

# **L'uso del gruppo terapeutico nella cura delle gravi patologie organiche**

*Maurizio Salis*

## **Abstract**

L'articolo descrive l'esperienza dell'autore con pazienti oncologici. L'istituzione terapeutica oltre ad offrire spazio ed accoglienza, dà la possibilità di ripensare alla propria situazione non solo in termini organici, ma anche psicologici. Nei percorsi di questi gruppi emerge un pensiero legato alla malattia, concatenato alle vicende della vita, dove la malattia diventa l'occasione per riprendere un contatto con sé stessi, dando significato a ciò che si è vissuto e che si sta vivendo.

**Parole-chiave :** gruppo, malattia, assenza, accoglienza, tempo

L'esperienza che presento riguarda due gruppi di psicoterapia a tempo limitato in un Day Hospital oncologico. I due gruppi sono simili per molte caratteristiche: 14 sedute, una seduta di un'ora con cadenza settimanale, 12 pazienti tutte di sesso femminile, selezionate dal Primario e dalle infermiere del Day Hospital: 9 pazienti con tumore al seno, le altre tre con tumore in differente sede d'organo; co/conduzione con lo staff delle infermiere che a turno partecipano alla seduta. La variabile fra i due gruppi è nella posizione rispetto alla malattia: nel primo gruppo le pazienti sono tutte in chemioterapia, nel secondo l'hanno già conclusa. Queste esperienze si sono inserite in un progetto che ha coinvolto il Day Hospital Oncologico e il Dipartimento di Salute Mentale di Cittadella: i due primari, il dott. Gaion del D.H.O. e il dott. Fasolo del D.S.M., avevano sentito insieme la necessità di attivare un nuovo livello di intervento. Alcune parole chiave attraverso le quali ripensare questi percorsi

## **Prima parola chiave: l'accoglienza**

Sono gruppi di psicoterapia e come tali sono gruppi di accoglienza, su più versanti: accoglienza verso i pazienti e accoglienza dell'Istituzione nei confronti dell'intervento nuovo. Quindi il gruppo diventa il modello di una diversa accoglienza degli interventi all'interno di un percorso istituzionale. Possiamo considerare l'accoglienza come un luogo di esperienza necessario al paziente per sostenere il proprio disagio nel momento in cui si riconosce incapace di sostenerlo da solo, quando si può "illudere" (nell'accezione di Winnicott) che questo disagio possa trovare da qualche parte uno spazio di contenimento. Secondo Riefolo (1996) chiedere una psicoterapia ha il senso di poter sentire che qualcuno possa semplicemente ascoltare e rimanere ad esistere in questa funzione. E' una richiesta, dice De Polo (2000), tanto umana quanto

universale: che ci sia un luogo dove depositare la sofferenza quando si affaccia alla vita sociale e che venga "inventata" una configurazione benefica per il costituirsi di un involucro del sé sentito e rappresentato come protetto. In questi contesti, non è il paziente a chiedere direttamente una psicoterapia, chiede però, attraverso la malattia, un tempo e un luogo in cui ci si possa occupare di lui. L'istituzione terapeutica diventa il punto cruciale dove anche il solo offrire lo spazio, l'accoglienza, la possibilità di fare nello specifico contesto istituzionale (il reparto d'oncologia) una terapia definita psicologica, può attivare la possibilità di ripensare alla propria situazione nei termini di un problema che non è solo organico ma è contemporaneamente psichico. Ricordando l'avvio di queste esperienze, il primo passo concreto è stato il mio incontro con il primario del Day Hospital Oncologico. Appena arrivato in ospedale, dopo essermi presentato con la caposala, ho aspettato in sala d'attesa, insieme a numerosi pazienti, di essere ricevuto dal primario impegnato nelle visite. Inizialmente sono rimasto in piedi, anzi ero l'unico in piedi, nonostante ci fossero alcune sedie vuote. Poi ho pensato di sedermi, mi sono seduto, ma poco dopo mi sono alzato: non sono riuscito a stare seduto, non sono riuscito a mescolarmi con i vari pazienti. Mi sono rimesso in piedi, quasi differenziandomi da tutti gli altri, sentendomi subito "sollevato" in questa posizione diversa da quella dei "malati". Allora ho "sentito" che avviare l'accoglienza non era poi per niente facile. Dopo l'incontro con il Primario, vero atto di nascita del gruppo, ho incontrato le infermiere per discutere con loro il lavoro. In quell'incontro abbiamo discusso il tipo di percorso progettato e abbiamo cercato insieme di capire quale poteva essere il loro ruolo all'interno del gruppo. Si è evidenziata l'immagine dell'infermiere come "mediatore culturale": "esperto d'organo" all'interno del gruppo, per gli aspetti attinenti alle parti più organiche della malattia e alla chemioterapia; collegamento e riferimento continuo tra il "dentro" del gruppo e il "fuori" dell'ambulatorio oncologico. Da questo incontro è emersa anche una pesante domanda: mentre spiegavo loro la preparazione della stanza e l'importanza di tenere le sedie vuote anche per gli eventuali assenti, un'infermiera ha chiesto "e se una paziente muore nel periodo del gruppo, dobbiamo tenere lo stesso la sedia vuota?". Non ero preparato a questo tipo di domande, ma mi sono subito reso conto che loro erano molto più dentro di me nell'atmosfera di questo tipo di gruppo: ero ancora in piedi in sala d'attesa mentre tutti gli altri erano comodamente seduti; e la morte lì dentro era realmente una variabile da considerare, un'eventualità possibile. Ho pensato che togliere la sedia sarebbe stato negare questa possibilità, e negare la possibilità di pensarla, impedire e impedirmi, per dirla con Resnik (1972), la trasformazione da "fatto", dato reale dell'esperienza sul quale si può

