

Il lavoro con i familiari dal primo contatto ai gruppi multifamiliari.

Elisa Chiti Psicologa-Coordinatrice Comunità Passaggi

Fin dalla fondazione della Ct abbiamo sempre creduto che coinvolgere le famiglie in un discorso di partecipazione alle finalità della comunità non era soltanto un'opzione terapeutica, ma la conditio sine qua non per la quale la terapia può o non può svolgersi.

Coinvolgere le famiglie nel trattamento comunitario è riconoscere ad ogni persona una storia, attraversata da innumerevoli storie. La storia è storia di relazioni interpersonali, ma anche di relazioni nel contesto sociale, nell'arco della vita, lungo l'asse delle generazioni.

Il riconoscimento di ogni persona è un riconoscimento di competenze, poiché vivere la vita richiede competenza, qualunque sia la forma di questa, dalla creatività fino al delirio.

Tale costrutto si distanzia e di molto, da quello in cui le famiglie sono viste come responsabili principali della psicosi nel quale immaginare lo sviluppo della malattia mentale in termini colpevolistici può essere sì consolatorio per l'operatore, ma è perfettamente inutile ai fini terapeutici.

È vero che le famiglie sono spesso irritanti, imprevedibili, disfunzionali, emotivamente vulnerabili, ma sono in realtà la principale risorsa del paziente, e della CT.

Rinunciare all'orizzonte colpevolistico nella prassi della comunità è un compito arduo ma necessario per consentire alle famiglie di sentirsi sostenute, accolte e comprese e di attingere allo stesso tempo a quelle risorse inutilizzate, eppure presenti.

La prospettiva che abbiamo cercato di tenere a mente è quella di considerare la famiglia ed il paziente di cui fa parte, come il punto di arrivo di una lunghissima storia di cui nessun membro della famiglia, e il paziente meno che mai, è veramente e consapevolmente portatore, ma soltanto "esecutore". Il paziente è spesso l'ultimo capitolo di una trama transgenerazionale che appare sconosciuta. A fronte di questa impossibilità di visualizzazione da parte dei membri della famiglia delle vicende e delle connessioni storiche, gli operatori dovrebbero fare attenzione ad entrare nel mondo familiare del paziente con la massima circospezione come converrebbe che facesse chiunque entri in un territorio inesplorato. Risulta dunque che le storie familiari di cui sono rappresentanti gli ospiti della CT, sono quasi sempre storie che ad un certo punto s'interrompono, o meglio ancora, sono storie che s'impantanano in territori di non-senso, conducendo il paziente a frenare, anche bruscamente, il suo percorso maturativo e a bloccare ogni compito evolutivo personale e sociale: la persona si isola, si chiude in casa, disimpara a lavorare, a studiare, a frequentare gli amici, a contattare i partner, ad interessarsi di aspetti creativi: entra in una circolarità "viziosa" nella quale esiste solo il disagio ed i sintomi, ultime vestigia di una comunicatività divenuta impossibile,

residui tossici privi di significato, quasi come se alcune parti della mente fossero morte o danneggiate. Ciò che sembra avvenire è che il paziente e, molto spesso, la sua famiglia non sono più in grado di leggere la realtà ed interagire con essa, come se la storia di cui sono portatori non consentisse di procedere oltre: qualcuno si ferma ai compiti adolescenziali fermandosi sul bordo della vita adulta o molto prima (studi, servizio militare, primi compiti sociali, lavoro, affetti, sessualità); qualcuno sembra andare oltre: sostiene i primi esami universitari, o si laurea, o si sposa, mette su famiglia, lavora più o meno stabilmente, ma all'improvviso sembra non riuscire più a sostenere i propri compiti e i propri ruoli. Queste storie familiari, inoltre, contengono sempre dei traumi antichi o recenti: lutti, separazioni, trasferimenti, fallimenti economici, tradimenti, eventi incomprensibili e improvvisi, tentativi emancipativi andati a vuoto, frustrazioni-castrazioni-umiliazioni-vergogne non metabolizzate, etc.. L'aspetto che invariabilmente, in tutte queste storie, è evidente agli occhi dell'osservatore o del terapeuta è che quello che appare incrinato e compromesso è proprio il passaggio dell'individuo tra il mondo familiare e quello sociale, un passaggio - un ponte crollato - che non consente più gli attraversamenti che in precedenza sembravano più agevoli tra i due mondi. Il paziente "cade" o "recede" all'interno di una monoappartenenza che coincide con la propria storia familiare divenuta insufficiente nel raccontare il mondo o parti essenziali di esso. L'individuo (e la sua famiglia) non maneggiano più (o non hanno mai maneggiato) i codici socio-culturali e si vedono costretti a raccontare una storia molto semplificata di se stessi e della realtà circostante. Il paziente, dal canto suo, tenta di raccontare un'altra storia, la sua storia, una storia che disperatamente salvi la sua appartenenza e della sua pesante storia familiare e al contempo i suoi desideri emancipativi al di fuori del mondo familiare. Ma questo tentativo segna l'inizio della "malattia" poiché la capacità dell'individuo risulta a questo punto in larga misura carente o impossibilitata a svolgersi, e la storia che ne viene fuori è spesso una teoria alternativa alle codificazioni sociali (delirio), o una non-storia fatta di silenzio e di non-senso (depressione), o una storia estremamente conflittuale nella quale non c'è posto per il narratore (disturbo di personalità). Viene a mancare dunque un'autentica multiappartenenza dell'individuo, viene a mancare cioè una "sana dieta mentale" che consenta di integrare gli "alimenti" e di nutrire la mente dell'individuo con cibo opportunamente scelto al di fuori della cucina di casa. Il lavoro della CT diventa allora quello di riattivare e rivitalizzare quei processi interrotti dalla malattia, che nell'ottica qui utilizzata, corrisponde a lavorare intensamente con le famiglie degli ospiti di CT affinché si rimettano in circolo ed in collegamento quelle storie sepolte o secluse che sono alla base dei problemi del membro familiare e che permetta ad esso di muoversi attraverso altre appartenenze con un maggiore grado di libertà.

