

Note introduttive sulla terapia di Gruppo in ottica CMT

a cura di:

Giorgia Giusti, Alessio Reveglia, Marta Rodini, Federica Buonfantino,
Omar Bellanova, Lorenzo Guidobaldi, Sara Fabbri

L'obiettivo di questo scritto è di illustrare le potenzialità terapeutiche del gruppo alla luce dell'impianto teorico della Control-Mastery Theory, descrivendone le fasi cruciali: la fondazione e l'avvio di un gruppo terapeutico. Si introdurranno inoltre ipotesi e modalità di verifica (mappa del gruppo) legate alla configurazione del piano inconscio individuale all'interno di una dimensione gruppale.

La *Control-Mastery Theory* offre una cornice utile per comprendere ciò che rende un'esperienza terapeutica trasformativa. I suoi fattori terapeutici principali riguardano, da un lato, la possibilità per il paziente di vivere un'esperienza emotivamente correttiva mettendo alla prova—attraverso i test—le proprie credenze patogene e osservandone la disconferma; dall'altro, l'*insight*, che consente di ricollegare tali vissuti alla propria storia personale, riorganizzandone il significato (Gazzillo, 2021). Perché questo processo possa attivarsi, è fondamentale che la persona percepisca un sufficiente *senso di sicurezza*, condizione che le permette di ricominciare a lavorare per perseguire i propri obiettivi riducendo l'impatto delle credenze patogene.

Partendo da questi presupposti, possiamo chiederci in che modo il lavoro di un paziente all'interno di un gruppo terapeutico possa favorire esperienze emotive correttive. La presenza di molti membri, ognuno con il proprio modo di comunicare e di entrare in relazione, crea un contesto ricco e plurale. Tuttavia, tale pluralità porta con sé delle inevitabili crisi relazionali, un po' come è stato già osservato all'interno di un contesto di terapia di coppia o familiare (Crisafulli, Rodomonti, 2018). Nella rete di relazioni che andrebbe a generarsi

dall'istituzione del gruppo, troviamo che il ruolo della conduzione – in un'ottica di mediazione, contenimento e comprensione dei test relazionali che i pazienti mettono in campo – risulterebbe fondamentale per raggiungere gli insight e gli obiettivi desiderati da ciascuno.

È proprio grazie a questa cornice regolativa che i partecipanti all'interno del gruppo potrebbero permettersi di incontrare l'*Altro* senza viverlo come minaccioso. La diversità dei membri diventerebbe così una risorsa: un'occasione per sperimentare un'alterità tollerabile, comprensibile e che non mette a rischio la realizzazione del piano inconscio di ciascun paziente.

In questo senso, la *terapia di gruppo* introdurrebbe quindi una complessità peculiare. L'unità d'analisi non sarebbe più composta soltanto da paziente e terapeuta, ma da un campo relazionale multiplo e dinamico, articolato in diversi livelli:

terapeuta/terapeuti ↔ gruppo,
terapeuta/terapeuti ↔ individuo,
individuo ↔ gruppo,
individuo ↔ individuo.

All'interno di un gruppo terapeutico la costruzione e la regolazione della sicurezza si configurano come gli aspetti trasformativi centrali per ognuno dei partecipanti. I terapeuti dovrebbero garantirla sia nel rapporto col singolo paziente sia nell'intero sistema gruppale, sostenendo una condizione che permetta a ciascun membro di testare simultaneamente il terapeuta, gli altri partecipanti e il gruppo come entità. È proprio questa complessità, se ben contenuta, che pensiamo potrebbe rendere il gruppo un contesto clinico fertile: uno spazio in cui molteplici risposte possono convergere nel disconfermare le aspettative temute dei pazienti da angolazioni diverse, favorendo così esperienze emotive profondamente correttive.

Il gruppo, come già evidenziato da Bion (1961), non è soltanto un insieme di individui ma un *organismo psichico collettivo*, un campo dinamico che ha un proprio funzionamento inconscio. In tale prospettiva, ipotizziamo che il gruppo non sia solo il teatro dei test individuali, ma

possa diventare esso stesso oggetto di test e fonte di sicurezza o insicurezza. Ad esempio, un membro del gruppo potrebbe agire comportamenti che mettono alla prova *la capacità del gruppo* di accoglierlo, contenerlo o sopravvivere a certi affetti (rabbia, dolore, vergogna); il gruppo stesso potrebbe, come entità, testare il/i terapeuta/i, al fine di verificare, per esempio, la capacità di chi conduce di accogliere, contenere e significare il processo in atto, al fine di disconfermare una credenza patogena trasversale e condivisa. Tenendo a mente l'impianto teorico della CMT, queste ipotesi e riflessioni appena avanzate potrebbero permetterci di verificare la possibilità che, dalla pluralità di individui, possa emergere una credenza patogena condivisa con modalità di test proprie che ricordi al terapeuta l'importanza di considerare il gruppo come più della somma delle parti.

Dati questi presupposti, possiamo immaginare il contesto del gruppo come *un "mondo di mezzo" fra il luogo sicuro e protetto della terapia individuale e la realtà quotidiana* (Yalom, 1970). Una dimensione che consente la messa alla prova delle proprie credenze patogene con dei veri e propri "pari", mantenendo un senso di sicurezza di base che il mondo fuori dalla stanza di terapia non sempre offre. Ipotizziamo che la dimensione gruppale non possa che risuonare nell'individuo come una pluralità autentica e dinamica, dove il vissuto e la reazione dell'*Altro* diventino uno spunto di riflessione, più che un pericolo o un attacco, per comprendere la prospettiva altrui, anziché una risposta anti-plan. Dove anche gli altri membri del gruppo, in aggiunta al terapeuta (o ai terapeuti – nel caso di una co-conduzione), possano assumere un ruolo pro-plan per ognuno dei partecipanti. Dove la dimensione di testing, nel qui ed ora del gruppo, possa essere vista, considerata e trattata da varie angolazioni relazionali.

I gruppi, infatti, possono rivelarsi come un dispositivo terapeutico alquanto prezioso: consentono al/ai conduttore/i di incoraggiare l'esplorazione del processo e delle dinamiche relazionali attive nel qui ed ora. *Focalizzare l'attenzione sul processo* costituisce uno degli altri elementi di potere del gruppo: invita ogni partecipante ad affrontare in un clima favorevole e sicuro - di cui la conduzione si fa garante - quei vissuti emotivi che nel passato non erano stati compresi, elaborati e gestiti al fine di superare le proprie credenze patogene.

Bion (1961) suggeriva che il ruolo del terapeuta fosse quello di promuovere la capacità riflessiva del gruppo, di “pensare i pensieri”, di aiutare i membri a spostarsi da una modalità reattiva a una modalità osservante, favorendo la costruzione di significati condivisi. In termini bioniani, questa funzione è ciò che consente al gruppo di passare da un funzionamento dominato dagli *assunti di base* (difensivi, regressivi) a un *gruppo di lavoro* capace di pensare e di apprendere dall’esperienza. Portando avanti questa riflessione, alla luce della CMT, possiamo provare ad immaginare le dinamiche di un gruppo terapeutico come una dialettica continua tra *gruppo primitivo* (modalità di testing elevata sia a livello gruppale che individuale) e *gruppo di lavoro* (funzionamento riflessivo e pro-plan, raggiungimento di insight). In questo quadro il ruolo della conduzione è sì quello di *promuovere una funzione riflessiva del gruppo* ma anche quello di *favorire e mantenere una condizione di sicurezza* necessaria affinché ogni membro possa mettere alla prova, in modo graduale e tollerabile, le proprie credenze patogene e sperimentare nuove forme di relazione, più sane e in linea con i propri bisogni. In questa prospettiva, la sicurezza potrebbe essere considerata non solo il punto di partenza, ma l’esito stesso del processo terapeutico.

I gruppi terapeutici sono tanti, le tipologie innumerevoli, e i contesti che li accolgono variegati. La tipologia di gruppi sulla quale abbiamo iniziato a ragionare in termini clinici fa riferimento ad un gruppo, pensato per un contesto privato, con la partecipazione di massimo 8 persone, che sia tendenzialmente eterogeneo per disturbi ma che abbia una omogeneità negli obiettivi terapeutici. Prima di addentrarci nel discorso “*quale tipo di paziente è adatto ad un gruppo?*”, è necessario sottolineare che la conduzione che riteniamo più opportuna e capace di monitorare la complessità delle dinamiche di un gruppo di questo tipo è la *co-conduzione*: due terapeuti che si alternano nella funzione di intervento attivo e osservazione del processo. In letteratura, tendenzialmente, il paziente che risulta adatto ad un gruppo eterogeneo con scopo terapeutico è una persona con un buon funzionamento, con un buon livello di capacità interpersonali, sufficientemente motivata a iniziare un percorso di gruppo e possibilmente proveniente già da un percorso individuale (Vasta, Girelli, Gullo, 2019). La scelta di una terapia di gruppo deve configurarsi come un vantaggio ulteriore a livello terapeutico rispetto

