

Reflections on the role of “Group Skin-Ego” with psoriatic patients: An experience of limited-time group psychotherapy .

*Antonella Demma**, *Erica Picano***, *Patrizio Sedona****, *Ivan Ambrosiano*****, *Chiara Nicolini******,
*Mara Maccarone******

Abstract

Psoriasis is a chronic and debilitating skin disease in which patient care should include not only the treatment of epidemic damaged area but also a psychological support. We analyzed the dynamics, evolution and outcomes of a small homogeneous, dynamic and relational group, for patients with psoriasis. For the study of developments in climate of the group, in management of emotions and in quality of life were used, respectively: the Group Climate Questionnaire (GCQ), the Emotional Regulation Questionnaire (ERQ) and the Quality of Life Index (DLQI). The sample of participants in group meetings, compared to control, reported an improvement in both quality of life and ability to express emotions. In addition, the analysis of group dynamics report, highlights the continuing meetings, an increase of cohesion and a decrease of avoidance among group members, with the emergence of individual identity, including but not confined only to the condition of "sick".

Keywords: group psychotherapy, psoriasis, effectiveness, emotions, quality of life.

* Psicologo, Psicoterapeuta

* Medico Dermatologo, Unità Operativa di Dermatologia O. C. R. SS. Giovanni e Paolo di Venezia, Ulss 12 Veneziana

** Medico Dermatologo, Presidente A.D.O.I. Associazione Dermatologi Ospedalieri Italiani

* *** Ivan Ambrosiano, Psicologo, Psicoterapeuta, Gruppoanalista, Socio AS.VE.GR.A. e CO.I.R.A.G.

* **** Chiara Nicolini, Psicoterapeuta, Membro associato Società Italiana Psicoterapia Psicoanalitica

***** Mara Maccarone, Presidente A. DI. PSO. (Associazione per la difesa del paziente psoriasico), Presidente Pan European Psoriasis Organization Forum, Membro E.P.F. (European Patients' Forum)

Riflessioni sul ruolo dell' Io pelle gruppale con pazienti affetti da psoriasi: Un'esperienza di psicoterapia di gruppo a tempo limitato.

*Antonella Demma**, *Erica Picano***, *Patrizio Sedona****, *Ivan Ambrosiano*****, *Chiara Nicolini******,
*Mara Maccarone******

Abstract

La psoriasi è una malattia della pelle cronica ed invalidante per la quale la cura del paziente dovrebbe includere non solo il trattamento della superficie epidemica danneggiata ma anche un supporto di tipo psicologico. Si sono analizzate dinamiche, andamento ed esiti di un piccolo gruppo omogeneo per patologia ad indirizzo dinamico relazionale, riservato a pazienti affetti da psoriasi; per lo studio dell'andamento del clima di gruppo, della gestione delle emozioni e della qualità di vita si sono usati rispettivamente: il Questionario sul Clima di Gruppo (GCQ), l'Emotional Regulation Questionnaire (ERQ) ed il Quality of Life Index (DLQI). Il campione di soggetti partecipanti agli incontri di gruppo, rispetto ad un campione di controllo, riporta un miglioramento sia nella qualità della vita che nella capacità di esprimere emozioni. Inoltre, l'analisi delle dinamiche di gruppo evidenzia, con il proseguire degli incontri, un aumento della Coesione ed una diminuzione dell'Evitamento tra i membri del gruppo, con l'emersione delle singole identità che comprendono, ma non si riducono più alla sola condizione di "malato".

Parole chiave: Psicoterapia di gruppo, psoriasi, efficacia, emozioni, qualità di vita.

* Psicologo, Psicoterapeuta

* Medico Dermatologo, Unità Operativa di Dermatologia O. C. R. SS. Giovanni e Paolo di Venezia, Ulss 12 Veneziana

** Medico Dermatologo, Presidente A.D.O.I. Associazione Dermatologi Ospedalieri Italiani

* *** Ivan Ambrosiano, Psicologo, Psicoterapeuta, Gruppoanalista, Socio AS.VE.GR.A. e CO.I.R.A.G.

* **** Chiara Nicolini, Psicoterapeuta, Membro associato Società Italiana Psicoterapia Psicoanalitica

***** Mara Maccarone, Presidente A. DI. PSO. (Associazione per la difesa del paziente psoriasico), Presidente Pan European Psoriasis Organization Forum, Membro E.P.F. (European Patients' Forum)

La cornice

Il presente contributo nasce con la finalità di promuovere uno spazio di riflessione sull'utilizzo del gruppo omogeneo per patologie fisiche croniche ed invalidanti come la psoriasi. In particolare la nostra esperienza nasce dalla collaborazione tra due differenti realtà: l'Unità Operativa di Dermatologia dell'Ospedale San Giovanni e Paolo di Venezia e l' A. DI. PSO., Associazione per la difesa del Paziente Psoriasico. Nella moderna pratica medica- dermatologica- l'uso di medicinali sempre più all'avanguardia e capaci di favorire la remissione della patologia, l'obbligo del rispetto di una tempistica (10 minuti) per ogni singola visita e protocolli standardizzati, possono finire per alimentare un'ottica oggettivizzante e riduzionistica del paziente psoriasico, parcellizzato e considerato solo in quanto “superficie epidermica danneggiata”- da qui indici come il PASI¹- e non alla luce del significato individuale che la malattia assume nella vita della persona. Nei pazienti psoriasici infatti numerose ricerche (Consoli, 2004) sottolineano presenza di umore depressivo e manifestazioni ansiose indipendenti dall'estensione o dalla gravità della patologia psoriasica stessa ed inoltre, la percentuale di una reale ideazione suicidaria rilevata negli psoriasici (7,2 %) e nei soggetti affetti da acne (5,6 %) è più elevata di quella rinvenuta in persone affette da altre patologie somatiche reputate più gravi (Consoli, 2004). Altresì, è lecito pensare che un approccio focalizzato sulla sola sfera organica della patologia possa rappresentare la conseguenza di una “dinamica difensiva dell'équipe curante” (Caneparo, 2010); l'oggettivazione del paziente diventa quindi strumento per prendere le distanze da un coinvolgimento emotivo rispetto alla malattia ed all'angoscia che essa evoca. Alla luce di quanto detto, risulta quindi fondamentale comprendere- al di là della manifestazione somatica- il “luogo” occupato dalla patologia psoriasica nella storia di vita del paziente, il quale osservato da questo punto di vista diviene “persona” e non solo sintomo. La cornice teorica alla quale facciamo riferimento è quindi quella dell'ascolto psicologico, rivolto al paziente psoriasico, non come qualcosa di isolato e distinto dalle altre componenti (mediche, assistenziali) ma come parte di un continuum che va dalla sfera somatica a quella psichica e viceversa.

