

Perché il gruppo

4.1. Elementi di base per una teoria della prassi

Il lettore che si aspettava di trovare in queste pagine una trattazione orientata allo strumento gruppo può essere a questo punto perplesso e deluso. Sino a ora, infatti, poche parole sono state spese a proposito del tema che ci interessa, e che ci siamo proposti di trattare.

Il motivo di questo, d'altro canto, ci sembra fondato. Il nostro proposito, infatti, è quello di trattare del gruppo come strumento di intervento in psicologia clinica. Se non viene preliminarmente chiarita la nostra concezione di tale intervento, ogni considerazione sul gruppo può apparire gratuita e scontata allo stesso tempo. Il pericolo più grave in cui può incorrere chi si interessa di gruppi, noi pensiamo, è quello di condividere il gruppo come un dato, senza preoccuparsi di capire entro quale modello, in funzione di quali scopi si sta considerando il gruppo stesso.

Viene alla mente il primo costruttore di un test di intelligenza che, richiesto di definire cosa fosse per lui l'intelligenza, rispose con grande saggezza: «Quella cosa che viene misurata dal mio test». Questo per dire che il termine "gruppo", così come è presente nel linguaggio corrente e come viene utilizzato nella sua frequente ricorsività, non ha alcun significato utilizzabile per la fondazione di una teoria clinica in psicologia. Ma spesso non ci si rende conto di questo. Facciamo un esempio.

La psicoterapia, come già si è detto, è nata fondamentalmente quale rapporto duale. Si è detto pure che la psicoterapia è sorta e si è sviluppata inizialmente in ambito medico. Queste due considerazioni possono apparire, ad una loro considerazione superficiale, così ovvie e scontate da non motivare chi le formula ad una interrogazione in merito.

Questo, purtroppo, è talmente vero che molti gruppoanalisti o terapisti di gruppo hanno sentito il bisogno di giustificare "perché il gruppo" in psicoterapia, *invece del rapporto duale*. Un analogo sforzo volto a giustificare "perché la relazione duale", *invece del rapporto di gruppo*, sembra assente nella letteratura specialistica. Eppure, se l'obiettivo psicoterapeutico è formulato nei termini di processi mentali e di loro cambiamenti, non si vede perché, a priori, si debba riferire questo intervento necessariamente e scontatamente alla relazione duale.

Noi, d'altro canto, siamo oggi in grado di comprendere, almeno in parte, le ragioni di tutto questo; la relazione duale fonda in modo speci-

fico e qualificante l'intervento medico, in quanto agisce e struttura quella fantasmatica che consente di istituire, appunto, la relazione medico-paziente. Soltanto entro questa relazione sembra possibile lo svolgersi organizzato del lavoro medico, almeno nella cultura attuale e nel contesto sociale che conosciamo.

Va anche sottolineato che, molto spesso, la consultazione psicologica presenta una sua modalità relazionale che si propone proprio come interazione tra più persone. Se, quindi, si considera come situazione di gruppo, sotto un aspetto formale, la relazione tra più di due persone, in tali casi si può correttamente parlare di consultazione di gruppo.

Un esempio illustre, al proposito, è quello che si riferisce all'episodio riportato da Freud (1910). L'interazione che Freud riporta concerne se stesso, durante l'ora di consultazione, e due signore; la persona "malata" era una signora di mezza età, affetta da angoscia; l'amica accompagnatrice era «una signora più anziana, sciupata e dall'aspetto poco sano» (ivi, p. 325). Di quell'episodio noi conosciamo soltanto il resoconto del fondatore della psicoanalisi, ed è quindi impossibile un commento diretto dell'evento. Nel resoconto freudiano, d'altra parte, emerge ben presto come nell'interazione tra le due donne e lo psicoanalista siano emersi altri personaggi, presentificati in modo esplicito e implicito, fondamentali per cogliere il complesso articolarsi della dinamica che ha caratterizzato il porsi della domanda di intervento e l'analisi della domanda.

È importante premettere che in questo breve commento del resoconto freudiano non verrà considerata la proposta teorica che nel lavoro è formulata, bensì la sociodinamica dell'operato clinico di Freud stesso, così come riteniamo si possa inferire dalla lettura del lavoro in esame.

Tornando al resoconto, si può notare come la persona ammalata di angoscia, che, tra l'altro, «chiaramente non aveva ancora rinunciato alla sua femminilità», era dibattuta tra due ipotesi circa la causa dell'angoscia stessa, presentatasi occasionalmente in concomitanza con la separazione dal suo ultimo marito. Da un lato c'era l'opinione del "giovane medico", operante in un "quartiere di periferia", secondo il quale la causa dell'angoscia erano le esigenze sessuali della paziente. Di qui la terapia "prescritta": riprendere la relazione sessuale con il marito, prendersi un amante o soddisfarsi da sola; in altri termini, soddisfare in qualche modo il bisogno sessuale. Dall'altro c'era l'amica che scongiurava Freud di chiarire come quel medico avesse ingannato l'ignara paziente. La sua opinione, testimoniata dalla sua stessa esperienza, era che l'amica non dovesse perseguire "forzatamente" delle soddisfazioni sessuali.

Freud parla di "difficile situazione" in cui si era venuto a trovare in tale circostanza! Il conflitto tra il giovane medico e l'amica puritana, infatti, sembra corrispondere nel resoconto a un altro conflitto, quello tra quei medici che «pur non essendo dei nostri, chiamano i loro procedimenti medici "psicoanalisi"» e chi accusa la psicoanalisi di pansessualismo, chi erige pregiudizi, sia pure in base a comprensibili resistenze affettive, contro l'attività dello psicoanalista.

È interessante notare, quindi, il significato specifico che Freud attribuisce al termine di psicoanalista "selvaggio": quello di analista incom-

petente che reca danno alla causa della psicoanalisi. Se consideriamo la problematica emersa con la domanda della paziente, si può notare che il problema più importante sollevato dalla "prescrizione" del giovane medico fosse appunto la procedura di diagnosi-prescrizione che egli aveva seguito, nel tentativo di riprodurre anche con quella "malata nervosa" l'usuale modello previsto nella prassi medica. Il suo obiettivo "terapeutico", peraltro, concerneva una modificazione del comportamento futuro della paziente, in quanto egli aveva associato al sintomo una ipotesi causale fondata sulla nozione di "carenza". L'amica, dal canto suo, sembra sostenere e perorare una prescrizione di tipo opposto, quella dell'astinenza sessuale, già da lei praticata senza problemi.

Freud (come è chiaro), non è d'accordo né con l'uno né con l'altra. Ma la sua situazione è difficile perché egli è al contempo identificato, evidentemente, con la causa della psicoanalisi; vale a dire con l'immagine che la scienza psicoanalitica stava costruendosi presso la comunità scientifica, ma anche presso l'opinione pubblica e presso i pazienti.

Sembra, d'altro canto, importante differenziare in questa situazione il gruppo interno dal gruppo esterno. In tal senso si deve considerare il fatto che il "giovane medico" non era presente alla consultazione; Freud sottolinea a ragione questo, nel mettere sull'avviso i lettori psicoanalisti sull'importanza di non dare facile credito a quanto i pazienti possono loro riferire circa i loro colleghi consultati in precedenza. Ma se la signora, come Freud dice di «aver ragione di sperare» aveva «fornito una versione tendenzialmente deformata dei discorsi del suo medico» ciò significava che ella stava utilizzando quel consiglio quale fattore importante per agire un conflitto, il cui elemento contrastante era rappresentato dall'amica irreprensibile che si era portata appresso.

Ai fini di una analisi della domanda, peraltro, che il giovane medico avesse formulato o meno la prescrizione di agire le proprie esigenze sessuali era poco rilevante; il dato importante era che la paziente l'avesse "fatta sua", giustificando in tal modo la sua intenzione di agire la sessualità quale obbedienza a una prescrizione medica. La funzione dell'amica, d'altro canto, era quella di impersonare e testimoniare sulla base della propria esperienza vissuta, la teoria diagnostico-terapeutica che la paziente aveva fatto propria. Si può allora comprendere la difficoltà in cui Freud si era venuto a trovare.

La domanda che gli era stata rivolta, infatti, era molto imbarazzante: si trattava di confermare la tesi del giovane medico, oppure quella dell'amica puritana, che garantiva sulla possibilità di un comportamento irreprensibile senza dover soffrire d'angoscia. La reazione aggressiva di Freud nei confronti dei due contendenti è piuttosto chiara: l'amica che garantisce sulla assenza di inconvenienti dell'astinenza, la descrive come «sciupata e dall'aspetto poco sano»; il medico lo tartassa a più riprese, come persona impreparata, priva di tatto e discrezione ecc. Ma questi attacchi sembrano, di fatto, espressioni di un'azione delle fantasie suscitate dalla domanda, piuttosto che testimonianze di un'analisi della domanda stessa.

La domanda della paziente, a quello che ci è dato di capire dal reso-

conto, sembra voler rappresentare, nel rapporto con lo psicoanalista, la fantasia di un vissuto sessuale fondato su prescrizioni e proibizioni; a Freud viene chiesto di agire, in collusione con la paziente, la prescrizione o la proibizione; e con questo di confermare, in ogni caso, la teoria sulla sessualità che la paziente stessa si era costruita. Nel considerare il gruppo interno della paziente si potrebbe allora evidenziare nelle figure del medico e dell'amica quelle funzioni edipiche onnipotenti, esito di un processo di scissione dalla coppia genitoriale, o meglio del rapporto, del legame tra i genitori.

Va comunque sottolineato che, qualunque considerazione si voglia o si possa fare, essa non concerne la paziente, bensì il resoconto freudiano e quindi la sua elaborazione dei problemi presentati nella consultazione. Il resoconto, peraltro, mette in evidenza un'organizzazione della consultazione (l'incontro a tre) che consente ai protagonisti di agire una fantasia istituzionale: quella di vanificare la relazione di reciprocità fondante la comprensione della propria vita mentale.

Freud ha perfettamente colto che il suo colludere con la paziente, confermandole o sconsigliandole la prescrizione di sessualità, avrebbe impedito ogni possibilità di comprensione, ogni possibilità di traduzione della fantasia in pensiero. Ma per Freud, in quel particolare momento storico, la possibilità di pensare la fantasia "era" la psicoanalisi, e ogni attacco al pensiero "era" un attacco alla causa della psicoanalisi stessa. Di qui la necessità di spostare l'analisi dalla dinamica istituzionale agita nella consultazione a quella più complessa delle relazioni fantasmatiche tra classe medica, psicoanalisti, pazienti e opinione pubblica in quel particolare e delicato momento di sviluppo del movimento psicoanalitico; analisi, quest'ultima, che si esprimeva attraverso la stesura dell'articolo in esame da parte di chi era al contempo il protagonista della consultazione e il fondatore del movimento psicoanalitico.

L'esempio riportato consente di evidenziare la relazione esistente tra gruppo interno e gruppo esterno. Quest'ultimo, nel caso riportato da Freud, era già presente nella struttura organizzativa della consultazione: ed era composto, come si è visto, dalle tre persone che interagivano e dal medico che aveva inviato la paziente a Freud in quanto scopritore e leader indiscusso del movimento psicoanalitico, nonché dal gruppo psicoanalitico e dai suoi critici e detrattori. La consultazione, in questo caso, poteva essere condotta quale vero e proprio intervento psicosociale, attraverso un'analisi istituzionale che nei suoi differenti momenti di sviluppo avrebbe potuto coinvolgere i presenti alla consultazione stessa come anche quei protagonisti assenti, ma che si sarebbero potuti interpellare in fasi successive.

D'altro canto, ciò che era stato agito nella consultazione rappresentava anche una reificazione del gruppo interno dei protagonisti: importante è sottolineare il fatto che non si parla solo del gruppo interno della "paziente", ma anche di quello dell'amica, di Freud, del giovane medico e di eventuali altri psicoanalisti che fossero stati coinvolti nell'interazione.

Ricordiamo, a questo proposito, che a Freud si sono presentate due

donne, l'una designata come "paziente" e l'altra come "amica"; resta comunque il fatto che anche quest'ultima si è recata dallo psicoanalista, e che anch'essa ha posto a suo modo una domanda terapeutica. Possiamo anche sospettare, legittimamente, che Freud ritenesse l'amica, «sciupata e dall'aspetto poco sano» come la più bisognosa di psicoterapia.

E il giovane medico? Non è legittimo ipotizzare che, con l'invio a Freud della paziente «per avere la conferma che le cose stavano così e non altrimenti», aveva posto una domanda di *conferma di sé*, da parte dell'"autore" della "prospettiva nuova", e quindi aveva anch'egli formulato una domanda di intervento? Ma il fondatore della psicoanalisi si era probabilmente trovato troppo coinvolto in questa domanda, che agiva una fantasia istituzionale entro la quale egli non poteva porsi in una funzione analitica; la fantasia istituzionale era infatti, nella sua espressione agita, troppo pericolosa per il movimento psicoanalitico e andava quindi combattuta. È probabile che in questa valutazione di pericolosità fosse coinvolto anche il mondo fantasmatico di Freud, per esempio tramite la collusione di una parte di sé con le istanze critiche e di condanna della psicoanalisi, o con la fantasia di influenzare, orientare, condizionare il comportamento futuro dei pazienti.

A questo punto è importante porre alcune distinzioni entro l'argomento che stiamo trattando. Ciò al fine di mettere in evidenza il problema del "gruppo" nei suoi differenti aspetti.

1. Quando lo psicologo clinico opera *entro l'analisi della domanda*, egli ha sempre a che fare, direttamente o indirettamente, con una dimensione organizzativa che serve quale struttura atta a rappresentare l'azione di una fantasmatica istituzionale. Questo vale, come si è detto, in ogni caso; anche quando alla consultazione si presenta una sola persona e il colloquio assume una forma duale. C'è, infatti, nell'agito istituzionale di volta in volta, la funzione di chi ha inviato il paziente allo psicologo, di chi ha dato il suo consenso, di chi sovvenziona economicamente la consultazione, di chi accompagna, di chi ha dato consigli ecc.

Basterebbe pensare al caso dei pazienti che si rivolgono allo psicologo clinico su invito del loro medico curante; quest'ultimo risponde in tal modo alla loro sofferenza sintomale, dopo aver eseguito lunghi accertamenti diagnostici e aver concluso con uno sconsigliante: «Lei non ha niente».

Alcune volte è possibile analizzare direttamente la dinamica istituzionale agita nella domanda di intervento, altre volte è superfluo, altre ancora è inutile. Sta allo psicologo clinico valutare l'opportunità o meno di un tale intervento, e le sue modalità di svolgimento. È importante sottolineare che, qualora si analizzi l'istituzione agita con la domanda, l'intervento non si rivolge più al "malato" ma all'organizzazione che è stata protagonista della domanda.

È, per esempio, il caso dello psicologo clinico che opera all'interno di un ospedale generale, e al quale vengono inviati pazienti da differenti reparti per accertamento psicodiagnostico; se egli intende comprendere il significato che assume, entro l'organizzazione ospedaliera, l'utilizzazio-

ne dello psicodiagnosta, potrà analizzare con i medici del reparto, eventualmente con gli infermieri e con gli altri pazienti di corsia, la fantasia agita, per esempio, con l'invio di un malato agitato o di una persona che rifiuta la terapia ecc. Restando sempre nell'esempio, si può anche dare il caso dello psicologo che, per ragioni di opportunità, di propria limitazione formativa o altro, non ritenga fattibile questo lavoro di analisi istituzionale. In tal caso egli potrà limitarsi a svolgere il suo lavoro psicodiagnostico; inevitabilmente, peraltro, egli metterà anche in atto una fantasia collusiva con la fantasia istituzionale agita tramite la richiesta di prestazione.

