

Gruppi di sostegno nella cura farmacologica: sono “terapia di gruppo”?

Paul Cox

Abstract

I farmaci e la terapia di gruppo sono parte importante della maggior parte dei piani di trattamento, purtroppo raramente vengono utilizzati simultaneamente. Questo articolo tratta dell'uso combinato di queste due potenti modalità di trattamento nei gruppi di sostegno nella cura farmacologica (MSG). La co-terapia è spesso necessaria per condurre un MSG, infatti ciò richiede capacità nella terapia di gruppo e nella prescrizione dei farmaci. Il maggior successo di un MSG è basato ulteriormente sulla cultura della clinica di gruppo.

Parole-chiave: gruppo, trattamento farmacologico, sostegno, terapia, cultura e clinica di gruppo

Introduzione

La terapia di gruppo negli Stati Uniti sta subendo un'ondata di popolarità sempre crescente, ma è ancora poco utilizzata. (1) In generale, i nostri approcci farmacologici e psicologici nel trattare le malattie mentali stanno aumentando e divengono sempre più sofisticati. Purtroppo il ricco potenziale della terapia di gruppo viene spesso sottovalutato da due concezioni comuni ed errate: 1) l'efficienza è l'unica ragione per usare la terapia di gruppo, e solo i gruppi limitati nel tempo sono efficienti e 2) la terapia di gruppo dovrebbe essere sempre settimanale e basata su psicologie del profondo. I componenti sia interni che esterni alla comunità della terapia di gruppo usano concezioni non esaurienti, per giustificare le offerte di gruppi limitati nelle cliniche. Vi è necessità che fiorisca, nei sistemi per la cura della salute mentale un'ampia varietà di terapie di gruppo. Gruppi psicodinamici limitati nel tempo, gruppi cognitivo comportamentali, gruppi psico-educazionali e gruppi di sostegno nella cura farmacologica, sono alcuni "format" chiave che si prestano ad ambienti sensibili alle risorse, e tutti hanno il loro posto in una clinica che fornisce servizi comprensivi. Sono stati scritti articoli e persino libri sui primi tre tipi, ma quasi nulla sull'ultimo tipo di gruppo. Quest'articolo si concentra sui gruppi di sostegno nella cura farmacologica per due ragioni: 1) sono poco trattati nella letteratura sulla terapia di gruppo e 2) la componente per la gestione dei farmaci offre ai semplici amministratori dei gruppi una buona occasione formativa. I gruppi di sostegno nella cura farmacologica, riescono a dare migliori cure ai pazienti, migliori opportunità di praticare la terapia di gruppo ai clinici interessati, ed un modo per inserirsi per coloro che desiderano aprire la via ad un programma di gruppo più comprensivo! I gruppi di sostegno nella cura farmacologica combinano due potenti trattamenti e

sono intuitivamente validi (2), inoltre possono essere sostenuti sia dalla letteratura sulla farmacologia sia da quella sulla terapia di gruppo e dai pochi studi che le combinano. Comunque, in questi giorni e nell'epoca degli "studi controllati sul placebo a doppio ceco" molte persone ignorano gli MSG (Medication-Support Groups, gruppi di sostegno nella cura farmacologica) perché questi, mancano di un'ampia base empirica. Idealmente, ci sarebbero studi che chiariscono come combinare la terapia di gruppo e i farmaci. Fortunatamente, vi sono un numero di studi sempre maggiore che coprono una varietà di malattie e di popolazioni inclusi la distimia primaria (3) i medicalmente depressi (4) la fobia sociale (5) la malattia bipolare (6) la malattia ossessiva compulsiva (7) la schizofrenia (8) i disturbi di personalità (9), e l'abuso di oppiacei (10) ma non vi è alcun studio di riferimento o studio che consideri i MSG come soci eterogenei. L'efficacia è in gran parte "un dato" proprio come avviene in molti interventi medici che sembrano avere un buon valore. Anche se un trattamento da manuale si fosse dimostrato efficace (che funzioni meglio di un placebo sotto condizioni sperimentali altamente controllate) la sua efficacia rimarrebbe ancora dubbiosa. Funzionerebbe nel mondo meno controllato e reale di una clinica? I gruppi di sostegno nella cura farmacologica funzionano dove sono usati ma necessitano di un perfezionamento. Questo articolo tenterà di affrontare alcune di queste richieste. Oltre a trattare del paziente comune e della riluttanza clinica alla terapia di gruppo, si debbono superare diverse barriere per attivare gli MSG. Bisogna superare le resistenze del paziente a far parte degli MSG che mettono a fuoco il trattamento con i farmaci e il suo significato per i pazienti e per gli altri. Vi è anche una mancanza di medici qualificati ed interessati, e gli MSG hanno un precedente storico poco valido al di fuori di cui, sopravvivono modelli inadeguati per superare le barriere amministrative inerenti la conduzione di gruppi multipli. La maggioranza della gente è riluttante a rivelare debolezza e vulnerabilità in un nuovo gruppo. Assumere psicofarmaci è ancora altamente stigmatizzato. (11) Alcuni pazienti lottano per ricordarsi di prendere i farmaci. Le problematiche del marchio dell'infamia e dell'ambivalenza costituiscono il fondamento di molte delle difficoltà che iniziano con gli MSG. Come nel caso della maggior parte delle resistenze al gruppo, la riluttanza a divulgare un segreto e i significati complicati di prendere una pillola al giorno possono essere ricreati per chiarire l'importanza del gruppo. La maggioranza dei membri di un MSG, se non tutti, prendono farmaci e possono affermare con sicurezza come i farmaci siano parte del programma di trattamento, inoltre, i pazienti, più degli psichiatri, riescono a capire le vicissitudini uniche di lottare con una scelta giornaliera così carica di significato. Così probabilmente si creerà ambivalenza. Nella maggior parte del mondo, gli psichiatri sono responsabili di prescrivere i farmaci nelle cliniche per le malattie mentali, così un MSG deve includere uno psichiatra. Purtroppo, pochi psichiatri hanno una sufficiente familiarità con la terapia di gruppo nel sentirsi a proprio agio ad attivare gruppi di sostegno nella cura farmacologica. Comunque, le difficoltà nel reperire il personale non sono limitate a trovare psichiatri ben preparati. Gruppi di terapeuti esperti spesso non gradiscono i limiti nel condurre un MSG. I gruppi di sostegno nella cura farmacologica, non forniscono un sufficiente

