

L'approccio di gruppo alla terapia psicologica: narrazione di un'esperienza di dialogo tra metodologie differenti. Gruppi psicanalitici, psicoeducazionali, auto-aiuto.

F.Petrini, D.Bianchi, F.Ginanni.

Introduzione

Il contesto istituzionale sanitario in Toscana mostra una certa sensibilità verso l'impiego di tecniche di gruppo nella promozione della salute psicologica. L'attuazione di percorsi condivisi e di scambio di esperienze sono elementi promossi anche istituzionalmente a livello regionale, trovando concretizzazione nelle linee di indirizzo e nei documenti programmatici che riconoscono i vantaggi di queste iniziative (ne è un esempio il Piano Sociale e Sanitario Integrato 2011-2016). Nonostante questo, ancora molti passi avanti devono essere fatti per mettere in relazione tra loro le varie esperienze nate dal basso e trasmettere agli utenti la necessaria conoscenza sui vari strumenti terapeutici basati sul gruppo. La conoscenza dei rispettivi vantaggi e limiti degli approcci di gruppo sembra essere un elemento strategico anche per i professionisti sanitari, chiamati a svolgere un ruolo importante sia nell'attivazione di esperienze, sia nell'indirizzo dei pazienti verso la forma di gruppo più adeguata. Il proliferare di etichette e di percorsi istituzionali di promozione rischia talvolta di non chiarire sufficientemente il divario esistente a livello metodologico, per questo nel campo della formazione sull'auto-aiuto giova ad ogni livello la promozione di momenti di confronto e dibattito sulle diverse metodologie conosciute.

Tra le esperienze più diffuse a livello regionale in Toscana e più spesso associate con le realtà di auto-aiuto troviamo quella dei gruppi psico-educazionali in salute mentale e quella dei gruppi psicoterapeutici per il trattamento delle dipendenze. In questo contributo sono state quindi paragonate le tre metodologie di lavoro sia per quanto riguarda gli aspetti organizzativi che contenutistici, così da fornire una mappa ed un inquadramento delle specificità dell'auto-aiuto rispetto ad altri modelli di lavoro¹.

Il gruppo psicoeducazionale

Con questa etichetta si fa riferimento per lo più ad uno specifico percorso attivato e finanziato dalla Regione Toscana rivolto ai pazienti del Servizio di Salute Mentale dell'area fiorentina. Secondo le linee di indirizzo regionale del dicembre 2013, la Psicoeducazione è "un trattamento strutturato integrato, il cui obiettivo è incrementare l'empowerment dei pazienti e dei familiari attraverso un processo di collaborazione che consente l'acquisizione di abilità, strategie, attitudini che faciliteranno i pazienti nel raggiungimento dei loro obiettivi realistici di vita. Si propone di valorizzare e promuovere le risorse dei pazienti e dei suoi familiari attraverso la comunicazione di informazioni adeguate sulla malattia, l'insegnamento delle abilità di comunicazione, del problem solving e l'attivazione della funzione riflessiva. Considera l'importanza dei fattori biologici relazionali, psicologici e sociali coinvolti nella genesi e nello sviluppo di una migliore qualità di vita del paziente e del suo nucleo familiare."

¹ Il presente contributo ha tratto origine da un primo momento di confronto nel corso della giornata di studio dal titolo "A ciascuno il suo gruppo", tenutasi in data 25 ottobre 2014 a cura dell'Associazione Coordinamento Toscano dei Gruppi di Auto-Aiuto. L'evento ha coinvolto tre esperti di altrettante metodologie sviluppate a livello regionale:

- il Dottor Marco Lisi, psicologo presso la ASL 10 Firenze, Salute Mentale Adulti (SMA SOS 5), conduttore di gruppi psicoeducativi e di Social Skills Training sul territorio e nei reparti di Psichiatria (SPDC) dell'area fiorentina;
- il Dottor Luciano Mocci, psicologo e psicodrammatista, coordinatore di gruppi terapeutici in contesti di trattamento residenziale per tossicodipendenti;
- la Dottoressa Nubia Gomez, psicologa e psicoterapeuta, consulente dell'Associazione, esperta nell'avvio e supporto di gruppi di auto aiuto per varie forme di disagio e patologia.

