



Asociación para el Estudio de Temas Grupales,
Psicosociales e Institucionales

ÁREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES

(ISSN 1886-6530)

www.area3.org.es

Extra Nº5 – Verano 2023

Material presentado en la III Asamblea Internacional de Investigación en torno a la
Concepción Operativa de Grupo, Salvador de Bahía, 8-10 de septiembre de 2022

Cerchi uno spazio di gruppo per le prime crisi psicotiche? Pensare dalla concezione operativa di gruppo¹

Clara Fernández
Violeta Suárez
Antonio Tarí
(Estate 2022)

AINTRODUZIONE

Sulla base delle difficoltà incontrate nel dare continuità ad un gruppo di psicoterapia per pazienti con un primo episodio psicotico, si propone la possibilità di modificare il setting, mescolando giovani pazienti con crisi di vita non psicotiche e pazienti con crisi psicotiche. Comprendere la creazione di un gruppo da una prospettiva più psicosociale e non così focalizzata sulla diagnosi di psicosi.

Diverse domande sorgono in relazione alla fattibilità di un lavoro psicoterapeutico con un gruppo di queste caratteristiche. Cioè ci chiediamo, partendo dalla classica affermazione “Maggiore è l’eterogeneità tra i membri, e maggiore è l’omogeneità nel compito, maggiore è la produttività del gruppo”, quali sarebbero le caratteristiche e i limiti di detta eterogeneità per raggiungere quell’omogeneità del compito che favorisce la produttività del gruppo.

¹Trabajo presentado en Nodo Clínica.

SFONDO

Il gruppo terapeutico è organizzato in una USMC (Community Mental Health Unit) della zona, che serve la quasi totalità della popolazione rurale, con grande dispersione geografica. In quest'ultimo anno viene apportata una modifica al quadro iniziale, al fine di ampliare il numero dei membri, poiché negli ultimi anni non è stato possibile fare un formato di gruppo per mancanza di capacità. (Negli anni precedenti è stato scelto un format più psicoeducativo, senza tener conto dell'obbligo di avere un minimo di 4 membri per svolgere la sessione). La necessità di mantenere uno spazio di gruppo psicoterapeutico significa che includiamo i giovani che non sono nel programma del primo episodio psicotico per poter sostenere questo formato di gruppo.

Nel 2018 è stato avviato un gruppo di psicoterapia con un format di gruppo operativo per la necessità di offrire uno spazio terapeutico di gruppo per i pazienti che hanno presentato un primo episodio psicotico. Il programma si prende cura durante i 5 anni successivi al processo di crisi.

I membri del gruppo hanno alcune caratteristiche in comune come le difficoltà relazionali, la tendenza a isolarsi (posizioni autistiche), la difficoltà a stare con gli altri, a condividere le proprie esperienze e a pensare a se stessi, nonché a prendere il controllo delle proprie vite. La maggior parte potrebbe inizialmente avere poca consapevolezza del disturbo e alcuni sono costretti dalle loro famiglie.

Il lavoro di gruppo facilita il decentramento del ruolo del paziente e ricerca risorse per essere più attivi e protagonisti del proprio percorso terapeutico, facilitandone la maturazione e l'individuazione.

Capiamo che queste persone hanno bisogno di uno spazio e di un tempo in cui la crisi possa essere ascoltata. Il gruppo si mostra così come uno spazio privilegiato di comprensione, contenimento ed elaborazione dello stesso.

In questo spazio c'è la possibilità di ricreare legami e facilitare la comunicazione, combattendo l'isolamento caratteristico di questi pazienti.

Prima della pandemia, ci sono già difficoltà nel sostenere regolarmente il gruppo, a causa della mancanza di partecipazione dei membri. Il programma dei primi episodi prevede la loro partecipazione in un formato di gruppo per 5 anni, ma la maggior parte se ne va dopo 3 anni. Una delle maggiori difficoltà è la dispersione geografica, che rende molto difficile la partecipazione al programma per le famiglie che vivono a più di 50 km di distanza e il cui livello economico non consente loro di viaggiare quindicinalmente.

