



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI PADOVA

**Università degli Studi di Padova**

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Neuroscienze

Corso di Laurea Triennale in  
Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica

**La Riabilitazione Psichiatrica e l'intervento  
familiare: il Sistema-Famiglia nella prospettiva  
di recovery**

Relatore:

Prof./ssa Ferron Sara

Laureando/a:  
Adragna Maria Consuelo

Matricola:2014232

ANNO ACCADEMICO 2022/23

*Il dolore non può essere evitato,  
è un modo naturale con cui ci viene segnalato che qualcosa non va.*

*L'accettazione può condurre alla tristezza  
ma solitamente ne segue una profonda calma.*

*(Marsha Linehan)*

## **ABSTRACT DELLA TESI**

La seguente tesi intende dimostrare, in un'ottica riabilitativa, l'importanza del trattamento integrante il sistema-famiglia nel percorso di recovery dell'utente psichiatrico. Si espongono le motivazioni e le modalità di possibile azione e trattamento che portano alla dimostrazione della necessità di integrazione e coinvolgimento delle famiglie nel percorso di cura. Emergono di contro le principali difficoltà dei servizi nel garantire la perfetta collaborazione con le famiglie. Si presenta la figura e la funzione del tecnico della riabilitazione psichiatrica e il suo possibile ruolo attivo nella definizione e azione del progetto riabilitativo individualizzato facendo particolare riferimento al trattamento familiare. Infine si espone la personale esperienza di un caso-studio analizzato durante il tirocinio attraverso un'intervista semi-strutturata circa l'importanza, l'utilità e il cambiamento percepito pre e post trattamento familiare affrontato e diventato parte integrante del percorso di recovery.

# INDICE

<b>INTRODUZIONE</b> .....	<b>5</b>
<b>CAPITOLO 1: CONCETTO DI FAMIGLIA</b> .....	<b>7</b>
1.1 C'ERA UNA VOLTA LA FAMIGLIA.....	7
1.2 COME SI DEFINISCE UNA FAMIGLIA?.....	7
1.3 FAMIGLIA È PRENDERSI CURA DI.....	8
1.4 VIVERE IN DIFFERENTI CONTESTI.....	9
<b>CAPITOLO 2: L'IMPORTANZA DEL RUOLO DELLA FAMIGLIA NELL'EVOLUZIONE DI VITA DEL PAZIENTE CON PATOLOGIA PSICHIATRICA. PER COSA È IMPORTANTE LA FAMIGLIA: EVOLUZIONE E MANTENIMENTO</b> .....	<b>11</b>
2.1 IL LEGAME DI ATTACCOMENTO: CONCETTI CHIAVE .....	11
2.2 QUANDO E COME SI FORMA L'ATTACCOMENTO TRA BAMBINO E CAREGIVER? L'ORIGINE DELLO "STILE" SICURO DI ATTACCOMENTO. ....	11
2.3 GLI "STILI" INSICURI DI ATTACCOMENTO .....	12
2.4 EFFETTI DELL'ATTACCOMENTO SULLO SVILUPPO FUTURO DEL BAMBINO.....	13
2.5 LA GENETICA EREDITATA DAI GENITORI HA LA SUA VALENZA NELLO SVILUPPO DI VITA DEL BAMBINO? .....	14
2.6 STRESS GENITORIALE PERCEPITO IN PRESENZA DI FIGLI CON PATOLOGIA PSICHIATRICA .....	15
2.7 IL CONCETTO DI EMOTIVITÀ ESPRESSA .....	16
<b>CAPITOLO 3: NORMATIVA CHE PARLA DI FAMIGLIA</b> .....	<b>17</b>
3.1 IL PIANO DI AZIONI NAZIONALE PER LA SALUTE MENTALE E I SUOI DOCUMENTI OPERATIVI .....	17
3.2 INDICAZIONI DI INTERVENTO SULLA FAMIGLIA DALLE "LINEE DI INDIRIZZO SUI DISTURBI NEUROPSICHIATRICI E NEUROPSICHICI DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA" .....	18
3.3 INDICAZIONI DI INTERVENTO SULLA FAMIGLIA DAL "DOCUMENTO SUGLI INTERVENTI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI TERAPEUTICO-RIABILITATIVI PER I DISTURBI NEUROPSICHICI DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA" ..	18
3.3.1 <i>Indicazioni di intervento sulla famiglia dal "documento riguardante la definizione di percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di Salute Mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità"</i> .....	20
3.4 INDICAZIONI DI INTERVENTO SULLA FAMIGLIA DAL "DOCUMENTO RIGUARDANTE LE STRUTTURE RESIDENZIALI PSICHIATRICHE IN ETÀ ADULTA" .....	21
3.5 INDICAZIONI DI INTERVENTO SULLA FAMIGLIA DAL "PIANO DI INDIRIZZO PER LA RIABILITAZIONE" .....	22
3.6 INDICAZIONI DI INTERVENTO SULLA FAMIGLIA DAL "PIANO REGIONALE DELLA REGIONE VENETO" .....	22
3.7 INDICAZIONI DI INTERVENTO SULLA FAMIGLIA DALLA "SOCIETÀ ITALIANA DI RIABILITAZIONE PSICOSOCIALE" .....	23
<b>CAPITOLO 4: L'APPROCCIO ALLE FAMIGLIE: GLI INTERVENTI FAMILIARI</b> .....	<b>24</b>
4.1 LAVORO CON I FAMILIARI SU DUE LIVELLI: EQUIPE-FAMIGLIA, FAMIGLIA-PAZIENTE.....	24
4.2 L'INTERVENTO PSICOEDUCATIVO: OBIETTIVI E LINEE GENERALI .....	24
4.2.1 <i>Intervento Psicoeducativo Integrato in Psichiatria (Ian Falloon)</i> .....	27
4.2.2 <i>L'intervento Psicoeducativo Multifamiliare basato sul Problem-Solving (Veltro, Oricchio, Nicchiniello, Pontarelli)</i> .....	28
4.2.3 <i>Modulo IMR per le Famiglie</i> .....	30
4.2.4 <i>Interventi specifici per Disturbi di Personalità</i> .....	31
4.2.5 <i>Family Focused Therapy (David J. Micklowitz) per il trattamento del Disturbo Bipolare</i> ....	33
4.3 UNO STRUMENTO UTILE: IL GENOGRAMMA FAMILIARE.....	34
4.4 IL COMITATO UTENTI FAMILIARI OPERATORI E IL PROGRAMMA PRISMA.....	36
<b>CAPITOLO 5: MOTIVAZIONI LEGATE ALLA DIFFICOLTÀ DI INTEGRARE EFFICACEMENTE LA FAMIGLIA NEL PERCORSO DI CURA</b> .....	<b>38</b>
5.1 DIFFICOLTÀ LEGATE A TIPOLOGIE DI INTERVENTI E DISTURBI .....	38
5.2 IL SOVRACCARICO DEI SERVIZI RICHIAMA RISPOSTE DISOMOGENEE .....	39
5.3 MODALITÀ DI PRESA IN CARICO DELLA FAMIGLIA.....	41