a un setting individuale. È per questo che spesso, in un contesto privato, alcune tipologie di pazienti vengono sconsigliate per un gruppo: psicosi, intensi vissuti paranoidei, disturbo borderline e/o narcisistico di personalità gravi, discontrollo degli impulsi, tendenza all'acting out, dipendenza da sostanze, grave depressione, livelli di angoscia elevati ecc. Oltre all'aspetto diagnostico, la persona pensata per un gruppo terapeutico dovrebbe già avere un minimo "allenata" la propria capacità d'ascolto, di stabilire un'alleanza terapeutica, di tollerare la frustrazione, di rispettare le regole che lo svolgimento della terapia richiede e di condividere pensieri e vissuti legati alla propria esperienza emotiva (Vasta, Girelli, Gullo, 2019).

Alla luce del contesto teorico della CMT, per comporre in maniera efficace un gruppo terapeutico, occorre tenere conto della *formulazione del piano individuale di ogni potenziale membro*. Questo dà contezza del funzionamento mentale del soggetto, delle credenze patogene che potrebbe esprimere nel gruppo e degli obiettivi di cambiamento che desidererebbe raggiungere. In linea generale, la domanda che potrebbe accompagnare i due conduttori nella composizione di un gruppo è: *"come promuovo un ambiente di sicurezza condiviso da più persone?"*. Ogni membro, per raggiungere i propri obiettivi di cambiamento, dovrebbe sentirsi libero e al sicuro di riflettere nel qui ed ora del gruppo sull'espressione relazionale delle sue credenze patogene strutturate nel là ed allora della sua storia familiare, al fine di un loro superamento.

La formulazione del piano inconscio individuale, effettuabile nei primi 2-3 incontri con il paziente che richiede una psicoterapia, ci aiuta a capire se il setting di gruppo possa configurarsi come una proposta terapeutica adatta ed efficace, anche nel caso in cui la persona in questione racconti di non aver avuto esperienze terapeutiche individuali precedenti. Crediamo sia centrale tenere conto, oltre che delle *risorse di base* della persona (capacità d'ascolto, empatiche, di tollerare la frustrazione e/o l'angoscia, una funzione riflessiva relativamente sviluppata) anche dei suoi *obiettivi di cambiamento*. Potrebbe accadere, ad esempio, che un paziente in ribellione al senso di colpa da separazione/slealtà abbia la necessità di sentirsi legittimato nel suo processo di separazione e dunque di "non appartenenza" a un gruppo. Una persona che presenta un senso di colpa da burdening potrebbe beneficiare del modello di ruolo che fornirebbero gli altri partecipanti prendendosi

dello spazio per le loro necessità e degli incoraggiamenti del terapeuta e dei membri del gruppo a ribellarsi, concedendosi la stessa cosa. Un odio di sé preponderante, invece, potrebbe richiedere più un setting individuale e un'attenzione che sia unica da parte del terapeuta.

Se una persona non avesse mai affrontato un percorso di psicoterapia individuale, e il clinico, sulla base di alcune valutazioni caso-specifiche, considerasse i suoi obiettivi efficacemente raggiungibili all'interno di un gruppo terapeutico, consigliamo un *percorso di preparazione al gruppo*, che metta la persona nella condizione di viverci quel setting come un valore aggiunto (Vasta, Girelli, Gullo, 2019). Questo per una serie di ragioni, elencate e ribadite in questi punti:

- se non si conosce già il paziente, occorre effettuare una valutazione e dunque una formulazione del suo piano inconscio;
- è necessario prestare attenzione a, e valutare, la motivazione del paziente a partecipare al gruppo e ad accettare tutte le regole che lo caratterizzano (partecipare sempre, almeno per un anno, rispetto per gli altri e la loro privacy, arrivare puntuale, pagamento degli incontri). Queste regole aiutano da subito il paziente a comprendere che il percorso che sta per intraprendere, per essere efficace, richiede un suo impegno in termini continuativi. Questo aspetto risulta uno dei più importanti e la condizione di base per poter promuovere all'interno del gruppo un contesto di sicurezza che lasci spazio e contenga l'espressione di ognuno, che si astenga dal giudizio, che incoraggi l'espressione autentica dei sentimenti. Il terapeuta, infatti, si rende garante di un atteggiamento reciprocamente rispettoso e valorizzante lo spazio condiviso e chiede questo ai membri stessi;
- è centrale condividere con il paziente quali obiettivi terapeutici potrebbe raggiungere in un setting di gruppo e perché quel setting di gruppo sarebbe più vantaggioso di un setting individuale (o pensarlo in associazione a un percorso individuale), richiamando gli elementi emersi a riguardo dalla formulazione del suo piano inconscio
- occorre introdurre il paziente a come il gruppo potrebbe funzionare in termini di dinamiche, facendo degli esempi (confronto diretto, libertà di dire la propria opinione nel

rispetto degli altri, necessità di un'apertura autentica, condivisione di storie familiari, sogni e vissuti emotivi ed intimi, possibilità che il paziente ritrovi nel gruppo alcune vicende di vita comuni, accostabili alle sue) ed esplicitare anche quali risorse personali proprio in quel contesto potrebbe mettere in campo.

Queste sono le prime fasi che abbiamo immaginato di un gruppo terapeutico come precedentemente descritto:

T-1: In una fase precedente alla fondazione del gruppo, i due terapeuti procederanno a valutare all'interno di 2-3 colloqui conoscitivi il funzionamento di ciascun paziente che si vuole inserire nel gruppo. Come detto in precedenza, in questa fase vengono discussi gli obiettivi realisticamente raggiungibili nel gruppo e le regole che faranno da cornice all'esperienza. Al termine di questi colloqui i clinici dovrebbero essere in grado di formulare il piano inconscio individuale di ciascun paziente, strumento che fornirà lo scheletro da cui partire per riflettere sulle dinamiche di gruppo che si costruiranno;

T0: In questa fase il gruppo si riunisce per le prime volte, i membri cominciano a conoscersi e a fare inconsciamente i primi test, per individuare tra loro le possibili figure a cui potersi avvicinare emotivamente e quelle da cui tenersi lontani se portatori di tematiche in contrasto col proprio piano. In questi incontri i pazienti condivideranno per la prima volta i loro obiettivi con il gruppo, e i due terapeuti, al fine di alimentare e promuovere un progressivo contesto di sicurezza, ribadiranno le regole del gruppo.

T1: Dopo un tempo di conoscenza, di circa due-tre mesi, ipotizziamo che i membri del gruppo comincino a stabilire dei legami più forti l'uno con l'altro. Ipotizziamo che in questa fase possa essere possibile individuare dei *circoli virtuosi* tra i membri che riescono ad essere reciprocamente pro-plan e la nascita di alcuni possibili *circoli viziosi* nella relazione tra i membri i cui test vengono falliti ripetutamente (Crisafulli e Rodomonti, 2018). In quest'ultima fase, il lavoro del clinico in ottica CMT può essere

profondamente trasformativo. Se da una parte, infatti, il gruppo potrebbe diventare un grande facilitatore che permette ai membri di testare le proprie credenze patogene, alcuni individui potrebbero trovarsi a fallire i test dell'altro nella speranza che vengano passati i propri. In modo simile ad una terapia di coppia, dunque, sarà fondamentale per il clinico lavorare su questi aspetti (Crisafulli, Rodomonti, 2018).

Quando i membri del gruppo avranno cominciato a stabilire delle relazioni significative tra loro sarà a nostro avviso possibile catturare una “fotografia” del funzionamento del gruppo e costruire una *mappa*. Questa mappa sarà sia uno strumento di monitoraggio del lavoro del gruppo, sia un ulteriore strumento di orientamento al lavoro clinico. Non avrà dunque una funzione predittiva, come il piano individuale, ma prevalentemente descrittiva del funzionamento del lavoro del gruppo in quella data seduta o periodo. Costituirà anche una fotografia visiva: un disegno in cui verranno riportati tanti cerchi, quante sono le persone che partecipano al gruppo terapeutico. La disposizione dei cerchi terrà conto anche della posizione di dove si sono sedute le persone quel giorno (e quanto questa sia stabile nel tempo). In ogni cerchio/persona verranno riportati sommariamente gli obiettivi del proprio piano inconscio individuale su cui la persona sta lavorando nel gruppo, le credenze patogene che più sta cercando di testare in quel dato periodo e gli insight eventualmente raggiunti. La mappa del gruppo fornirà dunque una descrizione grafica dello stato delle relazioni che ciascun membro ha con gli altri, con particolare attenzione alla presenza di circoli virtuosi (linea continua) e di circoli viziosi (linea spezzata). Tali circoli verranno descritti e collocati in fondo alla mappa, segnalando i test e il superamento o non superamento del test che i membri mettono in atto.

T....

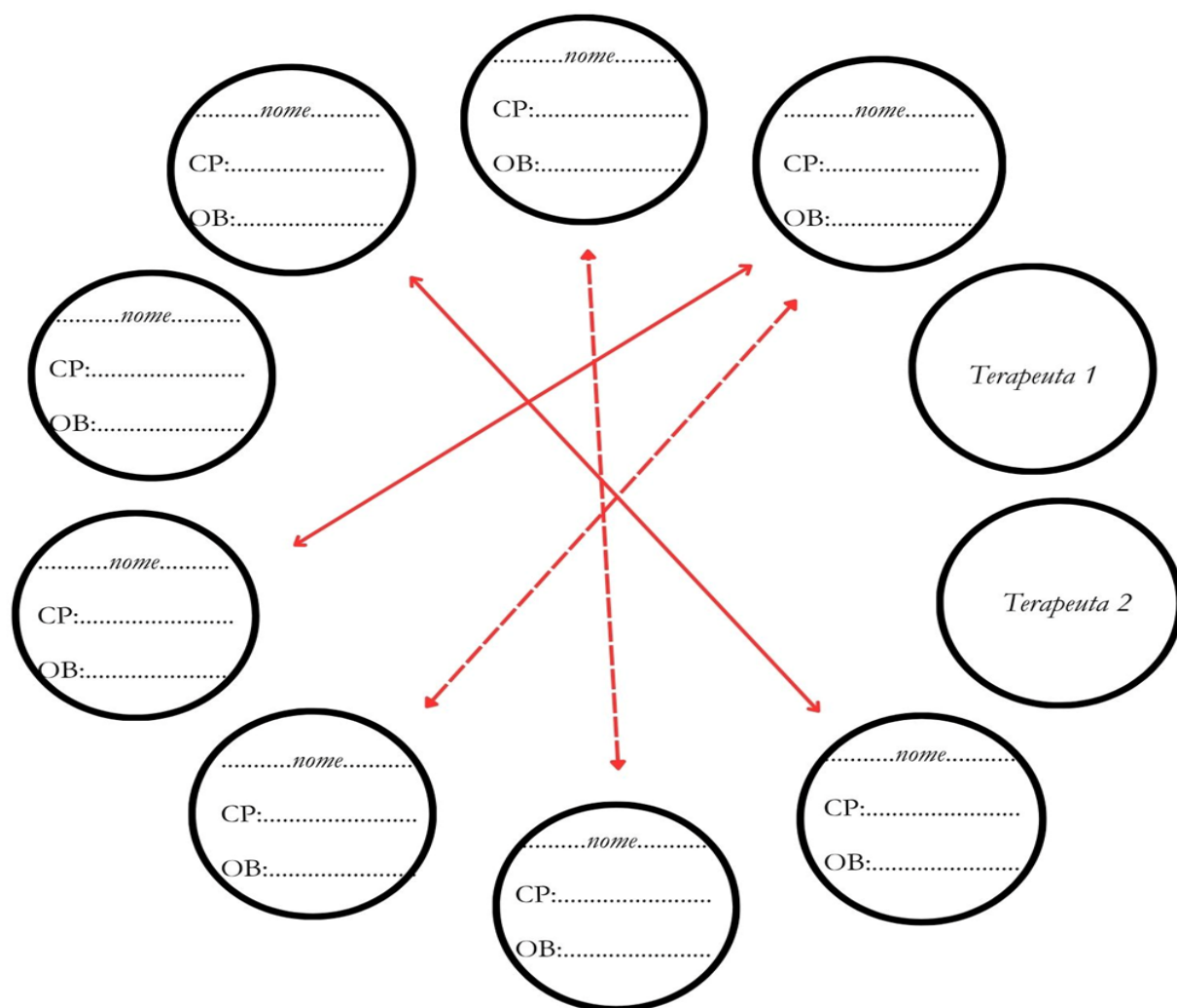
.....data.....

Mappa del Gruppo

Legenda:

Circoli viziosi - - - - -

Circoli virtuosi _____



Circoli viziosi prevalenti:

Circoli virtuosi prevalenti:

Per compiere una prima osservazione di quanto ipotizzato, tramite l'esperienza di una simulata, abbiamo condotto e analizzato un piccolo gruppo esperienziale, della durata di cinque incontri, secondo i principi della CMT. Questa esperienza, seppur breve, ci ha permesso di mettere in luce alcune dinamiche fondamentali, caratteristiche della fase iniziale di costruzione di un gruppo (T0).

Sin dai primi momenti è emerso nei partecipanti il bisogno di comunicare “chi si è” e “cosa si vuole”, esplicitando obiettivi e credenze, e fornendo così al gruppo elementi centrali per essere compresi. Riteniamo che questo sia espressione di una motivazione inconscia a comunicare il proprio piano (*coaching informativo*), analoga a quella che osserviamo nei primi colloqui individuali, e possibile in una fase in cui il gruppo si configura ancora come una somma di individui più che come un organismo coeso.

Nei primissimi incontri, il gruppo si è mosso con maggiore cautela, come ad esplorare e comprendere l'altro per contribuire ad un clima di progressiva sicurezza. Ipotizziamo, infatti, che i pazienti che scelgono di partecipare ad un setting terapeutico gruppale, tengano conto (inconsciamente) della necessità di *collaborare* per costruire un contesto sicuro per sé e per gli altri. In linea con quanto proposto da Tomasello (2022), gli individui che agiscono all'interno di un “noi” *cooperativo*, collaborano in vista di un vantaggio comune. Pertanto, pur senza l'intenzione consapevole di favorire la disconferma delle credenze altrui, i partecipanti sembravano inconsciamente orientati a co-costruire una sicurezza comune.

Inevitabilmente, sono emerse molte risonanze tra i partecipanti che costituiscono la base per un lavoro vicario sulle proprie credenze patogene. Ad esempio, credenze condivise venivano messe alla prova in modi differenti, fornendo la possibilità di sperimentare esperienze emotive correttive implicite e multiple. Al contempo, sono affiorate credenze tra loro contrastanti - come nel caso di un partecipante che, raccontando della propria relazione, *testava* per ribellione una credenza da *burdening*, attivando in una compagna di gruppo - che si identificava con la partner del compagno - una reazione speculare di ribellione alla responsabilità onnipotente. In questi scambi potenzialmente anti-plan, svolge un ruolo cruciale il conduttore (nel nostro caso unico) che, meta-comunicando il processo ed

esplicitando le dinamiche in atto, ha aiutato i membri a comprendere in vivo la mente dell'altro. La possibilità di integrare le prospettive di eventuali piani discordanti costituisce, a nostro avviso, un aspetto centrale del lavoro di gruppo, in cui il “conflitto” può trasformarsi in un'occasione di comprensione reciproca, utile alla gestione di dinamiche relazionali al di fuori del setting terapeutico.

Per concludere, utilizzare il riferimento teorico della *Control Mastery Theory* nel lavoro con i gruppi sembra configurarsi come un aspetto arricchente. L'invito è quello di continuare a fare esperienze nei gruppi alla luce di questo impianto teorico, al fine di poter rendere sempre più efficace un intervento terapeutico che non può non considerare la risonanza dell'alterità dell'Altro nel catalizzare un processo di cambiamento profondo.

Bibliografia:

- Bion, W. R. (1961). *Esperienze nei gruppi e altri saggi*. Armando editore.
- Crisafulli V., Rodomonti M. (2018) *Il Metodo per la Formulazione del Piano di Coppia (PFMc)*
- Gazzillo, F. (2021). *Fidarsi dei pazienti: introduzione alla Control Mastery Theory*. Raffaello Cortina Editore.
- Gazzillo, F. (Ed.). (2023). *La Control-Mastery Theory nella pratica clinica*. Carocci.
- Tomasello, M. (2022). *Dalle lucertole all'uomo*. Raffaello Cortina Editore
- Vasta, F. N., Gullo, S., & Girelli, R. (2019). *Psicoterapia psicodinamica di gruppo e ricerca empirica-Una guida per il clinico*. Alpes.
- Yalom I. D., Leszcz M. (1970) *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo*. Bollati Boringhieri.