

*Il clima affettivo e i processi gruppi nelle attività terapeutico riabilitative.
L'esperienza di una valutazione di un gruppo espressivo in un Centro Diurno.*

Autori

Paolo Bassetti.

Infermiere spec. in assistenza psichiatrica e laureato in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica
Unità Operativa di Psichiatria n°4 di Rovereto - Distretto Centro Sud
Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento

dott. Riccardo Pertile.

Statistico
Servizio Epidemiologia Clinica e Valutativa
Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento

*L'esperienza è il tipo di insegnante più difficile,
prima ti fa l'esame e poi ti spiega la lezione.
Oscar Wilde.*

Introduzione.

L'attività clinica svolta nei Centri Diurni si rivolge prevalentemente a pazienti portatori di gravi disturbi mentali (*psicosi e dist. di personalità*). Nel corso degli anni si sono sviluppate molte esperienze di interventi ed attività di gruppo a valenza espressiva, in grado di svolgere funzioni terapeutiche e riabilitative. La valutazione dei risultati, come la valenza terapeutica, è spesso caratterizzata dalla soggettività degli operatori, dal loro "*buon senso*", dall'approssimazione delle indicazioni terapeutiche, dalla complessità dei bisogni/problemi per i quali spesso occorrono più interventi in contemporanea (ambulatorio, visite domiciliari, trattamenti farmacologici, ecc).

Il campo di ricerca nella valutazione delle attività terapeutiche e riabilitative in psichiatria implica una certa complessità per i molti fattori che interagiscono tra loro, per citarne alcuni: *l'ampio ambito dei modelli teorici di riferimento, la formazione degli operatori/conduuttori, l'organizzazione dell'istituzione psichiatrica e della cornice operativa, le indicazioni terapeutiche, la tecnica utilizzata e la comprensione dei processi terapeutici specifici, la soggettività, l'ambiente familiare, la terapia farmacologica ecc.* Solo da qualche tempo in questo ambito, si sta cercando di superare la generalizzazione e l'aspecificità che ne hanno finora caratterizzato interventi e procedure.

Le attività terapeutico riabilitative svolte nel Centro Diurno dell'Unità Operativa di Psichiatria n°4 di Rovereto, seppur abbiano una funzione espressiva, non hanno le specifiche caratteristiche psicoterapeutiche nel senso stretto del termine. Esse si avvalgono comunque di quei

specifici *fattori terapeutici gruppali* (secondo la concettualizzazione di I. Yalom) rivolti alla condivisione emotiva, allo scambio e confronto di esperienze, alla comunicazione e disponibilità ad affrontare i problemi causati dal disturbo mentale e permettere *l'apprendimento interpersonale*, lo sviluppo di tecniche di socializzazione, il riconoscimento dello *spazio gruppale* come terapeutico, alla (ri)costruzione di un *senso all'esistenza*.

Nel corso del 2011 l'Unità Operativa di Psichiatria di Rovereto si è svolto un progetto di ricerca rivolto alla valutazione del clima affettivo nei gruppi riabilitativi del Centro Diurno, allo scopo di descrivere i *processi gruppali* e valutare le attività terapeutico riabilitative di gruppo, in una ottica non autoreferenziale. L'approccio utilizzato è stato quello della "*effectiveness research*", comprendendo tutte le variabili presenti nel corso della normale attività clinica, sia per quanto riguarda il modo in cui i trattamenti sono svolti, sia per l'eterogeneità dei problemi dei pazienti. Questo progetto è stato rivolto ad alcuni gruppi espressivi svolti nel Centro Diurno, utilizzando due strumenti di rilevazione:

1) il "*Questionario sul Clima di Gruppo*" di R. Mac Kenzie elaborato e validato per la realtà italiana dal gruppo di ricerca della dott.ssa Anna Costantini (2002).

2) Il "*Life Skills Profile*" che valuta il funzionamento generale del soggetto.

Il questionario prevede la rilevazione generale in varie aree di funzionamento della persona: *Area della cura del sé, Area della "non turbolenza", Area del contatto sociale, Area della comunicatività, Area della responsabilità*. Sarà data particolare attenzione alle aree che indagano e descrivono *la dimensione relazionale ed emotiva del soggetto quali: l'area della comunicatività, l'area del contatto sociale e l'area della "non turbolenza"*. Il questionario è stato compilato con la collaborazione degli operatori conduttori delle attività individuate e sono state effettuate tre valutazioni: all'inizio della ricerca, dopo 3 mesi e al termine della sperimentazione.

L'esperienza descritta in questo lavoro riguarda una specifica attività, chiamata "*Gruppo Giornali*" che nel contesto del Centro Diurno. In generale il Centro Diurno è inserito in una complessità organizzativa dove la centralità della cura non è rivolta alla specificità dei gruppi, quanto piuttosto all'integrazione fra i vari gruppi con il lavoro d'equipe, che conferisce senso alle attività espressive ed è il pensiero gruppale che può garantire il riconoscimento della sofferenza e del percorso del singolo paziente (Nosè 2007). In questo senso si comprende la complessa realtà di un gruppo terapeutico riabilitativo all'interno di un contesto istituzionale. Per questo diventa necessario dotarsi di un punto di osservazione che permetta di descrivere e valutare quali sono gli aspetti che favoriscono i processi gruppali, in un'ottica terapeutica riabilitativa. Il presente lavoro ci ha permesso di riflettere sugli aspetti che orientano in questo senso il lavoro clinico nei gruppi.