Il paziente psoriasico: aspetti psicologici

La Psoriasi è una patologia cutanea caratterizzata dalla comparsa di chiazze arrossate e desquamanti (eritematodesquamative), con un decorso cronico e recidivante. In Italia, secondo lo studio Praktis², la psoriasi colpisce circa il 2.7% della popolazione adulta e vede la sua prima comparsa entro i 39 anni di età nel 59% dei casi con un picco tra i 20 ed i 39 anni; ad esserne colpito maggiormente è il sesso femminile (2.9%) rispetto a quello maschile (2.5%). Si annoverano diverse varianti cliniche della malattia:

- forme circoscritte a determinate aree del corpo (gomiti, ginocchia, dorso e cuoio capelluto);
- forme che interessano la quasi totalità della superficie corporea andando in molti casi a colpire

1 PASI (Psoriasis Area Severity Index) è un indice utilizzato in dermatologia per valutare la gravità della psoriasi e valutarne la progressione nel tempo e/o l'efficacia dei trattamenti effettuati.

2 Ricerca condotta dal Centro Studi GISED in collaborazione con la DOXA e con il Laboratorio di Epidemiologia Generale dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri.

anche le articolazioni (eritrodermia desquamativa/ psoriasi artropatica).

Numerosi studi (Bassi, Moretto, Carraro, & Lis, 1982; Idriss, Kvedar, & Watson, 2009; Janowski & Pietrzak, 2008) collocano la genesi della patologia psoriasica sia in fattori di natura genetica (circa il 30% dei soggetti affetti da psoriasi ha una storia familiare di malattia nei parenti di primo grado) sia in aspetti di natura psicologica che sembrano essere coinvolti nell'eziologia e nell'andamento della patologia. Bassi (1996, 2006) annovera la psoriasi nell'ambito delle "psicodermatosi pure" e numerosi altri studi ci descrivono il paziente psoriasico come un soggetto caratterizzato da un Io molto fragile, notevoli difficoltà nella vita affettiva ed emotiva (Nadalini et al., 1999; Kilic, Gulec, Gul, & Gulec, 2008) ipercontrollo e scarsa capacità di rappresentazione e simbolizzazione con prevalenza del pensiero operatorio su quello astratto (Savron, Montanaro, Landi, & Bartolucci, 2001). Tali caratteristiche di natura psicologica legate alla patologia sembrano giocare un ruolo preminente soprattutto in concomitanza con eventi di natura "stressante", ai quali l'affezione psoriasica sembra essere legata. Molti studi (Fava, Perini, Santonastaso, & Veller Fornasa, 1980; Magin, Adams, Heading, Pond, & Smith, 2009) infatti, senza tralasciare l'aspetto organico legato alla patologia, hanno sottolineato il ruolo che determinati fattori di natura stressante giocano sia nell'esordio che nell'aggravamento della manifestazione psoriasica. In particolare, sia lo studio effettuato da Manolache, Petrescu- Seceleanu e Benca (2010), che quello di Nadalini et al. (1999) hanno evidenziato la presenza di eventi stressanti precedenti l'esordio della patologia psoriasica nel 54% e nel 90% dei casi presi in esame. La ricerca effettuata da Nadalini et al. (1999) sottolinea come tali eventi, nel campione oggetto di studio, risultino significativi sia all'esordio della patologia che in recidiva.

Nello specifico si sono individuati raggruppamenti caratteristici di eventi secondo tipologie di stress:

- eventi di separazione e distacco (decesso, svincolo, autonomia, grave crisi sentimentale e/o coniugale) nel 62% dei casi soprattutto all'esordio;
- eventi che interessano la sicurezza o l'autostima (problemi economici, cambiamenti lavorativi: licenziamento, pensionamento), soprattutto in recidiva.

La comparsa della patologia è circoscritta in un arco temporale che va dai 15 giorni ai 6 mesi (nella maggior parte dei casi) dall'evento stressante; il tempo è tendenzialmente più dilatato in soggetti con familiarità positiva (Nadalini et al., 1999). Si ipotizza, da un punto di vista psicodinamico, che questa stretta relazione tra eventi stressanti e manifestazione psoriasica potrebbe essere legata all'incapacità da parte dell'Io di questi soggetti a metabolizzare ad un livello fantasmatico proprio quel carico di angoscia, frustrazione ed aggressività che tali eventi elicitano, trovando nella manifestazione psoriasica una risoluzione fittizia e supportata da meccanismi psicologici dispendiosi ed arcaici come la conversione fisiologica e l'isolamento. Altrettanto degne di nota sono le ricadute che la patologia psoriasica ha sulla "qualità di vita" dei soggetti che ne sono affetti.

Le ricerche in tale ambito hanno infatti evidenziato:

presenza di asocialità ed ansia legata ai rapporti umani (Marty, De M'Uzan, & David, 1963; Bassi, Moretto, Carraro, & Lis, 1982) con repressione di aggressività ed evitamento dei conflitti;

vissuto di stigmatizzazione (Basra, Chowdhury, Smith, Freemantle, & Piguet, 2011; Schmid-Ott, Schallmayers, & Calliess, 2007; Sigal & Consoli, 2004), sentimento che i soggetti affetti da psoriasi vivono indipendentemente dalle caratteristiche cliniche della patologia (visibilità delle lesioni o estensione). Esso risulta essere legato ad una preesistente fragilità narcisistica che porterà il soggetto psoriasico ad essere sensibile allo sguardo della gente impegnandolo nella costante ricerca di approvazione da parte degli altri; diminuzione dell'autostima, legata spesso all'impossibilità a causa delle lesioni psoriasiche a svolgere compiti quotidiani come maneggiare oggetti, stringere una mano o lavorare, con conseguente maggiore vulnerabilità a manifestazioni ansiose e depressive (Consoli, 2004-2005).

Alla luce di quanto illustrato, la psoriasi si presenta dunque come una patologia nella quale l'aspetto organico e quello psicologico risultano essere fortemente connessi e, a tal proposito, numerose ricerche sottolineano la necessità di un approccio "integrato" alla patologia che comprenda, oltre alla cura della superficie cutanea danneggiata dalla psoriasi, un supporto di tipo psicologico al paziente

255

Rivista di Psicologia Clinica n°1-2014

Demma, A., Picano, E., Sedona, P., Ambrosiano, I., Nicolini, C. & Maccarone, M. (2014).

Riflessioni sul ruolo dell'Io pelle gruppale con pazienti affetti da psoriasi: Un'esperienza di psicoterapia di gruppo a tempo limitato [Reflections on the role of "Group Skin-Ego" with psoriatic patients: An experience of limited- time group psychotherapy]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 252-265. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

(Amatya & Nordlind, 2008; Janowski & Pietrzak, 2008).

