

OLTRE I CAREGIVER: I GRUPPI DI PSICOANALISI MULTIFAMILIARE COME TRASFORMAZIONE DELLA CURA E DEI SERVIZI

Il mio punto di vista nasce da oltre vent'anni trascorsi nella residenzialità psichiatrica, dal lavoro come consulente clinica per un'associazione di familiari* che ha oggi aderito pienamente alla prospettiva della Psicoanalisi Multifamiliare, e soprattutto da un posizionamento professionale che ha sempre al centro la mente e la sofferenza delle famiglie. È proprio da questo osservatorio sul campo che avverto la necessità di interrogare la categoria di caregiver. Se ci si arresta al modello medico-biologico o a una sua versione socio-assistenziale “ammorbidita”, si rischia di travisare la natura stessa della patologia psichica grave. Definire il familiare di un paziente grave come un caregiver significa importare nel campo della salute mentale un modello mutuato dalla medicina organica, dalla neurologia o dall'ambito della disabilità. In quei contesti, a fronte di un danno biologico o cognitivo irreversibile, il caregiving è una necessità oggettiva: c'è un corpo o una funzione che ha bisogno di un'assistenza vicaria.

Nella psichiatria della gravità — nelle psicosi, nei disturbi gravi di personalità — applicare la categoria di caregiver al genitore o al familiare rischia di trasformarsi in un errore clinico ed epistemologico dagli esiti paradossali.

1. L'equivoco del caregiving e il rischio di ri-traumatizzazione

Se la sofferenza psichica grave non è un'alterazione intra-psichica isolata che “colpisce” un individuo a caso, ma nasce e si nutre all'interno di un legame di interdipendenza patologica e patogena (Badaracco), promuovere l'idea del familiare come “colui che assiste, guida e sostiene” significa spesso cronicizzare proprio l'incastro che ha generato il blocco evolutivo. Non si tratta in alcun modo di attribuire colpe o responsabilità ai genitori, che da sempre cercano di fare il meglio per i propri figli con gli strumenti che hanno. La colpa presuppone una consapevolezza o un'intenzionalità che qui non esistono: parliamo di dinamiche inconsce, di incastri affettivi e di lealtà invisibili. Uscire dalla logica della colpa è l'unico modo per entrare in quella della responsabilità evolutiva. Tuttavia, incentivare il genitore a farsi caregiver rischia di legittimare, sotto la nobile veste dell'assistenza, una figura che “sa meglio del paziente ciò che è bene per lui”, perpetuando quel controllo, quella sostituzione e quella sovrapposizione d'identità che hanno impedito il processo di

separazione-individuazione. Senza alcuna colpevolizzazione — poiché si tratta di dinamiche inconsce e prive di intenzionalità malvagia — la funzione di caregiver rischia di diventare la versione istituzionalmente sanzionata delle maglie vincolanti della famiglia.

2. Il paziente come “vero caregiver” e il sacrificio dell’esistenza

C’è un passaggio che la prospettiva assistenziale tende tragicamente a rimuovere, ma che la pratica clinica con la Psicoanalisi Multifamiliare svela continuamente: in moltissime storie di sofferenza grave, il vero caregiver, fin dalla prima infanzia, è stato il paziente stesso. I figli poi divenuti pazienti si sono fatti carico inconsciamente dei lutti non elaborati, dei vuoti esistenziali, dei nodi psicotici o depressivi dei propri genitori. Hanno annullato il proprio Sé e i propri bisogni evolutivi per “tenere insieme” il genitore o l’equilibrio di un sistema familiare fragile, sacrificando la propria esistenza sull’altare di un’interdipendenza simbiotica. Quando i pazienti esplodono nella crisi psicotica o si ritirano dal mondo, non stanno solo manifestando un “disturbo”: stanno gridando l’impossibilità di continuare a sostenere un peso non loro. Continuare a chiedere a questi pazienti di farsi “curare” da chi hanno tentato di salvare a costo della propria vita significa chiudere il cerchio di un’ingiustizia evolutiva. Il nostro compito etico e clinico è restituire a questi pazienti la possibilità di esistere come individui separati, sciolti dal debito di cura verso le figure genitoriali.

3. Favorire la disidentificazione: dai bisogni dell’altro alla cura di sé

Se vogliamo davvero aiutare le famiglie, non dobbiamo formarle a diventare “operatori domiciliari” o “esperti del sostegno”, ma dobbiamo offrire loro strumenti per de-identificarsi dal destino del figlio.

I familiari non hanno bisogno di imparare a gestire meglio il paziente; hanno disperatamente bisogno di essere aiutati a prendersi cura di se stessi, a ritrovare una propria vita desiderante al di fuori della malattia del congiunto, a tollerare il dolore e la colpa della separazione. La vera risorsa che un genitore può offrire al figlio non è la sua presenza costante o la sua vigilanza, ma la propria capacità di differenziarsi, di mostrare che è possibile sopravvivere alla distanza e alla diversità.

4. Il Gruppo Multifamiliare come dispositivo di differenziazione

Per fare questo non bastano i corsi di psicoeducazione, né la generica “partecipazione”, ma serve attivare dispositivi terapeutici che possano svelare le interdipendenze patogene e promuovere trasformazioni, come il Gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare.

Nel gruppo multifamiliare, la presenza contemporanea di più nuclei, di pazienti e di operatori privi del camice della delega, crea un campo d’interazione amplificato dove:

- Le interdipendenze si svelano: vedendo rispecchiate negli altri le proprie dinamiche coatte, le famiglie e i pazienti iniziano a “vedere” l’invisibile trama che li intrappola.
- Si riattiva la “virtualità sana”: la circolazione delle esperienze permette di sganciare le risorse egoiche congelate.
- I Servizi stessi cambiano mente: gli operatori escono dalla rigidità della diagnosi e dell’approccio prescrittivo, accettando di essere parte del campo intersoggettivo e rinunciando alla scorciatoia di delegare la gestione quotidiana a “familiari-caregiver”. Questo cambio di paradigma trasforma radicalmente il funzionamento delle équipes, promuovendo un lavoro integrato e di rete in cui paziente, famiglia e Servizio costituiscono un unico sistema curante. Non si tratta più di “istruire” la famiglia o di “gestire” il paziente, ma di costruire una rete di pensabilità condivisa che permette alla mente istituzionale di tenersi aperta alla complessità dei legami e alla loro trasformazione.

In conclusione, la salute mentale di comunità non si costruisce trasformando la casa in un micro-ospedale e i genitori in parasanitari. Si costruisce creando spazi terapeutici capaci di de-strutturare i legami patogeni. Restituire ai familiari la loro dimensione di persone con un proprio percorso di vita è l’unico modo reale per permettere ai pazienti di smettere di fare i caregiver invisibili dei propri genitori e iniziare, finalmente, ad esistere.

Silvia Rivolta, psicoterapeuta, psicoanalista della Società Psicoanalitica Svizzera e dell’I.P.A.

Sara Carloni, psicologa, psicoterapeuta in formazione della Scuola di psicoterapia integrata S.P.I.

* N.d.R.: si tratta dell’associazione Psiche Lombardia.