Per l'attivazione dei processi gruppali vengono identificati alcuni particolari aspetti:

- a) l'assetto istituzionale;
- b) la cornice operativa;
- c) l'oggetto mediatore;
- d) la relazione dei conduttori con il gruppo dei pazienti;
- e) il clima terapeutico che si viene a creare.

Il Gruppo Giornali.

Il “Gruppo Giornali” è un’attività terapeutica riabilitativa inserita nel contesto del Centro Diurno, che utilizza come *oggetto mediatore* l’articolo di giornale per attivare l’espressione di pensieri, affetti e la comunicazione tra i partecipanti. E’ un *gruppo aperto*, composto da pazienti affetti da disturbi psicotici e gravi disturbi di personalità, che si svolge da molti anni a cadenza settimanale, dura un’ora ed è gestito da due operatori che condividono la responsabilità della conduzione. Nel corso del tempo l’attività si è gradualmente trasformata. Agli inizi, tutti i pazienti che partecipavano a questo gruppo, nella prima parte per la durata di 10 minuti ca., erano invitati a scegliere un articolo tra i quotidiani e le riviste presenti al Centro Diurno e riassumere quanto letto di fronte al gruppo. In questa prima fase la funzione dei conduttori era volta ad attivare genericamente *le funzioni cognitive*, come la memoria e l’attenzione, e fare in modo che il paziente, rivolgendosi alle altre persone presenti, si rendesse comprensibile nella lettura e nell’esposizione. In seguito si è passati a richiedere loro i motivi dell’interesse riguardo alla notizia scelta e a fornire un breve commento. Questo ha permesso l’emergere di un primo confronto di idee e pensieri tra i partecipanti, mediato dai conduttori. Contemporaneamente è cambiata anche la funzione dei conduttori stessi. Si è iniziato a proporre al gruppo dei pazienti *collegamenti e associazioni* tra i pensieri e gli argomenti che man mano emergevano, precisando che queste erano *opinioni personali* e come tali potevano essere discusse. Ciò ha attivato una trasformazione della dimensione *dello stare in gruppo, dei pazienti e dei conduttori con i pazienti*. Così facendo, divenendo maggiore il tempo dedicato al commento e al confronto, quest’ultimo spazio non è stato più sufficiente, affinché a tutti i partecipanti potessero esporre il articolo. Inoltre i partecipanti iniziarono a portare articoli di giornale scelti a casa e non più selezionati solo nello spazio dell’attività. Questo ci ha suggerito l’idea che i partecipanti al gruppo *scegliessero*, e in qualche modo *pensassero* a quale notizia/articolo portare in seno al gruppo. In questo modo *lo scopo* dell’attività non si è più rivolto alla semplice esecuzione di un compito di lettura e riassunto verbale, ma a favorire un nuovo *impegno* da parte del paziente investendo proprie energie psichiche. Sono emersi anche dialoghi spontanei non mediati dai conduttori. In questo senso dalle vicende di cronaca e dal confronto sui primi commenti in gruppo sono apparsi aspetti più personali, come pensieri, affetti ed emozioni. Gli

articoli sono sembrati assumere la caratteristica di *metafora*, di qualcosa che riconduceva a storie ed esperienze individuali. In questo modo la discussione in gruppo dell'articolo ha permesso di far esprimere indirettamente al paziente il proprio mondo interno, le proprie rappresentazioni della realtà e le problematiche riconducibili alla singola vicenda esistenziale, senza sentirsi minacciato o spogliato delle proprie strutture difensive. Così l'osservazione dei conduttori si è rivolta:

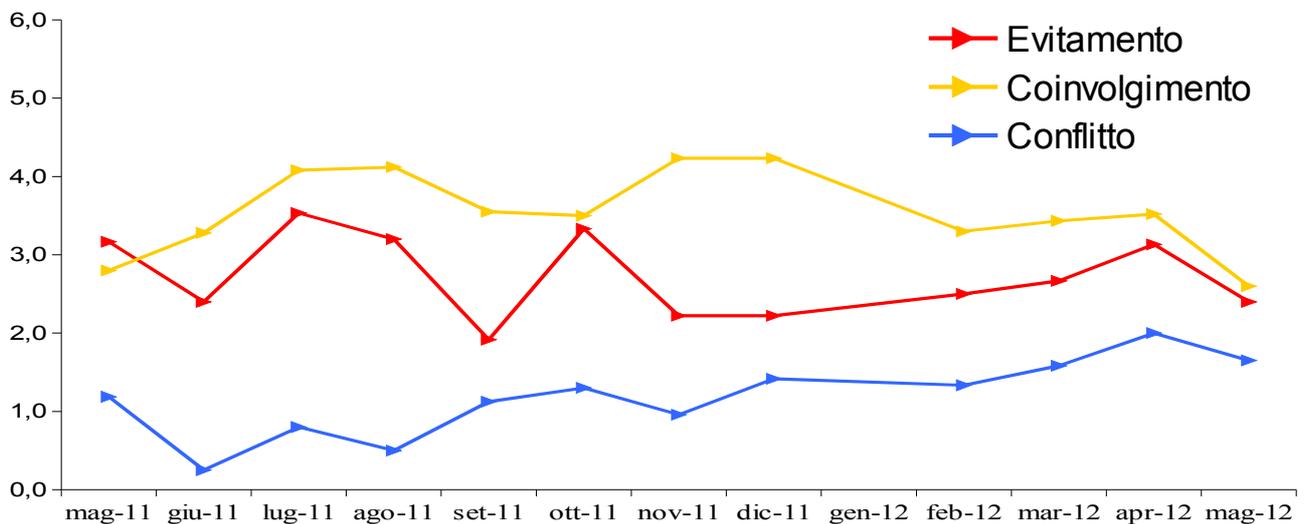
- a) ai contenuti che emergevano dagli articoli e alla loro discussione;
- b) agli aspetti *emotivi* compresi nella vicenda narrata;
- c) alle *modalità di interazione* dei paziente e dei conduttori nel gruppo.

Questi cambiamenti sono avvenuti non senza difficoltà e resistenze da parte dei partecipanti. La nostra attenzione si è rivolta a far in modo che i pazienti accettassero di utilizzare l'*oggetto mediatore*. Le resistenze al cambiamento, che i pazienti più tenaci non hanno mancato di segnalare, sono state oggetto di discussione e confronto in gruppo. Inoltre al termine di ogni singola attività si è strutturato un momento di riflessione e condivisione tra conduttori, della durata di circa mezz'ora, con la stesura di un resoconto scritto. Il confronto ha consentito di affinare la sintonia di lavoro tra gli operatori, che ci pare si sia trasmessa anche al gruppo dei pazienti. A nostro avviso il momento della stesura del verbale è importante, perché le osservazioni, i diversi punti di vista degli operatori, le loro risonanze emotive, le riflessioni, sono materiale fondamentale per accompagnare il gruppo in un graduale cambiamento. E' stato a questo punto della storia del gruppo che è sorta in noi conduttori l'esigenza e la curiosità di confrontarci con dati e informazioni, che non fossero solo "*nostre impressioni*", ma che provenissero in maniera più diretta dai pazienti.

La rilevazione del "Clima affettivo".

Nel periodo tra maggio 2011 e maggio 2012 si è rilevato il *clima affettivo* che si veniva a creare nel corso dell'attività tramite il "*Questionario sul Clima di Gruppo*" di R. Mac Kenzie elaborato e validato per la realtà italiana dal gruppo di ricerca della dott.ssa Anna Costantini (2002). Questo strumento è parso idoneo a misurare in modo valido e attendibile il coinvolgimento dei partecipanti al gruppo terapeutico e il clima terapeutico che s'instaura. Il questionario è stato compilato a cura dei pazienti partecipanti al gruppo a cadenza mensile tra il maggio 2011 e il maggio 2012. Lo strumento consiste in 12 item che possono essere misurati in una scala da 0 a 6 (*0 per niente; 1 molto; 2 in qualche misura; 3 moderatamente; 4 abbastanza; 5 molto; 6 estremamente;*) e contiene 3 aree: ***Coinvolgimento***: indicatore di coesione, di fiducia, di appartenenza di confronto. ***Conflitto***: indicatore di conflitto interpersonale, di rifiuto, di sfiducia, di tensione. ***Evitamento***: indicatore di riluttanza ad affrontare i problemi nel corso della seduta. Nel corso di questo periodo i pazienti si sono mostrati curiosi e a metà del percorso è stato presentato

loro un breve resoconto, che è stato a oggetto di discussione e chiarimento. Ciò è stato fatto anche al termine della rilevazione, *a risultati definitivi*. A maggio 2011 il gruppo giornali era formato da 7 utenti, di questi 6 avevano una frequentazione del gruppo consolidata, mentre uno era inserito da pochi mesi. All'inizio della rilevazione il gruppo era composto da 7 pazienti (5 maschi e due femmine) e nel corso del periodo maggio 2011 maggio 2012 ci sono stati 2 ingressi maschili. La rilevazione riportata nel grafico è riferita ai valori medi di ciascuna area.



I processi di gruppo.

Qui di seguito saranno riportati alcuni episodi che ci sembrano indicativi e che illustrano lo sviluppo dei processi gruppali avvenuti nel periodo tra maggio 2011 e maggio 2012.

