C.A.T.G.
Centro Analisi Terapeutica di Gruppo

Membro dell'I.A.G.P. (International Association of Group Psychotherapy)
Membro dell'E.G.A.T.I.N. (European Group-Analytic Institutions Network)
Membro della C.O.I.R.A.G. (Confederazione delle Organizzazioni Italiane per la Ricerca Analitica sui Gruppi)

SEMINARI MONOGRAFICI 2014

18 Giugno – ore 21

PRIMO SEMINARIO MONOGRAFICO

*Una esperienza di gruppo con pazienti ipovedenti: alcune riflessioni
nell'ottica gruppoanalitica*

Relazione

Ho lavorato per diversi anni nel reparto di ipovisione dell'ospedale oftalmico di Roma . In questo reparto venivano seguiti quei pazienti che in ragione di una grave diminuzione della vista , imposta dal degenerare di una maculopatia o dagli esiti di glaucoma o di altre gravi malattie degli occhi, venivano definiti ipovedenti. Avevano una visione molto limitata che li rendeva , a volte in un tempo molto breve, degli invalidi La principale attività del reparto era di riabilitazione ; progetti di riabilitazione erano mirati ad insegnare ad usare il meglio possibile la parte di retina o di macula ancora integra ,per migliorare la messa a fuoco, l'acuità visiva e restituire così una certa autonomia, anche attraverso l'insegnamento ad usare nel modo migliore degli ausili ottici, che potessero facilitare le attività della vita quotidiana. Progetti che venivano portati avanti in stretta sinergia tra ortottista, ortottica, medico oculista e dallo psicologo. Si era visto infatti che una buona compliance alla cura la facilitava, ne accorciava i tempi, massimizzava i risultati e poteva migliorare la qualità della vita dei pazienti. I pazienti che frequentano il reparto di solito erano abbastanza anziani ; rigidi nelle loro convinzioni ed in generale resistenti alle esperienze che non conoscevano e che per questo erano sentite e li mettevano in condizione di stress. La attività dello psicologo inoltre poteva consentire di intercettare precocemente delle reazioni o dei disturbi di tipo

psichico, reattivi o concomitanti e questo era un altro elemento suscettibile di incidere positivamente sul processo. L'intervento dello psicologo era sia individuale che di gruppo.

In questo spazio cercherò di descrivere alcuni momenti della vita di uno di questi gruppi di sostegno, di fatto il primo gruppo condotto da me in reparto.

Il gruppo si riuniva ogni 15 giorni; la durata stabilita era di 6 incontri (3 mesi circa) ; era composto da 8 pazienti in trattamento presso il centro e; che avevano iniziato il percorso in tempi diversi. L'età media era di 70 anni circa. Il livello culturale abbastanza differenziato . Avevo curato la possibilità di un rispecchiamento almeno duale nelle differenze tra gli individui, questo per arginare l'isolamento e la dispersione. Al gruppo partecipava anche il medico oculista del reparto, che conosceva tutti i pazienti; io ero la conduttrice.

Il senso del gruppo, condiviso con i partecipanti, era quello di un sostegno, un aiuto rispetto alle difficoltà di accettazione della malattia e dunque una buona esperienza nel gruppo avrebbe potuto aiutarli nella riabilitazione. Nel gruppo non c'era un'attività e il compito dei pazienti era quello di parlare delle loro idee e sentimenti di sé, di come vivevano la malattia, dei loro punti di forza e delle loro debolezze, così che potessero emergere le loro convinzioni, le loro posizioni ,i loro sentimenti che nello spazio del gruppo potevano essere discussi, e si poteva esplorare la trasformabilità dei sentimenti e posizioni che causano una sofferenza .

Il gruppo espresse resistenze fin dall'inizio ; nonostante avessero tutti accettato il contratto poi nei fatti cominciarono a portare critiche di senso: noi siamo malati, ipovedenti. Il nostro corpo è malato. Abbiamo bisogno di informazioni, non di parlare tra noi, abbiamo per questo le nostre famiglie!!!!!!!!!!!!!! Ci serve solo l'oculista che ci spieghi al meglio come usare gli ausili o se gli ausili che ho/abbiamo sono quelli giusti per me/noi.....ancora :cosa posso fare?, quali cure, quali nuove frontiere?