contenitore terapeutico per tutti i fattori terapeutici. D'altra parte, il fallimento nel dirigere le potenti correnti che stanno alle fondamenta della efficacia di quegli stessi fattori, richiede esperienza nella terapia di gruppo. O lo psichiatra sarà sufficientemente esperto a dirigerli o più comunemente un co-terapeuta dirigerà quella parte. Per massimizzare il potenziale di un MSG, alcuni degli obiettivi del trattamento che sono soggetti alla terapia psicodinamica di gruppo settimanale, saranno trasferiti in altri setting di trattamento dove saranno soddisfatti i bisogni ulteriori del paziente. Idealmente, ogni sistema di cura avrebbe dovuto avere gruppi che si incontravano più frequentemente e che includevano la gestione dei farmaci così come fornire un'opportunità per mobilitare tutti i fattori terapeutici. Sistemi più ampi di cura hanno più probabilità di raggiungere questo obiettivo. Una revisione della letteratura, rivela che il lascito storico dei gruppi di sostegno nella cura farmacologica consiste principalmente negli sforzi che hanno mirato a trattare la schizofrenia in setting di salute pubblica. Questo ha due importanti conseguenze: 1) la maggior parte dei clinici considera i gruppi di sostegno nella cura farmacologica come sfera d'azione per i malati gravi di mente e 2) i modelli per i gruppi di sostegno nella cura farmacologica e come andassero bene per le cliniche, erano in gran parte determinati dal fatto che fossero per un segmento della popolazione malata mentalmente. Ciò afferma semplicemente che una clinica per pazienti psicotici è diversa da quella per pazienti depressi o ansiosi. Le cliniche col secondo tipo di popolazione non hanno sviluppato modelli che consentono l'integrazione dei gruppi di sostegno nella cura farmacologica.

Revisione della letteratura

Nel 1978 (12) il Dr James Sabin formulò una giustificazione logica per somministrare i farmaci al paziente nei gruppi. Recensì la provata efficacia delle classi di farmaci e citò studi che sostenevano la controversia che la somministrazione dei farmaci nel gruppo era probabilmente migliore, ma era certamente almeno altrettanto buona quanto la somministrazione individuale dei farmaci nelle gravi malattie mentali. Egli recensì anche la letteratura disponibile sulla psicoterapia e trovò il parere positivo ai gruppi di sostegno nella cura farmacologica nell'opera di Frank e Hogarty. Frank notò che la relazione, il setting, la giustificazione logica e il compito sono le quattro caratteristiche chiave per le psicoterapie di successo. Hogarty (et al) enfatizzò il ruolo della continuità nella cura e l'importanza del morale del terapeuta. Malgrado un articolo così comprensivo e profondo, i gruppi di sostegno nella cura farmacologica rimasero relativamente rari eccetto nei centri delle comunità per la salute mentale che trattavano pazienti gravemente malati, come quelli affetti da schizofrenia. Agli inizi degli anni novanta vi furono alcuni eccellenti articoli sulla terapia di gruppo e sui farmaci, ma tendevano a focalizzare o l'impatto che i farmaci hanno su un trattamento simultaneo nella terapia psicodinamica di gruppo o i gruppi

di supporto nella cura farmacologia per i malati gravi e permanenti. Nella prima categoria: l'articolo di Paul Rodenhauser del 1989 (13) recensì la differenza fra l'impatto della farmacoterapia sui pazienti nell'individuo contro la terapia di gruppo. Zaslav e Kalb volsero la problematica dei "farmaci nei gruppi psicodinamici" come un'opportunità a far considerare ai pazienti i farmaci come una metafora. (14) Successivi a questi sforzi, Stone e Market collaborarono con Rodenhauser nel 1991 (15) nell'esaminare le esperienze e le concezioni di un gruppo di terapeuti scelti con i farmaci e la terapia di gruppo. Due terzi dei terapeuti esaminati dissero che il loro gruppo includeva membri che stavano assumendo farmaci e "non consideravano l'inclusione di droghe un detrimento del processo di trattamento". Mentre non erano dichiarati utili, almeno i farmaci non venivano considerati distruttivi. Certamente, vi era poca differenza, fra le discipline, se i pazienti che assumevano farmaci dovessero essere inclusi nei gruppi. Gli assistenti sociali e gli psicologi non erano d'accordo con gli psichiatri per quanto riguardava se "i pazienti che assumevano medicine avevano bisogno di essere in gruppi guidati da psichiatri." Salvendy e Joffe hanno un approccio più ottimistico (16) e suggeriscono che noi "consideriamo la depressione come causa relativamente frequente di impasse nel corso della terapia di gruppo". Continuano a raccomandare l'uso combinato di farmaci antidepressivi assieme alla psicoterapia di gruppo, quando tale depressione viene confermata indipendentemente al di fuori del gruppo. I farmaci possono essere utili alla terapia di gruppo ma, per una completa valutazione, il bisogno di farmaci deve essere valutato al di fuori del gruppo.

