

# **Un modello di psicoterapia di gruppo per persone con malattie mentali croniche**

*Walter N. Stone*

## **Abstract**

Progressi significativi nella farmacoterapia della maggior parte delle sindromi psichiatriche sono avvenuti nell'ultima decade del precedente millennio. Tuttavia i farmaci né hanno dimostrato di essere una cura definitiva, né hanno eliminato la sofferenza umana che accompagna queste malattie. Come conseguenza, un gran numero di individui rimangono significativamente danneggiati dalla loro malattia. Le persone con malattia mentale grave e persistente, generalmente esperiscono i loro peggioramenti in termini di vita quotidiana, di qualità di vita. Da una prospettiva "oggettiva" hanno deficit nelle necessità finanziarie, negli alloggi, nel trasporto, nella cura medica e psichiatrica. Da una prospettiva "soggettiva" la quantità e la qualità delle relazioni sociali e delle attività ricreative sono diminuite. La psicoterapia di gruppo focalizzandosi sui problemi della vita quotidiana, dello sviluppo e del mantenimento di relazioni sociali soddisfacenti, ha il potenziale per migliorare significativamente la qualità della vita dei pazienti.

**Parole-chiave:** malattia mentale, relazioni e bisogni della vita quotidiana, psicoterapia di gruppo, miglioramento della qualità di vita,

## **La Flessibilità dei Confini di Gruppo**

Un modello dinamicamente basato sulla psicoterapia di Gruppo adattivo/supportiva, denominata come "La Flessibilità dei Confini di Gruppo", [FBG] (McIntosh, Stone & Grace, 1991, Stone, 1996), tiene in considerazione le dinamiche delle persone cronicamente malate come anche quelle del sistema di gruppo. Le premesse del modello evidenziano l'incapacità nella generale esperienza dei pazienti di rivolgere le normali richieste di vita e le loro capacità deteriorate di costituire fiducia, intimità, e relazioni d'affetto fuori e dentro la famiglia. Questi stessi deficit si manifestano nelle difese dei membri e nel loro modo di partecipare al gruppo.

Le principali operazioni difensive dei pazienti sono ritiro, isolamento, e sganciamento, spesso rese cospicue dalle loro assenze agli incontri. La flessibilità del confine del modello, struttura il trattamento così che, seguendo la richiesta che ciascuna persona partecipi ai quattro incontri successivi, i pazienti "contrattano" con il terapeuta e con il gruppo la frequenza con cui essi prenderanno parte agli incontri. I pazienti danno l'opzione di seguire gli incontri a intervalli settimanali o mensili, o qualsiasi combinazione entro questa forma di tempo. Questa strategia rende i membri capaci di decidere il dosaggio del loro trattamento, che fino ad un certo punto bilancia

il potere fra pazienti e terapeuta. I pazienti dicono di poter discutere il cambiamento del loro contratto di partecipazione e partecipare più o meno frequentemente se essi vogliono.

Normalizzare un flessibile bisogno di partecipazione, presenta una funzione in più. Tradizionalmente, ai terapeuti di gruppo è stata inculcata la teoria della centralità della coesione del gruppo e della regolare partecipazione (Yalom, 1975). In tale struttura, le assenze sono intese come una forma di resistenza, che richiede l'attenzione del terapeuta allo scopo di avere un ottimale funzionamento di gruppo. I terapeuti, che lavorano sulla base di questa ideologia, spesso si ritrovano in lotte di potere non produttive con i loro pazienti, una promulgazione del controtransfert che spesso risveglia maggiori ritiri da parte di entrambe le parti.

L'uso del FBG per oltre una decade ha mostrato che i pazienti malati cronicamente sono del tutto responsabili e attendibili nell'attenersi al loro contratto. Inoltre di più una funzionale formazione del gruppo comincia con un sottogruppo centrale con partecipazioni regolari e un sottogruppo periferico con partecipazioni intermittenti. (Stone, 1995).

## **Il Sistema Terapeutico**

Per una impresa terapeutica di successo, è necessario essere integrati in tutto quanto il trattamento. All'interno del settore pubblico esiste una considerevole variazione nel fornire il trattamento di gruppo. I pazienti hanno bisogni molteplici, e gli amministratori hanno la responsabilità di occuparsi di questi bisogni, spesso con un baget limitato. Il programma di gruppo rappresenta soltanto una singola componente terapeutica all'interno del sistema. Così gli sforzi per iniziare e mantenere un programma di gruppo richiedono attenzione ai bisogni e alla filosofia del particolare sistema clinico. La collaborazione con le condizioni dei manager e degli amministratori è essenziale allo scopo di scovare ordini del giorno nascosti, politiche, e impedimenti al pieno successo del programma.

Esempio: per molti anni un programma clinico di gruppo soffriva di una apparente pochezza di riferimenti. L'esplorazione delle resistenze ai vari livelli amministrativi o terapeutici non aveva fornito adeguata comprensione delle difficoltà. Soltanto durante un incontro con il Direttore Clinico si apprese che la primaria agenzia di fondi (Comitato Regionale di Salute Mentale) aveva mandato somme specifiche per i trattamenti di gruppo individuali, familiari o il fallimento di provvedere alla quota predeterminata significò una riduzione dei fondi. Il direttore notò che l'anno precedente, la clinica aveva "sovrausato" il gruppo e non aveva coperto la quota del servizio individuale, che ha costretto l'amministratore a restituire il denaro all'agenzia

dei fondi. L'esempio illustra l'influenza della polizia federale o di stato, spesso sconosciuta alla persona che direttamente fornisce il servizio.