-----

fondare il pensiero, in "evento", fatto che si distingue, che è stato liberato e che assume ad un certo momento un significato privilegiato nel tempo e nello spazio. Ho risposto d'istinto: ho detto "sì!, la sedia rimane", ed è come se in quel momento mi fossi finalmente seduto. La sedia vuota richiama la seconda parola chiave, che si potrebbe chiamare l'assenza se non direttamente la morte. La sedia vuota. le sedie vuote, sono state una delle immagini più potenti, più caratterizzanti i vari percorsi... .le assenze. quello che resta sempre fuori.. .assenze che concretizzano quello che non si può portare dentro, e che lo rende visibile e rappresentabile. e che porta a costruire sogni, immagini e significati. I 2 gruppi hanno percorsi molto simili ma le partenze sono diverse. Il primo gruppo (Salis 2001) ha, soprattutto all'inizio, presentato le sue parti disarmoniche: confusione, vari sottogruppi,...Questo disordine era la comunicazione spontanea, autentica del loro disagio. Spontaneo ma per me anche espulsivo: come se fosse necessario tenere fuori l'elemento che col progetto di mettere ordine ricordava loro il disordine. Come se mi dicessero "chi sei tu che non hai il cancro, che non sei nemmeno donna?" . Come se la garanzia nella conduzione di attivare una funzione di grembo stimolasse attacchi invidiosi. L'integrazione di queste parti disarmoniche è arrivata attraverso un sogno portato da una paziente, Valeria, che ha organizzato in immagini non solo la propria storia (il sogno lo ha definito premonitore), ma soprattutto la storia del gruppo fino a quel momento non pensabile. "Ho sognato che uscivo dalla chiesa, con una bambina per mano, una bambina figlia di una mia amica, usciamo fuori nel piazzale, e arriva dal cielo un raggio di luce, che mi colpisce e che crea attorno a me un cerchio di fuoco. Io ero preoccupata per la bambina, ma vedevo anche che era fuori dal cerchio, e sentivo che questo cerchio era un cerchio di protezione. Il sogno arriva nella terza seduta, la prima dove appaiono delle sedie vuote, o meglio la prima che riesce a riconoscere un'assenza garantendo la sedia vuota. Nelle precedenti era sempre stata assente Elisa, che non verrà mai al gruppo. La sua sedia non era mai rimasta vuota perché nella prime due sedute erano state aggiunte due pazienti inizialmente non previste (una per ogni seduta). Dopo le prime associazioni, questo cerchio di fuoco che per Valeria era protettivo, si configura come il nostro cerchio, il nostro gruppo, che ora le sta permettendo, dopo i momenti iniziali di paura e di spavento, (lei appariva come la più spaventata nelle prime sedute), di portare le proprie cose, anche quelle più private e personali. Valeria ha portato il sogno dopo che avevo sottolineato che per la prima volta c'erano tra noi degli assenti, delle sedie vuote, e che però un'assente c'era sempre stata, Elisa. Francesca parla di Elisa, che non riesce proprio ad accettare quello che è successo. Quello che teniamo fuori è allora qualcosa che non accettiamo,

