

Disturbi schizofrenici e gruppo curante: il sentimento sociale alla base del processo terapeutico

MARINELLA MAZZONE, GIUSEPPE SAGLIO

Summary – SCHIZOPHRENIC DISEASES AND CARING STAFF: SOCIAL INTEREST AS FOUNDATION IN THERAPEUTIC PROCESSING. Psychotic patients treatment, over all schizophrenic ones, represents the most prominent engagement in the territorial psychiatric practice of a public mental health service, including the psychoterapic and rehabilitative points of view, these being more interconnected. Psychoterapy and rehabilitation must be provided with a well-articulated curing staff, which assumes different shapes according to clinical seriousness, environment resources, etc. The Individual Psychology, as an open model applying to the “man system” together with its dynamic interaction with surrounding environment, offers a theoretic and practical answer to be, side by side, more diversified.

Keywords: CARING STAFF, ARTICULATE INTERVENTION, SOCIAL INTEREST

Il Servizio Psichiatrico Pubblico, nella sua doppia articolazione ospedaliera e territoriale, è il riferimento principale per la cura dei pazienti affetti da disturbi di tipo schizofrenico. L'assistenza psichiatrica territoriale, ormai consolidatasi in questi anni nei suoi aspetti teorici e pratici, è chiamata ad affrontare situazioni sempre più differenziate sia dal punto di vista clinico-psicopatologico che psicosociale. Tali situazioni richiedono, da una parte, una capacità di valutazione più affinata nei differenti parametri e, dall'altra, risposte operative molto più variegate. L'impegno del nostro servizio territoriale nei confronti dei pazienti affetti da disturbi di tipo schizofrenico è molto rilevante, anche se il gruppo è numericamente limitato, rispetto al resto dell'utenza.

I. Modelli operativi e casistica

Negli ultimi anni le strategie e i programmi terapeutici, posti in atto per i pazienti schizofrenici, sono diventati più differenziati, secondo linee a tipologia diversa che vanno dall'intervento somatico-farmacologico a quello psicodinamico-relazionale, a quello psico-socio-riabilitativo, secondo una concezione dell'uomo inteso come *in-dividuus*, cioè indivisibile nella sua unità somatica, psichica e socia-

le inscindibile, ma articolata [19]. Per riflettere sul modello terapeutico espresso dal Servizio per gli schizofrenici, si è preso in considerazione un gruppo di pazienti in cura continuativamente almeno per un triennio che, a nostro avviso, costituisce un intervallo di tempo sufficiente per connotare in maniera caratteristica un trattamento.

Abbiamo esaminato cinquantatré pazienti, con diagnosi di disturbo schizofrenico, in cura dal 1991 al 1993. La realtà, di cui stiamo cercando di parlare, è molto complessa, in quanto, da una parte, c'è un paziente appartenente a una famiglia, inserita in un gruppo sociale, dall'altra un Servizio, facente parte di un territorio, con un gruppo di operatori: tra la "domanda" del paziente o della famiglia e la "risposta" del Servizio intervengono molteplici fattori, che si conglobano in elementi che devono essere compresi, interpretati, valutati, comunicati e che costituiscono una "fattualità" non facilmente districabile. La nostra *équipe* psichiatrica, nell'ultimo decennio, si è arricchita di varie figure professionali con specifiche formazioni, competenze e modalità di intervento tra di loro interagenti e complementari, su cui non ci soffermiamo, perché già in precedenti lavori, cui si rimanda [12, 13, 14, 20], abbiamo cercato di riflettere sul "modello di rete", proposto da Rovera e Coll. [15, 18] e da noi applicato alla specifica attività del Servizio di Salute Mentale di Borgosesia. Per definire meglio l'intervento curativo, abbiamo individuato due possibilità di intervento: quello *ad articolazione lineare* e quello *ad articolazione complessa*.