La continua alleanza con gli amministratori è essenziale allo scopo di assicurare il supporto clinico per le molte necessità di un programma di gruppo. L'estensione del credito di produttività (es.: la somma delle cure del paziente che ciascun clinico deve fornire) e delle "pubblicazioni", è essenziale, poiché alcune esigenze e politiche amministrative tentano di scoraggiare i clinici.

Una soluzione per aggiustare il credito di produttività è semplicemente dare credito per 1.5 volte la durata degli incontri. Un'altra soluzione potrebbe essere dare una somma predeterminata per ciascun paziente in assistenza: un credito di 3 unità per persona potrebbe dare un gruppo con 5 persone in partecipazione 1.5 unità di credito. Questo sistema premia i clinici che mantengono gruppi più ampi. Le disposizioni per le supervisioni e le emergenti opportunità formative, sono essenziali per la prevenzione del born-out dello staff dell'abbandono del progetto.

### **Gli scopi del gruppo**

Gli scopi fondamentali del gruppo sono di prevenire ricadute e migliorare la qualità della vita dei pazienti. I membri devono usare il gruppo per mettere in rilievo i sintomi, che possono includere allucinazioni o pensieri paranoidei, problemi nella vita di tutti i giorni e l'impatto della loro malattia sulla loro vita. Come descritto da Kanas (1996), la specifica licenza di gestire i processi psicotici ha il potenziale di diminuire le differenze le estraneità della esperienza di sé del paziente. Tuttavia la maggiore spinta del trattamento è esplorare le relazioni sociali dei pazienti, come esse emergono nella discussione dei problemi della vita di tutti i giorni e di esaminare l'impatto della loro malattia sulla loro vita.

Le difficoltà si riflettono anche nel modo in cui i membri stabiliscono relazione all'interno del gruppo. All'interno del gruppo interazioni (transference) sono esaminate al meglio soltanto dopo che un solido rapporto di lavoro è stabilito. L'esplorazione di antecedenti storici di interazioni disturbate e disturbanti generalmente viene di solito evitata.

L'enfasi di comprendere le relazioni fallite non è la stessa nelle discussioni sulle cure mediche. Infatti la maggior parte dei membri del gruppo, riceve cure mediche e certamente un aspetto della loro malattia sta a significare l'esperimento di prendere farmaci. Ancora di più le interazioni di gruppo forniscono l'opportunità di osservare

"i membri in azione", il che fornisce informazioni che riguardano le necessità mediche. I terapeuti hanno bisogno di apprezzare entrambi i livelli quello reale e quello metaforico della discussione dei pazienti sui farmaci come potenziale informazione dello stato delle loro relazioni.

## **La formazione del gruppo**

Prima di formare il gruppo, i clinici dovrebbero stabilire gli "elementi mondani", ma essenziali per la conduzione del trattamento. Hanno bisogno di fissare il giorno, l'ora, e il luogo. Molto più spesso questi gruppi si tengono una sola volta settimanalmente durante il giorno. In generale i pazienti sono o disoccupati, o lavorano part-time e preferiscono il giorno e le ore meridiane. Un gruppo potrebbe essere composto nelle prime ore del pomeriggio il che dovrebbe incoraggiare i membri a socializzare dopo il pranzo (guardare a piè pagina i confini dati).

Gli incontri sono di solito più brevi delle psicoterapie di gruppo tradizionali con pazienti esterni, con una durata che va da 45 a 75 minuti. Alle volte, le sedute più brevi sembrano particolarmente insufficienti quando ci sono 8 o più pazienti presenti. Strohm-Cohen ha suggerito che quando la partecipazione raggiunge questi livelli, dieci minuti extra possono essere sommati alla sessione (Strohm-Cohen, C, comunicazione personale[2000]). In molti setting vengono presi accordi per i farmaci con lo psichiatra, presente, alla fine della seduta, quando [lei/lui] può fornire cure mediche e consultare il terapeuta. Le cure mediche possono essere apertamente discusse di fronte agli altri membri che alle volte, possono essere cure mediche pienamente aiutati per risolvere resistenze a prendere medicine. Ulteriori vantaggi con questa struttura sono la semplice comunicazione fra terapeuta e farmacoterapeuta e la eliminazione di una visita fuori dalla clinica per il paziente.

## **Cominciare il gruppo insieme**

Selezione dei Pazienti: a volte la diagnosi non è il solo criterio di inclusione, la diagnosi rappresenta il punto di partenza. Lo schema di Bachrach (1988) delle tre D rappresenta un maggiore insieme di criteri inclusivi: diagnosi, durata e stabilità. Il grado di disabilità all'interno delle categorie diagnostiche spesso è il fattore determinante per l'inclusione.

Le categorie diagnostiche usuali da cui i pazienti sono tratti includono le maggiori infermità psicotiche della schizofrenia, e i disturbi schizoaffettivi; i disturbi dell'umore includono, malattie bipolari, depressione maggiore e disistima. I disturbi cronici di ansia e molti disturbi di personalità sono anche rappresentati da questa

popolazione. I pazienti con abuso di sostanze (disintossificazione e qualche periodo di astinenza) possono anche essere candidati. I deterioramenti organici lievi non sono una controindicazione per partecipare al gruppo.