una parte di noi che non riusciamo ad accettare. Elisa ha 32 anni, è la più giovane, e progressivamente si configura per il gruppo come la bambina del sogno ma soprattutto come il gruppo stesso, che attraverso la domanda "come possiamo aiutare Elisa?" si chiede "come possiamo aiutarci? ", e inizia a riconoscere che ci sono cose difficili da tenere e a pensare come portarle dentro e farle proprie. L'elaborazione del sogno, da parte del gruppo, segnala un momento di cambiamento: è un disvelamento che inizia a dare pensabilità e che porta a costruire immagini e significati. L'atmosfera progressivamente cambia, e si trasforma in un'atmosfera di grande intensità e fiducia. Il sogno diventa quello che Corbella (1988) chiama "mito" di riferimento nella storia del gruppo, mito che verrà utilizzato più volte nei momenti di maggiore angoscia attraverso il ricordo di quell'atmosfera, e che Correale (1997) chiama Scena Modello, la scena centrale, rappresentativa sia per il singolo sia per il gruppo destinata ad essere interiorizzata ad un livello particolarmente profondo e stabilizzante. Dopo questo sogno il gruppo lavora in armonia, diventa sempre più facile lavorare nel "qui e ora" e attraverso questo, interrogarsi sul gruppo e su cosa si sta facendo, finché non arriva il momento di lavorare alla conclusione e, pensare alla fine, attiva la paura di rimanere senza protezione. Diventa allora difficile andare in vacanza, o anche solo permettersi di pensare a una vacanza, perché viaggiare è bello, "ma è un grosso problema fare i bagagli". Verso la fine c'è stata come una spinta alla drammatizzazione della non-aggregazione: mentre si andava verso la fine il tema dominante è "dove posso trovare una guarigione che qui non è arrivata?". Fra la nona e la decima seduta ci sono parecchie assenze, nella decima sono presenti solo cinque pazienti.. Si parla di messe di guarigione, di esorcismi, di miracoli, come strumenti di guarigione salvifica di fronte ad aspetti negativi: questi temi emersi nella nona seduta vengono agiti nella successiva: alcune pazienti hanno saltato una seduta per andare ad una messa di guarigione. Come dire: Padre Pio, o meglio l'onnipotenza, contro la psicoterapia di gruppo. Cerco di lavorare anche su questi temi sul "qui e ora", ma sembra impossibile spostarci dall'esterno all'interno. Nella stessa seduta c'è stata però anche una paziente che, operata il giorno prima per la ricostruzione al seno (e ancora ricoverata in chirurgia), ha voluto a tutti i costi venire al gruppo (in vestaglia, senza parrucca e con il catetere in una borsetta da passeggio) anche solo per ½ ora, per testimoniare al suo gruppo un possibile percorso di ricostruzione. Pochi giorni dopo questa seduta ho sognato che avevo partecipato a un convegno dove avevo presentato una relazione sul film "Frankenstein": questo frammento mi ha fatto interrogare su cosa mi ha fatto sentire il gruppo in quella fase del lavoro. Come se fosse penetrata (come un tumore?) la fantasia onnipotente di rivitalizzare un corpo, disarmonico,

-----

fatto di tante parti tolte da persone già morte. Ho sentito di nuovo forte il sentimento dell'esclusione, con indotta anche la competizione: che cosa rappresenta "Frankenstein" se non anche l'ambizione di sostituirsi al divino? Il gruppo lavora poi alla conclusione ripartendo, ora con tutte le pazienti, dalla "ricostruzione" di Adele, evidenziando dei cambiamenti importanti, ma soprattutto sentendo una fiducia reale, anche se con una certa "legittima" cautela: è giusto consultare vari medici per avere più opinioni; è importante, e ora riesco a sentirlo, provare varie cure, o desideri di cura (la chemioterapia, la psicoterapia, ma anche Padre Pio e le messe di guarigione), soprattutto nel momento in cui si ha a che fare con qualcosa che si sente incontrollabile e rispetto alla quale ci si sente impotenti. Nelle ultime sedute celebriamo la conclusione, riuscendo realmente ad alleggerirci, buttare le cose vecchie che non servono più e a fare la valigia che a un certo punto del percorso era proprio difficile fare, dove dentro trova posto, tra le varie immagini organizzate dal gruppo, un sogno conclusivo, di Fosca, che ultimamente sogna dei tramonti bellissimi. Il tramonto di Fosca è una fine, che può però essere bella, e soprattutto dà significato alla giornata trascorsa. Questo era un gruppo di partecipanti in chemioterapia, quello successivo, attivato a distanza di 1 anno, almeno nella sua composizione iniziale era un gruppo le cui componenti avevano già terminato la chemioterapia. È un gruppo che già nella sua costituzione, attraverso la presentazione delle infermiere, sembra oscillare tra l'aver una grossa motivazione: "le pazienti vengono apposta" , e grosse difficoltà e resistenze ad accettare il giorno e l'ora proposta. Come nel precedente, ci sono subito delle modificazioni nella composizione iniziale, questa volta però anche in uscita, non solo in entrata: una paziente che faceva parte della lista iniziale non viene più chiamata a partecipare perché in uno stadio avanzato della malattia. Questo per evitare possibili squilibri nel gruppo. In seconda seduta verrà invece proposto al gruppo l'ingresso di Renata, paziente in chemioterapia, che ha esplicitamente chiesto di partecipare al gruppo. Arriverà in quarta seduta. Non sarà l'unico nuovo ingresso: in ottava seduta arriverà una psicologa tirocinante, che riusciamo ad accogliere solo dopo diverse settimane di interrogativi e resistenze "istituzionali", le stesse resistenze che presenta il gruppo ad accogliere parti sentite estranee e difficili da accettare. Rispetto al precedente questo gruppo si presenta in prima seduta ben ordinato, armonico, forte. È un gruppo che ha finito la chemioterapia, quindi è guarito, ma allora, si chiedono: "perché sono qui?". "L'unica cosa che ho adesso è che sono più nervosa rispetto a prima". E allora ci si domanda cosa può essere questo gruppo: "Accanimento terapeutico?" ; ma il gruppo può essere importante anche solo per il fatto di uscire di casa e trovarsi con

