



ÁREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES

(ISSN 1886-6530)

www.area3.org.es

Nº 21 – Invierno 2017

IL GRUPPO MULTIFAMIGLIARE NELLE STRUTTURE RESIDENZIALI PSICHIATRICHE ¹

Massimo De Berardinis²

Riferirò sinteticamente, in questo incontro, alcune riflessioni relative al contributo che il gruppo multifamigliare può fornire ai percorsi riabilitativi all'interno delle strutture residenziali psichiatriche.

Le considerazioni che riporto sono tratte da un'esperienza pluriennale condotta in una struttura residenziale del Servizio di Salute Mentale del Mugello (Firenze), aperta nel 1991 per rispondere alle necessità di un gruppo di pazienti gravi dimessi dall'Ospedale Psichiatrico di Firenze.

Quando, dopo diversi anni, la residenza iniziò ad accogliere nuovi pazienti, poiché quelli provenienti dall'Ospedale Psichiatrico, tutti in età molto avanzata, erano deceduti o erano stati trasferiti in altre strutture per anziani, ci si trovò nella opportunità di ripensarne sia le finalità che l'organizzazione.

Essendo noto che per le strutture residenziali il rischio maggiore risiedeva nel favorire, paradossalmente, proprio quella cronicità che si intendeva superare, nel momento di ripensare la forma organizzativa della struttura fu posta un'attenzione particolare a tutti quei fattori in grado di contrastarla; in primis la necessità di lavorare con un setting definito.

¹ Trabajo presentado en la 1ª Asamblea internacional sobre investigación en la Concepción Operativa de Grupo,

² Psiquiatra. Docente externo "Scuola J. Bleger" Rimini; Recapito: massimo.de.berardinis@gmail.com

Da qui “l’obbligatorietà”, preliminare ad ogni accesso in struttura, della definizione di un contratto terapeutico, condiviso, inizialmente, da paziente ed equipe curante. Il contratto doveva esplicitare, in modo chiaro, gli obiettivi del percorso residenziale, le modalità operative pensate per il loro conseguimento, la sua durata, le verifiche, da effettuarsi congiuntamente all’equipe inviata, la dimissione ed il progetto di prosieguo delle cure a livello ambulatoriale.

Il nuovo setting di lavoro, governato dal contratto terapeutico, consentì di realizzare importanti risultati sul piano riabilitativo portando la durata media dei percorsi residenziali a non superare l’anno; l’esperienza evidenziò anche il grande rilievo del ruolo giocato dai famigliari dei pazienti nel favorire o contrastare “inconsapevolmente” il percorso di cura.

Una variabile, quella familiare, vissuta spesso dagli operatori del Servizio con malcelata insofferenza e che era rimasta, per così dire, “tagliata fuori dal gioco” ma che necessitava, indubbiamente, di essere ricondotta all’interno dal setting terapeutico.

Questo venne realizzato includendo i famigliari sia come interlocutori nella definizione del contratto terapeutico che prevedendo la loro partecipazione ad un gruppo multifamigliare.

Tecnicamente il gruppo multifamigliare si teneva tutti i mercoledì dalle ore 17.00 alle 18.30; al gruppo, coordinato da un operatore esterno alla struttura, prendevano parte i pazienti temporaneamente ospiti della residenza, i loro famigliari e gli operatori in turno.

L’introduzione del nuovo dispositivo si rivelò presto molto efficace su diversi ambiti cui accennerò qui solo assai sinteticamente.

In partenza il nostro obiettivo era limitato all’idea di “far partecipi”, anche i famigliari, al percorso terapeutico dei pazienti; pensavamo cioè ad un loro coinvolgimento affinché non contro-agissero, in modo resistenziale, di fronte ai cambiamenti dei pazienti; ben presto ci siamo però resi conto che lo strumento del gruppo multifamigliare non assolveva semplicemente al compito di costituire “il palco” sul quale venivano “messe in scena” le modalità relazionali dei pazienti (come noi pensavamo) ma, al contrario, metteva in movimento “i gruppi interni” di **tutti** i partecipanti.

Voglio dire che abbiamo dovuto constatare che l’introduzione del dispositivo del gruppo multifamigliare *attivava importanti cambiamenti non solo sui pazienti ma anche sui loro famigliari e sugli stessi operatori.*

In estrema sintesi mi limiterò a riferire che:

- i cambiamenti favoriti nei pazienti hanno condotto ad una importante riduzione dei “rientri” a breve distanza di tempo e ad un abbassamento della durata media della residenzialità al di sotto dei sei mesi; a riprova della validità dello strumento dobbiamo riportare il fatto che in un anno, in cui non è stato possibile tenere il gruppo, il numero dei “rientri”, come pure la durata media della residenzialità, sono tornati ad aumentare.

- i rapporti tra famigliari, pazienti ed operatori sono diventati più autentici, comprensivi e rispettosi.
- gli operatori hanno manifestato un significativo cambiamento culturale nel modo di concepire la sofferenza mentale e di conseguenza è significativamente mutato anche il loro approccio ai pazienti ed ai loro famigliari.

Sotto questo aspetto voglio precisare che prima di questa esperienza il pensiero prevalente degli operatori, riguardo alla malattia mentale, era caratterizzato dall'idea che questa, quale che ne fosse la causa, attenesse solo e comunque ad un problema **interno** di pertinenza esclusiva del soggetto; la dimensione della intersoggettività non includeva nessuna rappresentazione o conoscenza dei fenomeni di tipo proiettivo – introiettivo; la relazione interpersonale era concepita solo come una forma di interazione **esterna** tra due o più soggetti isolati ed impermeabili.

Le cose hanno cominciato a cambiare, racconta un'operatrice, "... quando mi sono resa conto che pazienti e famigliari soffrivano allo stesso modo... entrambi delusi, gli uni dagli altri... e non erano così diversi tra loro come sembravano all'inizio... ma neppure da me... infatti anch'io, come loro, avrei voluto avere dei genitori diversi... e..."