Nel corso della seduta riguardante la prima rilevazione, saranno letti due articoli. Il primo articolo letto da P. riporta del rischio di problemi andrologici per gli uomini sopra i 40 anni. Il paziente che propone l'articolo prima della lettura, chiede spiegazioni su chi sia l'andrologo. Dopo la lettura dice che lui *in questo campo* non ha molta esperienza e che comunque avendo 46 anni è a rischio per questo tipo di disturbi. Si coglie come per lui questo argomento sia importante. Egli racconta di ascoltare giornalmente una trasmissione radiofonica che si occupa di incontri e che a questa trasmissione partecipano soprattutto persone sopra i 40 anni. Egli aggiunge che se fosse in grado di usare un PC si iscriverebbe ad una chat-line. P. vive ancora in casa con gli anziani genitori e racconta che non ha *mai visto un bacio tra di loro e pensa che non abbiano una vita sessuale*. Interviene J. di circa 60 anni, che racconta che tra i propri anziani genitori ci siano stati scambi d'affetto e tenerezze anche nell'ultima fase di vita del padre, avvenuta poco tempo prima, e che ciò l'ha molto meravigliata. Un altro utente G., inserito in questa attività da alcune settimane, rimane in silenzio ed interpellato dice che questi *non sono articoli e argomenti da proporre perché molto personali*. La paziente J. è invece di parere contrario, per lei con serenità e attenzione si può parlare anche di questo. La discussione prosegue parlando di esperienze amicali. Un altro paziente A., che è il paziente più giovane del gruppo e che vive una condizione di scarsi contatti sociali e con una

relazione di tipo simbiotico con la madre, racconta che in passato *ha avuto qualche amico, ma che l'ha perso perché ha litigato e ora preferisce non cercarne altri*. G.. a cui è stato assegnato di leggere il secondo articolo, afferma ancora di non sapere cosa dire e non vuole più leggere quanto ha scelto, perché l'argomento del suo articolo, il gioco d'azzardo, *non interessa a nessuno*. In realtà inizia a parlare dell'argomento ancora prima di leggere l'articolo e poi rassicurato dell'interesse del gruppo, inizia la lettura. G.. racconta per la prima volta la sua esperienza di dipendenza dal gioco e l'ambivalente rapporto con l'amministratore di sostegno. Egli raccomanda a tutti di non iniziare a *giocare con le macchinette*. Alla conclusione dell'attività si chiede ad ognuno come ci si è sentiti nel corso di essa. Il paziente A. si dice "*confuso*", G.. inizialmente si dice "*indenne*". La paziente J. invece afferma di *essere stata colpita* dal racconto di G., il quale a sua volta dice essere colpito dal fatto che *non si aspettava questa attenzione* da parte del gruppo.

Questa prima seduta ci sembra caratterizzata da una positiva circolarità del dialogo e scambio di esperienze personali ed emozionali. Ci sembra che risaltino due comportamenti. C'è chi ha già una esperienza *rassicurante* del gruppo e sente di potersi esprimere e parlare di se rivelando alcuni aspetti della propria vita, e chi invece avverte ancora il *timore* di rivelare aspetti di se, ma poi riesce e *sorprendersi* per essersi sentito ascoltato. Questo spazio di confronto sembra caratterizzato da una modalità di comunicazione più su una base associativa di pensieri e affetti che di riflessione ed elaborazione. In questo senso il compito della conduzione è garantire ad ognuno la possibilità di espressione e di confronto.

Nelle settimane successive e per tutto il periodo estivo, la discussione in gruppo è catalizzata da un membro del gruppo, P.G... Egli nel corso di alcune settimane, più volte prende l'iniziativa per parlare lungamente e in maniera ridondante di sé e delle sue difficoltà. Il gruppo definisce questi suoi interventi come *un bisogno di sfogo*. I racconti di P.G. sembrano aver attinenza con il *clima di confidenzialità* che si è instaurato nel gruppo nel corso di questi ultimi incontri, dove emergono racconti, storie, preoccupazioni personali, legati a temi come i sintomi della malattia (allucinazioni e deliri), il problema della solitudine, le difficoltà nei rapporti interpersonali. P.G.. descrive a suo modo, l'ambivalente relazione con il proprio nucleo familiare e dichiara di sentirsi *sepolto vivo* nella casa in cui vive. Il ruolo della conduzione è rivolto a favorire l'espressione e le emozioni che sono vissute e il confronto sui pensieri e affetti che suscita il racconto personale di P.G... Egli appare in difficoltà a ricevere i pensieri, i consigli, le opinioni, i sentimenti che gli altri partecipanti gli rivolgono. Il suo atteggiamento sembra ambivalente, egli esprime la difficoltà ad assumersi anche minime responsabilità per sé, come per esempio prendere i mezzi pubblici per recarsi all'attività puntuale, piuttosto che dipendere dall'accompagnamento dei familiari. Il gruppo appare