È ancora il caso di una persona che telefona a un centro di psicologia clinica per ottenere l'appuntamento per il fratello. Al colloquio si presentano in tre persone: un giovane uomo, accompagnato dalla sorella e dalla madre. Quest'ultima racconta di lunghe vicende diagnostiche e terapeutiche vissute assieme al figlio, a carico del quale si presume una cerebropatia congenita, peraltro mai diagnosticata con certezza di dati. La fantasia istituzionale agita nel colloquio sembra orientata a realizzare la costituzione di due coppie: le tre persone sembrano infatti intenzionate a irretire lo psicologo, inducendolo a rifiutare la coppia madre-figlio, e a realizzare una coppia terapeutica con la figlia che si presenta fin dalla telefonata come l'unica persona del gruppo interessata a una psicoterapia. Anche in tal caso qualsiasi "decisione" dello psicologo, che non preveda preliminarmente un lavoro di analisi istituzionale, non può che porsi come agito collusivo con la fantasmatica agita nella consultazione stessa.

2. Nell'ambito dell'analisi della domanda, lo psicologo clinico può isolare, al fine di una più precisata modalità di intervento, le attribuzioni di ruolo che l'interlocutore "principale" gli prospetta, e la fantasmatica associata a esse. In tal caso lo psicologo clinico sceglie di orientare il proprio intervento entro una dimensione duale di rapporto, e di strutturare in tal senso il *setting* di lavoro, vale a dire le condizioni minimali di realtà entro le quali potrà svolgere la propria funzione di facilitazione al pensiero.

Quale può essere la differenza con la situazione precedente? Qui il tema si fa complesso, e una sua comprensione richiede il riferimento a specifiche teorie della mente e del rapporto sociale.

D'altro canto, un chiarimento del tema appare importante, poiché ci consentirà di individuare alcune categorie in base alle quali comprendere il significato pragmatico della *relazione duale*, e del ricorso ad essa quale usuale modalità di lavoro terapeutico, come anche di evidenziare i motivi per i quali tale modalità non è praticabile in altre aree dell'intervento clinico in psicologia.

Ci sembra che la dimensione specifica atta a differenziare la "scelta" duale dalla relazione individuata nel paragrafo precedente sia la *nozione di collusione*. Per collusione intendiamo l'attivazione di processi fantasmatici entro la relazione sociale e la loro azione, senza la mediazione del pensiero, da parte dei protagonisti della relazione sociale stessa.

Le componenti necessarie perché si manifesti un evento di collusione

entro le organizzazioni sociali sono dunque l'attivazione di processi fantasmatici entro le menti delle differenti persone che in esse operano (componente mentale ed individuale) e al contempo l'azione di tali fantasie nell'ambito del rapporto (componente pragmatica e sociale). Tale azione, in quanto si svolge entro un'organizzazione, può assumere le sembianze di un'azione organizzativa, senza peraltro averne l'efficacia, e senza la capacità di perseguire e realizzare gli obiettivi per i quali l'azione si era proposta.

Ciò significa che tali azioni non appaiono mediate e orientate da un pensiero. Più avanti verrà considerata l'influenza che l'agito collusivo di fantasie attivate dalla relazione sociale può avere per l'efficienza e l'efficacia del funzionamento organizzativo. Qui, peraltro, interessa sottolineare come la scelta della relazione duale metta al riparo, per così dire, lo psicologo clinico dall'agito collusivo che la domanda, in quanto evento sociale e necessariamente tale, può comportare.

Tale collusione, evidentemente, è evitata soltanto se lo psicologo clinico è in grado di elaborare la "sua" fantasmatica, attivata dalla relazione, e di pensarla utilizzandola quindi per obiettivi di conoscenza. La collusione, infatti, è presente quale fenomenologia che caratterizza ogni relazione sociale, quindi anche il rapporto duale. Qui, peraltro, può essere direttamente elaborata dallo psicologo clinico, che è l'interlocutore *necessario* perché si instauri o meno il processo collusivo.

In questo sta la differenza tra rapporto duale in psicologia clinica e in altre dimensioni strutturate della realtà sociale, quali per esempio quella medica, di direzione spirituale, di relazione tra discepolo e maestro ecc.

In tali casi la collusione garantisce circa la stabilità relazionale, e su di essa si fonda la gratificazione affettiva tratta dal rapporto stesso. Nel caso della psicologia clinica, di contro, la funzione di analisi della fantasia evocata dal rapporto e di traduzione della fantasia in pensiero fonda la conoscenza, quale obiettivo della prassi clinica. Quando questo non avviene, la pratica clinica si configura in una dimensione di *mimesi* che vanifica la conoscenza: la relazione tra psicologo e utente si articola "come se" fosse una relazione medica, "come se" fosse un rapporto di direzione spirituale, "come se" fosse una relazione tra maestro e discepolo ecc. All'interno del processo collusivo, d'altro canto, si può fingere di interpretare, di analizzare sogni, di seguire un processo di traduzione di senso, di situare nell'ambito del transfert specifici eventi connessi al rapporto ecc.; ma ciò che viene a mancare è il processo di conoscenza, impedito dalla dinamica collusiva e ridotto a una mimesi di qualche cosa d'altro.

La "scelta" duale, in conclusione, consente un rapporto che sia in qualche modo esente da dinamiche collusive in atto entro la relazione stessa.

3. Abbiamo sino a questo momento messo tra virgolette la connotazione di scelta, attribuita alla relazione duale, per motivi che ora cercheremo di chiarire ulteriormente.

Si è detto che l'analisi della domanda implica, per lo psicologo clini-

co, sistematicamente *ab initio* una funzione di analisi istituzionale; di comprensione, cioè, delle fantasie evocate dalla struttura *organizzativa* che la domanda necessariamente assume. Ciò in quanto il ruolo dello psicologo clinico è, inevitabilmente, un *ruolo sociale*. Si è anche detto che quale evoluzione ulteriore dell'analisi della domanda si può verificare una valutazione di opportunità circa la *restrizione della processualità collusiva*, e ciò è possibile strutturando un rapporto duale. In tal caso la collusione non è operante, se lo psicologo clinico è in grado di analizzare e riproporre sotto forma di pensiero le proposte collusive del paziente, o comunque del suo interlocutore.

In altri casi, peraltro, si può ravvisare l'opportunità di esplorare la collusione non solo nella sua offerta potenziale (come è il caso della scelta duale) ma anche nella sua esplicitazione entro il rapporto. Va sottolineato come non sia probabile agire collusivamente e contemporaneamente sviluppare un processo di conoscenza da parte della stessa persona: questo è il motivo, al di là di ogni connotazione moralistica, per cui se lo psicologo clinico collude, sia nel rapporto duale che in relazioni più complesse, non può pensare, e non può quindi conoscere e promuovere il processo di conoscenza.

Per poter osservare, analizzare e conoscere la collusione in atto è quindi necessario che lo psicologo clinico strutturi una relazione con più persone: è questa, nell'ambito della proposta teorica che stiamo sviluppando, la *nozione di gruppo* entro la pratica clinica in psicologia.

Va peraltro giustificato il senso dell'"opportunità" più sopra ravvisata, e vanno anche distinte le differenti situazioni in cui è possibile analizzare la collusione.

Facciamo un esempio. Il presidente di una piccola azienda di servizi chiede allo psicologo clinico di esplorare, individuare e comunicare ai responsabili dell'azienda stessa i modelli culturali che caratterizzano il suo gruppo dirigenti, al quale il presidente stesso appartiene. Il motivo di questa richiesta è fondato sul cambiamento strategico in atto nell'azienda stessa, che prevede una gestione non più per adempimenti ma per obiettivi e un'attività orientata all'offerta di servizi al mercato, che amplia l'orientamento alla promozione delle qualità tecniche del prodotto. Per la realizzazione di questo cambiamento si ritiene importante l'apporto del gruppo dirigente, e si ipotizza quale evento di rilievo a tale scopo un adeguamento della "cultura" dirigente ai modelli strategici individuati. Tale adeguamento, d'altro canto, richiede un intervento di formazione che, per essere adeguato, dovrà tener conto dei modelli culturali presenti nel gruppo dirigente stesso. Di qui la richiesta di un'indagine conoscitiva in tale ambito.

Sin qui nulla di problematico, anche se nella domanda può essere considerata criticamente la concezione che prevede un "prima" conoscitivo della cultura attuale e un "dopo" formativo, atto a promuovere il cambiamento. Si potrebbe obiettare che già l'avvio di una consulenza "conoscitiva" comporta una dinamica di cambiamento.

Ma veniamo al tema che qui interessa trattare. Va innanzitutto sottolineato come ci si trovi confrontati con un problema che rientra a pieno

titolo nell'ambito della psicologia clinica, anche se il contesto aziendale nel quale esso si iscrive potrebbe far pensare, a una considerazione superficiale, alla psicologia sociale o del lavoro.

Quando si definisce una competenza psicologica in funzione del contesto organizzativo in cui si esplica l'intervento dello psicologo stesso (psicologia scolastica, aziendale, ospedaliera, militare, ma allora anche alberghiera, ferroviaria, condominiale, radio-televisiva, bocciolina ecc.), questo avviene perché manca un modello teorico che fonda la pratica professionale. Nel caso in esame, il fatto che venga proposta una domanda da analizzare entro un rapporto fondato sull'attribuzione fantasmatica di ruoli (per esempio di un ruolo "formativo" connotato da specifiche dinamiche affettive che sono l'evidenza agita della dinamica istituzionale aziendale), configura l'intervento dello psicologo entro l'ambito clinico di teoria della prassi.

Tornando ora al nostro argomento, possiamo pensare al *colloquio con i dirigenti* dell'azienda (si trattava di undici dirigenti, di differente livello e di diversa competenza) come prima occasione per evidenziare i modelli culturali presenti nei singoli e nell'insieme, e in particolare l'atteggiamento evocato dal cambiamento strategico deciso dal presidente e in atto nell'ambito aziendale. Se consideriamo lo strumento conoscitivo del colloquio, ci si può subito chiedere se sia opportuno, da parte dello psicologo, vedere i dirigenti singolarmente, o riunirli tutti assieme per parlare del problema. Come si può notare, è stato possibile definire le modalità del colloquio senza utilizzare la parola "gruppo"; è infatti dall'analisi di questo intervento che si potrà tentare una definizione del gruppo come tecnica di intervento psicologico, ed è quindi importante che il termine non sia confuso con quello utilizzato nel linguaggio corrente (come sarebbe stato se avessimo descritto la scelta come centrata nel vedere i dirigenti singolarmente o *in gruppo*). È evidente, sulla base della consuetudine ormai invalsa nella usuale pratica psicologica, che nel caso in cui si vedono i dirigenti "tutti assieme" si possa parlare di *colloquio di gruppo*. Ma questo tipo di colloquio può essere definito soltanto in base a una categoria situazionale: tutti assieme invece che singolarmente? E ancora: perché tutti assieme, nel caso in cui si decide per un colloquio di gruppo?

Sembra chiaro che una risposta a questi interrogativi comporta la comprensione di quale sia l'eventuale differenza nel processo di conoscenza che interessa lo psicologo clinico, tra le due situazioni di colloquio. Se, per ipotesi, non ci fosse alcuna differenza, o se lo psicologo non fosse in grado di utilizzare in modo differenziato le due occasioni conoscitive, non avrebbe alcun significato parlare di colloquio di gruppo, quale tecnica fondata su precisi modelli teorici. Un colloquio, per portare un esempio diverso, lo si può fare da parte dello psicologo nel proprio studio o nello studio dell'interlocutore; ma se non si fonda teoricamente il valore conoscitivo della differenza (cosa forse possibile nel caso esemplificato), non è lecito costruire una tipologia dei colloqui che prevede il "colloquio in casa" e il "colloquio in trasferta".

Ora, nel caso dei dirigenti aziendali che stiamo discutendo, il fatto di

vederli singolarmente o tutti assieme riveste un valore conoscitivo altamente diverso. Per quale motivo? Se ricorriamo alla nozione di collusione è possibile comprenderne le ragioni. Il colloquio di gruppo consente ai partecipanti di agire nell'ambito del colloquio stesso un'esperienza collusiva, ove la fantasmatica presentata è evocata dalla situazione stessa del colloquio. Tale dinamica collusiva, di contro, non si può evidenziare nei colloqui individuali ove i singoli dirigenti proporranno allo psicologo una differente e specifica "offerta" collusiva entro la relazione duale. In particolare, nel colloquio di gruppo, realizzato di fatto dallo psicologo clinico, è emersa una profonda coesione del gruppo dirigente che si è espressa attraverso manifestazioni di rabbia e aggressioni nei confronti dello psicologo; tutti i dirigenti si dicevano concordi nell'invitare il presidente a condannare e interrompere simili iniziative di indagine, ritenute pericolose per il buon andamento aziendale e per l'armonia necessaria tra i dirigenti. Fu possibile, nel corso del colloquio, evidenziare come il colloquio stesso fosse stato ricondotto simbolicamente alle innovazioni strategiche introdotte nell'azienda.

Attaccare lo psicologo, quindi, equivaleva ad agire l'aggressività evocata dall'innovazione che metteva in discussione la coesione difensiva usuale del gruppo dirigente. Il colloquio, inoltre, consentì di evidenziare la fantasia collusiva di inadeguatezza nei confronti dei nuovi compiti gestionali, trasformata nell'altra fantasia di vedere vanificato il prestigio di ciascuno, fondato eminentemente sulle proprie capacità tecniche. Questa dinamica collusiva, qui soltanto accennata per ragioni di spazio, non era evidentemente emersa nei colloqui individuali ove, di contro, si erano rilevate altre dimensioni importanti per l'analisi istituzionale.

4. È ora possibile considerare più ordinatamente quelle nozioni di gruppo interno e di gruppo esterno che, mutate evidentemente dalle nozioni di mondo interno-esterno della metapsicologia psicoanalitica, rischiano di perdere ogni significato se utilizzate in modo approssimativo, in base al significato intuitivo che può essere dato alle espressioni stesse.

Il gruppo interno, come già si è sottolineato, può essere ricondotto a quelle funzioni primitive che si possono descrivere come classi emozionali associate alle esperienze mentali fondamentali. In un altro lavoro (Carli, 1987) abbiamo descritto queste funzioni primitive, utilizzando la *Signal detection theory* in una sua applicazione psicodinamica; in particolare abbiamo evidenziato quel processo mentale che trasforma la presenza-assenza dell'oggetto esterno gratificante nella funzione di gratificazione-persecuzione associata alla simbolizzazione affettiva dell'oggetto presente come oggetto amico, e di quello assente quale oggetto nemico.

Seguendo la teoria di Matte Blanco si può affermare che la funzione amico-nemico, come quella dentro-fuori, rappresentano le più primitive classi di simmetria, che il pensiero è in grado di discriminare; la funzione del pensiero, sia pure nella sua forma più elementare, consente comunque di separare le classi, e di stabilire quindi delle relazioni al proprio interno, e tra l'interno e l'esterno.

