



PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)





SOMMARIO

Anno XXIX • n. 2 • luglio-dicembre

PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda
della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)

Fondata e Diretta da:

Alberto Giannelli

Comitato di Direzione:

Massimo Rabboni (Bergamo)
Massimo Clerici (Monza)

Comitato Scientifico:

Claudio Mencacci (Milano, MI)
Gianluigi Tomaselli (Treviglio, BG)
Giorgio Cerati (Legnano)
Emilio Sacchetti (Brescia)
Silvio Scarone (Milano)
Gian Carlo Cerveri (Milano)
Arcadio Erlicher (Milano)
Simone Vender (Varese)
Antonio Vita (Brescia)
Giuseppe Biffi (Milano)
Mario Ballantini (Sondrio)
Franco Spinogatti (Cremona)
Costanzo Gala (Milano)
Gabriella Ba (Milano)
Cinzia Bressi (Milano)
Claudio Cetti (Como)
Giuseppe De Paoli (Pavia)
Nicola Poloni (Varese)
Antonio Magnani (Castiglione delle Stiviere, MN)
Gianluigi Nobili (Desenzano, BS)
Andrea Materzanini (Iseo, BS)
Alessandro Grecchi (Varese)
Francesco Bartoli (Monza)
Lucia Volonteri (Milano)
Antonino Calogero (Castiglione delle Stiviere, MN)

Segreteria di Direzione:

Giancarlo Cerveri

Art Director:

Paperplane snc

Gli articoli firmati esprimono esclusivamente le
opinioni degli autori

COMUNICAZIONE AI LETTORI

In relazione a quanto stabilisce la Legge 675/1996 si assicura che i dati (nome e cognome, qualifica, indirizzo) presenti nel nostro archivio sono utilizzati unicamente per l'invio di questo periodico e di altro materiale inerente alla nostra attività editoriale. Chi non fosse d'accordo o volesse comunicare variazioni ai dati in nostro possesso può contattare la redazione scrivendo a info@psichiatriaoggi.it.

EDITORE:

Massimo Rabboni, c/o Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII Piazza OMS, 1-24127 Bergamo
Tel. 035 26.63.66 - info@psichiatriaoggi.it
Registrazione Tribunale Milano n. 627 del 4-10-88
Pubblicazione semestrale - Distribuita gratuitamente tramite internet.

Gli Operatori interessati a ricevere
comunicazioni sulla pubblicazione
del nuovo numero della rivista

PSICHIATRIA OGGI

possono iscriversi alla newsletter
attraverso il sito:
www.psichiatriaoggi.it

IN PRIMO PIANO

- 3** L'indifferenza
di Giannelli A.
- 9** La legge regionale in materia di salute
mentale
di Cerati G.
- 12** La Legge di Riforma relativa alla salute
mentale
Un'esperienza ricca di sorprese
di Cetti C.

SEZIONE CLINICO/SCIENTIFICA

- 16** Proposta di Algoritmo per la scelta
del trattamento con antipsicotico in
acuto e nel lungo termine nella patologia
Schizofrenica
di Cerveri G., Mencacci C.
- 24** Il modello multifamiliare e la metafora
lavoro
*Identità sociale e costanza percettiva del sé
nelle relazioni complesse, una prospettiva
evolutiva e prognostica*
di Borgogno F.V., Pismataro C.P.
- 31** Utilizzo della Cannabis
*Stato dell'arte su un campione di soggetti
affidenti all'area metropolitana milanese*
di Cucchi M., Migliarese G., Ali S.,
Cerveri G., Clerici M., Mencacci C.

- 39** La Comunità socio educativa
residenziale (Co.s.e.r.) di Force e la
Residenza Protetta di Comunanza
*Il rapporto tra ospiti delle strutture
e cittadinanza e le prime necessità
emergenti dopo il sisma*
di Damiani T., Talamonti Rea S., Passalacqua
A., Petrini V., Mazzaroni C., Giaccio P.,
Iachini S., Satulli M.C., Iachini M.G.,
Baldassarri C., Tešla V., Valentini V., Gianni
D., Addis A., Guidotti R., Picciotti G., Galie
V., Acciaroli T., Alesiani R., Nicolai D., Caucci
C., Travaglini D., Pucci A., Gaspari M.

- 43** Conseguenze psicologiche e sociali dei
terremoti nell'Italia centrale
*Esperienza nell'Ambito Territoriale Sociale
XXIV della Regione Marche al primo no-
vembre 2016*
di Damiani T.