sinceramente interessato e si prodiga nel dare sostegno a P.G. esprimendo la propria tristezza per la situazione che egli vive. Il paziente P.G. ha sempre mostrato difficoltà a esporre un articolo di giornale e spesso si è dovuto esortarlo. Nell'incontro di settembre egli riporta una vicenda di cronaca che parla di un anziano vittima di un incidente stradale con la bicicletta, mentre stava attraversando la strada sulle strisce pedonali. L'episodio raccontato in questo articolo sembra divenire una metafora che permette al gruppo di parlare delle proprie esperienze di cambiamento. Per P.G. emergono invece le sue difficoltà, i rischi che il cambiamento comporta, anche se ne avrebbe desiderio. In una sorta di ambivalenza egli afferma, che il cambiamento non dipende da lui, ma dalla famiglia. Il gruppo accoglie ancora *lo sfogo* di P.G.. Da parte di qualcuno ci sono anche delle dichiarazioni di discredito nei confronti dei suoi familiari. Qualcun altro suggerisce l'idea che *se non è lui a cambiare, nessun altro lo può fare al suo posto*, e che per comprendere meglio la situazione, *bisognerebbe sentire la versione dei familiari*.

Nelle settimane successive gli incontri sono sempre più caratterizzati dall'apertura ed esposizione di storie, confidenze personali e vicende familiari, con dialoghi spontanei non mediati dai conduttori. Un momento critico avviene con l'ingresso di un nuovo utente MV. L'ingresso di MV avviene a febbraio 2012 e questa sua entrata suscita nel gruppo una certa apprensione. Nelle prime settimane egli si presenta al gruppo ostentando un atteggiamento aggressivo e provocatorio. Egli riporta racconti legati alla sua carcerazione, all'ostilità nei confronti delle forze pubbliche e dichiara che il suo problema è *di perdere facilmente il controllo di sé e passare subito alle mani*. Inizialmente, questo atteggiamento viene vissuto dal gruppo con una certa preoccupazione e paura. Qualcuno al di fuori della cornice dell'attività riesce a esprimere i propri timori ed inquietudini e lo si invita a parlarne in gruppo nel corso dell'attività. Questo però non avviene immediatamente. Trascorrono alcune settimane nelle quali il gruppo nel suo insieme appare altalenante: a momenti titubante a esprimersi e confrontarsi, tanto da sembrare *deresponsabilizzarsi*, oppure richiamare i conduttori a una gestione più direttiva dell'attività, se non addirittura rivolgere attacchi diretti alla conduzione con silenzi e atteggiamenti di boicottaggio. In altri momenti il clima di gruppo appare vivace e attivo nel confronto interpersonale. L'atteggiamento di MV. appare sempre *"veemente"* e spesso egli *carica* i suoi racconti con aspetti da sbruffone, millantando proprie attività professionali o conoscenze di persone importanti. Non possiamo non notare un sorriso di compiacimento quando egli coglie il clima di tensione che riesce a creare.

In questa fase l'interesse di noi conduttori si rivolge verso diversi aspetti. Innanzitutto decidiamo di *non agire direttamente* le richieste del gruppo, garantendo la cornice operativa dell'attività e mantenendo l'attenzione sull'immediato di quanto accade nel gruppo. Le osservazioni e gli interventi si concentrano su *quel sottile limite tra l'offerta di sostegno*, attraverso una

vicinanza empatica e *il favorire il confronto in gruppo*. Si *riassumono* i diversi punti di vista dei singoli membri, con riferimento agli argomenti che emergono dal gruppo. Si descrivono le diverse *sensibilità emotive*, nel rispetto di quelle che ci sembrano le singole condotte difensive. *Si presidiamo* le associazioni e i collegamenti che emergono tra i vari interventi. Si svolgono *chiarificazioni* e si prova *a mostrare* che la situazione presentata può essere un po' più ampia e complessa rispetto ad una prima impressione. Si cerca *di ricondurre* i temi generali proposti con gli articoli di giornale ad aspetti più concreti, personali e quotidiani. Si *accostano* i vari punti di vista, proponendo di riflettere sul fenomeno causa-effetto per stimolare un *pensiero nuovo*.

L'occasione di affrontare l'inquietudine che serpeggia nel gruppo, suscitata dalla presenza di M.V., è data da un articolo portato dalla paziente J.. L'articolo letto parla *dell'importanza dell'allenamento fisico prima di affrontare le discese con gli sci per evitare incidenti e la proposta che i maestri di sci diventino controllori della sicurezza sulle piste*. Inizialmente il gruppo appare in difficoltà e si ha la sensazione che i singoli non vogliono esporsi per la presenza di MV. Cogliamo l'occasione di estendere il tema dell'articolo proponendo la domanda: *“Che cosa facciamo noi per allenarci ad affrontare le difficoltà nella nostra quotidianità?”*. MV risponde che per lui partecipare a questo gruppo *“è un allenamento alla quotidianità”* e subito dopo ripresenta ancora i suoi racconti nei quali millanta i propri comportamenti impulsivi ed aggressivi, dando la sensazione di voler tenere a distanza il gruppo. Proponiamo al gruppo di esprimere ciò che suscita MV. Le due pazienti J. e AG., che fuori dalla cornice dell'attività avevano espresso i loro timori a riguardo MV., riescono a esprimere la paura che egli suscita. Un altro paziente L. racconta che lui in passato con i propri comportamenti aggressivi teneva lontano le persone. MV. rassicura il gruppo che egli non agirà con comportamenti prepotenti e afferma che *il gruppo gli è utile per lavorare sulla sua aggressività*. Nel corso delle settimane successive il tema e il vissuto della *paura* rimarrà un argomento di fondo nella discussione in gruppo. Si alterneranno momenti di tensione, confusione, atteggiamenti di deresponsabilizzazione e evitamento, con altri di proficuo confronto, attraverso il racconto di esperienze personali e scambi emotivi. Il confronto sul *vissuto soggettivo emotivo della paura* emergerà da articoli che parlano di incidenti stradali o sul lavoro, di eventi naturali come frane e terremoti. Questi temi generali diventeranno accorgimenti per parlare in maniera più personale di quali sono le proprie paure, le proprie difficoltà, di quali sono le risorse a disposizione per poterle affrontare, ma anche del significato della propria partecipazione al gruppo. Interessante ci sembra segnalare il graduale avvicinamento tra MV e il resto del gruppo che porterà proprio MV a definire come *terapeutico* questo gruppo.