L'oculista era disturbata dalla richiesta di 'ripasso' costante ma i pazienti stavano comunque usando il gruppo ed era attivo il livello delle relazioni correnti: ruoli, conoscenze attribuzioni erano in primo piano. Parlavano della mancanza di informazione o anche del fatto che l'informazione sui fatti della malattia faceva fatica ad entrare. Ad un altro livello ognuno pensava che l'altro sapesse di più, avesse ricevuto migliori o più esaustive informazioni, fosse stato trattato come un figlio preferito. Ad un altro

livello c'era un'identificazione reciproca tra i membri, che consentiva un allargamento della sfera dell'IO per cui anche le persone inibite e timide si sentivano rinforzate e riuscivano a parlare , a chiedere. Tra i membri si erano stabiliti anche accenni di relazioni reciproche ,tr laterali,che facevano sentire la similitudine tra le caratteristiche di personalità di un membro con un loro familiare o con se stessi . Cominciavano così ad articolare un discorso proprio, sul modo di vedersi, di prendere le esperienze; su come la loro esperienza di malattia era entrata nella loro vita, su come la stavano prendendo, su come li vedevano gli altri, su quanto si sentivano o non sentivano capiti...cosa potevano fare e stavano facendo.....

Il tono emotivo era di tristezza ,con frequenti punte di lagnanza. A tratti emergeva il compito di lavoro che era la ricerca di un adattamento realistico e fattivo ma ad esso si opponeva , con l'acutizzarsi della tristezza, la sotterranea ricerca di una soluzione di adattamento risolutiva, magica (o l'attesa di una soluzione perfetta che venisse dalla ricerca) e il dilemma rendeva difficile l'apprezzamento dei reali passaggi e superamenti che ognuno realizzava da un lato e dall'altro enfatizzava il ruolo dell'esterno (la ricerca, lo psicologo) a scapito di quanto ognuno poteva fare .

A questo proposito e per meglio illustrare il punto focalizzerò l'attenzione sul caso di una paziente ipovedente che si presentava particolarmente ansiosa e depressa rispetto alla sua condizione e credeva che nessuno potesse aiutarla . Rappresentava in modo forte l'attesa di un intervento 'messianicamente risolutivo' e lo sconforto del presente .

Esprimeva in forma molto teatrale i suoi sentimenti per cui il gruppo oscillava tra temerla , non crederle o darle uno spazio tempo eccessivi. Piangeva sempre, si lamentava, coglieva tutti gli elementi di difficoltà della riabilitazione visiva. Non riusciva ad uscire dal suo livello di comunicazione che era di lagnanza doglianza , isolamento e fatti concreti. La signora tra l'altro non era in grado di fare materialmente gli esercizi di riabilitazione perché piangeva sempre ma di più ne esasperava il non senso con l'assoluta mancanza di speranza che potessero esserle utili a vedere meglio. O tutto tornava perfetto, come era prima o niente...si sarebbe detto ma nessuno lo diceva, era un problema sentito da tutti.

Quando riusciva a parlare raccontava del lutto recente di un fratello e poi si lamentava di avere perduto la sua autonomia con la malattia che l'aveva portata alla ipovisione.

Nel gruppo c'erano anche moti di simpatia nei suoi confronti ma questo non modificava di un millimetro la sua situazione psicologica. La signora ci raccontò poi che **quando era a casa non piangeva** mentre quando era in mezzo agli altri era assalita dalle lacrime.

Gli altri membri avevano interpretato questa informazione dicendole che cercava attenzione, per cui piangere in mezzo alla gente era mostrare/esibire la sua situazione e richiedere/pretendere, l'attenzione di cui aveva bisogno.

In una seduta la lagnanza della signora incontrò una modalità di comunicazione simile alla sua ma più diretta, attraverso la reazione al senso di impotenza che la signora portava e riversava sul gruppo quando diceva che tutto era inutile e che era inutile venire alla riabilitazione, partecipare al gruppo. Le dissero infatti che se era convinta che fosse inutile partecipare, allora non aveva senso che lei venisse al gruppo.