- 47** Diagnosi e trattamento di un
caso di psicosi puerperale con
sintomi schizofrenici e mancato
suicidio-infanticidio
di Grecchi A., Beraldo S., Marzolini M.,
Mattavelli S., Biffi G.

- 54** Un modello di prevenzione e cura
dei disturbi psichici gravi in età giovanile
(15-24 anni)
di Percudani M., Parabiaghi A., D'Avanzo B.,
Bassi M., Cardamone G., Costantino A.,
Lora A., Maranesi T., Vaggi M., Gruppo di
Lavoro Progetto CCM 2013

- 66** Coinvolgimento e interventi con familiari
e carers di pazienti con disturbo
borderline di personalità
di Porcellana M., Morganti C.,
Saverino F., Carigi T., Rossi G.

PSICHIATRIA FORENSE

- 74** L'importanza della cartella clinica
di Mantovani R.

IN COPERTINA: *Recumbent Figure*

Henry Moore, 1938

© The Henry Moore Foundation. All Rights Reserved

Il modello multifamiliare e la metafora lavoro

identità sociale e costanza percettiva del sé nelle relazioni complesse, una prospettiva evolutiva e prognostica

Francesca Viola Borgogno,

Carmine Pasquale Pismataro

L'Agenzia di Lavoro e Apprendimento (ALA), costituita nel DSM dell'Azienda Ospedaliera del San Paolo di Milano, sviluppa da oltre dieci anni programmi finalizzati a favorire l'inserimento lavorativo degli utenti in carico ai servizi territoriali ¹.

In questo lavoro vorremmo illustrare alcune specificità riscontrate nelle attività volte all'inserimento lavorativo dei soggetti affetti da disturbi mentali gravi.

L'attivazione nel 2012 di un Gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare (GPM) si è dimostrato un utile strumento per affrontare le criticità relative.

La *mission* del servizio ALA (Agenzia Lavoro e Apprendimento) del Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera San Paolo di Milano è "pensare e strutturare" percorsi di inserimento lavorativo in favore di soggetti affetti da disturbi mentali gravi, in carico ai Servizi Territoriali del DSM, con piani terapeutici attivi sostenuti da un'équipe multidisciplinare.

L'esperienza che il paziente intraprende partecipando a questi percorsi non può essere considerata né un semplice *tutoring* lavorativo né uno strumento di pura osservazione

o sostegno, ma un progetto volto a sostenere e sostanziare i passaggi evolutivi raggiunti fino a quel momento nel suo percorso di cura e *recovery*. Il lavoro non è quindi nel nostro progetto l'obiettivo principale dell'intervento quanto piuttosto il medium per intervenire.

Oltre al desiderio del paziente di avviare un progetto per lavorare, il pre-requisito che i curanti devono avere in mente è di rilevare la presenza di abilità operative e di qualche residua o potenziale capacità di assimilare nuove dimensioni identitarie del proprio sistema relazionale di riferimento ². Il nostro intervento si propone infatti di accompagnare le persone verso un sistema più complesso, multi-dimensionale, in cui al sistema preesistente bi-dimensionale (dove i poli relazionali sono la famiglia e i curanti che interagiscono nella co-costruzione quotidiana dell'immagine percepita del mondo del paziente) si dovranno aggiungere l'équipe ALA e tutto ciò che riguarda non solo l'ambiente lavorativo ma anche la dimensione del percepito dell'identità sociale: in sostanza possiamo pensare che la complessità del sistema cresca in maniera esponenziale al numero di attori coinvolti nelle relazioni significative esperite dal candidato e delle relative proiezioni e *feedback* che questi stessi danno in relazione alla percezione dell'identità del soggetto.

È in questo passaggio che ALA e i suoi operatori si costituiscono come facilitatori operazionali e mediatori di significati. Un passaggio che è chiave di volta prima cognitiva e poi emozionale, in cui il soggetto che inizia un percorso di reinserimento lavorativo con ALA è chiamato a "operare in termini funzionali" a un livello superiore, passando dal percepirsi sano al funzionare in modo sano, e quindi a tollerare frustrazioni maggiori e imprevedibili, metabolizzare percezioni diversificate

1. Carmine Pasquale Pismataro è psichiatra Direttore della Struttura Dipartimentale di Residenzialità e riabilitazione del DSM San Paolo di Milano.

Francesca Viola Borgogno è una psicologa psicoterapeuta diplomata presso l'Istituto Italiano di Psicoanalisi di Gruppo (I.I.P.G.) di Milano. Ha svolto in Argentina dal Prof. García Badaracco un tirocinio pluriennale sulla metodologia del GPM.

