dal punto di vista dell'osservatore e non del soggetto agente che produce commenti o resoconti su quello che fa.

Facendo appunto riferimento ai resoconti dell'agente, siano essi anticipatori che contemporanei o retrospettivi, possiamo individuare come criterio di classificazione delle azioni la presenza/assenza, negli stessi resoconti, di una rappresentazione anticipata del risultato e dei procedimenti atti a conseguirlo. In questo modo, azioni come cucinare un tacchino o dipingere una tela, mentre dal punto di vista dell'osservatore

sono entrambe caratterizzate dalla presenza di un oggetto-risultato esterno, dal punto di vista dell'agente possono essere entrambe eseguite anticipando o non anticipando, tramite un progetto, il risultato terminale e la sequenza delle operazioni.

Anche per la prassi psicologico-clinica sono i resoconti a consentire di individuare i tipi di azione tramite i quali essa si struttura. E sono sempre i resoconti, in quanto mediano la trasmissione culturale dei procedimenti, a fondare la tecnica dell'intervento clinico.

In effetti, in vista di una teoria della tecnica, la comprensione dei rapporti tra strutture delle azioni e struttura dei resoconti è di fondamentale importanza. Basti pensare al fatto che alcune azioni, quelle le cui operazioni costitutive sono ordinabili in sequenza e reversibili, sono tali che un loro resoconto ne consente la comprensione e la riproducibilità, mentre altre, sempre tramite i resoconti, possono essere comprese ma non riprodotte. Ciò comporta una notevole differenza nelle modalità della trasmissione culturale e dei processi di verifica, tanto che molto spesso è incongruo il ricorso a metodologie tipiche della ricerca sperimentale al fine di valutare i risultati conseguiti nelle prassi psicologico-cliniche. La verifica di tipo sperimentale si esplica infatti tramite azioni ordinabili secondo un algoritmo e i suoi resoconti sono finalizzati a consentirne la riproducibilità. La stessa logica sostiene alcune prassi cliniche di tipo cognitivo-comportamentale i cui resoconti, per struttura e per funzione, sono isomorfi ai resoconti sperimentali. Ne deriva che, mentre per queste prassi la verifica sperimentale è in qualche modo interna alla logica della loro costruzione, per altre, quali quelle di tipo ermeneutico-analitico, essa rappresenta una funzione conoscitiva esterna, incommensurabile e incompatibile quanto alla rispettiva fondazione epistemologica. Per quest'ultima prassi l'unica possibilità di verifica interna è costituita dalla tecnica dei resoconti, la quale dovrebbe evolvere in modo tale che risultino fondati e comprensibili i rapporti tra l'analisi della domanda, la definizione degli obiettivi, la strutturazione del *setting*, i metodi e gli strumenti utilizzati, i risultati raggiunti.

Tornando al nostro problema, in che modo le prassi psicologiche centrate sulla domanda e caratterizzate dalla non prevedibilità dello stato terminale possono trattare la formulazione-definizione degli obiettivi? Più precisamente, quale può essere il *ciò-in-vista-di-cui* che fonda l'uso del gruppo come strumento clinico?

Secondo la nostra ipotesi, non si tratta di prefigurare uno stato terminale del lavoro in termini di caratteristiche-risultati personali e/o di gruppo, bensì di attivare delle modalità di pensiero e di relazione atte a consentire l'elaborazione dei problemi di cambiamento veicolati dalla domanda. Non si tratta cioè di perseguire uno stato di adattamento, bensì di mettere in grado persone e/o strutture sociali di rivedere i propri modelli di adattamento in funzione di un'adeguata percezione-interpretazione dei loro problemi. In questo senso, gli obiettivi del lavoro clinico si configurano come appropriazione di metodi. Ma, si noti bene, tali metodi non possono essere correttamente concettualizzati come modi di lavorare o di entrare in relazione in gruppo. E nell'ambito del paradigma

