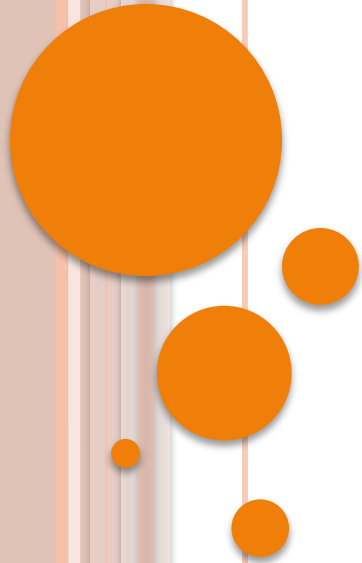


IL LAVORO CON I GENITORI: COSTRUIRE SIGNIFICATI CONDIVISI

CARLA CREMONESE



PADOVA
10 novembre 2018
INTERSEZIONI TRA PSICOANALISI E
PSICHIATRIA
Centro Veneto di Psicoanalisi

Quello che si vede nella tabella, è la più recente classificazione delle diverse fasi di malattia nella psicosi, con le varie indicazioni di intervento e cura.

Nella prima sono considerate gli Stati Mentali a Rischio di Psicosi, fino al primo episodio psicotico.

Nella seconda il clinical staging model completo.



Table 1 Revised clinical staging model for psychotic disorders and interventions for improving the outcomes of first-episode psychosis (FEP)

Clinical stage	Definition	Definition in clinical staging model	Intervention
0	Asymptomatic genetic risk	Premorbid	<i>Selective primary prevention</i> Improved mental health literacy Family psychoeducation
1a	Negative and cognitive symptoms	CHR-P	<i>Indicated primary prevention</i> Formal mental health literacy Family psychoeducation Active reduction of substance misuse
1b	Attenuated psychotic symptoms	CHR-P	<i>Indicated primary prevention</i> Family and individual psychoeducation Active reduction of substance misuse Vocational support Psychological therapies
1c	Short-lived remitting psychotic episodes	CHR-P	<i>Indicated primary prevention</i> As for 1b Close-in monitoring
2	Full-threshold FEP	Early full recovery	<i>Early intervention and secondary prevention</i> Family and individual psychoeducation Psychological therapies Active reduction of substance misuse Atypical antipsychotics and other medications Vocational rehabilitation

Improving outcomes of first-episode psychosis: an overview P. FUSAR-POLI, P.D. MCGORRY, J.M. KANE





Table 1 Revised clinical staging model for psychotic disorders and interventions for improving the outcomes of first-episode psychosis (FEP)

Clinical stage	Definition	Definition in clinical staging model	Intervention
0	Asymptomatic genetic risk	Premorbid	<i>Selective primary prevention</i> Improved mental health literacy Family psychoeducation
1a	Negative and cognitive symptoms	CHR-P	<i>Indicated primary prevention</i> Formal mental health literacy Family psychoeducation Active reduction of substance misuse
1b	Attenuated psychotic symptoms	CHR-P	<i>Indicated primary prevention</i> Family and individual psychoeducation Active reduction of substance misuse Vocational support Psychological therapies
1c	Short-lived remitting psychotic episodes	CHR-P	<i>Indicated primary prevention</i> As for 1b Close-in monitoring
2	Full-threshold FEP	Early full recovery	<i>Early intervention and secondary prevention</i> Family and individual psychoeducation Psychological therapies Active reduction of substance misuse Atypical antipsychotics and other medications Vocational rehabilitation
3a	Single relapse of psychotic disorder	Late/incomplete recovery	<i>Early intervention and tertiary prevention</i> As for 2, but with emphasis on relapse prevention and early warning signs
3b	Multiple relapses	Late/incomplete recovery	<i>Early intervention and tertiary prevention</i> As for 2, but with emphasis on long-term stabilization
3c	Incomplete recovery from first episode	Late/incomplete recovery	<i>Early intervention and tertiary prevention</i> As for 3a; clozapine in case of treatment resistance
4	Severe, persistent or unremitting illness	Chronicity	<i>Maintenance intervention</i> As for 3a-c, but with emphasis on social participation despite ongoing disability

CHR-P – clinical high risk for psychosis

Margaret Mahler, nel 1968, non escludeva l'origine genetica delle psicosi, e scriveva, in merito alle insufficienze dell'Io:

“Se queste, che io ho denominato ‘insufficienze di base’(dell'Io), siano o no primarie è un problema fittizio, come lo è quello se siano ereditarie oppure determinate dall'esperienza. L'aspetto saliente della psicosi infantile è che l'individuazione, cioè il senso dell'identità individuale non viene raggiunta. La formazione dell'identità presuppone la strutturazione dell'Io e la neutralizzazione delle pulsioni”.

