

Il Gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare

Andrea Narracci

Abstract

Il Gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare si configura come un volano delle attività terapeutiche e riabilitative condotte da un Dipartimento di Salute Mentale (DSM), nei confronti della patologia mentale grave che coinvolge pazienti e familiari. Non sostituisce ma integra le altre forme di intervento psicoterapeutico, rendendo inoltre possibile al suo interno, la collaborazione tra operatori con formazioni professionali e psicoterapeutiche diverse.

Parole chiave: interdipendenze patologiche e patogene, rispecchiamento, transfert multipli, capacità di rappresentare, virtualità sana.

La storia

Il gruppo di psicoanalisi multifamiliare si origina dall'esperienza di Jorge Garcia Badaracco che iniziò a metterlo a punto intorno agli anni '60 quando divenne direttore di un reparto dell'Ospedale Psichiatrico Maschile di Buenos Aires, dopo avere effettuato la sua formazione psicoanalitica in Europa.

In una prima fase J. G. Badaracco restituì ai pazienti gli spazi che originariamente sarebbero dovuti essere loro dedicati all'interno dell'Ospedale. In relazione a questo orientamento, invitò i pazienti a tornare a vivere nelle stanze periferiche del reparto fino a quel momento occupate dal personale e a liberare il salone centrale dai letti.

In seguito li invitò a partecipare ad un gruppo che si teneva tutti i giorni a mezzogiorno in reparto e a cui dopo una certa titubanza, cominciarono a partecipare in molti finché ad un certo punto iniziò a manifestarsi l'idea di una loro possibile dimissione dal reparto stesso.

A quel punto J. G. Badaracco convocò i familiari dei pazienti, e accennò loro che alcuni di essi potevano essere dimessi e tornare a casa. I familiari gli fecero presente la loro contrarietà ma iniziarono a partecipare al gruppo e a discutere quindi delle difficoltà di oggi e quelle di ieri.

Nel gruppo in cui erano presenti i pazienti e i loro genitori o comunque dei loro familiari, gli operatori rimasero molto colpiti dalla grande somiglianza che sembrò loro di reperire tra il paziente ed uno o entrambi i genitori. Badaracco parlò addirittura del fatto che i figli apparissero come delle *caricature* del genitore a cui risultavano più legati.

L'osservazione delle interazioni tra figli e genitori della stessa famiglia e di famiglie diverse, e tra genitori e genitori, e tra figli e figli, e degli scambi con gli operatori, sembrò confermare la veridicità del nucleo centrale della teoria esplicativa psicoanalitica a proposito della psicosi: il mancato sviluppo del processo di

Funzione Gamma, rivista telematica scientifica dell'Università "Sapienza" di Roma, registrata presso il Tribunale Civile di Roma (n. 426 del 28/10/2004) www.funzionegamma.it

separazione-individuazione tra un figlio psicotico e un genitore, e il permanere stabile nel tempo dell'originaria simbiosi.

In conseguenza del venirsi a determinare di un assetto in cui il genitore non riconosce il figlio come un'entità separata da sé ed in grado mano a mano e sempre più nel corso della vita, di decidere ciò che lo riguarda con la propria testa, si sviluppano dei processi identificativi patologici per cui il figlio non riesce ad acquisire un'identità vera e propria ma tende a rimanere a vivere in un alveo in cui la personalità del genitore lo seguita a guidare in ogni sua mossa.

In conseguenza di ciò si vengono a determinare dei legami apparentemente inscindibili tra il figlio e il genitore: le cosiddette *interdipendenze patologiche e patogene* come le definisce J. G. Badaracco ovvero delle vere e proprie gabbie al cui interno, figli e genitori rimangono imprigionati.

Va sottolineato che se si inquadrano le vicende che conducono alla psicosi da questa prospettiva, appare chiaro che i pazienti inizino a stare male praticamente dal primo anno di vita anche se nessuno in genere se ne rende conto, e che la prima crisi che generalmente si verifica intorno ai 18-20 anni, è un tentativo doloroso e maldestro di rompere l'organizzazione dei rapporti vigente fino a quel momento: come dice J. G. Badaracco, in essa non è presente soltanto malattia ma contemporaneamente, malattia e sanità.

Come funziona il gruppo

In un gruppo composto da genitori, figli, e operatori, è possibile fare uso di "strumenti" abbastanza specifici di questa particolare tipologia di gruppo: il rispecchiamento e i transfert multipli che insieme rendono praticabile il recupero della capacità di rappresentare la situazione nella quale si vive.

Il rispecchiamento metaforico e non reale, consiste nell'opportunità che ogni partecipante al gruppo ha di osservare- sia che in quel momento faccia parte di un nucleo familiare patologico o che vi abbia fatto parte in passato-, ciò che accade in un contesto familiare analogo a quello a cui appartiene. Detta osservazione può aiutarlo a rendersi conto del tipo di legame che intercorre, seppure con qualche inevitabile differenza ma anche con molte similitudini, nel proprio nucleo familiare.

L'instaurazione dei cosiddetti transfert multipli costituisce una delle prime osservazioni che si verificano in un gruppo, e colpisce gli operatori: ben presto ci si accorge che un figlio riesce a parlare con il padre di un'altra famiglia e viceversa, e che figli e genitori si parlano tra loro scambiandosi impressioni ma anche giudizi.

Risulta ben presto evidente che non è vero che una donna non sappia più fare in assoluto la madre ma che è proprio con suo figlio che le risulta quasi impraticabile, mentre con un altro figlio o con un'altra figlia scopre ancora di saperlo fare mentre sia i figli che i genitori, parlandosi tra loro, sanno dirsi delle cose dirette e spesso "durissime" che gli operatori avrebbero avuto ancora bisogno di chi sa quanti gruppi per riuscire a cogliere e a trovare il coraggio di dire.

L'insieme degli scambi contrassegnati dai due elementi appena descritti e dalle due regole fondamentali che viene proposto di seguire e cioè che ognuno ha diritto di

parlare mentre gli altri hanno il dovere di ascoltarlo, e che ognuno deve abbandonare l'idea di pretendere di avere ragione e rassegnarsi all'idea che l'altrui visione della realtà sia da considerare altrettanto valida della propria anche se parzialmente o totalmente divergente, costituiscono i punti di riferimento fondamentali per la conduzione del gruppo.

Un gruppo del genere infatti non si basa come avviene tradizionalmente nella terapia di gruppo, sull'azione di un conduttore e di un co-conduttore. L'idea non è che il terapeuta e il suo aiuto debbano leggere quello che accade nel gruppo, e restituirlo alla fine del gruppo stesso. I conduttori possono essere più di due, quattro per esempio, e devono soprattutto vigilare affinché gli interventi di tutti i partecipanti, compresi i propri, si susseguano in base alle prenotazioni degli stessi e che non ci siano deroghe, la maggior parte delle volte costituite da dialoghi che viceversa per quanto possibile, vanno evitati. Vanno evitati perché tendono a favorire un funzionamento della mente più vicino al processo secondario; al contrario va favorito il regolare succedersi degli interventi secondo l'ordine di prenotazione, mettendo nel conto che in conseguenza di ciò, gli interventi non si richiameranno l'uno all'altro, e che viceversa risulteranno "lontani" l'uno dall'altro e apparentemente, non connessi. In realtà più si riesce a procedere in questo modo, più si facilita il funzionamento delle menti secondo il processo primario attraverso il prevalere delle libere associazioni. Ci si accorgerà così pian piano, che la scelta degli argomenti che compariranno negli interventi, condurrà ad una situazione in cui i singoli interventi acquisiranno senso nel momento in cui ci si accorgerà che messi tutti insieme, stanno dando luogo al pensiero di una <<mente ampliata>> (Badaracco, 1997) costituita dai pensieri di tutte le persone che sono e non sono intervenute.

Una seduta

La seduta inizia con i complimenti del padre di D. ad S. che sta per uscire dalla Comunità Terapeutica dopo aver terminato il suo percorso.

D. esprime il suo dispiacere per il fatto che il padre ha manifestato la sua fiducia a S. piuttosto che a lui, e dice di essersene reso conto improvvisamente mentre ascoltava l'esternazione del padre nei confronti di S.

Il padre si giustifica dicendo che D. è solo all'inizio del suo percorso in Comunità Terapeutica.

D. aggiunge che il padre parla poco con lui mentre lui parla a lungo con la madre che riesce a infondergli fiducia.

Interviene la madre di D., a sottolineare che è molto importante riuscire ad esprimere i propri sentimenti ma che non siamo tutti uguali da questo punto di vista.

Prende la parola I., sorella di E. che sta in Comunità Terapeutica, e dice che anche la madre è piuttosto <<freddina>> e non è in grado di mostrare i propri sentimenti.

E. che si è nascosta nelle retrovie per non correre il rischio di essere interpellata: conferma che la madre non la abbraccia e non la bacia quanto

invece avrebbe voluto, perché è piuttosto riservata.

Prende la parola l'Operatore 1 che dice che a volte, magari un genitore dà per scontata l'esistenza dei propri sentimenti, e non si preoccupa del fatto che se un genitore non li manifesta, il figlio può anche non accorgersi che il genitore li nutra dentro di sé, e che sono importanti sia le parole che gli atti, a testimonianza di ciò che si prova.

Riprende la parola il padre di D., spostando l'attenzione sul tema delle aspettative dell'uno nei confronti dell'altro e su quanto sia inevitabile che si creino continuamente delle aspettative reciproche.