Nascita del gruppo, setting e modello operativo

Presso l'Unità Operativa di Dermatologia dell'Ospedale San Giovanni e Paolo di Venezia è già presente da tre anni uno Spazio di Ascolto che offre supporto psicologico ad orientamento psicodinamico rivolto a pazienti affetti da psoriasi. Nonostante il buon riscontro che l'iniziativa riscuote tra i pazienti, con il passare del tempo come équipe curante ci si è chiesti se fornire solo un ascolto di natura individuale- seppur fondamentale- non fosse riduttivo. In particolare, le nostre riflessioni si sono orientate sulla possibilità di offrire al paziente psoriasico uno spazio nel quale non solo rendere “pensabile” la malattia ma anche poter uscire da quell'alone stigmatizzante che la patologia psoriasica porta con sé. Dovendo pensare ad un apparato ad orientamento analitico, si è deciso di adottare la formula del piccolo gruppo omogeneo per patologia, chiuso, a termine e ad indirizzo dinamico-relazionale focalizzato sull'elaborazione dei vissuti affettivi legati alla malattia. In particolare, la scelta di un indirizzo dinamico- relazionale è stata dettata dagli obiettivi che sin dal principio ci si è proposti: favorire l'accettazione della malattia, il recupero delle relazioni interpersonali, il miglioramento della qualità di vita e la nascita lenta e graduale del contatto con le proprie emozioni (Ustica, 2002). Il gruppo si configura infatti come un ambiente neutrale, un contenitore di esperienze, stati d'animo e considerazioni, all'interno del quale i pazienti possono scoprire di non essere “soli” o meglio, “i soli” ad aver provato, pensato e vissuto determinate problematiche, con conseguenti ripercussioni positive dal punto di vista psicologico (Di Maria & Lo Verso, 2002). All'interno della dimensione gruppale infatti, il senso di isolamento dal mondo esterno che spesso accompagna i pazienti psoriasici può essere dissolto e sostituito da aspetti di natura relazionale-supportiva i quali favoriscono l'emergere di nuove chiavi di lettura e nuovi vissuti. Anche la scelta di lavorare con un piccolo gruppo- dai 7 ai 10 partecipanti- chiuso e a termine è stata dettata dalle finalità alle quali gli incontri sono destinati. Un piccolo gruppo chiuso e a termine attiva infatti una rete affettiva e relazionale “forte” mettendo in gioco fattori terapeutici psico-sociali riguardanti l'universalizzazione del problema, l'informazione, il supporto interpersonale, l'altruismo e la coesione gruppale, “senza che si crei una profonda matrice gruppale inconscia e senza che si attivino fenomeni transferali visibili” (Ustica, 2002, p. 47). Inoltre, il limite temporale e la cadenza quindicinale degli incontri favoriscono sia l'aumento del ritmo di lavoro (MacKenzie, 1995) sia la fuoriuscita da fasi troppo prolungate di fusionalità proprie dei gruppi omogenei (Corbella, 2003). Riflessioni a parte meritano la scelta del “luogo” destinato al gruppo e la natura della conduzione. Per quanto concerne il primo degli aspetti, esso è stato ragione di numerosi momenti di confronto consci del fatto che non si aveva solo a che fare con un luogo fisico nel quale svolgere il gruppo ma anche e soprattutto con un fattore dall'importante valenza simbolica. Realizzare gli incontri all'interno dei locali dell'Ospedale avrebbe coadiuvato tra i membri del gruppo dinamiche difensive favorevoli l'aspetto sintomatologico a discapito degli aspetti emotivi legati alla patologia? Avrebbe significato sottolineare la loro stigmatizzante condizione di “malati”? Queste sono solo alcune delle riflessioni che alla fine hanno orientato la scelta su uno spazio esterno (locale appartenente alla municipalità); un luogo che potremmo definire “neutro” ma allo stesso tempo garante di privacy e costanza. Infine, la conduzione del gruppo ha rappresentato un altro aspetto cardine della nostra riflessione. Si è deciso di adottare il modello di conduzione effettuata in coterapia tra psicoterapeuta ed “esperto d'organo” (Fasolo, 2009); tale modalità, rispettosa delle reciproche competenze ma non vincolante, favorisce a nostro avviso l'integrazione non solo sul piano concreto ma soprattutto simbolico dei due aspetti, somatico e psichico, che caratterizzano la patologia psoriasica.

Il gruppo: emersione dei temi e dinamiche.

L'esperienza riportata fa riferimento agli incontri di gruppo iniziati nel mese di Ottobre 2011 e proseguiti a cadenza quindicinale fino al mese di Aprile 2012 (secondo il modello operativo sopra

descritto). La conduzione del gruppo era affidata ad una Psicoterapeuta ad orientamento Psicoanalitico e a due Dermatologi– tra cui il Direttore dell'Unità Operativa di Dermatologia dell'Ospedale San Giovanni e Paolo di Venezia- supervisionati da uno Psicoterapeuta Gruppoanalista. Il gruppo era formato da 10 pazienti, 6 donne e 4 uomini, affetti da psoriasi e appartenenti a “generazioni differenti” (Fasolo, 2009): qualcuno proveniente da passate esperienze di gruppo, qualcun altro già fruitore dello Spazio d'Ascolto ed anche alcuni appartenenti al canale Associativo (ADIPSO). I partecipanti sono stati selezionati con un colloquio iniziale che oltre ad essere esplicativo circa le finalità del gruppo ne andava ad indagare la motivazione alla partecipazione e l'assenza di eventuali sintomi di disagio psichico strutturato; il colloquio è stato effettuato dalla Psicoterapeuta conduttrice del gruppo. Per quanto concerne invece le variabili relative all'età anagrafica ed allo stadio di malattia, si è scelto di muoversi trasversalmente rispecchiando in un certo senso i “tempi e le modalità” con le quali la patologia psoriasica colpisce; il gruppo era infatti formato da pazienti di età compresa tra i 35 ed i 65 anni con manifestazioni cliniche che andavano da forme di psoriasi lieve a forme più gravi ed invalidanti (psoriasi artropatica). Nei primi incontri si è assistito a quello che Caneparo (2010) definisce “ la danza rituale di presentazione che transita attraverso il corpo ammalato ” la quale da un lato esprime un assetto difensivo rispetto alle ansie legate all'idea di entrare in un gruppo- assetto dal quale neanche i “veterani” sono esenti- dall'altro manifesta una sorta di diffidenza rispetto al percorso che si andrà ad intraprendere ed all'impegno emotivo che esso richiederà. Ad esempio il Signor M., alla sua prima esperienza, nel presentarsi al gruppo esordisce dicendo *che non sa come è che funziona questo corso; si è chiesto se portare o no un blocchetto per prendere appunti. A lui la psoriasi è venuta sui gomiti e sulle ginocchia e dopo vari tentativi con creme cortisoniche dai risultati deludenti è approdato a Venezia dal Dottor S., che con le lampade l' ha pulito....ora (mostrando le mani) ha solo un pochetto di psoriasi sulle unghie e sui gomiti (tirando su la camicia).* Il paziente quindi presenta al gruppo il suo corpo, sia baluardo di difesa che testimone di un destino che lo accomuna agli altri componenti del gruppo. Alla luce di quanto detto non sorprende il fatto che soprattutto nei primi incontri i pazienti sottopongano all'esperto d'organo numerose domande sulla patologia psoriasica e soprattutto sui trattamenti. Crediamo che la presenza dei due esperti d'organo abbia promosso e facilitato la discussione informata sulla malattia soprattutto nei suoi risvolti di natura medica, senza però tralasciare l'aspetto personale e relazionale. Gli incontri di gruppo hanno costituito infatti una buona cornice all'interno della quale sia i pazienti che i clinici specialisti in dermatologia hanno potuto sperimentare una nuova modalità comunicativo-relazionale basata sull'ascolto reciproco a più livelli, fonte di arricchimento per entrambe le parti. Una paziente a tal proposito scrive nell'ultima delle narrative (vedi Metodologia): *“mi è piaciuto in particolare l'intervento della Dott.ssa P. che ha testimoniato l'importanza da un punto di vista professionale che il gruppo le ha dato e che ha dato a noi”.* Nei primi incontri i pazienti si sono altresì molto interrogati sulle cause della malattia innescando modalità operative relative alla dinamica “causa-effetto” sorrette dal ricorso massiccio a meccanismi quali negazione e razionalizzazione. Il Signor A. alla sua seconda esperienza di gruppo, si presenta dicendo che lui... *non sa perchè la psoriasi gli è venuta fuori.. lui non ha mai subito stress nè dispiaceri... ha una vita, una famiglia ed un buon lavoro che lo appaga e lo gratifica... in passato ha sofferto molto, aveva l' artrite ... oggi invece con una “punturina” è passato tutto e lui la psoriasi si dimentica di averla... non ha avuto traumi.. nè altri casi in famiglia.. quindi non si spiega il perchè gli sia venuta fuori....* tranne poi dichiarare in un incontro successivo che non si sente mai “sereno”. Il compito dei conduttori è stato infatti quello di aiutare e supportare i pazienti, nel rispetto delle difese messe in campo, a compiere per quanto loro possibile un processo di svelamento delle loro paure ed angosce direttamente od indirettamente legate alla patologia. E' emersa a tal proposito nel corso degli incontri la differenza tra “essere malati” ed il “sentirsi malati” con vissuti di frustrazione legati soprattutto al mancato riconoscimento della loro sofferenza interiore; il sintomo da solo “segno” esterno assume ora una dimensione di “significato” ricondotto all'interiorità della persona. Il Signor P., alla sua terza esperienza di gruppo, frustrato per il mancato riconoscimento della sua condizione da parte dell'ambiente lavorativo sbotta: *“loro mi dicono che ora sono in piedi, l' artrite è passata.. posso lavorare, secondo loro.. ma io mi sento male... esteriormente non sto male, ma mi sento male...”.* Si è notato come man mano che i pazienti percepivano il gruppo come un “luogo sicuro” essi riuscivano a