Il lavoro con la famiglia inizia già al primo contatto telefonico nel momento in cui c'è uno scambio informativo. In quell'occasione viene stabilita una prima visita valutativa che verrà effettuata dal responsabile delle valutazioni che oltre ad illustrare nel dettaglio le attività della comunità provvederà tramite apposito modulo alla raccolta dei dati e alla valutazione del contesto familiare.

In tale occasione viene effettuata anche la valutazione psichiatrica.

Una riflessione per noi essenziale nel momento dell'incontro con la famiglia e il futuro ospite è che "l'incontro è l'incontro tra due territorialità ancor prima che l'incontro tra due persone" (Nucara).

La territorialità del paziente, cioè l'insieme delle sue traversie di attraversamento di campi mentali, entra in contatto con la territorialità dell'operatore, attraversato a sua volta dalle sue vicissitudini come persona e contemporaneamente del campo mentale istituzionale di appartenenza.

Tale contatto è spesso contraddistinto da sentimenti di angoscia, bisogno ed impotenza simili all'esperienza umana che è l'esperienza dello "straniero": le due territorialità sono reciprocamente ignote nei loro codici fondativi di senso.

Le conseguenze di tale assetto è che i due contraenti tentino manovre di protezione tramite una "colonizzazione" dei codici dell'altra territorialità.

L'incontro con il paziente e la sua famiglia può accadere per la prima volta nella storia di vita del paziente o può subentrare entro una sequenza di altre esperienze psi : ambulatori, CSM, SERT, Centri Diurni, professionisti privati.

Definiamo abitualmente questa sequenza "storia di malattia" mentre forse dovremmo pensarla come afferma C. Pontalti "storia di fallimenti nella trasformazione del confine di contatto in territorialità di connessione". Dove la prima rimanda il fallimento alla malattia del paziente, la seconda rimanda alla nostra responsabilità di curanti nel comprendere, proporre e gestire.

La nostra esperienza vede principalmente arrivare pazienti con una lunga storia di fallimenti, di quella mancanza di una connessione che permetta l'esperienza della comprensione, della fiducia e di quello che ha a che fare con quello che chiamiamo alleanza terapeutica.

Per questo motivo nella nostra procedura di ingresso prevediamo dopo la prima visita, che permette reciprocamente di conoscerci, l'assegnazione, anche a seconda delle attitudini personali, di un operatore referente che andrà a trovare il paziente a casa per almeno un paio di volte.

Queste visite domiciliari hanno lo scopo di conoscere il paziente nei luoghi delle sue sofferenze, di permettere che il sentimento dell'ignoto possa già nella prima fase connotarsi come un tentativo di avvicinamento dei codici fondativi delle proprie territorialità.

Il luogo in cui vive, la casa e la propria stanza già danno le prime indicazioni sulla storia del paziente. In tale occasione l'operatore, che insieme alla famiglia assumono la funzione di ponte fra casa e la comunità, provvederà ad iniziare a raccogliere una storia individuale del paziente.

