

L'utilità dei gruppi terapeutici nell'ottica dell'*empowerment* di alcune categorie di soggetti con disagio psichico

Anna Palena

	<p>Narrare i gruppi <i>Etnografia dell'interazione quotidiana</i> <i>Prospettive cliniche e sociali</i>, vol. 1, n° 1, marzo 2006</p> <p>ISSN: 2281-8960</p>
---	---

Rivista semestrale pubblicata on-line dal 2006 - website: www.narrareigruppi.it

Titolo completo dell'articolo	
L'utilità dei gruppi terapeutici nell'ottica dell'<i>empowerment</i> di alcune categorie di soggetti con disagio psichico	
Autore	Ente di appartenenza
Anna Palena	<i>Dipartimento Interaziendale di salute mentale - Padova</i>
Pagine 51-70	Publicato on-line il 15 marzo 2006
Cita così l'articolo	
Palena, A. (2006). L'utilità dei gruppi terapeutici nell'ottica dell' <i>empowerment</i> di alcune categorie di soggetti con disagio psichico. In <i>Narrare i Gruppi</i> , vol. 1, n° 1, marzo 2006, pp. 51-70 - website: www.narrareigruppi.it	

IMPORTANTE PER IL MESSAGGIO CHE CONTIENE.

Questo articolo può essere utilizzato solo per la ricerca, l'insegnamento e lo studio privato. Qualsiasi riproduzione sostanziale o sistematica, o la distribuzione a pagamento, in qualsiasi forma, è espressamente vietata. L'editore non è responsabile per qualsiasi perdita, pretese, procedure, richiesta di costi o danni derivante da qualsiasi causa, direttamente o indirettamente in relazione all'uso di questo materiale.

gruppi nella clinica

L'utilità dei gruppi terapeutici nell'ottica dell'*empowerment* di alcune categorie di soggetti con disagio psichico

Anna Palena

Riassunto

In questo lavoro vengono sintetizzati e commentati i risultati di una ricerca sanitaria finalizzata della Regione Veneto, svolta nel Dipartimento di Salute Mentale di Padova, avente per oggetto i cambiamenti prodotti nella percezione del Servizio e il grado di *empowering* della sua utenza attraverso l'utilizzo della metodologia della terapia di gruppo. I dati indicano come l'utilizzo di metodologie partecipative e sufficientemente trasparenti per quanto riguarda metodi, obiettivi e condivisione dei risultati, contrastino il grado di invalidità delle patologie psichiatriche e migliorino le competenze sociali degli utenti. Tali pratiche partecipative debbono, tuttavia, fare i conti con una cultura medica poco aperta e preparata ad affrontare le difficoltà della persona in quanto essere sociale ed espressione di una comunità.

Parole chiave: empowerment; psicoterapia di gruppo; inutilmente necessario.

The benefit of therapeutic groups in the empowerment viewpoint of some categories of psychic disease subjects

Summary

This work synthesizes and comments the outcomes of a health research promoted by regional government of Venetia, which took place in Mental Health Department of Padua and whose subject was the variation produced in the perception of the public psychiatric care centre and the empowerment degree of its customers, through the make use of group psychotherapy. The data denotes that to utilize participating methodologies, sufficiently transparent in respect of methods, issues and participation in the outcomes, the psychotherapies contrasts the invalidity degree of the psychiatric diseases and improves social competences of the customer, but they make accounts of the medicine culture, rather open and prepared to face the individual's difficulties as social being and expression of a community.

Keywords: empowerment, group psychotherapy, uselessly indispensable

1. *Nota introduttiva*

Il presente lavoro* raccoglie criticamente i risultati della ricerca sanitaria finalizzata n.43/02/01 della Regione Veneto. Essa ha avuto luogo presso i Centri di Salute Mentale (CSM) del I° e II° Servizio Psichiatrico del Dipartimento Interaziendale di Salute Mentale dell'U.L.S.S. N.16 - Padova, dal Dicembre 2001 al Dicembre 2003.

La ricerca è stata promossa e supervisionata dall'allora Direttore di Dipartimento, dott. Franco Fasolo, e coordinata dall'autrice. La sua realizzazione è stata possibile grazie al contributo di molti collaboratori esterni ed interni, alla disponibilità di tutto il personale che a vario titolo fa funzionare i Servizi, e, soprattutto, grazie alla credibilità goduta dai ricercatori presso i pazienti coinvolti. E' probabile che il lavoro deluda il lettore, per la modestia delle pretese, per l'esiguità del campione, e altri aspetti metodologici. Mi auguro, d'altro canto, che susciti una qualche considerazione lo sforzo che contiene di sondare il terreno in cui si è sviluppata la ricerca e di contribuire ad affinare la relazione tra aspetti culturali, ideologici e prassi corrispondenti.

Più che l'analisi dettagliata del campione, la quantificazione numerica della raccolta e dell'analisi dei dati, per i quali si rinvia all'indirizzo riportato in appendice, ho privilegiato in questa sede la discussione dei presupposti iniziali e dei risultati finali, per evidenziare alcuni punti critici del lavoro psichiatrico attraverso i gruppi e il valore aggiuntivo di considerazioni e valutazioni non strettamente cliniche.

2. *Finalità della ricerca*

2. 1. Promozione della psicoterapia di gruppo nel servizio psichiatrico

La finalità dichiarata del progetto di ricerca, da parte della committenza, Regione Veneto, ha riguardato *l'applicazione di metodologie, immediatamente spendibili, volte al rafforzamento della tutela di una categoria debole, come quella dei soggetti con disagio psichico.*

Le ricerche che coinvolgono direttamente strutture pubbliche sanitarie, che non hanno tra i loro fini istituzionali la speculazione scientifica, ma l'impegno

* La relazione è stata in parte presentata al Corso di formazione su "L'esigibilità delle terapie di gruppo per la salute mentale". Padova, 12 Marzo 2004.

di migliorare ed aggiornare costantemente la qualità e l'efficacia delle prestazioni erogate, sottendono generalmente la verifica di scelte operative e professionali rispetto ad obiettivi più generali di politica sanitaria, come quelli economici, o i programmi di formazione, o di coordinamento con altri obiettivi regionali. La Regione metteva l'accento sul rafforzamento della tutela della categoria debole, soggetti con disagio psichico, e questo era innanzi tutto il punto primo da interpretare; il secondo era individuare la metodologia, d'uso corrente, più adatta.