<b>CAPITOLO 6: IL RUOLO DEL TERP NEL PROGETTO E NEL RAPPORTO CON LA FAMIGLIA .....</b>	<b>42</b>
6.1 IL TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA: CARATTERISTICHE CARDINE DEL TERP NELLA CONDUZIONE DI INTERVENTI FAMILIARI .....	42
6.2 IL CORE COMPETENCE DEL TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA .....	48
6.2.1 <i>Funzione Riabilitazione e Famiglia</i> .....	49
6.2.2 <i>Funzione Prevenzione ed Educazione alla salute e Famiglia</i> .....	50
<b>CAPITOLO 7: LA MIA ESPERIENZA DI TIROCINIO .....</b>	<b>51</b>
7.1 OBIETTIVI, PERCORSO E CAMBIAMENTO NEL TRATTAMENTO FAMILIARE DI UN CASO STUDIO .....	55
7.2 INTERVISTA SEMISTRUTTURATA ALL'UTENTE .....	62
<b>CONCLUSIONI .....</b>	<b>70</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>71</b>

## INTRODUZIONE

L'Intervento Familiare si presenta come trattamento del Sistema-Famiglia che avvolge e, in certi modi, guida il funzionamento dell'utente in forma più o meno invadente. Per questa ragione è importante prendersi cura della famiglia analizzando il suo delicato funzionamento fatto di intrecci tra soggetti a loro volta complessi e intricati. Il processo sta nel fornire consapevolezza, attraverso il flusso di informazioni scambiate, sostenendo le risorse che la famiglia già possiede ma che possono risultare latenti nel caos della complessità che permea i rapporti umani. Il presente lavoro tratterà quindi di *Famiglia* e degli interventi che, in ambito riabilitativo-psichiatrico, possono essere attuati per questa e con questa. Iniziando da una riflessione sul variegato e pluridiscusso concetto di Famiglia si pone l'attenzione su punti importanti relativi all'influenza, biologica e comportamentale, che la famiglia ha sullo sviluppo del bambino e sulla formazione di questo come individuo-adulto. Questi passaggi sono utili al propedeutico comprendere che la necessità di integrazione della famiglia nei percorsi di cura non può essere più sottostimata.