Poi vengono gli anni della pandemia, il 2020 e il 2021, i gruppi terapeutici non si formano più e diminuisce anche la rilevazione di questi giovani al primo focolaio psicotico. Potremmo analizzare molteplici aspetti della diminuzione del numero dei primi episodi. Dopo il periodo della pandemia, dove la domanda medica è stata limitata e ridotta ai casi di covid o a casi di patologia grave, la popolazione generale ha conservato i sintomi a casa. Pertanto, abbiamo riscontrato patologie che si sono evolute molto nel tempo al pronto soccorso. Qualcosa di simile è successo

con i casi del primo focolaio psicotico, non sono diminuiti nella pandemia, ma sono arrivati più tardi, con una maggiore “durata della psicosi non trattata” DUP (tempo da quando i sintomi psicotici sono iniziati e sono stati trattati). Oltre ad altri fattori che hanno facilitato il rinvio della richiesta di emergenza: il confinamento generalizzato dovuto alla pandemia, ha reso poco evidente che un giovane rimanesse isolato nella sua stanza per giorni; l’aumento dei consumi tossici; la non esposizione al sociale, in generale, faceva sì che non si manifestassero tanti conflitti con l’altro, e il giovane con psicosi restasse solo senza gravi disturbi del comportamento. Non escludiamo che sia possibile che il COVID e il confinamento si siano prodotti nelle famiglie e nell’esperienza sociale a “vulnerabilità condivisa” sotto forma di sentimenti ed esperienze simili a queste presentate da persone con disturbi psicotici: sentimento minacce (la vita e la morte potrebbero essere dietro l’angolo), la paranoia (contaminante o essere contaminato, chiunque può essere un pericolo), persino l’isolamento affettivo distanza dalla realtà.

Il problema con la psicosi è che la difficoltà psicosociale che provoca sorge molto prima dell’esordio formale della psicosi, raggiunge il picco all’inizio della malattia e si attenua in seguito, suggerendo che tale difficoltà è un tratto della psicosi di vecchia data piuttosto che una diretta sequela dei sintomi utilizzati per classificare il disturbo: allucinazioni, deliri e disturbi del pensiero (Agerbo et al., 2004).

Questi sintomi raggiungono il picco all’inizio della malattia ma di solito si risolvono, spesso con l’inizio di farmaci antipsicotici. Tuttavia, è ormai ampiamente riconosciuto che i farmaci antipsicotici hanno scarso impatto positivo sul disagio psicosociale (McGorry et al., 2008), evidenziando che sintomi e funzionamento non sono causalmente correlati e indicando la necessità di approcci terapeutici alternativi come questi spazi di gruppo.

Tuttavia, nella pandemia, nonostante la riduzione dei casi al primo episodio, si è assistito ad un aumento della comparsa di emergenze per i giovani in situazioni di crisi, crisi non psicotiche, ma con alta angoscia e idee di morte. Giovani che, anche prima del parto, hanno iniziato a sviluppare alcune difficoltà psicosociali. Lo stesso confinamento aveva ulteriormente ostacolato il loro processo di sviluppo e individuazione, peggiorando la loro qualità di vita. Questi cambiamenti sociali, questo cambiamento della domanda, sono stati ciò che ci ha portato a rianalizzare l’offerta collettiva del nostro team.

Dopo aver analizzato queste istanze, a fine 2021 si è deciso di far ripartire gli spazi di gruppo e si sono ampliati i criteri di inclusione, passando dall’essere un gruppo di primi episodi psicotici a un gruppo di giovani in situazione di crisi vitale, comprendendo la crisi come situazioni di sofferenza con marcata difficoltà psicosociale, dove è a rischio lo sviluppo dell’identità del giovane.

CRITERIO DI INCLUSIONE

Giovani in pieno sviluppo della propria identità, che hanno presentato una situazione di crisi vitale con gravi problemi di salute mentale. Giovani il cui momento evolutivo dipende dal sociale. Questa situazione rende il trattamento di gruppo uno dei più indicati, poiché consente l’identificazione con i pari e crea uno spazio di contesa, sostegno e accompagnamento.

In un primo momento abbiamo pensato che si trattasse di un gruppo più eterogeneo rispetto al precedente dei primi episodi psicotici in cui si poteva ipotizzare una certa difficoltà nella standardizzazione del compito. Tuttavia, dopo aver supervisionato questo spazio di gruppo, ci siamo resi conto che il problema non è che ci fosse più eterogeneità, ma che tale eterogeneità non impediva l'omogeneità necessaria per costruire un compito. Il gruppo ha funzionato nonostante fosse composto da pazienti con gravi psicosi e nevrosi.

