

Il ciclo evolutivo di un Gruppo Multifamiliare nel Centro di salute mentale di Prato valutazione di un gruppo in trattamento nell'epoca post – Covid

Descrizione

Laura Del Matto, Dirigente medico psichiatria AUSL Toscana Centro, Psicoterapeuta familiare

Introduzione

La sfida del pensiero sistemico fin dagli anni '70 è stata quella di contagiare l'istituzione psichiatrica con un pensiero che integri la famiglia all'interno del progetto di cura del paziente, sperimentando la complessità dell'integrazione e della cooperazione dei sottosistemi che interagiscono nel processo terapeutico: il paziente, la famiglia, l'*équipe* e l'istituzione. Le più recenti linee guida del *National Institute for Health and Clinical Excellence* del 2014 sul trattamento dei disturbi mentali sottolineano l'importanza di interventi psicoterapeutici per i familiari di pazienti psichiatrici gravi (NICE 2014).

Nel 2000 nel libro "Il famigliare: legami, simboli e transizioni" Scabini e Cigoli spiegano come la famiglia in quanto forma sociale primaria di rapporto tra sessi e tra generazioni (legami di filiazione e legami intergenerazionali) svolge un'altra funzione culturale e sociale originaria: essa incarna ed esprime infatti una struttura relazionale simbolica che consente agli individui di rappresentarsi e affrontare l'esterno, il nuovo, l'estraneo (il non familiare). Si fa riferimento nella stesura di questo articolo, anche alla psicoanalisi multifamiliare, che giunge in Italia con il contributo di Ernesto Mandelbaum e Alfredo Canevaro, allievi di Jorge García Badaracco (Buenos Aires 1923-Buenos Aires 2010) psichiatra argentino di formazione psicoanalitica che aveva brevettato tale dispositivo di sostegno per i servizi di ospedalizzazione. Sappiamo che molto dello psichico individuale, soprattutto nei casi difficili, si esplicita nel contesto familiare e nello spazio relazionale con gli altri: pensiamo a tutti i meccanismi proiettivi e di dislocamento nella realtà a cui il soggetto ricorre per lenire il proprio dolore mentale (Nicolò, 2000). Alfredo Canevaro, nella sua pratica clinica, amplia il modello di Badaracco attraverso l'esperienza di psicoterapeuta sistemico utilizzando i gruppi nei servizi pubblici (Canevaro,2011). Qui in Toscana esempi di gruppi multifamiliari nei servizi pubblici sono stati portati avanti da Saraò e De Berardinis

Materiali e metodologia di intervento:

Il Gruppo Multifamiliare descritto in questo articolo come dispositivo terapeutico sistemico (*tabella a*), ha arruolato, dal 2021 al 2025, 10 famiglie del CSM di Prato con varia diagnosi (paziente designato di età media 29,6 anni) per un campione di 26 partecipanti. Sono stati utilizzati per la terapia di gruppo, il metodo sistemico relazionale e alcuni assunti della terapia di gruppo ad impronta psicoanalitico – relazionale. Le 10 famiglie hanno partecipato regolarmente agli incontri quindicinali composti da medico psichiatra, ESP (esperto per esperienza) e infermiere e in questo articolo si analizza l'analisi della domanda.

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Via G.C. Vanini, 15 – 50129 Firenze Tel. 055 496522 Fax 055 481045 email protocollo@omceofi.it. Copyright by Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze

Nucleo familiare	Età del paziente	Ricadute	Sospensione terapia	Ricoveri e TS	Partecipazione	Diagnosi	invii
Tutto	42	No	No	No	tutti	RM ADHD	no
Madre	42	No	No	No	alternanza	SCZ	no
Padre, sorella	37	No	No		alternanza	RM	no
madre	42	Si, due	No	No	tutti	SCZ	Terapia individuale
Tutto	30	NO	No		Saltuaria della madre	BD	terapia individuale
Genitori	18	Si	No	1 TS	tutti	BD	Terapia di coppia
Genitori	18	No	No	No	tutti	BDP	no
Tutto	42	No	No	No	tutti	BD	no
Tutto	23	Si	Si	No	Tutti/ figlio no nelle ricadute	DSABD	Gruppi alcologici

Tabella a: campione n=26

RM ritardo mentale; SCZ Schizofrenia; BD Disturbo Bipolare; BDP Disturbo Borderline di Personalità; ADHD Disturbo dell'attenzione e iperattività; DSA Disturbo da uso di sostanze.

Partendo dalla crisi del paziente designato narrata dai presenti o esposta dal paziente stesso, sono stati toccati vari temi esistenziali costituendo così un gruppo in cui le interazioni tra le parti di ogni nucleo familiare potessero rispecchiarsi con quelle degli altri nuclei. L'eterogeneità della composizione del gruppo ha facilitato lo sviluppo di risonanze multiple, favorite anche dalla partecipazione di diversi operatori con differenti formazioni (Badaracco, 1985); nel nostro caso anche con la partecipazione di un ESP (esperto per esperienza).