Si ringraziano i tre relatori per i loro contributi e per la revisione di questo testo.

La Psicoeducazione nasce intorno agli anni '80 nei paesi anglosassoni (Usa, Inghilterra) a partire dal riconoscimento dell'importanza della famiglia del malato nella gestione e nel decorso della malattia psichiatrica e dall'elaborazione del modello vulnerabilità stress, che pone in primo piano l'importanza della conoscenza delle proprie caratteristiche per evitare evoluzioni patologiche. A partire da queste basi teoriche e dalle proprie esperienze lo psichiatra statunitense Robert Paul Liberman (1998) ha elaborato nel corso degli anni un approccio culturale definito "Recovery", atto a restituire la capacità di scelta al malato psichiatrico, comprendente una tecnica cognitivo-comportamentale che, grazie anche al contributo di Ian Falloon (1988), si è evoluta come metodologia strutturata all'interno dei Servizi Sanitari di vari Stati ed è stata utilizzata in vari settori, dalla Salute Mentale alle malattie croniche, pericolose se non gestite, come l'ipertensione e il diabete.

Il gruppo psicoeducativo propone un percorso orientato sia all'informazione che alla formazione. L'esperienza di gruppo viene considerata come un processo in cui i partecipanti arrivano a costruire una consapevolezza maggiore della propria condizione grazie alla condivisione, allo scambio ed all'apprendimento di informazioni rispetto al proprio disturbo. I membri del gruppo, presentando le proprie difficoltà e i propri vissuti, forniscono il punto di partenza per una fase di approfondimento (non in chiave interpretativa, quanto piuttosto "operativa") iniziando così ad infrangere le strutture del pregiudizio verso sé, verso il Servizio e verso il processo di cura.

Una volta acquisita la dinamica di gruppo e trasmesso un adeguato livello di conoscenza del disturbo il conduttore, che ha un ruolo professionale, cerca di fornire strumenti pratici per la gestione dei sintomi. In base alle specifiche esigenze possono anche essere invitate persone esterne (medici, tecnici, esperti, ecc.) per specifici approfondimenti. Viene attuato un lavoro di connessione fra gli eventi di vita e gli eventi di malattia grazie anche all'impostazione di una "crono-storia personale" il cui scopo è la presa di coscienza individuale rispetto a come i propri eventi stressanti e traumatici, come anche quelli positivi, abbiano avuto un peso nell'acutizzarsi o nell'affrontare la malattia. Favorendo il miglioramento delle capacità di coping e di problem solving, attivando fattori protettivi, si indebolisce l'impatto patogeno dei fattori stressanti che portano la persona ad avere una scarsa qualità di vita.

La forma del gruppo psicoeducativo è molto strutturata e con finalità specifiche. Il principio su cui il conduttore incoraggia il gruppo è la convinzione che la persona, oltre alla fragilità e alla sofferenza, porti con sé le capacità, le risorse e la possibilità di avere un ruolo più attivo all'interno del proprio percorso di cura, di non essere solo soggetto passivo, ma anche di poter agire attivamente per aumentare la propria autonomia e la propria qualità della vita. Il gruppo psicoeducativo si propone quindi di attivare un processo di empowerment e si inserisce all'interno del percorso terapeutico dell'individuo integrandosi con gli altri tipi di intervento (terapeutico, farmacologico, sociale) per potenziarli.

Questa metodologia non rifiuta il coinvolgimento di altri soggetti rilevanti nel processo di cura: operatori, ma anche familiari, amici e volontari possono essere chiamati ad esprimere un ruolo nel percorso di recovery della persona colpita dai sintomi.

Per quanto riguarda il ruolo del conduttore, il suo intervento in questa metodologia è molto presente, dal momento che egli ha scopi *educativi* ed informativi. Il suo obiettivo iniziale è capire come la persona vive il disagio, talvolta renderla consapevole del disagio stesso. La conduzione è molto centralizzata, a tratti frontale, quindi affidata a personale in possesso di competenze specifiche e debitamente formato (psicologi, psichiatri, infermieri).