(Le psicosi Infantili)



Nel modello con il quale lavoro, l'intervento con i genitori si interseca con quello del figlio, altre intersezioni – intersezioni necessarie per portare alla luce gli **unshared meanings**, ossia i significati non condivisi.

Significati forse rimasti confusi in una relazione di accettazione passiva, infantile, non critica e non criticata.

Ed è di solito una scoperta, per il figlio, di sentirsi finalmente 'ascoltato', e per i genitori: scoprire la diversità di comprensione e quindi del significato attribuito al singolo evento.



Il gruppo intersezioni

Ho cominciato un po' per curiosità, a frequentare il gruppo intersezioni.

Il cambiamento è avvenuto con l'introduzione del Profilo Diagnostico Metapsicologico.

In breve, ho cominciato a vederne le potenzialità, un ordine di pensiero che permetteva di ricostruire e definire dimensioni di tempo, spazio e luogo.

Mi fa fatto ritrovare la passione di **discutere, immaginare e curare.**



Questa storia inizia nel 2015, a settembre...

...il primo incontro con entrambi i genitori, avviene
a dicembre 2015...

Mi dicono:

‘in famiglia noi andiamo molto a gesti, ci capiamo
così, invece **A** si arrabbia, dice che la vogliamo
escludere.’

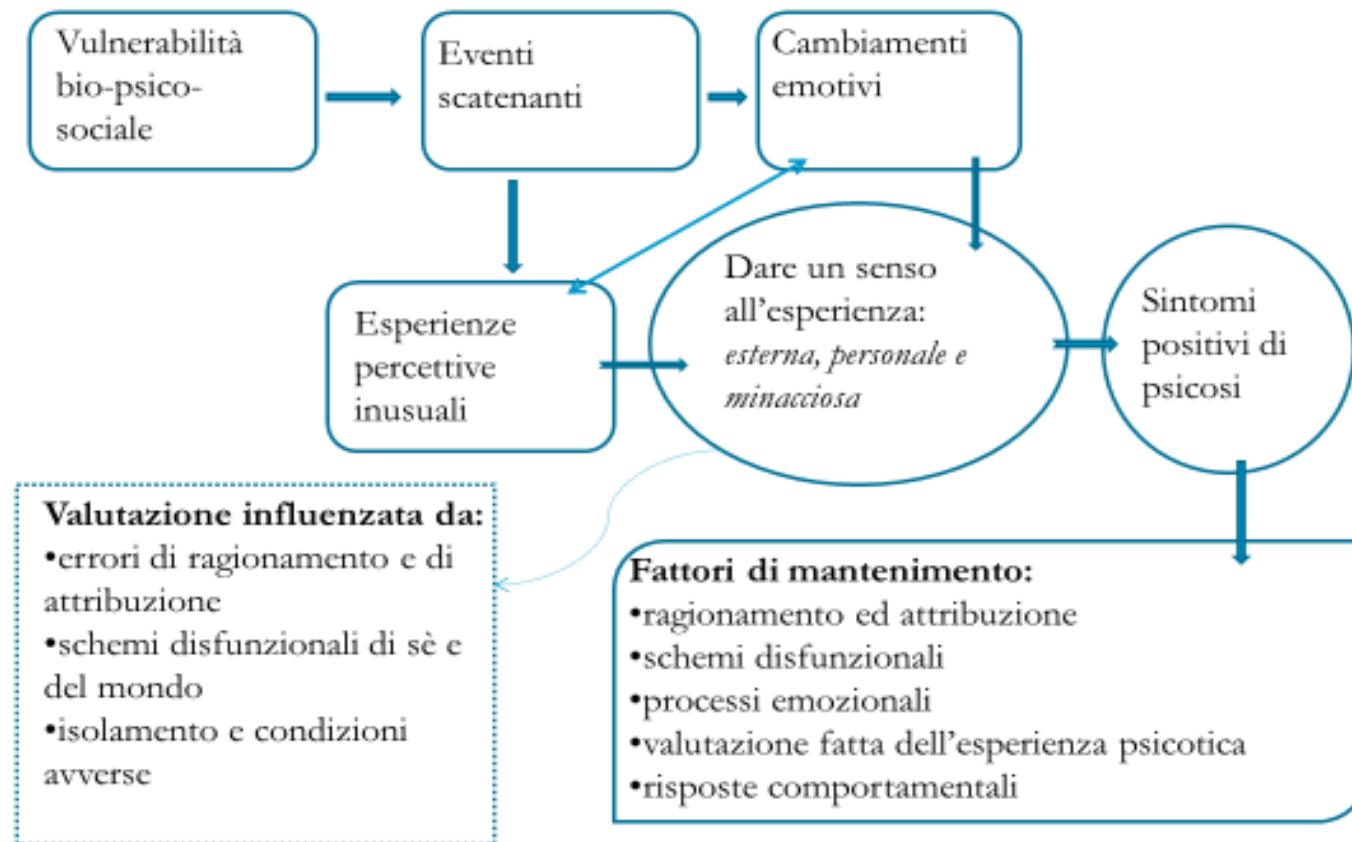
‘non è mai riuscita a mettersi nei panni dell’altro’