I criteri di esclusione sono pochi. Tuttavia, alcuni individui non sono buoni candidati per un FBG. Le persone che sperimentano il loro primo episodio di una malattia psicotica richiedono un supporto più intenso e una educazione che possa facilmente adattarsi ad un gruppo FBG. Le persone che sperimentano crisi acute (scompensi di natura psicotica o affettiva, dissoluzione del matrimonio o una morte recente) dovrebbero rimandare la loro candidatura fino alla risoluzione della crisi. Questi individui richiedono più attenzione personale che può essere fornita dal gruppo. I pazienti con concomitante maggior abuso di alcool o abuso di sostanze richiedono una doppia specializzata diagnosi di gruppo. È ovvio che i pazienti che non vogliono entrare in gruppo non dovrebbero essere "forzati" a entrarne a far parte. Molti individui d'altra parte rifiutano di entrare in un gruppo. Un numero di altri può equivocare. Una maggiore pressione da parte dei clinici a partecipare spingono gli individui a entrare farne parte, solo per restare delusi, quando essi non si presentano o si verificano drop-out soltanto dopo poche sedute (Klein & Carrol, 1986). Di conseguenza i terapeuti necessitano di monitorare accuratamente il loro contributo all'intervista valutativa per determinare l'estensione di ogni pressione da loro applicata. Certamente alcuni individui desiderano che il clinico li "convinca" del valore della terapia di gruppo, e riusciranno nel loro percorso di gruppo. Regole rigide e fisse non possono essere subite come linee guida per la selezione del processo.

Pazienti Recuperati: ad una prima occhiata, recuperare pazienti per il trattamento di gruppo potrebbe sembrare un compito facile. Tuttavia, come notato sopra, i pazienti sono spesso riluttanti ad intraprendere un trattamento di gruppo. Nello stesso modo i terapeuti possono essere riluttanti a partecipare o cedere i pazienti a un gruppo. Secondo la mia opinione è essenziale che i terapeuti reclutino i pazienti per il gruppo dal loro proprio elenco di casi individuali. Ciò fornisce, di prima mano, l'esperienza di un compito complesso e aiuta il clinico a restare empatico con le difficoltà in cui altri possono avere riferimento per potenziali membri. Con questo avvertimento, la seguente lista fornisce una approssimativa gerarchia di possibili fonti per pazienti (Stone, 1996).

1. L'insieme dei pazienti del terapeuta.

2. L'insieme dei pazienti dei colleghi.

3. Le ammissioni in clinica.

4. Gruppi in lista di attesa.
5. Riunioni dello staff per riesaminare i pazienti.
6. Trasferimenti di pazienti che vanno via.
7. Invio di pazienti interni.
8. Seminari di istruzione continua.
9. Un avviso affisso al muro.

L'esame di questa lista evidenzia la natura personale del reclutamento dei pazienti. L'insieme dei pazienti del terapeuta e quello dei suoi stretti colleghi sono spesso la fonte più fruttuosa per ottenere pazienti. Una positiva relazione di lavoro con i colleghi e gli amministratori all'interno del sistema clinico rende i clinici capaci di accedere ai potenziali membri dentro l'usuale formato di cliniche, attività amministrative di supervisioni ed insegnamento. Mantenendo l'alleanza con il personale di intake (ammissioni in clinica) aumenta la potenzialità di scovare possibili fonti per un trattamento di gruppo piuttosto che individuale. Se un clinico richiede pazienti in attesa di una prossima ammissione, in clinica una lista di attesa del gruppo può essere una ottima introduzione al trattamento di gruppo e serve a incrementare le fonti di base. (Stone e Klein, 1999).

Preparazione dei Pazienti: Tutti i pazienti dovrebbero essere intervistati privatamente prima dell'entrata in un gruppo. Il terapeuta usa interviste preparatorie a:

1. Ottenere l'anamnesi del paziente e in più la valutazione appropriata per il gruppo.
2. Stabilire un principio di alleanza che aiuti a sostenerli durante l'inizio del trattamento.
3. Indirizzare gli scopi del trattamento del paziente.

4. Esplorare l'ansia del paziente relativa all'entrata in gruppo.
5. Fornire l'opportunità di dare specifiche informazioni sul gruppo.
6. Rivedere l'accordo del gruppo.

Questo è un sostanziale aumento di lavoro e spesso può non essere compiuto in una singola intervista. Le documentazioni cliniche delle nuove fonti possono variare considerabilmente nell'ammontare delle informazioni che esse contengono, ma ciò è necessario a un clinico per esplorare la storia del paziente, la motivazione e l'ansia a entrare in un gruppo.

Il clinico farà bene ad avere un buon contatto iniziale con il paziente al telefono allo scopo di organizzare l'incontro preparatorio di valutazione. Per i gruppi appena formati, questi incontri sono fatti meglio nell'orario di incontro fissato, che fornisce una opportunità di determinare l'abilità o l'incapacità del paziente di attendere ad una specifica ora. Se è necessaria un'altra seduta, allora un altro orario può essere concordato per un secondo incontro. Sicuramente tutti questi incontri non sono possibili in tutte le circostanze, (es. nuovi pazienti per un gruppo già iniziato), ma per la formazione di gruppo sembra ottimale.