Per quanto riguarda la gestione dei nuovi ingressi e la durata degli incontri, occorre effettuare una distinzione fra servizi territoriali e servizi ospedalieri della Salute Mentale, entrambi realtà in cui vengono realizzati gruppi di questo tipo. Nel primo caso l'ingresso avviene attraverso l'invio da parte del medico: viene predisposto un colloquio preliminare per valutare se la persona e il gruppo sono compatibili per esigenze ed obiettivi. Si tratta in genere di gruppi chiusi composti da 8-18 persone in fase eutimica con cui viene effettuato un percorso di 12-25 sedute-incontri settimanali della durata di circa 1 ora e mezzo. Nel caso invece dei gruppi organizzati nei reparti ospedalieri non è di solito possibile strutturare gli incontri secondo un programma rigido, considerando la variabilità dei ricoveri e le situazioni di acuzie. La forma del gruppo è dunque aperta e dinamica, dipendente dalle indicazioni dei medici e operatori e dalla disponibilità dei ricoverati (è previsto comunque un accesso volontario). La sua organizzazione è bisettimanale e di durata di circa 1 ora e mezzo. Il focus è centrato maggiormente sulle motivazioni del ricovero e la consapevolezza di malattia, oltre che avere una funzione informativa rispetto ai disturbi ed alle risorse di cura fruibili sul territorio.

Il gruppo terapeutico ad orientamento analitico

La psicoterapia di gruppo può essere definita come una prassi terapeutica in cui il mezzo principe della terapia è il gruppo stesso. Riprendendo il tema caro a Lewin (1948) del gruppo come entità dalle proprietà diverse e superiori da quelle dei singoli partecipanti, in questo approccio il gruppo è un contenitore speciale con caratteristiche particolari e in cui si sfruttano quelle dinamiche peculiari che in ambito psicoanalitico sono state ben descritte da Bion e Foulkes negli anni '40 (Bion, 1961) per definire un modello psicoterapeutico specifico. A metà degli anni quaranta i due autori iniziarono a sperimentare delle forme di intervento in piccolo gruppo a favore dei militari in stato di trauma. La buona efficacia clinica del modello usato, insieme alla sua notevole "efficienza" in termini di "rapporto numerico" tra pazienti trattabili e terapeuti disponibili, segnarono una tappa decisiva nella diffusione e considerazione degli approcci clinici di gruppo.

In questo approccio il gruppo può essere considerato un setting terapeutico specifico che presenta delle peculiari caratteristiche facilitanti lo sviluppo di relazioni, la nascita di legami identificativi, la creazione di una cultura comune e potenti meccanismi trasformativi. Lo spazio del gruppo è uno spazio in cui le persone possono addestrare le proprie modalità relazionali grazie al contatto con gli altri partecipanti e in cui l'elaborazione delle vicende individuali avviene in relazione a quanto accade nel gruppo e ai fenomeni che in esso si manifestano, così che ogni evoluzione e crescita personale diviene un elemento utile e potenzialmente trasformativo per tutti.

In molte occasioni, il gruppo permette ai pazienti di osservare e comprendere meglio i propri pattern relazionali in un contesto più naturale e complesso rispetto alla semplice relazione individuale col terapeuta. L'osservazione delle interazioni altrui, e di quelle del gruppo nel suo insieme, permette inoltre di derivare importanti inferenze su dinamiche comunicative e di ruolo spesso di notevole rilievo clinico.

Centrale nell'ambito del gruppo terapeutico è il ruolo del conduttore, che conduce la comunicazione e guida verso gli obiettivi. Egli deve saper creare le condizioni per cui ogni partecipante possa esprimere le proprie emozioni e i propri sentimenti. Il ruolo è spesso direttivo e non paritario, lo psicoanalista nel gruppo interpreta ciò che emerge nelle dinamiche relazionali ed aiuta a distinguere i fenomeni inconsci collettivi. Per raggiungere gli obiettivi terapeutici il conduttore può utilizzare mezzi espressivi attivi che vanno oltre il verbale al fine di attivare il gruppo. Fra questi lo psicodramma, ideato da Jakob Levy Moreno (1946) negli anni '30 in cui il conduttore utilizza le tecniche e i mezzi del teatro per lavorare all'interno del gruppo proponendo consegne che attivano il gruppo e creano delle situazioni esperienziali su cui ciascuno può riflettere. In questo lo psicodramma si distingue dall'approccio psicoanalitico proponendosi come una psicoterapia di gruppo attiva ed espressiva più che verbale.

