Conoscere il morbo di Crohn con il gruppo

Un'esperienza di terapia di gruppo nell'istituzione

Fausta Micanti

Abstract

Se il gruppo può essere considerato come “oggetto-Sé ideale” - secondo la concezione, tratta da Kohut, che Neri riferisce al gruppo - mette a disposizione dei membri una quota di onnipotenza condivisibile e fruibile e diventa lo specchio delle conquiste raggiunte. E' possibile così che nella conduzione di gruppi di pazienti con malattie croniche ed invalidanti la flessibilità del conduttore, la sua capacità di cogliere il significato di tutti gli elementi compresenti e quella di riutilizzarli al fine del rafforzamento del Sé, attivi e costruisca il processo di conoscenza della malattia che consente ai membri del gruppo di imparare a convivere con la cronicità della stessa.

Parole-chiave: Pazienti cronici, gruppo-oggetto-Sé, conduzione attiva del gruppo, rinforzo del Sé

"Naturalmente, un singolo caso non può ragguagliarci su tutto quello che desideriamo sapere, o meglio potrebbe farlo se fossimo in grado di comprendere questo tutto e se l'inesperienza della nostra stessa percezione non ci obbligasse a contentarci di poco".
(S. Freud) " L'uomo dei lupi"

Il brano di Freud mi sembra indicato ad introdurre l'atto dell'interrogarsi e del problematizzare sotteso all'esperienza oggetto di questa riflessione. Induce uno spaccato sulla complessità emotiva e logica del descrivere ciò che accade in un gruppo il cui compito, direi "dichiarato", è quello di aiutare a costruire uno spazio di accettazione, nel paziente, di una patologia organica grave e cronica quale il morbo di Crohn. Viene usato il termine "dichiarato" volontariamente quasi che l'aspetto semantico possa contenere le qualità iniziali di rigidità conoscitiva, l'esclusione dal campo della coscienza di tutti i vettori inducenti emozioni disturbanti, il bisogno di attenersi, senza deroghe, ai dettami degli assiomi medici e la negazione della confusione che il confronto con questa patologia genera nell'equipe e nei pazienti. In questo lavoro, tenterò di tracciare i molteplici percorsi conoscitivi attivati dall'esperienza di gruppo e tesi alla costituzione di una conoscenza, frutto

dell'elaborazione immaginativa degli elementi della realtà, che ha consentito ad un insieme di individui isolatamente malati di trasformarsi in un "gruppo malato" con il compito di affrontare e confrontarsi con una patologia del corpo (l'intestino) portatrice di malattia. Verrà messo in evidenza come la conoscenza iniziale, dichiarata ed accettata come certa del Crohn, richiedente solo un miglioramento della compliance alla terapia, fosse uno strumento difensivo ed occlusivo rispetto all'atto della conoscenza inteso come processo sintonico, emotivo-logico, della malattia stessa.
Analizzerò la qualità della richiesta e l'organizzazione del cammino conoscitivo attraverso un continuum intersoggettivo che dal piccolo gruppo di pazienti si è esteso al gruppo dell'equipe e all'istituzione in quanto gruppo allargato al fine di produrre elementi conoscitivi e poli organizzativi del lavoro della mente dell'individuo nel contenere e cogliere una realtà proteiforme quali il morbo di Crohn.

L'esperienza

Il gruppo si è tenuto all'interno dell'Istituzione-Facoltà di Medicina e Chirurgia come ulteriore ampliamento del programma di collaborazione tra Dipartimento di Psichiatria - Area di Psicoterapia e Dipartimento di Gastroenterologia.
Il lavoro di equipe psichiatra psicoterapeuta - gastroenterologo è attivo da più anni rispetto all'iter diagnostico e alla comunicazione ai pazienti di malattie infiammatorie croniche dell'intestino quali la rettocolite ulcerosa, il morbo di Crohn, la celiachia.
All'interno di questa alleanza terapeutica e nel riflettere sulla difficoltà di gestione dei pazienti con morbo di Crohn si colloca la motivazione a fornire loro un sostegno psicologico.
La costituzione pregiudiziale del gruppo si è basata sulla richiesta dei gastroenterologi di migliorare la compliance alla terapia cortisonica e con Asacol dei pazienti affetti da morbo di Crohn. I colleghi hanno motivato la richiesta sulla base delle loro osservazioni: la resistenza del paziente ad accettare la cronicità dell'affezione, il rifiuto di sottoporsi a metodiche strumentali invasive quali la colonscopia e l'enteroclisi del tenue, per l'accertamento e la valutazione dell'andamento della malattia, l'impossibilità di seguire una corretta alimentazione atta ad evitare l'ulteriore irritazione ed infiammazione della parete intestinale, la "strana" dimenticanza rispetto all'uso continuo dei farmaci di cui hanno assolutamente bisogno.