-----

qualcuno. Questo "star bene" resterà come base delle successive sedute, ma due pazienti si incaricheranno di portare un'istanza diversa: Graziella con la sua assenza che durerà fino alla settima seduta, Elena con un esplicito e forte star male. Questa istanza non viene però riconosciuta e accettata, e viene respinta con forza. C'è un rifiuto a riconoscere le parti dolorose portate da Elena, che pure sono intense: "sei tu che stai male, non siamo noi. e poi tu sei sempre stata così anche prima del tumore.". Lo star male viene proprio respinto. Del resto questo rifiuto è presente fin dalla composizione del gruppo, (la paziente più malata che non è stata accolta per evitare squilibri). Del tumore si parla, ma solo al passato, qualcosa che non c'è più, non riguarda più il gruppo. È un gruppo che oscilla tra il desiderio di raccontare barzellette o farsi una "balla", un'ubriacatura, per festeggiare la fine della chemioterapia e quindi della malattia, e il desiderio di fidarsi e di lasciarsi andare, di essere sé stessi e poter esprimere le paure, senza per questo venire attaccati o respinti. Il tumore al presente viene portato concretamente in quarta seduta con l'ingresso di Renata, unica paziente in chemioterapia. La fase acuta e la remissione sembrano però due tempi della malattia non conciliabili in gruppo. Renata infatti si assenta subito, tornerà in settima seduta, preoccupata che forse questo gruppo non è utile per lei, ma vivendosi anche minacciosa per il gruppo: "faccio tornare indietro?" A differenza del precedente gruppo la spinta alla disaggregazione viene agita in tutta la prima metà del percorso, come se questa terapia fosse una pericolosa minaccia di regressione: recupera il fantasma di una malattia che sembra controllata, ma non garantisce un'adeguata protezione. E se con la chemioterapia per ognuna di loro c'era un dispensatore di protezione personale (la fleboclisi, nel precedente gruppo somministrata contemporaneamente alla psicoterapia) ora c'è una sola psicoclisi per tutte e veramente ci si chiede se sarà sufficiente. Anche lo scorrere del tempo è minaccioso, va velocissimo, la seduta finisce in un attimo, come se il tempo non potesse essere sufficiente. Anche le infermiere in regime di part time esprimono in post gruppo questa sensazione: si sentono poco in grado di aiutare, di risolvere problemi. Scorrono le sedute, Graziella continua a mancare, e Giulia (che nella prima seduta si era posta inizialmente fuori dal cerchio e vicinissima all'uscita), salta ogni tanto le sedute, rappresentando bene la paura rispetto allo stare in gruppo: giustifica un'assenza per un'influenza "il medico mi ha prescritto di non uscire. i contatti possono essere pericolosi. ma oggi ho deciso di venire comunque" .e il gruppo esprime proprio la sensazione che i contatti possono essere pericolosi ma anche il desiderio di essere qui, almeno per non essere soli. Il nervosismo diventa qualcos'altro "mi dà fastidio sentir parlare della malattia", dice Angela, che