Questi pazienti che componevano il gruppo condividevano alcuni bisogni e difficoltà comuni, che proprio facilitavano il lavoro di gruppo:

- L'esistenza di elementi traumatici.
- Il tipo di allegato.
- La rottura biografica.
- Il livello di costruzione dell'identità frammentata.
- Collegamenti parziali.

Vediamo che i pazienti inclusi in questo spazio di gruppo sono nelle prime fasi di sviluppo di una disabilità psicosociale. Questa situazione può riferirsi al concetto di fase adolescenziale e alla fase iniziale della psicosi. Un "periodo critico" che influenza lo sviluppo o meno di un grave disturbo mentale (Birchwood & Macmillan, 1993; Birchwood et al., 1998).

COMPITO

Ora sì, torniamo all'analisi dei fattori di produttività di gruppo, dove Pichón Riviere afferma che la produttività di un gruppo dipenderà dalla maggiore eterogeneità dei membri e dalla maggiore omogeneità del compito.

Cosa viene a fare ciascuno?

Partiamo dal presupposto che tutti i pazienti hanno attraversato, o stanno attraversando un periodo critico, una crisi. La crisi è un momento di cambiamento, un avvertimento, un emergere. E suggeriamo ai pazienti che siamo qui per pensare e conoscere questo periodo di crisi, come avviene? Perché è utile pensarci?

Il compito proposto sarebbe:

Riflettere e analizzare i sentimenti e i comportamenti che paralizzano o ostacolano l'evoluzione personale di ciascuno dei membri del gruppo. Impara a pensare a ciò che provano e pensano, a come questo influenza le loro azioni e le relazioni con gli altri. Impara nuovi modi di relazionarsi con se stessi e gli altri per avere una vita più soddisfacente e produttiva.

Il lavoro di gruppo ruoterà attorno all'evitare una rottura vitale, alla ripresa o all'avvio di progetti vitali, lavorando sulla separazione e sull'individuazione, partendo dal presupposto che, sebbene avrebbero dovuto già fare questo processo, non aver potuto farlo è probabilmente uno dei disincantamenti. prima della crisi.

CONCLUSIONI

Dopo aver modificato il quadro, abbiamo verificato che questo spazio gruppale ha potuto essere sostenuto con maggiore stabilità, è stata mantenuta la frequenza regolare dei pazienti: si sono registrate meno assenze rispetto agli anni precedenti quando il gruppo era composto solo da pazienti con un primo episodio psicotico.

Attraverso quelli emergenti, si è visto che il gruppo è diventato un luogo in cui si possono lavorare su aspetti del loro processo di vita, quindi possiamo pensare che questa configurazione dei membri del gruppo sia stata più efficace.

Possiamo riflettere sulla difficoltà che i pazienti psicotici possono avere ad impegnarsi nel trattamento, la difficoltà a riconoscersi vulnerabili o bisognosi di aiuto, e il forte stigma e angoscia di essere esposti a spazi di gruppo dove gli altri possono riflettere la propria crisi. . Forse questo quadro, tralasciando la diagnosi e partendo dal momento vitale in cui si trovano i pazienti, ha favorito identificazioni con aspetti meno frammentati, meno psicotici.

Le differenze possono avere a che fare con il livello di fragilità da cui ogni membro parte, con il livello di funzionamento precedente al momento della crisi, e da lì già possiamo intuire una prognosi migliore o peggiore.

Inoltre, il fatto di incorporare pazienti di età simili, in momenti simili della vita, fa sì che i pazienti con un primo focolaio psicotico mantengano qualche speranza di recuperare ciò che era perduto, di essere motivati a lavorare su aspetti di sé in un gruppo, magari in spazi più omogeneo in termini di diagnosi, con altri pazienti con focolai psicotici è più difficile che si manifestino. Possiamo pensare come un'ipotesi che questi spazi spingano maggiormente al recupero e all'identificazione di aspetti salutarì, più estranei al ruolo del malato.