Partiamo dal secondo punto, perché lo scopo manifesto della ricerca è coinciso, nel nostro caso, con la finalità implicita di promuovere e sostenere una maggior diffusione della cultura e della pratica della psicoterapia di gruppo nei Servizi Psichiatrici padovani.

La psicoterapia di gruppo, di tipo ambulatoriale, infatti, non incontrava grandi entusiasmi, né era ancora stata incentivata con adeguata formazione. Essa, tuttavia, oltre a rappresentare ormai una prestazione dovuta, si presentava come la soluzione tecnica ottimale per far fronte ad una fase di rinnovamento e adeguamento delle varie strutture psichiatriche alle richieste del territorio e alle normative vigenti.

Lo stile assunto, allora, è stato quello della ricerca intervento (Bortoletto et al. 2001). In questo orientamento la metodologia applicata è stata la formazione di gruppi di psicoterapia a tempo limitato (PGTL); di questa tecnica si può avere un'ampia ricognizione teorica in Costantini A. (2000). In Fasolo e Cappellari (1999) è inoltre possibile avere una consistente rassegna di lavori sull'applicazione di questa tecnica alla psichiatria di territorio.

Come già affermato da Budman e Gurman (1988), è utile riferirsi alla PGTL per quelli che si possono considerare *episodi di trattamento* all'interno di un contesto più ampio di cure, a volte concomitanti, a volte successive e che, per alcuni pazienti con disturbi mentali cronici o di lunga durata, possono aver luogo nel corso di tutta la vita.

L'utilizzo, in generale, di esperienze cliniche limitate nel tempo, meglio se accompagnate da verifiche sulla loro efficacia o sul loro gradimento, sembra, infatti, contrastare la cronicizzazione delle patologie psichiatriche gravi e migliorare l'autonomia della vita tra una riacutizzazione e l'altra; esso, inoltre, evita l'instaurarsi di dipendenze iatrogene nelle forme patologiche meno importanti (Fasolo, Palena, 2003). Oltre alla definizione temporale, fondamentali sono la focalizzazione dell'intervento e, soprattutto, la condivisione con l'utenza degli obiettivi che ci si propone.

2. 2. Empowerment

Circa il primo punto, concernente la tutela di categorie deboli, il concetto forte, di fondo, con cui si è interpretata l'iniziativa e configurata la ricerca, è stato quello di *empowerment*.

È un termine che si afferma negli anni sessanta e che abbiamo spesso incontrato alla base delle teorie dell'auto-aiuto. Si riferisce allo sviluppo di una maggiore padronanza sulla propria vita, alla capacità di affermare i propri diritti e di partecipare alle scelte e alla programmazione dei servizi. In termini meno politici e ideologici, esso interessa lo sviluppo delle potenzialità partecipative, espressive e decisionali dei soggetti.

La cultura dell'empowerment in Psichiatria è volta alla promozione del passaggio dall' "uomo-paziente" all' "uomo-agente": ossia di *"una persona (...) che vuol determinare (al maggior grado possibile) le proprie scelte di vita assumendosene le responsabilità, che si impegna anche con altri per raggiungere obiettivi personali e/o collettivi, incluso quello di affrancarsi dalla cronica dipendenza dalla assistenza pubblica"* (Straticò et al., 2002: 24). Gli stessi autori, inoltre, citando Mc Lean (1995), descrivono l'empowerment come "il processo personale e politico per mezzo del quale gli utenti della Salute Mentale ottengono convalidazioni e reintegrano il loro senso di dignità e valore".

Tra gli obiettivi riconosciuti validi al raggiungimento della condizione *empowered* vi è innanzitutto *"l'erogazione di trattamenti di provata efficacia negoziati con il paziente e, fra essi, in particolare di quelli che consentono l'aumento delle capacità di coping (far fronte), e di automonitoraggio della propria salute"* (Straticò, 2002: 25).

Per precisare ulteriormente lo spirito generale del lavoro si potrebbe ricorrere ad espressioni forse un po' inflazionate e spesso ancora lontane dall'identificarsi con una prassi corrente, come quella, per altro più che indicata in questo caso, di *cultura della salute*, che ha individuato nella *umanizzazione e personalizzazione delle cure* i propri valori etici e nello sviluppo dell'*empowerment* dell'utente-cittadino il proprio autentico strumento di valutazione.

Analoghi concetti risultano più accessibili se si utilizza una terminologia più consona agli addetti ai lavori dell'ambito psicologico e se si parte da presupposti quali:

- a) il nostro sviluppo di esseri umani non può prescindere dall'ambiente, nel senso più ampio del termine.
- b) il nostro rapporto con l'ambiente non è deterministico, né causalistico, ma assolutamente dinamico: mente e mondo sono interfacciati da una linea di

confine più o meno spessa, permeabile: il nostro apparato percettivo- motorio. *“A questa restituzione della corporeità giunge oggi la ricerca dei neurofisiologi Maturana e Varela, che ripensano l’idea di conoscenza a partire dall’organismo vivente inteso come autopoietico”* (Fiorani, 1998: 149),

c) il nostro corpo inizia dove incontra sensorialmente quello dell’altro.

Ne consegue che la capacità di sentirsi in grado di influenzare l’ambiente è strettamente collegata all’esperienza interna della nostra soggettività, che, a sua volta, ha contribuito a dare un’interpretazione dell’ambiente stesso.

Per continuare ad essere radicali: **malattia** può considerarsi, allora, tutto ciò che si frappone a questo fluire di risonanze e corrispondenze, ciò che polarizza e nega connessioni (cervello-ambiente, sé-altro, ecc...); **salute** ciò che ha, nell’evitare quanto sopra, un presupposto etico; **cura**, infine, ciò che contribuisce a ripristinare e mantenere quanto ci caratterizza fondamentalmente come *umani*.

