

ANDREA FERRERO - MARGHERITA MORONE

SENTIMENTO SOCIALE E REINSERIMENTO SOCIALE NELLA PREVENZIONE DI RECIDIVE PSICOTICHE IN PAZIENTI OSPEDALIZZATI

Nella pratica clinica il problema del reinserimento nel contesto sociale di pazienti psicotici, che siano stati per un periodo più o meno lungo degenti presso Ospedali o Case di Cura, si pone non solo nel senso di rendere possibile una ripresa della vita in seno alla comunità ai pazienti che possano aver raggiunto un buon compenso sintomatologico, ma più specificatamente di esercitare un intervento a significato preventivo di eventuali recidive, al di là dell'efficacia che possano rivestire in tal senso la prosecuzione di un'appropriata terapia farmacologica o di trattamenti psicoterapici formalizzati.

Sarà allora necessario, a nostro avviso, che una eventuale dimissione di questi pazienti si ponga come atto consapevole nell'ambito di una strategia terapeutica, che poggi innanzitutto su una analisi coerente del disturbo di personalità e delle problematiche personali del soggetto.

Nel presente lavoro ci soffermeremo in particolare sui pazienti schizofrenici in un'ottica che si riferisce alla Psicologia Individuale.

Più in particolare ci si rifà, sotto questo aspetto, alle formulazioni adleriane circa il «sentimento sociale», non solo in quanto suggestivamente collegate al tema in esame, a sottolineare l'importanza che gli aspetti interpersonali e relazionali in Psicologia Individuale rivestono nell'economia della comprensione dei disturbi psichici e della relativa terapia, ma perché ci è parso che contenessero ulteriori spunti di interesse per un'analisi più approfondita di alcuni aspetti del problema. Ad una prima parte rivolta all'esame di alcuni aspetti teorici connessi al concetto di «sentimento sociale» nell'opera di Adler e dei suoi epigoni, seguiranno alcune considerazioni applicative in relazione all'argomento proposto, con l'ausilio esemplificativo di due casi da noi osservati.

* * *

Sotto questo profilo, alcune possibili questioni teoriche preliminari trarrebbero la loro ragion d'essere in relazione al fatto che il concetto di «sentimento sociale», pur se immediatamente comprensibile anche a livello intuitivo, appare invece ad una analisi più meditata abbastanza complesso e composito.

Un riesame critico di alcuni degli interrogativi che sono collegati alla teorizzazione del «sentimento sociale» nell'opera di Adler, per quanto a nostro parere auspicabile e peraltro già intrapreso negli studi dei suoi seguaci, esula dal contesto del nostro lavoro; ci interessa invece soffermarci su alcuni spunti interessanti che tali formulazioni offrono sul piano psicopatologico e nel quadro della comprensione dinamica dei processi psichici, nonché delle relative implicanze nella strategia terapeutica, anche qualora non si tratti di un trattamento psicoterapeutico in senso stretto, come nel caso che abbiamo preso in esame.

1) In «Che cos'è la Psicologia Individuale?» Adler così si esprime: «Il sentimento sociale non è forse un istinto che si eredita, ma la potenzialità del sentimento sociale è ereditaria. Questa potenzialità si sviluppa in armonia con l'abilità della madre e con il suo interesse per il bambino, e in armonia con il giudizio che il bambino stesso si forma dell'ambiente che lo circonda».

Questi medesimi concetti sono ripresi più diffusamente, a titolo esplicativo, da Schaffer nel suo lavoro «La psychologie d'Adler»: «All'origine del suo sviluppo si trova la relazione madre-figlio, simbiosi tra questi due esseri, che permette alla prima di manifestare il suo amore materno e per quella via di risvegliare la facoltà del senso sociale nel secondo. Lo scambio affettivo, il sorriso legato alle funzioni della nutrizione, le carezze, si trovano all'origine di una lunga cooperazione tra la madre e il bambino...»

Al di là delle controversie sulle caratteristiche ereditarie o meno del «sentimento sociale», che sono forse da affrontare in un quadro più ampio di revisione del concetto secondo quanto espresso sopra, ci pare importante sottolineare tre aspetti che risultano con evidenza da quanto abbiamo esposto:

a) Il «sentimento sociale» si sviluppa originariamente, e cioè nei primi mesi di vita del bambino, secondo l'asse preferenziale di un rapporto di tipo diadico (o rapporto uno-a-uno) tra il bambino stesso e la madre.

b) Tale rapporto si svolge prevalentemente sul piano dello scambio affettivo, veicolato in larga misura da messaggi extra-verbali, tutto ciò in armonia con le caratteristiche dello stadio d'evoluzione psicologica del bambino in quel momento.

c) Il perdurare del rapporto con la madre con queste modalità (simbiotiche) è d'ostacolo ad ulteriori sviluppi del «sentimento sociale» del bambino, che gli possano permettere di instaurare rapporti con i suoi simili secondo uno schema triadico o multiplo che sostituisca il primitivo legame uno-a-uno.