Dal momento che nel gruppo è naturale anche il verificarsi di situazioni conflittuali, nei gruppi terapeutici il conflitto non è ritenuto un fattore da eliminare, ma anzi rappresenta un'occasione di trasformazione su cui lavorare insieme. La teoria alla base della metodologia presuppone che il conflitto sia l'anima del cambiamento, perciò deve essere data voce e spazio anche alla conflittualità e deve essere affrontata con delle metodologie privilegiate.

I gruppi terapeutici possono essere sia aperti che chiusi. I primi hanno la possibilità di fare entrare i nuovi membri tramite un colloquio filtro a protezione del gruppo stesso. Questa modalità viene impiegata poiché i componenti possono presentare patologie differenti, per le quali una valutazione clinica è importante ai fini di un inserimento che non danneggi il gruppo stesso. Nel caso in cui il gruppo sia chiuso viene stabilito un ciclo unico di incontri in cui gli stessi membri iniziano e concludono il percorso e in cui viene stabilito un contratto specifico con una modalità di pagamento collegata all'impegno. Può trattarsi quindi di una forma di aiuto a pagamento.

I gruppi terapeutici spesso sono gruppi privati, ma negli ultimi anni si è assistito ad una diffusione anche all'interno dei servizi. Proprio per questo un ulteriore compito del conduttore è quello di lavorare insieme alla rete di servizi e di tenere il gruppo collegato ad essa.

Il gruppo di auto-aiuto

Per quanto riguarda la storia dei gruppi di auto-aiuto, la prima formulazione in chiave metodologica viene fatta risalire alla tradizione dei gruppi degli Alcolisti Anonimi nel 1935; in Italia si trovano primi riferimenti intorno agli anni 60 (Noventa, Nava e Oliva, 1990). In realtà alcuni autori avevano evidenziato in precedenza com il concetto di auto-aiuto, frutto della sedimentazione dell'esperienza di tutti i partecipanti, rappresenti solo la formalizzazione di una funzione umana fondamentale (Kropotkin, 1901). Riessman (1965) parla di principio dell'helper, descrivendo la capacità dell'uomo di aiutare sé stesso nel momento in cui si sente utile nell'aiutare l'altro. Oltre ai gruppi ispirati al modello delle fratellanze a dodici passi esistono molte altre realtà dell'auto-aiuto, che si rivolgono a moltissime problematiche umane e che si organizzano in modo più o meno flessibile in base alle esigenze.

I gruppi di auto aiuto sono portatori di una nuova cultura, stimolano l'assunzione di responsabilità rispetto al proprio cambiamento e al proprio benessere; sono gruppi centrati su un problema comune, orientati all'azione, hanno tra le loro caratteristiche principali la gratuità e l'assunzione personale di responsabilità, mettendo al centro del modello la capacità di *scelta* dei partecipanti. Questo significa che le scelte rispetto a organizzazione e scopi del gruppo devono essere effettuate, secondo la metodologia, direttamente dai membri, in modo democratico e paritario. Ciò conferisce inevitabilmente anche una certa variabilità alle diverse tipologie di gruppo, che si possono differenziare molto tra di loro.

Ciò nonostante, alcune regole possono essere ritenute stabili tra tutti i gruppi di auto-aiuto: in primo luogo la totale riservatezza e privacy nei confronti degli altri partecipanti, compreso l'impegno a non parlare di questioni riguardanti un altro membro se non in sua presenza. In secondo luogo, la partecipazione e la condivisione sono centrati sull'assunzione di una responsabilità personale da parte dei membri: la partecipazione è libera, si tende a parlare in prima persona invece di citare le esperienze altrui. Terzo, tra i membri di un gruppo di auto-aiuto, spesso c'è una focalizzazione esplicita verso l'ascolto attivo, la sospensione di giudizio, evitando di dare consigli se non quelli strettamente relativi alla condivisione di informazioni utili alle cure. Ultimo ma non per importanza il criterio che vuole la partecipazione al gruppo come assolutamente gratuita: quello che viene scambiato tra i partecipanti è esclusivamente un supporto dato volontariamente ed in modo paritario.