L'elemento che ha attirato la mia attenzione, dopo un attento studio della malattia, è stato la percezione di aspetti incomunicabili dell'affezione tra equipe gastroenterologica e pazienti. Questi ultimi, in quanto protagonisti, sembravano avere una conoscenza del Crohn e un vissuto di aggressività e di rifiuto ad accettare l'intestino malato, indicatori di un sentire di alta gravità, mentre i sanitari sembravano collocarlo al pari delle altre malattie infiammatorie croniche rispetto alla sopravvivenza, alla qualità di vita e alla stabilizzazione del quadro clinico, cioè, in un

range di buona possibilità di recupero, attribuendo l'imprevedibile riacutizzazione alla scarsa capacità del paziente di seguire le prescrizioni mediche. Lo scenario della richiesta, per quanto detto, si apriva su un anomalo gap in cui l'inserimento dell'esperienza di gruppo veniva vissuta, soprattutto dai sanitari, come un tentativo di costruire un collante tra pazienti e medici e, nello stesso tempo, come esperienza informatrice e educazionale nei confronti dei pazienti - bambini capricciosi ed irresponsabili.
La richiesta, nella sua forma manifesta, era improntata alla più grande comprensione e alla viva preoccupazione di fornire al malato un sostegno nel combattere una patologia grave e, talora, invalidante che necessita di interventi diagnostici e terapeutici multipli ed invasivi, anche chirurgici sui tratti intestinali divenuti stenotici o su quelli fistolizzati. La richiesta è rafforzata dal sospetto che nel Crohn, pur essendo certa la preponderanza dei fattori familiare ed immunitario, gioca un quid legato allo psichico che in "qualche modo" interferisce sul decorso. Così, gli aspetti di frustrazione del gastroenterologo colludono con quelli dei pazienti nel motivare la necessità di un intervento psicoterapeutico che si faccia carico di fornire risposte adeguate e rassicurazione sulla bravura del medico quale reintegratore del benessere ed anche del bisogno del paziente di non essere condannato ad una qualità di vita dove la precarietà, il rischio di invalidità permanente non formino una costellazione interna attraverso la quale leggere ed indirizzare gli atti della propria esistenza e la relazione con gli altri.

Essendo assai difficile esaminare i vari aspetti e, nel tentativo di costruire un ordine in quello che, nonostante l'esperienza, sembra trascendere sempre in aspetti caotici e magmatici, proverò a costruire, in maniera artificiale, una selezione delle varie componenti della stessa esperienza, per poi tentare di proporre, nelle conclusioni, una possibile integrazione.

Questo procedere corrisponde sul piano della concettualizzazione al processo di conoscenza che, attraverso i vari insiemi ed elementi dell'esperienza, ha consentito a pazienti, gastroenterologi, psicoterapeuta di riappropriarsi ed elaborare in forma autonoma l'oggetto malattia ed il soggetto malato.

Il gruppo dei pazienti

La complessità del quadro clinico, l'insorgere di patologie associate a carico di altri organi ed apparati (articolazioni, ossa, pelle, etc.) la sintomatologia dolorosa per le forti coliche addominali e la diarrea segnano la vita del paziente che si sente trascinato in un tunnel dove domina il dolore fisico, la paura dello stesso, l'angoscia di una possibile trasformazione neoplastica delle lesioni.