dell'autoreferenza che si pensa al lavoro del gruppo come finalizzato a un apprendimento concernente le relazioni di gruppo o a un «addestramento all'arte dei rapporti umani» (Rogers, 1976). Sempre in questo ambito, l'esperienza di gruppo diventa un modello da trasferire o una «cinghia di trasmissione» (Spaltro, 1983a) per cambiamenti sociali. Ciò in quanto il metodo si esplica come applicazione di modelli di osservazione concernenti la fenomenologia gruppale. A nostro parere, anche la proposta di Vanni (1984) si muove nella logica di questo paradigma. Egli infatti utilizza un "metodo integrativo" che, data una situazione di gruppo e a seconda del "peso differenziale delle operazioni in atto", consiste nell'interpretare i fenomeni relazionali modulando il riferimento a tre modelli di osservazione, definiti come osservazione percettiva, osservazione interpretativa e osservazione etnocomparativa. Tali modelli di osservazione o di inferenza consentirebbero l'accesso — e la comprensione — di tre tipi di fenomenologie ("livelli", "aree mentali", "tipi", "momenti" ecc. di gruppo), definite rispettivamente come "gruppo interattivo", "gruppo istituzionale" e "gruppo etnico".

Secondo l'autore, la qualità specifica dei gruppi umani sarebbe da ricercare nella «contemporaneità di queste aree della mente» e il lavoro clinico nei gruppi consisterebbe nell'esplicitare la loro configurazione. Ciò nell'ipotesi che l'uso dello strumento gruppo vada fondato tramite un "contenitore teorico" che consenta l'unificazione del campo per le discipline che si occupano dei gruppi. Tale ipotesi è costruita secondo la logica dell'autoreferenza in quanto implica che la teoria di uno strumento sia isomorfa alla teoria di un fenomeno; come se sapere osservare ciò che avviene nei gruppi implicasse, di per sé, sapere che uso farne.

Se, come riteniamo, l'uso del gruppo concerne il trattamento di una domanda, che relazione c'è tra gruppo e domanda? Partiamo da un dato: i partecipanti a un gruppo in cui opera uno psicologo clinico condividono sempre il riferimento a un contesto di domanda, vuoi perché, in quanto provenienti dalla stessa struttura sociale, sono accomunati da una storia e da una cultura specifiche, vuoi perché si sono messi in relazione con lo stesso psicologo clinico nella posizione di pazienti o di formandi. In un'ottica fenomenista, si potrebbe dire che il comune riferimento a un contesto di domanda rende gruppo un insieme di persone riunite nella stessa stanza e nella stessa ora. A questo punto il gruppo c'è e il lavoro dello psicologo potrebbe consistere nell'interpretare i fenomeni di gruppo utilizzando i suoi modelli di osservazione. Ma il processo istituyente che definisce il gruppo come strumento non è un portato fenomenologico, bensì una specifica invenzione della psicologia clinica. Forse un'invenzione incompiuta, poiché molti psicologi continuano a pensare ai gruppi che strutturano utilizzando categorie valide per i gruppi in generale.

Per molti versi, tale esigenza di ancorare l'uso dello strumento-gruppo a una teoria generale dei gruppi sembra scaturire da un modo di concepire la fondazione teorica della prassi clinica secondo un ragionamento di questo tipo: «La genesi psicologica della normalità e della patologia è riconducibile all'esperienza di rapporti nell'ambito dei gruppi naturali.

Se, nel funzionamento di questi gruppi, si riesce a individuare quali sono le modalità relazionali geneticamente responsabili della salute è possibile strutturare una situazione in cui tali modalità siano riprodotte e utilizzate per rendere reversibili gli stati di disagio, di sofferenza ecc.». A ben vedere, la struttura inferenziale di questo ragionamento è assimilabile alla logica che sostiene l'uso dei farmaci nella pratica medica: come i farmaci, le situazioni cliniche di gruppo mirerebbero a mobilitare i processi naturali antagonisti della patogenesi; e, come la prescrizione dei farmaci, la proposta di un'esperienza clinica di gruppo potrebbe non implicare un'analisi della domanda. In questo modo, per restare nella metafora, si rischia di somministrare un qualche tipo di gruppo (di incontro, di *gestalt*, di analisi sistemica, di analisi dei codici affettivi ecc.) ogni volta che una domanda veicola un qualche problema relazionale. Inoltre, il postulato secondo il quale nelle situazioni cliniche di gruppo si riprodurrebbero strutture e processi tipici dei gruppi in generale configura la fenomenologia della relazione clinica, e quindi la sua interpretazione, come scindibile dal suo processo istituyente (quest'ultimo, infatti, rimanda sempre a "specifici" storico-culturali). Operando tale scissione, è lecito pensare che la conduzione clinica di un gruppo si possa esplicare senza alcun riferimento alle modalità della sua costituzione: l'importante è che ci sia un gruppo e che si sia in grado di interpretare fenomeni grupali. In altri termini, la strutturazione del *setting* non viene concepita come espressione e come riferimento permanente della prassi clinica, bensì come semplice condizione preliminare, definita una volta per tutte, perché la stessa prassi clinica possa espletarsi.