Afferma ancora Schaffer (op. cit.): «I bambini troppo coccolati hanno la tendenza a fissare il loro affetto sulla persona della madre, ciò che costituisce un ostacolo allo sviluppo del sentimento sociale (...). Nella misura in cui il bambino, nel corso degli anni, acquisisce una certa autonomia, egli supera il proprio stato d'inferiorità e partecipa attivamente alla situazione di scambi interpersonali autentici con la madre e gli altri».

2) Queste ultime parole di Schaffer pongono in primo piano l'utilità di definire inoltre i rapporti intercorrenti tra sentimento sociale, sentimento di inferiorità e volontà di potenza nell'opera di Adler.

Al proposito Parenti, Rovera, Pagani e Castello («Dizionario ragionato di Psicologia Individuale») affermano che «nella dinamica della vita psichica, il sentimento sociale agisce in collaborazione o invece in contrasto o in ambivalenza con un'altra forza direttrice fondamentale: la volontà di potenza». Questo dato può rivestire, come vedremo, notevole importanza in relazione al riorientamento delle difese in soggetti psicotici.

3) Un terzo punto degno di interesse riguarda i possibili legami tra «sentimento sociale», processi conoscitivi e linguaggio.

Asserisce Adler (Cos'è la Psicologia Individuale?) che «gli esseri umani vivono nel regno dei significati. Noi non sperimentiamo mai dei fenomeni in rapporto al significato che essi hanno per gli uomini (...). Se un uomo tentasse di sfuggire ai significati e di dedicarsi soltanto ai fenomeni (...) le sue azioni sarebbero inutili per lui o per chiunque altro... Noi sperimentiamo sempre la realtà attraverso il significato che le diamo: non in se stessa, ma come qualcosa di interpretato». Allo stesso modo prosegue: «Vero significa (...) vero per gli scopi e le mete degli esseri umani e (...) non c'è altra verità che questa».

Ora, nella schizofrenia, proprio «la logica e il senso comune vengono abbandonati per una logica e talvolta anche per un linguaggio 'privato'» (Parenti, Rovera, Pagani, Castello). In tal modo a livello cognitivo ed emotivo i vissuti che lo psicotico comunica ne mediano, «privatizzandolo» nel contempo, il rapporto con gli altri.

* * *

Le brevi considerazioni esposte ci possono servire da traccia per tentare di approfondire l'esame di due casi da noi osservati, che ci sono parsi per qualche aspetto più significativi, in rapporto alla tematica in oggetto.

I.M. era stata ricoverata fin dal 1962 in relazione ad un complesso quadro clinico di schizofrenia ebefreno-paranoide.

Dopo sedici anni di permanenza in Ospedale, ove era stata curata con neurolettici, la paziente non manifestava più sintomi «produttivi», pur evidenziando un permanente deficit della critica e un certo deterioramento globale della capacità di progettazione e di relazione con gli altri. La paziente, inoltre, si mostrava in grado di operare in modo sufficientemente valido in Ospedale, tanto che le venivano regolarmente attribuiti una serie di incarichi, che essa mostrava di svolgere con piacere, con cui si rendeva utile alle codegenti e alle infermiere. Tre anni or sono si prospettò dunque la possibilità che la paziente potesse essere dimessa, anche in relazione alle mutate condizioni legislative in tema di assistenza psichiatrica.

Poiché le resistenze della famiglia, di estrazione contadina, non rendevano possibile l'eventualità di un ritorno a casa (I.M. si era sposata

senza avere figli poco prima dell'insorgenza della patologia psichiatrica) e stante l'assenza di altre prospettive all'esterno dell'O.P., si prospettò alla paziente una sistemazione in pensionato presso il paese di origine, ove sarebbe stata seguita dagli operatori di zona per permettere il proseguimento della terapia e promuovere nel contempo la possibilità per la paziente di potersi collaudare (in condizioni relativamente protette) in una rete di situazioni progressivamente più ricca di quanto potesse offrire la vita in Ospedale.

Il tentativo non andò a buon fine e dopo cinque mesi fu necessario un nuovo ricovero.

Anche M.N., come nel caso precedente affetta da schizofrenia ebfrenoparanoide insorta intorno al 1960 (nubile, quasi coetanea di I.M., ma rispetto ad essa di più elevata estrazione socio-culturale), aveva avuto la possibilità di svolgere alcune mansioni in Ospedale, una volta raggiunto un discreto compenso della sintomatologia clinica.