Determinare gli scopi e le motivazioni per il trattamento di gruppo, è spesso problematico. I pazienti possono dire che sono arrivati al gruppo per la raccomandazione dei loro terapeuti, del personale di accettazione, del dott. dell'ospedale, o che vi sono stati inviati. L'esplorazione delle esperienze del paziente dei gruppi in ospedale, la loro percezione di benefici o di svantaggi, può aiutare a articolare gli scopi del paziente (o gli scopi articolati del paziente). Queste generalizzazioni fornendo aiuto con problemi di vita di ogni giorno, possono essere esaminati in relazione all'aiuto dei pazienti ottenuto con difficoltà all'interno della famiglia, mantenendo e stabilendo relazioni amicali, o esplorando la sollecitudine di essere volontario o lavorare. I pazienti che frequentano il gruppo solo per avere il loro rifornimento di farmaci, sono candidati mediocri per questa modalità di trattamento. I pazienti avrebbero il tempo di esplorare le loro ansie sull'entrata in gruppo. Una tattica usuale che serve ad alleviare l'ansia è rivedere con il paziente come essi sono entrati in altre situazioni di gruppo (chiesa, scuola, lavoro) e quali strategie essi hanno impiegato per gestire il processo di entrata. I clinici sarebbero aperti a discussioni sul gruppo (vedere l'accordo) e fornire le necessarie informazioni cioè lo scopo, la composizione generale dei membri (i membri che hanno una malattia cronica e

stanno lavorando su problemi abbozzati negli scopi del gruppo), tempo, durata, e frequenza delle sedute.

Accordo del gruppo: l'accordo del gruppo serve ad aiutare a definire gli scopi e le responsabilità del paziente e del terapeuta. Ciò crea una struttura e punta verso il pieno uso delle norme di gruppo. Non è un set di regole. Piuttosto contiene principi che aiutano a fare il gruppo terapeutico.

1. Stabilire i fini del trattamento. Questo uno scopo generale di aiutare con relazioni sociali apprendere nuovi modi di affrontare i sintomi o i problemi di vita quotidiana.
2. Credere di partecipare al gruppo in accordo con l'accordo. Dopo la quarta seduta il paziente determinerà la frequenza con cui lui/lei frequenterà.
3. Porre i sentimenti nelle parole non nelle azioni. Atti affettivi come quelli aggressivi sono inclusi in questo elemento dell'accordo. Gli attacchi verbali sono anche costruiti come "azioni".
4. Collaborare con le richieste amministrative. I clinici spesso richiedono il completamento di moduli e la valutazione finanziaria che sembra essere gravosa, ma può essere necessaria per le sorgenti dei fondi dei clinici.
5. Il terapeuta lavorerà per aiutare i pazienti a comprendere i loro problemi e interverrà in modi che lui/lei crede saranno di aiuto all'individuo e al gruppo.
6. Preservare la confidenzialità. Ai membri si dice che se essi discutono le loro esperienze di gruppo, ciò deve essere fatto in modo che nessun membro possa essere identificato.

Questo accordo differisce da uno che è utilizzato per gruppi più tradizionali. Esso mette in luce la flessibilità di partecipare (FBG) e rende capaci i pazienti di scegliere il proprio dosaggio di trattamento dopo un iniziale periodo di normale partecipazione. Tuttavia l'accordo non istruisce i pazienti a esplorare le relazioni intragruppo e i contatti extragruppo. Basati sulle precedenti esperienze i pazienti sono spinti di esporre direttamente i sentimenti e solo dopo un sostanziale periodo di tempo e di evoluzione della fiducia, essi possono cominciare un approccio relazionale

interpersonale nel gruppo. I contatti extra gruppo sono quasi una norma. I membri possono vivere nella stessa comunità e essi faranno naturalmente dei sottogruppi. Si scambiano numeri di telefono e si chiamano tra di loro, o prendono insieme il bus. Nella mia esperienza socializzare è raramente un problema, ma ciò è discusso all'interno del gruppo come una possibilità aperta nel gruppo senza creare una impraticabile sanzione.

### **Gli scopi del terapeuta**

Il terapeuta crea l'atmosfera e prova a formare il tono per il gruppo. Il processo di selezione, di preparazione e accordo del gruppo sono i passi iniziali in questo processo. Tuttavia il mescolarsi del paziente e la capacità di ciascun individuo di interazione sono i fattori più potenti nella creazione del clima di gruppo. Il clinico è sollecito nel creare un gruppo sano emotivamente.

Il gruppo può essere condotto dal terapeuta sforzandosi di essere predittivo, attendibile, fidato (Goldberg, 1999). I seguenti scopi sono sovrapposti, ma separati per scopi euristici (Stone, 1996, p.99).

1. Gestire i confini.
2. Collegare i membri.
3. Identificare i temi.
4. Gestire gli affetti.
5. Occuparsi delle metafore.
6. Favorire la comprensione dei problemi.
7. Favorire l'autocomprensione.

Gestire i confini: lo scopo principale del terapeuta è gestire ambedue i confini interni

ed esterni del gruppo. L'accordo determina confini esterni attraverso l'insieme dei membri e i bisogni di partecipazione e le relazioni dei membri con il clinico. Ciò indirizza la natura dell'informazione e i dati che i pazienti portano al gruppo. I confini interni, definiscono le relazioni tra i membri e con il leader (es. mettere i sentimenti nelle parole e non nelle azioni). Infine, le relazioni sono un risultato di un processo di spiegamento che è da tutti i presenti costruito.

Collegare i membri: di solito gli individui cominciano il trattamento in uno stato di relativo isolamento. Sforzi iniziali per sentirsi a proprio agio attraverso banali domande: "Dove lavori?" "Dove vivi?" "Sei Sposato?" ecc.. I membri cercano di trovare somiglianze che possono essere allargate dal terapeuta e annotazioni di stati emotivi o in atteggiamenti. Dalla costruzione di coppie o sottogruppi il clinico previene lo sviluppo di singoli o isolati e aumenta la capacità dei membri di tollerare le differenze e i conflitti (Agazarian, 1997). I sottogruppi formano blocchi costruiti per aumentare l'alleanza alla totalità del gruppo.

Identificare i temi: nella maggior parte delle sedute (particolarmente quelle che implicano, un nuovo membro, o un incontro dimenticato, cioè confini incrociati) emerge un tema chiaro. Identificando un filo comune il clinico aumenta un senso di appartenenza e di lavorare insieme. I pazienti che esprimono attitudini "negative" sono anche rispondenti al tema, ed essi possono essere collegati alla totalità come un sotto gruppo divergente.

Gestire gli affetti: i clinici dinamicamente orientati considerano gli affetti come la forza centrale che muove o inibisce il processo del gruppo. Per la maggior parte delle persone cronicamente malate la diretta esperienza di rabbia ed ira è disorganizzante (vedi l'ampia letteratura sull'emozione espressa. Questi sentimenti possono essere gestiti in spostamenti o metafore. Nello stesso modo affetti positivi (incluso un senso di intimità e vicinanza). Nello stesso modo affetti "positivi" (incluso un senso di intimità e vicinanza) possono spaventare a causa delle precedenti esperienze di fallimenti empatici o di rifiuto. L'attenzione al trattamento informerà il clinico del significato di queste esperienze affettive. I pazienti sono esposti a multipli sentimenti e ad iniziali sforzi di identificazioni e possono essere lievi emozioni a rendere capaci di tollerare e vivere con un ampio ventaglio di esperienze.

Occuparsi delle metafore: comunicazioni all'interno del gruppo sono spesso espresse attraverso metafore. Discussioni di autorità (polizia, insegnanti, etc.) possono essere comunicazioni sul terapeuta. Allo stesso modo storie uguali possono essere su relazioni fra i membri. I terapeuti considerano queste storie come informazioni potenziali sullo stato del transfert di gruppo. Segue una difficile decisione, fare o non

fare una interpretazione di transfert, o lavorare prima con le metafore (Katz, 1983). Queste decisioni non hanno bisogno di essere mutualmente esclusive. Il lavoro terapeutico può cominciare all'interno del primo spostamento, di interpretare il materiale nel processo di gruppo.

Esempio: un gruppo ha vissuto un'esperienza traumatica, in cui un paziente, nel corso di una scompenzazione psicotica, accusa un altro membro di volerlo uccidere. La discussione persiste per l'intera ultima metà dell'incontro. I seguenti due incontri furono tesi, inibiti ma la paranoia non fu direttamente affrontata. June cominciò il successivo incontro dicendo che all'età di 8 anni al gatto era stato tolte le unghie. I membri subito si impegnarono affettivamente. Dicono che se i gatti possono ancora prendere i topi., che non lacererebbero mobili, il dolore fu vissuto brevemente; come furono fatti a pezzi i piccoli gattini. Il significato metaforico sembra chiaro. I pazienti stavano trovando un modo di comunicare la diminuzione dei loro corpi. Il terapeuta commentò appena che le persone si compiacciono che i mobili non siano danneggiati. La metafora non fu interpretata. Alla fine, quando la collera sbollì, i pazienti furono capaci di interpretare l'episodio e alcuni dei significati per i partecipanti.

Favorire la comprensione dei problemi: molti dei temi che le persone malate cronicamente portano al gruppo sono collegati con la vita di tutti i giorni: alloggio, cibo, problemi burocratici, etc. L'assistenza e la consulenza (spesso meglio ottenuta dagli altri che possono avere, a prima occhiata, esperienza) può essere di molto aiuto e può servire a solidificare l'attrazione verso il gruppo. Attenzione a i significati dinamici e metaforici che possono essere postposti finché il vero lavoro non sia compiuto..

Favorire l'autocomprensione: gli individui malati cronicamente sono capaci di raggiungere l'auto-comprensione, particolarmente focalizzata sul qui-e-ora all'interno della interazione di gruppo. L'insight può essere esteso fino a includere situazioni di vita corrente, ma generalmente la esplorazione estesa di basi "genetiche" alle relazioni interpersonali disturbate non è produttiva. Occasionalmente i pazienti esploreranno i loro esterni o passati comportamenti prima di rischiare esami e la comprensione corrente nella transizione del gruppo. (Stone, 1998). Presi insieme gli scopi del terapeuta servono a promuovere le condizioni ottimali per i membri a stabilizzare loro stessi, cominciando il lavoro attraverso il miglioramento delle relazioni e raggiungere un grado di auto-comprensione.

## **Il Processo di Gruppo**

La fase di apertura: le persone più cronicamente malate manifestano considerevole cautela sull'entrata in gruppo. Il clinico può lenire una piccola parte di ansia presentando i pazienti con il loro nome e poi rivedendo l'accordo (questo è meglio

ripeterlo quando c'è un nuovo membro nel gruppo). Ciò è seguito dalle "istruzioni" che i membri possono procedere nel modo che preferiscono. Tuttavia la fase di apertura può avere degli slittamenti con piccola rivelazione di sé da parte del paziente. Infatti può sembrare che solo il terapeuta esista da come i membri sono focalizzati sulle comunicazioni verbali e non verbali del clinico. I comportamenti collegati fra i membri sono limitati. I membri si possono focalizzare su di un singolo problema dell'individuo come modo di determinare sicurezza, e minimizzare con ciò la partecipazione. La partecipazione può essere irregolare e i drop-out non sono infrequenti. Disturbi fisici, che riflettono la malattia medica molto estesa della popolazione gravemente malata mentalmente, sono usati come comunicazioni di stress, come modo di legare e come modo di creare attenzione.