portarvi all'interno la loro emotività, anche nei suoi aspetti più “pericolosi”. Il Signor F., dopo un ricovero vissuto negativamente, appare in gruppo piuttosto agitato e riesce ad esprimere tutta la sua rabbia e la paura per il futuro. Il gruppo accoglie tali tematiche, e le fa proprie tramite il meccanismo della risonanza (Pines, 2002) che permette agli affetti di tornare a circolare. Man mano la malattia è lasciata sullo sfondo, i partecipanti abbandonano la loro identità di psoriasici e divengono persone. La Signora V. dice di dover raccontare al gruppo una situazione che la “*occupa molto nella testa*”; nel dirlo il suo volto diventa paonazzo. I partecipanti al gruppo ascoltano in silenzio il racconto angosciante fatto dalla paziente- che nel pomeriggio aveva dovuto supportare una sua amica nel ricevere una diagnosi infausta- e con un'affettività viva e sentita, facendo riferimento anche ad esperienze personali, la invitano a “*proteggerci*”. La Signora si dice molto sollevata perchè ha potuto condividere con il gruppo qualcosa che avrebbe dovuto altrimenti tenere per sè: “*avevo mal di stomaco prima di arrivare qui.....*”. Nell'incontro successivo, comunica al gruppo di essere riuscita a “*proteggerci*”: è stata in grado di dire alla sua amica che non se la sentiva di accompagnarla; “*in passato avrei detto sempre sì e poi sarei stata male...*”. Il Signor Z. parla dei suoi problemi con il fratello e delle sue preoccupazioni per il figlio; si sfocia in discorsi politici, la tensione diventa palpabile. Emergono le “*persone*” con i loro credo, le loro convinzioni; il gruppo si “*smuove*” ma non si sfalda anche se, da parte dei conduttori aleggiano nella mente fantasie relative a risse e liti. All'ottava seduta di gruppo, si affronta il tema del suicidio; con grande sorpresa da parte nostra ciascun paziente ne ha fatto esperienza diretta attraverso una persona cara. L'aria nel gruppo diviene pesante; ciò che soprattutto la Psicoterapeuta vive con estrema difficoltà è la richiesta di una spiegazione razionale da parte dei componenti del gruppo. La situazione viene sbloccata dall'affetto nominato: uno dei co- conduttori condivide con il gruppo il suo stato di “*angoscia*”; a posteriori questo intervento ci riporta alla mente la questione della trasparenza (Yalom & Leszcz, 2005) come strumento utile a facilitare nei pazienti “*un'apertura*” sui propri stati emotivi. Nella seduta successiva si affronta infatti nuovamente lo stesso tema ed emerge la fantasia da parte di un componente del gruppo di aver fatto angosciare i conduttori con i suoi racconti. E' come se l' envelope, l'Io-pelle gruppale - involucro narcisistico che avvolge i partecipanti alla ricerca di una esperienza di continuità tra pelle e sguardo del vicino (Anzieu, 1993) - potesse contenere e dare voce, senza rompersi nè creparsi, a ciò che fino ad allora appariva irrepresentabile ed intollerabile all'Io pelle (Anzieu, 1985) del singolo. Soprattutto negli ultimi mesi prima della conclusione degli incontri il gruppo si è dovuto confrontare con molte assenze e due abbandoni dettati da situazioni di forza maggiore; le assenze hanno anche coinvolto uno dei conduttori. Si assisteva allora ad una sorta di “*bollettino*” degli assenti; la Psicoterapeuta informava i componenti del gruppo delle novità relative ai partecipanti che erano stati costretti ad assentarsi i quali, con telefonate ed sms, puntualmente informavano i conduttori. A posteriori riflettiamo sul significato della “*presenza nell'assenza*” che è riuscita a preservare i confini e l'integrità dell'enveloppe gruppale nonostante la mancanza fisica di alcuni componenti. Tale dinamica si è manifestata particolarmente in occasione dell'ultimo incontro. Un componente del gruppo, fattosi portavoce degli assenti, ha informato i conduttori sull'evolversi delle loro situazioni personali; si erano sentiti tra di loro più volte ripetutamente nelle settimane precedenti per organizzare la pizza di fine gruppo. Inoltre i conduttori avevano notato già da un po' movimenti di apertura tra i componenti del gruppo: prendere insieme il bus, scambi di telefonate etc ed è forse questa capacità di stringere legami nati nel gruppo- ma indipendenti sia dal suo termine temporale che dai conduttori- che ha permesso ai componenti di accettare con meno rabbia rispetto all'esperienza dell'anno precedente la fine del gruppo; rabbia espressa all'epoca nella parziale accettazione dell'assenza tecnicamente programmata dei conduttori alla cena di saluto. Forse era stato possibile per loro interiorizzare l'enveloppe?, emanciparsi dalla figura dei conduttori?. In occasione dell'ultima seduta l'arrivederci infatti è “*dolce*”; i partecipanti al gruppo portano dolci e spumante per festeggiare anche con i conduttori che non possono partecipare alla pizza di fine gruppo. Il tutto avviene in un'atmosfera rilassata, divertita, nella quale tutti collaborano, conduttori e partecipanti, proprio come fa un “*vero gruppo*” alla sistemazione del tavolo e delle vivande in un clima carico di caldo affetto.