nonostante una calda giornata di sole, continua a venire al gruppo con un berretto di lana. Allora il gruppo non parla della malattia, parla di progetti nuovi. Riprendere a lavorare. "ma dopo tanto tempo, mi fa paura che mi chiedano \*come stai?\*" .oppure un fine settimana di vacanza "ma ce la farò a sopportare il viaggio?" .o il semplice andare in palestra a fare ginnastica "ma i dolori alle gambe continuano ad essere forti, e non riesco mai a trovare la posizione giusta". Il gruppo oscilla tra il desiderio di muoversi dalla sedia e la paura di farlo. non riusciamo ad alzarci, ma neanche a star seduti bene, non troviamo la posizione giusta. Emerge dirompente il timore di non essere compresi e accolti da chi è diverso. Fuori non si può andare, è meglio dentro a patto di negare tutte le differenze: uomo/donna, malati/sani; perfino l'infermiera che solitamente a queste pazienti dà del lei, dentro usa spontaneamente il tu. Ma la negazione totale è impossibile, le diversità ci sono e vengono evidenziate, e allora dentro non si può stare comodi. E allora né fuori n'è dentro, né malati né sani, in una sorta di animazione sospesa dove ancora non si sa se si è veramente rimarginata la ferita del passato, perché non è ancora il momento giusto per togliere l'ultimo cerotto rimasto sul petto, protettivo non tanto del corpo quanto del sé. In questa fase ho sognato che mi trovavo in una grande stanza, in piedi con diverse ragazze: dovevamo giocare a lanciarci la palla. ma quando arriva a me scopro che la palla è una pietra, e non posso lanciarla a mia volta, potrebbe far male. e a turno anche altre mi lanciano palle che sono pietre. Come se fosse per me impossibile rendere circolare la seduta, accogliere e restituire senza far male alle parti dolorose e dolenti. I miei interventi sono individuali: tante richieste direttamente a me: richieste di rassicurazione soprattutto, anche se legate a un male non esplicito. In seduta costruiamo l'immagine di un calderone in mezzo alla stanza dove dentro tutti buttano qualcosa, ma è faticosissimo mescolare, amalgamare. Un infermiera porta in seduta il ricordo di una paziente storica del Day Hospital, morta da qualche mese e che ha partecipato al gruppo precedente, come esempio di forza: nonostante una prognosi infausta ha vissuto tanti anni riuscendo a raggiungere tutti gli obiettivi di vita che si era prefissata. Il gruppo reagisce con tante domande, che sembrano davvero trasformarsi in pietre. Certo, si può vivere, ma si può anche morire. Nel post gruppo si mescolano i pensieri su questo gruppo con il confronto con quello precedente e con la notizia che è morta una paziente di quel gruppo (la terza che muore dopo il gruppo) e che una quarta sta molto male e che ha detto alle infermiere: "io sono la quarta del gruppo che se ne andrà". La consapevolezza che queste 4 pazienti fossero le più gravi, e con una prognosi infausta non aiuta ad alleggerirci. La domanda che emerge è davvero un macigno in questa fase: Serve a qualcosa fare il gruppo o è davvero un accanimento

terapeutico? Prima di una seduta incontro però Fosca, quella che si è definita la quarta del gruppo a morire, che è la stessa che aveva regalato al suo gruppo i tramonti bellissimi, e la sento serena, calma e forte, e soprattutto porta dentro di sé un ricordo dell'esperienza del gruppo intenso e importante, e allora rientro in gruppo sentendomi un po' meno pesante. E nel gruppo, in settima seduta, ritorna Graziella, ma anche Renata (la paziente in chemioterapia arrivata in quarta seduta e non più presente), accolte con calore e con sollievo. In questa seduta Renata recupera, invitata dal gruppo, la storia della malattia, ricordando com'è iniziata, "nonostante vari controlli per un nodo al seno, sembrava tutto a posto e invece era il tumore" .emerge improvvisa la sensazione che "però non si può mai stare tranquilli" . E allora come possiamo fidarci dei medici, delle terapie, di questa terapia: ci proteggerà dalle ricadute? Un'altra paziente racconta di un ragazzo di vent'anni che all'improvviso ha avuto un'embolia e ora è in coma, non gli arriva l'ossigeno al cervello. Si parla dei nodi, come di qualcosa che lega e impedisce una normale circolazione, bloccando tutte le funzioni vitali, ma anche nel nostro gruppo ci sono dei nodi, che impediscono di pensare, di parlare, di dire che c'è stata la malattia, che la guarigione è un'incognita e la ricaduta un'eventualità che spaventa. Graziella racconta un sogno di qualche tempo fa: "alla cresima di mio figlio c'era una bara sull'altare e mio figlio chierichetto era diventato un angelo pietrificato" .e dice che non era più venuta perché dopo la prima seduta si era chiesta "ma cosa ci faccio qui, io sto bene, non ho bisogno di venire a questo gruppo. Poi ho scoperto che non era vero. e ho chiesto se potevo tornare perché dovevo dirlo". È un momento di grande commozione, tutte partecipano intensamente portando dentro il gruppo i propri figli. Graziella racconta che la sua più grande paura è legata ai figli: come sua madre ha trasmesso il tumore a lei, lei potrebbe trasmetterlo ai figli, per questo non ha mai detto neanche a suo figlio di 20 anni che cosa le era successo. Graziella torna perché si è accorta di star male e torna quando anche il gruppo si sta interrogando su questo, sta cercando il modo per dirlo prima dentro e poi fuori, un fuori che però rischia di essere pietrificato. Anche qui il sogno segnala il passaggio dalla situazione iniziale di negazione verso una simbolizzazione che incoraggia l'esplorazione. La sedia vuota, o meglio la sedia che viene rioccupata permette di ritrovarsi allo stesso posto, e nella stessa posizione, anzi, con una persona in più, la psicologa tirocinante che finalmente riusciamo ad accogliere. Ora ci si può interrogare su cosa siamo "non siamo più fiorellini" , ma possiamo iniziare a riconoscerci: donne e uomini inizialmente, e si può incominciare a dire che cosa è successo. Rinforzata dal gruppo Graziella riuscirà a parlare a suo figlio. dopo una seduta in cui 4 sedie vuote evocavano questo sogno portato da

-----



Renata "andavo in cimitero per portare dei fiori a mia madre, ma appena entrata c'erano 4 bare sparpagliate, tolte dal loro posto per essere risistemate, pensavo che non sarei mai riuscita a superarle e invece ci sono riuscita, sono sopravvissuta.". Nel gruppo le 4 bare si sovrappongono alle 4 sedie vuote (e dentro di me anche alle 4 pazienti del precedente gruppo, le tre morte e la quarta che sta molto male), qualcuna dice che la sedia di Graziella quando era vuota quasi la paralizzava, oggi invece sembra possibile restare muoversi e fare pensieri, anche se ci sono degli assenti . Graziella che non sarà più assente diventa l'elemento catalizzatore, la pioggerellina che permette di nuovo di far spuntare fiorellini. Il cambiamento è anche esteriore, i vestiti sono pieni di colore, le assenze non spaventano più: dentro si riesce a stare seduti comodamente ma anche il fuori si trasforma. Renata racconta del suo vicinato, un gruppo di case tutte affiancate, sembrano quasi poste in cerchio, dove quando uno ha dei problemi trova condivisione ascolto e sostegno. C'è ora una risintonizzazione con quello che accade dentro di loro. Si potrà ora anche recuperare la loro storia precedente alla malattia, il loro essere bambine e poi adolescenti, le prime mestruazioni, il loro affacciarsi al mondo. Mentre andiamo verso la fine, attraverso l'elaborazione del lutto di questo gruppo, si potrà anche fare il lutto per alcune parti perse di se, cosa che permetterà di tollerare l'angoscia. Guardare il proprio corpo trasformato e iniziare ad accettarsi per come si è e perfino a rivelarsi, rivelare le cicatrici in gruppo, accettarle e pensare di proporle anche fuori, in un fuori dove si riesce anche a tornare al lavoro senza faticare troppo, " perché nel laboratorio siamo in 14" , (come in gruppo), " e ci si può dare il cambio". Ora c'è la sensazione di fiducia che ce la si può fare, e Graziella viene al gruppo per comunicare con forza questa sensazione e sembra molto dispiaciuta che in gruppo siamo in pochi in questo giorno, ma le altre arriveranno subito dopo, in leggero ritardo perché erano passate a prendere Daniela che faceva fatica a muoversi da sola per i suoi dolori alle gambe. Il grande calderone in mezzo alla stanza è diventata una pentola per cucinare e preparare dei cibi per una bella mangiata. Certo qualche cibo è ancora difficile da digerire, ma si può anche cucinare senza nausea, assaporare un pasto completo, e accogliere gli odori, anche l'odore delle fine come il profumo o l'essenza profumata delle nuove persone, le nuove identità arrivate dopo una ricostruzione) e dove si può accettare quello che è successo perché dice Luigina "ciò che ha ognuno di noi non è poi così brutto e da buttare come si pensava". Nell' ultima seduta Angela arriverà in gruppo senza il suo berretto di lana (sempre portato indipendentemente dalla stagione), Manuela si toglierà a metà seduta la parrucca, rivelando al gruppo di avere in realtà tenuto nascosta una delle capigliature più folte. Ci sono molte angolazioni

dalle quali guardare il senso dell'intervento psicologico in oncologia, dal considerare la malattia come avente una causa esclusivamente psichica, allo studiare le implicazioni psicosociali dell'evento malattia, o al prendere in considerazione la relazione multifattoriale tra cause fisiche psichiche e sociali (De Luca, 2001). Anche se perfino un grande genetista, sentito recentemente in un "seminario-confronto" con uno "psicologo del profondo", dopo aver spiegato le cause organiche della malattia e i vari attuali protocolli d'intervento dice che poi arriva il momento dove il medico non può fare più niente e allora può essere utile l'intervento dello psicologo come del prete. Ed è anche vero che leggendo la letteratura sulla formazione in oncologia spesso i pensieri iniziali dei medici ritengono che l'aiuto psicologico viene tenuto in considerazione solo quando si affievoliscono le possibilità di sopravvivenza. E anche in un gruppo di formazione che ho da poco concluso, condotto assieme alla dott.ssa Pozza, con gli infermieri del Day Hospital Oncologico di Camposampiero, solo progressivamente emerge il dubbio e poi il pensiero e la voglia di rileggere i significati di una malattia alla luce delle storie di vita dei pazienti. Nei percorsi di questi gruppi, sia pure con fatica, è riuscita ad emergere la presenza di un pensiero attorno alla malattia come di un evento non solamente biologico ma concatenato alle vicende della propria vita, e dove la malattia può davvero diventare l'occasione per riprendere un contatto più autentico con sé stessi dando significato a quello che si è vissuto e a quello che si sta vivendo. L'uso del gruppo terapeutico consente il costituirsi di una buona rete sociale artificiale, e può dimostrare la stessa efficacia biologica della rete sociale primaria naturale (Fasolo, 2002). *Riconoscere e vivere la propria malattia permette di sperimentare prima nel gruppo, rete artificiale e protetta, e poi all'esterno, nella rete sociale naturale, una nuova modalità di rapportarsi con sé e con il mondo, restituendosi alla vita e rimettendosi al mondo, in relazione con il mondo.* Come scrive la dott.ssa Sacchi (2002) <<quando una persona inizia ad assumersi la responsabilità della propria malattia, riafferma il possesso della propria vita>>.