Esempio: il gruppo comincia con una discussione da parte di alcuni membri testimoni di Grace, un membro, che aveva avuto un attacco davanti al clinico. Vi fu una piccola discussione di quelli che non sapevano cosa fare. Jack, seguì dicendo che aveva visto sua sorella avere un attacco, ma che egli era due volte bloccato. Infastidito completo la sua storia, ma proseguì nel dire che, aveva perso la sua patente per la sua vista difettosa in seguito al diabete. Bill dice che lui poteva soltanto andare due minuti per un test noioso per la sua malattia di cuore prima di divenire corto di fiato. Aggiunse che il suo dottore aveva bloccato la sua nicotina con dei cerotti e lui aveva smesso di fumare. Durante la parte restante della seduta i pazienti si focalizzarono sul desiderio e la difficoltà di smettere di fumare.

Commento: i molteplici livelli di significato per questa discussione spesso lasciano il clinico incerto su come intervenire. Certamente i disturbi fisici sono seri, ancora c'è uno scambio o interesse per la malattia di un altro, o l'impatto della malattia sulla loro vita. Tuttavia l'ansia derivata dal testimoniare l'attacco può avere può avere condotto ad una regressiva competizione per l'attenzione. La discussione sul fumare può rappresentare l'ambivalenza nei confronti della malattia e una dichiarazione dei bisogni orali. Attività considerevole da parte del terapeuta, vantaggioso in questa fase, è aiutare a collegare i membri. Un silenzio troppo esteso del clinico, in attesa che i pazienti interagiscono, può essere controproducente perché i pazienti vengono assorbiti nella loro propria regressione e spesso in fantasie disturbate. Il terapeuta attraverso legami individuali e identificazione dei temi aiuta il gruppo a passare nella fase successiva.

Fase Intermedia: in questa fase i membri cominciano consistentemente ad interagire l'uno con l'altro. Una caratteristica, tuttavia, è parlare parallelamente come è illustrato nell'esempio di sopra. Ciascun membro associa a lui e/o lei le proprie cose e c'è manifesto un piccolo interesse negli altri. In questa fase i membri cominciano a

essere consapevoli dell'attaccamento al gruppo e manifesteranno interesse per le assenze o per le interruzioni. Comunque la diretta indagine del terapeuta in questi casi (alterazione dei confini) spesso si incontra con la loro arrendevole accettazione degli sforzi di esaminare emozioni o con diniego. Le susseguenti associazioni riconosciute come potenziali metafore espongono una risposta meno conscia da parte dei membri. Lo scopo del terapeuta è di mantenere i legami dei membri in particolare ad un livello affettivo. I sentimenti di indifferenza, perdita, abbandono, soprattutto da parte dei membri della famiglia, sono temi comuni e forniscono indizzi per identificare comuni stati emotivi. Le metafore possono essere provvisoriamente interpretate nel gruppo con l'avvertimento che i clinici apprezzino la riluttanza dei pazienti a indirizzare direttamente il conflitto.

**Stadio avanzato:** Questo stadio è caratterizzato da un aumento di dare e prendere tra i membri. La qualità dell'interazione. Si evolve quando i membri sono genuinamente interessati tra loro. Le relazioni sessuali e il significato dell'intimità intermitentemente divengono discussioni topiche. In questo contesto, i membri faranno domande, proporranno idee, e intraprenderanno animate discussioni. Ciò è in marcato contrasto con gli incontri caratterizzati da interscambi relativamente privi di vita e da lunghi monologhi.

I pazienti possono esplorare alcune delle tensioni intragruppo, e sono più spontanei nel sottolineare la consapevolezza delle interruzioni o delle assenze del terapeuta o la perdita (una ricorrenza annuale nella maggior parte di setting di training). Esempio: i membri di questo lungo periodo, "coled Group" lottano con i loro sentimenti circa l'imminente partenza del terapeuta capo staff (Dott. Senior) per una vacanza estiva molto lunga. Il nuovo trainee maschio è stato presentato da sei settimane e stava cominciando più confortevolmente la interazione con il gruppo. Circa la metà dei membri sono stati diagnosticati con schizofrenia (S), e l'altra metà con disturbi affettivi (A), depressione cronica maggiore. La seduta cominciò con Mary (S), che chiedeva di un membro smesso di venire alle sedute. Il Dott. Senior replicò che lei aveva detto che lei non avrebbe potuto ottenere più a lungo una transposizione. E non sarebbe ritornata. Janice (A), che partecipa ogni due mesi, dice che è dispiaciuta che il primo terapeuta è andato via. Ci fu una breve discussione che la Dott.ssa Departed era rimasta con il gruppo due anni e non sarebbe stata dimenticata. Will (S), il membro anziano chiese se qualcuno era a conoscenza che era stata annunciata un temporale più tardi nella giornata e che sperava che ciascuno potesse tornare a casa prima della tempesta. Questo portò a una discussione sull'eccessivo caldo e il caldo legato alle morti. Mary, apparentemente, cambiando il soggetto notò che la pianta nella stanza aveva una foglia morta. Ciò portò ad una animata discussione coinvolgendo tutti, ma un solo membro sulla loro relativa capacità di prendersi cura della casa-pianta; il successo richiede esperienza. Rose (A) associa a lei due pesci. Dopo il primo uno solo muore, l'altro subito avverte "solitudine". Il Dott. Senior suggerì che le immagini della cura delle piante e del

pesce potevano anche riflettere l'interesse che avevano avuto per lui, leader esperto andato in vacanza per tre settimane e che essi avrebbero con loro il terapeuta Dr Junior. Le risposte all'interno del gruppo includevano il desiderio che il Dr L andasse in vacanza, parlando della sua longevità con il gruppo, e slittando nelle difficoltà nel lavoro con il nuovo dott. nelle varie cliniche che essi frequentavano. L'incontro finì con il commento di Janis di meraviglia sul suo matrimonio di 61 anni e di come era meraviglioso essere sposati da così lungo tempo.