Si è voluto conservare il tono assertivo delle affermazioni precedenti, per evidenziare come alcune indiscutibili, condivisibili verità possano lasciare intravedere uno iato profondo nella loro fattiva applicazione.

Proviamo ad addentrarci, però, in qualche ulteriore aspetto di fondo.

L’*identificazione* è un nostro caratteristico funzionamento: è trovare *noi stessi nell’altro* e attraverso l’altro, per sovrapposizioni e differenziazioni progressive, ripetute e continue. *“Possiamo definire l’identificazione come modificazione dello schema del Sé sulla base della percezione presente o passata di un oggetto; tale modificazione può essere temporanea o permanente, intera o parziale, arricchente o restrittiva dell’Io, dipendente da ciò con cui ci si identifica e da sé”* (Giannakoulas et al., 2003: 104).

In particolare *“ (...) l’identificazione proiettiva è (...) definita da C. Neri – A. Correale – P. Fadda come una modalità di funzionamento della mente costantemente attiva, che costituisce tanto il primo atto mentale del bambino, quanto l’indispensabile supporto delle più raffinate capacità adulte di pensiero e di relazione”* (Giannakoulas et al., 2003: 111).

Non sviluppiamo la percezione profonda di noi stessi, di individui distinti, autonomi, se non attraverso il costante confronto tra ciò che ci accomuna, ci riconosce e ciò che ci differenzia: la patologia fondamentalmente rende inaccettabile, confusivo o totalizzante, e quindi paralizza, questo processo dinamico.

Ancora una volta, uno dei più classici concetti psicoanalitici, ci ripresenta l’inevitabile legame con l’altro, le fondamenta della socialità dell’essere umano, da cui non si può prescindere.

Possiamo trovare delle connessioni tra sviluppo psichico individuale e sviluppo di progressive competenze sociali così come sono riassunte dal concetto di empowerment.

Zimmerman (1999) ravvisa tre principali componenti dell'*empowerment*:

- a. la *componente intrapersonale*, ossia il **controllo percepito** e le credenze relative alla capacità di influenzare le decisioni che riguardano la propria vita,
- b. la *componente interazionale*, ossia la **consapevolezza critica**, la capacità di comprendere e analizzare il proprio ambiente sociale e politico che include la capacità di comprendere quali siano gli agenti causali (quelli con potere autorevole), le loro risorse, i loro rapporti con il problema in questione, nonché i fattori che ne influenzano le decisioni,
- c. la *componente comportamentale*, ossia la **partecipazione**, cioè il tentativo di esercizio del controllo con un coinvolgimento di diversi individui.

Si può quindi affermare che l'*empowerment*, vale a dire il sentirsi individui autonomi, influenti e consapevoli, nelle sue peculiarità di *controllo percepito*, *consapevolezza critica* e *partecipazione*, scaturisca rispettivamente ed equivalentemente dall'aver confidenza, fiducia nella reciprocità del dinamismo io-altro.

2. 3. Empowerment e gruppo terapeutico

Il dispositivo *gruppo terapeutico* rimette in scena questi processi e ne fa oggetto d'esplorazione e condivisione di sapere e storia comune.

“Nel gruppo coesistono sia il soggetto, con la sua storia, le sue matrici familiari, ma anche con l'irripetibile singolarità del suo esserci, sia la gruppalità sociale e affettiva legata all'hic et nunc, alla comunanza di essere uomini e appartenere alla stessa area culturale” (Lo Verso, 1989: 42).

Fasolo sottolinea come *“la fiducia è intrinseca al concetto di coesione (noto come il principale fattore terapeutico di gruppo): per riferirci alla psicoterapia di gruppo, osserveremo che spesso gli estranei che si incontrano in un gruppo terapeutico nuovo hanno la mente occupata da preoccupazioni e problemi sulla fiducia e sulla sicurezza rilevabile nel gruppo. Essi, in sostanza cercano da subito di controllare e risolvere antichi conflitti interpersonali su questo fondamentale aspetto della vita di relazione. Di mano in mano che aumenta la coesione fra di loro, aumenta la fiducia, ovvero viceversa”* (Fasolo, 2002: 113).

Viene conseguentemente da ipotizzare che al di là della sua efficacia clinica, al di là, cioè, del conseguire il miglioramento delle condizioni psicopatologiche e dell'efficienza, cioè del rapporto costi/benefici, la psicoterapia di gruppo incida

specificamente sulla qualità della percezione di se stessi come esseri sociali e quindi consenta di:

1. avere maggior consapevolezza della propria rete¹ di relazioni e della qualità delle stesse,
2. facilitare l'ampliamento della rete e conseguente diffusione del legame di dipendenza, che notoriamente è un indice di qualità della vita²,
3. migliorare le capacità di autonomia critica, di controllo sulla propria vita e sul proprio ambiente di vita e dunque la propria capacità contrattuale,
4. favorire una maggiore partecipazione, come utente, alla cura e in generale, come cittadino-utente di servizi.

Come dice efficacemente Fasolo *“I gruppi che curano tendono facilmente a concepire gli utenti prevalentemente come consumatori incalliti (cronici cioè “per natura”, oltre che accuratamente addestrati); quelli che guariscono cercano di lasciarli andare per la loro strada, dopo che l'intervento minimo, non “prestato” ma “reso”, sia stato sufficiente per ottenere risultati trasformativi, meglio se tempestivi e meglio se condivisi e attesi”* (Fasolo, 2002: 12).