Partecipando sistematicamente al gruppo, ciascuno dei diversi operatori – psichiatri, psicologi, infermieri, ESP (esperto per esperienza) – pur provenendo da processi formativi e di vita differenti, hanno scoperto molti elementi in comune con gli altri operatori. Osserveremo in fondo a questo articolo il contributo di un caso clinico.

Per la formazione del gruppo è stata importante la *messa in sicurezza relazionale* del gruppo stesso. Tenendo conto dei fattori di rischio evidenziati dalle ricerche sull'emotività espressa nelle famiglie dove si esprime l'ostilità e l'invadenza (Leff, Vaughn, 1985), è stato affrontato il tema del come parlare e come porre critiche e argomentazioni ai figli senza farli sentire svalutati o invasi e del come farne esercizio in gruppo con i componenti. Come abbiamo fatto a garantire la *messa in sicurezza* del paziente e dell'idea di esso che ha la famiglia? Abbiamo tentato di costruire un contesto di condivisione dove nessuno si sentisse giudicato, attraversando una fase iniziale dove quelli attaccati erano proprio i figli abbiamo dato spazio di espressione alla sofferenza connessa anche alla mancata elaborazione di miti familiari; esempio di questo, nel nostro gruppo, un abuso intrafamiliare da parte dello zio del paziente designato nella generazione precedente è stato svelato in seduta. Il mito familiare rappresenta uno schema attraverso cui si interpreta la realtà ed elementi reali e fantastici coesistono, in parte ereditati dalla famiglia di origine, in parte costruiti dalla famiglia attuale.

Temi maggiormente espressi dal gruppo sono stati: la colpa, l'impotenza, il fallimento, la frustrazione, la dipendenza (argomento trasversale intesa come dipendenza da sostanze e interdipendenza nei rapporti familiari invischianti). Il processo evolutivo dei figli, appare come la progressiva acquisizione da parte dell'individuo delle capacità di appartenere, di sviluppare un "senso del noi" ed insieme di separarsi per fare altre esperienze di relazione, che lo portano ad ampliare il proprio bagaglio esperienziale e ad acquistare una conoscenza di sé sempre più complessa (Giacometti & Mazzei, 2011). Questo compito di sviluppo non è facile spesso quando ci si confronta con una patologia psichica.

Per scongiurare il rischio di un figlio invischiato in rappresentazioni genitoriali che possono ostacolare il suo processo di identificazione e differenziazione è necessario trovare un equilibrio tra le tematiche della potenza e dell'onnipotenza. L'onnipotenza vissuta dai genitori con la generatività, che ha a che fare con il loro sentirsi creatori che modellano, creano, plasmano e l'onnipotenza vissuta dal figlio che ha a che fare con il suo sentirsi riconosciuto come chi dà vitalità a chi lo

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Via G.C. Vanini, 15 – 50129 Firenze Tel. 055 496522 Fax 055 481045 email protocollo@omceofi.it. Copyright by Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze

circonda e si sente importante e necessario (anche attraverso il sintomo). L'impotenza, connette i genitori con le necessità del figlio e permette loro di riconoscerlo come bisognoso di cure. Attraverso l'impotenza il figlio viene a contatto con le paure, i dubbi e il limite dei genitori.

La convocazione al gruppo è stata parte fondamentale del processo terapeutico. Invitare solo i genitori agli incontri infatti, comunica un significato al paziente e alla famiglia.

La convocazione, è un messaggio potentissimo (in quanto implicito e fattuale) sulla visione del problema da parte del terapeuta (Cirillo, Selvini, Sorrentino, 2016). La convocazione al gruppo terapeutico, in concomitanza al tentativo di costruzione condivisa di una responsabilizzazione collaborativa che esuli la colpevolizzazione della famiglia o del paziente sintomatico sono stati l'indice di esito maggiore della ricerca, proprio perché l'invito al paziente è sempre stato fatto ed è avvenuto nel 70 % dei casi. In letteratura e come abbiamo rilevato nel nostro gruppo, i più classici tipi di domanda che fanno nascere dispositivi terapeutici sono infatti riassumibili in 4 tipi:

1. Domanda di un familiare per un altro familiare paziente non richiedente (paziente designato come da letteratura ovvero il più competente rispetto alla sofferenza esperita in famiglia e portatore dei bisogni)
2. Domanda per una relazione definita dal richiedente difficile/problematica/conflittuale (come per esempio nella crisi di coppia, dove la relazione rappresenta la polarità "terza") oppure domande riguardanti relazioni problematiche tra genitori e figli o tra fratelli
3. Assenza di domanda, con domanda da parte di un'istituzione o della famiglia stessa
4. Domanda individuale di una persona per sé stessa