I temi della perdita e della sostituzione, stimolati dall'assenza per le vacanze del terapeuta senior furono espressi in metafore di tempo e morte seguiti dal valore dell'esperienza. L'interpretazione aiutò i pazienti a occuparsi delle cose immediate (di solito non esprimevano rabbia) e a esprimere la loro ambivalenza senza correre rischi in una sostituzione. A questo punto i membri sono capaci di sviluppare insight nel qui-e-ora delle loro relazioni (Stone, 1998).

Fine: dire arrivederci è un processo difficile per gli individui cronicamente malati. Molti pazienti semplicemente lasciano il trattamento senza avvertire. Possono spostarsi da un area dove sono adatti per servizi, divenire psichicamente troppo malati per partecipare, o lasciare quando essi sentono che si è cicatrizzato, o non capiti. Il risultato è una significativa attenuazione del processo di fine. I membri possono richiamare alla memoria improvvisamente le perdite, nei primi anni della loro vita, ma raramente esprimono direttamente la loro perdita nel qui-e-ora. Sorprendentemente, il dolore di queste perdite può emergere mesi o anni dopo. Commento: la fase finale dello sviluppo non dovrebbe essere superata in uno specifico periodo di tempo. I gruppi possono rimanere in ogni fase per estesi periodi di tempo (anni) dipende dal funzionamento di livello dei membri. Un esteso periodo di tempo può essere necessario per un lavoro produttivo che può avvenire quando i membri combattono per superare traumi emotivi e presunte alterazioni nella struttura del cervello.

Quando il gruppo si muove da uno stadio ad un altro alcuni individui possono restare emotivamente all'interno dello stato precedente (Arsenian, Semrad & Shapiro, 1962). Questi membri diventano un nido per slittamenti regressivi sotto stress accaduti all'interno della cornice del gruppo. Le alterazioni dei confini come esemplificate dai cambiamenti dei membri o dalle interruzioni nelle sedute, possono evocare forze regressive. Un paziente sofferente di scompenso, può evocare ansia e regressione all'interno del gruppo. Lo sviluppo del gruppo è una linea guida per il terapeuta, non uno scopo per sé.

## **Il Controtransfert e i Problemi Difficili**

I clinici assumendo la responsabilità della leadership con gruppi di pazienti con gravi e persistenti malattie mentali si servono bene della precedente esperienza con simili pazienti nel contesto diadico. Le aspettative per la cura richiedono una considerevole modificazione. Addirittura le speranze che i pazienti possono con successo trovare lavoro par time o volontario può essere frustrata. In relazione alle difficoltà dei membri il clinico che prova perfino il massimo del paziente, spesso sperimenta una varietà di sentimenti disforici. Noia, perdita di interesse, o ricordi di gioia o di eventi difficili spesso attraversano la sua mente. I confini incrociati del terapeuta non sono insoliti: es., lievi ritardi all'inizio dell'incontro, dimenticare di annunciare le prossime assenze nel modo usuale. Il risultato dello stress del terapeuta, altera la capacità di rimanere empatico, sentire metafore, seguire il processo, o ascoltare il sotto testo emotivo piuttosto che rimanere "concretamente" preoccupato per problemi specifici. Mantenere un'atmosfera terapeutica può essere uno scopo frustrante. Le difficoltà individuali contribuiscono e spesso i clinici nutrono una fantasia di sbarazzarsi di uno o più membri, qualche volta con modi violenti. Colpa e vergogna seguono. Qualche volta i pazienti minacciano la sicurezza del gruppo. Possono anche nascondere con sé o una pistola o un coltello. Se il clinico scopre questo, dovrebbe essere chiesto al paziente o di abbandonare l'arma o di lasciare la clinica. Occasionalmente i pazienti arrivano intossicati (nessuno limite all'alcool) e se sono tranquilli possono restare. Se no, deve essere chiesto a lui/lei di lasciare (tenendo in mente anche la sicurezza delle persone intossicate). L'atmosfera può anche essere minacciata da incontri extragruppo tra i membri. Di solito questo non è un problema, ma ci sono circostanze in cui quelli che si incontrano fuori dal gruppo entrano in conflitto portandoli ad uscire dal gruppo. Certamente, la migliore delle cose sarebbe che, il terapeuta dovrebbe cercare di tenere aperta la comunicazione su tali contatti tra i membri. Uno stress in più per i clinici sono le richieste dei pazienti per servizi fuori dal setting di gruppo, es: telefonate, contatti con la famiglia o con altri che se ne prendono cura, o decisioni sulle visite dei membri ospedalizzati. Tuttavia la collaborazione con gli aspetti manageriali e gli amministratori (es: richiedere cambiamenti del foglio di lavoro) può essere frustrante e spesso richiedere attenzione. L'antidoto a queste esperienze è la disposizione di regolare supervisione/consultazione, e di una aggiuntiva formazione. Ottimamente, queste esperienze di supervisione/formazione avvengono in situazioni di gruppo, dove come antidoto alle esperienze di isolamento del terapeuta, i clinici possono utilizzare l'esperienza di un gruppo di supporto. Videotape di gruppo e revisioni delle sedute, sono consumate, ma l'interesse del clinico può essere suscitato attraverso l'esame di processi microscopici che rendono capaci di vedere anticipatamente sequenze non riconosciute, dinamiche e cambiamenti sottili nel modo in cui i pazienti le utilizzano l'un l'altro. Ciò dovrebbe essere moderato con una ricognizione che per la maggior parte delle persone cronicamente malate, gli "insight" non sono facilmente sopportati, ma richiede rinforzo e una regressione sotto stress, può avvenire.