L'assetto Istituzionale.

I pazienti *psichiatrici gravi* sono difficili da raggiungere, talvolta sono sovraesposti ad

alcuni aspetti dell'esperienza sensoriale e ne sono sopraffatti. Altri sono isolati per difesa e non sentono più nulla, in una specie di anestesia sensoriale ed emotiva, giungendo tal volta a procurarsi lesioni “*per sentire qualcosa*” (Ferruta 2001). E' il malato stesso, che oppresso e incalzato da angosce di morte o di invalidazione di sue capacità, comprensibilmente le butta addosso a chi lo accudisce: per lui la proiezione massiccia di stati d'animo intollerabili ha innanzitutto una funzione comunicativa, di far conoscere l'entità del suo malessere in modo da favorire interventi terapeutici. (Ferruta 2001). La terapeuticità di un gruppo che si svolge all'interno di una istituzione dipende da quanto riconoscimento questo possiede all'interno dell'istituzione stessa, cioè di una comune cultura della cura, senso di appartenenza e capacità di contenimento emotivo. Il gruppo terapeutico con le sue ricche e complesse dinamiche, costituisce un insostituibile fattore terapeutico quando funziona come un organismo unitario, in cui i singoli componenti operano nella consapevolezza di essere parte di un tutto che come tale si prende cura del paziente. Ciò accade se gli individui sono uniti da un collegamento emotivo: la distruzione di questo e “*la segregazione dei singoli in ruoli ristretti e stereotipati*” (Hinshelwood 1995) ne intacca la qualità terapeutica. (Ferruta 2001).

La cornice operativa.

E' utile riflettere su come l'istituzione viene ad essere rappresentata nella mente del paziente e pensare a quali sono gli aspetti che egli coglie affettivamente. In relazione al tipo di investimento affettivo che il paziente realizza nei confronti dell'istituzione, quest'ultima può funzionare come rinforzo e sostegno o come minaccia e ostacolo a una determinata esperienza di gruppo, che si svolge al suo interno (Correale 2001). Per poter osservare con chiarezza ciò che avviene nell'ambito della relazione terapeutica e le modificazioni che si verificano nel tempo al suo interno, è necessario definire una condizione riproducibile di osservazione nella quale il maggior numero di elementi viene mantenuto costante, in modo da ridurre l'influenza delle variabili ambientali e di contesto sulla vicenda terapeutica reale. Per osservare i fenomeni psichici si rende necessario disporre di un modo, di uno spazio, di un tempo e di un assetto mentale tale che li renda osservabili, sia nel paziente che nel terapeuta (Correale 2001). Più la patologia è grave più diventano importanti gli aspetti che modificano gli assetti temporali degli incontri. L'esperienza di gruppo deve divenire un qualcosa di conosciuto, stabile e affidabile: la durata e la frequenza degli incontri, le eventuali sospensioni, la regolarità degli incontri e degli orari, della stanza, la continuità della presenza fisica dei membri del gruppo sia conduttori che pazienti, l'atteggiamento del conduttore del gruppo.

L'oggetto mediatore.

In campo clinico per *oggetto mediatore* si intende uno strumento che permette al paziente

con difficoltà di espressione diretta mediante la parola, come nel caso di pazienti affetti da gravi disturbi quali psicosi o disturbi di personalità, di esprimere, di dare comunicabilità e far comprendere il proprio mondo interno (*pensieri ed emozioni*) e ricostruire un possibile rapporto con la realtà. La mediazione e i suoi oggetti si situano all'incontro tra realtà esterna e mondo psichico interno del paziente. Il valore degli oggetti mediatori non dipende tanto dalla loro semplice esistenza, quanto dalla modalità di utilizzazione. La possibilità *mediativa* in questi gruppi non è legata alla presenza o meno di oggetti diversi e vari o di tecniche più o meno sofisticate o rigide, bensì alla utilizzazione che può esserne fatta, a partire da quella qualità specifica che è la malleabilità e che permette la creatività. Il *medium* serve da interprete, da trasformatore, da trasmettitore, da simbolizzatore tra realtà psichica e realtà esterna (*Di Marco 2007*).