Io come conduttore valutai questo intervento come un tentativo di approfondire il livello della comunicazione e non un attacco o una resistenza per cui tenni a bada la tirocinante psicologa che dava segni di insofferenza e voleva proteggere la paziente. Evitai che ci fosse una protezione alla paziente che non mi appariva giustificata dalla dinamica. Si fece silenzio ed io curai il suo mantenimento. Con questo il gruppo si fermò e anche la signora si fermò e cambiò tono, non più la lagnanza piena di certezza che i rapporti sociali non potevano arrivare a lei ma un tono di richiesta, di bisogno. Cominciai a dire: "io ho bisogno di venire, in gruppo mi trovo bene, ho bisogno di stare con gli altri, mi sento meglio in questa situazione".

In primo piano si palesarono notevoli risorse sia rispetto al controllo dell'aggressività ed alla capacità di gestire l'impulsività davanti alle frustrazioni e sia rispetto alla capacità di trattare i contrasti in modo non autoaggressivo o paranoico.

Si articolò un significato intorno al dilemma: stare nel gruppo perché si deve fare o perché si vuole rimanerci ed anche tra un discorso ideale ed uno reale.

Nella seduta successiva assistemmo alla trasformazione totale della signora: le lacrime erano scomparse, i vestiti erano stati scelti con cura e soprattutto c'erano gli occhiali: da vista e da sole. Tutti gli strumenti cioè che servono ad un ipovedente per vedere il meglio possibile!

L'arricchirsi della comunicazione, il cambiamento (il passaggio dai sintomi alla parola) lo vedemmo poi quando senza troppi fronzoli,

raccontò la sua storia di vita: la morte del fidanzato il giorno prima delle nozze; un evento traumatico che sicuramente accompagnava il suo vissuto : si era riattivato con i lutti recenti e la grave malattia. La signora attraverso la sua esperienza diede consigli al gruppo: fate delle cose pratiche, vi aiuta, “come aiutò me per riprendere a vivere”.

In questa breve esperienza ho cercato di mettere in luce come in un piccolo gruppo di sostegno ci siano stati momenti in cui la comunicazione si è approfondita , rendendo possibile il passaggio dai sintomi alla parola e così consentendo ad una partecipante l’inizio di un cambiamento verso un realistico adattamento alla sua condizione. L’attraversamento di significati ha fatto riemergere affetti dissociati di tipo abbandonico e così ridotto anche le pretese di un Super IO perfezionista, potente e pretenzioso che opprimeva la signora e la confrontava con l’idea che o tutto andava bene, si era perfettamente funzionanti, oppure non rimaneva niente, non si valeva e si era niente.

La signora viveva questa realtà in modo potente sia a livello dei sentimenti che delle reazioni psicofisiche di pianto continuo e lo proiettava sulla cura. Una partecipante funzionò con lo stesso ritmo del Super Io della signora quando le rappresentò il perfezionismo , la sua durezza e l’abbandono quale punizione finale.

In maniera potente , efficiente si è aperta alla paziente una possibilità di attraversamento, che le ha consentito di distanziarsi dalla sua istanza interna persecutoria e dall’attesa di una soluzione magicamente riparatrice pur senza una reale elaborazione in parole.

Potè trattare con la paura della punizione abbandonica in maniera più articolata , più mediata . Il grilletto sembra avere avuto a che fare con il momento in cui potè riconoscere in modo preconcio la distanza e la differenza tra l’ivi ed allora ed il qui ed ora . Come a dire che nel presente quello che lei faceva aveva importanza rispetto alla relazione con se stessa e con gli altri . Non tutto era irriparabile come era stato nel passato!

Si difese dunque in modo più efficiente utilizzando le sue notevoli doti reattive e vitali e le sue capacità di adattamento .

Roma 6.5.2014

Dr.ssa Pasquina Feliziani
Psicologa, gruppoanalista C.A.T.G.
Via A.Emo,35
00136ROMA
06 39734141