Il tema delle aspettative è molto meno intenso di quello del registro dell'espressione spontanea dei sentimenti su cui il gruppo si stava avventurando e forse non è un caso che il padre di D. abbia "preferito" spostarsi su un piano più cognitivo su cui si possa teorizzare.

Alcuni membri del gruppo intervengono su questo tema finché l'Operatore 2 prova a tornare sull'argomento iniziale, proponendo una seconda possibile motivazione a proposito del perché un genitore non dica o non faccia quello che sente nei confronti del figlio, e che consisterebbe in una non sufficiente fiducia e considerazione di sé che quindi lo porta a sottovalutare l'importanza di quello che lui dice o fa nei confronti del figlio, ed alla fine non viene manifestato.

Subentrano una serie di interventi di genitori che si ritrovano in questa ipotesi, finché la madre di L. chiede di sapere dai figli che sono lì dove è che i genitori hanno sbagliato.

Il tono appare polemico come per ottenere che nessuno dei figli dimostri di essere in grado di rispondere.

Interviene allora la madre di V. che racconta di essersi resa conto soltanto di recente, di non essere stata ai saggi finali delle attività svolte da V. durante l'anno o di aver preso molto sottogamba alcune iniziative di V., e che di queste mancanze di attenzione e del non aver espresso un minimo di fiducia nei confronti di un'attività che per lei non era importante ma per V. sì, oggi si pente essendosi resa conto del fatto che la fiducia in sé stesso, un figlio la acquista anche in relazione a quella che un genitore mostra nei suoi confronti.

Interviene la sorella di L. per dire che la domanda della madre nei confronti dei ragazzi a proposito delle inadempienze dei genitori, è indicativa di quanto i suoi genitori non abbiano iniziato a mettersi in discussione, e seguitino a rimandare tutto alle responsabilità dei figli.

A questo punto la madre di L. interviene con un altro tono più conciliante e costruttivo come per dire che la sua domanda celava un'intenzione costruttiva.

L. interviene e dice che ha preferito non rispondere.

L'Operatore 1 dice che L. ha fatto bene a tacere e che per cambiare ci vuole tempo, e loro sono soltanto agli inizi.

Convergenze e ricadute

Se il lavoro del gruppo consente di allentare le *interdipendenze patologiche e patogene*, a quel punto diventa possibile che da ognuno dei due o tre membri di quella famiglia incastrati da una vita l'uno nell'altro, possano emergere aspetti delle rispettive personalità che fino a quel momento non avevano potuto avere l'opportunità di svilupparsi: le cosiddette *virtualità sane*.

A mio avviso, il concetto di <<*virtualità sana*>> di Jorge Garcia Badaracco (2007) corrisponde in maniera significativa a quello dei cosiddetti <<*Sé multipli*>>, immaginato da Philip Bromberg (1998) cioè all'idea che la personalità di un individuo sia costituita da un insieme di Sé di cui abitualmente ne sono usati solo alcuni mentre la maggior parte dei Sé che non vengono usati abitualmente perché sono stati scissi e resi dissociati, sono riutilizzabili e non perduti per sempre, purché si creino le condizioni in cui ciò sia possibile che si verifichi.

Secondo questo modo di inquadrare la realtà individuale, la dissociazione è un meccanismo di difesa molto più utilizzato a livello generale di quello che abitualmente si crede e i traumi reali sono molto più presenti nella storia dei pazienti, sia di quelli più gravi che di quelli meno gravi, di quanto si ritenga in genere.

Nella mente di J. G. Badaracco, il paziente è concepito come qualcuno che se opportunamente aiutato, cioè una volta liberato dall'occupazione di qualcun altro che partito con l'idea di aiutarlo, gli aveva impedito di percorrere la lunga e dolorosa strada della ricerca di sé, può essere in grado di appropriarsi o riappropriarsi della propria vita.

E' una concezione del paziente grave a mio parere, molto simile a quella che sottende il movimento psichiatrico della *recovery*, e cioè che un paziente messo nelle condizioni di vivere una vita accettabile, per esempio in una casa propria da cui nessuno lo possa mandare più via, dimostri di essere in grado di farlo pur permanendo nella sua vita, i segni di una patologia ancora presente seppure attenuata e tendenzialmente stabilizzata dalla presenza di un'appropriata relazione terapeutica, e dall'uso di un'adeguata terapia farmacologica.

Per ultimo ricordo che il gruppo può essere usato in tutti i tipi di servizio- territoriale, comunitario, e ospedaliero-, che fanno parte di un Dipartimento di Salute Mentale (DSM).