Materiali e metodi

Si è deciso, alla luce della letteratura sull'argomento (Di Maria & Lo Verso, 2002; Ulnik, 2005), di indirizzare l'indagine su tre aspetti: clima di gruppo, gestione delle emozioni e qualità della vita. In particolare, per quanto concerne lo studio relativo al clima di gruppo si è utilizzato il Questionario sul Clima di Gruppo (GCQ) di MacKenzie (1981) nella sua versione italiana (Costantini et al., 2002). Il Questionario si presenta come un self report costituito da 12 item misurabili su una scala likert a 6 punti. La procedura di scoring prevede la somma dei punteggi degli item di ogni sottoscala. Il questionario presenta tre sottoscale: "Coinvolgimento", indicatore di coesione, es. *I membri si sono piaciuti e si sono presi cura l'uno dell'altro*; "Conflitto", indicatore di conflitto interpersonale, es. *C'è stato attrito e rabbia tra i membri*; "Evitamento", indicatore di riluttanza ad affrontare i problemi nel corso della seduta, es. *I membri hanno dipeso dal conduttore (i) per la direzione*. L'aspetto relativo alla gestione delle emozioni è stato invece indagato con l'utilizzo dell'Emotional Regulation Questionnaire di Gross e John (2003) nella sua versione italiana (Balzarotti, John, & Gross, 2010); il questionario- self report costituito da 10 items misurati su una scala likert a 7 punti- indaga le differenze individuali nella gestione delle emozioni focalizzando l'attenzione su due meccanismi: la soppressione (es. *Tengo i miei sentimenti per me*) e la rivalutazione (es. *Cambiare il modo di pensare ad una situazione, mi aiuta a sentirmi meglio*) delle emozioni. Per l'indagine sulla qualità di vita ci si è invece avvalsi del Dermatology Quality of Life Index (DLQI) di Finlay e Khan (1992) nella sua versione italiana (Baranzoni et al., 2007). Lo strumento è un self report costituito da 10 domande riguardanti: sintomi e sentimenti, attività quotidiane, tempo libero, lavoro e scuola, relazioni personali e trattamento. Il partecipante può rispondere ad ogni domanda scegliendo tra 4 opzioni; ad ogni risposta è assegnato un punteggio che va da 0 a 3. I punteggi a tutte le domande vengono sommati in un punteggio totale che va da "0" - nessuna compromissione della qualità di vita - a "30" - massima compromissione della qualità di vita. Si chiede al partecipante di far riferimento all'ultima settimana es. *Negli ultimi 7 giorni, i suoi problemi alla pelle hanno influenzato la scelta dei vestiti da indossare?* (item 4). Infine, è stato utilizzato il metodo qualitativo delle Narrative, libere espressioni scritte dai pazienti circa l'esperienza del gruppo (Bianchera & Vezzani, 2000). Le Narrative sono state richieste in occasione della prima, dell'ottava e dell'ultima seduta di gruppo; con la medesima cadenza temporale è stato somministrato ai partecipanti anche il GCQ. L' ERQ ed il DLQI invece sono stati sottoposti ai pazienti al primo ed al dodicesimo incontro di gruppo.

Partecipanti

Il campione era costituito da 10 pazienti (6 donne e 4 uomini), di età compresa tra i 35 ed i 65 anni ($M= 55.9$; $SD= 12.25$), reperiti all'interno dell'Unità Operativa di Dermatologia dell'Ospedale San Giovanni e Paolo di Venezia; 4 pazienti erano affetti da una forma di psoriasi medio-grave, 6 da manifestazioni psoriasiche circoscritte. Il gruppo di controllo, formato da 10 pazienti e reperito all'interno della medesima Unità Operativa, era costituito da soggetti psoriasici appaiati al campione per sesso, età e gravità della patologia. Il controllo non aveva mai partecipato né ad esperienze di gruppo né ad un percorso di consultazione presso lo Spazio d'Ascolto. Va inoltre precisato che, a causa di un prematuro abbandono degli incontri di gruppo da parte di 3 pazienti, la composizione del gruppo si è successivamente ridotta a 7 componenti; il confronto è stato quindi condotto tra: 7 pazienti partecipanti agli incontri di gruppo e 7 soggetti facenti parte del gruppo di controllo.

Risultati

Verranno riportati qui di seguito i risultati relativi ai questionari sopraccitati; considerando la ridotta numerosità del campione (7 partecipanti al gruppo terapeutico e 7 corrispondenti partecipanti del gruppo di controllo), non verranno condotte analisi statistiche ma verranno forniti solo dati descrittivi.

