



Azienda Ospedaliera
SAN PAOLO
POLO UNIVERSITARIO



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI MILANO

Sistema Sanitario
 Regione
Lombardia

ALA SAN PAOLO

Il modello multifamiliare e la metafora lavoro:
identità sociale e costanza percettiva del sè
nelle relazioni complesse, una prospettiva
evolutiva e prognostica

Borgogno F., Fiorentino A., Pismataro C.P.

25 Ottobre 2013 ; Melegnano

Il servizio Ala San Paolo: chi siamo e cosa facciamo

- è una emanazione del servizio di cura e riabilitazione **del DSM del San Paolo**
- è composto da **una mini équipe**
- è un **Servizio** di secondo livello
- si occupa di **elaborare e sostenere** progetti di integrazione lavorativa, per i cittadini con disagio psichico
- svolge un'azione di **mantenimento** per le persone inserite nel mondo del lavoro

Analisi funzionale: capire come quella persona si rapporta con il suo ambiente, cioè il tipo di relazioni che ha con se stesso, con gli altri e con il fare

- Conoscenza clinica data dai servizi

- Conoscenza diretta
- Elaborazione fatta dall'equipe di ala, mediata da esperienze formative e propedeutiche sul **campo**

La funzione prognostica

Il **livello evolutivo** potenzialmente raggiunto dall'individuo non "in vitro" (nello spazio ristretto ed esclusivo di un servizio), ma all'interno della società nel suo complesso

Nel corso di questi anni di lavoro ci siamo accorti che in alcuni casi le **persone tendono ad aderire all'interpretazione che ne diamo come curanti reiterando pattern comportamentali e sintomi anche sulla base delle nostre aspettative.**

Il nostro tentativo costante è quello **di concentrarci in modo privilegiato sulle funzioni ancora integre e/o residuali** che la persona è in grado di declinare, testandolo non tanto sul proprio "stare meglio" quanto sulla capacità di tollerare la frustrazione e operare nel modo più adeguato possibile nell'interazione con la realtà, siano essi oggetti o soggetti.

L'operatore della mediazione: il Coach

- **Sostiene** le spinte evolutive di chi si trova a convivere con un disagio psichico, **cerca di mantenere** la costanza percettiva dell'io del soggetto:


“Devo decidere se rimanere sul divano, oppure scendere”

Quindi: ma come funziono?: la “*consapevolezza*”

- Svolge *un'azione educativa* aiutando l'utente a riconoscere le proprie paure, fragilità e insicurezze , oppure, delle sovra valutazioni che ha di sè, cercando insieme la modalità più adatta per fronteggiarle
- Lavora sull'*auto-stigma*
- Si avvale dei feedback che si hanno dalla *attività sul campo*



L'io ausiliario

- Il coach sostiene le **operazioni di assimilazione e accomodamento** che il lavoratore declina nel suo contesto professionale confermando gli aspetti funzionali che la persona ha declinato nel percorso
- 

La mediazione in azienda

- Permette all'azienda di **percepire la persona in maniera sufficientemente costante** da tollerarne le ambiguità, eventualmente modificando, nel limite del possibile, le condizioni ambientali
- Diviene necessario, per il coach, conoscere i contesti di lavoro e per l'azienda il coach, da qui la **necessità** di servizi con personale stabile



"Se mi hanno assunto, allora anch'io valgo"

Sostegno alla Rete: la consapevolezza dei ruoli

- Perché un sistema di tale complessità possa funzionare è necessario **un livello di integrazione istituzionale alto** in cui siano definiti ruoli e funzioni complementari, dove ogni attore possa operare con la propria competenza e nel proprio ambito con referenti stabili e certi, oltre che chiaramente autorevoli
- Il modello “ **Integralavoro**”

L'immaginario condiviso

intendiamo la necessità di costruire nel corso del percorso un'idea il più possibile condivisa tra tutti i soggetti coinvolti nell'interazione con l'utente in modo da sostenere "la possibile identità sociale" a cui il soggetto aspira nel percorso di reinserimento.

- In questa prospettiva si può accedere da una visione individuale, privata e familiaristica della gestione della Salute Mentale, a una visione condivisa tra tutti gli attori che interagiscono con la persona, per supportare la tenuta dell'io nel processo di cambiamento
- “ **il Gruppo Multifamiliare**” (GPM) e la metafora lavoro.....

L'IMMAGINARIO CONDIVISO E LE INTERDIPENDENZE SANE O PATOLOGICHE

- Il processo di cambiamento del paziente sviluppa **resistenze** nel paziente, nella famiglia e negli operatori.
- Come possiamo superare lo **stigma** che riguarda la nostra stessa idea di psicosi e focalizzarci su una ri-significazione in positivo dell'esperienza psicotica?
- Cosa pensava in breve **J.G.Badaracco** sulla psicosi?

UN NUOVO MODO DI PENSARE ALLA PSICOSI

Secondo Jorge Garcia Badaracco:

Il paziente ha poca autonomia perché non è libero di poter pensare a causa delle **presenze interne, intrapsichiche, che abitano il suo apparato psichico (OGGETTO CHE FA IMPAZZIRE)**.

Queste presenze interne corrispondono a presenze esterne, **i familiari (INTERDIPENDENZE PATOGENE E PATOLOGICHE)**.

La patologia grave è quindi una **PATOLOGIA DEL LEGAME** e richiede per sua stessa natura che ci occupiamo sia del paziente che della sua famiglia.

LA PSICOANALISI MULTIFAMILIARE

- Osservata da questo punto di vista, **la patologia riguarda sempre almeno due persone** che si "occupano" a vicenda, con la primitiva prevalenza del l'uno sul l'altro che, in seguito, viene ribaltata.
- Bisogna allora **favorire lo sviluppo degli aspetti immaturi** (il vero sé) a partire dalle distorsioni psicoemotive che caratterizzano la malattia, cioè dagli **aspetti che non si erano potuti evolvere nel contesto familiare reale** in cui il paziente ha dovuto crescere.

LA FAMIGLIA È IL LUOGO DOVE CI SI AMMALA MA ANCHE DOVE CI SI PUÒ CURARE...

- La famiglia dev'essere coinvolta nel processo di cura
- Se non cambia l'ambiente si possono presentare delle reazioni terapeutiche negative
- I genitori non riescono a vedere la **virtualità sana** del proprio figlio-parente ma solo delle immagini parziali (il narcisismo familiare; gli aspetti scissi e proiettati)
- Nella **simbiosi patologica** e in queste **relazioni narcisistiche** (patologiche) il soggetto finisce per inventarsi la relazione perché **non è capace di entrare in relazione con l'altro scoprendolo**, e simultaneamente scoprendo una parte di sé.

LA PSICOANALISI MULTIFAMILIARE E LE SUE APPLICAZIONI ...

- I gruppi di psicoanalisi multifamiliare **nascono negli anni 60** attraverso lo studio e la pratica clinica di uno psicoanalista e psichiatra argentino, J. G.Badaracco **all'interno del manicomio di Buenos Aires** (il Borda) dove questo autore era diventato direttore di un reparto.
- Badaracco utilizza questo modello **all'interno di una comunità terapeutica** (la comunità terapeutica psicoanalitica di struttura multifamiliare): **il gruppo multifamiliare diventa il macro-contenitore di tutti gli altri dispositivi di cura** - la clinica Ditem.
- Oggi a Buenos Aires molti analisti formati con Badaracco portano avanti la sua esperienza in diversi contesti clinici...

LA PSICOANALISI MULTIFAMILIARE E LE SUE APPLICAZIONI ...

- **In Italia** il modello viene applicato da colleghi romani (Andrea Narracci, Jose Mannu) negli anni '90 **nelle comunità terapeutiche**.
- Nei primi 10 anni di questo secolo il modello multifamiliare viene **utilizzato anche a livello territoriale**: sia a Roma che a Torino e poi in altre realtà italiane si creano dei gruppi multifamiliari nei Centri di Salute Mentale, e si iniziano a studiare delle **sue applicazioni anche nel contesto riabilitativo** (il progetto di Ala San Paolo) e **psico-traumatologico** (la ricerca intervento di Casale Monferrato/ ref. Prof. Antonella Granieri).
- Nel 2013 nasce a Roma il **Laboratorio Italiano di Psicoanalisi Multifamiliare**.

APPLICARE IL GPM NELL'AMBITO DEL PROGETTO SUL REINSERIMENTO LAVORATIVO: L'ESPERIENZA DI ALA SAN PAOLO

DURANTE I PERCORSI OSSERVAVAMO SPESSO CHE:

- A volte **gli inserimenti lavorativi** non andavano a buon fine perché non erano supportati dalla famiglia: spesso infatti la famiglia si oppone inconsciamente alla crescita del figlio, non la accetta davvero...
- Molte **ansie dei pazienti** trovavano un corrispettivo nelle **ansie dei genitori**
- Forti angosce di separazione (infedeltà agli oggetti interni): spesso quando il paziente sembrava avercela fatta (il contratto di lavoro era arrivato) vi era una grossa **crisi del paziente che spazzava via i risultati** a lungo inseguiti... Dopo ogni crisi era sempre più difficile ricominciare (**l'angoscia e il senso di inadeguatezza cresceva**)...

PERCHÉ ABBIAMO DECISO DI USARE IL DISPOSITIVO GRUPPALE MULTIFAMILIARE

- Per favorire la tendenza alla **co-costruzione di un immaginario collettivo** pensiamo che nella cura debbano essere inclusi sia la **famiglia** che i **membri dell'istituzione** curante.
- A volte anche **gli operatori** non riescono a gestire i pazienti e le loro angosce: il cambiamento spaventa tutti e si presenta il rischio di **mantenere il paziente in una condizione regressiva...**

PENSIAMO AL LAVORO COME A UN CONTESTO SURRETTIZIO CHE PERMETTA IL CAMBIAMENTO...

- Il **lavoro** non è l'obiettivo del nostro intervento ma il **medium** per intervenire..
- Il GPM rappresenta la **clinica del luogo** dove si incontrano paziente-famiglia-istituzione curante che **PENSANO INSIEME** come si crea l'identità sociale
- Il **cambiamento** per essere duraturo **dev'essere della rete e non solo del paziente**.

Con il GPM è possibile:

- **Pensare insieme** quello che non si riusciva a pensare da soli
- Vedere la **virtualità sana** dei pazienti
- Vedere **la storia transgenerazionale** della patologia e dei traumi
- Lavorare sulle **angosce di separazione**
- Imparare ad **ascoltare gli altri** e a rispettare i loro vissuti

Alcuni temi emersi:
rispetto al lavoro ma non solo...

- La paura di confrontarsi con le **frustrazioni**
- L'ansia di dover ricominciare..
- Sentimenti di **inadeguatezza**
- La paura di tradire le aspettative dei genitori e dei curanti
- La **violenza** reale e fantasticata
- Le interdipendenze
- Il "non detto" familiare
- La storia **transgenerazionale**
-

COSA SI PORTA FUORI DAL GRUPPO PER CONDIVIDERLO CON L'EQUIPE CURANTE

- L'immagine ed il vissuto del paziente vengono condivise con le équipe di riferimento e si ripensano i pazienti e gli interventi...(funzione prognostica del GPM)
- Gli operatori vengono al gruppo incuriositi dal poter vedere il paziente che hanno in carico.. e parlano di sé (sia in relazione al paziente che attraverso i propri vissuti, **vissuti che nel gruppo avvicinano pazienti, familiari e operatori e ne permettono il confronto reciproco!**).
- L'intervento a volte viene ri-tarato in base alla **funzione prognostica** del gruppo.
- Si posson attivare inoltre interventi di supporto per pazienti e/o familiari...

Un esempio o due...

- La storia di **Jonny**/ la caduta delle proprie aspettative coincideva con la paura di deludere la madre e le sue operatrici del centro diurno e di Ala.
- La storia di **Leone**/ si angosciava molto nel gruppo- è riuscito a formulare la richiesta di un supporto ed è stato inserito al Cd. La mamma partecipa invece al GPM.