### **Ultima parola chiave : il tempo**

Sono gruppi a tempo limitato: nel momento in cui il gruppo parte, ne è già scritta la fine, anzi la fine della terapia si pone necessariamente come componente essenziale dell'esperienza a tempo limitato. Questo aspetto evidenzia subito il problema del tempo che può essere vissuto come insufficiente. La pressione temporale è tripla: gruppo a termine, gruppo con malattia, gruppo con aspetti variabili di realtà e di fantasmi legati alla morte. Sia per i pazienti che per il terapeuta: bisogna lavorare

come se non si avesse tutta la vita davanti. Ma se non si ha tutta la vita davanti, il problema è il fare, cosa fare, cosa mi resta da fare, cosa posso ancora fare adesso di prioritario. Ma questo problema riguarda tutti: pazienti, conduttori, medici e infermieri, relatore: davvero sembra non bastare, come faccio in 20 minuti a raccontare tutto quello che mi si affaccia e che mi sembra tutto fondamentale? Infatti, è sempre stato molto difficile fare il pre-gruppo o iniziare con discreta puntualità gli incontri del gruppo di formazione degli operatori: troppo lavoro e soprattutto "troppo urgente". Nella prima seduta di un gruppo, l'infermiera si è presentata dicendo, oltre il suo nome, "voi mi conoscete, io sono quella che corre", chiedendosi poi nel post-gruppo come mai si fosse presentata così. Le prime sedute di entrambi i gruppi sono state caratterizzata particolarmente dal tema del " fare ", del reagire con forza e tenersi occupate. Minkowski (1971) ci ricorda che l'essere vivente, con il suo "fare", con la sua attività va avanti, tende verso l'avvenire, lo crea davanti a sé. Valeria è la paziente che meglio esprime questo tema: dopo un intervento dell'infermiera che chiedeva "ma voi non vi fermate mai, non vi rilassate mai?", Valeria ha risposto dicendo che lei non poteva fermarsi, perché se si ferma lei chi fa le cose al posto suo, chi fa la spesa, chi fa da mangiare, chi bada alle figlie? Io ho commentato che il tema del "fare", del non fermarsi mai, emergeva con forza dai loro interventi e che mi sembrava ci fossero più livelli in questo " fare ", "un fare necessario, del quotidiano, perché ci sono le faccende di casa, i figli da badare, e un fare diverso ma sempre necessario, perché non ci si può fermare, perché fermarsi vorrebbe dire pensare a quello che succede, inoltre, il fermarsi di Valeria sembra far pensare alla morte, e allora chi bada ai figli, chi può sostituirla?". Mi sembra di poter pensare ad un isomorfismo tra il "fare" dei pazienti e la difficoltà per l'équipe di trovarsi nel pre-gruppo, che in qualche modo spiega anche l'apertura della prima seduta da parte dell'infermiera che si è presentata come "quella che corre", che quindi è sempre in movimento e non si può fermare mai, proprio come non si possono fermare le pazienti, come non si può fermare Valeria, perché fermarsi vuol dire morire, o comunque vuol dire pensare a quello che ci succede, a quello che potrebbe succedere. Fermarsi fa perdere tempo, fermarsi per pensare toglie tempo al fare: il tempo dedicato alla formazione è vissuto soprattutto all'inizio come un tempo non dedicato al lavoro, e il tempo non è mai abbastanza. Il tempo vissuto come insufficiente, stringe il malato oncologico in uno stato emotivo dove, o non dimostra più alcun interesse per il tempo, o all'opposto ne dimostra un interesse eccessivo, volendolo super utilizzare e rendendolo così padrone del proprio vivere. Per il malato oncologico il tempo diventa tiranno e padrone assoluto dei suoi pensieri, del suo