A differenza degli altri due metodi, il conduttore viene definito un "facilitatore": preferibilmente una persona che condivide il problema per cui il gruppo si riunisce e che quindi, venendo percepito come paritario, riesce con maggior efficacia a non creare dipendenza da sé negli altri. Promuove la leadership condivisa e riconosce le risorse altrui. Può essere deciso che il ruolo di facilitatore sia svolto a turno, talvolta invece, specie nella fase di vita iniziale di un gruppo, può essere un professionista o un volontario che non condivide il problema ad occuparsi di gestire la comunicazione e supportare i partecipanti nelle scelte organizzative. In questo caso però egli deve sapersi "spogliare del ruolo" ponendosi *veramente* alla pari e giocando anch'egli la sua parte personale ed esperienziale piuttosto che quella professionale. In ogni caso, poiché il facilitatore professionale rappresenta una *distorsione* alla metodologia più compiuta dell'auto-aiuto, è fondamentale che egli sappia fin dall'inizio preparare il gruppo alla propria uscita, rendendolo autonomo, arretrando progressivamente di qualche passo, dandogli lo spazio per trovare una sua autonomia, aiutando ciascun membro a diventare un helper ed infine uscendo, lasciando il gruppo autonomo. Questa competenza è sicuramente la più difficile da acquisire per i professionisti che si avvicinano all'auto-aiuto, ma anche la più centrale perché i veri punti di forza della metodologia si evidenzino.

I gruppi di auto aiuto sono sia aperti che chiusi, in base al problema affrontato ed alle scelte dei partecipanti. L'accesso al gruppo può essere libero o può anche prevedere un colloquio "filtro" o un incontro preliminare.

Poiché dai gruppi di auto-aiuto si può entrare ed uscire liberamente, una delle criticità può diventare la mancanza di partecipanti (gruppi troppo ristretti), con un basso numero di nuovi arrivi in grado di compensare gli eventuali ma fisiologici abbandoni. Per questo motivo è importante che una parte dell'attività di tutti venga dedicata alla promozione, facendo conoscere il gruppo e la propria attività all'esterno. Questo aspetto viene spesso trascurato, ma è invece necessario considerare che la dinamica di confronto tra persone con diversi livelli di esperienza nella gestione della propria malattia è fondamentale per portare benefici sia ai novizi che ai più esperti (Dibb e Yardley, 2006).

Garantire un afflusso di persone che sfruttino la risorsa del gruppo significa spesso doversi confrontare con i Servizi e con i professionisti, così da stimolarli all'invio di persone. Si tratta non solo di far conoscere loro l'esistenza di un gruppo in un certo territorio, ma anche di evidenziarne i benefici e la sua validità come

strumento integrato e non competitivo con gli altri ausili terapeutici. Nella maggior parte delle esperienze i gruppi di auto-aiuto rappresentano infatti una risorsa complementare per i Servizi e per la Comunità locale.

Nei gruppi di auto-aiuto il conflitto può e deve diventare una risorsa, ogni membro può parlare liberamente dei suoi stati emotivi anche in riferimento a ciò che gli provoca rabbia. In questo caso, quando il gruppo è maturo, il conflitto diventa una risorsa per l'evoluzione del gruppo.

Confronto tra i tre modelli: punti di contatto e differenze rilevanti.

In base alla sintetica descrizione dei tre modelli qui descritta è possibile evidenziare alcuni rilevanti punti di confronto su specifiche tematiche. È importante inserire un'attività di questo tipo all'interno della formazione sull'auto-aiuto per aiutare i partecipanti a fare quelle scelte strategiche ed organizzative che guidano nella definizione non solo di un metodo di lavoro, ma anche di un setting terapeutico specifico.

Analizzando ad un livello più superficiale i tre modelli pare evidente come essi si differenzino in primo luogo per la diversa centralità e per il diverso rilievo terapeutico attribuito alla condivisione tra i partecipanti: mentre il gruppo psicoeducazionale, data la sua forma molto strutturata, non sembra avere tra i suoi obiettivi espliciti quello di utilizzare la relazione come strumento di cambiamento, il gruppo terapeutico sembra assegnare un peso crescente a questo fattore, che diventa infine il fattore terapeutico centrale nelle metodologie di auto-aiuto.