A questo proposito, vorrei soffermarmi sugli effetti dell'uso di un gruppo all'interno di un servizio psichiatrico per quanto riguarda le ricadute sui rapporti tra gli operatori. In seguito considererò le ricadute dell'uso del gruppo se attuato in un Distretto cioè nell'unità territoriale composta da un servizio territoriale, comunitario, e ospedaliero, e infine gli effetti della sua utilizzazione su un intero DSM.

Se gli operatori di un servizio partecipano ad un gruppo con regolarità, essi iniziano a condividere le emozioni e gli affetti che circolano tra le diverse persone che provengono da situazioni a transazione molto disturbata. Ciò li induce da un lato a conoscere aspetti della malattia e della sanità delle persone presenti e altrimenti difficilmente raggiungibili, dall'altro possono confrontarsi continuamente tra loro in azione, fatto del tutto insolito, il che può aiutare a far crescere tra loro una solidarietà

nuova e profonda.

Lo stesso può verificarsi tra operatori appartenenti a servizi diversi all'interno di un distretto, e addirittura tra operatori appartenenti a distretti differenti ma tutti facenti parte di un unico Dipartimento di Salute Mentale.

Se si danno queste condizioni e cioè che gli operatori dei servizi che compongono un DSM condividano la tendenza ad osservare i fenomeni di cui si devono occupare da un punto di vista simile, proprio per l'uso sistematico del gruppo all'interno di ogni servizio, le inevitabili interazioni tra i servizi di un DSM che si devono occupare del paziente- da quando sta male in fase acuta a quando sta male e riesce a farsi aiutare regolarmente in Comunità Terapeutica (CT) o presso i Centro di Salute Mentale (CSM)-, potranno essere governate con maggiore continuità.

Dopo aver riscontrato il miglioramento dei rapporti tra gli operatori all'interno della Comunità terapeutica in cui ho iniziato a farne uso, ne ho proposto l'utilizzazione nei due Centro di Salute Mentale che facevano parte del 1° Distretto del DSM della ASL RM A, di cui ero divenuto coordinatore.

Si è formato così un primo Distretto del Dipartimento di Salute Mentale, a struttura multifamiliare che ha dato luogo, da un lato al miglioramento dell'intervento nel suo complesso nei confronti dell'utenza, dall'altro alla presa in considerazione dei rapporti tra gli operatori dello stesso servizio e di servizi diversi tra loro, su basi nuove più contrassegnate dalla solidarietà che in passato.

Successivamente, essendo divenuto direttore facente funzioni del DSM, e coordinatore delle attività del 4° Distretto, ho introdotto l'uso del Gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare nei due Centro di Salute Mentale (CSM) di quel Distretto, mentre nella Comunità Terapeutica già veniva usato: in seguito anche nel CSM del 2° Distretto mentre in quello del 3° Distretto già era stato introdotto; e infine sia nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) dell'Ospedale S. Andrea che ricovera i pazienti del 4° Distretto, che nella Comunità Terapeutica di Ripa Grande che si occupa di pazienti giovani.

In particolare l'introduzione del Gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare in queste due ultime realtà, il SPDC e la Comunità Terapeutica per giovani psicotici e borderline, ha permesso la formulazione di un programma d'intervento omogeneo che comprende il ricovero in SPDC in caso di crisi del paziente, il suo trasferimento nella Comunità Terapeutica (CT) per giovani e prevede un intervento della durata di tre o sei mesi (CT intensiva), e il successivo affidamento ai servizi territoriali- CSM, Centro Diurno e Riabilitazione Diffusa nel territorio-, o ad una Comunità Terapeutica (estensiva) che lavora con tempi previsti da due a tre anni. Il tutto corredato da una presa in carico del paziente a livello individuale, da parte del servizio ambulatoriale di psicoterapia per giovani adulti, *Colpo d'Ala*.

Bibliografia

Badaracco, J. G. (1997). *La comunità terapeutica psicoanalitica di struttura multifamiliare*. Milano: Franco Angeli.

Badaracco, J. G. (2003). *Psicoanalisi Multifamiliare*. Torino: Boringhieri.

Funzione Gamma, rivista telematica scientifica dell'Università "Sapienza" di Roma, registrata presso il Tribunale Civile di Roma (n. 426 del 28/10/2004) www.funzionegamma.it

Badaracco, J. G. (2007). La vitalità sana nella psicosi. *Interazioni*, 28: 16-24.
Badaracco, J. G., Narracci, A. (2011). *La Psicoanalisi Multifamiliare in Italia*. Torino: Antigone.
Bromberg, P. M. (1998-2001). *Clinica del trauma e della dissociazione*. Milano: Cortina, 2007.

Andrea Narracci, è psichiatra e psicoanalista, presidente del *Lipsim* (Laboratorio Italiano di Psicoanalisi Multifamiliare), e direttore facente funzione del Dipartimento di Salute Mentale dell'ASL RMA.

e-mail: andrea_narracci@hotmail.com