Questa esperienza ci ha interrogato su quanto affermato da R. Klein nel suo libro "Lavoro di gruppo" sulla difficoltà di svolgere gruppi terapeutici che mescolano pazienti psicotici e nevrotici, perché il loro compito è divergente: Divergenza data nel lavoro psichico da svolgere con rispetto alla costituzione del gruppo (sic). Secondo Klein, nel gruppo dei nevrotici si forma rapidamente l'illusione di gruppo, che fa parte del compito di produrre la loro disillusione, mentre la costituzione del gruppo in quanto tale con i pazienti psicotici è quasi compito del gruppo stesso. I pazienti con un primo episodio psicotico incluso avrebbero le stesse caratteristiche psicologiche degli psicotici di cui parlerebbe Klein? Allo stesso modo, i pazienti con nevrosi gravi avrebbero differenze con i nevrotici a cui si riferisce l'autore? In questo caso sembra che queste divergenze non abbiano impedito, ma al contrario, abbiano favorito la possibilità di costruire uno spazio di gruppo.

In questo caso, l'introduzione di pazienti con caratteristica a priori "non psicotica" insieme a pazienti con diagnosi precoce di psicosi hanno consentito e consolidato la costituzione del gruppo, prima tanto difficile.

Ci si interroga sui fattori comuni coinvolti in questo lavoro psichico che hanno favorito un tale processo. L'approfondimento di questa questione resterà per un'altra indagine.

Tuttavia, riteniamo che ci siano alcuni aspetti che avrebbero potuto essere rilevanti:

- Sono pazienti giovani, in processi iniziali di malattia/disagio, con un breve tempo di evoluzione.
- La loro identificazione con il ruolo dei pazienti è meno consolidata.
- Sono più flessibili alla possibilità di introdurre cambiamenti, sono nel mezzo di una crisi vitale, senza strumenti nella nuova situazione che si presenta loro, ma con la motivazione a cercare strategie adattive più sane.

Dopo questa esperienza abbiamo visto che forse l'omogeneità è facilitata dai bisogni e dagli obiettivi che condividono. È stato creato uno spazio di prevenzione transdiagnostica, uno spazio di gruppo che potremmo chiamare "lavoro di frontiera", intendendo il compito come spazio di supporto per la prevenzione della cronicità del proprio disagio psicosociale.

Viene creato uno spazio per affrontare gli aspetti di prevenzione (consapevolezza di comportamenti che possono portare a malattia o disabilità), di promozione (identificazione e valorizzazione dei punti di forza, aspetti salutaris dell'individuo) ed educazione sanitaria (informazioni ed esperienze che consentono di costruire una nuova cultura del recupero che rianima la medicalizzazione abusiva e la «psicofarmacologia»).

Tornando alla nostra esperienza di gruppo, abbiamo osservato che i pazienti con un primo focolaio psicotico, che sono stati inseriti nel programma dei primi episodi, e poi inseriti in questo spazio di gruppo, non si sono identificati tanto con l'etichetta di psicosi, ma con la "giovani", arrivando a pensare con gli altri in gruppo, riflettendo sul momento vitale che stanno attraversando.

Possiamo vedere il gruppo di giovani come un fattore protettivo contro lo stigma, attraverso l'identificazione con gli altri come giovani e non come malati. Questo spazio incoraggia le persone a pensare con gli altri, ad analizzare la situazione di paralisi che è al di là dell'etichetta di malattia mentale, senza effettivamente assegnare una diagnosi. Il programma del primo episodio, infatti, cerca di evitare di diagnosticare il paziente per i 5 anni di durata del programma, favorendo il miglioramento della sua situazione senza porsi limiti o prognosi a breve termine.

Dal punto di vista assistenziale può essere controverso non utilizzare diagnosi cliniche in quegli anni, ma lo spazio gruppal che si crea "gruppo di giovani con difficoltà psicosociali" suggerisce di considerare la psicopatologia dei giovani che cercano aiuto in modo transdiagnostico, invece di "monitorare" le dimensioni della psicosi.

Van Os, invece dell'inefficace approccio medico ad alto rischio, propone una prospettiva di salute pubblica incentrata sul miglioramento dell'accesso a un ambiente poco stigmatizzante e pieno di speranza, su piccola scala e con un linguaggio e interventi adatti ai giovani. Un adolescente che, soggettivamente, pensa di soffrire non deve sviluppare un disturbo mentale, ma l'espressione di tale disagio, in un contesto appropriato, favorisce la guarigione. Per questo lo spazio del gruppo giovanile favorisce la non identificazione con il ruolo del malato e partecipa alla promozione degli aspetti di prevenzione e guarigione.