Il gruppo, nello stadio iniziale quale insieme di individui malati, nasce e si motiva sulla perdita della speranza, mentre il soggetto viene continuamente sollecitato dal gastroenterologo a diventare parte attiva del processo terapeutico attraverso la

richiesta di collaborazione, di attenzione alla terapia, di capacità di reggere il dolore fisico. Il paziente accetta di partecipare al gruppo per il bisogno di ritornare a sperare e per la necessità di condividere il progetto di rinascita grazie all'affidamento ad un terzo, il terapeuta non medico né paziente, sia delle istanze illusorie sia del lutto da cui è pervaso.

Si può affermare che, già dalla prima seduta, si entra in contatto con una sorta di illusione gruppale intesa, come afferma Neri, come ciò che corrisponde ad un desiderio di sicurezza, di preservazione dell'unità dell'Io minacciata. Cosi, l'illusione gruppale si configura come il fondamento del gruppo nella sua funzione di nucleo rappresentativo di una "idea necessaria", un'idea trascinante e coinvolgente. Inoltre, emerge il bisogno che lo spazio del gruppo diventi il depositario degli aspetti not changing dell'identità cosicché il gruppo-paziente possa impegnarsi ad affrontare lo storming generato dagli avvenimenti che si susseguono, vissuti come distruttori del Sé, come elementi di attacco all'identità. Il lavoro del terapeuta, mediante l'utilizzo degli strumenti del gruppo, è improntato a facilitare lo strutturarsi di un campo come stato mentale, cioè come "complesso di fantasie, emozioni ed idee legate tra di loro" che possa esistere al di la delle limitazioni di spazio e di tempo. Nei gruppi di pazienti con patologia organica, il lavoro del terapeuta, se ha come obiettivo di costruire un rapporto di consapevolezza con il corpo malato, deve tendere a rafforzare il campo attuale, il qui ed ora al fine di realizzare quel luogo che come afferma Correale è "la risultante dell'insieme di immagini, pensieri, rappresentazioni, ma anche affetti, impulsi, emozioni e sensazioni presenti ed attive in un dato momento". Nella mia esperienza, nelle prime sedute del gruppo, si è lavorato sulla possibilità da parte di ciascun membro di uscire dallo spazio del proprio Crohn per accettare il confronto con quello dell'altro non vissuto come altro da Sé ma come espressione di elementi di appartenenza tesi ad organizzare una conoscenza della malattia ed uno strumento con cui affrontarla. La difficoltà incontrata in questa prima fase era legata alla paura di alcuni pazienti con Crohn a decorso più mite a prevalenza di sintomi quali diarrea, anemia, inappetenza di guardare i membri con forme più gravi, portatori di stenosi o fistole, candidati o già sottoposti ad intervento chirurgico, mentre questi ultimi provavano dolore, senso di esclusione e sopraffazione nei confronti dei membri meno gravemente ammalati. Gli uni fungevano da specchio per gli altri e nello stesso tempo rappresentavano una resistenza alla presa d'atto della possibilità di cura. Tutti i membri erano accomunati dal desiderio di dimenticare la malattia, di negare la paura, di rifiutare il dolore fisico. E' apparso necessario elaborare una possibile integrazione dei vari aspetti potenziando gli elementi della narrazione mediante la richiesta ad ognuno dei membri di raccontare la propria esperienza dal punto di vista della realtà e delle emozioni vissute. La tecnica del commuting ha consentito di riconoscere i punti di comunanza legati non tanto all'accadere reale, diverso, ma all'omologazione dell'accadere psichico. Per quanto diversi fossero i sintomi, i membri del gruppo hanno scoperto la possibilità, grazie alle associazioni, di sentirsi uniti; uniti dalle stesse fantasie di perdita, di attacco,