Il Questionario sul Clima di Gruppo (GCQ) evidenzia con il proseguire degli incontri, un aumento della Coesione (Figura 1) ed una diminuzione dell' Evitamento (Figura 2) tra i partecipanti. Alla luce di tali risultati ipotizziamo che, superate le iniziali e fisiologiche resistenze, il gruppo abbia trovato un buon equilibrio ed accorciato le distanze, soprattutto di natura emotiva, che inizialmente esistevano (evitamento $M=9.57$, $SD= 3.82$ alla prima somministrazione; $M= 6.42$, $SD= 5.16$ alla seconda somministrazione), favorendo lo sviluppo di un buon “clima” fondamentale soprattutto per i processi di confronto e rispecchiamento. Inoltre, con il proseguire delle sedute di gruppo i partecipanti mostrano di caratterizzarsi sempre più come “persone”, la cui identità comprende, ma non si riduce alla condizione di “malato”; la crescita della sottoscala Conflitto (Figura 3) nel corso delle sedute di gruppo evidenzia infatti come per i partecipanti sia stato possibile nel corso degli incontri condividere non solo “somiglianze” ma confrontarsi anche sulle reciproche “differenze”. Per quanto concerne invece l'analisi della qualità della vita (DLQI) e della gestione delle emozioni (ERQ), guardando alle medie descrittive si nota nei pazienti psoriasici partecipanti agli incontri di gruppo, a differenza del controllo, un miglioramento sia nella qualità della vita che nella capacità di esprimere emozioni. In particolare nel campione di pazienti affetti da psoriasi partecipanti agli incontri di gruppo vi è un miglioramento del punteggio totale del DLQI e di tutte le sue sottoscale (Figura 4) a fronte di un peggioramento nel gruppo di controllo (Figura 5) sia della qualità di vita percepita- DLQI totale- sia delle aree relative alla socializzazione (sottoscale Socializzazione e Relazioni personali) e percezione sintomatica (sottoscala Sintomi e Percezioni). Un ulteriore commento meritano i dati emersi dalla prima somministrazione del DLQI; il gruppo di soggetti partecipanti agli incontri ha infatti conseguito nel DLQI totale e nelle diverse sottoscale punteggi di partenza superiori rispetto al controllo. Si potrebbe ipotizzare che questa maggiore percezione della portata invalidante della psoriasi sulla qualità di vita abbia spinto i pazienti del “gruppo psoriasi” a partecipare agli incontri, a differenza del gruppo di controllo, formato da pazienti psoriasici che pur essendo informati sulle diverse iniziative- Incontri di Gruppo e Spazio di Ascolto- hanno liberamente deciso di non prendervi parte, forse proprio in virtù di un impatto della patologia sulla loro qualità di vita percepito come meno negativo. Inoltre, per quanto concerne la capacità di esprimere emozioni, si nota nel campione oggetto del nostro interesse una diminuzione del meccanismo di “soppressione” delle emozioni (Figura 6), a differenza del campione di controllo nel quale si assiste ad un andamento inverso (Figura 7). Alla luce di tali risultati il gruppo si conferma quindi non solo come luogo di incontro e confronto a supporto e miglioramento della gestione delle ripercussioni concrete e quotidiane della patologia ma anche come “cassa di risonanza” di una dimensione emotiva dalla quale la patologia psoriasica non dovrebbe mai essere considerata slegata.

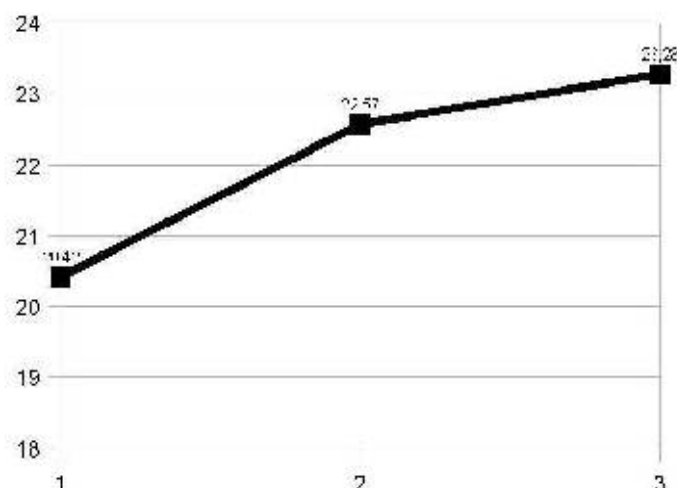


Figura 1. Sottoscala coesione

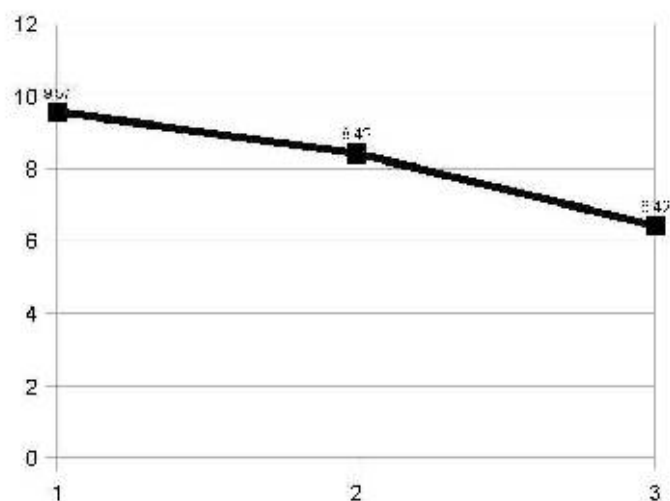


Figura 2. Sottoscala evitamento

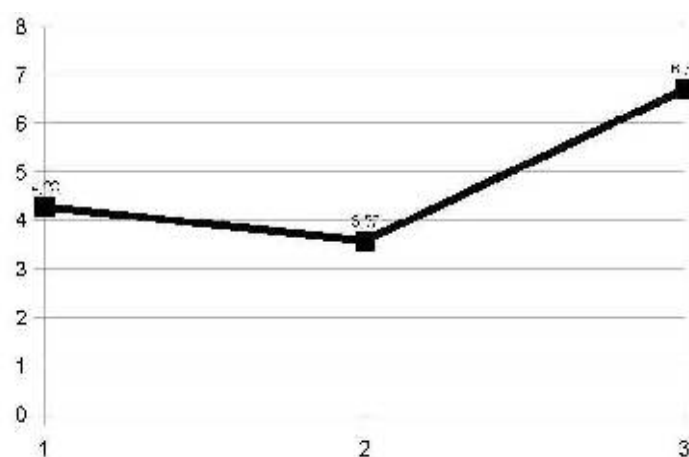


Figura 3. Sottoscala conflitto

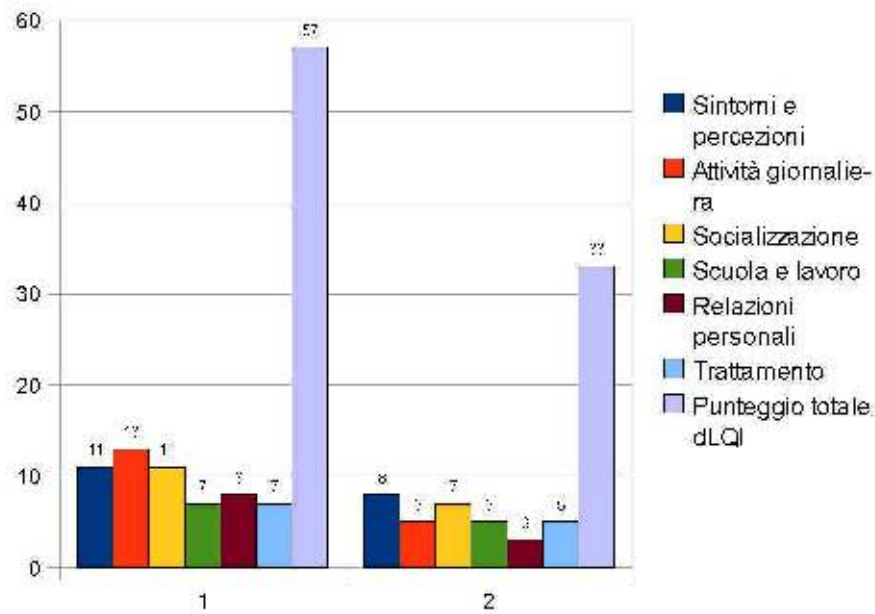


Figura 4. Gruppo Psoriasi (somministrazione 1 e 2)