In questo modo, scindendo la prassi clinica dalla domanda e l'interpretazione dei fenomeni dal suo processo istituyente, la situazione di gruppo si configura come contesto autoreferente. D'altra parte, il fatto che questo evento si verifichi tanto frequentemente non può essere considerato un incidente, magari attribuito all'incompetenza pragmatica di alcuni psicologi clinici. A nostro avviso, la sua genesi va ricondotta a un modo di concepire la fondazione teorica della prassi che, lo ripetiamo, accomuna molte scuole al di là delle differenze tra le varie teorie e le varie tecniche di gruppo.

Per mostrare come una prassi autoreferente rimandi puntualmente alla struttura logica della sua fondazione teorica, a titolo di esempio, proponiamo un'analisi critica del modello elaborato da Fornari.

Questi, in uno dei suoi ultimi scritti (Fornari, 1987) ha formulato in modo chiaro e coerente le sue ipotesi sull'uso del gruppo come strumento nella prassi clinica. Tali ipotesi si iscrivono nel modello concettuale della coinoanalisi (analisi coinemica e analisi dei codici affettivi) che, come è noto, costituisce un tentativo tra i più originali ed elaborati di rendere la psicoanalisi una scienza della produzione affettiva di segni, e di oggetti culturali in generale. È appunto tramite l'analisi della semiosi affettiva che Fornari propone una teoria genetica dei gruppi come fondazione della prassi clinica.

Lo scritto in questione esordisce con una definizione: «Il gruppo è una realtà psichica, che nasce da una esperienza di accomunamento

(coiononia) spazio-temporale (storico) di più individui tra loro comunicanti, in vista degli scopi più diversi» (ivi, p. 137). In questo modo l'autore individua una specifica fenomenologia, il gruppo come «realtà psichica», la definisce come «anima comune» costituita da fantasie inconscie condivise (ivi, p. 142) e ne riconduce la genesi a processi di accomunamento funzionanti secondo la logica dell'identificazione introiettiva e/o proiettiva (ivi, p. 138). Fin qui «il» gruppo è una realtà fantasmatica (l'anima comune) generata da processi inconsci di simbolizzazione affettiva e la sua nozione è epistemologicamente legittimata dal modello concettuale della psicoanalisi. Ma, parlando di gruppi, Fornari si riferisce anche a un altro livello di realtà, quello costituito da più individui che si riuniscono e interagiscono in specifici contesti spazio-temporali. Questa seconda nozione di gruppo, non definita e mutuata dal linguaggio colloquiale, viene ricondotta nella logica del modello coionanalitico tramite l'ipotesi che la realtà dei gruppi è assimilabile alla realtà dei segni, nel senso saussuriano di entità a due facce (significante/significato). Essa si presenta come una scena manifesta (realtà storica), che rimanda sempre a una scena nascosta (realtà fantasmatica) (ivi, p. 142); così come ogni relazione sociale implica sempre un duplice scambio comunicativo: conscio-strumentale e inconscio-affettivo (ivi, p. 140).