Dimessa l'ultima volta nel 1969, anch'essa fu indirizzata in un pensionato, nel paese di origine, ove ebbe la possibilità di collaborare ad opere di assistenza a favore di bisognosi, e permase in buon compenso sintomatologico fino al 1978 con l'unico ausilio di periodici controlli della terapia farmacologica.

La possibilità di elaborare alcune ipotesi circa il buon andamento clinico di questo secondo caso si prospettò durante il ricovero successivo, determinato da una imponente riaccensione della sintomatologia dissociativa, cui fecero seguito nuove dimissioni presso lo stesso pensionato, ancora con buoni risultati, che paiono a tutt'oggi stabilizzati.

Al nuovo ingresso, M.N. manifestava un complesso delirio in cui si intrecciavano tematiche mistico-religiose, sessuali (tra le altre cose, asserendo di essere la moglie del dottor A, che, con la Dott.ssa E, era stato il medico curante della paziente nel precedente ricovero) e persecutorie (accusava il direttore del pensionato d'averla insidiata), sostenute anche da allucinazioni uditive, talora a carattere imperativo, che le imponevano «di raggiungere suo marito» (come diceva), ancora presente in Ospedale ma non nel reparto ove la paziente fu destinata e ove pure non lavorava più la Dott.ssa E, con cui M.N. era rimasta in contatto epistolare, seppure saltuariamente. La paziente, nonostante le terapie farmacologiche, peggiorò vistosamente, mostrandosi sempre più disorganizzata nei processi di pensiero e nel contegno in reparto.

Offertale la possibilità di esprimere i propri vissuti, anche in termini spesso incomprensibili, attraverso colloqui periodici, il tono della comunicazione mutò significativamente nel corso della degenza, e parallelamente ad una espressione sempre più chiara delle proprie problematiche, migliorò in modo evidente il contegno e si attenuò considerevolmente la sintomatologia delirante.

Ad una primitiva «insalata» di parole (durante i primi colloqui, ad esempio, il discorso era costituito da un elenco in apparenza incomprensibile di vocaboli come: «sale, pepe, scala» o «gettone, disco, gettone,

lavare») seguì una fase di rifiuto della comunicazione: «Non ho niente da dirle», di aggressività verbalizzata: «Siete cattivi e dei cretini, non capite niente...» e infine di insicurezza: «Sono incerta, è tutto inutile, anche cercare di raggiungere mio marito e poi io non capisco... voi dottori parlate in modo troppo difficile».

In seguito la paziente fu in grado di fornire buoni interventi relativi ai propri vissuti in periodiche riunioni di gruppo con le altre codegenti presiedute da uno di noi, durante le quali emerse infine la richiesta di essere dimessa e di poter rientrare in pensionato. Invitata ad esprimere questa sua richiesta direttamente agli operatori dell'ambulatorio che la avrebbero seguita fuori dall'Ospedale per concordare con essi le dimissioni, poté ritornare nel pensionato un mese più tardi circa.

Ci pare che l'evoluzione del modo di rapportarsi e di comunicare di M.N. in Ospedale tracci in modo abbastanza suggestivo anche l'evolvere parallelo della dinamica intrapsichica del soggetto, in riferimento alle vicende del marcatissimo sentimento d'inferiorità e delle correlate affermazioni della volontà di potenza, nonché delle modalità di dispiegarsi del sentimento sociale; entrambe queste forze direttrici sembrano connotare, in un rapporto dialettico in evoluzione, lo stile relazionale individuale della paziente in conformità con le vicende del conflitto interiore.

Ci sembra di poter dire che in una prima fase i processi cognitivi e il linguaggio (testimoniando in modo estremo le menzionate osservazioni di Adler circa i rapporti tra quelli che egli chiama «fenomeni» ed i relativi significati individuali) rivelino l'intimo disgregarsi della possibilità di comunicare con l'Altro; successivamente sono emerse invece modalità espressive del sentimento sociale di tipo arcaico, intrise, in rapporto ambivalente, dell'intenso narcisismo derivante dal prevalente dispiegarsi della volontà di potenza secondo modalità fortemente regressive, che si estrinsecano secondo le modalità simbiotiche del rapporto uno-a-uno cui abbiamo fatto cenno in precedenza.

Un tale rapporto, vissuto a livello fantasmatico, era probabilmente quello che aveva reso possibile una durevole remissione dei sintomi in precedenza, secondo un filo «transferale» tenace che teneva legata M.N. da un lato al dottor A. e alla Dott.ssa E. in Ospedale, ed al direttore del Pensionato fuori di esso; parallelamente il vistoso peggioramento della sintomatologia in quel periodo sembra possa riferirsi, almeno in parte, allo scacco successivo delle relazioni significative nel pensionato prima ed in Ospedale poi, ove M.N. non poté rientrare in rapporto diretto né col dottor A. né con la Dott.ssa E.