1. La psicanalisi Multifamiliare:

I meccanismi specifici di un dispositivo psicoterapeutico come il gruppo multifamiliare che descrive la psicoanalisi integrativa sono descritti da Mandelbaum (Mandelbaum, 2017) come:

1. *La comunicazione interfamiliare*: inteso come scambio di vissuti ed acquisizioni e l'*insigh*t è dovuto non tanto al compito interpretativo dei terapeuti, quanto piuttosto alla possibilità che gli interventi della propria famiglia e di tutto il gruppo portino alla riflessione. In approccio gruppo-analitico si descrive il gioco del transfert multiplo (proiezoni transferali nei rapporti con l'altro), il *transfert* tra pari (tra i membri delle varie famiglie interdipendenze che risultano essere una ripetizione di quelle che hanno contribuiti allo stabilirsi e al mantenimento dei conflitti), che possono aprire *opportunità di nuovi vincoli.*
2. *L'effetto della risonanza:* rappresentazioni che la risonanza stessa produce nelle famiglie e nei soggetti ascoltando il racconto delle storie di malattia e di guarigione
3. *Modeling:* processo di adattamento comportamentale, nel quale si verifica lo sviluppo di un comportamento più adeguato rispetto alle necessità emozionali dei propri membri, che risulta con comparsa di nuove interdipendenze più evolute (con possibilità di messa in discussione dei MOI modelli operativi interni –cit).
4. *Prevenzione della marginalizzazione* intesa come un miglioramento dell'integrazione e dell'adattamento

Caso clinico

La sofferenza della famiglia di L. è giunta all' attenzione del nostro Centro di Salute Mentale da qualche anno, con esordio circa a 16-17 anni culminato con un ritiro scolastico ed importanti agiti auto ed eterodiretti dopo la separazione dei genitori.

Familiarità positiva per disturbo dell'umore e uso di alcool da parte di padre, il paziente arriva in ambulatorio dopo qualche colloquio con la madre con la quale ha un rapporto di conflitto e vessazione. La madre aveva da anni una relazione di dipendenza con il marito alcolista con un incastro di coppia nella dinamica dipendenza/indipendenza. Può accadere, che nelle dinamiche confusive tra il figlio che sostituisce il partner allontanatosi e il genitore ferito da un lutto non elaborato, questo contatto fisico seppur necessario a difendere l'appartenenza rischi di scivolare in contesti simbiotici se non addirittura incestuosi; in questo contesto relazionale si possono sviluppare anche quadri psicopatologici appartenenti al corteo dei sintomi dello spettro fobico/ansioso con la successiva difficoltà nel creare una coppia con un partner presente nella cosiddetta semantica della libertà/dipendenza (Ugazio, 2018). Quale funzione aveva L. e che funzione aveva il sintomo in una storia di separazione avvenuta in un momento delicato come quello dell'adolescenza dei figli? Il funzionamento del sistema genitoriale in questa fase del ciclo vitale è un processo che cambia ma che mantiene un certo equilibrio nelle funzioni di allevare e guidare i figli nonostante la ribellione fisiologica e necessita di una certa autorevolezza (Giacometti, 1995). Come in ogni fase del ciclo vitale, viene richiesta al sistema famiglia la capacità di rinegoziazione delle relazioni e la

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Via G.C. Vanini, 15 – 50129 Firenze Tel. 055 496522 Fax 055 481045 email protocollo@omceofi.it. Copyright by Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze

capacità di fare una nuova esperienza del sé, cosa che nella famiglia separata è più difficile per il bagaglio di dolore e per la complessità sia intrapsichica che sistemico-relazionale. Il genitore può sollecitare il figlio a restare in un rapporto di dipendenza infantilizzante, oppure può spingerlo verso una dimensione adulta che permetta a tutti, compreso lui, di evitare i rischi di una sperimentazione con i dubbi che sempre l'accompagnano.

C'è una forma di senso di colpa che accompagna il processo di individuazione, una convinzione diffusa e fondamentale, forse una fantasia primaria, che la separazione possa danneggiare l'altro (Modell, 1992). A maggior ragione se l'altro è sofferente, come nel caso del genitore separato. In tale processo adattativo, il figlio è sottoposto al *conflitto di lealtà*, nel quale, lealtà invisibili di cui viene investito sono sovente ruoli genitoriali nei quali il figlio svolge bisogni che i genitori non hanno assolto con i propri genitori e diventano veicolo così di un vincolo affettivo tramandato per via transgenerazionale. (Borszomenyi-Najy; Spark Geraldine M, 1988) I figli non sono di certo "separabili" dal destino del patto di coppia; un figlio, infatti, può differenziarsi rispetto ai genitori, ma non dal legame di coppia e il legame di coppia fa invece riferimento al processo di connessione-differenziazione dei coniugi o dei partner, rispetto alle famiglie di origine (Scabini & Iafrate, 2019). La separazione introduce infatti uno squilibrio nel triangolo padre-madre-figlio; poiché si rompe la diade padre-madre il figlio può trovarsi nella scomoda posizione di sentirsi costretto a doversi alleare con uno dei due genitori contro l'altro, entrando così in un profondo conflitto di lealtà (Francini, 2014).