A questo punto, si noti bene, la nozione di gruppo si confonde con quella di relazione sociale. Infatti, se la relazione sociale implica sempre una comunicazione affettiva e se questa può realizzarsi solo come condivisione di fantasie inconscie (l'anima comune), si potrebbe affermare che ogni relazione sociale si esplica come relazione di gruppo. Né chiarisce le cose il «suggerire che i gruppi sociologici sono esposti al pericolo di essere senz'anima; mentre i gruppi psicologici sembrano esposti al rischio di essere oberati da un eccesso di anima» (Fornari, 1987, p. 140).

In quanto propone una teoria genetica, Fornari cerca di spiegare dinamicamente il rapporto tra i due livelli di comunicazione e di realtà del gruppo. A questo scopo formula due ipotesi complementari:

a) la scena manifesta attiva la rappresentazione inconscia di una scena nascosta, in modo tale che il progetto per cui il gruppo si riunisce viene simbolizzato come un bambino da generare o da accudire e i membri del gruppo diventano segni della famiglia interna (ivi, p. 144);

b) la scena nascosta, in quanto costituita da coionemi-significati generatori di significanti, produce la scena manifesta. In questo modo «i gruppi si riuniscono per mettere in scena copioni familiari» (ivi, p. 144) e «anche la storia è prodotta da transfert familiari di codici affettivi» (ivi, p. 158).

Quindi, secondo l'ipotesi b, il livello storico-conscio-strumentale dell'interazione viene assunto come espressione di contenuti inconsci e «il manifestarsi della vita dei gruppi viene considerato come un sintomo» (ivi, p. 141). Per dirla nella logica del nostro modello teorico, Fornari riduce le dinamiche organizzative a mere simbolizzazioni di modelli istituzionali.

Nel modello coionanalitico, la rilevanza clinica delle due ipotesi citate

è costituita dal fatto che l'esperienza di gruppo implica la riattivazione della famiglia interna, la quale sarebbe responsabile della genesi dei disturbi psichici. O meglio, i disturbi psichici vengono fatti derivare da una «attiva famiglia interna» (ivi, p. 148).

La distinzione tra buona e cattiva famiglia interna, nell'ottica di Fornari, è fondamentale per capire la genesi della patologia (individuale e sociale) e per definire gli obiettivi della prassi clinica. La sua ipotesi è che la preconcezione della famiglia è disposizionale, cioè naturale e filogenetica, mentre il suo definirsi in senso buono e cattivo dipende da fattori storici. In particolare, sono molto rilevanti i modi in cui i genitori reali elaborano le angosce attivate da eventi relativi alla nascita e all'accudimento del bambino. Se la famiglia esterna è in grado di operare un buon contenimento di tali angosce, essa si traduce in una buona famiglia interna, caratterizzata dal fatto che i vari codici affettivi (paterno, materno, fraterno ecc.) convivono senza che nessuno di essi assurga al ruolo di Super-Io dittatoriale (Fornari, 1987, p. 147). In altri termini, la buona famiglia interna fonda la «democrazia affettiva».

A questo punto, a partire da una teoria genetica dei gruppi (i gruppi come realizzazione di transfert familiari) e da una teoria genetica della patologia (il disagio psichico come originato da una cattiva famiglia interna), Fornari fonda la legittimità dell'uso del gruppo come strumento nella prassi clinica. Quest'ultimo, infatti, avrebbe «la funzione di far rappresentare nel gruppo un simulacro di buona famiglia esterna, vissuta in modo esperienziale diretto, allo scopo di far sorgere una buona famiglia interna. Vista in questa prospettiva — conclude l'autore — la clinica dei gruppi si pone come essenzialmente pedagogica» (ivi, p. 152). Come è evidente, la fondazione della prassi clinica rimanda all'ipotesi coionanalitica che le relazioni tra esterno e interno sono regolate dalla semiosi affettiva: come la famiglia esterna determina la strutturazione (buona o cattiva) della famiglia interna, così lo strumento gruppo, in quanto rappresentante metaforico di una buona famiglia esterna, può far sorgere nelle persone una buona famiglia interna. Per dirla nei termini di un vecchio adagio: *similia similibus curantur*.