Tali aspetti risultano particolarmente importanti ai fini delle considerazioni che potrebbero essere condotte sui risultati: la ricerca vuole penetrare, mettere in evidenza, gli aloni, le zone di penombra non direttamente messe in luce dallo strumento tecnico “psicoterapia di gruppo”. Ad esempio, non si vuole approfondire in che modo la psicoterapia di gruppo rappresenti una tecnica efficace per alcune psicopatologie piuttosto che per altre, né quali vantaggi economici possano derivare dal trattamento contemporaneo di più soggetti rispetto al trattamento individuale, né la pertinenza della prestazione erogata dal servizio pubblico, come prestazione di base, ecc... Al contrario, si suppone che l'offerta della psicoterapia di gruppo di per sé rappresenti per il cittadino-utente una modalità di cura che tenga maggiormente conto del suo essere sociale e soprattutto della componente relazionale del suo disagio, spesso ben più compromessa di quanto comporti la “patologia” nosograficamente diagnosticata. E' ovvio, come sopra segnalava Fasolo, che non tutti i gruppi abbiano le stesse potenzialità terapeutiche e che, come tutte le tecniche, abbiano bisogno di studio, di addestramento specifico e soprattutto vadano rese plastiche, adattabili

¹ Vedi in appendice riferimenti bibliografici sulle reti sociali.

² Si fa riferimento all'analogo concetto di G. A. Kelly (1955) sulla possibilità di “distribuire le dipendenze” come contributo al grado di autonomia degli individui, a sua volta correlato al miglioramento della qualità di vita.

tanto a chi ad esse si sottopone, quanto agli scopi e alle caratteristiche di chi le usa.

3. *Presupposti procedurali*

Ai fini della nostra ricerca abbiamo privilegiato e posto l'accento sui seguenti aspetti del trattamento gruppe:

- a. *Tempo limitato*: il termine del trattamento e il numero complessivo delle sedute è prestabilito.
- b. *Focalizzazione*: gli obiettivi sono circoscritti e concordati con i pazienti
- c. *Conduzione*: una coppia di terapeuti, sulla cui composizione riferiamo di seguito, adotta nella gestione del gruppo uno stile attivo volto a favorire lo sviluppo della coesione
- d. *Supervisione*: incontri programmati, circa ogni tre sedute, con un esperto

La scelta dei partecipanti è stata affidata ai loro curanti, che ne hanno valutato potenzialità e attese con colloqui preparatori intesi a coinvolgere e responsabilizzare gli stessi utenti. La formazione dei gruppi e la focalizzazione dell'intervento è stata effettuata dalla coppia terapeutica, appoggiata dai coordinatori della ricerca.

Il campione, piuttosto modesto, di 57 soggetti ha dato vita ad otto gruppi. La conduzione è stata affidata - come abbiamo anticipato - in co-terapia a due figure professionali, una di ruolo, più spesso psichiatra, e un'esterna, psicologo, già specializzata o prossima ad esserlo in psicoterapia di gruppo; solo un gruppo ha avuto dichiarate finalità riabilitative e psicoeducative e non psicoterapeutiche ed è stato condotto da due psicologi.

I gruppi hanno avuto una cadenza settimanale; il numero di sedute è stato concordato con i membri sin dall'inizio; la durata è stata di tre mesi, tranne per due gruppi, che hanno potuto estenderla a sei.

Si è ritenuto opportuno comporre i gruppi configurandoli secondo le tradizionali categorie diagnostiche in uso nel contesto psichiatrico ospedaliero. S'è trattato di adottare la convenzione terminologica di un particolare contesto, che potesse fornire contrassegni linguistici ad uso orientativo, senza che vi fosse da parte nostra alcun intento reificante. Si è, pertanto, privilegiato un criterio di omogeneità per diagnosi, non troppo rigido, consentendo che, all'interno dei

vari raggruppamenti, fosse possibile introdurre ulteriori elementi accomunanti/differenzianti. Valga, ad esempio, la composizione di un gruppo dell'area psicosi, che ha riguardato pazienti di giovane età, al loro primo episodio di scompenso, ma manifestatosi con bouffé delirante. Si sono formati tre gruppi per disturbi di somatizzazione e ansia, un gruppo per disturbi depressivi nevrotici, tre gruppi per disturbi psicotici e uno per disturbi di personalità.

4. Strumenti

La valutazione ha riguardato le influenze della proposta, in un Servizio Psichiatrico, della psicoterapia di gruppo e di una breve esperienza della stessa, sulla percezione dei soggetti partecipanti in quanto esseri sociali.

A questo scopo sono stati impiegati, prima dell'inizio e dopo la conclusione dell'esperienza di gruppo, i seguenti strumenti:

1. il questionario sulla qualità di vita,
2. il questionario dell'Istituto Superiore di Sanità sulla soddisfazione verso il servizio un questionario sull'*empowerment*, appositamente costruito e articolato in 4 domande relative a ciascuna delle tre componenti principali dell'*empowerment*: controllo percepito – consapevolezza critica – partecipazione,
3. la carta di rete,
4. la Scala per la Valutazione Globale del Funzionamento (VGF) del DSM IV.

I primi tre questionari sono stati prevalentemente somministrati in gruppo, diventando occasione di un incontro di prova e di uno di verifica, con scambi spontanei. La carta di rete è stata invece somministrata individualmente e, nei limiti del possibile, dallo stesso psicologo sia prima, sia dopo il gruppo. La VGF è una valutazione che compete esclusivamente al curante e non impegna direttamente il paziente.

Tutti gli strumenti sono consultabili con il materiale della ricerca presso l'indirizzo in appendice; alcuni sono di nota e dichiarata provenienza, altri sono stati creati appositamente. E' opportuno spendere due parole di chiarimento per quello che riteniamo lo strumento per noi più significativo, la carta di rete³. La carta di rete nasce come strumento finalizzato all'intervento di rete, ma è

³ Vedi in appendice riferimenti bibliografici sulle reti sociali

ormai usata, da anni, anche dagli operatori della Salute Mentale. Essa consente di condurre un'esplorazione, secondo precisi indicatori, dell'ambiente relazionale del soggetto. Ne risulta una rappresentazione grafica delle relazioni significative che si stanno vivendo, suddivise in cinque tipi di reti: rete primaria (la famiglia, gli amici...), rete secondaria formale (istituzioni, Servizi sociali, sanitari...), rete secondaria del terzo settore (associazioni di volontariato, parrocchia, fondazioni come la palestra o lo stesso gruppo di psicoterapia), rete secondaria di mercato (negozianti, aziende, lavoro,..), rete secondaria mista (casa di cura, ospedale..). L'uso in psichiatria ne ha evidenziato effetti a livello dell'interazione che si stabilisce con il soggetto intorno alla costruzione della carta e particolarmente dell'efficacia del rimando grafico che se ne ottiene.