2. Condizioni, queste, propedeutiche e necessarie all'avvio dei percorsi di reinserimento veri e propri.

della propria identità nel corso di interazioni non protette, e assimilarle quindi in un ambito di coerenza del sé percepito. Durante questa delicata transizione è quindi centrale che le persone significative — familiari, curanti e operatori di riferimento — abbiano loro stesse modificato e condiviso l'immagine che hanno del paziente, perché solo in questo modo il soggetto sarà in grado di sostenere il passaggio evolutivo che l'inserimento nel mondo lavorativo comporta.

L'équipe ALA offre in primis uno spazio di confronto agli invianti per provare a pensare e co-costruire un' "altra visione" del paziente, in continuità con gli interventi terapeutici fino ad allora declinati³. Partendo quindi dalla storia clinica e dalla diagnosi pregressa del soggetto se ne postula una possibile evoluzione creando uno spazio di riflessione comune in cui ripensare e co-plasmare le immagini percepite del Sé del paziente nella prospettiva di formulare un'ipotesi prognostica e di intervento consona e a volte alternativa. Secondariamente si andranno a valutare le capacità attuali della persona, le sue difficoltà/fragilità e le forme in cui queste vengono rappresentate e proiettate, nonché la loro compatibilità con l'ambiente di accoglienza in cui si sviluppa il programma.

Uno degli elementi che ci è sembrato di maggior rilievo per il buon esito degli inserimenti lavorativi è il monitoraggio, inteso come supporto al paziente e alla rete

che lo sostiene nell'esperienza lavorativa, un'azione cioè che si propone nella concretezza della quotidianità come elemento di *empowerment*, non solamente indirizzato al paziente ma anche con la mediazione nell'ambiente lavorativo per favorire un'atmosfera di fiducia, fondamentale per affrontare le difficoltà che s'incontrano negli inserimenti lavorativi, che molto spesso dimostrano alcune criticità nella tenuta, nella tolleranza al contesto, nella gestione della crisi⁴.

La modalità operativa che utilizziamo durante gli interventi è paragonabile, per intensità, tempestività e *setting* (diffuso e in ambiente non controllato né mediato), a una funzione di *coaching*.

Come dicevamo l'immagine che il paziente ha di sé è il risultato di una co-costruzione: oltre allo stesso paziente, vi partecipano i familiari e gli operatori di riferimento⁵. Queste immagini a volte finiscono però per diventare statiche e stereotipate, e non corrispondono alle reali capacità del soggetto. Il lavoro di ALA si ripromette di contrastare questi processi di cronicizzazione e stigma. Crediamo che questa funzione possa attivarsi attraverso un percorso di destrutturazione/ricostruzione della visione condivisa del candidato a livello familiare, degli operatori e dell'ambiente lavorativo. Questa operazione, vera attività di "*bonifica ambientale*" (Borgogno F.V., Pismataro C.P.), costringe a rivedere e riformulare le convinzioni correnti su adeguatezza e affidabilità: tale

-
3. Questa duplice attenzione, all'aspetto semantico e a quello comportamentale, è ritenuta da U. Telfenner fondamentale perché il costruttivismo non propone di rimanere unicamente nella testa ma di coniugare in maniera imprescindibile l'agire con il significare. L'autore propone una definizione statica del problema, quanto di agire in un costante processo di ricostruzione delle persone, che sono invitati a considerarsi al di là del circolo tautologico che il sintomo crea e ad assumersi responsabilità per i loro lati forti, per le loro capacità, per le loro abilità e conoscenze (Telfenner, 1992).
 4. La manutenzione dell'ecosistema di accoglienza sia sul piano relazionale che della strutturazione di un rapporto di fiducia reciproca, pur essendo una variabile indipendente, sono ambienti non sanitari e quindi "immediati", è centrale per il buon esito dei percorsi. L'intervento di ALA si concentra per prima cosa sugli aspetti "sani" (o potremmo dire "funzionanti") del soggetto, cioè quegli aspetti identitari che Jorge Garcia Badaracco identificherebbe con "la virtualità sana" (2000) che non si è potuta sviluppare a causa delle identificazioni alienanti che abitano l'apparato psichico del paziente, cercando di andare a sostenerli il più possibile fin dai primi passi del percorso di reinserimento lavorativo in termini di "Io ausiliario".
 5. Miriamo — in altri termini — a sviluppare a partire dalla virtualità sana il potenziale del paziente attraverso la messa alla prova delle funzioni egoiche man mano che si cimenta con la realtà immediata.

prospettiva non si realizza solo conseguendo l'apprendimento di nozioni e competenze, ma grazie all'attivazione di un'atmosfera, di un campo, che facilita l'emergere di possibilità e attitudini nascoste, sopite nelle pieghe della cronicità: le *virtualità nascoste*.

Si tratta in sostanza di ridefinire sia la clinica sia la natura e il perpetuarsi dello stigma e il mantenimento della cronicità, con le conseguenti implicazioni prognostiche non solo grazie ad enunciati e prese di posizioni, ma attraverso specifici strumenti che si sono declinati nella forma attuale nel corso di una decennale esperienza e che vogliamo proporre come spunto di riflessione per l'individuazione e la validazione di nuovi strumenti e modalità di sostegno ai pazienti e ai loro familiari ⁵.

La costruzione di una nuova immagine e di un sé sostenibile e resiliente è un processo complesso che incide e mette alla prova operatori, pazienti e caregiver. Sul piano operativo spesso alcune delle competenze che si credevano acquisite risultano deteriorate e il paziente ha paura di fallire e di constatare e "svelare" che non è più quello di prima; spesso può accadere che per affrontare le angosce di frammentazione connesse a tali vissuti si ricorra all'attivazione di un falso sé depositato di proiezioni idealizzate, relative alle capacità operative e relazionali.

Il rischio è che anche gli operatori finiscano per colludere con queste identificazioni adesive scambiandole per la "virtualità sana". Quando ciò avviene si possono creare aspettative reciproche non adeguate e potenzialmente patologiche, con conseguenti rischi di destabilizzare di un

equilibrio che funzionava in maniera omeostatica.

La famiglia dal canto suo benché spinga sempre per il reinserimento, in termini sia economici che di riscatto sociale, non sempre è in grado di supportare adeguatamente il percorso verso l'autonomia: poiché la "rimessa in moto" del paziente obbliga i membri del nucleo familiare a ridefinire il proprio ruolo e la propria funzione nel sistema, con conseguente paventata perdita di potere degli uni sugli altri, in particolare del genitore sul figlio: fenomeno quest'ultimo capace di attivare non poche resistenze nei genitori che si ancorano alle immagini stereotipate del paziente come malato.

A questi *dictat* familiari e collettivi che abbiamo definito come fenomeni di "adesività istituzionale alle identificazioni patologiche" (Borgogno, 2013) può accadere che qualcosa si opponga strenuamente: la malattia, la crisi, può esser letta in questo senso come il tentativo di sovvertire un ordine ipnotico familiare introiettato: pensiamo al falso sé di Winnicott (1964) e alle identificazioni alienanti di García Badaracco (1990).

Nella verifica pratica le false risorse e le identificazioni adesive possono crollare e far sentire il paziente incapace di autonomia con suo conseguente ritiro e l'apertura di una crisi che mette in discussione l'assetto precedente ⁷.

Purtroppo non sempre gli inserimenti lavorativi vanno a buon fine, in molti casi dopo un'iniziale tenuta il progetto fallisce o comunque consegue un risultato "parziale" e/o "traballante" ⁸. Analizzando questa casistica abbiamo rilevato, quale tratto comune, l'esistenza di un disagio significativo degli utenti in relazione al modo di reagire

6. L'assunzione del ruolo di malato è infatti condizione necessaria e indispensabile per la *compliance* terapeutica e farmacologica, ma va superata o quanto meno integrata con nuove e più complesse dimensioni esistenziali, soprattutto nel momento in cui si chiede al paziente un passaggio evolutivo relazionale, movimento questo di difficile gestione anche per il sistema curante perché costringe l'istituzione stessa a ripensare al paziente in una nuova e più complessa prospettiva.

7. Consideriamo utile riferirci alla psicosi come "la permanenza nella mente di qualcuno della presenza di qualcun altro" (Narracci, 2011) in un interscambio rigido e inattuale.

8. Per esempio, a causa delle pregresse difficoltà di separazione del paziente in questi momenti si possono attivare delle vere e proprie angosce di disgregazione.

della famiglia al loro essersi “rimessi in moto”. Abbiamo notato come la famiglia non avesse saputo supportare adeguatamente o sufficientemente i propri congiunti durante un percorso che vedeva emergere sul lavoro (ma di conseguenza tante volte anche tra le pareti domestiche) criticità determinate dal manifestarsi di forti tensioni emotive che possono portare a regressioni, facilitando situazioni d'*impasse* lavorativa e di vita, con successiva e conseguente chiusura dell'utente. Purtroppo in alcuni casi questi insuccessi possono sfociare anche in veri e propri scompensi necessitanti di un ricovero.

Alcune competenze che i pazienti credono di avere acquisito, e che si ritrovano per esempio riportate sul curriculum vitae, dopo la malattia risultano deteriorate e il paziente ha per questo paura di fallire e di constatare che non è più quello di prima (con gravi ansie di prestazione e una più generale paura di ricominciare). A volte anche gli operatori possono scambiare le “identificazioni adesive” per la “virtualità sana” del paziente e proporlo prematuramente ad ALA, considerandolo pronto per reinserirsi nel mondo lavorativo. Inoltre, la famiglia dal canto suo spinge sempre per questo reinserimento, ma non sempre è in grado di supportare realmente il paziente nel percorso verso l'autonomia (doppi messaggi; ambivalenze rispetto alle spinte di crescita e individuazione del paziente che son spesso scambiate per violenza...). Questi *dictat familiari* e collettivi non sempre sono identificati come alienanti: le adesività istituzionali alle identificazioni patologiche mettono in atto una produzione collettiva a cui abbiamo dato il nome di *mimetismo istituzionale* (Borgogno F.V., Pismataro C.P.).

In cosa consiste allora il modello di “intervento integrato alle famiglie dei pazienti che accedono all'inserimento lavorativo” che abbiamo ideato per rispondere a queste difficoltà?

Quattro anni fa, abbiamo deciso di proporre un intervento di sostegno integrato da erogare in contesto terapeutico grupppale multifamiliare per i familiari dei pazienti che afferiscono al nostro Servizio. Il nostro in-

tento era quello di creare, con i pazienti, le loro famiglie e gli operatori, un luogo dove fosse possibile sviluppare nuove conoscenze e competenze specifiche relative alle criticità che l'avvio è il mantenimento del percorso lavorativo comporta sia per il paziente sia per i suoi familiari.

In particolare, dopo aver individuato una decina di situazioni cliniche che avrebbero potuto, anche a percorso avviato, giovare di una maggiore collaborazione tra l'Agenzia per l'inserimento lavorativo (ALA) e la famiglia di riferimento, abbiamo proposto loro di coinvolgere i loro familiari e invitarli assieme a partecipare a un gruppo multifamiliare. A questa iniziativa hanno aderito inizialmente 12 pazienti, i loro familiari e gli operatori impegnati nei programmi d'inserimento lavorativo che li riguardavano. Il gruppo si incontra una volta alla settimana da circa quattro anni. Al suo interno si viene a creare un campo mentale ed esperienziale dove l'incontro tra paziente-famiglia-istituzione curante che riescono a pensare insieme, contribuisce a riformulare modelli identitari prefissati, vuoti, rigidi, stigmatizzanti e a volte anche svalorizzanti, anche perché spesso sostenuti da aspettative irrealistiche. Una di queste è l'idea che basti lavorare per guarire. Verificate nella pratica, per esempio durante l'attivazione di un tirocinio propedeutico, le false risorse e le identificazioni adesive crollano e fanno sentire il paziente incapace di autonomia (difficoltà di separazione/angosce di disgregazione) con conseguente rinuncia precoce è una più generale tendenza al ritiro nel “guscio” della psicosi.

Per contro, gli operatori che lavorano nel gruppo hanno la possibilità di avere una immagine più dinamica e ricca del paziente che possono rimandare all'équipe de servizio di riferimento. Alcune volte i progetti van rivisti e ri-tarati in base alle effettive capacità di resistenza e di tenuta. Durante gli incontri del gruppo miriamo quindi a individuare la virtualità sana dei pazienti (spesso nascosta da stereotipi consolidati di funzionamento alienante) e a partire da questa l'emergere delle potenzialità del paziente attraverso la messa alla prova delle funzioni egoiche

man mano che si cimenta in una esperienza nuova. Nel gruppo è infatti possibile fare “dal vivo” una valutazione multidimensionale delle capacità residue del candidato e del suo contesto di riferimento, siano esse sociali, lavorative o cognitive. Questo permette, da una parte, di riformulare con gli attori coinvolti nella costruzione identitaria del sé (ossia il Servizio, la famiglia e il paziente stesso) una visione maggiormente condivisa del paziente, dall'altra, di generare — con l'équipe di riferimento che si occupa del paziente (attraverso delle riunioni *ad hoc* che richiediamo regolarmente ai curanti in modo da poter rimandare loro quanto emerge nel gruppo) — nuove ipotesi prognostiche con la possibilità di ridefinire le modalità e finalità dell'intervento terapeutico.

Nel gruppo è risultato fondamentale creare un clima di confronto che permettesse lo sviluppo di nuove conoscenze e competenze specifiche e dove poter parlare delle difficoltà che le persone riscontravano nel momento in cui si avviavano i percorsi d'inserimento lavorativo. Mettendo in discussione alcune dinamiche relazionali di questi nuclei familiari vedevamo che era possibile avviare un lento ma costante processo di fluidificazione e di distacco dalle identificazioni adesive alienanti in cui familiari e pazienti risultavano intrappolati. “Ciò che può accadere (in questo tipo di terapia) dipende soprattutto dal modo in cui si inseriscono gli agenti del cambiamento, cioè dal ‘lavoro’ mentale che in esso si realizza” (Badaracco, 2000: 2-4). Chiaramente, gli avvenimenti significativi che possono verificarsi durante questi gruppi non si producono spontaneamente per il solo fatto che più famiglie si trovano riunite nello stesso luogo. Gli operatori che conducono il gruppo

devono essere in grado di offrire a queste persone un “contesto trasformativo” dove poter cambiare e capace di fornire loro “il clima emotivo necessario per ricreare una sorta di relazione di sana interdipendenza reciproca primitiva, in modo da poter riscattare il vero Sé dalla trappola delle identificazioni patologiche indotte dalle situazioni traumatiche” (Ibidem, 1999: 78). Vero cantiere di co-costruzione di significati, all'interno del gruppo multifamiliare si viene a generare un campo in grado di mettere in discussione convinzioni cristallizzate in visioni fortemente pregiudiziali condivise tra familiari e operatori. Questo processo definito, come già detto, vera e propria “bonifica ambientale” (Pismataro C.P., Borgogno F.V.) favorisce la critica e la riformulazione delle convinzioni correnti sull'adeguatezza e affidabilità: tale prospettiva non si realizza solo con l'apprendimento di nozioni e competenze ma grazie all'attivazione di un'atmosfera, un campo che può permettere la riemersione di attitudini e virtualità nascoste, sopite nelle pieghe della cronicità⁹.

¹⁰ Il modello derivante dalla psicoanalisi multifamiliare di Jorge García Badaracco che applichiamo ad ALA San Paolo utilizza come *focus* primario la promozione del dialogo e della narrazione, il GPM permette cioè di aprire nuovi spazi di meta-comunicazione in cui la persona possa esperirsi come competente su se stessa e le venga riconosciuta la capacità di incidere sulla propria storia. Lo spazio gruppeale si costituisce così come una sorta di “mente ampliata” (Badaracco, 2000) dove le famiglie e i pazienti, assieme agli operatori e ai curanti, hanno la possibilità di rafforzare il loro senso di competenza nel gestire la propria vita, narrandola nella forma, con un proprio linguaggio e attraverso i temi di conversazione

9. In un certo senso la psicosi può essere considerata la permanenza nella mente di qualcuno della presenza di qualcun altro in un interscambio rigido e inattuale.

Questo sviluppo avviene tramite una regressione operativa, che permette al paziente di riportare alla luce alcuni degli aspetti infantili sani (García Badaracco chiama questi aspetti “*la virtualidad sana*”. Essi sono in larga parte corrispondenti al “Vero Sé” di Winnicott).

10. In tal senso molto efficace risulta nel dispositivo Multifamiliare il manifestarsi del fenomeno del rispecchiamento reciproco descritto da G. J. Badaracco, i fenomeni trasferali cioè risultano diffusi a tutti i componenti del gruppo e la potenza evocativa risulta maggiore quando il discorso di un utente o di un genitore coinvolge un “pari”, piuttosto che la raffinata spiegazione di un “esperto”.

proposti dalle “famiglie” stesse. Una nuova conoscenza condivisa si forma così nello spazio di discussione tra i partecipanti al dialogo, innescando processi circolari di rispecchiamento metaforico, la creazione di assonanze, e l’intersecarsi di *transfert multipli* (García Badaracco, 1990, 2000). Questo fenomeno, se adeguatamente tenuto in considerazione, utilizzato ed elaborato, può diventare un aspetto terapeutico estremamente importante. Nel gruppo multifamiliare tutto ciò che è carico emozionalmente ha qualcosa di transferale. Non è possibile poter rendere visibile ognuno di questi *transfert multipli* (*Ibidem*): “Si tratta di rendere evidente, in maniera costruttiva il fenomeno del transfert in un caso particolare, davanti a tutti gli altri partecipanti, nell’intento di creare una capacità collettiva di scoprire la dimensione transferale di ogni relazione interpersonale, in modo che ciascuna persona che partecipa alla riunione (in rapporto alle sue possibilità) possa pensarlo e vederlo prima negli altri, e poi, a poco a poco e ogni volta di più, in sé stessa” (*Ibidem*: 180). Entrando ancora più nello specifico, il clima emozionale in cui si svolgono gli incontri può permettere che le persone che compongono il gruppo multifamiliare sviluppino proprie capacità personali e che la creatività di ciascuno possa arrivare a stimolarsi reciprocamente. Questo produce una modalità di funzionamento gruppale considerata come una “mente ampliata”, che funziona nei termini del cosiddetto brain storming, in cui ciascuno arricchisce l’insieme apportando il proprio punto di vista: ogni contributo individuale stimola, infatti, le potenzialità del gruppo nel generare associazioni attraverso un continuo gioco di identificazioni. Nel processo mentale promosso dal vedersi rispecchiati negli altri, si acquista maggior coraggio per potersi esprimere spontaneamente

davanti ad altre persone che appaiono come presenze in grado di contenere e di favorire lo sviluppo di *risorse egoiche maggiormente genuine* (García Badaracco, 1990, 2000, 2011; Francesca Viola Borgogno, 2007, 2009, 2011, 2014).

“Crediamo, per concludere, che solo tale modalità di intervento possa creare le condizioni per interrompere quel processo schizogenetico complementare (controllore\controllato, attore\spettatore) che spesso “cristallizza” la diade malattia/malato, ottenendo così un cambiamento strutturale. Questo schema relazionale, che coinvolge appunto non solo la persona e la famiglia ma anche il sistema assistenziale, restituisce competenza alla persona, nuovo significato al linguaggio e una più realistica, consona e sostenibile prospettiva futura.

11. Secondo García Badaracco i familiari stanno mettendo alla prova la possibilità futura di un trattamento e di una cura per loro stessi attraverso il trattamento del malato. È per questo che continuamente sferrano dei potenti attacchi al terapeuta, impedendo o rallentando il processo terapeutico, ed è per questo che il terapeuta o l’équipe deve prendere in carico tutta la famiglia. Vorremmo inoltre far notare nuovamente come García Badaracco sia vicino alle idee di Pichon-Rivière (2). Quest’autore infatti sosteneva che la malattia mentale era il risultato di un gruppo malato (10). Per esempio, a causa delle pregresse difficoltà di separazione del paziente in questi momenti si possono attivare delle vere e proprie angosce di disgregazione.

BIBLIOGRAFIA

1. Borgogno F.V., *Intervista all'autore Jorge García Badaracco, in Rivista Interazioni*. I-2007/27, Franco Angeli, Roma, 2007: 103-116.
2. Borgogno F.V., *L'ascolto dell'oggetto che fa impazzire*. in Granieri A., (a cura di) *Esperienze di Ascolto in situazioni di crisi*, Fratelli Frilli Editori, Genova, 2009: 127-154.
3. Borgogno F.V., *La psicoanalisi multifamiliare...un piccolo scorcio della mia esperienza argentina con Jorge García Badaracco*. in *Famiglie, Quaderni di psicoterapia infantile*, n. 63, Borla, Milano, 2011, pagg. 256-278.
4. Borgogno F.V., *Il Convegno Mondiale Gruppi di Psicoanalisi Multifamiliare svoltosi a Buenos Aires dal 22 al 25 Novembre 2013*. *Interazioni*, 2013;2: 115-118.
5. Borgogno F. V., Butti A., Gambera C., Cristina, E., *Gruppi aperti di sostegno relazionale sul disagio contemporaneo*. *Psichiatria/Formazione*, 2014; XXII (1-2): 21-30.
6. García Badaracco J., *Comunidad terapéutica psicoanalíticade estructura multifamiliar*, Editorial Tecnipublicaciones S.A., 1990 [trad. it. *La comunità terapeutica psicoanalitica di struttura multifamiliare*, FrancoAngeli Editore, Milano, 1997
7. García Badaracco J., *Ferenczi e la psicoanalisi contemporanea*. in *La partecipazione affettiva dell'analista – Il contributo di Sandor Ferenczi al pensiero psicoanalitico contemporaneo* (a cura di Franco Borgogno), FrancoAngeli Editore, Milano, 1999: 72-86.
8. García Badaracco J., *Psicoanálisis Multifamiliar — Los otros en nosotros y el descubrimiento del sí-mismo*. Paidós, Buenos Aires, 2000 [trad. it. *Psicoanalisi Multifamiliare — Gli altri dentro di noi e la scoperta di noi stessi*, Bollati Boringhieri, Torino, 2004].
9. García Badaracco J., Narracci A., *La psicoanalisi multifamiliare in Italia*. Antigone Edizione, Torino, 2011.
10. Pichon-Rivière E., *El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social*. Nueva Vision SAIC, Buenos Aires, 1971.
11. Tranchina P., *Il segreto delle pallottole d'argento*. Centro Documentazione Pistoia, Pistoia, 1984.
12. Winnicott D. W., *The Concept of The False Self; in Home Is where We Start From. Essay by a Psychoanalyst*. Penguin, London, 1964 [trad. it. *Dal luogo alle origini*, Cortina, Milano, 1990].

COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

Tutti i Soci e i Colleghi interessati possono collaborare alla redazione del periodico, nelle diverse sezioni in cui esso si articola.

Per dare alla rivista la massima ricchezza di contenuti, è opportuno, per chi lo desidera, concordare con la Redazione i contenuti di lavori di particolare rilevanza inviando comunicazione al Direttore o la segreteria di redazione, specificando nome cognome e numero di telefono, all'indirizzo redazione@psichiatriaoggi.it

NORME EDITORIALI

Lunghezza articoli: da 5 a 15 cartelle compresa bibliografia e figure.

Cartella: Interlinea singola carattere 12, spaziatura 2 cm sopra e sotto 2,5 cm sin/dx.

Ogni articolo deve contenere nell'ordine:

- Titolo
- Cognome e Nome di tutti gli autori (c.vo, preceduto da di e seguito da asterischi)
- Testo della ricerca
- Affiliazione di tutti gli autori
- Indirizzo email per corrispondenza da riportare nella rivista
- Eventuali figure tabelle e grafici devono trovare specifico riferimento nel testo
- Ringraziamenti ed eventuali finanziamenti ricevuti per la realizzazione della ricerca
- Bibliografia: inserire solo i riferimenti bibliografici essenziali: massimo 25 titoli, numerati, disposti secondo ordine di citazione nel testo, se citati secondo le norme dell'INDEX medico, esempio:

1. Cummings J.L., Benson D.F., *Dementia of the Alzheimer type. An inventory of diagnostic clinical features.* J Am Geriatr Soc., 1986; 34: 12-19.

Nel testo l'indicazione bibliografica dovrà essere riportata indicando tra parentesi il cognome del primo autore e l'anno di pubblicazione, ad esempio (Cummings, 1986).

I lavori vanno inviati all'indirizzo e-mail redazione@psichiatriaoggi.it in formato .doc o .odt. Nella mail dovrà essere indicato nome e cognome dell'autore che effettuerà la corrispondenza ed un suo recapito telefonico. Nella stesura del testo si chiede di evitare: rientri prima riga paragrafo, tabulazioni per allineamenti, più di uno spazio tra una parola e l'altra, a capo manuale salvo inizio nuovo paragrafo e qualunque operazione che trascenda la pura battitura del testo.



SIP-Lo

Sezione Regionale Lombardia
della Società Italiana di Psichiatria

Presidente:

Massimo Rabboni (*Bergamo*)

Presidente eletto:

Massimo Clerici (*U. Mi Bicocca*)

Segretario:

Mauro Percudani (*Garbagnate, Mi*)

Vice-Segretario:

Giancarlo Cerveri (*Milano*)

Tesoriere:

Gianluigi Tomaselli (*Bergamo*)

Consiglieri eletti:

Mario Ballantini (*Sondrio*)
Franco Spinogatti (*Cremona*)
Andrea Materzanini (*Iseo*)
Costanzo Gala (*Milano*)
Orsola Gambini (*U. Mi Statale*)
Claudio Cetti (*Como*)
Giuseppe De Paoli (*Pavia*)
Nicola Poloni (*Varese*)
Antonio Magnani (*Mantova*)
Emi Bondi (*Bergamo*)
Ettore Straticò (*Mantova*)
Roberto Bezzi (*Legnano, Mi*)
Marco Toscano (*Garbagnate, Mi*)
Antonio Amatulli (*Sirp.Lo*)
Caterina Viganò (*Sirp.Lo*)

RAPPRESENTANTI

Sezione "Giovani Psichiatri":

Alessandro Grecchi (*Milano*)
Francesco Bartoli (*Monza Brianza*)
Giacomo Deste (*Brescia*)
Giovanni Migliarese (*Milano*)

Membri di diritto:

Giorgio Cerati
Angelo Cocchi,
Arcadio Erlicher,
Claudio Mencacci,
Emilio Sacchetti
Silvio Scarone

Consiglieri Permanenti:

Alberto Giannelli
Simone Vender
Antonio Vita
Giuseppe Biffi