Kahn e Kahn hanno promosso lo sforzo per fornire una migliore e più specifica terapia di gruppo, per gli individui che soffrono di schizofrenia, (17) una malattia in cui i farmaci sono sempre parte essenziale della gestione della malattia. Menzionando le scoperte della ricerca notano che il tipo del "format" di gruppo scelto è "spesso basato sul pragmatismo o la tendenza piuttosto che sulla teoria o l'esperienza. Suddividono i gruppi per gli schizofrenici in quattro tipi 1) convenienza, 2) d'attualità, 3) quelli basati sulla fase, e 4) eclettici. Gli MSG sono simili "ai gruppi topici" ed ai "gruppi eclettici". Kahn e Kahn notano che i gruppi topici forniscono "una strada per i pazienti desensibilizzati e riluttanti per raggruppare le esperienze e possono avere un ruolo nella preparazione nel training dei clinici di gruppo. Una volta che il contenuto viene definito ed i metodi d'abilità vengono scelti, è facile addestrare i membri del personale a condurre i gruppi topici. Non si rivolgono ai farmaci come un argomento speciale e lottano per gruppi più omogenei. Il loro schema per assegnare i pazienti ai gruppi è basato su parametri come l'abilità a focalizzare l'astratto e il tollerare alti livelli di tono affettivo. Sebbene il meccanismo per introdurre i pazienti alla terapia di gruppo non sia svolto come parte del loro articolo, con più probabilità i pazienti furono trasferiti da un clinico all'altro per metterli nel gruppo specializzato, il migliore che s'adattasse alle loro necessità. Anche durante i primi anni Novanta, McIntosh, Stone e Grace descrissero ciò che definirono "Flessibilità dei confini di gruppo"(18) Il modello fu "sviluppato per gestire il problema della frequenza irregolare al gruppo da parte di pazienti malati

cronicamente di mente, trovarono utile dire con più chiarezza ai pazienti quanto spesso dovevano frequentare il gruppo. Nella loro descrizione del gruppo, notano che alcuni membri sono "regolari frequentatori del nucleo" ed altri sono "membri periferici". Malgrado la disgregazione potenziale dei secondi, si notò che i gruppi diventavano più compatti anche per quanto riguardava i membri che vi partecipavano. De Bosset ha scritto come attivare gruppi per i pazienti malati cronici. Il "il modello Toronto" (19) includeva un gruppo di sessanta minuti come la prima ora di una clinica di tre ore. Il gruppo era "di sostegno ed orientato verso con enfasi sulla conoscenza interpersonale. Durante la seconda ora, gli psichiatri a tempo pieno fornivano la gestione dei farmaci nelle sedute individuali mentre i pazienti potevano socializzare fra di loro. Nell'ultima ora vi era un incontro dello staff per riesaminare le sedute con i pazienti. I terapeuti includevano un residente ed un componente del personale che non fosse un medico ed il loro ruolo era "quello di un catalizzatore, un saggiatore della realtà ed un educatore." Questa breve revisione della letteratura rivela che la maggioranza dei modelli per i gruppi di sostegno nella cura farmacologica mette a fuoco la schizofrenia, sebbene ciò possa cambiare. I gruppi delimitati flessibili, offrono un'utile cornice per l'attivazione degli MSG con membri eterogenei che evidenziano i benefici del gruppo eclettico di Khan e Khan.

Clinica dei Servizi Psichiatrici di sostegno per adulti: storia, setting e missione

La clinica dei servizi psichiatrici di sostegno per adulti ha tre anni. Fa parte della contea di Sacramento per la salute mentale ed il personale che vi lavora fa parte dell'università della California Facoltà Davis, corsisti, e personale amministrativo della contea. La contea si trova nella California centrale ed include la capitale dello stato. La popolazione si avvicina a mezzo milione e la zona è circondata da terreni e dalle montagne della Sierra Nevada. La clinica si occupa di un grande numero di utenti malati mentalmente ma meno cronici degli altri malati mentali della contea. Le due principali risorse finanziarie sono le "Managed Medicaid Plans", concessioni governative federali alla municipalità locale per la cura della salute e i "Cal Works", un programma del servizio sociale. Il "Managed Medicaid" (L'Aiuto Medico Gestito) sostiene individui che ricevono l'assistenza governativa per motivi non psichiatrici. I destinatari dell'aiuto medico si rivolgono al nostro gruppo se non hanno una grave malattia mentale e \o l'accertamento globale delle votazioni in funzione scala (Function Scale Scores) al di sopra dei 60. Esempi di diagnosi del "non core target (obiettivo non nucleare)" sono l'attacco di panico e la depressione acuta, unico episodio. I pazienti dei Cal Works sono in un programma comprensivo che include l'addestramento al lavoro ed altri servizi oltre i servizi di salute mentale. Il capo dei clinici di livello manda i pazienti all'APSS per la valutazione e la questione dei farmaci. Altri gruppi forniscono servizi di consultazione come gruppi psicoeducativi, gruppi di sostegno limitati nel tempo e terapia individuale limitata nel tempo. Ogni assistente sociale ha un elenco dei casi di disoccupati che cercano di passare dallo stato previdenziale al lavoro.