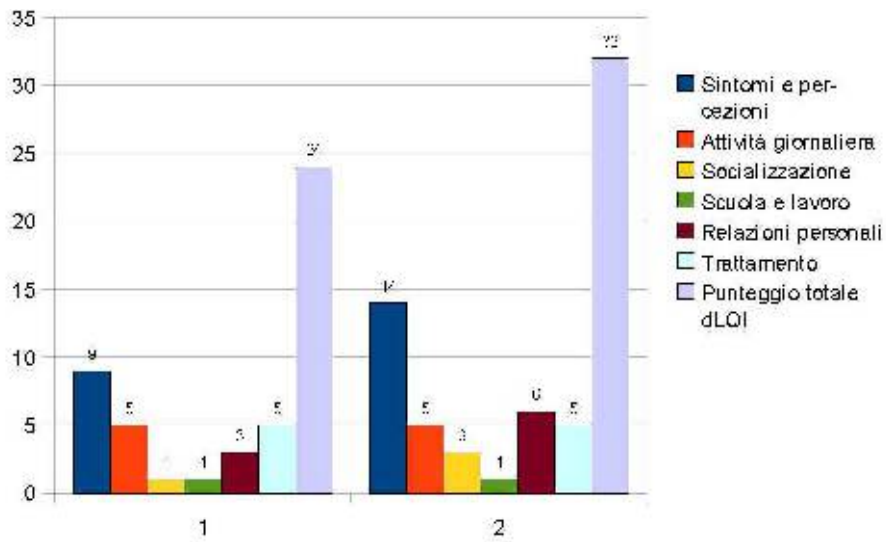


Figura 5. Gruppo Controllo (somministrazione 1 e 2)

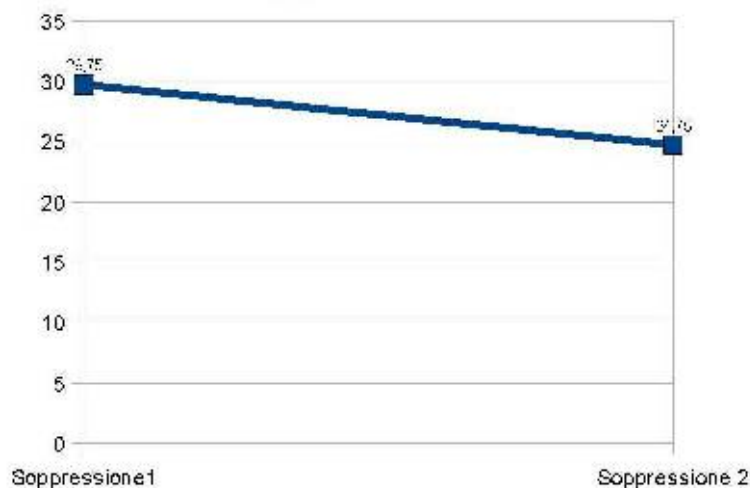


Figura 6. Gruppo Psoriasi: soppressione (somministrazione 1 e 2)

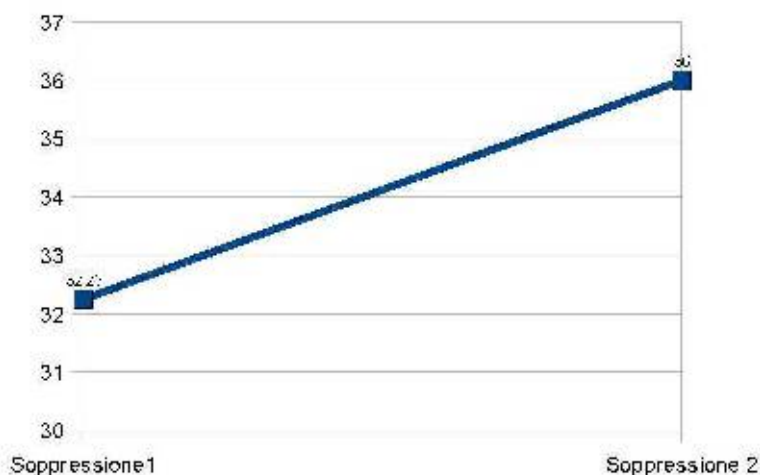


Figura 7. Gruppo Controllo: soppressione (somministrazione 1 e 2)

Conclusioni

L'esperienza descritta, per il suo carattere circoscritto sia nel tempo che nel numero dei partecipanti, non ha la presunzione di elevarsi ad approccio clinico ottimale per i pazienti affetti da psoriasi ma possiamo senza dubbio affermare che gli incontri di gruppo abbiano assunto per tutti- pazienti e conduttori- il carattere di una "scoperta". I conduttori per primi hanno conosciuto e forse "riconosciuto" per la prima volta delle persone e non solo dei pazienti; "*Penso di non avere mai visto degli psoriasici vestiti*" è stata la schietta affermazione di uno dei due co-conduttori dermatologi dopo il primo incontro di gruppo. I partecipanti, dal canto loro, in molti casi hanno scoperto di non essere "soli", rispecchiandosi in un altro "simile" che, però, non rimandava loro solo l'immagine di una superficie epidermica danneggiata. Nei sei mesi di incontri di gruppo le difficoltà non sono mancate; i conduttori durante le supervisioni si sono interrogati molte volte sul senso di ciò che stava accadendo, sul nome da dare a quella "corrente emotiva" che percepivano scorrere nel gruppo ma che non riuscivano a collocare e che alle volte hanno dovuto anche accettare di "non comprendere", di "sentire", senza interpretare. Crediamo che questa "tolleranza del limite"- espressa anche dalla sola

regola manifesta per i partecipanti del gruppo : “*ognuno partecipa come può e con quello che ha*”- abbia consentito la creazione di un *Io-pelle gruppale* (Anzieu, 1993) elastico e malleabile, in grado di contenere e proteggere, “senza strappi”, anche ciò che- in quel momento- non era possibile pensare.

Bibliografia

- Amatya, B., & Nordlind, K. (2008). Focus Group in swedish psoriatic patients with pruritus. *Journal of Dermatology*, 35(1), 1-5.
- Anzieu, D. (1985). *Le Moi-Peau* [The Skin-Ego]. Paris: Dunod.
- Anzieu, D. (1993). L'Io-pelle familiare e gruppale [Family and group skin-ego]. *Interazioni*, 7, 9-17.
- Balzarotti, S., John, O.P., & Gross, J.J. (2010). An Italian Adaptation of the Emotion Regulation Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 26, 61–67. doi:10.1027/1015-5759/a000009
- Baranzoni, N., Scalone, L., Mantovani, L.G., De Portu, S., Monzini, M.S., & Giannetti, A. (2007). Validazione della versione Italiana dell'Indice Dermatologico della Qualità di Vita [Validation of Italian version of Dermatological Index of Quality of Life]. *Giornale Italiano di Dermatologia e Venereologia*, 142, 209-214.
- Basra, M.K., Chowdhury, M.M., Smith, E.V., Freemantle, N., & Piguët, V. (2011). Quality life in psoriasis and chronic hand eczema. The discrepancy in the definition of severity in NICE guidelines and its implications. *British Journal of Dermatology*, 10, 462- 463.
- Bassi, R., Moretto, R., Carraro, S., & Lis, A. (1982). La personalità del paziente psoriasico: ricerca in base a tests di intelligenza e personalità nella loro interpretazione psicodinamica [The personality of patient with psoriasis: research based on intelligence and personality tests according to a psychodynamic interpretation]. *Clinica Dermatologica*, 15, 391- 403.
- Bassi, R. (1996). *La ragazza che odiava gli specchi* [The girl who hated the mirrors]. Torino: Boringhieri.
- Bassi, R. (2006). *Psiche e Pelle. Introduzione alla dermatologia psicosomatica* [Psyche and skin. Introduction to psychosomatic dermatology]. Torino: Boringhieri.
- Bianchera, L., & Vezzani, B. (2000). *I sentieri della qualità. Soggettività e organizzazione nella cooperazione sociale* [The paths of quality. Subjectiveness and organization in social cooperation]. Padova: Unipress.
- Caneparo, R. (2010). “Va’ dove ti porta il cuore...”. Da cardiologo a psicoterapeuta: la nascita di un nuovo ruolo professionale, la nascita di un gruppo di psicoterapia per pazienti cardiopatici e le risonanze istituzionali ad esse conseguenti. *Gruppi*, 2, 47-60.
- Consoli, S.G. (2004-2005). *Le retentissement psychosocial des dermatoses* [Psychosocial impact of dermatologists]. Université Paris-VI: Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie.
- Corbella, S. (2003). *Storie e luoghi del gruppo* [Stories and places of the group]. Milano: Raffaello Cortina.
- Costantini, A., Picardi, A., Podrasky, E., Lunetta, S., Ferraresi, G., & Balbi, A. (2002). Questionario sul Clima di Gruppo: validazione di una misura di processo per le psicoterapie di gruppo [Questionnaire on Group Climate: validation of a process measure for group psychotherapies]. *Rivista di Psichiatria*, 37, 14- 19.
- Di Maria, F., & Lo Verso, G. (2002). *Gruppi. Metodi e strumenti* [Groups. Methods and tools]. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Fasolo, F. (2009). *Gruppoanalisi e salute mentale* [Group-analysis and mental health]. Padova: Cleup Editore.
- Fava, G.A., Perini, G., Santonastaso, P., & Veller Fornasa, C. (1980). Life events and psychological distress in dermatological disorders: psoriasis, chronic urticaria and fungal infections. *British Journal of Medical Psychology*, 53, 77-82. doi:10.1111/j.2044-8341.1980.tb02551.x
- Finlay, A.Y., & Khan, G.K. (1994). Dermatology Life Quality Index (DLQI): a simple practical measure for routine clinical use. *Clinical and Experimental Dermatology*, 19, 210-216. doi:10.1111/j.1365-2230.1994.tb01167.x
- Gross, J.J., & John, O.P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for

- affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348–362. doi:10.1037/0022-3514.85.2.348
- Idriss, S.Z., Kvedar, J.C., & Watson, A.J. (2009). The role of online support communities: benefits of expanded social networks to patients with psoriasis. *Archives of Dermatology*, 145, 46-51. doi:10.1001/archdermatol.2008.529
- Janowski, K., & Pietrzak, A. (2008). Indication for psychological intervention in patients with psoriasis. *Dermatologic Therapy*, 21, 409- 411. doi:10.1111/j.1529-8019.2008.00223.x
- JanKovic, S. (2009). Relevance of Psychosomatic factors in psoriasis: a case-control study. *Acta Dermatovenereologica*, 89, 364- 368. doi:10.2340/00015555-0669
- Kilic, A., Gulec, M.Y., Gul, U., & Gulec, H. (2008). Temperament and character of patients with psoriasis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 22, 537-542. doi:10.1111/j.1468-3083.2007.02460.x
- MacKenzie, K.R. (1981). Measurement of Group Climate. *International Journal of Group Psychotherapy*, 31, 287- 295.
- Mackenzie, K.R. (1995). *Effective use of group therapy in managed care*. Washington: American Psychiatric Press.
- Magin, P., Adams, J., Heading, G., Pond, D., & Smith, W. (2009). The psychological sequelae of psoriasis: result of a qualitative study. *Psychology, Health & Medicine*, 14, 150- 161. doi:10.1080/13548500802512294
- Manolache, L., Petrescu-Seceleanu, D., & Benea, A. (2010). Life events involvement in psoriasis onset/recurrence. *International Journal of Dermatology*, 49, 636-641. doi:10.1111/j.1365-4632.2009.04367.x
- Marty, P., De M' Uzan, M., & David, C. (1963). *L'investigation psychosomatique* [Psychosomatic investigation]. Paris: PUF.
- Nadalini, L., Barba, A., Bravi, E., Meloni, G., Trabucco, G., Cordioli, N., ... Ferrari, G. (1999). Eventi stressanti e funzione del ricovero nei pazienti psoriasici degenti: uno studio psicologico-clinico [Stressful events and recovery function in inpatients with psoriasis]. *Giornale Italiano di Dermatologia e Venereologia*, 134, 427-433.
- Pines, M. (2002). Il contributo del rispecchiamento e della risonanza al dialogo psicoanalitico e gruppoanalitico [The contribution of mirroring and resonance in psychoanalytic and group-analytic dialogue]. *Rivista di Psicoanalisi*, 2, 403- 411.
- Savron, G., Montanaro, R., Landi, G., & Bartolucci, G. (2001). Aspetti psicologici in soggetti affetti da psoriasi e alopecia areata: uno studio controllato [Psychological aspects in people with psoriasis and alopecia areata: a controlled study]. *Rivista di Psichiatria*, 36, 135- 145.
- Schmid-Ott, G., Schallmayers, S., & Calliess, I.T. (2007). Quality of life in patients with psoriasis and psoriasis arthritis with a special focus on stigmatization experience. *Clinics in Dermatology*, 25, 547-554. doi:10.1016/j.clindermatol.2007.08.008
- Sigal, M.L., & Consoli, S. (2004). *Psoriasis. Un manteau de peau rouge* [Psoriasis. A cover of red skin]. Paris: Editions du Layeur.
- Ulnik, J. (2005). *El psicoanalisi y la piel* [Psychoanalysis and skin]. Madrid: Editorial Sintesis.
- Ustica, G. R. (2002). Il gruppo omogeneo in psicoterapia analitica [The homogeneous group on analytic psychotherapy]. In F. Di Maria, & G. Lo Verso (Eds.) *Gruppi. Metodi e strumenti* (pp. 45- 102). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Yalom, I., & Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of Group Psy* (5th Edition). New York: Basic Books.