Il gruppo può essere un fattore protettivo per la salute mentale dei suoi componenti, lo scambio di relazioni basate sul rispetto e sull'accettazione dell'altro è una delle basi per la salute mentale a questa età. Epoche in cui prevale il contatto con l'altro per avanzare verso l'individuazione e la differenziazione con le figure primarie.

Il gruppo diventa una palestra per migliorare il funzionamento psicosociale. Le persone sono autori attivi –protagonisti– del proprio processo di cambiamento. Punta alla rivalutazione della cura nei nuclei esperienziali naturali e nella loro rete sociale. “Un posto nell’arsenale terapeutico” è concesso a un tipo fondamentale di aiuto: quello che può essere fornito da un ambiente accogliente, solidale e affettuoso, sia esso familiare, di amici o di gruppi sociali...” (Tizón)

Il gruppo permette di osservare e analizzare le determinanti sociali e collettive di un problema apparentemente individuale. Consente sia agli utenti che ai professionisti di osservare e analizzare la dimensione sociale della psicopatologia, della disabilità e degli ostacoli alla guarigione. Infatti, studi longitudinali sui primi episodi psicotici hanno dimostrato che la disabilità psicosociale all'esordio della malattia è un forte predittore di disabilità molti anni dopo (Addington et al., 2005; Alvarez-Jimenez et al., 2012; Tandberg et al. al., 2012) e quelli con un esordio precoce della malattia hanno un esito psicosociale peggiore (Hafner e an der Heiden, 1999). La logica di ciò è che gli interventi che prendono di mira il funzionamento psicosociale nelle prime fasi della psicosi offrono la possibilità di prevenire la disabilità psicosociale a lungo termine.

Come nuovi obiettivi ci siamo posti la ricerca di criteri di inclusione per formare gruppi di giovani, in relazione a questa difficoltà di funzionamento psicosociale. Questo aspetto dovrebbe essere un obiettivo importante dell'intervento, indipendentemente dalla sua associazione diagnostica. Gli attuali approcci di intervento precoce incentrati sui sintomi nella psicosi non sembrano influenzare la disabilità psicosociale e pertanto devono essere riconsiderati. È necessario un approccio di intervento precoce che affronti la difficoltà psicosociale per garantire che questo problema non diventi cronico. Inoltre, esiste una finestra di opportunità per fornire interventi ad ampio spettro ai giovani a rischio psicosociale, per ridurre lo svantaggio sociale e l'emarginazione e potenzialmente ridurre il numero di persone che sviluppano psicosi formale.

Sono necessari più spazi di ricerca di gruppo per continuare a rispondere alle domande sulla produttività di gruppo nei pazienti con un primo episodio psicotico. Ci rimangono alcune domande come:

- L'intervento di gruppo nelle prime fasi della psicosi beneficia di uno spazio in cui il denominatore comune è la fase vitale, piuttosto che la diagnosi di psicosi?
- L'efficacia dei gruppi di primi episodi psicotici è diminuita quando sono gruppi omogenei di psicosi?
- La prevenzione precoce può aiutare a sbloccare più parti nevrotiche della personalità dei pazienti con un primo focolaio psicotico?
- Come poter lavorare presto con gli aspetti più simbiotici, sincretici che non hanno ancora invaso la personalità del soggetto?
- L'approccio transdiagnostico è più efficace per il recupero psicosociale?

Bibliografía

- Ceverino, A. *Salud mental y terapia grupal*. Grupo 5.
- Guimón, J. *Manual de Terapia de Grupo*.
- Hernández, Mariano; Irazábal, Emilio;. *Experiencias terapéuticas grupales*. Grupo 5.
- Klein, R. *Coordinación, clínica y formación*. Buenos Aires.
- Klein, R. (2009). *El trabajo Grupal*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Rivière, E. P. (1971). *El Proceso Grupal*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Vázquez, E., & Felipe, V. d. (2021). Psicoterapia grupal operativa psicoanalítica para pacientes TMG en una Unidad de Salud mental de adultos. *Area 3* (25).