Il modello MSG

Ci vollero sei anni affinché il modello MSG si evolvesse fino al suo stato attuale e diventasse efficiente, pratico e fornisse una buona cura. Sembra che i gruppi siano altrettanto efficienti nella gestione individuale dei farmaci. In altre parole, sembra che i pazienti gestiti nei MSG vadano bene come quelli visti individualmente. Uno studio formale è stato progettato usando un disegno quasi sperimentale, ma è stato ritardato da difficoltà, sono stati sviluppati sia i dati base disponibili che un meccanismo d'ingresso dei dati. Uno studio sull'efficacia non è pratico in questo ambiente di gruppo, poiché non vi è personale per la ricerca in modo da attivare un progetto controllato per un placebo a doppio cieco. Gli MSG sono condotti da uno psichiatra e spesso un co-terapeuta (assistente sociale o residente) Ci sono spesso come osservatori studenti di medicina. La clinica ha quattro psichiatri praticanti part-time (2.4 FTE) un assistente sociale part-time, uno psicologo part-time, (0.6 FTE) un consulente per la salute mentale a tempo pieno, e due psichiatri a tempo pieno. I due psichiatri praticanti più attivi clinicamente ed entrambi gli psichiatri a tempo pieno conducono almeno due gruppi alla settimana, uno di mattina ed un altro di pomeriggio. In totale vi sono sette MSG alla settimana (due con un praticante, quattro con un praticante ed uno psichiatra residente ed uno con uno psichiatra praticante e un assistente sociale) Ciascun MSG è fissato per 75 minuti più 15 minuti per comunicarsi impressioni. Se vi sono inclusi i tirocinanti, trenta minuti sono disponibili per la supervisione. I membri del gruppo cambiano ogni settimana. La frequenza viene basata sull'acume del paziente così che la frequenza aumenta per gestire i cambiamenti recenti di farmaci e\o per fornire supporto ulteriore. Il conduttore e il paziente programmano la prossima visita durante il gruppo. Intervalli fissi fra i gruppi vanno da pochi giorni ad ogni tre mesi. I pazienti possono telefonare e farsi fissare un appuntamento o prima a causa di un nuovo problema, o farselo spostare se non riescono ad andare all'appuntamento fissato. Il personale amministrativo cerca di fare andare i pazienti nello stesso gruppo a cui avevano partecipato, per accrescere la continuità. Con due incontri alla settimana, gli appuntamenti precedenti e i rielencati, questi gruppi sono facilmente portati a termine.

Format di gruppo

All'inizio del gruppo, il terapeuta sistema i diagrammi dei pazienti, il suo ricettario, il programma, e la copertina mobile (il rilegatore) del MSG a poca distanza. La copertina mobile del MSG contiene talloncini di laboratorio, fogli con la registrazione dei progressi, pareri favorevoli alla prescrizione dei farmaci, fogli che contengono una lista dei farmaci, richiesti per l'autorizzazione al trattamento, formulari, moduli di riferimento. Un clinico mette a punto la scena e ne enfatizza l'universalità, dando e ricevendo consigli, imparando dai conduttori del gruppo e da ogni altro collaboratore come gestire i farmaci e le malattie. Gli incontri sono

strutturati e fanno affidamento su un approccio "spoke wheel" (a ruota libera) per il controllo, con un coraggioso incoraggiamento dell'interazione membro a membro all'interno della struttura. Attivamente, i conduttori sollecitano i commenti e la partecipazione da parte dei membri su vari argomenti proposti dalle verifiche. Comunque, queste discussioni sono brevi e si concludono necessariamente per continuare il gruppo. Il gruppo evidenzia questioni rilevanti sulla gestione dei farmaci, il sostegno, e spesso coinvolge l'istruzione. All'inizio del gruppo, ai membri vengono forniti "biglietti per i prossimi incontri" su cui sono scritte le voci da evidenziare durante le verifiche:

- 1) Quali farmaci e dosi il paziente prende.
- 2) Come i farmaci aiutano (sintomi bersaglio).
- 3) Quali problemi causano (effetti collaterali).
- 4) Qualsiasi avvenimento importante (gli stressors fattori che causano tensione).

I progressi osservati sono scritti su una cartella, e spesso sono completati durante il gruppo, come lo sono le prescrizioni, firmando i consensi e disponendo i laboratori. I pazienti scelgono l'ordine di check-in, e il gruppo termina quando tutti i pazienti sono stati valutati, i laboratori sono stati disposti, le referenze fatte e le prescrizioni scritte.

Processo di gruppo

I gruppi di sostegno alla cura farmacologica sono semi-strutturati allo scopo di raggiungere il loro duplice fine. Il gruppo intero è una serie di check-ins allargati, ciascuno dei quali comprende risposte ad una serie prescritta di quattro domande. Benché i membri di questo gruppo osservano dei turni, sono incoraggiati ad interagire tra loro durante tutto il gruppo. La prima delle tre domande, nel check-in, riguarda il trattamento medico di base e la quarta si focalizza sul "coping" e sul sostegno. Qualunque tra le domande può essere l'inizio di una breve discussione di gruppo mirata. Poiché dipende dal numero dei membri e dalle necessità anticipate dei rimanenti pazienti, i terapeuti potrebbero incoraggiare ulteriori discussioni di gruppo, oppure potrebbero porre essi stessi una serie di domande. In quest'ultimo caso i membri hanno un'opportunità per un apprendimento vicario, mentre i leader danno la valutazione clinica per amministrare il tempo limitato del gruppo. Fortunatamente il primo è il più comune. I membri sono incoraggiati ad interagire tra loro in discussioni mirate che durano dai due ai dieci minuti. Benché qualsiasi domanda può essere di stimolo per queste discussioni, spessissimo la quarta domanda su "eventi di vita" è il punto di partenza. Piuttosto che trattare soltanto le cure mediche e la valutazione medica, gli argomenti della comune discussione includono il "coping" con problemi medici co-morbosi, problemi tra partners, difficoltà a trovare o a conservare un lavoro, prendersi cura del figlio o del nipote malato e faccende burocratiche.

La lunghezza del check-up di un paziente dipende dalle sue necessità e se la discussione entra in risonanza con gli altri membri, generalmente uno dei leaders chiude il tempo a disposizione per il paziente chiedendo quando vuole avere il prossimo appuntamento. Per quanto è possibile questo è fatto secondo gli intervalli naturali di flusso e riflusso del gruppo. Come ogni gruppo, occasionalmente i leaders devono contenere un paziente inappropriatamente troppo loquace, oppure grave e talvolta devono indirizzarlo ad altre risorse cliniche.

Sia i pazienti sia i leaders lavorano insieme per evidenziare le attività principali del gruppo. Gli argomenti principali, presi in considerazione in primo luogo dagli psichiatri, sono i check-in per effetti collaterali nocivi, interazioni mediche, discussioni sui cambiamenti delle cure mediche e decisioni sui nuovi metodi di trattamento. Qualunque leader potrebbe porre domande e incoraggiare la discussione, che sarà sempre inerente alla terapia come anche chiarire lo stato clinico di ciascun paziente. Frequentemente pazienti con la stessa malattia si possono porre domande tra loro su problemi utili. Con un simile stile, sia i leaders sia i membri offrono supporto e suggerimenti. I leaders spesso sollecitano commenti di sostegno da altri membri ponendo domande come: "Qualcun altro avuto lo stesso problema X?"; oppure "che tipo di soluzioni le altre persone hanno trovato per affrontare il problema Y?". I membri forniscono un certo numero di commenti significativi di supporto, consigli e suggerimenti. Similmente ad altri gruppi i membri hanno più credibilità dei terapeuti in molte circostanze. Un terapeuta sano che dice ad un paziente ipomaniaco di prendere il Depacote e diminuire il livello di stimolazione, è differente da un altro paziente con disturbi bipolari e che può empatizzare con il desiderio di rimanere ipomaniaco e tuttavia darà un solido sostegno ad un cambiamento della cura medica. Allo stesso modo l'esperienza di prima mano, di un paziente con un farmaco può facilitare l'idea del pari che riguarda la tollerabilità di una nuova cura. I MSGs offrono agli psichiatri che preservano trattamenti medici un'opportunità per un "incremento di credibilità", quando essi creano una cultura di gruppo sana, che riguarda l'appropriato uso dei farmaci.

I MSGs mobilitano molti dei fattori terapeutici di Yalom che comprendono gocce di speranza d'universalità, impartiscono informazioni, altruismo e catarsi. Qui il gruppo è eterogeneo relativamente alla durata del trattamento, i membri anziani che stanno migliorando possono essere modelli per i nuovi pazienti, che le medicine sono una parte importante in un progetto di trattamento riuscito. Molti membri commentano di sentirsi sollevati nello scoprire che non sono gli unici ad affrontare una malattia mentale e che gli altri condividono con loro le difficoltà. Tra formazione dei leaders e l'esperienza pratica dei pazienti ciascun MSG è un diverso contenitore di conoscenza. Ai pazienti spesso piace aiutarsi tra loro e vedere quanto essi stessi sono andati lontano e dove sono arrivati. Anche se non ha un preminente fattore terapeutico molti pazienti sembrano trovare sollievo nel condividere ed esprimere il loro dolore.

Nonostante i MSG abbiano dei limiti offrono un'occasione per proporre un set potente di fattori terapeutici.

Risultati

Ci vollero molti anni per l'evoluzione del modello Davis nell'Università della California. Nel 1996 furono insediati quattro gruppi di sostegno alla terapia farmacologica nella clinica universitaria e modellati mensilmente sul "gruppo-litio". Dopo diciotto mesi i gruppi furono resi più frequenti allo scopo di evitare l'affollamento. Un sistema di riferimenti permise ai pazienti di essere trasferiti dalla valutazione iniziale al gruppo di disturbi depressivi, al gruppo di disturbi bipolari o al gruppo di disturbi psicotici.

Nel 1998 l'autore (PC) passò all'APSS un nuovo trattamento clinico che si stava sviluppando. Il programma cominciò con due equivalenti MSG settimanali uno la mattina e uno il pomeriggio. Poiché i gruppi aumentarono e poiché le risorse amministrative furono tagliate, molte modifiche furono necessarie e molti aggiustamenti. Per un verso fu fatto uno sforzo di migliorare il trattamento per clienti doppiamente diagnosticati, specificatamente per questa popolazione fu iniziato un MSG. Dopo meno di due anni la frequenza media al MSG divenne troppo alta ed il numero dei MSG fu aumentato da tre a settimana a sette a settimana. Questo portò al risultato desiderato, diminuire il numero di membri per gruppo e aumentò il morale dei leaders del gruppo e anche quello dei partecipanti. Quest'attuale modello è efficace. Lo sdoppiamento dei gruppi non raddoppiò l'attività dell'amministrazione.

Efficienza

I gruppi sono notevolmente efficienti. Ci sono di solito, quattro o sette membri. Due leaders di gruppo alla guida di un gruppo di sei sette membri coprono esattamente i 75 minuti. Il tempo medio per pazienti è di 10-18 minuti, oppure per ciascun paziente ci vogliono venti-trentacinque minuti di una clinica (tempo per pazienti moltiplicato per due terapeuti). Benché il tempo di 20-35 minuti è paragonabile a ciò che è fissato per le visite individuali con trattamento farmacologico, molti pazienti non rispettano i loro appuntamenti individuali, il che significa che il tempo medio dedicato ad un paziente è più lungo dei trenta minuti prefissati. I MSGs sono l'uso più efficiente del tempo clinico. Poiché la flessibilità del setting di gruppo è meno rigida delle visite individuali in termini di "assorbimento che non si mostra" (absorbing no-shows), i MSGs sono anche più flessibili nel concedere le visite extra, aggiungere una settimana persona ad un gruppo di sei membri fa poca differenza a tutto l'insieme. un follow-up schedulare individuale in più è spesso molto difficile, perché la maggior parte degli appuntamenti individuali già sono completi settimane prima. È facile apprezzare quanto siano efficaci i MSGs.

Stabilire gruppi di supporto alla cura farmacologica

Qualunque clinico MSGs, all'inizio può quasi immediatamente beneficiare di un'aumentata flessibilità ed efficienza, ma ci sono anche costi iniziali. Le barriere primarie all'inizio coinvolgono 1) la leadership del gruppo con doppia esperienza, 2) un sostegno amministrativo extra, 3) una mentalità del clinico di passare da un trattamento individuale ad un trattamento di gruppo, o meno comunemente da un gruppo che non usa medicine o con gruppi con supporto di farmaci. I MSGs richiedono leaders con esperienza di terapia di gruppo ed una conoscenza approfondita dei farmaci. Se i MSGs hanno soltanto un leader allora deve essere in grado di portare avanti le prescritte responsabilità. Sfortunatamente molti programmi psichiatrici residenziali forniscono soltanto una gestione sommaria della terapia di gruppo e le opportunità per imparare come condurre un MSG, sono anche meno comuni. Come risultato, la co-terapia è di solito la scelta migliore. Infatti la co-terapia permette ai leaders con differenti conoscenze culturali di collaborare. Sono affidabili le usuali opportunità di cooperazione.

Passando da un trattamento individuale ad un trattamento di gruppo è un grande passo in avanti culturale. I gruppi MSGs e i gruppi psico-educativi possono essere buoni punti di partenza in terapie cliniche che enfatizzano gli interventi farmacologici e i brevi modelli di trattamento. Quando partono con successo i MSGs aprono la strada ad altri nuovi gruppi. Il processo diventa un positivo feedback per i pazienti e per lo staff clinico ed amministrativo. I pazienti sono più cordiali verso l'uno con l'altro una volta che essi abbiano un'esperienza di gruppo positiva. Lo staff diventa più capace d'articolare come il MSG sarà un vantaggio per il paziente.

Infrastruttura di gruppo

Da un MSG meno strutturato si evolve l'approccio con il semistrutturato MSG. Tracciare l'evoluzione dei cambiamenti vale la pena, perché illustra alcune delle differenze tra membri dei gruppi omogenei ed eterogenei. Il gruppo focalizzato sulla malattia e il gruppo focalizzato sul farmaco, forse tolto dal gruppo-litio, sono molto diversi da quelli con una clientela differente. I nostri gruppi hanno membri con situazioni molto differenti che comprendono umori, ansia, abuso di sostanze, disordini della personalità, questi sono trattati da una varietà di farmaci e con trattamenti psicologici. Originariamente il gruppo cominciò con un giro di 10 minuti seguito da una discussione di gruppo. Tutti i membri brevemente riferirono il loro stato corrente del momento ed ebbero l'opportunità di esporre un argomento fastidioso che avrebbero voluto identificare con il gruppo. Questo approccio non ha funzionato per parecchie ragioni. I pazienti ebbero difficoltà nell'esaminare concisamente, nell'identificare gli argomenti della discussione e ad attenersi ad un solo argomento. Inoltre alcuni dei leaders erano in training ed erano nuovi ad una psichiatria di pazienti esterni e trovarono che la mancanza di strutture provocava troppa ansia.

Il trattamento dell'ansia è la barriera più difficile per portare il successo nel MGS. Una frequenza irregolare schedata rende la composizione del gruppo non attendibile e porta ad una coesione del gruppo a vari gradi di livello. La coesione del gruppo è una forza potente, rende stabile il gruppo ed aiuta i membri nel procedere terapeuticamente, aiutandoli a tollerare meglio l'ansia durante la seduta di gruppo. Tuttavia la coesione del gruppo è l'unico modo di trattare l'ansia e di attraversare periodi d'ansia inerenti ad alcune fasi dello sviluppo di gruppo non necessarie per raggiungere i traguardi terapeutici più importanti del gruppo. La struttura di gruppo aiuta a gestire l'ansia invece una struttura esterna imposta risulta in un processo di gruppo attenuato; "le opportunità perse" sono compensate dalla capacità dei pazienti di focalizzare e beneficiare dall'incontro con gli oggetti di gruppo. I pazienti beneficiano dell'essersi diretti verso trattamenti farmacologici della loro malattia e di essersi rivelati in modo sufficiente al gruppo per ottenere i benefici dei fattori terapeutici che sono disponibili.

Leadership

Nel gruppo ci sono due importanti ruoli, il terapeuta che prescrive e il terapeuta nel processo del gruppo. Se ci sono due leaders di solito l'uno finisce per occupare il posto dell'altro. Spesso si alternano nei turni o formano i turni sulla base di chi conosce meglio il malato. Infatti quando uno lavora sui dettagli della cura medica del paziente l'altro può fare domande in più sulla malattia del paziente oppure sostenere un processo di gruppo sano. Come sempre nelle co-terapie il rapporto è soggetto a molte forze. I leaders debbono lavorare per mantenere chiare le comunicazioni. Ciò può essere particolarmente difficoltoso quando i pazienti necessitano d'interventi farmacologici o psicologici o entrambi. Ancora una volta nascosta in questa sfida c'è un'opportunità d'oro. "A chi io mi devo rivolgere prima?" "Quanto tempo io posso dedicare a ciascuno?" queste necessità contrastanti portano allo scoperto un importante argomento: come uno integra un piano di trattamento. È difficile sapere quando aumentare gli anti-depressivi e quando interpretare la resistenza, iniziare un nuovo comportamento sano. I membri che assistono ad una discussione possono apprendere molto nel modo di raffinare il loro approccio al trattamento. I MGSs sono un'opportunità per un apprendimento vicario su argomenti multipli, semplici e complessi.

Pazienti difficili in MSG

Il paziente farmacologicamente complicato è una sfida, nonostante dove la cura viene fornita. Con due terapeuti il trattamento avviene facilmente. Un terapeuta si concentra nel risolvere il risultato della cura medica e l'altro, invece sull'impatto a lottare con questo problema. Spesso il resto del gruppo è attivo, di sostegno e aiuto. Se c'è solo un terapeuta una tattica è seguita simile, ma richiede una quantità di compiti. Qualche

volta la naturale capacità di leadership in un membro viene alla superficie offrendo al leader un sollievo e al membro un'opportunità per altruismo. Occasionalmente per un paziente ci vorrebbe una visita individuale di un'ora per rivedere completamente il suo caso. Il paziente che si svela troppo è un problema in qualsiasi gruppo all'inizio. Nei MSGs il contenitore terapeutico non è fatto per affrontare tali sfide. Intervenire rapidamente per proteggere il paziente è spesso necessario. Talvolta lo svelarsi è appropriato per una terapia di gruppo settimanale, ma rischioso nei MSGs a causa della mancanza di regolarità e frequenza dei partecipanti. In tali casi se la rivelazione è un tentativo di dare aiuto in un momento errato e nel luogo errato allora il terapeuta deve sostenere il comportamento di chi chiede aiuto, ma sviare il tentativo concepito in modo malato. Si deve chiarire che questo particolare gruppo non è la sede adatta per fare affidamento su un concetto così importante sensitivamente, ma cercare aiuto è essenziale. Riferimenti appropriati dovrebbero essere disponibili. I pazienti maniacali con tendenze suicide richiedono un'attenzione extra del terapeuta e alle volte possono avere bisogno di essere tolti dal gruppo. Quando ci sono due terapeuti l'approccio è simile a quello che è usato con i farmaci. Uno s'interessa del problema e l'altro lavora con il gruppo. I clinici che conducono da soli questi gruppi MSGs potrebbero avere bisogno di una spiegazione con quelli della clinica che avrebbero bisogno di un sostegno extra in tali circostanze.

Il paziente loquace e quello con disturbi grave di personalità sono ambedue destinati ad essere capo espiatorio. Essi poiché sono senza limiti potrebbero anche fare andare via altri membri. Diversamente dalle terapie di gruppo settimanali, dove lo sviluppo di gruppo avanza e quando le dinamiche di capo espiatorio vengono alla luce, è trattato terapeuticamente, invece non è possibile questo lavoro nel MSG. I pazienti loquaci e con disturbi acuti della personalità devono essere contenuti rapidamente dal terapeuta. In aspro contrasto con i pazienti farmacologici, il paziente con tendenze suicide o maniacali, i leaders dovrebbero scoraggiare l'esame di gruppo d'eventi problematici presentati da pazienti loquaci o con gravi disturbi di personalità. I MSGs non coincidono con un lavoro nel qui-e-ora. I pazienti con una patologia grave caratteriale possono avere cure mediche nel MSG, ma dovrebbero avere gli altri componenti del loro trattamento altrove.

Il paziente ritirato in un MSG non è dissimile da paziente ritirata in qualsiasi altro gruppo. Essi spesso partecipano in modo vicario. Tuttavia i leaders hanno bisogno di ascoltare ognuno e fare domande dirette e riunire i pazienti riluttanti come se fosse un gruppo nuovo al suo primo stadio. Generando sostegno tra gli altri per un membro ansioso è spesso anche d'aiuto. In generale i membri anziani possono offrire l'aiuto e il consiglio di qualcuno che "ha camminato nelle sue scarpe" (che ha fatto il suo stesso cammino)

Conclusioni

I gruppi di sostegno alla cura farmacologica sono un'alternativa da seguire in un trattamento medico individuale e per trattamenti separati che comprendono l'uso di farmaci e di una terapia supportiva. Può essere importante volgersi a sistemi di cure verso un modello di base per una terapia di gruppo. Tuttavia i MSG richiedono un sostanziale incarico dalla leadership clinica e dall'amministrazione e questi leaders dei MSGs dovrebbero avere una conoscenza profonda della terapia di gruppo in aggiunta alla familiarità con la cura medica e con gli altri interventi psicosociali.

Bibliografia

- 1) Cox PD, Ilfeld FE, Squire Ilfeld B, Brennan CS: Administrators and Group Therapists Collaborating in Group Program Development, *International Journal of Group Psychotherapy*, Vol. 56 No. 1, p 4-28; 2000
- 2) Kaplan HI, Sadock, BJ Eeds, Sussman N: Special practices in group psychotherapy, Williams and Wilkins Co. Baltimore, MD US 1993, *Comprehensive Group Psychotherapy*, 3rd Ed.
- 3) Ravindran, AV, Anisman H, Merali, Z et al: Treatment of Primary Dysthymia with Group Cognitive Therapy and Pharmacotherapy: Clinical Symptoms and Functional Impairments, *Amer. Journal of Psychiatry*, 1999, Oct. 156(10) 1608-17
- 4) Lee, MR, Cohen, L Hadley, SW, Goodwin, FK: Cognitive-behavioral Group Therapy with Medication for Depressed Gay Men with AIDS or Symptomatic of HIV Infection, *Psychiatric Services* 1999 July 50(7) 948-52
- 5) Heimberg, RG, Liebowitz, MR, Hope DA et al: Cognitive behavioral Group Therapy vs. Phenelzine Therapy for Social Phobia: 12-week outcome *Archives of General Psychiatry* 1998 Dec. 55(12) 1133-41
- 6) Huxley NA, Parikh SV, Baldessarini RJ; Effectiveness of Psychosocial Treatments in Bipolar Disorder: State of the Evidence, *Harvard Review of Psychiatry* 8(3) 126-40 Sep 2000
- 7) Althaus D, Saudig M, Hauke W, Roper G, Butollo W; The Efficacy of an Inpatient Group Therapy Program for Obsessive-Compulsive Disorder in Addition to Individual Cognitive Behavioral Therapy and Medication, *Verhaltenstherapie* 10(1) 16-23 March 2000
- 8) Huxley NA, Rendall M, Sederer L, Psychosocial Treatments in Schizophrenia: A Review of the Past 20 Years; *Journal of Nervous and Mental Disease* 188(4) 187-201 April 2000

- 9) Wilberg T, Griis S, Karterud S, Mehlum L, Urnes O, Vaglum P; Outpatient Group Psychotherapy: A Valuable Continuation Treatment for Patients with Borderline Personality Disorder Treated in a Day Hospital? A 3-year Follow-up Study; *Nordic Journal of Psychiatry* 52(3) 213-221 1998
- 10) Roth A, Hogan I, Farren C, Naltrexone Plus Group Therapy For the Treatment of Opiate-abusing Health-care Professionals; *Journal of Substance Abuse Treatment* 14(1) 19-22 Jan-Feb 1997
- 11) Benkert O, Graf-Morgenstern M, Hillert A, et al Public Opinion on Psychotropic Drugs: An Analysis of the Factors Influencing Acceptance or Rejection: *The Journal of Nervous and Mental Disease* 185(3), 151-158
- 12) Sabin, J, *Comprehensive Psychiatry* 19(1), January/February, 1978 83-95
- 13) Rodenhauer P, *IJGP* 39(4), October 1989 445-456
- 14) Zaslav M, Kalb *IJGP* 39(4), October 1989 457-74
- 15) Stone W, Market, Rodenhauer Pin 1991 (*IJGP* 41(4), October 1991 449-464
- 16) Salvendy and Joffe *IJGP* 41(4), October 1991 465-480
- 17) Kahn and Kahn Comm. *Mental Health Journal*, 28(6) December, 1992 539-50
- 18) McIntosh D, Stone WN, Grace MM, The Flexible Boundaried Group: Format, Techniques, and Patients' Perceptions, *International Journal of Group Psychotherapy*, 41(1) 1991 49-64
- 19) De Bosset F, Group Psychotherapy in Chronic Psychiatric Outpatients: A Toronto Model, *International Journal of Group Psychotherapy*, 41(1) 1991 65-78

Notizie sull'autore

Paul Cox MD. Psichiatra dei Servizi di salute mentale Sacramento, California e terapeuta di gruppo in Comunità psichiatriche.

Traduzione di Mariaclotilde Colucci e Francesca Vasta