La conduzione delle attività terapeutico riabilitative e il clima affettivo.

Come recuperare una visione del paziente come fonte attiva di messaggi affettivi e di stimolo, come riconoscergli il carattere di *responsabile* della propria comunicazione? Il *clima affettivo* che si instaura nella relazione tra paziente e operatore è il principale fattore terapeutico che consente al paziente di investire proprie "*risorse psichiche*" per cercare di ricostruire un adeguato rapporto con la realtà, attenuando il ricorso a meccanismi di difesa patologici e comportamenti disfunzionali. Per quanto riguarda la dimensione della "*relazione in gruppo*", un clima affettivo adeguato consente al paziente di sviluppare *una qualità* dei legami interpersonali che mobilita emozioni, identificazioni e processi associativi. In questo senso assume importanza il ruolo e la funzione dei conduttori nella gestione dell'attività terapeutica riabilitativa. Il clima terapeutico è un qualcosa, che spesso sfugge ad una concettualizzazione tecnica, se lo si considera svincolato dalla dimensione relazionale presente nel gruppo, nella quale anche il conduttore è coinvolto. Il fattore, per così dire *tecnico*, può essere compreso solo nel contesto relazionale in cui viene applicato. Il clima affettivo e il processo terapeutico sono l'esito di una serie di aspetti insiti nella struttura della relazione interpersonale. Si tratta quindi di guardare agli elementi, sentimenti, pensieri e comportamenti che caratterizzano la relazione, così sintetizzati nei seguenti punti:

a) Paziente nei confronti della conduzione e del gruppo. L'inclinazione che porta il paziente a esprimere sentimenti e comportamenti che influenzano *la costruzione dell'alleanza terapeutica/coesione di gruppo*: fiducia, rabbia, ritiro emotivo, coinvolgimento confidenza (*introspezione*), dipendenza, interesse (*disponibilità al confronto*), ansia, comportamenti adeguati.

b) Conduttore nei confronti del paziente e del gruppo. La capacità di *gestire* le emozioni percepite nei confronti del paziente; il proprio modo di partecipare alla relazione; gli interventi *tecnici* e il rapporto su come il paziente li utilizza.

Questa consapevolezza richiede all'operatore la capacità di non essere continuamente *attivo* nella relazione con il paziente, ma anche di mettersi nella posizione di imparare, di contribuire alla nascita del sé creativo dell'altro. Si pone il problema di non colludere con la follia, ma insieme di non scivolare per forza sul terreno delle razionalizzazioni mortificanti. Aiutare i pazienti a esprimere in parole le loro emozioni vuol dire anche offrire una possibilità di condivisione con un altro e di costruzione di una propria storia personale (*Ferruta 2001*). E' importante che l'operatore eviti di formulare interpretazioni ma fornisca sostegno ai processi espressivi, elaborativi di confronto e riflessione.

La sospensione del giudizio serve a stabilire delle connessioni all'interno delle comunicazioni del paziente. Il terapeuta dovrebbe sempre domandarsi, se i messaggi inviati dal paziente siano in qualche modo legati a comunicazioni fatte in precedenza dallo stesso, di quale natura sia questo legame e se da tale collegamento emerga una nuova idea, un nuovo scenario, che chiarisca ulteriormente il significato della vicenda terapeutica attuale. E' fondamentale cioè che il terapeuta si disponga verso il paziente con l'intento di cucire insieme le idee, gli affetti, i personaggi, passati e presenti, che emergono dal suo racconto. L'empatia potrebbe essere definita come la capacità di cogliere lo stato affettivo globale dell'altro, di intuire i sentimenti che vive l'altra persona. E' utile che il terapeuta riesca a condividere con gli altri colleghi impressioni e sensazioni riguardo ad un paziente o ad una vicenda particolare che lo riguarda (*Correale 2001*).

Conclusioni.

L'obiettivo generale di questo lavoro è stato quello di *sperimentare* uno strumento che ha consentito ai conduttori di confrontarsi con *il giudizio* dato dai pazienti riguardo a quanto avvenuto nel corso dell'attività. In questo senso, si è raggiunto *un duplice risultato*:

- a) acquisire uno strumento che permette di uscire da un giudizio autoreferenziale;
- b) coinvolgere il paziente nel proprio progetto di cura.

Da una prima valutazione *visiva* dei grafici sembra emergere come l'attività espressiva in esame, sia in grado di stimolare *gli aspetti emotivi e cognitivi soggettivi* del gruppo. La valenza terapeutica agisce sulla rappresentabilità e sull'attribuzione di senso, sulla validazione dell'emotività, sulla condivisione; contrastando la rigidità, l'unilateralità, la fissità delle psicosi e cercando di creare connessioni e ponti tra funzioni diverse (*Morandini 2007*). Il valore del percorso di cura è dato dalla condivisione di esperienze emozionali e umane rese possibili grazie alla cultura specifica che il gruppo ha coltivato, fino a diventare patrimonio condiviso che resterà come ricordo così da poterne fare riferimento per l'accesso ad esperienze nuove, come viatico al cambiamento.