Questa differenziazione non assume alcun significato relativo a una diversità di efficacia, ma è semplicemente indicativa di una differente modalità operativa, che il Servizio deve porre in atto di fronte alla variabilità dei casi clinici, che, pur unificati in uno stesso orientamento diagnostico, necessitano di strategie terapeutiche sempre più individualizzate. Ogni persona, ogni situazione clinica è, infatti, tesa tra aspetti nomotetici e ideografici, generali e particolari [16]. Il singolo operatore o il gruppo curante deve saper cogliere le vie terapeutiche, percorribili insieme al paziente: deve essere inventivo, in conformità della peculiarità del caso, pur seguendo linee direttrici stabilite. Adler diceva che nel nostro lavoro c'è *un aspetto artistico che può essere compreso scientificamente* [2], anche se, consapevole della delicatezza dell'affermazione, aggiungeva: «Quando insisto sull'aspetto artistico del nostro lavoro cammino su un vulcano» (1, p. 225).

Negli interventi *ad articolazione lineare* operano una o due figure professionali: il medico e l'infermiere; in qualche caso il medico opera anche senza il supporto infermieristico; a volte entra in campo l'assistente sociale al posto dell'infermiere. La prestazione è prevalentemente di tipo sanitario: in primo piano ritroviamo sempre una terapia psicofarmacologica, a cui si affianca un supporto psicologico offerto sia dal medico che dall'infermiere. La relazione terapeutica, in questi casi, risponde a settori parziali – per quanto ciascuno molto impegnativo

– dei bisogni della persona attraverso il supporto psicologico e farmacologico. Negli interventi *ad articolazione complessa* intervengono due o più figure professionali, con competenze più differenziate. L'intervento *complesso* è definito dalla presenza di un gruppo curante: un insieme costituito da componenti professionali specifiche (medici, psicologi, infermieri, educatori, assistenti sociali), da ruoli e gerarchie definiti, ma rivolti, comunque, tutti a confluente, fini e intendimenti omogenei. Si costituisce, in tal modo, il "gruppo curante" dotato di una capacità di risposta terapeutica più complessa, in quanto il paziente è in una condizione di maggiore disabilità, per gravità di patologia, per cui è utile intervenire su più aspetti della persona e della rete familiare e/o sociale. Nella nostra ricerca, su cinquantatré pazienti schizofrenici, per quarantuno è stato adottato un intervento "ad articolazione lineare", per dodici un intervento "ad articolazione complessa".

L'analisi della nostra casistica di pazienti con disturbo schizofrenico sottoposti a intervento *complesso*, ci permette di riconoscere dodici situazioni, ciascuna con una propria specificità, ma accumulate dalla diagnosi psichiatrica. Le strategie terapeutiche, inoltre, hanno elementi comuni, che devono adattarsi alle singole storie individuali e familiari. Riteniamo utile, a questo punto, ridefinire le diverse configurazioni del gruppo curante, già descritte altrove [12]. In una prima configurazione, *modello A*, il gruppo curante è l'*équipe psichiatrica pluriprofessionale*, a volte ridefinita in un sottogruppo, con tipologia di intervento psicoterapico e, soprattutto, riabilitativo. Nel *modello B*, il gruppo curante è un *gruppo individualizzato* con due, e talvolta tre, terapeuti a specifica preparazione individual-psicologica. Il programma prevede un intervento psicoterapico con il paziente e con i familiari (genitori o coniuge), a *setting* separato, e con ridotta componente riabilitativa. Infine, nel *modello C*, il gruppo curante è composto da uno o due *terapeuti singoli* e l'*équipe* si pone *come sfondo*, a supporto e protezione indispensabile delle terapie duali.

La complessità del trattamento è ulteriormente incrementata dal fatto che tutti i dodici pazienti ricevono anche una terapia psicofarmacologica, articolata all'intervento più strettamente psicoterapico e/o riabilitativo. Chi prescrive il farmaco può essere un medico che svolge anche l'intervento di psicoterapia o collabora nell'attività riabilitativa. A volte è un altro medico ad assumere la parte più strettamente sanitario-farmacologica e il coordinamento del progetto terapeutico, la qual cosa diventa garanzia del riconoscimento unitario del progetto stesso all'interno del Servizio, ma anche all'esterno. L'unità degli intenti è indispensabile nei momenti di riacutizzazione dei sintomi e delle dinamiche familiari, che naturalmente interagiscono con il progetto terapeutico, che non si esaurisce nella psicoterapia duale, ma si amplia attraverso un più complesso programma riabilitativo, a volte individualizzato, altre volte espresso in attività di gruppo con più pazienti. Nella nostra casistica, in sette dei dodici casi in cui l'intervento si è

svolto secondo una configurazione “complessa”, l’impegno psicoriabilitativo ha manifestato la parte più rilevante della proposta terapeutica. La variazione delle modalità terapeutiche ha consentito l’acquisizione di competenze più specifiche all’interno dell’*équipe* psichiatrica pluriprofessionale, anche per il notevole impegno formativo del personale.

Prendendo spunto ancora dalla nostra casistica specifica, proporremo alcune considerazioni più generali sul gruppo curante: l’*équipe* in sé stessa va considerata come un fattore terapeutico. Secondo Woodbury, «l’idea fondamentale è che non una persona singola, bensì tutto il gruppo, tutta l’*équipe*, sia alla base del processo di guarigione; si tratta quindi di un fattore globale» (23).

II. Gruppo curante e metodologie di intervento

Il gruppo curante si costituisce come unico soggetto operante, al cui interno sono riconoscibili metodi, tecniche e competenze che rimangono necessariamente distinti e separati, pur interagendo in una *rete* costruita per la riabilitazione e per la psicoterapia degli psicotici attraverso un “setting strutturale non strutturato”.

È questo uno spazio, una cornice che comprende due aspetti prevalenti:

- un impianto operativo mobile, flessibile, eclettico, variabile che può essere modellato sulla realtà del paziente (spazi residenziali, luoghi di ritrovo, di incontro e di utilità sociale, luoghi di lavoro);
- programmi individualizzati, specifici, definiti, che trovano origine in una metodologia riconosciuta e condivisa dal gruppo curante. Tali programmi tendono a obiettivi circostanziati nonché ai bisogni, alle competenze e ai caratteri culturali dei pazienti.

L’applicazione delle tecniche psicoterapeutiche e psicoriabilitative resta inevitabilmente separata, così come distinti e definiti sono i differenti ruoli e i diversi confini operativi. All’interno dello stesso gruppo curante, si deve creare tuttavia una confluenza degli intendimenti, una stretta interconnessione delle parti, un confronto dei modelli. Il gruppo, pur racchiudendo al proprio interno specialità e metodologie distinte, acquista un’impronta caratteristica, assume uno stile operativo omogeneo: un *gruppo che pensa*, dunque, che elabora un progetto unico e articolato e che si pone come luogo della terapia e della riabilitazione, fondando un modello circostanziato, ma flessibile. Nello stesso modo esso permette, favorisce e realizza, al proprio interno, l’incontro e la relazione tra lo psicotico e lo psicoterapeuta. Il gruppo curante si muove, in un primo momento, come *gruppo che pensa per il paziente* decidendo le scelte, i programmi, i progetti *come se* ne fosse delegato. È questa la prima fase di assunzione in carico, di riconoscimento e di valutazione del paziente. In essa si vuole realizzare un

approccio relazionale e di approfondimento della storia del soggetto. A questo proposito viene individuato un sottogruppo di due o tre operatori che diventeranno figure privilegiate di riferimento in relazione alle caratteristiche strutturali, personologiche, culturali e familiari del paziente.

Il *gruppo che pensa per il paziente* si può trasformare, quindi, in *gruppo che fa con il paziente*. Le scelte prioritarie riguarderanno ciò che sembra essere più utile, più efficace in quel particolare momento, in quella fase esistenziale e in quella condizione clinica del soggetto. È questo il percorso proprio della riabilitazione segnato dal *fare* e dall'*accompagnare*, fusi in un solo atto terapeutico. Gli interventi riabilitativi sono personalizzati e possono comprendere:

- uno svolgimento individuale con gli operatori di riferimento al Centro diurno, al domicilio del paziente, nei luoghi di interesse sociale;
- uno svolgimento in gruppo, presso il Centro diurno o in altri spazi utilizzati, all'occorrenza, per le terapie analogiche e le attività risocializzanti.

Sono privilegiate e favorite, in questo caso, le possibilità di espressione, di incontro, di interazione verbale e non verbale, di sperimentazione e di riorganizzazione delle attività quotidiane, pur permettendo e tollerando necessità temporanee di ritiro e di regressione. Viene, inoltre, presa in considerazione una fase avanzata dell'intervento riabilitativo, che tende al raggiungimento degli obiettivi specifici quali l'acquisizione dell'autonomia occupazionale, lavorativa, economica, residenziale e relazionale. Seguirà una terza fase definita del *gruppo che pensa con il paziente*: un percorso evolutivo dove troveranno spazio, in alcuni casi, accanto a programmi riabilitativi più avanzati e complessi, anche progetti specificatamente psicoterapeutici. Se il riabilitare attraverso il *fare insieme* si propone come modello pragmatico e strutturante per il paziente, lo psicoterapeuta attraverso il *pensare con* diventa riferimento unificante, oggetto di identificazione, di imitazione e modello per il gruppo curante. Il coinvolgimento emotivo inevitabile del terapeuta nel gioco finzionale dello psicotico è riconducibile alla "partecipazione" di coloro che conducono il processo riabilitativo. Si costituisce, infatti, un *insieme ecologico* [22], in cui è coinvolto il mondo del paziente, quello dello psicoterapeuta e del gruppo curante.

I due mondi prendono le mosse come sistemi di riferimento assolutamente differenziati, per poi confrontarsi e, per certi aspetti, compenetrarsi, creando condizioni ad alta complessità. Lo svolgimento prevede un *setting debolmente strutturato*, anche se all'interno di linee metodologiche prestabilite. Il gruppo curante si dota così di una capacità di *holding*, promuovendo un clima riabilitativo articolato e conformato su quello psicoterapeutico. A questo proposito occorre superare l'atteggiamento di semplificazione nei confronti di attività con finalità di intrattenimento, rivolte a pazienti psicotici, e considerate già di per sé riabilitative. Il progetto di cura, il programma di trattamento psicoterapeutico e

psicoriabilitativo diventano elementi fondanti e imprescindibili al riguardo, in un procedere operativo secondo un modello “a rete” e un impianto metodologico predefinito e rigoroso, seppure strutturato su aspetti di plasticità e su possibilità di rimodellamento.

III. Gruppo curante e fattori terapeutici

Il funzionamento dell'*équipe* presenta, in ogni caso, particolari complessità, in quanto deve fare i conti sia con le competenze di ciascuno, sia con i fattori umani. Non è in campo solo una capacità teorica e tecnica ben articolata tra i vari componenti, ma sono necessari anche *aspetti di empatia e di compatibilità emotiva* [3], che implicano fiducia e stima reciproca tra i vari operatori. E qui, talvolta, le nostre conoscenze teoriche e metodologiche possono entrare in crisi, in un agire terapeutico non più efficace.

Il buon funzionamento dell'*équipe*, nei suoi aspetti di compatibilità umana, viene messo profondamente alla prova nell'operare con pazienti schizofrenici, come ad esempio quando il paziente si difende dalla propria dissociazione proiettandola sul mondo esterno e, quindi, anche sull'*équipe* terapeutica, mettendo alla prova la cooperazione del gruppo. Sono aspetti gravosi che i vari componenti devono riconoscere continuamente: il gruppo deve imparare a *non agire*, attraverso i bisogni e le richieste del paziente, difficoltà specifiche, disagi e conflittualità relazionali e intrapsichiche di ciascun operatore, evitando distorsioni comunicative e rinforzi di *doppi messaggi e doppi legami* [17]. Il gruppo terapeutico, nell'ambito di un Servizio di Salute Mentale, è anche costituito da persone legate tra loro da rapporti gerarchici con differenti *ruoli e status*, con un intreccio molto complesso delle dinamiche di ciascuno. Secondo la Psicologia Individuale il rapporto terapeutico e analitico deve consentire lo sviluppo di una creativa interazione tra le due istanze fondamentali: il *sentimento sociale* e l'*autoaffermazione* [8, 9]. Un'espressione più armonica tra il bisogno di appartenenza e quello di autoaffermazione, tra il bisogno di cooperazione e di potere, può avvenire solo qualora anche l'analista accetti di rimettere in discussione, nel suo dialogo interiore, l'equilibrio tra le due istanze fondamentali [5, 7, 9, 10].