Gli indicatori sono quantitativi: l'ampiezza della rete è data dalla somma delle persone inserite e dalla loro distribuzione in settori diversi (diversificazione). Viene anche condotta un'analisi qualitativa sulla capacità di discriminare i tipi di legame, di sottoporli a critiche e revisioni alla luce di variazioni di consapevolezza.

5. Risultati

5. 1. Questionario sulla qualità della vita

I pazienti acquisiscono opinioni più positive relative alle proprie condizioni quotidiane di vita e in particolare risultano:

- più contenti in relazione a 14 variabili (quello che si mangia ogni giorno, i vestiti, le condizioni di salute, le persone con cui si vive, le amicizie, la vita sentimentale, i rapporti con la famiglia, i rapporti con la gente in generale, l'occupazione e gli impegni quotidiani, il modo di trascorrere il tempo libero, quello che si fa fuori casa per divertirsi, i servizi e le comodità della zona in cui si vive, i soldi di cui si dispone, la vita attuale in generale);
- meno contenti nelle 2 variabili restanti relative all'abitazione e al quartiere nel quale si vive.

5. 2. Questionario sulla soddisfazione degli utenti relativa al Servizio di Salute Mentale

Va precisato che si parte da un buon livello iniziale di soddisfazione. In generale si può però riscontrare:

- un miglioramento della soddisfazione nei confronti del servizio erogato dal Centro di Salute Mentale;
- un peggioramento in relazione alla domanda n.4: “E’ soddisfatto di quello che fa il personale quando un paziente si sente male e fa cose che possono disturbare o spaventare?”.

L’apparente negatività del risultato varia se si considera che nella prima somministrazione l’utenza ha manifestato la tendenza a segnare la risposta “0. Non è mai successo”; nella seconda le risposte rientrano tra le categorie “1. sempre” e “2. Sempre, tranne poche eccezioni”. Questo sembra più rispondente alla realtà, che non la negazione iniziale.

5. 3. Questionario sull’empowerment

La lettura complessiva dei dati non si presta che a generiche considerazioni, mentre diventa significativa nelle rilevazioni delle variazioni individuali.

Si può segnalare che l’intero campione registra:

- un incremento della percezione che le difficoltà personali limitino la loro vita sociale;
- un maggior interessamento all’entrare in relazione con gli altri.

5. 4. Carta di rete

L’**analisi quantitativa** ha mostrato due tendenze parimenti distribuite nel campione: una verso uno spiccato aumento dell’*ampiezza* e un’altra verso un *restringimento*.

- Il *restringimento* della rete sociale, che ha riguardato i gruppi “nevrotici”, è stato, però, a favore di rapporti di maggior interscambio affettivo e di sostegno materiale (= miglior qualità di vita)
- L’*ampliamento*, che ha interessato invece i gruppi “psicotici” e “disturbi di personalità”, è legato all’inclusione di dati relativi alla rete secondaria formale (istituzioni di servizi sanitari, sociali...) e a quella primaria familiare.

L'**analisi dei legami** in generale ha rivelato che i legami risultano più differenziati nella seconda somministrazione e la loro rappresentazione grafica è più dispiegata, quindi con una miglior percezione dei propri confini. E' presente:

- una maggior capacità di instaurare relazioni sociali autentiche e soddisfacenti;
- una maggior autonomia nel riconoscere la disfunzionalità di alcuni legami familiari, questo solo per quanto riguarda l'area "nevrotica".

6. *Discussione dei risultati per categoria diagnostica*

Pur tenendo conto che nello specifico della valutazione si dovrà considerare l'influenza di variabili come lo stile di conduzione, l'esperienza dei terapeuti e la tipicità della composizione del gruppo, è apparsa comunque rilevabile una caratteristica variazione dei dati a seconda dei principali raggruppamenti diagnostici.

Gruppi "nevrotici"

Dai dati relativi ai quattro gruppi per pazienti con diagnosi nell'area della "nevrosi" (dal disturbo d'ansia, alla depressione, al disturbo di somatizzazione) in generale si registrano miglioramenti:

- nella *componente comportamentale* dell'empowerment (capacità di partecipazione), ossia nella percezione di potersi coinvolgere con altri individui senza perdere il controllo/senso di sé;
- nella *componente intrapersonale* (controllo percepito), ossia anche nelle convinzioni sulle proprie capacità di influenzare le decisioni che riguardano la propria vita.

La terza componente, quella *interazionale* (consapevolezza critica), non risulta altrettanto decisamente migliorata rispetto alle altre, anche se varia a seconda del gruppo.

Per quanto riguarda la percezione della *qualità di vita*

- si ha un aumento relativamente alla maggior parte degli item;

- i dati emersi risultano al contrario più critici sulla qualità delle relazioni e del quartiere e della casa in cui vivono.

Rispetto alla *soddisfazione percepita del Servizio di Salute Mentale*:

- sono mediamente più capaci di vederlo nei propri compiti istituzionali (ricevere informazioni sui farmaci e sulle proprie condizioni di salute, la sensazione di essere stati aiutati...).

Possiamo concludere, con riferimento anche a quanto emerso dalle carte di rete e dalle osservazioni degli psicologi che hanno somministrato i questionari, che l'esperienza breve di gruppo abbia restituito ai partecipanti una maggior fiducia nelle proprie capacità critiche e relazionali, accompagnata conseguentemente al vissuto di una maggior autonomia.