Tuttavia oltre periodi estesi possono osservare una stabilizzazione e aumento della abilità dei membri a raccontare. I pazienti sembrano avere periodi incrementati da racconti di positive interazioni e capacità a raccogliere supporto sotto stress. Lo scopo è di farli andare avanti..

## **Pensieri Conclusivi**

Sono scarsi gli studi che valutano la qualità della vita per i pazienti con disturbi mentali gravi e persistenti. La complessità dello studiare gruppi eterogenei, come questi descritti in questo lavoro, è scoraggiante. Questi gruppi rappresentano ancora l'ordinaria esperienza clinica dei maggiori professionisti utilizzati nel prendersi cura di questi bisogni e degli individui.

I pazienti con schizofrenia e disturbi schizoaffettivi hanno avuto un incrementato indice di ricaduta ricevendo farmacoterapia e terapia di gruppo confrontati con una condizione di controllo (Hertz, Lamberti, Mintz, et al, 2000). Tuttavia una recente rivista meta-analitico di studi con esiti controllati, trovò che i trattamenti di gruppo per pazienti schizofrenici avevano effetti di trattamento più basso (prevenzione delle ricadute) rispetto a altre terapie psicosociali e interventi psicoeducativi (Mojtabai, Nicholson, Carpenter, 1998). Questi studi sono focalizzati sulla ricaduta e non sulla qualità della vita.

Ritornando alla mia iniziale premessa, che chiaramente definisce le relazioni sociali operazionalizzate come capacità dei pazienti di sviluppare e mantenere soddisfacenti relazioni personali, è il particolare vantaggio e davvero il sostegno principale del trattamento di gruppo. A lungo termine questo non dovrebbe soltanto diminuire le ricadute.(non solo i sintomi psicotici, come anche di depressione e i disturbi di ansia) ma condurre a una maggiore soddisfazione e comprensione della loro vita.

## **Bibliografia**

Arsenian, J., Semrad, E. V., & Shaprio, D (1962) An analysis of integral functions in small groups. *International Journal of Group Psychotherapy*, 12, 421-434.  
Agazarian, Y. M. (1997). *Systems-Centered Therapy for Groups*, New York: Guilford.

Bachrach, L.L (1988). Defining chronic mental illness: A concept paper. *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 383-388.

- Goldberg, A. (1999). *Being of Two Minds: The Vertical Split in Psychoanalysis and Psychotherapy*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press
- Herz, M.A., Lamberti, J.S., Mintz, J., Scott, R., O'Dell, S. P & McCartan, L. (2000). A program for relapse prevention in schizophrenia: A controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 57, 277-281.
- Kanas, N. (1996). *Group Therapy for Schizophrenic Patients*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Katz, G. A. (1983). The non-interpretation of metaphors in psychiatric hospital groups. *International Journal of Group Psychotherapy*, 33, 46-68.
- Klein, R. H. & Carrol, R. A. (1986). Patient characteristics and attendance patterns in outpatient group psychotherapy. *International Journal of Group psychotherapy*, 136, 115-132.
- McIntosh, D., Stone, W. N., & Grace, M. (1991). The flexible boundaried group: Format, techniques, and patients' perceptions. *International Journal of Group Psychotherapy*, 41,49-64.
- Mojtabai, R., Nicholson, R. A. & Carpenter, B. N. (1998). Role of psychosocial treatments in management of schizophrenia: A meta-analytic review of controlled outcome studies. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 569-587.
- Stone, W. N. (1995). Group therapy for seriously mentally ill patients in a managed care system. In K. R. MacKenzie (Ed.) *Effective Use of Group Therapy in Managed Care*. Washington DC: American Psychiatric Press. (pp. 129-146).
- Stone, W. N. (1996). *Group Psychotherapy for People with Chronic Mental Illness*. New York: Guilford.
- Stone, W. N. (1998). Affect and therapeutic process in groups for chronically mentally ill persons. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*. 7, 208-216.
- Stone, W. N., & Klein E. B. (1999). The waiting-list group. *International Journal of Group Psychotherapy*, 49, 417-428.
- Yalom, I.D. (1995). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy* (4th edition). New York: Basic Books

## Notizie sull'autore

**Walter N. Stone MD**, autore di numerosi libri e articoli sulla psicoterapia di gruppo. Professore Emerito, Università di Cincinnati, è stato presidente della American Group Psychotherapy Association (AGPA), e tesoriere della International Association of Group Psychotherapy (IAGP).

222 Piedmont Ave Ste 3200  
Cincinnati, OH 45219

**Traduzione di Mariaclotilde Colucci**