Quanto attiene alla relazione duale può essere anche riferibile alle dinamiche che si creano all'interno del gruppo curante che, per mantenere la propria capacità terapeutica, deve saper rimettere in discussione l'equilibrio tra le due istanze fondamentali: ciascuno nei confronti di se stesso e degli altri componenti del gruppo. Ogni operatore, per poter lavorare in gruppo, deve imparare a farlo in modo *differenziato e unitario* insieme. Operare in modo unitario non significa possedere punti di vista identici, ma solo riconoscersi in un progetto condiviso dal gruppo, prerequisito indispensabile soprattutto nei momenti di crisi del paziente schizofre-

nico. Se, infatti, il progetto non fosse condiviso autenticamente, il gruppo potrebbe generare una sintomatologia iatrogena.

Il progetto terapeutico può, anzi, a volte deve essere modificato, ma occorre che ciò sia il frutto di una ponderata riflessione dell'*équipe* e non l'"atto" di qualche operatore a fronte di dinamiche disfunzionali all'interno dell'*équipe* stessa. Condividere un progetto comune comporta la necessità di riequilibrare le istanze personali di autoaffermazione e di sentimento sociale, evitando modalità competitive e invidiose nel proprio agire. Il gruppo dei curanti deve essere dotato di un autentico *sentimento sociale*. È questo un campo molto delicato della riflessione individual-psicologica, poiché sappiamo che il *sentimento sociale* dell'operatore è, talvolta, una difesa nevrotica, autoaffermativa, espressione, quindi, della propria *volontà di potenza*, piuttosto che un'autentica dimensione della persona. È perciò fondamentale che tale aspetto, se inautentico, venga riconosciuto. Più volte Adler ha paragonato la funzione terapeutica alla funzione della madre, che è determinante nel promuovere un autentico sentimento sociale nel bambino. Riesce, però, a suscitare sentimento sociale negli altri solo la persona che ne è dotata. Tutte le esperienze dolorose dell'infanzia conducono alla frustrazione dell'originario bisogno di tenerezza. In terapia è necessario riattraversare, anche emotivamente, stadi precoci dello sviluppo e permettere nuove esperienze propulsive, che consentano una *post-maturazione* del sentimento sociale [21].

Anche il gruppo dei curanti può diventare stimolo per una *post-maturazione* del sentimento sociale dei curanti stessi, attraverso la capacità di accettazione dei propri limiti terapeutici di fronte a gravi e complesse situazioni cliniche. Per la cura di gravi pazienti schizofrenici, il gruppo diventa una necessità, non una scelta: la cooperazione è, quindi, indispensabile. La cooperazione è necessaria, perché nessun operatore può affrontare da solo la cura del paziente; in questo senso ciascuno si confronta con la propria impossibilità, la propria inferiorità, il proprio *deficit*. A volte esperienze di relazioni terapeutiche duali, nell'ambito delle psicosi, comportano momenti in cui il *setting* deve essere esteso, senza con questo perdere la possibilità di proseguire nella relazione. Ci sono momenti, nella terapia delle psicosi, in cui è necessario modificare la "distanza", senza perdere la relazione [11]. Ciò è possibile in un modello complesso di intervento come quello da noi sperimentato, attraverso modificazioni "concordate" della configurazione del gruppo curante. *Il processo psicotico termina là dove inizia un sentimento di appartenenza* [4, 6]. Il gruppo come *organismo ben funzionante* e non come semplice somma delle parti, dove i singoli terapeuti vivano se stessi come autenticamente appartenenti ad esso, può facilitare attraverso modalità empatico-identificative il difficile percorso del paziente psicotico dall'alienità al senso di appartenenza.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1930), *Die Seele des Schwererziehbaren Schulkindes*, tr. it. *Psicologia del bambino difficile*, Newton Compton, Roma 1976.
2. ADLER, A. (1935), The Fundamental Views of Individual Psychology, *Int. J. Ind. Psychol.*, 1: 5-8.
3. BASSI, M. (1991), Il trattamento psicosociale integrato dei disturbi schizofrenici stabilizzati, in PANCHERI, P., BIONDI, M. (a cura di), *Terapia della schizofrenia*, Il Pensiero Scientifico, Roma.
4. DINKMEYER, D., DREIKURS, R. (1963), *Encouraging Children to Learn: the Encouragement Process*, tr. it. *Il processo di incoraggiamento*, Giunti-Barbèra, Firenze 1974.
5. FASSINO, S. (1986), Per una teoria individualpsicologica delle relazioni endopsichiche: il sentimento sociale e il dialogo interiore, *Riv. Psicol. Indiv.*, 24-25: 38-58.
6. FASSINO, S. (1988), Sé creativo e coesione del Sé nella terapia delle psicosi, *Riv. Psicol. Indiv.*, 28-29: 84-98.
7. FASSINO, S. (1988), Sentimento sociale e Sé creativo. Il gruppo e l'individuo, *Indiv. Psychol. Dossier*, I: 62-90.
8. FASSINO, S. (1990), Le due istanze fondamentali del processo analitico, *Indiv. Psychol. Dossier*, II: 46-60.
9. FASSINO, S. (1992), Cambiamento e agente terapeutico nella psicoterapia breve secondo l'Individualpsicologia, in ROVERA, G. G. (a cura di), *Carattere e cambiamento in psicoterapia*, CST, Torino.
10. FASSINO, S. (1993), Il sentimento di minaccia negli schizofrenici: implicanze per la strategia terapeutica, *Riv. Psicol. Indiv.*, 33: 49-57.
11. LEHMKUHL, G. U. (1985), Psychotherapie der Psychosen, *Beitr. Z. Indiv. Psychol.*, 6: 46-61.
12. MAZZONE, M., SAGLIO, G. (1990), "Riflessioni sulla operatività di un Servizio Psichiatico Territoriale, in particolare sul gruppo curante", *XVIII Congr. Intern. SIPI.*, Abano.
13. MAZZONE, M., CATTANEO, M., VANETTI, M. (1992), La crisi psicotica acuta: la risposta di un Servizio Psichiatico Territoriale, *Psichiatria e Territorio*, 3: 3-19.
14. MAZZONE, M., SAGLIO, G. (1992), "Crisi individuale e gruppo curante. Riproduzioni e metafore della costellazione familiare", *V Congr. Naz. SIPI*, Stresa.
15. ROVERA, G. G., FASSINO, S., FERRERO, A., GATTI, A., SCARSO, G. (1984), Il modello di rete in psichiatria. Considerazioni preliminari, *Rass. Ipn., Min. Med.*, 75: 1-9.
16. ROVERA, G. G. e COLL. (1984), In tema di sindromi schizoaffettive. Questioni metodologiche e considerazioni critiche, *Riv. Sper. Fren.*, CVIII: 1813-1946.
17. ROVERA, G. G., COLETTI, G. P., FASSINO, S., MUNNO, D. (1989), Aspetti di terapia articolata negli schizoaffettivi, *Atti XXXVII Congr. Naz. Soc. Ital. Psych.*, CIC, Roma.
18. ROVERA, G. G., FASSINO, S. (1989), Interventi psicoterapeutici a rete in pazienti psicotici, in PETRELLA, F. (a cura di), *La relazione terapeutica nella psicosi*, CST, Torino.
19. ROVERA, G.G. (1992), La Psicologia Individuale, in PANCHERI, P., CASSANO, G. B. (a cura di), *Trattato Italiano di Psichiatria*, Masson, Milano.
20. SAGLIO, G., TONETTI, F. (1992), "Gruppo e setting come variabili di un progetto riabilitativo", *III Congr. Naz. Soc. Ital. Riab. Psicosoc.*, Cagliari.
21. SEIDEL, V. (1985), Regression als Therapeutisches Agens in der Individualpsychologische Therapie, *Beitr. Z. Indiv. Psychol.*, 6: 90-99.

22. SIANI, R., SICILIANI, O., BURTI, L. (1990), *Strategie di psicoterapia e riabilitazione*, Feltrinelli, Milano.
23. WOODBURY, M. A. (1968), L'équipe come fattore terapeutico, *Salute Mentale*, 6: 24-38, 1991-92.

Marinella Mazzone
Via Giordano, 1
I-13011 Borgosesia (VC)

Giuseppe Saglio
Via Rodi, 7
I-13100 Vercelli