(Mambelli, Fantuzzi, Caroli 2009).

In questi ultimi anni è intenso l'interesse rivolto all'adozione di strumenti che valutino la qualità, l'appropriatezza e la verifica dei risultati degli interventi terapeutici riabilitativi. In questo senso la ricerca si rivolge a fenomeni complessi ed interdipendenti. Basti pensare ai diversi *indicatori di esito* di cui vari attori possono disporre nei confronti dell'attività clinica psichiatrica. Gli utenti cercheranno *il benessere/la salute*; i familiari *essere sollevati dal gravoso carico* che comporta assistere un congiunto che soffre di un grave disturbo psichico; i clinici *la remissione* dei sintomi/disturbi; i dirigenti e gli amministratori delle aziende sanitarie rivolgeranno la loro attenzione *all'efficacia e al contenimento della spesa e dei costi*; la società e l'opinione pubblica nel *essere rassicurata*. Nella letteratura scientifica è segnalato che nelle terapie di gruppo il maggiore predittore di buon esito del trattamento è il legame terapeutico tra terapeuta e paziente (Horvath, Bedi 2002 – in Gullo, Coppola, Lo Verso 2010). In questo senso è importante capire cosa succede in terapia, cosa fa il terapeuta, come risponde il paziente, cosa facilita e/o ostacola l'interazione e come evolve la relazione (Gullo, Coppola, Lo Verso 2010).

A conclusione di questa esperienza ci sembra di poter dire, che la possibilità di sperimentare *strumenti valutativi* nella pratica quotidiana del lavoro clinico, consente *una riflessione critica* su quali sono le reali procedure che si mettono in atto, al di là dei riferimenti teorici dichiarati ai quali ci si ispira. La *verifica empirica* di ciò che produce la pratica clinica quotidiana, aiuta a dare *credibilità* a quel complesso intreccio che costituisce, per ogni operatore e in ogni equipe, l'attività di "cura". Inoltre, consente di presidiare quel sottile e precario equilibrio sul quale si sorregge il lavoro clinico, tra *l'enfatizzazione* degli aspetti legati alla *soggettività* che costituiscono la relazione e *la pretesa di oggettivarli (emozioni, affetti, empatia)*. Intraprendere attività di ricerca volte a valutare gli effetti del lavoro clinico quotidiano, rappresenta una risorsa, sia per il contesto istituzionale, nel dare continuità e vitalità alle attività *espressive di gruppo*, sia nei confronti dei pazienti, nell'avere degli *strumenti oggettivi* che consentono di svolgere riflessioni sul lavoro realizzato. In questo senso si possono pensare i progetti e i cambiamenti, comprendere che le pratiche e le dinamiche possono evolvere, che si può perfezionare la metodologia e rinnovare il contesto operativo di un *gruppo di lavoro*.

Bibliografia

Correale A., Nicoletti V.

“Il gruppo in psichiatria”

Borla editore – 2001

Costantini A.

“Psicoterapie a tempo limitato,

McGraw Hill 2000

Costantini A. et al.

“Questionario sul clima di gruppo: validazione di una misura di processo per le psicoterapie di gruppo”,

Rivista di psichiatria , 2002; 37 (1): 14-19

De Bei F., Colli A., Lingiardi V.

“Decostruire la relazione terapeutica per ricostruirla”. Rivista di Psicologia Clinica n. 1 - 2007

Di Marco G..

“Gruppi a mediazione terapeutica nella pratica istituzionale”,

Riv. Gruppi nella Clinica, nelle Istituzioni, nella Società, Vol. IX 2 maggio – agosto 2007, Franco Angeli editore

Ferruta A.

“Un lavoro terapeutico, l'infermiere in psichiatria”.

Franco Angeli Editore - 2001

Giannone F. et al. (a cura di)

“La psicoterapia e la sua valutazione”,

Franco Angeli Editore 2009

Gullo S., Coppola E., Lo Verso G.

“La valutazione delle psicoterapie: un'introduzione”,

Riv. Gruppi nella Clinica, nelle Istituzioni, nella Società, Vol. XII - gennaio – aprile 2010, Franco Angeli editore

Mambelli M., Fantuzzi M., Caroli L.

“Quali emozioni e relazioni interpersonali si esprimono nel processo gruppale? Valutazione psicometrica quantitativa e qualitativa degli esiti di una psicoterapia di gruppo ambulatoriale a tempo determinato.” Sito internet Psychomedia – 2009

Morandini G..

“Lavorare con i gruppi nelle strutture intermedie” Riv. Gruppi nella Clinica, nelle Istituzioni, nella Società, Vol. IX 2 maggio – agosto 2007, Franco Angeli editore

Nosè F.

Riv. Gruppi nella Clinica, nelle Istituzioni, nella Società, Vol. IX 2 maggio – agosto 2007, Franco Angeli editore

Yalom I.D.

“Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo”, Boringhieri editore 1974