Si prospetta inoltre che il successivo ripristino di un canale di espressione privilegiata, con una parziale neutralizzazione delle valenze aggressive in precedenza mobilitate, e la possibilità poi di individuare come interlocutore delle proprie richieste di sicurezza l'ambiente extraospedaliero e, più segnatamente, gli operatori dell'ambulatorio, abbiano in seguito permesso alla paziente di dispiegare più validamente le potenzialità del proprio sentimento sociale.

Riflettendo sui casi esposti si possono trarre alcune considerazioni:

A) Il problema del reinserimento sociale di soggetti a patologia schizofrenica a lungo ospedalizzati è senz'altro connesso con le limitate possibilità esistenziali di questi soggetti durante il periodo di lungo-degenza.

Bisogna constatare che, per la maggior parte di questi pazienti, la mancanza prolungata di contatti con il mondo esterno, l'annullamento di ogni prospettiva esistenziale, l'impossibilità di sviluppare le potenzialità individuali relativamente ai «compiti fondamentali dell'esistenza», costituiscono un condizionamento essenzialmente negativo.

Il diverso andamento dei due casi citati nel tentativo del reinserimento, nonostante condizioni per certi versi simili (impossibilità di rientro in famiglia; capacità di attendere ad attività non soltanto in una accettazione passiva del ricovero; assenza, peraltro, di prospettive di reinserimento lavorativo valido fuori dell'ospedale), ci induce però a non limitarci soltanto all'analisi del contesto ambientale al quale sarebbero destinate queste pazienti.

B) Le possibilità di socializzare di queste pazienti sono ovviamente limitate dall'accentuato sentimento d'inferiorità. Tuttavia anche dopo molti anni dall'insorgenza della sintomatologia clinica si riscontra una certa capacità di ripristino di attività sociali bene integrate, a condizione che sia possibile al soggetto riattivare in modo sufficientemente stabile modalità arcaiche di tipo simbiotico dell'espressività del proprio sentimento sociale quale unica via perché esso non debba subire la pressione disgregatrice della propria regressiva volontà di potenza. Ad essa il sentimento sociale del soggetto aderisce in un legame ambivalente.

C) Dal punto di vista operativo le precedenti constatazioni evidenziano la necessità che il terapeuta tenga conto delle intense valenze narcisistiche del movimento transferale (ove il termine transfert è qui in relazione ad un setting ovviamente differente rispetto ad una terapia analitica) che il paziente opera nei suoi confronti, approfondendo con estrema chiarezza il problema della «distanza» (Adlerianamente intesa) che occorre rispettare nel rapporto.

D) Ci pare significativo che il particolare tipo di attività assistenziale a carattere religioso, cui M.N. è stata chiamata a collaborare nel suo paese di origine, sia stato forse un fattore non casuale di compensazione: d'altro canto tale attività pare suggestivamente collegata ad alcune delle più importanti tematiche deliranti espresse dalla paziente.

Ciò consente di suggerire una ipotesi riguardo all'opportunità che le proposte da parte del terapeuta, per il reinserimento sociale del paziente, siano messe in relazione alla valorizzazione in senso liberatorio e positivo delle dinamiche di frustrazione e di gratificazione legate al nucleo conflittuale della patologia del paziente stesso.

La funzione orientativa del terapeuta nel reinserimento sociale del paziente richiede quindi, oltre ad una chiara analisi clinica, una intuizione delle possibilità di collegamento tra le tematiche emerse durante il ricovero e le concrete possibilità esistenziali fuori dall'Istituzione.

Ci si chiede, infine, quale possa essere il ruolo del «sentimento sociale» degli operatori stessi nei confronti del paziente quando si ponga l'eventualità che questi, dopo un lungo periodo di ospedalizzazione, debba riaffrontare una vita di relazione per certi versi nuova e ormai desueta.

★ ★ ★

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- ADLER A.: « Cos'è la Psicologia Individuale? », Newton Compton, Roma, 1976.
- ADLER A.: « Psicologia Individuale e conoscenza dell'uomo », Newton Compton, Roma, 1975.
- ADLER A.: « Il temperamento nervoso », Newton Compton, Roma, 1971.
- ELLEMBERGER H.: « La scoperta dell'inconscio », vol. II, Boringhieri, Torino, 1976.
- PARENTI F., ROVERA G.G., PAGANI P.L., CASTELLO F.: « Dizionario ragionato di Psicologia Individuale », Cortina, Milano, 1975.
- SCHAFFER H.: « La psychologie d'Adler », Masson, Paris, 1976.