dagli stessi pensieri e sogni di guarigione. Ognuno poteva affidare e rimandare all'altro i propri timori e le proprie speranze. Attraverso il racconto efficace, il gruppo ha cominciato a costruire il Crohn, uscendo dal luogo isolato della propria individuale malattia e a sentire di potersi collocare come interlocutore forte rispetto al gruppo dei medici.
L'alleanza tra i membri del gruppo, sostenuta dal conduttore, ha permesso l'emergere dei vissuti sull'equipe medica. Alcuni membri hanno avvertito la possibilità di collegare la propria frustrazione al messaggio "indecifrabile" del gastroenterologo. "Indecifrabile" perché, nonostante l'apparente sicurezza dei presidi terapeutici, non veniva loro chiaramente descritta la possibile evoluzione, non veniva sottolineato l'aspetto contenitivo e non stabilizzante dei farmaci che comunque non sono sufficienti ad impedire l'accadere di gravi riacutizzazioni. Così, il gruppo del Crohn ha avuto il coraggio di svelare la motivazione al gruppo del gastroenterologo. L'individuazione degli aspetti di impotenza del medico (non hanno terapie efficaci), il rifiuto di partecipare al dolore (la colonscopia deve essere eseguita "senza troppe storie") ha consentito di attivare emozioni di aggressività esplicita (i medici non sono umani, ci trattano come oggetti) e il liberarsi dal senso di colpa della fase iniziale dovuto al non seguire le loro prescrizioni. Il gruppo nel costituirsi in quanto tale ha permesso l'emergere delle emozioni del gastroeneterologo confusamente colte nella relazione individuale. Ha preso corpo la rabbia per non avere risposte chiare, il dolore di sapere i pazienti, prima di quando gli stessi potessero accorgersene, avviati ad un cammino di sofferenza fisica talora fortemente invalidante. Questo processo ha portato ad un ulteriore allargamento del campo gruppale con l'immissione del medico nello statuto di appartenenza al gruppo. Il medico viene riconosciuto come produttore delle stesse fantasie e nello stesso tempo come colui che ha il potere di perseguire i sogni di guarigione che gli sono affidati. Il conduttore viene vissuto come organizzatore dei processi di integrazione mente-corpo e come depositario delle nuove conoscenze acquisite. La malattia comincia a diventare qualcosa di proprio con cui relazionarsi e confrontarsi, si trasforma nell'intestino malato che il gruppo-madre deve accudire e proteggere, sviluppando una sorta di preoccupazione materna primaria realizzata con una maggiore attenzione all'alimentazione e un ricordarsi di assumere la terapia in modo continuo.

La costruzione dello spazio affettivo consente l'emergere del dolore mentale come correlato del dolore fisico con la qualità di luogo dove collocare l'angoscia per il futuro, il senso di impotenza per non poter esercitare nessun controllo sull'andamento della malattia, la rabbia per dover risperimentare un assetto di dipendenza dalla famiglia, dai farmaci, dal medico, il lutto per la perdita dell'autonomia espressa come incapacità a proporsi, ad essere protagonisti delle proprie scelte e a progettare un futuro.
A questo punto dell'esperienza, gli elementi magmatici iniziali cominciano ad essere organizzati, ma la confusione generata dall'imprevedibilità dell'andamento clinico, mobilita la ricerca di ulteriori luoghi di contenimento. Il gruppo si interroga

sull'ipotesi di terapie efficaci, sulla prospettiva di messa a punto di metodiche definitive in grado di arrestare il lento decorso del morbo. Il bisogno di speranza, la parte del sogno ("il desiderio di guarigione") viene spostato al di fuori del gruppo nel suo luogo e nel suo tempo, sul gruppo più allargato dell'istituzione universitaria che accoglie il gruppo e di cui si sentono parte pazienti, gastroenterologi, conduttore. L'Università in quanto luogo di ricerca e di studio rappresenta lo spazio dove collocare la speranza. La possibilità di contatto è realizzata dal tessere da parte dei membri del gruppo relazioni più intense con il personale dell'accettazione del nostro Servizio e con gli infermieri del reparto di Gastroenterologia. Si osserva il passaggio dalla presenza di più membri, in quanto individui singoli, su cui ognuno può investire emozioni e sentimenti a membri quali componenti di un insieme con specifiche funzioni. Il gruppo ha acquisito la consapevolezza di essere tale ed è in grado di trasformare la dipendenza in interdipendenza, cioè di tessere relazioni a diversi livelli che possono, poi, essere riconosciuti come appartenenti al gruppo originario. Questo processo viene siglato dalla iscrizione dei membri del gruppo all'Associazione Malati di Crohn, associazione di pazienti atta a promuovere presso le istituzioni tutte le iniziative rivolte al sostegno dei pazienti affetti.

Conclusioni

La descrizione dell'esperienza porta ad enucleare alcuni aspetti che possono essere considerati comuni all'intervento terapeutico con gruppi di pazienti organici cronici. Mi sembra che collocare il decorso dell'affezione, sostenere le riacutizzazioni, difendersi dalla malattia ed acquisire il coraggio di dichiararsi persona possano considerarsi gli obiettivi di questo tipo di gruppo.

Il campo che si configura è uno spazio mediato tra funzione di sostegno e processo di rafforzamento del Sé, che richiede l'impiego di modalità complesse dove prevale la necessità di allargare i confini del gruppo per riscoprire continue appartenenze. Questo movimento fa pensare all'importanza del passaggio delle emozioni e dei vissuti tra gruppi di appartenenza. Abbiamo visto che il fenomeno della diffusione trans-temporale consente di partire dal gruppo pazienti fino al gruppo istituzione, costruendo un luogo più ampio: il "gruppo malati - medici - istituzione" che corrisponde al bisogno di acquisire nuove forze e nuovi elementi per contenere ciò che è vissuto come entità proteiforme e difficilmente controllabile. Così tre campi, apparentemente diversi tra loro, "si trovano ad avere più elementi comuni (invarianti) e vengono assimilati." (Neri).

Perché questo processo possa accadere nel suo significato di costellazione stabile cui riferirsi e non come agito dei livelli di confusione, occorre che il conduttore proponga una stabilizzazione delle forme iniziali con cui il gruppo si costituisce. Gli elementi del setting acquisiscono, così, un'importanza strutturale non solo come definizione di spazio, luogo dove è possibile rincontrare, depositare i propri vissuti, ma come

significato di nuclei fondanti la nuova possibilità di riconoscersi come individui con una malattia. Gli oggetti con cui lavorare possono essere individuati nella parola che è lo strumento comune e forte con cui avviene lo scambio tra i membri e la disposizione fisica del gruppo, che sollecita l'impiego di elementi inconsapevoli della comunicazione non-verbale.

La parola, nel suo aspetto di strumento noto dello stare insieme, è utilizzata agli inizi del gruppo come sottolineante gli spazi individuali e come messa in comune volontaria di parti di sé, Vi è un uso inconsciamente difensivo, di circoscrizione del proprio mondo, di nascondimento delle proprie emozioni che i membri del gruppo non sentono come condivisibile.

Tuttavia, quando utilizza un mezzo noto e rassicurante, inconsciamente, il gruppo si consente di attivare "funzioni e rappresentazioni, affetti repressi e non provati, modalità di relazioni con i propri oggetti interni." (Kaës). L'attenzione alle sensazioni del corpo attivate dalla postura e dal contatto fisico possono ritrovarsi nella parola che diventa espressione del trattamento del desiderio inconscio che è "significato capace di essere portato al senso, decifrato, tradotto, interpretato" (Kaës).Da quanto detto, il lavoro sugli aspetti corporei come significato di comunicazione tra i membri del gruppo è il percorso che porta alla trasformazione della parola da oggetto difensivo ad oggetto espressivo. Il gruppo è iniziato con la parola, con frasi e pensieri che nel commuting hanno consentito di dire di sé senza sentirsi scoperti, senza avvertire il senso di perdita dell'elemento individuante che ogni membro si riconosceva: il mio modo di vivere il dolore fisico e mentale. Nella prima seduta, i pazienti, entrati nella stanza del gruppo, furono stupiti di non trovare le sedie. Ognuno tentava di collegarsi almeno ad un altro, rimanendo in piedi, cercando nella vicinanza fisica priva di elementi comunicativi non verbali, uno spazio. I membri, nel loro disporsi fisico, segnalavano gli aspetti di isolamento e di confusione. Il conduttore li ha invitati a disporsi in circolo, seduti a terra su cuscini, e ad ascoltare le regole del lavoro comune. L'attivazione del dispositivo del setting, nel definire il luogo e lo spazio, si è posto come argine agli elementi di confusione come attivatore di nuove possibilità comunicative. L'orario della seduta, il giorno e la durata circoscrivono, in maniera rassicurante, un'area di esclusiva appartenenza; il modo fisico: la disposizione circolare, il darsi la mano osservando un periodo di silenzio lasciando scorrere le sensazioni del contatto fisico, rituale di ogni inizio di seduta, costruiscono una possibilità differente di riconoscere l'altro ed il corpo tenuto fino ad allora come elemento da escludere perché portatore di sofferenza. Nel procedere del commuting sono state introdotte modifiche temporanee nella disposizione in circolo al fine di consentire il riconoscimento delle difficoltà espressive. La tecnica del raccontare guardandosi negli occhi, uno di fronte all'altro, o viceversa di narrarsi uno di spalle all'altro, cosicché l'unico elemento di contatto è quello del dorso, hanno corrisposto ai momenti in cui il gruppo esprimeva il bisogno di isolarsi o accomunarsi nel tentativo di divenire soggetto.

Infine, consentire lo sviluppo del processo conoscitivo, comporta per il conduttore analizzare il significato degli elementi in campo (pazienti, gastroenterologo, psicoterapeuta, università) e riconoscere gli elementi di struttura del nuovo legame che si forma. Mi sembra che leggere questo movimento in termini di riorganizzazione del Sé possa rappresentare il modo con cui rafforzare il cambiamento da individuo malato a gruppo malato descritto precedentemente.

Il gruppo pazienti può essere riconosciuto come oggetto-Sé gemellare che, come afferma Neri, "fornisce una continua presenza non soltanto intellettuale, ma anche corporea: questa presenza da un essenziale contributo alla costruzione del sentimento di essere umano tra gli umani". L'individuazione del gruppo pazienti come oggetto-Sé consente al conduttore di tenere continuamente presente e, quindi, di attivare il processo di rafforzamento del Sé necessario a reggere l'esperienza della malattia. In questo processo, come dice Trentini, "il gruppo rappresenta per l'individuo un importante fonte di fiducia, in grado di soddisfare ogni ansia soggettiva". Inoltre, il gruppo-oggetto Sé può permettersi di proiettare le proprie istanze ideali sul gruppo gastroenterologo-università, riconosciuto come parte di Sé. Così, quest'ultimo, può essere riconosciuto come oggetto-Sé ideale che, come ricorda Kohut, è fondamentale se consente il trasferimento del primitivo Sé onnipotente su un oggetto idealizzato. Questo trasferimento è funzionale al rafforzamento se non comporta un distacco tra soggetto (gruppo pazienti) ed oggetto portatore dell'idealità (gruppo gastroenterologo istituzione). Nel fruire reciproco, il gruppo oggetto-Sé ideale mette, quindi, a disposizione dei membri una quota di onnipotenza condivisibile e fruibile e diventa lo specchio delle conquiste raggiunte.

E' possibile, perciò, affermare che nella conduzione di gruppi di pazienti con malattie croniche ed invalidanti la flessibilità del conduttore, la sua capacità di cogliere il significato di tutti gli elementi compresenti e quella di riutilizzarli al fine del rafforzamento del Sé, attiva e costruisce il processo di conoscenza della malattia che consente ai membri del gruppo di imparare a convivere con la cronicità della stessa.

BIBLIOGRAFIA

ANZIEU D.: *Il gruppo e l'inconscio*. Borla Ed. 1976.

BION W.: *Esperienze nei gruppi*. Armando Ed. 1979.

KAES R.: *Il gruppo e il soggetto del gruppo*. Borla Ed. 1994.

KAES R: *La parola e il legame*. Borla Ed. 1996.

NERI C.: *Gruppo*. Borla Ed. 1996.

PUGET J. et al.: *Il gruppo e le sue configurazioni*. Borla 1996.

Notizie sull'autrice

Fausta Micanti. Psichiatra e psicoterapeuta. Dipartimento di Psichiatria - Area funzionale di Psicoterapia. Facoltà di Medicina e Chirurgia. Università degli Studi di Napoli "Federico II". Socio dell'Istituto italiano di psicoanalisi di gruppo di Napoli.E-mail: fausta.micanti@tin.it