esistere: il malato diventa "prigioniero del tempo". Questa mi sembra la dimensione che esprime il rapporto con il tempo evidenziato nei percorsi che ho presentato: una dimensione dove alternativamente ci si sente padroni o prigionieri del tempo. Proporre un lavoro che nella sua definizione è a tempo limitato rende il fattore tempo un elemento presente fin dalla fondazione del gruppo consentendone <<una elaborazione condivisa in un ambito relazionale accogliente che permette di rendere parlabili i temi della separazione, solitudine, individuazione e" , soprattutto, "della morte>>. (Corbella 2002). Nei percorsi che ho presentato, lo sforzo fatto dai pazienti è stato quello di costruire un diverso rapporto con la dimensione temporale, e di passare dall'essere prigionieri del tempo all'essere, sia pure "limitatamente" padroni del proprio tempo. Ripensando a un recente convegno dove ci si interrogava su che cos'è psicoterapia, o ad altre esperienze di gruppo che sto portando avanti, sempre a tempo limitato, in contesti diversi ma sempre "speciali", la domanda su cui ogni tanto ci si ferma è: Ma è psicoterapia? .. cambiamento intrapsichico, nel profondo?. Una risposta possibile, come conclusione possibile è quella di considerare queste esperienze, a tempo limitato, come un episodio di trattamento, collegato a tutti gli altri episodi (o desideri di cura), sia trasversalmente che longitudinalmente, sia nel momento attuale che nel ciclo di vita. Questo aiuta anche a superare la competizione con Padre Pio, con le messe di guarigione o con le chemioterapie e le radioterapie somministrate spesso in puntuale coincidenza con la somministrazione della psicoterapia. Una diversa conclusione mi piace farla citando una frase di Baricco, da Novecento: <<non sei fregato veramente finché hai una buona storia e qualcuno a cui raccontarla>> .o meglio se si riesce a rendere pensabile e narrabile la propria storia attraverso qualcuno, il gruppo, che la ascolta e te la racconta. E dove il conduttore, che è il gruppo stesso, diventa il garante del valore della narrazione.

## **Bibliografia**

Baricco, A. (1994). *Novecento*, Milano: Feltrinelli.

Corbella, S. (1988). La terapia di gruppo. in Semi, A., A., (a cura di), *Trattato di Psicoanalisi*. Milano: Cortina. vol. I, 1988.

Corbella, S. (2002). Gruppo a tempo determinato per pazienti cardiopatici, Mito Sogno e Gruppo. *Funzione Gamma*, 2, [http://: www.funzionegamma.edu](http://www.funzionegamma.edu)

Correale, A., Rinaldi L., a cura di, (1997) *Quale psicoanalisi per le psicosi*, Milano:

Cortina.

De, Luca, A.M. (2001). Esperienze e riflessioni sulla formazione in psico-oncologia , Gruppo Omogeneo, *Funzione Gamma*, 6, [http://: www.funzionegamma.edu](http://www.funzionegamma.edu)

De Polo, R., (2000). Inconscio gruppale e modulazioni terapeutiche: indicazioni e controindicazioni all'analisi di gruppo. in *Gruppi*, Vol. 2, n.1

Fasolo, F. (2002). Il tempo dei gruppi terapeutici nel tempio delle istituzioni psichiatriche, in Fasolo, F., *Gruppi che curano, gruppi che guariscono*. Padova: La Garangola .

Grassi, L., Costantini, A. (2000). Indicazioni e limiti delle terapie di gruppo nelle patologie somatiche, in Costantini, A., *Psicoterapia di gruppo a tempo limitato*. Milano: McGraw-Hill.

Minkowski, E. (1971). *Il tempo vissuto*. Torino: Einaudi .

Resnik, S. (1972). Osservazioni fenomenologiche sull'addestramento dei gruppi di lavoro psichiatrico, *Minerva Psichiatrica e Psicologica*, Vol. 13, Suppl. al n.3

Riefolo, G., Amorfini, G., Andreoli, P., Faccenda, N. (1996). La funzione di accoglienza del servizio pubblico. *Prospettive psicoanalitiche nel lavoro istituzionale*, Vol.14, n.3.

Sacchi, M. (2002). L'uso del gruppo terapeutico nella cura di gravi patologie: Introduzione, in Sacchi,M. *Teoria e clinica dei processi di gruppo*, Vercelli: Minerva.

Salis, M. (2001).Prigionieri del tempo? Una psicoterapia di gruppo a tempo limitato in oncologia. *Gruppi*, Vol. 3 n.3.

**Maurizio Salis**, Psicologo e psicoterapeuta presso il DSM di Padova. Membro del Consiglio direttivo di AS.VE.GRA, consociata COIRAG e socio di ARGO.

E-mail: E mail: [salismaurizio@yahoo.it](mailto:salismaurizio@yahoo.it); [maurizio.salis@sanita.padova.it](mailto:maurizio.salis@sanita.padova.it)