Può sembrare contraddittorio il dato di una limitata consapevolezza critica con una migliore capacità di valutare la qualità delle relazioni familiari, o il restringimento della rete a fronte della maggiore partecipazione: Si può ritenere che ciò abbia a che fare con lo scarso tempo a disposizione per sperimentare l'acquisizione di cambiamenti reali e che, invece, il risultato sia indice significativo dell'acquisizione del *sensu di speranza*⁴, legato all'interazione tra senso di sviluppo di risorse personali e controllo percepito. Non è trascurabile, a questo proposito, l'ipotesi che l'influenza dell'alleanza terapeutica, necessariamente positiva nelle fasi iniziali del gruppo, non entri, a causa della limitatezza temporale dell'esperienza, nelle fasi successive più critiche e conflittuali.

Gruppi “psicotici”

I tre gruppi di “psicotici” sono composti da pazienti con diagnosi nell'area della psicosi, in fase di compenso: un gruppo ha riguardato soggetti al loro esordio di malattia, mentre un altro, che ha avuto dichiarate finalità psicoeducative – riabilitative, soggetti assistiti da lungo tempo e anche alcuni inseriti in strutture residenziali o simili.

Relativamente alle tre componenti comportamentali dell'empowerment, dai dati emerge nettamente in tutti i gruppi:

- un miglioramento della componente *controllo percepito*,

⁴ M. A. Zimmerman (1999) definisce la *speranza acquisita*: “Il processo con il quale gli individui sviluppano e utilizzano le risorse personali nello sforzo di esercitare un controllo sulla propria vita”.

- uno scarso aumento della componente *consapevolezza critica*,
- uno scarsissimo aumento della componente *partecipazione*.

I soggetti afferenti ai tre gruppi risultano abbastanza più soddisfatti della loro *qualità di vita*, ma più critici verso la condizione esistenziale attuale, sia abitativa, economica, di salute, sia affettiva.

Leggermente più individuata la *soddisfazione verso il Servizio*: i pazienti si accorgono di avere più informazioni, di ricevere cure adeguate, ma introducono qualche dubbio circa la sensazione di essere stati aiutati a vivere meglio quando ne avevano bisogno, o nel consigliare il Servizio ad un amico.

A seguito dell'esperienza di gruppo, gli "psicotici" sembrano trovare un notevole impulso alla mentalizzazione e all'apertura verso la relazione con l'altro. Ampliano, infatti, la propria rete primaria familiare e quella secondaria (in particolare quella verso il servizio e il gruppo stesso), e sembrano in grado di delineare più chiaramente i propri confini.

Gruppo "disturbi di personalità"

Il gruppo di soggetti con "disturbi di personalità" è un gruppo che, a differenza degli altri, è durato sei mesi; fornisce dati analoghi in parte a quelli riportati dai gruppi di "nevrotici" e in parte a quelli dei gruppi di "psicotici".

Per le componenti dell'empowerment, esso si differenzia per:

- un aumento più netto, rispetto ai "nevrotici", per quanto riguarda la partecipazione,
- un risultato analogo a quello degli "psicotici", per quanto riguarda il controllo percepito,
- un risultato migliore, rispetto alle altre due categorie, per la consapevolezza critica.

Sono più soddisfatti della qualità di vita genericamente e del Servizio, pur prestando più attenzione alla domanda n.4 (vedi sopra al punto 2. *Questionario sulla soddisfazione*.....di Risultati).

Il commento di questi risultati non è facile: il loro collocarsi in una posizione intermedia rispetto agli altri delle due categorie precedenti, riflette che i dati si riferiscono probabilmente ad una ipotesi di struttura patologica meno unitaria.

“I disturbi di personalità sono dimensioni complessive discontinue e non riducibili rispetto alle sindromi psichiatriche” (Pontalti in Ceruti et al., 1998: 109).

7. Sintesi e considerazioni conclusive

Il numero, che può sembrare limitato di otto gruppi in due anni, rappresenta in realtà un grande sforzo e impegno per un Servizio che non utilizza normalmente la pratica gruppale e per la quale vive un senso di non pieno dominio strumentale. Si sarà notato che non si è più fatto riferimento ai risultati della Scala per la Valutazione Globale del Funzionamento. Non è stato possibile, infatti, disporre per tutti i pazienti del medesimo curante di riferimento durante il trattamento gruppale. Il caso ha voluto che la ricerca e quindi i gruppi coincidessero con un periodo di variazioni nella distrettualizzazione, cui fanno riferimento i Servizi, e quindi di passaggi dell'utenza da un Servizio ad un altro e da un terapeuta ad un altro.

Nonostante, o ancor più, per questa ragione i risultati sono decisamente importanti, perché mostrano come l'organizzazione di luoghi strutturati e finalizzati alla “coerenza e coesione”, come i gruppi, abbia un alone positivo sulla coerenza organizzativa complessiva. *Il Servizio acquista una nuova visibilità.*

Dai commenti forniti spontaneamente dagli utenti ai somministratori dei questionari, si coglie l'apprezzamento per un interessamento nuovo, o vissuto come innovativo, nei loro riguardi: il gruppo è gradito per il tipo di confronto tra pari che rende possibile e perché *amplia il numero d'informazioni di cui il singolo può disporre.*

La soddisfazione, già inizialmente buona nei confronti del Servizio, si modifica verso una forma di *soddisfazione meno genericamente idealizzata e più legata ad una reale visibilità dei suoi compiti e dei suoi elementi.*

Va inoltre considerata l'importanza per l'utente di essere oggetto di una *valutazione che chiede il loro parere, il loro giudizio*, o, come la carta di rete, che lo mette di fronte a una propria realizzazione e rappresentazione di sé: i soggetti sono entrati in gruppo già in possesso di un feed-back sul proprio stato attuale e questo ha sicuramente indirizzato il loro impegno successivo.

Il risultato finale è stato quello di *affinare questa consapevolezza di sé attraverso il confronto con altri, di districarsi meglio tra ambivalenze e conflittualità, di migliorare la capacità di instaurare nuove relazioni o la fiducia nel poterlo fare, perché si sperimenta un senso di miglior autocontrollo.*

Molti partecipanti hanno chiesto di poter proseguire l'esperienza di gruppo e per qualcuno è stato anche possibile.