L'esperienza, che i pazienti ci riportano dopo anche diverso tempo, è quasi sempre riferita ad un sentimento di accoglienza e riconoscenza. L'operatore entra a casa ma è la comunità che si muove favorendo un processo di conoscenza e di presa in carico.

La famiglia può essere vista come risorsa anche al momento dell'ingresso. Una buona alleanza terapeutica con la famiglia permette infatti, nei momenti di criticità in cui un paziente può mettere anche in dubbio l'avvio di un percorso terapeutico riabilitativo, di trovare strategie alternative per superarli.

A tal proposito a volte è stato utile iniziare gli incontri familiari già nella fase di avvicinamento alla Comunità ovvero quando i pazienti ancora fanno le giornate di prova. Questo può avere lo scopo sia di disinnescare situazioni che oramai a casa tendono ad essere esplosive sia, come dicevamo prima in caso di momenti di crisi del paziente rispetto all'ingresso, quello di tessere una rete supportiva che possa strategicamente aiutare il paziente in quel delicato passaggio.

Succede spesso che i tempi di ingresso siano relativamente lunghi fino ad arrivare, dal primo colloquio in ct, anche ad un anno e spesso i pazienti e le famiglie non hanno quel giusto supporto, per diversi motivi, neanche dai Servizi Pubblici. In questo caso si prevede un progetto fatto di giornate in ct per l'ospite e di colloqui per i genitori.

Ad esempio in questo momento storico sta facendo, oramai da diversi mesi, l'avvicinamento D. al quale il percorso in comunità è stato proposto dal CSM di appartenenza e dalla famiglia per un disturbo schizoaffettivo. Il paziente non solo mostrava inizialmente una mancanza di motivazione alla cura ma non aveva proprio accettato tale soluzione. Inoltre il clima in famiglia era diventato insostenibile tanto che il padre in più di qualche occasione esternando la sua rabbia e la sua disperazione ci aveva palesato la fantasia di gesti estremi.

Abbiamo pensato così di affiancare alle giornate di prova di D. gli incontri familiari a cadenza quindicinale, inizialmente solo con i genitori al fine di supportare loro in questo momento di forte malessere e di permettere a D. di avvicinarsi con meno resistenze e più consapevolezza al percorso comunitario. Negli ultimi incontri è stato inserito anche D. che ad oggi ha accettato l'idea di entrare in comunità pur mettendosi in una posizione valutativa. In tale setting ha potuto esprimere già dopo qualche settimana dal suo ingresso, come aver iniziato a ragionare insieme agli operatori e alla famiglia della sua situazione, gli ha permesso di comprendere quanto le sue difficoltà potessero essere trattate all'interno di un percorso di cura comunitario.

Gli incontri familiari possono iniziare quindi o durante le giornate di prova oppure al momento dell'ingresso. In tale setting inizialmente troviamo la figura dello psicoterapeuta familiare, l'operatore di riferimento e i familiari. Il paziente verrà inserito nell'incontro nel momento in cui lo psicoterapeuta e l'operatore di riferimento lo riterranno opportuno.

La presenza dell'operatore referente all'interno del setting familiare ha secondo noi la valenza di mantenere un collante tra famiglia e ospite e tra famiglia e comunità, permettendo di favorire il terapeuta familiare in ciò che accade nel qui ed ora della quotidianità in comunità e a propria volta di avere una lettura clinica più ampia da trasmettere agli altri operatori.

Nei primi due tre colloqui, dove appunto non è presente il paziente si tenta, come detto, una ricostruzione della storia familiare esplorando anche la dimensione transgenerazionale. Il paziente non viene inserito in questa fase anche per permettere ai familiari di poter procedere con una narrazione il più libera possibile da condizionamenti.

Oltre agli incontri familiari il lavoro con le famiglie viene completato con la partecipazione ad un altro setting, quello del gruppo multifamiliare.

IL Gruppo multifamiliare che nasce dalla psicoanalisi multifamiliare di Badaracco promuove la costruzione di uno scenario nuovo, all'interno del quale i vari nuclei familiari, compresi i pazienti, hanno la possibilità di mettere a confronto le proprie esperienze e di lavorare, davanti ad un grande gruppo e con il suo aiuto: "sull'articolazione tra una famiglia e un'altra, facendo scaturire la ricchezza delle somiglianze, delle differenze e delle contraddizioni, per generare nuove organizzazioni individuali e familiari allo stesso tempo" (J.G. Badaracco 2000).

Il gruppo è condotto dal Direttore della ct con formazione gruppoanalitica insieme ad una mini equipe composta dal coordinatore della ct, il responsabile dei colloqui familiari, 4-5 operatori di ct, tirocinanti ed osservatori con lo scopo di recorder.

Il gruppo multifamiliare ha cadenza mensile e prevede che il conduttore e la mini equipe si riunisca mezz'ora prima e mezz'ora dopo il gruppo che ha la durata di due ore.

La famiglia assume così la funzione di luogo terzo per il paziente che per un periodo, anche piuttosto lungo, risiede in comunità.

A volte può esserci la necessità di coinvolgere altre figure che possano assumere tale funzione come ad esempio datori di lavoro, amici, o altre persone significative nella vita del paziente.

Ad esempio qualche tempo fa abbiamo avuto ospite D il quale è venuto accompagnato da diverse coppie conosciute all'interno di un' esperienza spirituale per lui significativa. Considerato che i familiari (padre e sorelle) non erano (e non sono mai stati disponibili) ad incontrarci si è pensato di far partecipare loro alla vita di D. in ct . In questo caso seppur impostando il lavoro in altra maniera,

si è pensato che le tre coppie, che si alternavano negli incontri, potessero rappresentare il terzo a cui far riferimento e con cui poter ragionare in una prospettiva progettuale.

Oppure nel caso di C. la cui datrice di lavoro ha preso parte al gruppo multifamiliare.

C. è un ex paziente borderline, di origini sudamericane, adottato da una famiglia abruzzese per motivi per lo più ideologici che per l'effettiva volontà di avere un figlio. I genitori di C. hanno partecipato solo a qualche incontro familiare, all'inizio del percorso dopodiché adducendo una difficoltà propria a tollerare le mancanze e gli eccessi del figlio hanno delegato in tutto e per tutto la comunità.

Si è pensato così, dato che il paziente aveva iniziato un tirocinio lavorativo presso un ristorante, di coinvolgere la titolare che lo aveva preso a ben volere, tanto da assumerlo come cameriere.

Si è potuto così notare all'interno delle dinamiche gruppali un importante contributo da una delle figure che in quel momento era più significativa anche a livello affettivo nella vita del paziente.

Ciò ha permesso allo stesso paziente di tornare a partecipare ad uno spazio al quale non si sentiva in diritto di accedere poiché non accompagnato dalla famiglia.

Tante volte negli ultimi anni ci siamo posti l'interrogativo su cosa fare nel momento in cui a chiedere di entrare in ct sono pazienti senza genitori o che magari non vogliono che i familiari partecipino ad un lavoro congiunto.

E il caso di M. che arriva da una ct del nord dopo aver tentato per sette volte il suicidio. E che accetta di poter giungere da noi solo alla condizione che i genitori non venissero coinvolti nella sua terapia, in particolar modo la madre dalla quale si era fatta firmare una dichiarazione che attestava con assoluta fermezza la volontà di non volerla ne vedere, ne sentire per il resto della sua vita.

Queste persone hanno diritto alla cura, con la consapevolezza di noi curanti, che il nostro intervento può essere non del tutto articolato secondo il nostro modello?

Abbiamo avuto l'audacia di accettare la sfida, con la convinzione che i modelli spesso possono ingabbiare o divenire autoreferenzialità che precludono una nuova pensabilità.

Durante il suo percorso M ha iniziato a partecipare allo spazio del multifamiliare da sola mettendo il veto della partecipazione non solo della madre ma anche della figura paterna. All'interno di tale setting M è riuscita a confrontarsi con altri familiari ma soprattutto a parlare dei propri genitori e della sua storia. Questo ha permesso lei di pensare alla possibilità di iniziare incontri familiari a cui fosse presente il padre.

Nel caso in cui una famiglia invece è completamente assente diventa ancora più importante un lavoro sinergico con le istituzioni di riferimento come ad esempio il servizio inviante.

Al momento abbiamo due situazioni in cui le famiglie sono completamente assenti. Quella di Z. di origini straniere che arriva da noi con una misura cautelare la cui famiglia, anche per retaggio

culturale, non ha mai dato la sua disponibilità a supportare il figlio in questo percorso e l'altro è A diciottenne figlio di tossicodipendenti che da quando è nato è sempre stato istituzionalizzato o affidato a famiglie che puntualmente hanno rinunciato all'affido. In questi casi è proprio il rapporto stretto con le istituzioni, CSM e USSM per il primo e CSM e servizi sociali del comune di appartenenza per il secondo ha permesso di mettere su un progetto terapeutico riabilitativo che possa avere anche uno sguardo al futuro.

Ma se le famiglie non ci sono? Nel corso degli anni ci siamo chiesti quindi chi è famiglia, cosa intendiamo per famiglia. Questo alla luce anche di quelle che chiamiamo nuove famiglie, quando i genitori si separano e si riaccompagnano con nuovi partner.

Ma cosa vuol dire famiglia? Chi è che incontriamo? Principalmente tendiamo ad incontrare i genitori ma nel corso degli anni ci siamo accorti dell'utilità di dar modo ad altri familiari di aiutarci nella comprensione della storia del paziente riportandola dalla propria prospettiva.

Ad esempio nella ricostruzione della storia di L. con i genitori, negli incontri familiari, ci sembrava che ci fossero delle aree non esplorabili e per tale motivo si è pensato di coinvolgere la sorella che ci ha permesso, attraverso il suo racconto di fare luce sul periodo in cui L faceva una vita all'insegna degli eccessi (abuso di alcool e sostanze) e della sregolatezza.

Un' altro aspetto su cui ci siamo soffermati a riflettere è quello delle famiglie in cui i genitori sono separati. Come ci si incontra tutti insieme o separati? Cosa apre metterli insieme?

Questi sono gli interrogativi che ci siamo posti negli ultimi anni. inizialmente la tendenza era quella di mettere tutti insieme. Ci siamo però accorti che gli incontri diventavano motivo di scontro tra gli ex coniugi e il paziente oltre ad assistere a scene pietose passava sullo sfondo. Abbiamo così valutato che nella maggioranza dei casi è più utile vedere i genitori separatamente. Programmando con ognuno un incontro familiare o prospettando ad uno l'incontro familiare e all'altro il gruppo multifamiliare.

Un'altra domanda che ci siamo posti è bisogna sempre lavorare con la famiglia in termini di reinserimento in famiglia o di svincolo? Al momento della dimissione della comunità il paziente deve necessariamente tornare a casa? A volte il nucleo patogeno è talmente tanto radicato nel contesto familiare che sarebbe auspicabile proprio un processo emancipativo di svincolo. Paradossalmente la famiglia può essere una risorsa anche in questo senso purché venga favorito un confronto tra i diversi membri e purché questi vengano aiutati a rileggere con nuove lenti e in termini possibilistici la storia familiare e le dinamiche in gioco. Il lavoro con essa in concerto con i servizi invianti può essere motivo di riflessione circa eventuali soluzioni di vita post comunità extra familiari mantenendo però un rapporto affettivo con la famiglia di origine.

In conclusione:

La Comunità Passaggi ha strutturato dalla sua fondazione e successivamente durante gli anni, un intervento residenziale per persone con disagio psichico, dove la famiglia è considerata una risorsa con cui lavorare, allo scopo di:

- consentire una maggiore comprensione della fenomenologia dei disturbi psichiatrici;
- il raggiungimento di un atteggiamento più consapevole e responsabile nei confronti della dimensione esistenziale della sofferenza del residente;
- comprendere i cambiamenti e miglioramenti intervenuti nel percorso comunitario per fare in modo che le risposte dei familiari siano sempre più adeguate e coerenti;
- consentire una migliore gestione dell'emotività espressa da tutti i membri del nucleo familiare, emotività che è spesso causa di forti tensioni e conflitti.

In questi anni, seppur mai si è intrapresa una ricerca quantitativa sugli effettivi esiti del trattamento, si è potuto comunque osservare a livello qualitativo i seguenti elementi:

- bassissima percentuale di Drop-out nei primi sei mesi del trattamento;
- una partecipazione costante dei familiari all'interno dei colloqui familiari, anche di coloro che storicamente sono "etichettati" come diffidenti ed assenti nella cura del loro caro;
- La possibilità reale che residenti e familiari possano esprimere con maggior efficacia i propri sentimenti anche scomodi ed imbarazzanti;
- L'aver strutturato il gruppo multifamiliare ci ha permesso di osservare l'emergere di ulteriori contenuti e dinamiche che risultavano non esprimibili nei colloqui familiari;
- La presenza assidua dei familiari all'interno del percorso di cura ci appare come una variabile prognostica significativa per un miglior esito del trattamento.

Bibliografia:

- Nucara, Menarini, Pontalti: *La famiglia e il gruppo: clinica gruppanalitica e psicopatologia* in Di Maria- Loverso (a cura di), *La psicodinamica dei gruppi* Cortina Milano 1995
- D'Elia L. in "Interazione" 1998/12. Franco Angeli Editore
- Pontalti C. *Persone e gruppo: il lavoro ambulatoriale nella psichiatria pubblica* in "Gruppi" 2003/3
- Badaracco J.G. - Narracci A. *La psicoanalisi multifamiliare in Italia* 2010