La madre di L. era una donna affranta dalla fine del matrimonio, in una relazione dove non aveva mai posto dei limiti, sebbene avesse subito minacce e abusi. La malattia del figlio, sembrava impossibile da affrontare, ed era costretta a chiudersi a chiave in camera per proteggersi dalla sua rabbia. L. descriveva un'ideazione suicidaria precoce con utilizzo saltuario di alcolici dall'età di 16 anni. La sorella minore si era svincolata presto dalla famiglia con un taglio radicale avvenuto all'età di circa 20 anni. Durante gli incontri multifamiliari, L. e la madre sono venuti insieme nel gruppo dopo un'assidua presenza della madre, in un percorso nel quale quando la madre ha iniziato a mettere confini chiari, il paziente designato si è deciso per una presa in carico sia medica che psicologica e riabilitativa e ha assunto nel gruppo, il ruolo di figlio che era riuscito a ritrovare la madre riconoscendo la necessità di ripristinare con lei dei confini non rigidi per mantenere la comunicazione. La madre descrive bene come nel processo di cura del figlio sia stato fondamentale l'aver iniziato a condividere in uno spazio di gruppo la loro relazione. Il gruppo è stato luogo di apprendimento e condivisione del loro percorso di riavvicinamento e di cura permettendo la riconciliazione madre-figlio e una co-costruzione di nuovi significati.

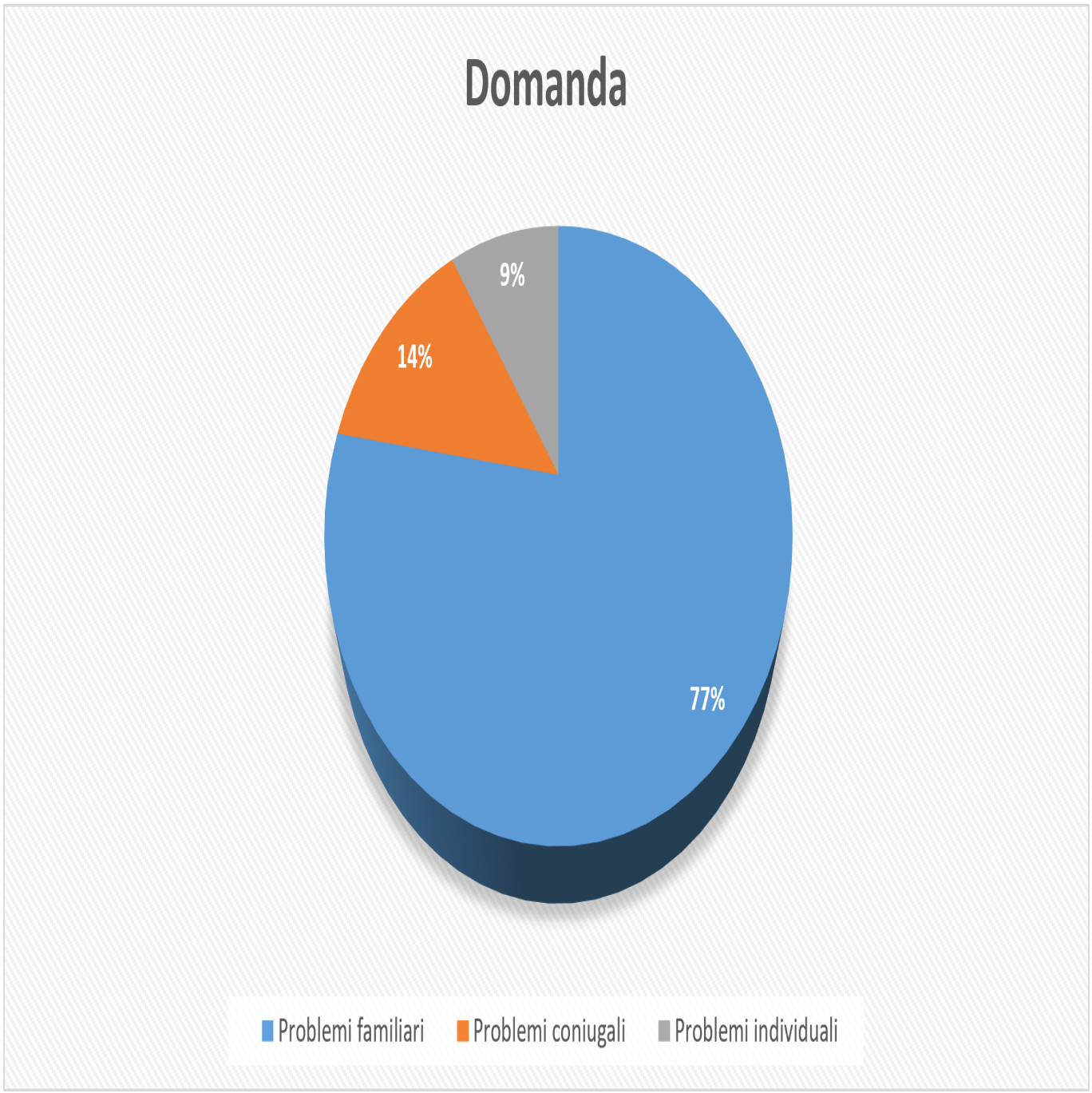
I significati emersi sono stati: coesione e vicinanza; la malattia di L. ha insegnato alla madre che è possibile dire di no e che è importante che si occupi di sé stessa e non perdere i propri confini. Durante uno degli ultimi incontri ha dichiarato al figlio che grazie a lui e alla sua malattia ha capito quanto era importante dare spazio a sé stessa rispettando i propri limiti.