Credo che le nostre ipotesi possano dirsi decisamente legittimate (anche se non sperimentalmente verificate).

Tutto ciò dovrebbe tradursi nel progettare la cura con allestimenti di setting adeguati a “(...) *trattare le patologie (...) non con schemi generalizzanti e riduzionistici (...) ma come espressione unica e irripetibile di storie di vita, di famiglie, di comunità rispetto alle quali si è costruita o non costruita la competenza di essere persona entro i percorsi della vita stessa*” (Pontalti, 2003: 106).

In psicoterapia di gruppo l'esserci per qualcun altro è fondante e costitutivo dell'esperienza stessa: il gruppo nell'immaginario gruppale sembra esserci per così dire prima e al di là dei suoi singoli componenti; esattamente come la madre ambiente, che consente ri-trovamenti e creazioni, che hanno potuto essere tenute assieme nell'attesa fiduciosa di una plausibile articolazione.

Questo punto di vista continua ad essere “scarsamente praticato”, perché implica, a livello dei “professionisti” innanzitutto, una diversa disposizione ad accogliere e recepire il contributo del “paziente”, in sostanza a consentirgli di *esserCi come può* nella costruzione di un senso condiviso.

“I gruppi che guariscono tendono a compromettersi abbastanza ma è solo così che riescono a cambiare, oggi sempre più spesso, con le persone che curano” (Fasolo, 2002: 12).

Come Winnicott aveva a suo tempo sottolineato, il dolore e la colpa della separazione (leggi anche *diversità*) possono essere affrontati solo se l'ambiente è recettivo e riconoscente del ruolo attivo del bambino. In tal modo viene dato un significato decisamente evolutivo al ruolo della riparazione nello sviluppo.

A buon titolo si può sostenere che la fase di fondazione di un gruppo sia quella più faticosa, che necessita di maggiori impegno, cura e attivazione da parte del conduttore. Mi riferisco non solo ai presupposti chiave, come la chiarezza sugli obiettivi del gruppo, sulle finalità cliniche, alla selezione dei pazienti (ossia al versante del rapporto psicoterapia di gruppo – utenza), al tipo di formazione del terapeuta e al suo ruolo nel gruppo di lavoro (ossia al versante istituzionale del rapporto psicoterapia di gruppo – servizio); ma anche allo sviluppo di una più generica propensione, attitudine verso l'approccio gruppale.

C'è, sembrerebbe, una certa resistenza culturale, che muove prevalentemente da obiezioni di riservatezza e vergogna, che a mio parere colludono con il vissuto del malato di essere escluso e di autoescludersi dalla vita comunitaria, simbolica e reale. Privato e comunitario non sono termini antitetici, bensì complementari: laddove si è riconosciuti dalla propria comunità è più facile sperimentare i confini reciproci dello spazio privato del sé, anche nella consapevolezza spesso dolorosa che non sarà mai possibile che essi coincidano.

Sono stata recentemente spettatrice, ad un corso di formazione sulle direttive della legge sulla privacy, di un curioso dibattito su come considerare le informazioni personali che i pazienti, partecipanti ad un gruppo di psicoterapia, inevitabilmente si scambiano e se questa prassi, data la debolezza del consenso fornito dagli utenti psichiatrici, possa dare spazio a violazioni. E' comprensibile che il legislatore disponga norme generali di tutela, volte ad aumentare la partecipazione attenta e il controllo del cittadino sulle istituzioni, cui quest'ultimo si rivolge, pur non potendo definire in assoluto che cosa sia privato e che cosa sia pubblico in tutte le situazioni. Meno comprensibile mi sembra il ricorrere alla legge per sapere se l'intimità che si sviluppa in un gruppo terapeutico, condotto da un professionista che dovrebbe saperla sollecitare all'interno della privatezza allargata dei confini gruppali, come nello spazio duale, sia necessaria, utile o abusiva. Non è poi così raro che il fascino dell'onnipotenza minacci il nostro operato e alimenti quello narcisistico dell'utenza. Si corre, infatti, il rischio di alimentare collusivamente l'idea di un recupero magico, quanto improbabile, dell'immagine narcisistica di Sé, senza contribuire fattivamente alle rivalutazioni e ai recuperi parziali possibili.

A chi, da anni, come me, conduce gruppi capita di sperimentare che una soddisfacente tensione, molto presente agli inizi del gruppo, come disposizione all'attenzione, all'ascolto accurato, con il procedere del tempo e del lavoro, possa lasciare spazio, a tratti, a stati di sospensione o partecipazione quasi contemplativa (a volte il gruppo stupisce o è anche "bello", capace di considerazioni uniche e irripetibili...), che pur non privi di richiami interni o esterni a fare il proprio mestiere, altrettanto spesso ci fa sentire tranquillamente messi da parte: la sensazione è che *"se la cavano benissimo da soli"*.

Sono i primi segnali che come conduttori – se fondamentalmente le cose vanno bene – diventiamo *"inutili"*, seppur indispensabili, necessari a che ciò che sta accadendo, accada: professionalmente, protagonisticamente *"inutili"*, ma umanamente coinvolti dal problema di come riconoscere, senza frustrare noi stessi e gli utenti, che la limitazione dei sintomi non giustifica un effettivo, reale ritirarsi dai propri impegni e responsabilità di persona.