Resta da spiegare come, cioè attraverso quali procedure o tecniche, lo strumento gruppo può assurgere alla funzione di buona famiglia esterna. A questo proposito viene proposto un dispositivo che prevede l'uso di un oggetto culturale, cioè la lettura-commento di un testo scritto (dispensa *ad hoc* od opera letteraria) in cui siano esplicitati i codici affettivi. L'uso di un tale oggetto avrebbe le seguenti funzioni fondamentali:

a) fornire ai membri del gruppo un'informazione comune che, funzionando come una macchia di Rorschach attivi processi di accomunamento (introiettivi e proiettivi) e mobilita la famiglia interna di ciascun membro (Fornari, 1987, p. 152);

b) veicolare il transfert su un terzo simbolico (l'oggetto culturale), a cui viene affidata la funzione terapeutica (ivi, p. 154) e che, definendo il giusto e l'ingiusto (ivi, p. 227), garantisca la relazione di gruppo da ri-

schì quali l'erotizzazione del transfert, il controtransfert negativo ecc. (ivi, p. 152).

In altri termini, il transfert sull'oggetto culturale promuove la nascita del gruppo (a) e ne garantisce la sopravvivenza (b) (ivi, p. 231). E la prassi clinica viene concepita come armonizzazione tra modi di operare della "natura" (*theia technè*) e modi di operare della "cultura" (*anthropina technè*) (ivi, p. 153): utilizza la naturalità del transfert per promuovere la presa di coscienza dei codici affettivi e, allo stesso tempo, adopera i valori culturali per affermare il primato dei valori naturali (ivi, p. 167). Tutto ciò con l'obiettivo di conseguire la democrazia affettiva (ivi, p. 241).

Per considerare le implicazioni pragmatiche di questo modello, ci riferiamo a un volume (Pietropolli Charmet, 1987) che resoconta un'esperienza di intervento presso un ospedale di Milano. Qui, a partire da una domanda emergente da un complesso cambiamento strutturale e culturale, un'équipe di psicologi clinici coordinata dallo stesso Fornari ha realizzato un progetto di formazione caratterizzato dall'uso di gruppi. La domanda della committenza, che non risulta analizzata, è stata immediatamente tradotta nei termini di formazione all'analisi dei codici affettivi e, a questo scopo, sono stati realizzati gruppi per le équipes dei vari reparti ospedalieri, gruppi per donne gestanti, gruppi per allieve vigilatrici ecc. In tutti questi gruppi gli psicologi clinici hanno proposto la lettura-commento di dispense esemplificative del codice GAB (Genitore-Adulto-Bambino), e hanno analizzato le dinamiche relazionali come simbolizzazioni delle dinamiche familiari.

In questo caso l'uso dello strumento-gruppo è chiaramente orientato a somministrare un modello formativo piuttosto che a trattare il rapporto con una domanda. Lo prova il fatto che nei resoconti delle esperienze vengono riferite varie esperienze di conflitto tra utenti e operatori in cui i primi chiedono un lavoro più aderente alla loro prassi (per esempio, discussione di casi) e gli psicologi sono presi dal loro programma di lavoro, consistente nel proseguire e terminare la lettura-commento della dispensa (Pietropolli Charmet, 1987, p. 55, p. 106). D'altra parte, a conclusione del volume, lo stesso curatore individua due «obiettivi mancati» (ivi, p. 207): il primo concernente la mancata appropriazione da parte degli utenti, di un "codice minimo di natura psicoanalitica", il secondo la mancata elaborazione pacifica del conflitto. Se si vuole, in questo modo egli dichiara il fallimento dell'azione pedagogico-formativa sia sotto il profilo organizzativo (conseguimento dell'apprendimento) che istituzionale (realizzazione della buona famiglia).

La nostra ipotesi è che il modello di Fornari, per la stessa logica della sua fondazione teorica, non consente di pensare l'uso del gruppo in funzione dell'analisi della domanda. In effetti il modello di gruppo da lui concepito prevede l'invarianza di obiettivi e metodi, così come invariante sarebbe la genesi del disagio psichico e della domanda che lo esprime. Ciò a partire dall'ipotesi che tale genesi è regolata da processi inconsci e che questi, a loro volta, sono regolati da codici naturali.