Il paziente ha invece appreso a modulare la propria rabbia riconoscendo le difficoltà della madre e potendo esprimere la propria sofferenza individuale, insieme alla parte sana, assumendo un ruolo funzionale nel gruppo. L. era stato triangolato nel conflitto dei genitori ed ha smesso man mano di prendere le parti del padre ricreando anche un legame orizzontale con la sorella.

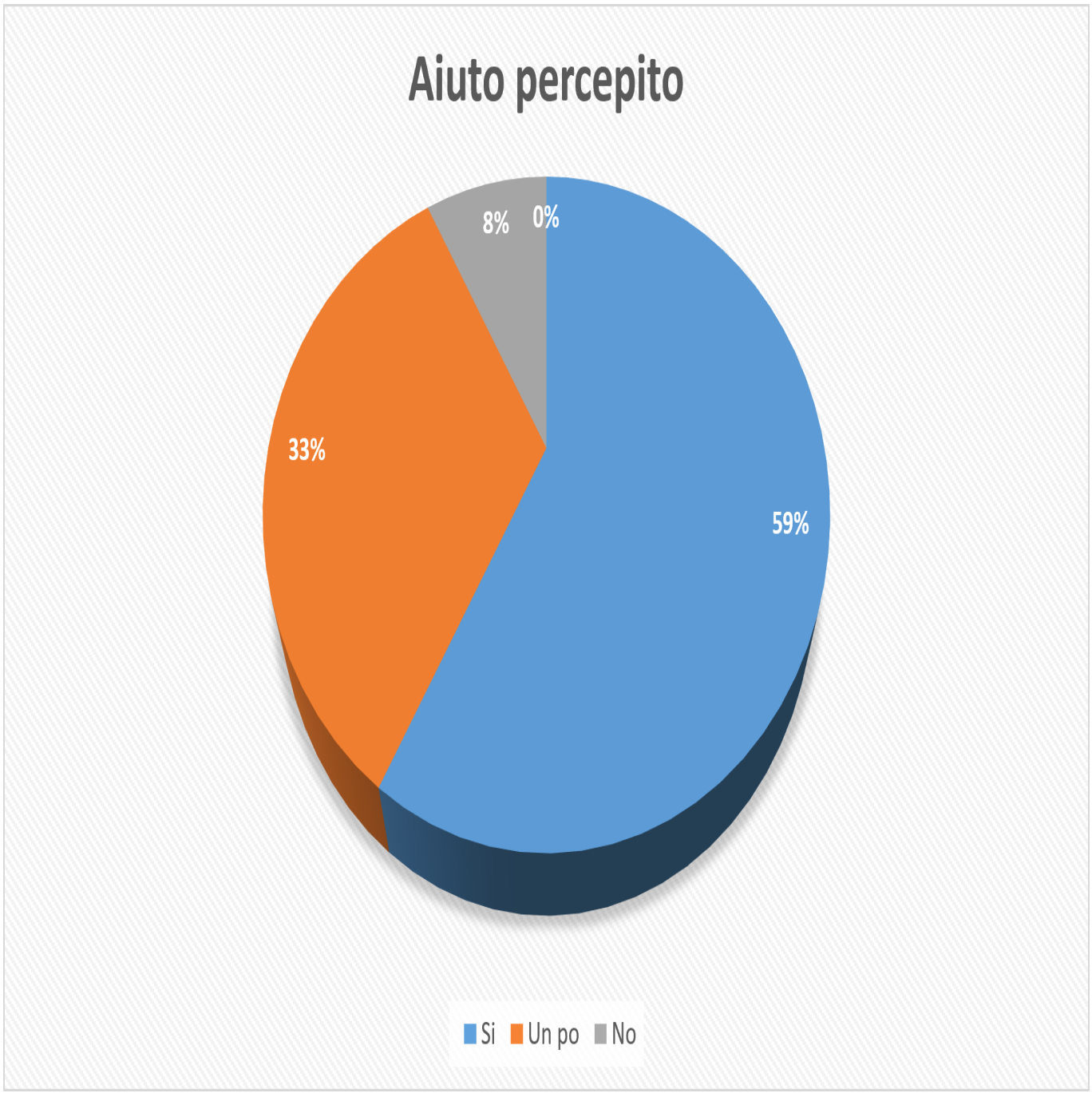
Risultati. Analisi qualitativa e quantitativa del gruppo in trattamento:

Sono stati realizzati dei grafici al fine di illustrare l'andamento del gradimento, dell'analisi della domanda, e dell'influenza percepita. Le domande poste sono state le seguenti: che cosa l'ha spinta a frequentare il gruppo? Se qualcosa è cambiato, come giudicherebbe lei da 1 a 10, l'influenza che il gruppo ha avuto su di lei? Cosa l'ha portata a migliorare?

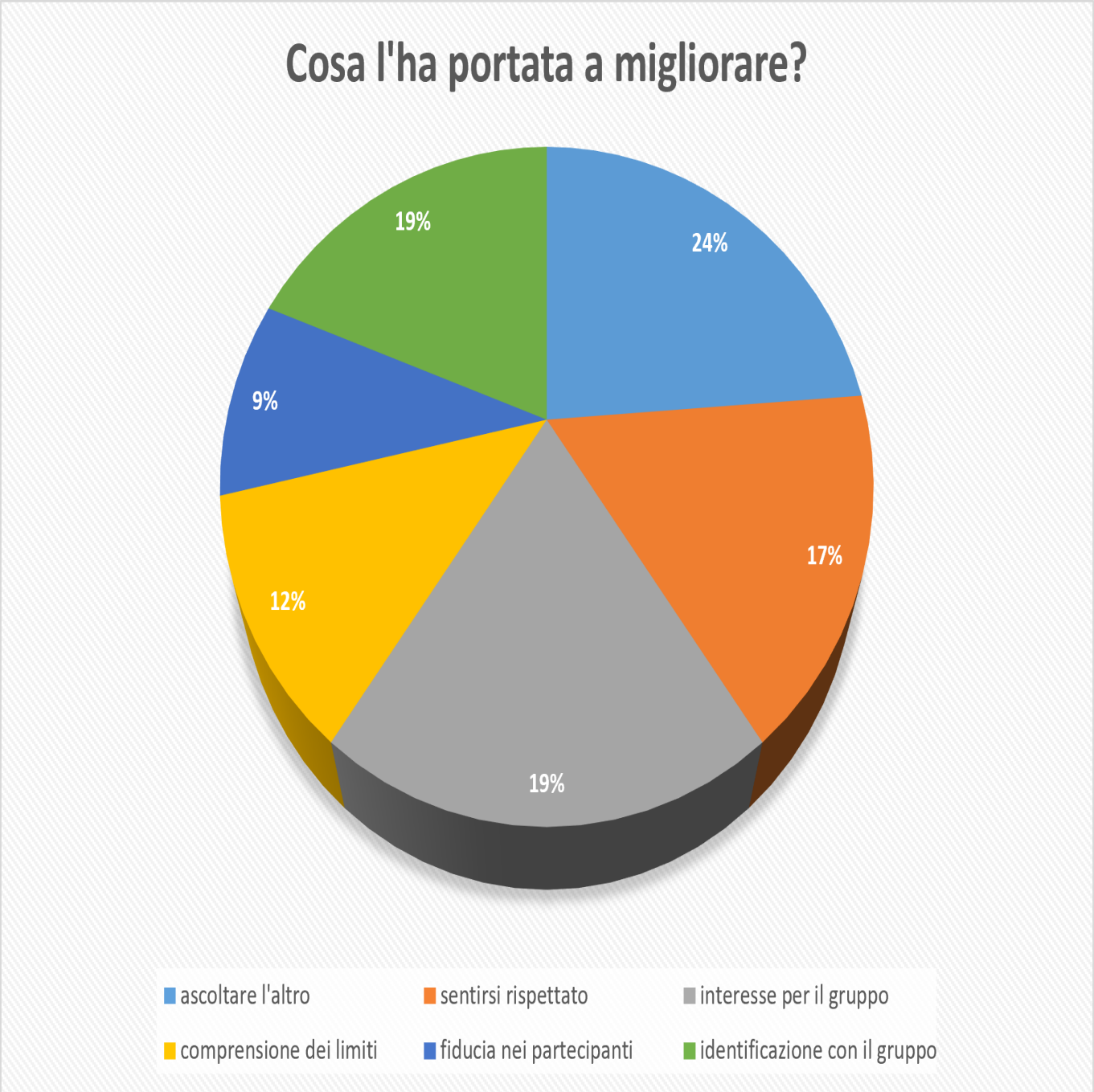
Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Via G.C. Vanini, 15 – 50129 Firenze Tel. 055 496522 Fax 055 481045 email protocollo@omceofi.it. Copyright by Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze



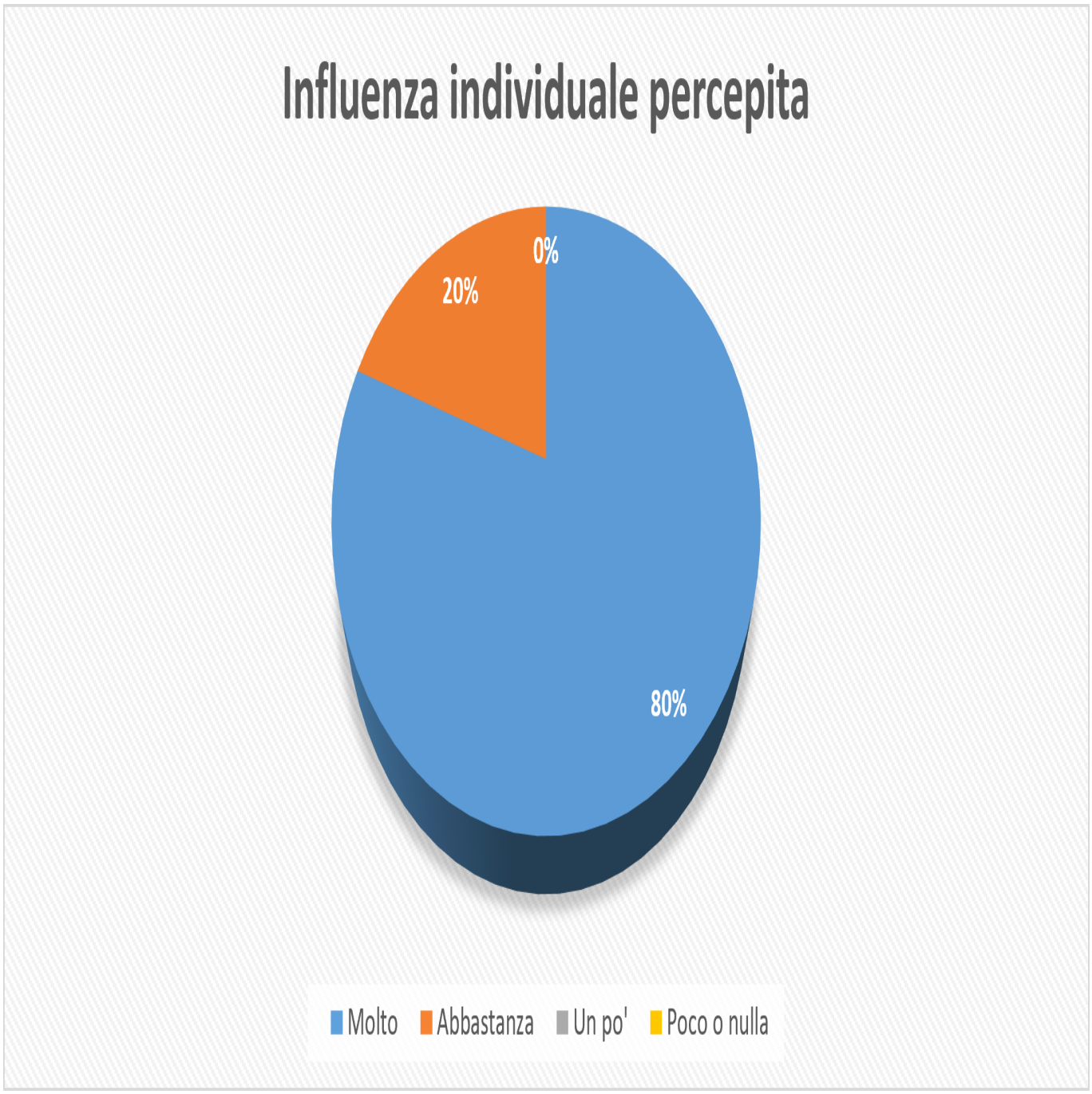
Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Via G.C. Vanini, 15 – 50129 Firenze Tel. 055 496522 Fax 055 481045 email protocollo@omceofi.it. Copyright by Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze



Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Via G.C. Vanini, 15 – 50129 Firenze Tel. 055 496522 Fax 055 481045 email protocollo@omceofi.it. Copyright by Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze



Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Via G.C. Vanini, 15 – 50129 Firenze Tel. 055 496522 Fax 055 481045 email protocollo@omceofi.it. Copyright by Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze



Conclusioni:

Come si può osservare, si evidenzia un buon livello di soddisfazione generale conservato nel corso del tempo con una relativa costanza delle presenze. La maggioranza delle famiglie riferisce soggettivo beneficio del percorso nel gruppo e non si sono verificati ricoveri ospedalieri nè agiti suicidari. Si può ipotizzare che la presenza al gruppo possa aver creato un ambiente predisposto alla messa in discussione rispetto agli eventi di vita e alla patologia. Il processo evolutivo, come la teoria sistemica ci insegna, appare come la progressiva acquisizione da parte dell'individuo delle capacità di appartenere, di sviluppare un senso del "noi" ed insieme di separarsi per fare altre esperienze di relazione, che lo portano ad ampliare il proprio bagaglio esperienziale e ad acquistare una conoscenza di sé sempre più complessa (Giacometti & Mazzei, 2011).

E' stato riscontrato un maggior *drop-out* delle sedute nella famiglia di un paziente con comorbidità per uso di sostanze in fase attiva e non in remissione; in questo caso abbiamo lavorato sulla necessità di mantenere una relazione con il paziente designato anche se aveva partecipato al gruppo solo una volta. C'è da osservare come si ritrova anche in letteratura che

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Via G.C. Vanini, 15 – 50129 Firenze Tel. 055 496522 Fax 055 481045 email protocollo@omceofi.it. Copyright by Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze

spesso i pazienti che afferiscono ai servizi di salute mentale e non al SERD hanno più difficoltà nel percorso di disassuefazione (Fossati e Somma, 2018).

Miglior *outcome* è stato osservato nella psicosi e nei disturbi dell'umore con una totale assenza di ricadute e/o sospensione della terapia farmacologica.

"Essere liberi di associarsi, poi di disimpegnarsi e cambiare alleati è fondamentale per stabilire confini sani. Questo comprende anche la necessità di separarsi veramente, di staccarsi ed essere un individuo senza sentirsi in colpa per aver abbandonato la famiglia. Solo quando abbiamo la libertà di non appartenere, ha significato unirsi a qualcuno. Quindi l'associazione è una questione di scelta, non un obbligo" (Withaker & Blumberry, 1989).

lauradelmatto@gmail.com

Bibliografia:

Scabini E, Cigoli V. Il famigliare: legami, simboli e transizioni. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2000

Recommendations/Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management/ Guidance/NICE 2014

Badaracco JG. Identificación y sus vicesitudes en la psicosi. La importancia de objeto enloquecedor. Rivista di Psicoanalisi 1985; 42: 214-4

Canevaro A., Bonifazi S.: "Il gruppo multifamiliare – un approccio esperienziale". Ed. Armando, Roma, 2011

Leff, Vaughn, Espressed emotion in families, 1985

Giacometti e Mazzei, il terapeuta sistemico relazionale, Franco Angeli, 2011

Cirillo, Selvini, Sorrentino, Entrare in terapia, 2016

Giacometti, K. (1995). L'evento separativo nella famiglia tra ripetizione e reatività. Interazioni, 2-6 Mandelbaum, Teoria e pratica dei Gruppi Multifamiliari,2017

Ugazio, V. Storie permesse storie proibite. Polarità semantiche familiari e psicopatologie. Torino: Bollati Boringhieri, 2018

Modell, A. H. Psicoanalisi in un nuovo contesto. Raffaello Cortina Editore, 1992

Fossati A, Somma A. Improving family functioning to (hopefully) improve treatment efficacy of borderline personality disorder: an opportunity not to dismiss. Psychopathology. 2018;51(2).

Giacometti & Mazzei, Il terapeuta sistemico-relazionale, 2011

Withaker, & Blumberry. Danzando con la famiglia. Milano: Astrolabio, 1989

CATEGORY

1. Scienza e professione

Categoria

1. Scienza e professione

Data di creazione
09/07/2026
Autore
redazione-toscana-medica
Campi meta
Nome E Cognome Autore 1 : Laura Del Matto
Views : 1225

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Via G.C. Vanini, 15 – 50129 Firenze Tel. 055 496522 Fax 055 481045 email protocollo@omceofi.it. Copyright by Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze