

Gruppo a tempo determinato per pazienti cardiopatici

Silvia Corbella

Abstract

Una analisi del dispositivo di gruppo, messo in relazione dall'autrice con la composizione omogenea o mista del gruppo, con il contesto e con il limite temporale, descrive una sua funzione specifica nel favorire i processi interni al gruppo di oscillazione fra la fusione omogenea e la spinta alla individuazione. Sono riportate e alcune sedute di gruppo con pazienti cardiopatici al fine di mettere in evidenza le funzioni di reintegrazione della relazione fra aspetti corporei e psichici.

Parole-chiave: gruppo misto, gruppo omogeneo, istituzione, composizione del gruppo, tempo determinato

Una sintetica premessa

Come avevo sottolineato lo scorso anno in occasione del Convegno qui a Roma sui gruppi omogenei, sempre più spesso le domande di interventi gruppali da parte delle istituzioni riguardano aree di emergenza e di frontiera, dove sono necessari lavori mirati e limitati nel tempo, che abbisognano di articolati e diversificati tipi di risposte; oggi infatti sia le istituzioni sia le patologie emergenti non accettano tempi lunghi. Nel pubblico inoltre i gruppi di lavoro e di cura, o propriamente di terapia, sono spesso caratterizzati da aspetti che tendono a sottolineare una sorta di omogeneità. Omogenea può essere la richiesta da parte degli utenti, omogenea può essere la diagnosi che caratterizza i membri del gruppo che si andrà a costituire, omogenee possono essere l'appartenenza di genere, la fase della vita da affrontare o le specifiche problematiche dei partecipanti al lavoro di gruppo.

I gruppi omogenei sono caratterizzati dalla facilitazione nei confronti dei movimenti fusionali, a tutti i possibili livelli, e da una maggior lentezza e resistenza nei confronti dei movimenti di individuazione. I gruppi a termine viceversa presentificano il limite temporale; la consapevolezza del termine necessita dell'elaborazione della separazione e questo stimola il movimento verso l'individuazione riducendo inevitabilmente la possibilità di stasi, a volte difensiva rispetto al cambiamento, che caratterizza l'area della fusionalità. Il lavorare sul "qui e ora" e al contempo valorizzare l'intenzionalità verso il futuro grazie alla pre-determinazione del termine promuove un "vettore intenzionale" funzionale ad ottenere una "mobilizzazione precoce di processi terapeutici" (Fasolo, 1992). Le caratteristiche risultanti da alcuni aspetti omogenei e da un predeterminato limite temporale appaiono essere complementari e permettere sinergicamente un utilizzo adeguato della dialettica specificatamente gruppale tra fusione e individuazione. La separazione divenuta pensabile stimola movimenti verso l'individuazione; separazione e individuazione, in quanto condivise, nel gruppo di pari si configurano in modo meno angoscioso che in solitudine.

Ma è proprio per le sue potenzialità trasformative che l'intervento del lavoro di gruppo viene al contempo richiesto e temuto sia dai componenti del gruppo medesimo che, in modo analogo, dalla istituzione stessa. Varie e assai complesse sono le problematiche che il piccolo gruppo analiticamente orientato deve affrontare nell'interazione con l'istituzione, qualsivoglia essa sia, indipendentemente dallo specifico obiettivo che il gruppo si propone.

Il tempo come variabile pre-determinata.

Ho più volte sottolineato come il raggiungimento della capacità di vivere la dimensione temporale in tutte le sue "naturali" e complesse articolazioni sia facilitato dalle particolarità del setting di gruppo e come il costituirsi di una storia condivisa rappresenti uno specifico fattore terapeutico gruppale. Ho inoltre evidenziato come sia importante per ogni persona sentirsi riconosciuta nella propria unicità e dunque rispettata nei propri ritmi e tempi.

Come si concilia con queste premesse l'introduzione a priori di un limite di tempo pre-definito?

Evidentemente la composizione di un gruppo a tempo determinato non può prescindere dai criteri generali sovraesposti che ritengo ineludibili per la riuscita di qualsivoglia processo di cura. Sarà dunque necessaria una attenta selezione che permetta di comprendere per quali persone e in quali contesti può essere elettivo un criterio di cura che non si ponga come unico e definitivo, ma che abbia come finalità un obiettivo definito e circoscritto e realisticamente raggiungibile grazie ad un setting di gruppo caratterizzato da limiti temporali.

Il focus della terapia sarà diverso a seconda dell'ambito istituzionale all'interno del quale verrà fatta la richiesta di un lavoro con il piccolo gruppo, della qualità della domanda, e dei bisogni emergenti per i quali un setting gruppale può costituire una valida risposta. L'obiettivo degli incontri perciò potrà essere estremamente vario a seconda che il gruppo si situi all'interno di un Dipartimento di Salute Mentale o si occupi di patologie somatiche, o ancora abbia uno scopo preventivo (come nella scuola) o di formazione. In ogni caso questi gruppi vanno concepiti come "episodi di trattamento" (Budman-Gurman, 1988) che si attuano in particolari contesti a volte in concomitanza con altri tipi di cure e che a seconda dei bisogni, aprono alla possibilità di essere un riferimento nella vita del paziente sia al passato (come ricordo di un'esperienza che ha avuto e ha dato valore) sia al futuro (come possibile progetto di lavoro). Questo è possibile all'interno di una visione del "prendersi cura" che valorizza un tipo di approccio multimodale, un approccio che implica l'integrazione armonica di diversi tipi di interventi a differenti livelli di realtà.

Ogni gruppo costituito in modo da permettere di "prendersi cura", aumenta la capacità di mentalizzare problemi, disagi e difficoltà di ogni partecipante. Possiamo quindi affermare che l'obiettivo costante dovrà essere la possibilità di rendere il gruppo un luogo di incontro che attivi o ri-attivi a diversi livelli la capacità di pensare e sognare di gruppo e in gruppo in tutte le possibili articolazioni. In questo contesto l'inserimento di un limite temporale implica rendere il fattore tempo una variabile significativa che dovrà divenire "pensabile". Sappiamo che il senso del tempo

affonda le sue radici nel protomentale, nella relazione arcaica madre-infante e ha origine dalla dipendenza e dalla separazione. Il dare un termine alla terapia significa presentificare l'Inizio e la Fine, il tutto del divenire fin dall'inizio, fin dalla gestazione del progetto di composizione del gruppo.

Questo offrirà l'opportunità di affrontare temi come la separazione, l'individuazione, la solitudine e la morte. Temi che inevitabilmente, con modalità diverse, vanno affrontati in ogni gruppo ma che nel contesto specifico di un gruppo a tempo determinato, si presentano con particolare evidenza e pregnanza. Il tempo dunque, nei gruppi a termine, ci appare essere una variabile con immediate potenzialità terapeutiche date dal solo fatto del suo essere evidente nel suo appello al limite, così che l'obbiettivo del gruppo grazie al fattore tempo apre al futuro e all'attesa e da progetto diventa un processo; processo partecipato e condiviso e dunque anche storia comune.

Una parola chiave delle terapie a tempo breve e-o determinato è "attività", riferita all'atteggiamento particolarmente attivo da parte del terapeuta; questo ci ricorda le terapie attive a breve termine sostenute già nel 1925 da Ferenczi e da Rank. Attualmente il lavoro individuale e gruppale, in particolar modo quello terapeutico, con definiti limiti temporali è particolarmente in auge per un concorso di cause: 1) la tendenza generalizzata a valorizzare la velocità dei processi, il tutto subito, a scapito dei tempi lunghi 2) l'aziendalizzazione delle istituzioni pubbliche con un'aumentata attenzione a criteri di efficienza, anche economica 3) le specifiche patologie della nostra epoca caratterizzate da disturbi narcisistici e della personalità, dalla fragilità del Sé, connotate da un pensiero spesso primitivo e dunque anche dalla difficoltà a tollerare i tempi lunghi del progetto e dell'attesa.

Ancora una volta il problema sarà non colludere con gli aspetti potenzialmente "patologici" di queste richieste ma cercare di trasformare le difficoltà in vantaggi. In genere un numero limitato di incontri è frequentemente riscontrabile in quei lavori di gruppo in cui il focus è funzionale al fronteggiare in ambito ospedaliero l'esperienza di una malattia somatica particolarmente invalidante o a rischio letale, o più genericamente situazioni di inaspettati stress esistenziali.

La reazione a questo tipo di eventi è spesso un inconscio senso di impotenza che attraversa tutti gli ambiti di realtà in cui è coinvolta la persona sia a livello intrapsichico che relazionale. Ciò comporta una rimessa in discussione del senso di sé e dei propri valori di riferimento, delle proprie modalità relazionali ed anche del significato generale della vita, dell'essere nel mondo.

Il poter affrontare tutto questo in una situazione di gruppo aiuta ad uscire da un senso di isolamento e spesso anche di colpa inconscia, assunta o proiettata; colpa che sappiamo essere la risposta onnipotente e al contempo disperata per non sentirsi totalmente schiacciati da un vissuto annichilente di impotenza e di mancanza di significato. Proprio perché vengono messi in discussione anche i rapporti con gli altri, possono essere molto utili in questi casi anche gruppi brevi, all'interno delle stesse istituzioni (ospedali, case di cura, di accoglimento ecc...) con i familiari delle persone colpite da questo tipo di accadimenti.

Le potenzialità dei fattori terapeutici specifici gruppali ci permettono di selezionare per i nostri gruppi a tempo breve e limitato pazienti di qualsiasi tipo, provenienti dall'area nevrotica a quella psicotica in tutte le loro possibili articolazioni. Importante è aver chiaro che non si tratta di una terapia risolutiva ma di un episodio terapeutico o di cura, con un suo valore e significato e con uno scopo definito. Per quanto riguarda la selezione dei pazienti per un gruppo a breve termine, penso che sia ancora più importante che negli altri tipi di gruppo, quando i tempi dell'istituzione lo permettano, un numero di colloqui adeguati al costituirsi di una buona alleanza terapeutica e di un rapporto di fiducia tra il futuro componente del gruppo e il conduttore, e la chiarificazione del significato e del valore di "trovarsi con altre persone" per un definito progetto comune.

Comunque, come ho già detto, va tenuto presente che in ogni situazione grupppale, il focus ineludibile è arrivare a cominciare a "pensare e sognare" di gruppo e in gruppo, anche se questo "pensare e sognare" è un progetto nella mente del terapeuta che verrà esplicitato ai singoli pazienti nei colloqui preparatori con un linguaggio ad essi comprensibile e articolato in modo congruente al focus che, a seconda delle loro problematiche emergenti, è stato loro realisticamente proposto. In ogni caso un progetto di cura dovrebbe sempre permettere l'esperienza della possibilità di un cambiamento di prospettive e di trasformazioni positive.

Il "prendersi cura" in qualsivoglia ambito istituzionale implica la possibilità dell'accoglienza del nuovo a più livelli sia dell'accoglienza della possibilità di un intervento grupppale da parte delle istituzioni, sia dell'accoglienza del progetto gruppo nella mente del conduttore e dei partecipanti, sia dell'accoglienza presentificata dallo spazio grupppale nei confronti di persone "nuove", che non si conoscono, dei loro bisogni ed anche dei loro desideri a volte sconosciuti, in quanto inconsci, anche ai soggetti medesimi.

Gruppo di sostegno a tempo determinato per pazienti cardiopatici

A questo proposito riporterò la sintesi dei quattro incontri previsti per un gruppo di sostegno per pazienti gravemente cardiopatici e loro familiari, all'interno di una clinica convenzionata specializzata in interventi cardiovascolari; la durata di ogni incontro (per ragioni cliniche e istituzionali) è di un'ora e venti. Le sedute mi sono state riferite in supervisione da una collega. Nella prima seduta il gruppo è composto da dieci persone, tutte ospedalizzate; si presenta omogeneo per tipo di patologia ma eterogeneo per età, identità di genere e appartenenza socioculturale.

1) Condivisa ed espressa è la paura di non essere più "normali" e che tutto non sarà più come prima; prima dell'intervento, prima dell'attacco di cuore, prima dell'infarto. L'ansia si taglia con il coltello. Nel gruppo predomina il livello protomentale e si oscilla dall'assunto di base di dipendenza a quello di attacco e fuga e di accoppiamento, nell'attesa messianica di magiche e immediate soluzioni salvifiche che rendano la malattia e il dolore "non accaduti". Viene espressa molta rabbia ed aggressività nei confronti dell'équipe curante che non cura come si desidererebbe, vengono poste molte domande tecniche sugli interventi e i medicinali alla

conduttrice; conduttrice presente come psicologa e dunque senza una specifica formazione medica. La collega si sente in ansia e vive una profonda sensazione di impotenza, impotenza che per identificazione proiettiva il gruppo le comunica inconsciamente, mentre a parole vengono espresse aspettative onnipotenti. Improvvisamente un paziente prende la parola e pare “un ciclone di ansia e paura”; ciclone che la collega non riesce a contenere. Il gruppo ascolta spaventato e partecipa e viene espressa la paura del buio, del sonno ...dell’ignoto nemico che compare senza la possibilità di un controllo. Il paziente è portavoce delle paure del gruppo ma sembra anche drammatizzare nel “qui e ora” la mancanza di contenimento nei confronti della malattia che come un ciclone ha tutto travolto e stravolto.. Ci si sveglierà il giorno dopo e se sì come?!

Nella seconda seduta due familiari chiedono di essere ammessi al gruppo che accetta all’unanimità.

2) Il gruppo inizia con una domanda di una paziente che, rivolta alla conduttrice, le chiede cosa le impedisce di respirare...Un signore piange e racconta che mesi fa gli è morta la sorella per colpa dei medici; meglio dipendere da una macchina che da gente come loro... Ma il cuore è una macchina, una pompa che li ha traditi...Dopo un lungo silenzio viene affrontato il tema della morte, si comincia con fatica e dolore a porsi degli interrogativi .L’onnipotenza viene riproposta in termini più mediati: anche il Sacro Cuore sanguina... Anche l’Onnipotente ha problemi di cuore... L’ansia si stempera un poco, in sorrisi.. Il dolore e l’angoscia non trovano parole, si esprimono in immagini e con il corpo; manca un po’ il respiro, ma poi si riprende fiato. Nella terza seduta sono presenti tutte le persone della volta precedente e un paziente nuovo.

3) Si parla dei sintomi fisici, delle paura pre e post-operatorie; c’è ancora ansia ma la rabbia si modula in posizioni diverse; il dolore e l’aggressività individualmente espresse permettono movimenti di separazione che stimolano confronti. La conduttrice assume un ruolo attivo sottolineando continuità e diversità e induce scambi e, appunto, confronti. Dietro il malato e la malattia si incominciano a intravedere le persone. Il “prima” non è più e non solo un prima da “sano”, ma un prima che comincia a lasciare intravedere un passato e una storia che è significativa per un futuro, che comprende incertezza e paura, ma che è anche in continuità con il prima della persona intera e non solo del “malato”.

Nella quarta e per quasi tutti ultima seduta, sono presenti le persone della volta precedente.

4) Viene affrontato il tema della fine e della morte ma anche realisticamente delle prospettive di vita. Una paziente porta un sogno: “Un vicino mi aveva messo una rete alta quattro metri con attaccati dei rami di pomodori rossi, secchi, che non mi permettevano di guardare oltre....”

Nell’interazione associativa del gruppo stimolata dalla conduttrice si arriva, con fatica ma anche con la sensazione di uno scambio produttivo, alla costruzione di un pensiero condiviso.

Quattro incontri sono davvero pochi e non permettono di vedere oltre il momento della malattia, ma i limiti una volta riconosciuti in alcuni momenti si possono aggirare. Oltre i cuori malati, pomodori secchi, che non permettono di vedere altro e che limitano le prospettive ci sono comunque le persone nella loro unicità e complessità, e prima e oltre la rete ci sono differenti realtà alcune note e altre da scoprire... Il gruppo si chiude con uno scambio di indirizzi e la sensazione conscia per alcuni e ancora preconsca per altri di aver condivisa un'esperienza che ha cominciato a rendere pensabile un evento "inaspettato" e doloroso; oltre la rete si possono aprire ancora prospettive di vita.

Il tempo non si può appiattare nel presente della malattia, altrimenti si rischia di essere "prigionieri del tempo"; questo vale per tutte le malattie somatiche e psichiche. La malattia deve poter diventare l'occasione per riprendere un contatto più autentico con sé stessi e con il significato e il valore della vita. Perfino una malattia potenzialmente mortale, se riconosciuta anche nei suoi aspetti simbolici e accolta, permette di sperimentare prima nel gruppo, laboratorio protetto, e poi all'esterno una nuova modalità di rapportarsi con il mondo anche a livello relazionale e quindi anche nei confronti della dimensione temporale. Spesso comprensibilmente il malato di una malattia a rischio è angosciato dall'idea di non avere più tempo e perciò, difensivamente, o assume reattivamente un atteggiamento di pseudo-indifferenza nei confronti del trascorrere del tempo e si appiattisce in un presente indifferenziato, oppure è sopraffatto dall'ansia di dover utilizzare al meglio ogni secondo. In entrambi i casi "il tempo diventa tiranno e padrone assoluto dei suoi pensieri, del suo esistere: il malato diventa prigioniero del tempo" (Salis, 2000).

Nei gruppi i cui partecipanti sono persone a rischio l'inserimento chiaro e definito della variabile tempo come limite ne consente una elaborazione condivisa in un ambito relazionale accogliente che, come abbiamo detto, permette di rendere parlabili i temi della separazione, della fine, della morte e dei limiti, e dunque di passare dall'essere prigionieri del tempo all'essere, per quanto è possibile agli umani, "limitatamente" padroni del proprio tempo, recuperando il passato, il presente e il futuro indipendentemente dalla sua possibile estensione.

Ovviamente in questo modo non si risolvono tutti i problemi dovuti alla malattia e tanto meno quelli pregressi che hanno concorso al suo insorgere, ma si aprono nuove possibilità di pensiero simbolico perché al contempo si sono "oliati" i meccanismi che presiedono agli scambi fra psiche e soma. Questo riavvio di un processo che si era interrotto diventa possibile nei gruppi a tempo breve grazie alla capacità di costruire, nell'interazione fra istituzione, conduttore e gruppo, un nuovo spazio di accoglienza e di ascolto del bisogno e del desiderio di ogni partecipante. Questo sarà un viatico che resterà nella memoria di ognuno per affrontare nuovi percorsi in solitudine, nei propri gruppi di appartenenza o eventualmente all'interno di altri percorsi terapeutici individuali o gruppal.

Bibliografia

- Gritti, I, Schon, L.(2001), Un gruppo a breve termine e un gruppo a lungo termine in un CentroAntiviolenza: due esperienze di lavoro a confronto. In *Gruppi*, Anno III – n.1/2001.
- Carraro, I. e Ricci, G. (2001), *Percorsi di gruppo nella cura delle dipendenze da sostanze* (a cura di), Tipolitografia Canova –Dolo (Venezia).
- Pontalti, C, Costantini, Sparvoli, Pontalti, I., Vincenzoni, Costantini, A. (a cura di) (2000), *Psicoterapia di Gruppo a tempo limitato*. McGrawHill, Milano.
- Fasolo, F. (1992), La fine della presa in carico in *Psichiatria Generale dell'Età evolutiva*, vol.30.
- Fasolo, F., Cappellari, L., *Almanacco 1999* (a cura di). La Garangola-Padova.
- Herman, J.L. (1992), *Trauma and recovery*. Harper Collins, London.
- Lopez,D (1996), Memoria e oblio. *Gli argonauti*, n.68. CIS editore.
- Bleger, J. (1989), *Psicoigiene e psicologia istituzionale*. Lauretana, Loreto.
- De Polo, R. (2000), Inconscio gruppale e modulazioni terapeutiche: indicazioni e controindicazioni all'analisi di gruppo, in *Gruppi*, Vol. II n.1 Gen-Giu 2000. Milano, Franco Angeli.
- Flegenheimer,W.V.(1982), *Psicoterapia breve*. Tr.it (1986) Cortina, Milano.
- Kernberg, O. (1998) *Le relazioni nei gruppi*. Tr.it (1999), Cortina, Milano.
- Schein,E,H. (1989), *Sviluppo organizzativo e metodo clinico*. Guerini e Associati, Milano.
- Traveni, A.M.(2001), Sul large Group. Intervista ad Anna Maria Traveni a cura di A. De Michele in *Rivista Italiana di Gruppoanalisi-Vol.XV –n.1/2001*. Franco Angeli, Milano.
- Zapparoli, G.C. (a cura di) (1985), *La psichiatria oggi*, Stimmgraf, Verona.
- Watzlawick, P., Nardone, G. (a cura di) (1997), *Terapia breve strategica*. Cortina, Milano.