I risultati del nostro lavoro sull'importanza dei gruppi in un Servizio di Salute Mentale sembrano trovare una efficace sintesi nell'espressione *"inutilmente necessario"*, rubata ad uno dei massimi esperti di adolescenza. M. Bertolini osserva che la qualità della capacità di preoccuparsi dei genitori e degli psicoterapeuti di adolescenti in crescita (*come, aggiungiamo noi, quella dei terapeuti di pazienti psichiatrici abbastanza migliorati*), "...subisce variazioni a seconda del fatto che essi sentano che l'adolescente li soddisfi in fretta nei loro desideri di aiutarlo o

che invece non corrisponda rapidamente ai loro desideri...” (Bertolini, 2003). Andare incontro alle frustrazioni delle proprie speranze, inevitabilmente sollecita sentimenti di insofferenza, che mettono alla prova la capacità di fronteggiare reazioni ambivalenti nei confronti dell’oggetto. Tende a generarsi così “...uno stato psichico abbastanza resistente” (ibidem), causa di ben noti stalli e blocchi, in cui “l’altro viene sentito come *inutilmente necessario*” (ibidem). Bertolini sottolinea però le potenzialità implicite nell’elaborazione e nell’attraversamento di tale esperienza: il poter “fare la prova di che cosa accada quando (l’adolescente) sente che i genitori gli siano inutili e anche necessari” (ibidem), consente di sopravvivere all’angoscia di perderli. “l’adolescente osserva e cerca di vedere se essi gli possono riconoscere la capacità di farli imbestialire e di essere veramente odioso o se essi, vergognandosi di non essere superiori al suo sottile ma penetrante disagio, lo debbano solamente comprendere e proteggere denegando sia gli effetti in loro della sua sfida sia la sua capacità di sfidarli.” (ibidem)

Inutilmente necessario: Bertolini ottimamente descrive “lo stato psichico, a volte anche dolorosamente resistente”, che ha bisogno, perché possa essere attraversato con pieno successo, di luoghi almeno “triangolari”, estesi, quanto è possibile, ai pari per i figli e alla famiglia allargata ai nonni e agli zii per i genitori. Così come ai colleghi o ai supervisori per i terapeuti e, pressoché inevitabilmente, ai gruppi.

Bibliografia

- Bertolini, M. *L’adolescente e l’altro*. Lezione magistrale. Seminari A.S.N.E.A. . Monza 2002-2003.
- Bortoletto, N., Branca, P., Floris, F., Morelli, U. (a cura di). (2001). *Interrogarsi ed investire sulla ricerca-azione in Animazione Sociale*, 5.
- Budman, S. H., Gurman, A.S. (1988). *The theory and practice of brief therapy*. New York: Guildford Press.
- Costantini, A. (2000). *Psicoterapia di gruppo a tempo limitato. Basi teoriche ed efficacia clinica*. Milano: McGraw-Hill.
- Fasolo, F., Cappellari, L. (a cura di) (1999). *Almanacco 1999*. Padova: La Garangola.
- Fasolo, F., Palena, A. (a cura di) (2003). *Esperienze nei gruppi 2001-2003*. In *Psichiatria generale e dell’età evolutiva. Vol. 40 ,4*. Padova: La Garangola.
- Fasolo, F. (2002). *Gruppi che curano & gruppi che guariscono*. Padova: La Garangola.
- Fasolo, F., Tirelli, M., Berton, A., Ferlin, M., Gallini, P., Padriali, M., Tedeschi, D. (2003). *Il gruppo terapeutico come rete sociale “intermedia” e la carta di rete come tecnica spe-*

- cifica di "Mind-Imaging". In *Psichiatria generale e dell'età evolutiva*. Vol. 40, 2. Padova: La Garangola.
- Fiorani, E. (1998). *La comunicazione a rete globale*. Milano: Lupetti – Editori di Comunicazione.
- Giannakoulas, A., Fizzarotti Selvaggi, S. (2003). *Il counselling psicodinamico*. Roma: Borla.
- Ingrosso, M. (2000). *Lettura sociale della salute e promozione della qualità della vita*. In *Animazione Sociale*, 5.
- Lo Verso, G. (1989). *Clinica della gruppoanalisi e psicologia*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Pontalti, C. (1998). *I campi multipersonali e la costruzione del progetto terapeutico*. In Ceruti M., Lo Verso G. (a cura di) *Epistemologia e psicoterapia*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Pontalti, C. (2003). *L'inganno delle molte psichiatrie*. In *Janus*, 9.
- Straticò, E., Degli Esposti, M. (2002). *L'empowerment e la sua valutazione*. In *Psichiatria di Comunità*, 1-2.
- Zimmerman, M. A. (1999). *Empowerment e partecipazione della comunità*. In *Psicologia di comunità*. *Giornale della Società Italiana di Psicologia di Comunità*, 1-2.

Appendice

Dati più precisi sulla ricerca e sugli strumenti utilizzati si possono richiedere al seguente indirizzo: Csm1@ulss16pd

Per approfondimenti sulle reti sociali:

- Sanicola. L. (a cura di) (1997). *La salute mentale e il servizio sociale*. Napoli: Liguori Editore.
- Sanicola. L. (a cura di) (1994). *L'intervento di rete*. Napoli: Liguori.
- Fasolo. F., Tirelli. M., Berton. A., Ferlin. M., Gallini. P., Padriali. M., Tedeschi. D.(2003). *Il gruppo terapeutico come rete sociale "intermedia" e la carta di rete come tecnica specifica di "Mind-Imaging"*. In *Psichiatria generale e dell'età evolutiva*. Vol. 40, 2. Padova: La Garangola.
- Gallini. P., Padriali. M., Tedeschi. D. (2003). *Carta di rete: uno strumento di valutazione sull'efficacia delle psicoterapie di gruppo a breve termine*. In *Esperienze nei gruppi 2001-2003*. *Psichiatria generale e dell'età evolutiva*. Vol. 40,4. Padova: La Garangola.
- Fasolo. F., Ambrosiano. I., Cordioli. A. (2004). *Reti sociali e gruppi terapeutici: teorie e tecniche biologiche cruciali per la psichiatria pubblica*. In *Narrare il gruppo*. Anno I, 1, 33-55. Roma: Armando Editore.

Per approfondimenti sulle esperienze di gruppi a termine si consigliano, fra i testi sopra riportati:

- Fasolo, F., Cappellari L. (a cura di) (1999)
- Fasolo, F., Palena A. (a cura di) (2003)
- Fasolo, F. (2002)