Come si accenna anche in altra parte del presente lavoro, queste fun-

zioni sono state spesso nominate nella letteratura clinica come "madre", "padre", "fratelli" ecc., configurando in tal modo una famiglia interna, vale a dire una famiglia mentale. Di qui l'ipotesi che la sofferenza mentale, e in altri termini la psicopatologia, fosse imputabile a una alterazione di questa famiglia interna, a un suo funzionamento patologico, del tutto analogo al funzionamento alterato che un osservatore esterno può individuare nell'ambito di una famiglia reale.

Alla famiglia interna può essere sostituita la nozione di gruppo interno, intendendo con ciò indicare l'interazione tra le funzioni primitive, come "persone" in una loro costante dimensione di rapporto. L'utilizzazione metaforica del termine famiglia o gruppo, per indicare l'articolazione fantasmatica della mente, può essere utile a una chiarificazione del complesso problema del rapporto oggettuale, quale risulta dalle funzioni mentali dell'introiezione, delle identificazioni introiettive e proiettive, della proiezione, della fenomenologia adesiva ecc.; e ciò sia nelle prime esperienze di relazione del bambino, come in ogni altra esperienza di rapporto che via via ciascuna persona si trova a vivere.

Tale utilizzazione, a nostro parere, diventa problematica quando le figure familiari interne, o le componenti del gruppo interno, vengono reificate e al loro modo di funzionamento, alla loro intenzionalità distruttiva viene imputata la sofferenza mentale, la manifestazione psicopatologica. Il rischio, infatti, è quello di concepire la mente come un contenitore di personaggi, più o meno buoni o cattivi, che con il loro comportamento, con le loro intenzioni e con le loro emozioni possono "alterare" la mente stessa. In tal caso, infatti, ciò che una persona sente, pensa, agisce, desidera, sarebbe la risultante del confronto tra i personaggi interni e del loro volere. Ancora più problematica diventa l'ipotesi di una ricostruzione o di una ristrutturazione del gruppo interno attraverso una esperienza guidata *entro un gruppo esterno* utilizzato, *ad hoc*, quale strumento di rieducazione del gruppo interno.

Ricordiamo, infatti, che nell'ipotesi teorica da noi proposta non si tratta di considerare in modo buono o cattivo gli oggetti interni della mente, di valutarne l'operato, e di modificarne l'atteggiamento tramite una loro "sostituzione". L'area di lavoro dello psicologo clinico, piuttosto, concerne la relazione tra fantasia, pensiero e azione. E in particolare concerne le situazioni di fantasia agita, senza la mediazione del pensiero. Si può allora definire in modo più sistematico cosa si intende per gruppo esterno, e quindi quale funzione può rivestire il gruppo entro la pratica clinica in psicologia.

Va innanzitutto ricordato come per "gruppo esterno" si intende la relazione sociale e la struttura entro la quale essa è organizzata. In questa ottica di analisi, si può dire che il gruppo esterno corrisponde all'organizzazione sociale. Qui intendiamo per organizzazione ogni relazione sociale che persegue degli obiettivi, e che fonda il rapporto sui due postulati della razionalità (postulato che concerne il modo di operare dei singoli) e del consenso (postulato riguardante la condivisione degli obiettivi).

Si sottolinea che con il termine organizzazione non viene definita una

specifica realtà sociale (l'azienda, l'università, il sindacato, un club sportivo intesi come organizzazioni) bensì un *modello di analisi* che può essere rivolto a ogni manifestazione dell'interazione sociale. Ne deriva quindi che qualsiasi fenomenologia sociale può essere analizzata e descritta secondo il modello organizzativo.

Se, d'altro canto, si considera la relazione sociale quale luogo di manifestazione agita dalle fantasie evocate dalla relazione stessa, si ha a che fare con la fenomenologia istituzionale. Anche l'istituzione, quindi, rappresenta un *modello di analisi* tramite il quale può essere considerata ogni manifestazione sociale.

Come già abbiamo sottolineato, i modelli di organizzazione e di istituzione consentono, in un'ottica psicologica, di esaurire l'esame della fenomenologia sociale. Ed è interessante rilevare come il termine "gruppo" sia utilizzato per indicare, confusivamente, dimensioni organizzative ma anche istituzionali. Ciò ovviamente, quando non venga usato per nominare un "insieme di persone", nella accezione propria del linguaggio comune.

4.2. Il gruppo in psicologia clinica

Ma allora, quale significato riveste il gruppo nella fenomenologia sociale?

Ricollegandoci a quanto è stato affermato sino a questo momento, possiamo definire il gruppo, in ambito clinico, come una specifica condizione di intervento dello psicologo entro la quale sia possibile evidenziare i processi collusivi e sia possibile quindi l'analisi della fenomenologia istituzionale. Il gruppo, in psicologia clinica, è quindi una *metodologia di intervento*. In tal senso non sono più sufficienti quelle definizioni che si riferiscono a "entità superindividuali", tali per cui il gruppo è più della somma dei singoli individui. Vale la pena sottolineare come questo rilievo, ricordato anche di recente da teorici della fenomenologia di gruppo che ben poco conoscono della psicologia generale, è storicamente datato e obsoleto entro l'attuale teoria clinica in psicologia. Con tale definizione, infatti, si suppone che l'iniziale unità di analisi sia l'individuo; ma oggi, in psicologia clinica, l'individuo è più un punto di arrivo che un punto di partenza!

In questo metodo di intervento, il gruppo implica un suo processo istituyente, quindi una fondazione teorica del processo stesso. Ciò rimanda al tema degli obiettivi che si perseguono con la metodologia del gruppo. Pensiamo sia ormai sufficientemente chiaro che non basta "mettere delle persone assieme" per "fare" un gruppo, nell'ambito psicologico-clinico. La strutturazione di quella metodologia d'intervento che chiamiamo gruppo implica l'individuazione e il perseguimento di uno specifico obiettivo, in funzione del quale deve essere adeguata la metodologia adottata. Il metodo, in altri termini, deve essere in grado di perseguire l'obiettivo prefissato.

Si è detto che l'obiettivo perseguibile mediante il gruppo è l'analisi

della fenomenologia collusiva. Vediamo ora di comprendere più approfonditamente il rapporto tra questo obiettivo e la tecnica in esame.

Una prima precisazione concerne la struttura della domanda e quindi le modalità di interazione del gruppo. Si possono avere, utilizzando questo criterio di differenziazione, due aree di intervento.

4.3. L'intervento psicosociale

In una prima area, che denominiamo psicosociale, l'analisi della collusione coincide con l'analisi istituzionale. E questo per il fatto che l'intervento riguarda strutture organizzative, e che la modalità dell'intervento comporta incontri, riunioni, seminari con specifiche componenti dell'organizzazione. Nel linguaggio comune si potrebbe dire che gli incontri dello psicologo si svolgono con i gruppi che compongono l'organizzazione stessa (per esempio, con il gruppo degli insegnanti di una scuola, con il gruppo dei sindacalisti in una azienda, con il gruppo dei medici o degli infermieri in un reparto ospedaliero ecc.).

In questi casi lo psicosociologo (che è uno psicologo clinico) può fondare la propria prassi su tre dimensioni tecniche fondamentali, che chiamiamo:

- sospensione dell'azione trasformativa;
- azione interpretativa;
- interpretazione.

In altri lavori abbiamo proposto e discusso il senso di queste modalità tecniche di conduzione dell'intervento psicosociale. Qui ricordiamo che la sospensione dell'azione trasformativa comporta una consapevolezza e una capacità di contrattazione specifiche, sulle quali fondare la stessa possibilità di realizzazione dell'intervento: con le unità strutturali dell'organizzazione che si riuniscono assieme allo psicosociologo, questi concorda preliminarmente che l'obiettivo dell'incontro non è l'azione trasformativa che caratterizza l'unità nel suo funzionamento usuale, bensì la "riflessione su" le proprie modalità di funzionamento.

Istituire la sospensione dell'azione trasformativa significa facilitare l'espressione agita, entro la relazione, della fantasmatica evocata dall'interazione stessa. Ma poiché l'interazione è quella usuale del funzionamento organizzativo (con l'unica eccezione, peraltro importante, della presenza dello psicosociologo), la dinamica collusiva evocata è quella che normalmente viene agita anche nell'ambito del funzionamento organizzativo stesso. Questo rilievo è importante, perché consente di stabilire un rapporto tra l'obiettivo del gruppo (analisi della fenomenologia collusiva) e la domanda della committenza su cui si fonda l'intervento.

È infatti possibile ipotizzare che quella dinamica collusiva evidenziabile entro il rapporto con lo psicosociologo sia la stessa che, intervenendo quando l'organizzazione è impegnata nella sua azione trasformativa, interferisce con l'efficacia e l'efficienza del processo di produzione, motivando in tal modo la richiesta di intervento.

Una differenza importante rilevabile tra la situazione produttiva e quella di intervento è data dalla presenza dello psicosociologo, e dalla condizione di sospensione della produzione che la sua stessa presenza comporta. Questa differenza, peraltro, fonda la tecnica su cui si basa l'intervento psicosociale. La dinamica collusiva, infatti, include nell'agito fantasmatico anche la figura dello psicosociologo, e l'immagine simbolica che egli riveste nell'ambito dell'intervento nel suo complesso, e nelle interazioni di gruppo alle quali egli partecipa in particolare. Abbiamo proposto di chiamare questo riferimento fantasmatico alla figura dello psicosociologo con il termine di "transfert istituzionale".

È proprio in base alla analisi del transfert istituzionale, quindi della fenomenologia collusiva che include anche lo psicosociologo, che quest'ultimo può orientare la propria funzione nell'intervento. Evidentemente, l'analisi del transfert istituzionale comporta come prima condizione che lo psicosociologo non agisca la fantasmatica evocata in lui dall'intervento, colludendo a sua volta con l'agito fantasmatico degli altri partecipanti, ma sia in grado di trasformare la collusione in pensiero.

Ciò è possibile tramite le due funzioni dell'azione interpretativa e dell'interpretazione.

La funzione interpretativa ha le stesse caratteristiche già individuate per l'ambito psicoanalitico e persegue la sua finalità mutativa o di cambiamento attraverso un confronto tra la fantasmatica agita entro il transfert istituzionale quale si evidenzia nei processi collusivi da un lato, e la realtà delle condizioni contrattate tra committente e psicosociologo dall'altro. È importante, peraltro, sottolineare come la condizione del gruppo consenta l'agire organizzato delle fantasie, a differenza della relazione duale ove la mancata collusione dello psicologo impedisce l'organizzazione dell'agito fantasmatico *entro* il rapporto.

L'obiettivo di analizzare i processi collusivi può essere allora perseguito anche tramite quella specifica funzione dell'intervento psicosociale che abbiamo proposto di chiamare azione interpretativa. Al fine di esemplificare cosa si intende con questo termine, è importante ricordare che nell'intervento psicosociale non è possibile una struttura di lavoro dello psicosociologo fissa e ripetitiva, definita e contrattata una volta per tutte. Come vedremo, questo è invece possibile (almeno entro certi limiti) per il lavoro terapeutico nei gruppi.

Il motivo della necessità di ricontrattare e di ristrutturare, di volta in volta, le condizioni dell'intervento e le sue modalità di realizzazione è dato dalla complessità dell'organizzazione entro la quale si interviene e della dinamica dei rapporti tra le sue componenti. D'altro canto, le modalità con le quali lo psicosociologo organizza e articola i vari momenti del suo intervento possono rivestire una specifica funzione di analisi della dinamica collusiva agita dalle differenti componenti dell'organizzazione.

È molto complesso riportare esemplificazioni significative della funzione in analisi, e questo perché ogni esemplificazione richiederebbe, perché ne sia chiaro il significato, una lunga descrizione dell'intero intervento dal quale è tratto l'evento riportato. Possiamo comunque ricordare

come le azioni interpretative possono riguardare la composizione dei "gruppi" con i quali di volta in volta lo psicosociologo si incontra: è, per esempio, importante in alcuni casi mettere in discussione i sistemi di appartenenza gerarchici della dirigenza aziendale o dei capi intermedi, quando essi rafforzano processi fantasmatici di coesione difensiva, strutturando degli incontri "orizzontali" con tutti i dirigenti o i capi di uno stesso livello gerarchico. In alcune nostre esperienze di intervento, queste riunioni hanno comportato la strutturazione di nuove aree di appartenenza, e la scoperta di differenti modelli di azione della propria funzione professionale nell'organizzazione.

In tali casi l'azione interpretativa consente la messa in discussione delle dinamiche difensive agite collusivamente nel rifiuto o nell'ignoramento di un sistema di appartenenza per funzioni comuni. In altri casi l'azione interpretativa consiste nel prevedere o nell'organizzare specifiche indagini nel corso di un intervento, nel preparare un documento che solleciti la reazione delle diverse componenti dell'organizzazione, nello scegliere gli strumenti di analisi dei fenomeni organizzativi, la loro sequenza ecc.

In pratica tutto ciò che lo psicologo decide e agisce entro l'intervento, dal primo contatto con la committenza sino al termine dell'intervento stesso, va pianificato e svolto nell'ottica della sua funzione interpretativa. Ciò significa che non è possibile, per l'intervento psicosociale, descrivere e codificare una "tecnica" di intervento, fondata su modelli specifici di comportamento, su sequenze di azione, su strutture ripetitive dell'organizzazione in cui articolare il lavoro psicosociale.

Quanto si contratta, si propone e si realizza di momento in momento non è, d'altro canto, funzione delle condizioni poste dalla committenza, o dei vincoli di realtà posti dagli interlocutori dello psicosociologo, nel corso dell'intervento e più specificamente nelle sue varie fasi di sviluppo.

Le decisioni circa la struttura dell'intervento, in altri termini, non possono essere fondate su un confronto di potere tra psicosociologo, committenza o utenza. Quando ciò avviene, quando entro un conflitto interno all'organizzazione lo psicosociologo, per esempio, prende parte e si schiera con gli uni o con gli altri in funzione di scelte ideologiche, di opportunità contingenti, di previsioni strategiche o altro, egli cessa di svolgere la sua funzione di analisi istituzionale, per assumere altre funzioni e altri ruoli; magari funzioni importanti, opportune, ma non rispondenti alle finalità dell'intervento psicosociale.

Per inciso, è forse opportuno sottolineare che questa affermazione non risponde per niente a una pretesa neutralità della prassi psicosociale. Quest'ultima, infatti, non è affatto neutrale: si pone piuttosto su un piano differente da quello che definisce l'azione trasformativa organizzativa, proponendosi appunto di realizzare l'analisi della fenomenologia istituzionale.

La nozione di azione trasformativa, se opportunamente approfondita, consente di situare in modo coerente la psicosociologia entro l'area clini-

ca della prassi psicologica; ma consente di scoprire anche nuove dimensioni entro il lavoro clinico stesso.

Se, infatti, lo psicopsicologo non può ricorrere a un potere contrattuale solido, che configuri in modo coerente e stabile le sue modalità di intervento, ci si può chiedere su quale potere si debba fondare il lavoro psicosociale, per poter essere realmente svolto entro una struttura. La risposta la si può ritrovare nel *potere* dell'analisi, quindi nell'efficacia che riveste la traduzione dell'agito fantasmatico in pensiero. Questo è un potere forte, ma è anche l'unico potere sul quale lo psicopsicologo può far conto. E siccome non è protetto da un *setting* di lavoro stabile, in precedenza contrattato, ogni sua proposta, ogni decisione realizzata, ogni atto di strutturazione dell'intervento hanno l'unico obiettivo di evidenziare la dinamica collusiva e di trasformare l'agito in pensiero. Ciò comporta conseguenze di grande rilievo per la psicopsicologia, e più in generale per la psicologia clinica. Conseguenze sul piano del *potere* che fonda la prassi psicosociale, e sull'utilizzazione di tale potere.

Se consideriamo il problema dal punto di vista delle potenzialità di applicazione dell'intervento, si può notare che lo psicopsicologo non ha necessità di specifiche garanzie di struttura del suo lavoro. Ogni difficoltà, ogni problema di organizzazione, di realizzazione dell'intervento stesso acquistano infatti significato, se considerati quali espressioni della dinamica collusiva, della resistenza all'analisi dell'agito istituzionale. E a tali difficoltà sarà opportuno rispondere con proposte che facilitino l'analisi, piuttosto che con tentativi di negare le difficoltà e di riconquistare gli spazi di azione perduti. Se l'analisi della domanda è stata ben condotta, si può verificare come, sia pure incontrando resistenze, problemi, rifiuti, critiche, la prassi di intervento possa realizzarsi e promuovere sempre più ampi spazi di pensiero entro l'organizzazione.

In altri casi, di contro, questa può non essere possibile; è il caso di quelle strutture organizzative ove la riduzione progressiva degli spazi di collusione, la sostituzione dell'agito fantasmatico con il pensiero mette in pericolo l'esistenza stessa dell'organizzazione, i suoi obiettivi espliciti o impliciti, la sua legittimità sociale.

Ciò significa che non sempre è possibile realizzare un intervento psicosociale, che non sempre l'analisi della domanda consente una contrattazione reale per un intervento psicosociale.

Di qui i limiti, ma anche lo spazio di realizzazione del lavoro psicosociale. Limiti, perché esistono alcune strutture organizzative che sono, di fatto, la reificazione di agiti fantasmatici collusivi, e che in tale agito esauriscono la loro finalità. Queste organizzazioni sono, usualmente, fondate su sociodinamiche "come se", atte all'inveramento della falsità. In tali casi, il lavoro psicosociale comporterebbe la crisi dell'organizzazione e la scomparsa delle motivazioni che ne hanno condizionato l'insorgenza. Esempi di tali strutture sono dati dalla Chiesa, dall'Esercito e dall'Aristocrazia, se vale l'ipotesi di Bion che vede in tali dimensioni organizzative la reificazione di quelle fantasmatiche che lo psicoanalista inglese chiama "assunti di base".

E questo è vero, a nostro modo di vedere; ma solo nella misura in

cui quelle strutture, come anche altre, sono fondate sulla collusione, senza potersi porre e senza poter realizzare alcun obiettivo di tipo trasformativo. L'esistenza di obiettivi di trasformazione, di cambiamento progettato e organizzato è infatti fondamentale al fine della formulazione di una domanda di intervento psicosociale. Quando esistono questi obiettivi, allora l'intervento psicosociale può essere accettato nella sua efficacia, poiché la relazione tra dinamica del pensiero e realizzazione degli obiettivi di trasformazione è evidente e innegabile.

4.4. Il gruppo terapeutico

Torniamo ora al lavoro clinico con i gruppi nel suo versante psicoterapeutico, per considerarne alcune dimensioni importanti.

Un primo tema concerne la finalità del gruppo nei confronti della modalità duale di psicoterapia. Ancora una volta, la risposta a questo interrogativo può essere orientata dalla definizione che abbiamo dato per il fenomeno collusivo. La tecnica di gruppo, infatti, consente di sperimentare, quindi di evidenziare e di analizzare la fenomenologia collusiva evocata dalla struttura gruppale quale condizione di relazione terapeutica. Questa analisi può essere considerata la dimensione fondamentale, al fine di rilevare l'efficacia differenziale della terapia analitica di gruppo, come di ogni altra forma psicoterapeutica che riunisca più persone con lo psicoterapeuta. Là dove non si realizza l'analisi dei processi collusivi, la relazione sociale comporta un processo di azione e non viene quindi utilizzata per promuovere il pensiero sulla relazione stessa.

Non si comprende allora come sia possibile parlare di funzione terapeutica, professionalmente orientata, quando si promuove o si consente l'agito fantasmatico al posto del pensiero. L'agito fantasmatico, è bene sottolinearlo, può consentire una precisa influenza sul comportamento dei singoli; al limite ogni sintomatologia psichica è un agito fantasmatico iscritto in una realtà sociale. Utilizzare la collusione quale fattore di influenzamento del comportamento può essere una scelta ponderata e legittimata, ma è importante differenziare tale processo dalla fenomenologia psicoterapeutica. Facciamo un esempio. Si può utilizzare la "pressione di gruppo", dopo aver facilitato la strutturazione di un gruppo di appartenenza, per stimolare i membri del gruppo stesso a smettere di fumare, a diminuire l'assunzione di alcolici, a perseguire un dimagrimento ecc. In questi casi si struttura una situazione di appartenenza orientata a un obiettivo comune e tale da indurre una dipendenza molto forte da un leader solitamente influente e capace di evocare atteggiamenti regressivi; la colpevolizzazione delle abitudini che si intendono modificare è una buona base su cui fondare tale leadership.

La relazione sociale, in questi casi, è definibile quale organizzazione al servizio di una fantasia istituzionale agita; tale agito fantasmatico, per esempio l'esaltazione di chi si attiene alle norme e la condanna dei trasgressori, è legittimata e stimolata dal leader. L'agito collusivo, in questi casi, può divenire un potente fattore di modificazione del comportamen-

to. Ma non è corretto parlare di terapia di gruppo. Per certi versi, le situazioni sociali ricordate possono essere considerate come l'opposto della terapia di gruppo.

Un secondo tema concerne i motivi che giustificano una scelta della struttura di gruppo, piuttosto che di quella duale ai fini della terapia. Qui il problema si fa difficile, e il rischio è quello di travisare la motivazione all'uso del gruppo se non si considerano appieno i termini del problema stesso.

Sembra che la "giustificazione" dell'utilizzazione terapeutica del "gruppo" oscilli, nell'analisi della letteratura specialistica, tra due poli estremi, entrambi di difficile inserimento in un modello coerente della prassi terapeutica in psicologia. Da un lato si ritrova una motivazione per così dire riduzionistica, un esempio della quale è ritrovabile nell'opera di Bion che commenteremo più avanti. Secondo questa ipotesi, l'idea di riunire più "pazienti" da parte dello stesso psicoterapista per svolgere con loro un lavoro in "gruppo" è sorta per motivi di contingenza, per opportunità legate a situazioni di eccezionalità, quali per esempio il periodo bellico e la necessità conseguente di prendersi cura dei molti militari reduci da esperienze traumatiche e stressanti. Il riunire più persone con lo stesso psicoterapista, nella stessa unità di tempo, consente un'economia notevole di lavoro; e anche in tempi normali, quando non esiste la pressione o l'urgenza di situazioni o eventi eccezionali, non si vede per quale motivo non si debba apprezzare e utilizzare questo aspetto di economicità che la psicoterapia di gruppo consente. Sempre che, è evidente, la psicoterapia condotta in situazioni di gruppo sia efficace, sia cioè in grado di realizzare gli obiettivi prefissati.

È interessante notare come questa motivazione al "gruppo", storicamente asserita dai primi psicoterapisti che hanno sperimentato questa modalità di lavoro clinico, sia oggi in qualche modo negata, rifiutata da chi pratica la psicoterapia di gruppo. È questo, sembrerebbe, per sconfiggere quel giudizio sprezzante che vuole la gruppoanalisi come una "psicoanalisi di serie B", e comunque la psicoterapia che utilizza il gruppo come un intervento meno efficace di quello fondato sul rapporto duale. È anche interessante sottolineare che queste valutazioni vengono formulate senza alcuna esplicitazione delle categorie, dei criteri che orientano la valutazione stessa. Questo si può, d'altro canto, comprendere se si considera lo stato di arretratezza in cui versa l'intero ambito della valutazione circa l'efficacia attribuibile alle differenti forme di psicoterapia, e più in generale l'ambito della verifica nei confronti della pratica clinica in psicologia.

Ma allora, perché si pensa ad una psicoterapia di serie B, quando si utilizza il gruppo? Evidentemente deve intervenire una valutazione piuttosto curiosa, che potrebbe ripetersi in questo modo: «Se lo psicoterapista di gruppo dà a più persone, nella stessa unità di tempo, le stesse prestazioni terapeutiche che lo psicoterapista individuale può dare a un unico paziente, i pazienti del gruppo debbono spartirsi qualcosa che non è sufficiente, e debbono ricevere poco».

È evidente che l'affermazione sopra ricordata non ha alcun senso, se

considerata nei suoi termini fondanti, ma può rivestire un valore molto rilevante nella genesi di un pregiudizio.

È anche possibile che questo pregiudizio possa in qualche modo prendere gli stessi psicoterapisti, e in particolare quelli che praticano la psicoterapia di gruppo. Questo è possibile, in modo significativo, in quelle specifiche circostanze in cui la legittimazione alla pratica della psicoterapia di gruppo è stata perseguita e raggiunta in sostituzione della legittimazione alla psicoterapia individuale, dalla quale si è rimasti esclusi o che si è ritenuto opportuno escludere dal proprio itinerario formativo perché troppo complessa, costosa, problematica, selettiva ecc.

In tali casi, la psicoterapia di gruppo rimane, nel proprio vissuto, come il ripiego cui si è in qualche modo stati costretti. E allora sono possibili due evoluzioni, a partire dalla situazione frustrante. Per qualcuno si realizza, in un momento successivo alla pratica della psicoterapia di gruppo, la legittimazione alla psicoterapia individuale; e allora si ha spesso un'abiura della pratica del gruppo, considerato come un peccato di gioventù da cancellare. Per altri sembra importante, fondamentale rovesciare il giudizio svalorizzante nei confronti della pratica psicoterapeutica di gruppo, facendola diventare la vera e unica forma di psicoterapia. In tali casi si ripetono le valutazioni che intendono classificare le psicoterapie, ma si deve inventare qualche teoria che giustifichi il primato del gruppo sulla condizione individuale di lavoro terapeutico.

Svalorizzazione e idealizzazione, è evidente, appaiono quali agiti fantasmatici che nel loro dispiegarsi denunciano le carenze di un pensiero organizzato sul lavoro clinico. Sul lavoro clinico, è bene sottolinearlo, piuttosto che sulle differenti condizioni in cui esso è realizzato.

Ma torniamo al nostro tema, concernente i motivi di una scelta del gruppo, piuttosto che di un setting duale, nella decisione alla indicazione psicoterapeutica. Pensiamo, in realtà, che l'approfondimento teorico e la sperimentazione in questa area siano ancora poco sviluppati, e i dati a disposizione assolutamente insufficienti per una seria giustificazione della decisione in funzione di una diagnosi differenziale.

A questo proposito sembra importante aprire una breve parentesi per una considerazione contingente, che è tratta dalla situazione della psicologia clinica italiana, ma che sembra valere anche nel più ampio contesto europeo, sia pure in termini diversi nelle varie aree culturali. Ci riferiamo alla situazione in cui l'analisi della domanda e la diagnosi, con la conseguente indicazione al trattamento psicoterapeutico, è effettuata usualmente da psicoterapisti che conoscono una sola tecnica psicoterapeutica e che non sono competenti, di contro, nel lavoro di analisi della domanda e di diagnosi. Ciò comporta che i colloqui preliminari alla decisione sulla psicoterapia si risolvono nella maggior parte dei casi in valutazioni sull'indicazione o meno della propria tecnica, senza alcuna attenzione a possibili altre evoluzioni del caso.

Tale modalità di orientamento alla psicoterapia non rende possibile, è evidente, un approfondimento dei motivi che inducono all'indicazione di

una psicoterapia di gruppo, quando questa indicazione avviene nel modo acritico ora ricordato. Nel caso in cui, inoltre, non sia chiara allo psicoterapista neppure la specificità differenziale della tecnica, non è possibile chiarire nemmeno in base a quali considerazioni si presume che la terapia di gruppo possa essere utile in quel caso, come negli altri casi assunti di psicoterapia. In altri termini: una diagnosi differenziale potrebbe consentire di definire la tecnica psicoterapeutica ottimale, tra tutte quelle possibili, in quello specifico caso; la conoscenza dei fattori terapeutici propri alla psicoterapia di gruppo dovrebbe più riduttivamente consentire di definire i motivi per i quali si consiglia, in quel caso, la terapia di gruppo.

In assenza di questi due elementi decisionali, l'unica decisione possibile rimane quella a carico del paziente, una volta accertata la disponibilità dello psicoterapista ad accogliere il paziente stesso. E spesso i colloqui preliminari si riducono proprio a questo, specie in ambito privato: l'accertamento da parte del paziente della disponibilità dello psicoterapista, e l'accompagnamento della decisione del paziente, da parte dello psicoterapista disponibile. In assenza di ogni considerazione sulla motivazione del paziente e sulla sua domanda, come anche sulla specificità della "tecnica" che verrà adottata per il lavoro psicoterapeutico.

Tutto questo giustifica quella particolare condizione culturale, certamente precaria e avvilente, per cui la maggior parte degli psicoterapisti, indipendentemente dalla scuola di appartenenza e dalla tecnica applicata, ritiene che la propria tecnica psicoterapeutica sia l'unica valida, e che l'analisi della domanda coincida con l'assunzione del paziente alla propria pratica clinica.

Ora, se da un lato poco si sa sull'indicazione elettiva e differenziale alla psicoterapia di gruppo, si può di contro essere più precisi sulla modalità di azione che il gruppo consente e sul processo psicodinamico e psicosociale che la struttura del gruppo evoca in ambito terapeutico. Per approfondire questo tema possiamo procedere in modo analogo a quanto si è già visto per l'intervento psicosociale, evidenziando le specificità e le differenze qualificanti della pratica terapeutica.

Si è detto che la collusione, nell'intervento psicosociale, ripropone i modelli collusivi istituzionali che caratterizzano la specifica organizzazione entro la quale si interviene. Allora, su quali basi si struttura il processo collusivo nel gruppo psicoterapeutico? È evidente che una risposta soddisfacente a questo interrogativo può contribuire in modo determinante alla comprensione del processo istituito con la psicoterapia di gruppo. Non è facile, peraltro, orientarsi in questa area complessa e ancora aperta alla ricerca e alla sistemazione teorica. In queste pagine noi proponiamo alcune considerazioni nella speranza di portare un contributo utile all'approfondimento della problematica, consapevoli dei limiti della nostra proposta. Riteniamo peraltro che siano necessari contributi rigorosi, fondati su modelli chiari anche se limitati, per avanzare in un campo ove le proposte confuse e approssimative abbondano.

4.5. Organizzazione e istituzione nel gruppo terapeutico

Iniziamo considerando l'organizzazione che viene strutturata e alla quale lo psicoterapista dà inizio con l'attivare un gruppo psicoterapeutico. Si tratta di una organizzazione particolare, della quale sono precisati i fini generali (la terapia, la cura del disagio che ciascun paziente ha portato quale motivo personale al lavoro terapeutico), ma non gli obiettivi. Ciò significa che quanto viene fatto da ciascuno entro l'organizzazione terapeutica non è orientato a un obiettivo, ma viene assunto in termini di adempimento a norme accettate sulla base di una delega fiduciaria allo psicoterapista stesso.

Se paragoniamo questo primo rilievo con quello analogo che si struttura nell'intervento, si può dire che nell'intervento stesso è importante la sospensione dell'azione trasformativa; mentre nel gruppo terapeutico non si dà problema di sospensione, perché il gruppo si propone *ab initio* come organizzazione *senza azione trasformativa*.

Si tratta, peraltro, di una organizzazione "terapeutica", e questo per convenzione contrattuale con lo psicoterapista; e in tal senso è giustificabile la passività dei pazienti, la loro non prevista azione trasformativa; ma ciò che non rientra nei canoni usuali è il fatto che anche il terapeuta non si ponga obiettivi trasformativi ostensibili, e che non metta in atto iniziative volte a realizzare specifiche trasformazioni. Un ultimo dato concerne la situazione sociale, che comunque comporta un'azione entro la relazione; la relazione sociale è azione, e l'insieme delle azioni dei partecipanti viene appunto denominato con il termine di inter-azioni.

Proviamo ora a mettere in rapporto tra loro le dimensioni rilevate a proposito dell'organizzazione strutturata con la terapia di gruppo, e avremo degli indicatori utili ai fini di una comprensione dei processi collusivi evocati con la terapia stessa.

Una prima area di attivazione dei processi fantasmatici e di azione dei processi stessi è data dal funzionamento per adempimenti e non in funzione di scopi precisati e ostensibili. Il funzionamento per adempimenti comporta una dipendenza di grado elevatissimo nei confronti di chi sancisce la norma su cui regolare l'adempimento, ne garantisce il controllo e ne fonda le finalità. L'area dell'adempimento comporta modelli di azione altamente regressivi, in quanto fonda la verifica circa l'efficacia della propria azione non tanto sugli esiti conseguiti quanto sulla sua rispondenza alla norma. Poiché la collusione implica l'attivazione e l'azione del processo fantasmatico, la situazione del gruppo terapeutico evocherà modelli di azione rispondente alla fantasmatica istituita dalla cultura dell'adempimento; in particolare si manifesteranno azioni volte a esprimere la fantasia di *adeguamento o di trasgressione nei confronti dell'adempimento*.

Una seconda area di attivazione e di azione delle fantasie è data dall'assenza di obiettivi trasformativi. Tale caratteristica dell'organizzazione comporta l'impossibilità di orientare la comunicazione sociale a una negoziazione con gli altri, al fine di ottimizzare l'efficacia delle differenti azioni trasformative. Un accordo fondato sul consenso nei confronti di

un obiettivo comune e condiviso è impossibile ove manca l'obiettivo trasformativo. La collusione, quindi, comporterà azioni di fantasie che esprimono il *conflitto* da un lato, la *coesione difensiva* quale annullamento delle individualità e delle differenze dall'altro.

Una terza area collusiva è data dalle aspettative "terapeutiche" e dalla situazione inusuale di condivisione sociale dello psicoterapista, in una cultura che fonda l'organizzazione medica sulla diade medico-paziente; cui si aggiunge inoltre, l'assenza di azioni trasformative ostensibili da parte del terapeuta. La collusione comporterà agiti fantasmi di *competitività* tra i membri, o di *attese magiche*, condivisibili, di eventi trasformativi; quindi azioni che esprimono fede fanatica.

Se ora consideriamo le differenti aree fantasmatiche evocate, si può notare come esse rispondano, sia pure in un'articolazione diversa, agli assunti di base proposti da Bion, o anche alle dinamiche affettive evocate da quelle funzioni basilari che spesso vengono ricondotte alla "famiglia" o al "gruppo" interni.

Questo, peraltro, non deve sorprendere se si considera la specifica modalità di interazione che viene richiesta nella strutturazione del gruppo terapeutico, quale modalità fondante il *setting*: l'esclusione di ogni rapporto sistematico, od occasionale, dei membri del gruppo al di fuori delle riunioni, con lo psicoterapista (o con gli psicoterapisti) e tra di loro. A questa condizione si affianca l'altra, complementare, che richiede nella fase di costituzione del gruppo la non conoscenza dei membri tra loro, nel periodo antecedente alla partecipazione al gruppo stesso.

Perché questa precauzione circa le possibili conoscenze e interazioni tra i membri del gruppo terapeutico? Si potrebbe ipotizzare lo sforzo di riprodurre quella specifica situazione analitica per la quale è bene che il paziente conosca il meno possibile l'analista; perché questi possa utilizzare la sua modalità di interazione con il paziente quale elemento di realtà da confrontare con la fantasia evocata nel transfert, nella seconda fase dell'interpretazione mutativa teorizzata da Strachey. È peraltro evidente che non può essere questo il motivo, perché i pazienti nell'interazione terapeutica parlano di sé, di chi sono, di che cosa fanno, della loro realtà familiare, lavorativa ecc. E tutto questo non è affatto scoraggiato.

Anche l'altra spiegazione, che vuole l'assenza di relazioni esterne al gruppo tra i pazienti quale condizione facilitante la comunicazione dei propri problemi da parte dei singoli sembra poco credibile. Spesso, infatti, si tende ad affermare come «di certe cose non se ne parlerebbe mai di fronte a estranei!». E questo vale anche per l'ipotesi che nei confronti di persone che non si conoscono è più facile la proiezione delle proprie emozioni e delle proprie fantasie, talché sarebbe facilitata l'insorgenza dei transfert laterali, così di moda nella letteratura di qualche decennio fa, ove si pretendeva di porre distinzioni gerarchiche (transfert principale e transfert laterali) entro un processo che non ha alcun senso categorizzare secondo parametri inutilizzabili, se non per agire le proprie fantasie controtransferali. Va sottolineato al proposito come non sia affatto la mancanza di relazioni esterne al "gruppo" o la non conoscenza delle persone che facilita la loro simbolizzazione affettiva nell'interazione. Baste-

rebbe al riguardo qualsiasi osservazione sulla fenomenologia usuale delle strutture organizzative, ove la proiezione fantasmatica tra le differenti componenti è frequentissima, proprio tra persone e unità funzionali che si conoscono benissimo. D'altro canto, è bene sottolinearlo, i pazienti che partecipano a un'esperienza terapeutica di gruppo si conoscono molto bene tra loro, dopo qualche tempo dall'inizio.

Per quanto si cerchino ragioni credibili che diano un senso alla norma in esame, sulla procedura costitutiva e sulle modalità di interazione nel gruppo, sembra difficile trovare una spiegazione a tutto questo.

Ancora una volta, pensiamo, una strada che si può percorrere utilmente è quella che confronta la terapia di gruppo con l'intervento psicosociale. In quest'ultimo caso, evidentemente, le persone che partecipano alle attività dell'intervento, ai gruppi di analisi istituzionale, si conoscono sistematicamente tra loro in quanto svolgono da tempo ruoli subordinati o complementari; per definizione *devono* avere rapporti tra loro al di fuori dello spazio dell'intervento: quei rapporti che sostanziano la loro esperienza organizzativa, quindi il loro lavoro.

Per capire il senso della differenza, peraltro, è necessario compiere quel lavoro di traduzione della fenomenologia in esame in un modello concettuale coerente, senza il quale non è possibile alcun discorso teorico nell'ambito della psicologia clinica. In tal caso la dimensione che è opportuno "tradurre" è quella che descrive la conoscenza tra i membri del gruppo come necessaria o da evitare per il buon andamento dell'esperienza.

Cosa significa l'affermazione per cui i membri del gruppo «si conoscono» o «non si conoscono»? Il confronto tra terapia e intervento può suggerire una chiave per rispondere al quesito. Nell'organizzazione, infatti, sia essa un ospedale, una scuola, un'azienda o un ordine religioso, la conoscenza delle persone è collegabile al loro ruolo e alla loro funzione entro l'organizzazione stessa. E questa conoscenza si fonda sui due assunti che altrove abbiamo indicato come fondanti la funzionalità delle organizzazioni: sono il postulato circa la razionalità dell'operatore e quello circa il consenso sugli obiettivi dell'organizzazione stessa. È in base a questi due postulati conoscitivi che sono possibili la comunicazione, la previsione circa i comportamenti reciproci, la gestione del conflitto.

È importante sottolineare come con l'intervento psicosociale si tenda a sconfondere questi due postulati, analizzando quei fenomeni collusivi che possono essere considerati quali dimensioni di "irrazionalità" e di "conflitto", in quanto manifestazioni agite di un processo di simbolizzazione affettiva della dinamica organizzativa.

Ma, è bene sottolinearlo, l'analisi istituzionale è motivata da una domanda che concerne l'organizzazione e il suo funzionamento. Di qualsiasi organizzazione si tratti. Il problema dello psicosociologo sarà quello di legittimare la propria decisione di intervenire professionalmente, in base a una valutazione apparentemente etica del contesto organizzativo in cui è richiesta la sua azione clinica, ma di fatto metodologica. Ne parleremo più avanti.

La dinamica istituzionale che si evidenzia e si analizza nell'interazio-

ne di gruppo, quindi entro la fenomenologia collusiva, è evocata da quel contesto organizzativo che viene ri-prodotto tramite la sospensione dell'azione trasformativa. Pensiamo che la stessa fenomenologia istituzionale sia emersa anche nelle prime esperienze di terapia di gruppo, che venivano effettuate con i ricoverati negli ospedali militari, reduci dal fronte, durante il periodo bellico. Malati che con ogni probabilità si conoscevano in quanto avevano condiviso ruoli e funzioni entro la stessa organizzazione militare.

Il problema, pensiamo, si è posto successivamente, quando si è voluto riprodurre il gruppo come strumento "terapeutico", centrando quindi l'attenzione sulla persona, sul singolo; e dovendo farsi carico di una "sofferenza" che consentisse di assimilare il proprio intervento terapeutico all'intervento medico, ove sistematicamente si opera come se l'individuo in cura non avesse ruoli, appartenenze sociali, posizioni socio-culturali ecc. Si trattava quindi di conciliare le due esigenze in apparente contraddizione, l'una riferita al gruppo, l'altra alla terapia che per definizione culturale ha quale utente il singolo individuo.

Si può allora comprendere la situazione del gruppo terapeutico, apparentemente strana e inusuale, ove persone che non hanno alcuna condivisione di obiettivi né alcun ruolo complementare, si riuniscono senza uno scopo ostensibile, ma per adempiere a una norma, senza possibilità di avere tra loro rapporti trasformativi al di fuori della relazione terapeutica.

Sembrerebbe evidente lo sforzo, in chi ha pensato a queste "regole" di strutturazione del gruppo, volto a istituire una dimensione sociale atipica, ove le singole persone, pur assieme, potessero rimanere solidamente individuate nella loro problematica o nella loro sofferenza. E c'è ancora oggi chi pensa, ahimé, che questo sforzo di lasciare fuori dal gruppo la dinamica sociale tramite una *setting* così concepito sia fondamentalmente riuscito; al punto, per esempio, da pensare a possibili "analisi rotatorie" che altro non sono se non l'espressione di fantasie onnipotenti di terapeuti timorosi di perdere il privilegio del potere medico, negando al contempo l'evidenza della stessa istituzione medica che intendono sfruttare.

Ma, nonostante questo sforzo votato al fallimento, sembra comunque che l'esperienza della terapia di gruppo abbia consentito un notevole avanzamento nella sistemazione teorica della pratica clinica in psicologia. Tentando infatti di allontanare il più possibile la relazione terapeutica grupale dall'esperienza sociale usuale dei suoi membri, tentando in altri termini di ridurre al minimo o di eliminare la dimensione organizzativa dell'esperienza, si è finiti per *riprodurre nel modo più coerente l'organizzazione medica*.

Se pensiamo, infatti, alla fenomenologia sociale dell'ospedalizzazione, così come si verifica nelle nostre culture e strutture sociali, troveremo le stesse connotazioni definitorie del gruppo terapeutico: assenza di obiettivi sostituiti con procedure di adempimento; mancanza di quei compiti trasformativi che implicano la partecipazione organizzativa e quindi l'as-

sunzione di ruoli e funzioni; aspettativa terapeutica, e quindi garanzia circa la reversibilità della propria esperienza di socializzazione.

La riproduzione dell'organizzazione medica, d'altro canto, è il pretesto necessario perché si strutturi una fenomenologia collusiva, che rappresenta l'azione di quelle produzioni fantasmatiche evocate dall'esperienza sociale. Con la differenza, fondamentale, che mentre nell'ospedale la dinamica istituzionale è utilizzata ai fini di conferire stabilità ripetitiva all'organizzazione e di consentire l'azione trasformativa del medico, nel gruppo la dinamica istituzionale è analizzata.

Ma di quale dinamica istituzionale si tratta? Nella risposta a questo interrogativo sta, a nostro parere, la specificità dell'uso terapeutico del gruppo. Un primo elemento è rappresentato dall'aspettativa, evocata in ciascun membro del gruppo fin dalla domanda di terapia, che qualcuno si prenda cura di lui. Se ricordiamo la distinzione proposta da Fornari (1976) tra fantasie fallocentriche e fantasie onfalicentriche, evocate nel rapporto medico-paziente, si può avere una indicazione dell'area fantasmatica agita nel gruppo in funzione del contratto "terapeutico". In interazione con questa aspettativa, d'altro canto, si pone anche la condizione di estraneazione da ruoli e obiettivi personali quanto sociali, organizzativi, entro la quale si articola l'esperienza terapeutica. Tale condizione evoca fantasie di dipendenza, di non identità, di ricerca di un contenimento rassicurante in quanto capace di riconoscere le persone e quindi di evocare un'identificazione.

Si deve poi considerare il fatto che le singole domande di terapia vengono messe in una relazione di confronto e di verifica reciproci, entro la quale ciascuno può esprimere le sue aspettative di unicità e di possesso nel rapporto.

Si può notare che le aree fantasmatiche ora brevemente ricordate possono corrispondere all'esperienza di relazione familiare, e nel contempo possono corrispondere a quelle funzioni primitive che rappresentano la prima differenziazione nel modo di essere inconscio e quindi le prime grandi classi di simmetria, nell'ottica proposta da Matte Blanco. Il gruppo, in altri termini, consente nella sua strutturazione terapeutica l'*agito collusivo* di quelle classi di simmetria che possiamo anche denominare famiglia interna ecc.

Sottolineiamo ancora una volta il senso che riveste la funzione "terapeutica" nella dinamica del gruppo: quella di fondare una situazione pretestuale di emergenza e di richiesta di aiuto che giustifichi un'esperienza di interazione non orientata e fondata su obiettivi e ruoli organizzativi.

Ma la dimensione sociale ove si struttura una relazione di aiuto (secondo un codice materno nel "prendersi cura di", secondo un codice paterno nel curare il "male altro"), e ove l'interazione si realizza al di fuori dei codici di identità organizzativa, e che non propone alcun obiettivo di trasformazione è proprio la famiglia. Ora, non è certamente vero che il gruppo riproduca la famiglia. Ed è errato ritenere che la dinamica di relazione del gruppo terapeutico sia sovrapponibile, anche lontanamente, a quella familiare. Va infatti ricordato che la famiglia, nella sua realtà fenomenica, è un'organizzazione con ruoli, funzioni e obiettivi ben specifi-

ci, storicamente diversi, che assolve a precisi compiti entro la società della quale fa parte. Se lo psicologo clinico, per qualche motivo, è interessato a un intervento sulla famiglia, in quanto organizzazione, dovrà predisporre e strutturare un intervento psicosociale entro quella specifica organizzazione familiare che lo interessa. Si tratta, in questi casi, di un intervento che ricalca le dinamiche proprie della prassi psicosociale, e che potrà seguire differenti modalità tecniche in funzione degli obiettivi che si intendono perseguire. Ciò significa che affermazioni del tipo «la famiglia deve curare quello che ha danneggiato» sono profondamente errate, se riferite al gruppo terapeutico che, ripetiamo, non riproduce né simula, né può farlo, l'organizzazione familiare. Nel gruppo, di contro, si agisce collusivamente la famiglia fantasmatica evocata dalla specifica situazione di *setting*.

Quindi il riferimento alla famiglia serve soltanto per comprendere come originano le dinamiche fantasmatiche agite dai singoli partecipanti, entro il processo collusivo, e come avvengono le reazioni reciproche nell'insieme dell'interazione collusiva. L'importante è notare come nella situazione di gruppo tali fantasmatiche vengano agite, e agite entro una dinamica collusiva.

Questa era stata l'osservazione importante che Bion aveva fatta a proposito degli *assunti di base* nei gruppi; e questa importanza vale ancora oggi indipendentemente dalla completezza o dalla validità della classificazione proposta al riguardo. Gli *assunti di base*, per Bion, sono vere e proprie espressioni di un agito collusivo, anche se egli non poté far rientrare la sua osservazione entro un modello organizzato. Ma era proprio questo rilievo, e la possibilità di intervenire su tale fenomenologia che, ci sembra, abbiano sostenuto l'interesse dello psicoanalista inglese per la terapia di gruppo.

Il gruppo terapeutico, in altri termini, rappresenta un agito collusivo che ha un riferimento organizzativo pre-testuale, il quale rappresenta la *finzione* entro la quale evocare la dinamica fantasmatica. Tale finzione ripropone, grazie alla particolare struttura della relazione organizzativa gruppale e alla "deprivazione" di quelle componenti funzionali che caratterizzano l'organizzazione trasformativa, una dinamica fantasmatica che può ripercorrere le differenti aree istituzionali; vale a dire quelle funzioni proposizionali primitive che rappresentano le prime differenziazioni entro il modo di essere inconscio, omogeneo e indivisibile. È importante sottolineare che tali funzioni proposizionali rispondono, se considerate secondo l'usuale modello psicoanalitico, al vissuto del bambino entro i suoi primi rapporti con il seno-madre, con la relazione tra il padre e la madre e con le relazioni tra i due o più gruppi generazionali. Questo è il motivo per cui viene utilizzata spesso, nella rappresentazione delle vicende fantasmatiche dell'adulto, la terminologia familiare. L'errore sta nel considerare stereotipalmente la funzione quale rapporto con una specifica figura parentale o familiare. Quando, per esempio, si dice di una persona che tende a reagire in modo aggressivo alle figure che gli ricordano il padre, o alle figure paterne, si commettono molti errori, e lo stesso vale quando si rileva che un individuo si comporta con l'altro "come se" l'al-

tro fosse il padre; in particolare si deve sottolineare che "il padre" non rappresenta una qualificazione significativa, se non viene precisata la funzione (per esempio: "il padre che esorta" oppure "il padre che punisce" ecc.). Ma anche quando si precisa la funzione, non è di per sé qualificante il riferimento al "padre"; il padre, come l'altro al quale ci si riferisce, come qualsiasi altra figura che assolve alla funzione considerata, appartengono alla stessa classe e in virtù del principio di simmetria proposto da Matte Blanco, *sono la stessa cosa* per il modo di essere inconscio.

Il riferimento alle figure familiari, quindi, non è nient'altro che un'*allusione* alle funzioni emozionali che costituiscono le prime classi di simmetria, quale risultato del lavoro dividente, eterogenico, esercitato dal pensiero cosciente, o dal modo di essere asimmetrico, che è la stessa cosa.

Tale riferimento, peraltro, ha comportato una notevole confusione entro la psicologia clinica; in particolare ha spesso indotto la tendenza a omologare le figure familiari reali e la famiglia come organizzazione sociale con i suoi obiettivi, norme, sistemi di valori, modelli di relazione e di gestione del potere, con le funzioni mentali che caratterizzano le classi di simmetria.

Tale confusione ne può comportare un'altra, ben più grave sotto il profilo epistemologico (e il lettore, speriamo, potrà apprezzare la prudenza e la parsimonia con cui utilizziamo questo termine nel nostro lavoro).

Si tratta dell'ipotesi per cui se un particolare problema o disturbo psichico viene descritto nei termini del rapporto con le figure familiari, e se nel contempo la sua genesi viene ricondotta all'esperienza fatta dal paziente nell'ambito familiare, allora *la causa* dei suoi disturbi è la famiglia. Ma "quale" famiglia? Se si tratta della famiglia reale, entro la quale il paziente è inserito anche al momento attuale, e che si ritiene l'ambito e al contempo la causa dei disturbi del paziente, si può intervenire entro la famiglia; ammesso che si possiedano modelli validi di teoria della tecnica, e che si riesca a modificare una domanda orientata dal disturbo di una persona a una domanda di analisi istituzionale del funzionamento organizzativo familiare. Questo modo di procedere può essere considerato corretto, fatte salve alcune precisazioni di carattere metodologico.

Il problema si pone quando si pensa che la *causa* dei disturbi del paziente sia la famiglia, ma si passa poi a definire quest'ultima come la famiglia interna; evocando in proposito quella rete di comunicazione che riprodurrebbe, all'interno della mente, la stessa rete di rapporti che ognuno ha sperimentato nella sua vita familiare. Se la rete interna è composta di personaggi, non si vede perché questa rete non sia popolata anche dalle persone extrafamiliari che possono aver rivestito o rivestire una rilevanza affettiva notevole per l'individuo: l'insegnante, il parroco, il capo-ufficio, l'inquilina del piano di sopra ecc. Ma la vera difficoltà sta in un aspetto ancora più confuso, per il nostro scopo conoscitivo: nel modo di procedere in analisi, infatti, si confonde il contesto entro cui è avvenuta la genesi del "disturbo" con la causa del "disturbo" stesso.

Questa confusione, a nostro modo di vedere, è in gran parte imputabile alla consuetudine *acritica* di considerare la processualità psichica nei termini delle figure parentali (dei coinemi, direbbe Fornari, e in particolare dei parentemi), senza ricordare e spesso senza essere consapevoli del fatto che si tratta di funzioni proposizionali che si manifestano come *emozioni* e non come rapporti con specifiche componenti dell'organizzazione familiare.

Di qui la grande difficoltà a giustificare il gruppo, al di là di generiche affermazioni non fondate su precisi modelli, quale "famiglia artificiale e correttiva" che possa far risperimentare alle persone la loro esperienza familiare passata; ciò, nell'ambito della terapia, al fine di ristrutturare una famiglia interna più benevola, meno disturbata, o qualificata in qualsiasi altro modo che intenda esprimere metaforicamente il chimérico stato terminale di guarigione perseguito.

Ritornando ora al tema dell'agito collusivo nell'ambito del gruppo terapeutico, si può affermare che nell'interazione del gruppo possono essere agite le differenti dinamiche fantasmatiche che compongono l'area istituzionale.

Ma questo agito istituzionale non è condizionato, come avviene nel caso dell'intervento psicosociale, dalla particolare struttura organizzativa entro la quale si è sospesa l'azione trasformativa. In tal senso si può parlare del gruppo quale *oggetto transizionale* entro il contesto che mette in relazione l'individuo con le sue appartenenze sociali organizzate.

Per approfondire ulteriormente la funzione del gruppo terapeutico, d'altro canto, è necessario non limitarsi al considerare l'agito collusivo, ma evidenziare anche la seconda funzione che integra e qualifica l'esperienza: l'analisi della fantasmatica evocata e agita nel gruppo, quindi la sua traduzione in pensiero. L'esperienza del gruppo, in altri termini, se inizia con l'analisi dell'istituzione, di fatto nel suo articolarsi temporale comporta l'istituzione dell'analisi.

Cosa significa tutto questo? È evidente che il processo di analisi, quindi di traduzione dell'agito collusivo in un pensiero che stabilisce relazioni, che può avere la funzione di evocazione di senso nella dinamica simbolica agita, è *l'obiettivo* dell'esperienza di gruppo. Questa affermazione può sembrare in contraddizione con l'altra, che vuole il gruppo terapeutico caratterizzato dall'assenza di obiettivi. In realtà l'analisi non è un obiettivo trasformativo, non comporta cioè un'organizzazione delle funzioni e dei ruoli sociali al fine di perseguire lo stato terminale progettato di un cambiamento orientato da un modello. Abbiamo proposto di denominare il processo dell'analisi quale obiettivo metodologico, per differenziarlo dagli obiettivi trasformativi che implicano il perseguimento degli stati terminali progettati.

La funzione terapeutica, quindi, si può definire come quella che facilita, tramite la strutturazione del gruppo, l'azione fantasmatica collusiva e che nel contempo propone l'analisi di tale processualità agita. In questo senso, il lavoro clinico professionalizza attraverso l'assunzione di specifiche competenze da parte dello psicologo, una funzione comunque presente nell'ambito della dinamica dell'adattamento sociale: la funzione

di riflessione sull'azione. Si deve infatti ipotizzare che tale funzione sia propria dei modi di funzionamento degli individui e delle organizzazioni; si può verificare anche il fatto che particolari momenti dell'agito fantasmatico nell'ambito della realtà sociale aiutino gli attori sociali a comprendere quanto si sta sperimentando nella collusione; specie se si considera che nella complessa articolazione della realtà in esame la presenza di differenti posizioni, ottiche ed esperienze porta a non condividere in modo unanime la medesima condizione collusiva. Dando particolare importanza a eventi sociali di questo tipo, i socioanalisti di scuola francese hanno denominato la funzione di queste azioni che danno senso all'esperienza come *analyseurs*.

Questa sottolineatura sembra dovuta, del resto, alla preoccupazione sul potere che la funzione dell'analisi e quindi dell'analista può assumere, una volta che questi pretenda di verificare ogni agito collusivo non solo in ambito terapeutico ma anche sociale. Preoccupazione che sembra esprimere più una fantasia che una realtà di potere, dimenticando la dipendenza dell'analista dagli analizzati.

Il lavoro di analisi, peraltro, non può essere affidato alla comparsa, più o meno sporadica, di questi eventi "analizzatori". E la funzione del terapeuta, quindi, rimane insostituibile. Anche se i partecipanti al gruppo, con il procedere dell'esperienza, potranno sempre più diffusamente apprendere a pensare, quindi a passare dall'agito fantasmatico alla sua analisi.

Possiamo ora considerare in modo più completo la struttura operativa del gruppo terapeutico e il suo funzionamento. Si è più volte detto che, in conseguenza della sua modalità strutturale, del suo processo istituzionale, il gruppo terapeutico si presenta come un'esperienza atta alla manifestazione dell'agito collusivo. E ciò in assenza di una struttura organizzativa che conferisca significato di trasformazione all'esperienza stessa, che la riporti quindi alle usuali modalità di socializzazione. Va sottolineato, peraltro, che il gruppo terapeutico non è l'unica struttura sociale che sia sostanziata dall'agito collusivo.

Molte strutture sociali dimostrano di non avere o di aver negato nella loro evoluzione ogni obiettivo trasformativo, e rappresentano quindi dei contenitori organizzati di agiti fantasmatici: sono, per esempio, i "gruppi di lavoro specializzati" dei quali parla Bion, che hanno «la funzione di manipolare l'assunto di base in modo da impedire che l'assunto di base sia di ostacolo al gruppo di lavoro» (Bion, 1961, p. 145). Ma sono anche quelle strutture sociali che stravolgono il rapporto tra organizzazione e istituzione ponendo la struttura organizzativa quale contenitore atto a consentire l'agito istituzionale. La mente corre ai campi di concentramento, agli ospedali psichiatrici, ma anche a particolari esperienze della formazione aziendale o a specifici movimenti spirituali o politici, ai luoghi ove si fanno le prediche, come anche a modalità particolari di fruizione dei *mass media*, o alla stessa psicoterapia in sue articolazioni peculiari, o a modelli di relazione familiare.

Ciò che caratterizza queste strutture ove l'organizzazione è al servizio di uno specifico agito fantasmatico è l'assenza di ogni processo di anali-

si, di comprensione della fenomenologia collusiva. L'esperienza di comprensione, in questi casi, potrebbe minacciare l'esistenza stessa della struttura sociale fondata su tali modalità collusive, e viene quindi vissuta come un pericolo mortale.

Il gruppo terapeutico, di contro, istituisce l'analisi. Qui sta l'elemento "terapeutico" fondamentale. Infatti il pensiero, quale mediatore tra fantasia e azione, è una *funzione mentale*, e in quanto tale non ha una sua definizione logistica nell'individuo, nel gruppo o nella struttura sociale. Così come l'agito fantasmatico che taglia fuori il pensiero e si inverte nel processo collusivo non ha un suo luogo di manifestazione nella singola persona, nel gruppo o nel più ampio contesto sociale. L'obiettivo metodologico, in altri termini, non può essere collocato in un luogo individuale o sociale; esso dipende non dal luogo in cui si verifica l'evento ma dal "punto di vista" dal quale si considera l'evento stesso.

Allora, il gruppo terapeutico è il luogo di fenomenologie collusive che, per tutto quello che si è detto, non sono sperimentabili entro la relazione duale. Ma il processo di analisi, vale a dire l'obiettivo metodologico di ripristinare il circuito fantasia-pensiero-azione, è *lo stesso*.

Così come nella relazione duale si utilizzano le fantasie transferali per quel lavoro interpretativo che conferisce un senso alle simbolizzazioni private del paziente, nel gruppo terapeutico si utilizzano i processi di collusione per dare un senso, per tradurre in pensiero l'agito fantasmatico.

È peraltro nella *relazione* che si rappresenta l'agito fantasmatico; o, in altri termini, *la collusione è un fenomeno interattivo*. Ancora una volta può essere utile ricorrere a Bion: gli assunti di base sono delle *azioni relazionali*, nella misura in cui indicano la dipendenza di qualcuno da qualcuno, l'accoppiamento tra individui, l'attacco nei confronti di qualcuno, e la fuga da qualcun altro. Se si vuole, gli assunti di base rappresentano una fenomenologia collusiva.

Ritorniamo alla fantasmatica evocata dalla dinamica istituzionale del gruppo terapeutico; si tratta di tre aree che abbiamo indicato quali:

- adeguamento o trasgressione dell'adempimento;
- conflitto o coesione difensiva;
- competitività o condivisione fanatica di attese magiche.

Si può innanzitutto notare che si tratta di "azioni" collusive, nella misura in cui implicano un'articolazione dei rapporti tra i membri all'interno del gruppo. Si può anche notare che le bipolarità espresse possono essere, tutte, raggruppate in base allo schema amico-nemico quale modalità primitiva di categorizzazione del reale. L'adeguamento all'adempimento, la coesione difensiva e la condivisione fanatica di attese magiche implicano una relazione fantasmatica con un "oggetto" amico (interno o esterno alla relazione stessa); la trasgressione, il conflitto e la competitività, di contro, implicano la relazione fantasmatica con un oggetto nemico.

Peraltro, si possono porre altre considerazioni interessanti entro questa dinamica fantasmatica. La relazione amico-nemico è comunque pre-

sente nella sua globalità inscindibile, entro le aree collusive evidenziate. Per esempio, se i componenti del gruppo agiscono una fantasia di adeguamento all'adempimento, si può rilevare come con questo venga espresso un vissuto "amico" della figura fantasmatica che ha proposto l'adempimento; ma nel contempo l'adeguamento implica una perdita della propria identità, attraverso una ripetitività automatizzata del comportamento prescritto entro l'esperienza di gruppo. D'altro canto la trasgressione implica una valorizzazione fantasmatica del sé, ma al contempo un attacco distruttivo alla figura "nemica" che ha strutturato una relazione sociale fondata sugli adempimenti.

Si può notare che questa oscillazione tra modalità di partecipazione sociale fondate su adempimenti-scopi può essere presente in molte strutture sociali, e può di fatto essere considerata come una dimensione categoriale in base alla quale analizzare sistematicamente il funzionamento organizzativo. Nel gruppo terapeutico, peraltro, l'oscillazione non è possibile perché, per definizione del *setting*, non è previsto il perseguimento di scopi prefissati. Ciò comporta che la considerazione del fenomeno non concerne l'esito organizzativo dell'adempimento o della sua trasgressione funzionale allo scopo, bensì il processo in quanto tale. E in questo consiste la funzione analitica.

Facciamo un esempio concreto, al fine di essere più espliciti in proposito. Un insegnante arriva in ritardo a una riunione di consiglio di classe: entra imbarazzato nella stanza, guarda la persona che presiede la riunione, borbotta che gli è stato impossibile arrivare prima, perché ha trovato un traffico intenso ecc.; un collega ribatte con toni secchi che tutti stanno aspettando da qualche tempo inutilmente, mentre avrebbero molte altre cose da fare. In questa interazione non sembra essere presente alla mente delle persone il problema degli obiettivi da perseguire. L'insegnante in ritardo cerca una giustificazione che lo metta al riparo dalla possibile aggressività dei colleghi, e la persona che lo rimprovera, esprime in modo esplicito la propria aggressività e quella degli altri. Nessuno sembra preoccuparsi della *riunione del consiglio*, che è *lo scopo* per il quale essi sono convenuti; e nessuno sembra in grado di considerare realisticamente il ritardo di un componente il consiglio non tanto come trasgressione quanto come dato di fatto, tale da motivare una differente organizzazione del lavoro. In altri termini, si passa il tempo a scusarsi e a rimproverare, perché l'adempimento mancato è più importante dello scopo da perseguire.

Questo evento, peraltro, può essere utilizzato per evidenziare la modalità istituzionale che presiede al funzionamento organizzativo del consiglio di classe, e quindi l'inadeguatezza del funzionamento per adempimenti.

Passiamo ora a una riunione del consiglio di amministrazione di una finanziaria che comprende al suo interno differenti aziende, rappresentate nel consiglio stesso. Il rappresentante dell'azienda più importante del gruppo per fatturato e per numero di addetti, giunge in ritardo alla riunione. Gli altri membri si chiedono tra sé e sé, preoccupati, quale messaggio intende mandare il collega con quel ritardo che, probabilmente, è

stato ostentamente proposto al fine di comunicare dissensi e nuove alleanze ostili nei confronti della presidenza della finanziaria stessa. In questo caso il ritardo rappresenta, da parte di chi lo ha agito, il perseguimento di uno scopo comunicativo che, se pure non chiaro a tutti i partecipanti alla riunione, ha comunque un preciso effetto pragmatico.

Un intervento di analisi istituzionale, se nelle due situazioni fosse stata richiesta e concordata la presenza interpretativa dello psicologo, potrebbe considerare la dinamica evidenziata nella prima come nella seconda organizzazione, utilizzandole al fine di una comprensione della fenomenologia istituzionale che caratterizza quei funzionamenti organizzativi.

Questa analisi sarebbe possibile in quanto sia nel consiglio di classe che nel consiglio di amministrazione sono espliciti gli scopi della riunione ed è possibile quindi analizzare il ritardo in base alle reazioni del gruppo e al rapporto che la dimensione adempimento-trasgressione ha con lo scopo perseguito e con le sue alterazioni, funzionali alla dinamica collusiva.

Consideriamo ora un gruppo terapeutico, dove un paziente giunge in ritardo alla seduta. Una battuta di spirito che circolava anni fa, suona all'incirca così: «Per lo psicoterapista, se un paziente arriva in anticipo è ansioso, se arriva in ritardo è caratteriale, se arriva in orario è ossessivo». Questa battuta, al di là della terminologia nosografica utilizzata, nasconde una profonda verità: l'arrivare in orario o in ritardo alla seduta non ha alcun significato, se si mette in relazione la "puntualità" con lo scopo che si intende perseguire con la riunione. L'orario, e la sua osservanza, infatti, non hanno un valore in sé, ma sono delle convenzioni funzionali alla realizzazione di specifici scopi che richiedono il concorso di più persone; l'orario, in tali casi, assolve alla funzione di rendere possibile la convenienza, quindi il perseguimento in comune dello scopo. Ma se viene a mancare lo scopo, la puntualità o le sue trasgressioni non possono che assumere senso in quanto manifestazioni agite di processi fantasmatici; e soltanto di questi processi. Si potrebbe osservare che nel gruppo terapeutico, peraltro, è presente lo scopo terapeutico. Ma si è anche detto che lo scopo terapeutico è raggiunto attraverso una "riflessione su" quanto viene agito nel gruppo stesso. E qualsiasi cosa avvenga nel gruppo può essere analizzato quale agito fantasmatico.

Torniamo ora al nostro esempio: il rapporto con l'orario, se l'orario è un adempimento e non un fattore di funzionalità dell'organizzazione, non può essere considerato che quale adeguamento o trasgressione. Ma sia l'adeguamento che la trasgressione, quando non è precisato lo scopo, assumono il valore simbolico di una dinamica fantasmatica.

All'arrivo di un paziente, in ritardo di qualche minuto, un altro membro del gruppo lo accoglie con una frase tagliente: «Noi siamo tutti arrivati puntuali!»; il ritardatario, pronto, ribatte: «E perché?». Nella seduta è seguito un lungo silenzio.

Si può notare come in queste brevi battute sia evidenziabile una complessa fenomenologia collusiva. Il ritardatario e il resto del gruppo si contrappongono in quanto a una differente modalità di mettersi in rela-

zione con l'adempimento: il primo ha trasgredito, i secondi sottolineano il loro adeguamento. Questi ultimi, peraltro, manifestano anche una coesione difensiva che si contrappone al trasgressore, con il quale entrano in conflitto. Nel contempo, chi è arrivato in orario pretende di condividere l'attesa di una sorta di "ricompensa terapeutica" per il loro adeguamento alla norma, mentre il ritardatario propone una sfida, mette in discussione la fondatezza di tale attesa, e si pone in tal senso in competizione con il resto del gruppo, nel tentativo di realizzare un rapporto esclusivo con il terapeuta.

Questo breve esempio può far riflettere. Pensiamo per un attimo ai sistemi di valori che possono essere considerati in questa situazione, se a una sua analisi si sostituisce una valutazione.

Si può pensare al ritardatario come alla pecora nera, oppositiva e provocatoria e alle persone puntuali come a un insieme di persone serie, attive, comprese del compito che le aspetta in un importante lavoro terapeutico. Oppure, si può pensare al ritardatario come al deviante di genio, intelligente e autonomo che provoca un gruppo di conformisti acritici e senza fantasia. Con questo genere di valutazioni improntate ai valori si potrebbe continuare a lungo, ripercorrendo mode e modelli sociali che si sono alternati con impressionante rapidità anche nella nostra storia recente. Esse sono improntate alla definizione di ciò che una persona è, in base alla considerazione di ciò che ha fatto in una particolare situazione, e a categorie precostituite di valutazione, fondate su dicotomie del tipo buono-cattivo.

Tale valutazione è possibile quando manca un preciso referente che consenta di considerare il comportamento entro una struttura organizzativa definita nei suoi obiettivi e nelle sue modalità di funzionamento, ai quali sia funzionale il comportamento dei singoli e delle differenti unità o raggruppamenti.

Ora, queste simbolizzazioni valoriali possono essere utilizzate proprio per orientare chi si trova confrontato con dinamiche sociali che non possono essere conosciute e interpretate secondo parametri di funzionalità.

Ma queste valutazioni, d'altro canto, evocano a loro volta reazioni nei confronti della realtà valutata, che ne impediscono l'analisi. Se si prende parte nel conflitto, se si incoraggia la trasgressione piuttosto che l'adeguamento, se ci si compiace di essere oggetto di attese magiche e di competitività, si potranno distribuire giudizi, fare delle prediche, ma sarà molto improbabile che si possa avviare un processo di analisi. D'altro canto, è importante sottolinearlo, i fatti collusivi che si manifestano nei gruppi terapeutici hanno sempre a che fare, in quanto azioni di fantasie, con i sistemi di valori e i modelli valutativi della cultura entro la quale si vive. E ciò vale sia per i pazienti che per i terapisti.

L'importante è riconoscere come ogni modello di valori lo si possa considerare, se letto da un differente vertice teorico e di teoria della prassi, come l'espressione di una classe proposizionale inconscia, di un sistema fantasmatico. Questa multipla possibilità di lettura non deve peraltro, a nostro modo di vedere, indurre in confusioni indebite.

Quando, per esempio, si pretende di analizzare la protesta studente-

sca o il movimento sindacale, in particolari momenti storici, con le categorie della dinamica collusiva e della processualità fantasmatica, si può fare un'operazione che è inutile nel migliore dei casi, scorretta nei casi più frequenti. Inutile perché manca una domanda e una sua trattazione contrattuale, entro le quali iscrivere il senso dell'analisi effettuata. Scorretta perché le categorie analitiche possono rappresentare un modo per *agire* le proprie emozioni e il proprio coinvolgimento negato, nel tentativo di restare ciechi all'impegno della storia.

Analoghe considerazioni, evidentemente, valgono quando si utilizzano categorie valoriali per comprendere le fenomenologie collusive che si presentano nel gruppo terapeutico.

Se, d'altro canto, la dinamica collusiva può essere ricondotta ai sistemi di valori, si può chiarire un aspetto importante della funzione terapeutica del gruppo: l'esperienza di gruppo può riprodurre, entro un contesto analizzante, quelle dimensioni agite che caratterizzano la problematica in base alla quale si motivano molte domande di psicoterapia. Pensiamo, in particolare, a quelle persone che presentano, quali problemi specifici, una sistematica e organizzata tendenza ad agire la propria dinamica fantasmatica.

A questo proposito vale la pena sottolineare come ogni "sintomatologia psicopatologica" presenti una sua componente agita, che si affianca a una componente vissuta entro il proprio mondo interno. Non è quindi la presenza di fenomenologie di azione che può costituire un'indicazione al gruppo terapeutico, in alternativa alla psicoterapia duale. Vi sono, peraltro, delle modalità di organizzazione sistematica della propria tendenza ad agire, che vengono ricondotte all'adesione a specifici sistemi di valori. Pensiamo, per esempio, a un adolescente che ha organizzato la propria propensione a trasgredire quale modello da perseguire in ogni atto della sua esistenza; o a un ricercatore universitario che ha orientato all'adempimento ogni suo comportamento, e che non riesce a sperimentare rapporti affettivi per questa sua esigenza che invade anche quell'area esistenziale, avendo ormai assunto per lui una propria valenza ideologica. È chiaro che nell'uno come nell'altro caso è soltanto la formulazione di una domanda terapeutica e la sua analisi che potranno poi portare all'indicazione di un gruppo terapeutico.

4.6. Le tecniche di sospensione dell'azione trasformativa

Le modalità con cui si organizza una relazione di gruppo per una finalità di tipo clinico, nell'ottica che stiamo proponendo in questo lavoro, sono molto importanti ai fini di una proficua utilizzazione dell'esperienza. Parliamo di organizzazione del gruppo, in quanto non basta riunire delle persone in una stanza per poter condurre un gruppo. Così come non basta partecipare alle riunioni di una o più unità funzionali di un'organizzazione per poter realizzare un intervento psicosociale.

Si è detto che il presupposto concettuale perché si possa intervenire con finalità analitiche entro una esperienza di relazione tra più persone è

quello di realizzare una sospensione dell'azione trasformativa. Tale sospensione, è bene sottolinearlo, non consegue direttamente alla sola presenza dello psicosociologo nelle organizzazioni, o dello psicoterapista nei gruppi psicoterapeutici.

Nei gruppi si possono strutturare reazioni difensive all'analisi che possono rendere difficile, se non del tutto impossibile il lavoro di "riflessione su" che ci si propone; reazioni difensive che a volte utilizzano la stessa relazione di gruppo e che possono esitare, senza che sia possibile evitare l'evento, in un rifiuto compatto e unanime dello psicologo clinico e della sua funzione. Usualmente questo avviene quando non si è stati sufficientemente attenti alla realizzazione delle condizioni di sospensione dell'azione trasformativa delle quali stiamo parlando.

Iniziamo queste nostre considerazioni con alcuni esempi di intervento che possono essere problematici nel lavoro clinico che utilizza il gruppo.

Un primo problema può essere dato dalla convinzione, spesso radicata in molti psicologi, che il loro ruolo nei gruppi si debba esplicitare soprattutto con il silenzio, e con un silenzio che contraddica in modo sistematico le attese dei singoli partecipanti o del gruppo nel suo insieme.

Altre volte l'intervento dello psicologo si pone come provocatorio di eventi, tramite per esempio l'ironia, l'aggressione ecc. In questi casi sembra che lo psicologo manifesti un duplice e complementare atteggiamento: da un lato quello di attesa, di "stare a guardare" quanto succede nella relazione di gruppo; dall'altro quello di provocatore di avvenimenti, quasi che sia presente in lui il timore di una inazione del gruppo, se manca l'intervento agito del conduttore.

Andare a vedere cosa succede; provocare eventi reattivi nel gruppo. Ecco due modelli di osservazione o di animazione della dinamica di gruppo che nulla hanno a che fare con il lavoro clinico dello psicologo. E questa confusione è anche espressa dalla terminologia con la quale viene denominato lo psicologo che interviene attraverso i gruppi: animatore, conduttore, osservatore, leader ecc.

Alla base dei due modelli ora evidenziati, sembra esservi la duplice convinzione che, nei gruppi, basta avere un po' di pazienza, e qualche cosa succede sempre, o meglio, lo psicologo finisce con l'accorgersi che qualcosa sta succedendo; ma anche che se lo psicologo non giustifica sin dall'inizio la sua presenza e la sua funzione, rischia di incorrere nei processi di emarginazione e di reattività che possono concludersi anche con la disgregazione del gruppo.

Se consideriamo criticamente questi due ordini di comportamenti dello psicologo nei gruppi, si può notare che il silenzio e la provocazione sono le due facce di una stessa medaglia: l'uno e l'altra sono infatti l'espressione di una assenza di modelli che rendano comprensibili il ruolo e la funzione dell'operatore psicologo in questa specifica area della professione.

Quindi, il silenzio e la provocazione sembrano azioni necessarie quando non si è riusciti nel lavoro di sospensione dell'azione trasformativa. Quest'ultimo non consiste, evidentemente, nella sola creazione delle condizioni strutturali di interazione che non consentano l'azione trasfor-

mativa. In tal senso, per esempio, non basta organizzare un seminario di gruppo in un contesto residenziale lontano dal luogo di lavoro perché i componenti di un'unità aziendale sospendano la loro azione trasformativa. Così come non è sufficiente esimersi dal dare indicazioni sul modo di interagire in un gruppo terapeutico, perché al suo interno avvenga la stessa sospensione.

Ciò significa che la sospensione dell'azione trasformativa di cui stiamo parlando non è una condizione che può essere prescritta, quale modello di comportamento indotto; è piuttosto una modalità di interazione che va presentata, contrattata e ridefinita nella fase istitutiva del gruppo come anche nella sua realizzazione. Tale sospensione, infatti, implica la *condivisione*, da parte di chi partecipa all'esperienza di gruppo, della *funzione di analisi* che si eserciterà nei confronti dell'agito collusivo rilevato nel gruppo stesso.

Sospendere l'azione trasformativa comporta, quindi, il creare le condizioni perché si possa interagire a un duplice livello: da un lato quello dell'agito collusivo che consente di evidenziare la fantasmatica istituzionale; dall'altro quello dell'analisi, in una relazione di alleanza tra psicologo e membri del gruppo, della fenomenologia emersa nella relazione collusiva.

La possibilità che l'interazione possa svilupparsi a questi due livelli va esplorata in una fase precedente all'inizio dell'intervento, quella di analisi della domanda.

È importante, in questa fase, una contrattazione del lavoro di gruppo, dei suoi scopi e dei suoi limiti. Questa contrattazione può essere anche prolungata nel tempo, alcune volte può esaurire il rapporto di consulenza o di terapia.

I motivi di tutto questo sono complessi, e possono essere occasione per un dibattito importante entro la tematica di teoria della tecnica; pensiamo infatti che i termini del problema in questione non siano affatto chiari entro la comunità scientifica che utilizza il gruppo quale area di intervento clinico in psicologia.

Ci riferiamo, in particolare, alle differenti aspettative che, nella fase di esplorazione della domanda, possono caratterizzare la committenza-utenza da un lato, lo psicologo dall'altro.

Consideriamo separatamente l'area dell'intervento psicosociale e quella della terapia di gruppo.

Quando il committente-utente è un'organizzazione, che si rivolge allo psicologo tramite una sua componente, le aspettative sono usualmente orientate a un miglior funzionamento dell'organizzazione stessa. Di per sé, è chiaro, l'esigenza di un miglior funzionamento non significa molto, anche perché i criteri in base ai quali viene valutato il funzionamento stesso possono con difficoltà essere messi in relazione con le aree entro le quali l'intervento ha una sua efficacia. Il miglior funzionamento, comunque lo si voglia intendere, rappresenta uno stato terminale, un esito di un ipotizzabile cambiamento indotto dall'intervento. Ma con l'intervento psicosociale quale cambiamento si persegue?

La fase di contrattazione di un intervento mette spesso in evidenza

precise domande da parte della committenza-utenza: insegnateci a essere meno conflittuali, a decidere con più tempismo o in modo più orientato al cliente, a valutare i dipendenti in modo più rispondente alla realtà e più equo ecc.

In domande del genere, è importante sottolineare la congruenza tra stato terminale ipotizzato e richiesto, e metodo; il cambiamento viene rappresentato con modelli di funzionamento più adeguati alle esigenze dell'organizzazione, entro precise aree quali la decisione, la valutazione, la *customer* orientativa ecc.; il metodo attraverso il quale perseguire il cambiamento viene ipotizzato entro un ambito che rimanda più o meno specificamente alla formazione.

Nel caso della terapia, come già si è visto, il committente è una persona, o un insieme di persone, e il cambiamento è presentato quale modificazione puntuale di precisi aspetti del comportamento, o scomparsa di specifici sintomi. Il metodo è affidato a una non ben precisata azione terapeutica.

Nei due casi, se la domanda non viene analizzata, e se non viene compreso il senso delle aspettative proposte dalla committenza-utenza, il rischio è quello di colludere con tali aspettative e con la dinamica istituzionale che esse intendono agire nel rapporto con lo psicologo.

Non è quindi corretto, a nostro modo di vedere, farsi carico acriticamente e direttamente delle aspettative dell'interlocutore, pensando che un loro chiarimento e una loro comprensione potranno realizzarsi soltanto nel corso dell'intervento, sia esso psicosociale che terapeutico.

Il mancato accordo sui due livelli del lavoro di gruppo e la mancata contrattazione dell'importanza che riveste il "riflettere su" quanto viene agito nell'interazione di gruppo può impedire o vanificare qualsiasi utilizzazione clinica del gruppo in psicologia. Nel senso che può rendere completamente "falsa" l'interazione di gruppo: nell'intervento psicosociale si agirà "come se" si stesse facendo della formazione; nel gruppo terapeutico ci si comporterà "come se" si stesse facendo della terapia, ove al posto dei farmaci o della prassi chirurgica si somministreranno valutazioni, incoraggiamenti, premi e punizioni, prediche o lezioni di teorie psicodinamiche.

È importante sottolineare come, nella prospettiva di un cambiamento rispetto a una situazione attuale insoddisfacente o "malata", l'ipotesi sia quella di un intervento che "ripari a un danno" inferito nel passato dell'individuo o dell'organizzazione, che "tolga il male" che sempre nel passato ha provocato l'alterazione patologica. Quando il lavoro di gruppo è orientato alla "terapia" o alla "formazione", l'interesse dello psicologo sembra rivolto al passato e ai danni o alle de-formazioni che si sono verificati. Il futuro, in questo caso, è quindi inteso quale ripristino delle situazioni "normali"; in altri termini, il futuro non è percepito, è ignorato quale dimensione evolutiva che conduce verso l'ignoto. Nella terapia, infatti, l'ignoto può essere il male che ha alterato il funzionamento "normale", mentre l'esito felice dell'intervento terapeutico è sempre e comunque una condizione nota, prevedibile e desiderata.

Si può allora comprendere come la domanda di intervento terapeutico-

co possa nascondere una paura del futuro e dell'ignoto; meglio pensarsi malati da ricondurre alla normalità, che farsi carico del senso che riveste la propria situazione attuale e la sua possibile evoluzione. Si può comprendere, d'altro canto, come anche per lo psicologo il modello "terapeutico" sia più rassicurante di quello che propone il metodo dell'analisi, di promozione della funzione del pensiero. La fase di analisi della domanda richiede, quindi, il superamento della frustrazione insita nella rinuncia alla sicurezza conferita dal perseguimento della "normalità" o della "funzionalità" idealizzate.

Ritornando ora alla funzione dello psicologo nel gruppo clinico, essa consiste nell'intervenire entro l'agito collusivo, tutte le volte nelle quali egli ritiene che i membri del gruppo siano in grado di passare dall'agire al pensare sull'agito stesso. Tale passaggio implica un consenso del gruppo nel suo insieme; si può quindi aggiungere che la funzione dello psicologo consiste nell'interrogare il gruppo su tale consenso; ciò in funzione di eventi e in base a considerazioni che possono essere di volta in volta diversi, e che comunque si possono ricondurre alla comparsa delle fenomenologie collusive più sopra ricordate: la trasgressione o l'adeguamento all'adempimento; il conflitto o la coesione difensiva; la competitività o l'attesa magica.

Se si persegue questo obiettivo di esercizio della funzione analitica, non è necessario provocare eventi nell'interazione del gruppo che già spontaneamente agirà la collusione; ma non ha alcun senso nemmeno l'inazione dell'osservare, perché l'agito collusivo senza la parallela analisi non giustifica l'esperienza quale pratica della psicologia clinica, diventando un rito, un *happening* o altro.

L'accordo sui due livelli del lavoro di gruppo, in definitiva, richiede un lungo lavoro di esplorazione, di analisi della domanda, di verifica della effettiva motivazione e della reale disponibilità a questa funzione di analisi dell'agito.

Nel caso dell'intervento psicosociale, ciò implica una considerazione molto precisa delle aspettative che la committenza dell'intervento stesso, come dei suoi protagonisti, hanno nei confronti del lavoro di gruppo. Ciò significa verificare la stessa possibilità di incrementare, facilitare, orientare un processo di pensiero entro l'organizzazione. Come già si è detto, vi sono situazioni organizzative ove questo non è possibile; e in tal caso ciò va verificato e rilevato nella fase di contrattazione, non nel corso di un intervento che diventerebbe falso e inutile.

Esistono organizzazioni che interpellano lo psicologo per i motivi più strani e stravaganti: perché lo hanno visto fare da strutture che sono in concorrenza con loro; perché pensano di strumentalizzare l'intervento psicologico al fine di spostare o rafforzare rapporti interni di potere; per esercitare un controllo su parti specifiche dell'organizzazione; perché lo psicologo faccia nella struttura quello che nessun capo ha il coraggio di fare, come valutare, promuovere o licenziare ecc.

Non è la domanda che qualifica l'intervento, ma la sua analisi. E nell'analisi è implicata l'interpretazione del senso simbolico che la domanda presenta, e della valenza simbolica che avrebbe una risposta agita alla

domanda rivolta allo psicologo stesso. È evidente che nell'analisi della domanda non è possibile evidenziare la complessa problematica che potrà via via emergere nel corso dell'intervento; ma è possibile stabilire alcune dimensioni di metodo, e in particolare i due livelli di lavoro del gruppo. È possibile che questo metodo non sia accettabile in alcune organizzazioni, perché ne metterebbe in discussione la stessa esistenza; in tal caso, è importante sottolinearlo, si può e si deve concludere per un'impossibilità di intervento psicosociale.

I motivi di questa impossibilità possono essere diversi. In alcuni casi concernono gli obiettivi dell'organizzazione, che inverano un agito fantasmatico collusivo sul quale non ci si può interrogare; pensiamo per esempio a strutture che hanno quale scopo l'azione violenta, la frode, il plagio altrui; in questi casi l'interrogazione porterebbe alla crisi degli obiettivi stessi che fondano l'esistenza organizzativa.

In altri casi i motivi dell'impossibilità all'intervento sono fondati sul rifiuto della committenza a coinvolgersi nel processo di interrogazione, in quell'interrogazione che deve necessariamente riguardare soltanto le "altre" componenti dell'organizzazione; in tal caso si percepisce l'interrogarsi come una perdita di potere, e quindi si può e si vuole colludere con lo psicologo, facendolo magari partecipe del proprio potere, ma rifiutando un coinvolgimento nell'analisi. In questi casi, l'analisi della domanda può comportare l'espulsione dello psicologo e una valutazione di pericolosità delle tecniche psicosociali.

Questi rilievi pongono il problema della modalità di partecipazione all'intervento psicosociale, e della necessaria elaborazione della domanda quale fondamento dell'intervento stesso. L'intervento psicosociale, in altri termini, non può essere prescritto da alcune componenti dell'organizzazione, qualsiasi sia il livello del potere rivestito. L'intervento, inoltre, non può essere imposto dallo psicologo, sulla base del suo potere. Ancora, l'intervento non può essere agito quale risposta puntuale ad una domanda.

Questi vincoli sembrano rendere, di fatto, impossibile un reale spazio di intervento entro le strutture organizzative; ci sono alcuni psicologi che, dopo anni di esperienza e dopo molte frustrazioni vissute nei loro tentativi di "introdurre il cambiamento" all'interno delle organizzazioni, teorizzano oggi l'impossibilità di un reale intervento.

Riteniamo che questo pessimismo sia figlio di una carenza teorica sulla tecnica dell'intervento; un approfondimento dei modelli di analisi e di funzionamento del gruppo come strumento di relazione tra azione e pensiero può di fatto rendere possibile ed altamente interessante la realizzazione di interventi psicosociali entro le strutture produttive.

Se ora pensiamo alla dimensione psicoterapeutica, è pure importante evidenziare la necessità di approfondire l'analisi della domanda, entro la quale verificare la possibilità o meno di quel duplice livello del lavoro di gruppo cui facciamo riferimento in questa nostra proposta.

Anche in questo caso si possono evidenziare situazioni personali, problematiche e richieste terapeutiche che non è possibile "trattare" attraverso il gruppo ad orientamento analitico. Non si tratta, è bene sotto-

linearlo, di aree della psicopatologia ben individuata, per le quali è controindicato il gruppo, del tipo «i nevrotici sì, i perversi no». Si tratta piuttosto di situazioni che possono essere comprese e descritte puntualmente solo nel corso dell'analisi della domanda, e che sono di fatto irripetibili nella loro configurazione complessa.

L'indicatore di una impossibilità a realizzare un progetto terapeutico nel gruppo, può essere individuato secondo noi nella difficoltà a passare dall'agito al pensiero, o di converso nella difficoltà ad agire le fantasie entro un contesto di relazione.

Questi limiti, che peraltro riconducono più in generale ai limiti dell'intervento psicologico clinico, possono essere discussi, confrontati nelle differenti esperienze, sconfermati o modificati. Essi peraltro stanno ad indicare, nella loro indubbia efficacia, le difficoltà di una prassi, e la strada ancora lunga che in questa direzione rimane da percorrere.

Per una teoria del cambiamento. Lo spazio "anzi"

Chi ci ha seguiti in questo cammino, nel quale abbiamo tentato di definire alcuni elementi per noi rilevanti al fine di una teoria della prassi clinica con il gruppo, avrà più volte incontrato il tema del cambiamento; tema centrale nell'intervento clinico.

Qui proponiamo una nostra lettura di questo tema. È una lettura forse inusuale, sia nella terminologia usata che nei contenuti proposti. Speriamo che la lettura di questo capitolo possa motivare alla ricerca in un'area della psicologia clinica così interessante e così problematica.

5.1. Per una definizione dell'"anzi"

Erwin Panofsky, nell'introduzione ai suoi *Studi di iconologia* (1939), rileva che al culmine del periodo medioevale (XIII e XIV secolo), nel campo dell'arte figurativa si verificò una disgiunzione, una scissione diremmo in un linguaggio di matrice psicoanalitica, tra i *motivi* classici da un lato, che non erano più impiegati per la rappresentazione di *temi* classici, e i temi classici dall'altro, che non erano espressi per mezzo di motivi classici¹.

Gli esempi portati dall'autore sono numerosi e molto convincenti: basti ricordare i due rilievi sulla facciata di San Marco a Venezia, l'uno romano raffigurante Ercole che porta il cinghiale di Erimanto, l'altro del XIII secolo, che riprende i motivi del primo sino ad apparirne una copia, ma raffigura il tema allegorico della Salvezza; per converso, l'illustrazione ritrovabile nel Codice *olim* Vienna del X secolo, alla Biblioteca nazionale di Napoli, rappresenta Enea e Didone come un'elegante coppia medioevale che gioca a scacchi, anziché un eroe classico al cospetto della sua amante.

È interessante ripercorrere con Panofsky le ragioni che possono giu-

¹ Per motivo artistico, Panofsky intende il soggetto primario o naturale di un'opera d'arte, che si coglie in essa identificando le pure forme, la rappresentazione di oggetti e la relazione mutua tra essi quale evento. Il soggetto secondario o convenzionale di un'opera lo si coglie, di contro, collegando i motivi artistici con i temi (per esempio, rendendosi conto che una figura femminile con accanto una ruota dentata rappresenta S. Caterina). I temi si esprimono in immagini, storie e allegorie.