Rispetto alle strategie di fronteggiamento, pare inoltre evidente come il gruppo psico-educazionale sia particolarmente orientato alla condivisione di informazioni e strategie pratiche di problem solving, mentre dall'altra parte il gruppo psicoanalitico viene descritto come approccio centrato sulla condivisione e liberazione emotiva, sulla consapevolezza dei propri vissuti nel qui ed ora. Riferendosi al modello sul supporto sociale di House (1981), potremmo parlare nel primo caso di una focalizzazione su un supporto sociale di tipo informativo, mentre nel secondo di un supporto di tipo emotivo. I gruppi di auto-aiuto sembrano in questo caso posizionarsi su una sintesi intermedia tra i due (supporto informativo *ed* emotivo), pur nell'estrema variabilità che contraddistingue le varie manifestazioni di auto-aiuto. Sempre riferendosi al modello di House, sono probabilmente trasversali alle tre metodologie i restanti tipi di supporto: quello strumentale e quello di stima (apprezzamento, considerazione, rispetto e ammirazione che il partecipante può ricevere).

L'aspetto che senza dubbio più si distingue in modo peculiare nelle tre metodologie è il ruolo del conduttore. Mentre nel gruppo psicoeducazionale si tratta di un professionista non necessariamente specializzato, è evidente come nel gruppo psicoanalitico il lavoro interpretativo svolto dal conduttore necessita di competenze professionali altamente specifiche. In entrambi i casi è implicita comunque una posizione di non parità del conduttore rispetto ai partecipanti. Nel caso dell'auto-aiuto, il facilitatore è, almeno idealmente, un pari, con obiettivi aggiuntivi ma non sovra-ordinati rispetto a quelli degli altri partecipanti. Il focus del suo intervento è esclusivamente quello di garantire la circolarità della comunicazione, senza pilotarne i contenuti. Questi si rivelano essere aspetti critici proprio per i professionisti, che talvolta si propongono o sono chiamati a svolgere questo ruolo senza la consapevolezza di quanto esso sia diverso (e talvolta incompatibile) con il loro abituale metodo di lavoro. Infine, coerentemente con gli obiettivi di empowerment dell'auto-aiuto, pare emergere nel terzo metodo una preoccupazione specifica verso la dipendenza che il gruppo può instaurare nei confronti della figura centrale, al punto di individuare strategie di fronteggiamento per questo problema (come la turnazione del ruolo di facilitatore).

Un ultimo tema su cui le tre metodologie divergono è la considerazione del conflitto come elemento terapeutico. Poiché nel gruppo psico-educazionale la relazione come strumento di cura ha un peso esplicitamente minore, è evidente come la stessa ipotesi che si verifichino conflitti è accidentale e non auspicabile. Nel gruppo psicoanalitico l'emersione di un conflitto tra partecipanti viene visto come possibile elemento di riflessione e crescita dal punto di vista intrapsichico ed individuale. Nell'auto-aiuto, invece, il conflitto viene considerato soprattutto per la sua potenzialità di modificare la struttura e gli equilibri stessi a livello collettivo, determinando evoluzioni (o involuzioni) che hanno ricadute su tutto il gruppo, che quindi deve saperle gestire in modo costruttivo.

Un ultimo terreno di confronto riguarda i modelli teorici a supporto dei tre metodi. Mentre nei primi due casi esistono riferimenti scientifici derivanti da autori che hanno divulgato principi teorici in ambito scientifico e professionale, i gruppi di auto-aiuto, anche là dove sia stata sviluppata una letteratura di riferimento, derivano le basi del proprio modello di lavoro dall'esperienza pratica di chi in precedenza ha condiviso gli stessi problemi e le stesse soluzioni. È questo il caso ad esempio dei gruppi a Dodici Passi

(Alcolisti Anonimi, Narcotici Anonimi, ecc.), per i quali esiste un'ampia letteratura di riferimento prodotta secondo un approccio induttivo e bottom-up. Questo comporta una certa flessibilità e la produzione di materiali talvolta altamente specifici per tipo di disagio, oppure altamente centrati sul valore dello scambio umano e dell'approccio non tecnico alla base del lavoro di gruppo.