Gennaio 2017 inizio del profilo diagnostico
metapsicologico al gruppo intersezioni



INTRODUZIONE AL MODELLO VULNERABILITÀ-STRESS

A Cognitive Model of the Positive Symptoms of Psychosis (Garety et al 2001)



Partiamo da una osservazione iniziale portata dalla mamma: in famiglia andiamo molto a occhiate e a gesti. Ci capiamo così, è A che non capisce.

Cosa vuol dire? Perché A non capisce? Cosa non capisce?

Il problem solving



Questo il procedimento.

Evitare, nei limiti, di esprimersi a gesti, ma commentare l'azione. A tavola, la madre fa un cenno al padre, il quale coglie al volo la richiesta, e questo passa alla mamma il sale. A si arrabbia, piange si butta a terra strappandosi i capelli.

Ritorno sulla osservazione precedente: in famiglia andiamo molto a occhiate e a gesti. Ci capiamo così, è A che non capisce.

- **T - Cosa non capisce A?**
- **G - I gesti.**
- **T - Quindi?**

Come se realizzassero la difficoltà di A .

- T - Forse A ha bisogno di una traduzione del gesto in parola.**
- **G - Allora noi dovremmo parlare di più. Anziché utilizzare i gesti.**
- **T - Questo sarà il compito per la volta successiva**



Gennaio 2017 inizio del profilo diagnostico metapsicologico al gruppo intersezioni

una specie di rivoluzione nell'approccio al caso e nel funzionamento del gruppo.

Spesso le informazioni ricevute dai genitori, non coincidevano con quelle date dalla paziente all'analista. Diventammo così più attente nel ripercorrere, la storia di A e la storia della sua famiglia.



Fine anno 2016 - I dubbi

Stare sospesi sul confine: sostare sulla soglia della psicosi

1 – L'intervento 'cognitivo' che avevo condiviso con l'analista sembrava funzionare, per costruire dei confini fuori e dentro la paziente.

Qualcosa che potrei definire 'contenitore per l'inconscio'.

Da piccola raccoglieva foglie, angosciata dall'idea della morte, di recente i pensieri in bigliettini che metteva in una scatola.

Un confine che iniziava a differenziare un dentro da un fuori.



2- Dal punto di vista della psichiatria

- chi avrebbe sostenuto la mia scelta?
- Se il break down psicotico si fosse realizzato in modo più drammatico, quali le critiche avrei dovuto affrontare?
- Quale la responsabilità nell'accompagnare una terapia psicoanalitica con una paziente così grave?

.



Il tempo passa,

la mamma comincia ad essere contenta: vede i cambiamenti, adesso la sera non ci sono più problemi in casa, ha imparato cosa è meglio fare in certi momenti, anche per prevenire le crisi.

Le ricordo dei suoi timori iniziali di non poter 'staccare' quella figlia. Il suo sentirsi in trappola con una figlia continuamente bisognosa, sorride: 'ne abbiamo fatti di passi in avanti!'

A dicembre 2017 mi dirà: lo vedo dagli occhi quando posso parlare con A.



Mark Leffert, 2015

«...non possiamo considerare il sé senza il mondo, così come per primo sostenne Heidegger (1927/2008) e come fu commentato in seguito da Stolorow (2011) e Orange (2009; Orange, Atwood, Stolorow, 1997).»



Nella psicosi la parte che appare come più carente è il sé è l'integrazione corpo - mente – cervello.

E' solo in un secondo momento che l'Io, confuso nelle sue funzioni da un sé non sufficientemente integrato, perde progressivamente capacità e coerenza.



grazie!