Inoltre, Fornari propone un'equivalenza tra livelli di realtà del gruppo e modi di funzionamento della mente, così come considera equivalenti le modalità delle rispettive relazioni. Utilizzando una formula spesso usata da questo autore, potremmo dire che egli ipotizza la seguente "cofferenza di correlati":

$$\frac{\text{gruppo "manifesto"}}{\text{gruppo "latente"}} = \frac{\text{coscienza}}{\text{inconscio}}$$

Tale ipotesi si iscrive in una tradizione di ricerca tipicamente psicoanalitica, all'interno della quale i modelli di funzionamento della mente vengono utilizzati per rappresentarsi il funzionamento dei gruppi e viceversa. Ciò con la conseguenza che molti autori postulano una gruppaltà della mente e/o una mente di gruppo (Ancona, 1982).

Evidentemente, tali teorizzazioni propongono uno spazio metaforico in cui le nozioni di "mente" e di "gruppo" fungono vicendevolmente come termini metaforizzati e metaforizzanti. Ora, pur riconoscendo che nell'indagine scientifica l'uso di modelli metaforici può facilitare l'esplorazione dell'ignoto, riteniamo fondamentale mantenere la distinzione tra un uso di essi come finzioni euristiche e un uso che confonde i modelli concettuali con la realtà. Per esempio, la nozione di "gruppaltà interna", definita come insieme delle relazioni interiorizzate (Napolitani, 1987), può essere un'utile finzione euristica per esplorare il cosiddetto mondo interno che, a sua volta, è un costruito metaforico. Al contrario, affermare che il gruppo, in quanto forma di interazione è una topica proiettata (Anzieu, 1976) significa confondere il modello topico-strutturale (Es - Io - Super Io) proposto da Freud con la realtà fenomenica. Va inoltre rilevato che quando si attribuisce una struttura gruppale alla fantasia inconscia, al mondo interno o all'apparato psichico, la nozione di gruppo non è ancorata a un modello teorico bensì rimanda a una generica interazione tra personaggi che, di volta in volta, possono essere istanze psichiche, oggetti interni, coinemi.

D'altra parte, le reciproche metaforizzazioni delle nozioni di mente e di gruppo si coniugano con ipotesi pragmatiche in cui l'uso del gruppo è stabilmente associato a un *setting* di tipo psicoanalitico; come se la prassi clinica, si tratti di psicoterapia o di formazione o di intervento psicosociale, potesse esplicarsi solo come applicazione della psicoanalisi. Anche in questo senso, la proposta di Fornari di introdurre nella tecnica di formazione e di intervento psicoterapeutico un oggetto culturale su cui veicolare il transfert del gruppo si configura come autoreferente. Ci sembra infatti che tale proposta, più che scaturire dall'esigenza di comprendere e trattare una domanda sociale, riconduca al progetto di fondare l'ingresso della psicoanalisi nel pubblico.

Un analogo progetto sostiene la prassi di intervento del CEFRAF (Centre d'Etudes Françaises pour la Formation et la Recherche Active en Psychologie), la cui fondazione teorica rimanda essenzialmente ai contributi di Anzieu (1979) e di Kaës (1983). Anche in questo caso, a partire da domande di formazione o di consulenza psicosociale, équipe di psicologi

clinici realizzano un particolare modello di lavoro psicoanalitico tramite i gruppi. Il *setting*, predisposto per facilitare l'emergenza dei fenomeni inconsci e la loro interpretazione, resta fundamentalmente invariato nei vari contesti di intervento e prevede una serie di dispositivi atti a consentire l'esplorazione e l'analisi dei rapporti intra/inter gruppo a vari livelli, compresi i rapporti interni allo staff degli psicologi clinici (la cosiddetta "analisi intertrasferenziale"). Al pari di Fornari, Anzieu e Kaës propongono una teoria generale dei gruppi, attribuiscono a meccanismi inconsci la genesi della loro patologia e configurano la prassi clinico-psicoanalitica come orientata a realizzare uno specifico modello relazionale. Questi autori fondano la legittimità e l'efficacia del lavoro psicoanalitico nei gruppi a partire dalle seguenti ipotesi:

- a) la psicopatologia individuale e sociale è originata dalle vicissitudini dell'inconscio;
- b) l'inconscio e i "fantasmi" in cui si esprime hanno una struttura gruppale;
- c) il gruppo costituisce il supporto efficace per l'esternalizzazione delle formazioni gruppali dell'inconscio e per la loro ristrutturazione.

In particolare, secondo Kaës (1983), la psicogenesi dei gruppi si realizza tramite la costruzione di un apparato psichico gruppale (APG) che avrebbe la funzione di mediare le relazioni tra i gruppi psichici internalizzati e le forme sociali della gruppalità. Tali relazioni oscillerebbero tra l'isomorfia e l'omomorfia, cioè tra una relazione di tipo illusorio e narcisistico in cui «l'altro è ridotto a contromarca di una parte di ciascuno» (ivi, p. 233) e una relazione che, tollerando le differenze e le ambivalenze, consente il pensiero e il cambiamento. In quest'ottica il lavoro psicoanalitico nei gruppi avrebbe la funzione di aprire a modalità relazionali di tipo omomorfo tramite la ripetizione e l'analisi dell'isomorfia individuo-gruppale (ivi, p. 234). Dunque, anche in questo caso gli obiettivi della prassi sono definiti in modo autoreferente come realizzazione di uno specifico modello relazionale di gruppo.

In realtà il problema dell'autoreferenza concerne in generale i rapporti tra teoria e prassi in ambito psicologico-clinico; ciò nella misura in cui, invece di modulare l'uso del gruppo in funzione della domanda e del processo istituzionale, si finisce per teorizzare e realizzare modelli di gruppo la cui validità si ritiene non dipendente dai contesti di applicazione.

## *Il gruppo in ambito psicosociale*

### **2.1. Introduzione al tema**

Ci soffermeremo ora, in questo lavoro di analisi dell'utilizzazione del gruppo come strumento di intervento clinico, sull'ottica psicosociale.

Tale ottica sembrerebbe richiedere, ogni volta che la si evoca, anche se l'interlocutore reale o immaginato è uno studioso o un professionista dell'intervento clinico, una presentazione o una ridefinizione. La psicopsicologia appare meno capace nei confronti di altre dimensioni teoriche o d'intervento (pensiamo, per esempio, alla psicoterapia) di evocare un'immediata comprensione della questione di cui si sta parlando. Aggiungiamo che questa caratteristica non ci pare uno svantaggio, se pensiamo, come stiamo cercando di sottolineare in quasi ogni riga di questo lavoro, a quanto siano problematiche, perché troppo spesso apparenti, le comprensioni immediate quando si tratta della prassi psicologico-clinica. In quest'ambito sembra infatti presente un'ampia possibilità di veicolare stereotipi culturali non pensati nel loro senso e nella loro fondatezza, direttamente nella prassi, agendoli come tecniche di scontata attendibilità, senza che venga alla mente con altrettanta evidenza che occorre esplicitare i modelli e le teorie che ne fondano l'istituzione.

A questo problema, come vedremo, non sfugge nemmeno la psicopsicologia; essa gode solo del vantaggio di poterlo eludere meno facilmente.

La psicopsicologia ha quindi lo statuto di un oggetto che solleva interrogativi, in chi voglia considerarlo, su quale sia la sua definizione, quale la natura della fenomenologia di cui si occupa come ottica scientifica, quale teoria della prassi ne sostenga le diverse modalità di intervento. Certamente, si può ricordare che insegnamenti connessi con questa ottica compaiono solo ora in Italia attraverso il nuovo ordinamento del corso di laurea in Psicologia da un lato, con l'istituzione della scuola di specializzazione in Psicologia clinica dall'altro; tale scuola propone difatti, accanto all'indirizzo terapeutico, quello di intervento clinico nelle istituzioni. Peraltro, se questi eventi aprono il dibattito e la ricerca sulla disciplina anche all'ambito accademico italiano, non sono certamente conclusivi su una sua collocazione e definizione.

E, per esempio, tutt'altro che pacifica, come vedremo nell'esaminare alcune posizioni di scuola inglese e francese, la sua stessa collocazione