

Il gruppo come strumento di formazione in psicologia clinica

Silvia Tarallini

Abstract

Intraprendere una descrizione della propria esperienza di formazione in psicologia clinica significa riflettere sul rapporto che intercorre tra teoria e prassi all'interno di un processo rivolto all'acquisizione di competenze professionali. Nel mio caso, tale percorso si è realizzato all'interno di esperienze di gruppo avviate in alcuni Servizi di Salute Mentale (CSM) di Roma, a cui ho partecipato in qualità di tirocinante psicologa e osservatore.

Parole chiave: teoria, prassi, formazione clinica, gruppo, servizi di salute mentale.

Generalmente, quando ci si appresta ad analizzare un qualsiasi fenomeno si ritiene importante offrire una definizione puntuale dell'oggetto di interesse. Con la definizione attribuiamo delle caratteristiche all'oggetto esaminato, circoscrivendolo in base alle conoscenze che utilizziamo per indagarlo. È evidente che la "forma mentis" dell'osservatore-ricercatore influisce sul processo di indagine e determina il modo con cui entra "in relazione con" il sistema osservato. È il tipo di approccio adottato a stabilire « *le questioni di interesse, oltre che la maniera di porre le domande e la modalità con cui si cerca di dar loro risposta*» (Zucchermaglio, 2003, pag. 153). Teoria e prassi appaiono pertanto strette da un *doppio legame* ma, come ha descritto Bateson (1972), tale interazione diviene disfunzionale quando è collocata all'interno di una dinamica composta da messaggi confusivi e contraddittori.

Questa semplice premessa vuole evidenziare il ruolo decisivo svolto dai paradigmi teorici nella pratica clinica e ricordare di non trascurare la variabile dell'errore epistemologico in un ambito così articolato. Infatti, « *l'indagine in psicologia clinica è centrata su un oggetto di studio particolarmente complesso quale la psiche umana nelle sue varie sfaccettature e per questa ragione corre il rischio costante di essere soggettata a riduzionismi tendenti ad isolare i fenomeni dal contesto in cui si verificano* » (Settineri, Mento, Quattropiani, 2014, pag. 45).

Allora, quale competenza dovrebbe acquisire uno psicologo clinico e/o psicoterapeuta nel suo percorso di formazione?

Se concepiamo la competenza « *non come uno stato del soggetto (la teoria), né come uno stato del mondo (la prestazione) ma come un processo che connette soggetto e mondo in un'unità superiore che è quella del soggetto in situazione*» (Frega, 2012, pag. 86), è possibile affermare che uno psicologo-psicoterapeuta dovrebbe collocarsi in quella « *zona di perplessità e incertezza tra teoria e prassi, in una zona precaria e "privilegiata" [...] in opposizione alle scienze cosiddette esatte o anche alle teorie avvolgenti e globali [...] (Questo) permette concretamente un'azione di resistenza alle dinamiche del potere disciplinare* » (Colucci, 2004, pag. 13). Con tali affermazioni non intendo minimizzare l'importanza di una specifica formazione, né

smantire la necessità di mantenere un costante confronto con le esperienze condotte e documentate da altri, ma affermare che formarsi significa allenarsi alla costruzione di un pensiero che sia capace di rispondere alle diverse esigenze che emergono, senza trincerarsi dietro le certezze di una disciplina e/o di una scuola.

Ora, volendo analizzare il contesto di gruppo esclusivamente come momento di apprendimento nella formazione psicologico-clinica, si potrebbe affermare che esso, a differenza di altri dispositivi, meno si presta ad una applicazione strumentale del sapere e più facilmente permette di apprendere nel corso dell'azione. La versatilità del gruppo, sia esso terapeutico, socio-riabilitativo o di lavoro, al di là dei singoli e diversi obiettivi che si prefigge o cerca di raggiungere, risiede nella sua conformazione naturalmente reticolare che conferisce pluralità e molteplicità alla situazione. Infatti il gruppo, quando non diviene luogo di omologazione ma spazio condiviso, permette di de-costruire il pensiero unico e individuale.

Se prendiamo ad esempio la riunione di équipe che si svolge all'interno di una Comunità Terapeutica, in cui gli operatori si scambiano informazioni, osservazioni, aggiornamenti sul comportamento del paziente all'interno della struttura, rileviamo che è l'insieme delle osservazioni a costruire il quadro clinico, che viene valutato in base alla relazione che è in grado di instaurare con ciascun operatore in uno specifico contesto o attività. Inoltre, l'anima dell'intervento risiede proprio nella sinergia e nella condivisione degli obiettivi terapeutici tra gli operatori stessi, attraverso la creazione di uno spazio di pensiero comune. Allo stesso modo, in un gruppo psicoterapeutico è possibile osservare come il processo circolare - che va dall'individuo al gruppo e che torna al singolo arricchito e ampliato - sostenga il cambiamento, attraverso l'ascolto, la condivisione e il contenimento. Il gruppo pertanto permette di accogliere nuovi pensieri e di tollerare punti di vista anche contrastanti, aumentando parallelamente la consapevolezza dell'atteggiamento mentale messo in campo.

Un altro grande merito attribuibile a questo strumento, al di là delle specifiche applicazioni, è la capacità di declinarsi in maniera creativa nelle diverse situazioni. Ne sono un esempio le innumerevoli attività di gruppo che vengono realizzate nei servizi pubblici di salute mentale. L'operato dei professionisti che utilizzano questo strumento dimostra con forza come sia ancora possibile de-istituzionalizzare l'intervento, creando cioè una rete di supporto sociale e non solo istituzionale.

Proprio per le caratteristiche ecologiche del suo setting, il gruppo riproduce l'aspetto sociale della vita di relazione e pertanto migliora le competenze e le capacità interpersonali. Quando è aperto ed eterogeneo consente, da un lato, di conoscere una molteplicità di opinioni e ipotesi sullo stesso problema, che si offrono come alternative alle proprie, e dall'altro diviene un laboratorio in cui fare esperienza dell'alterità, che è fuori ma anche dentro di noi. Emblematico in questo senso è ciò che ho potuto osservare all'interno del Gruppo Transculturale che si tiene presso un CSM della ex ASL RMB. Questo intervento psicoterapeutico si configura come un luogo e uno spazio "protetto" che restituisce a ciascun partecipante il senso della propria appartenenza, attraverso il ricordo e il recupero delle proprie radici culturali, favorisce l'*attraversamento* dei propri atteggiamenti mentali, pregiudizi e stereotipi al

fine di sviluppare nuove trame narrative e relazionali (Ancora, 2006). Accoglie pazienti italiani e stranieri e ciascun partecipante, grazie al racconto e al confronto tra culture, religioni e credenze diverse, si riappropria delle proprie origini e allo stesso tempo comprende che nessuno incarna pienamente uno stereotipo. Contemporaneamente consente agli operatori di acquisire la capacità di decentrarsi e di riconoscere gli aspetti culturali nelle proprie reazioni emotive.

Il gruppo è infatti un sistema che favorisce l'apprendimento reciproco anche quando la finalità è solo apparentemente performativa. Penso ad esempio, a una attività riabilitativa gruppale condotta da uno psicologo in una Comunità Terapeutica (CT) pubblica romana che accoglie pazienti psichiatrici gravi. I pazienti - che si riuniscono settimanalmente per organizzare un'uscita mensile a una mostra con pranzo al ristorante - imparano a progettare discutendo insieme i diversi interessi, migliorando così le proprie capacità di cooperazione, apprendimento e di lavoro in gruppo. Questo intervento di riabilitazione psicosociale, che si ispira alla Psicologia della Salute (Bertini, 2012) e allo "Strengths model" (Rapp, Goscha, 2006), prevede che i pazienti si spostino in gruppo e senza operatori con i mezzi pubblici verso la meta prestabilita. Tale attività migliora la prosocialità, la gestione dei sintomi psichiatrici e diminuisce il ritiro sociale. Ricordo con grande affetto quando, alla fine di una visita a un museo romano, una guida ci chiese se facessimo parte di un'associazione culturale visto l'interesse e le conoscenze mostrate da ciascun paziente. La valorizzazione delle competenze, piccole o grandi che siano e dei punti di forza è un aspetto che non andrebbe mai trascurato nella presa in carico, soprattutto nelle gravi patologie psichiche. Il "fare insieme" è un ottimo espediente per far emergere le proprie qualità e per far sì che vengano riconosciute, al fine di assumere un ruolo attivo nel processo di cura. Ne è un esempio anche il Gruppo di giardinaggio e ortoterapia, realizzato dagli operatori di un Centro di Salute Mentale della ex ASL RM B in collaborazione con l'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" e alcune cooperative presenti sul territorio. Orientato ai principi dell'ergoterapia, favorisce il benessere fisico e psicologico degli utenti affiancandoli nella cura e nella gestione del verde (coltivazione di ortaggi, fiori e altre piante), stimolando lo sviluppo delle capacità di interazione e partecipazione. In un siffatto contesto il paziente diviene anche cittadino attivo nella cura di orti urbani presso il quartiere in cui vive.

La condivisione emotiva assume un ruolo fondamentale in queste esperienze di gruppo poiché permette l'espressione dei propri sentimenti e la costruzione di uno spazio fisico e simbolico di apertura all'altro. In questo senso, va segnalata un'altra attività terapeutica gruppale, la Psicoanalisi multifamiliare. Questo strumento si configura come uno spazio di pensiero e di condivisione emotiva, sfrutta il fattore terapeutico del *rispecchiamento reciproco inter-familiare* (Bruschetta, 2012) per cercare di sostenere il processo di elaborazione dei propri vissuti. Si basa sull'ipotesi che la sintomatologia psichica si associ a una trasmissione transgenerazionale di vissuti impensabili e non elaborati e ha la funzione di allentare i vincoli familiari di interdipendenza patogena e patologica (Badaracco, 2000), pertanto coinvolge contemporaneamente pazienti e familiari in un setting di gruppo allargato. Attualmente, tale intervento viene realizzato in molti Servizi di Salute Mentale

romani, ma ricordo con grande affetto il gruppo del CSM di Frascati (ex ASL RM H) poiché la tonalità emotiva di alcuni incontri risuona ancora forte dentro di me.

Il racconto di episodi legati alla propria storia però non sempre viene facilitato dal colloquio vis a vis, in alcune occasioni è necessario agevolare il ricordo attraverso l'utilizzo di *stimoli*, come ho potuto sperimentare all'interno del gruppo di scrittura autobiografica. La lettura di alcuni miti o l'utilizzo di un gioco di interazione - ad esempio al *Gioco della Vita* di Duccio Demetrio (1999) - ha permesso a ciascun partecipante di narrarsi e conoscersi all'interno di un clima di fiducia reciproca, abbattendo quelle difese che si erigono in contesti più rigidamente strutturati. Tale intervento facilita il processo di rielaborazione delle esperienze poiché, attraverso lo sforzo di trascrizione delle proprie riflessioni, rende maggiore e più acuta la capacità di analisi interiore e la condivisione permette di rileggere e ri-significare i propri ricordi. La costruzione di un *clima* capace di sostenere i processi di gruppo è un compito che spetta al conduttore e implica un costante lavoro di negoziazione con le componenti affettive, comunicative e relazionali in campo.

Come è possibile constatare dalla varietà degli interventi sopradescritti, il gruppo è uno strumento poliedrico e, se supportato da un modello teorico e da un pensiero critico, può essere dilatato e modificato nella presa in carico delle problematiche più gravi dei pazienti (ma non solo). Parafrasando Kurt Lewin (1951) potremmo affermare che non c'è nulla di più pratico di un "pensiero" se esso diviene capace di unire riflessione ed esperienza. Prima di "pensare" è necessario però "saper ascoltare" poiché, come è stato anche raccomandato dal Comitato Nazionale per la Bioetica, «*Aldilà delle modalità diagnostico-cliniche dell'anamnesi, l'ascoltare e il saper ascoltare ha anche un valore etico in quanto è assunzione e riconoscimento del malato non come altro da me ma come un altro io che dà significato al rapportarsi con lui e quindi a me stesso. Il valore etico dell'ascolto consiste pertanto in una scelta di autolimitazione che lo psichiatra – lo psicologo clinico e l'operatore qualificato, aggiunge la psichiatria triestina in un documento di sintesi - compie espellendo la ricorrente tentazione del narcisismo e del sentimento di onnipotenza per collocarsi nella dimensione dell'incontro e dell'amore*» (Schiavone, 2000, pag. 28).

Bibliografia

Ancora, A. (2006). *I costruttori di trappole del vento. Formazione, pensiero, cura in psichiatria transculturale*. Milano: FrancoAngeli, 2010.

Badaracco, G. J. E. (2000). *Psicoanalisi multifamiliare. Gli altri in noi alla ricerca di noi stessi*. Torino: Bollati Boringhieri, 2004.

Bateson, G. (1972). *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi, 2000.

Bello, F., Mannu, J., Baroni, E. (2008). La riabilitazione psicosociale tra riparazione e danno e promozione della salute: lo strengths model. *Psichiatria e Psicoterapia*, 27(4): 283-91.

Bertini, M. (2012). *Psicologia della Salute*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

- Bruschetta, S. (2012). Il gruppo in psicoanalisi multifamiliare per il trattamento di minori con grave patologia mentale in Comunità Terapeutica. *Plexus*, 9.
- Caltagirone, G., Smargiassi, M. M. (2003). *Processo terapeutico in comunità e funzioni curanti*. Atti del Corso di Perfezionamento della Comunità Il Porto, Torino.
- Colucci, M. (2004). *Isteriche, internati, uomini infami: Michel Foucault e la resistenza al potere*. In *Aut Aut* n°323, pp.111-134. Reperito in http://www.deistituzionalizzazione.trieste.it/letteratura/Letteratura/colucci_2004_isteriche-internati-ecc.pdf.
- Demetrio, D. (1999). *Il gioco della vita. Kit autobiografico. Trenta proposte per il piacere di raccontarsi*. Milano: Guerini e Associati.
- Frega, R. (2012). Conoscenza e competenza. In P. G. Bresciani, *Teorie, metodi, esperienze dall'analisi alla certificazione* (pag.86). Milano: FrancoAngeli.
- Lewin K. (1951). *Teoria e sperimentazione in psicologia sociale*. Bologna: Il Mulino, 1982.
- Nucara, G, Menarini, R., Pontalti, C. (1995). *La famiglia e il gruppo: clinica gruppoanalitica e psicopatologia*. In F. Di Maria, G. Lo Verso, *La psicodinamica dei gruppi*. Milano: Cortina.
- Schiavone, M. (2000). *Fondamenti bioetici*. In Comitato Nazionale per la Bioetica, *Psichiatria e salute mentale: orientamenti bioetici*, pag. 28. Roma: Presidenza del Consiglio dei Ministri. Dipartimento per l'informazione e l'editoria. Reperito in <http://presidenza.governo.it/bioetica/pareri.html>
- Settineri, S., Mento, C., Quattropani M.C.(2014). *Handbook di psicologia clinica. A cosa serve la psicologia clinica nella mia pratica professionale*, pag.45. Disponibile in <https://books.google.it/>
- Rapp, C. A., Goscha, R. J., (2006). *The Strengths Model, case management with people with psychiatric disabilities*. Oxford University Press.
- Zucchermaglio, C. (2003). *Gruppi e interazioni sociali*. In G. Mantovani, *Manuale di psicologia sociale* (pag.153). Firenze: Giunti Gruppo Editoriale.

Nota sull'autore

Silvia Tarallini: psicologa, specializzanda in psicoterapia a indirizzo psicodinamico e orientamento etnopsicoterapeutico presso il Centro Studi Sagara.

e-mail: silvia.tarallini@libero.it