La breve sintesi fin qui riportata evidenzia alcune differenze certe, tuttavia per una migliore comprensione delle rispettive peculiarità restano da approfondire ulteriori aspetti per cui le similitudini tra le tre metodologie non risultano ancora definitivamente chiare. Ulteriori margini di approfondimento sono ad esempio necessari per quanto riguarda il metodo con cui viene gestito il primo colloquio e la fase di selezione dei partecipanti: questo elemento ha dimostrato in varie ricerche precedenti di essere determinante nel definire non solo i suoi rapporti con il mondo professionale, ma le dinamiche sia individuali che collettive interne al gruppo. Ciò nonostante, le scelte relative a questo passaggio (chi sceglie, secondo quali criteri, dove, ecc.) sono frequentemente gestite in modo automatico e non consapevole, per lo più dando per scontato un'approccio basato sulla delega e sulla de-responsabilizzazione dei partecipanti.

Anche il tema della gestione del conflitto, per la sua complessità e per il suo valore, meriterebbe un confronto sulle singole strategie di gestione nei tre gruppi: è presumibile che tale competenza richieda un maggiore intervento attivo del professionista, o in alternativa una elevata maturità del gruppo nell'auto-regolamentazione delle proprie dinamiche interne.

Concludendo ci sembra comunque corretto affermare che le tre metodologie non presentano elementi di manifesta incompatibilità, rappresentando ciascuna un modo differente di utilizzare il gruppo come risorsa, contenitore dei processi di consapevolezza, strumento di comprensione del proprio disturbo. Diventa tuttavia prioritario informare e rendere note ai Servizi ed ai loro utenti le caratteristiche, il tipo di lavoro svolto e le strategie proprie di ciascuna metodologia, così da aiutare la scelta consapevole in base anche alle proprie specificità e alle proprie problematiche.

Particolare attenzione dovrebbe essere prestata dai professionisti che vogliono contribuire all'attivazione di tali esperienze, così da non alimentare approcci ibridi e con obiettivi sovrapposti. Vista la diversa focalizzazione dei tre metodi, è importante diffondere la consapevolezza che essi non si escludono a vicenda e possono rappresentare tre diversi ausili da seguire anche in contemporanea là dove utile e possibile.

Bibliografia

- Bion, W. (1961). *Experiences in Groups and Other Papers*. London: Tavistock Publications and New York. Tr.It., *Esperienze nei gruppi e altri saggi*. Armando, Roma, 1971.
- Dibb, B., & Yardley, L. (2006). How does social comparison within a self-help group influence adjustment to chronic illness? A longitudinal study. *Social science and medicine*, 63, 1602-1613. DOI: 10.1016/j.socscimed.2006.03.031
- Falloon, I. et al. (1988). *Comprehensive management of mental disorders*. Buckingham Mental Health Service, Buckingham, U.K.. Tr. It., Magliano, L., & Morosini, P. (Eds). *Intervento psicoeducativo integrato in psichiatria: Guida al lavoro con le famiglie*. Erickson, Trento, 1992.
- House, J.S. (1981). *Work Stress and Social Support*. Reading, Mass: Addison-Wesley.
- Kropotkin, P. (1901). *Mutual Aid*. Boston: Extending Horizons Books.
- Lewin, K. (1948). *Resolving social conflicts. Selected papers on group dynamics*. Harper&Row, New York. Tr. It. *I conflitti sociali. Saggi di dinamica di gruppo*. Franco Angeli, Milano, 1972.
- Lieberman R.P. (1998). *Psychiatric Rehabilitation of chronic mental patients*. American psychiatric Press, Washington.
- Moreno, J.L. (1946). *Psychodrama. First Volume*. Beacon House, New York. Tr. It. *Manuale di psicodramma - Il teatro come terapia*. Astrolabio, Roma, 1985.
- Novanta, A., Nava, R., & Oliva, F. (1990). *Self-help. Promozione alla salute e gruppi di auto aiuto*. Gruppo Abele, Torino.
- Riessman, F. (1965). The "helper" therapy principle. *Social Work*, 10, 27-32.