La seconda parte del lavoro si occupa dei trattamenti che i servizi per la salute mentale riservano ai familiari. Si analizza la vigente normativa alla ricerca di linee guida riservate al trattamento con le famiglie che possano ufficialmente definire i passi sostanziali che i servizi devono garantire. Si passano poi in rassegna una serie di interventi familiari *evidence based*, strumenti e realtà attive sul territorio ponendo rilevante attenzione all'intervento psicoeducativo. La domanda che sorge spontanea è: i servizi sono davvero pronti a rivoluzionarsi in un'ottica di psichiatria che necessita di trattamenti rivolti al contesto di vita del paziente? Davvero le strutture e gli operatori dei servizi sono coscienti della complessità della realtà familiare e sono pronti a spogliarsi degli infruttuosi pregiudizi legati alla famiglia degli utenti? Quali resistenze ancora permangono e come possiamo agire in tal senso? Si presenta la figura del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica come promotore di fresche risorse da poter impiegare anche in area familiare e domiciliare.

L'ultima parte del lavoro introduce la testimonianza di un percorso evolutivo di *recovery* maturato anche per mezzo di trattamenti familiari.

Attraverso l'analisi di documenti, videotestimonianze e un'intervista semistrutturata condotta, si delinea il cambiamento familiare di un utente inserito nella realtà riabilitativa conosciuta grazie alla mia ultima esperienza di tirocinio.

## **CAPITOLO 1: Concetto di Famiglia**

### **1.1 C'era una volta la famiglia.**

C'era una volta la famiglia. Quella dimensione solida e composta da pezzi fissi e ben tenuti. Un modello di ispirazione e un traguardo da tagliare nella vita di ogni individuo.

Oggi non è rimasto quasi nulla di quello standard preconfezionato.

Da un lato ci si confronta con il *Family Day*, dall'altro si palesano all'interno della società forme differenti di vivere i legami interpersonali; nuove modalità dello stare insieme.

Esempi risultano essere separazioni e divorzi, single, monogenitori, convivenze, adozioni, affidamento, famiglie allargate, ricomposte, di fatto e miste.

La nozione di *famiglia* appare spesso inviolabile, svela intransigenze, dimostrando immaturità nell'adattamento ai molteplici eventi che la vita sociale porta.

### **1.2 Come si definisce una famiglia?**

C'è l'idea di Famiglia portata dalla Costituzione, c'è l'idea di Famiglia portata dal Codice Civile e c'è anche quella della Chiesa. In un'ottica tradizionale la famiglia è letta sulla base della propria struttura biologica, procreativa ed educativa dei figli. Leggendo la famiglia in un'ottica di miscuglio di interazioni, invece, appaiono protagonisti i legami, l'integrazione e l'attaccamento.

L'*Istat* (Istituto Nazionale di Statistica), parla di famiglia portandone una definizione che chiarisce che essa è rappresentata da un singolo o da un insieme di individui uniti da legami matrimoniali, di parentela, affinità, adozione, tutela o vincoli affettivi, che abitano insieme e hanno nel medesimo comune la quotidiana abitazione. Nonostante ciò, se, nell'eventualità, uno dei soggetti facente parte della famiglia si allontanasse provvisoriamente dal luogo di quotidiana abitazione, non smetterebbe di farne parte.

Stando alla definizione appena presentata, per definirsi Famiglia non sono necessari matrimonio, parto e bambini. Anche una coppia senza figli forma una famiglia. Non è necessario nemmeno contare più di un adulto.



Se ci si riferisce a due persone, non è un criterio la relazione intima sessuale. Non si parla nemmeno di un uomo e di una donna. La definizione esplicita anche, che non è obbligatorio abitare lo stesso luogo; si rimane famiglia pur vivendo o convivendo temporaneamente in altri luoghi. Si dà inoltre importanza ai vincoli affettivi. Le famiglie *di fatto* stanno sulla bocca di tutti ma importante tenere a mente che tra queste esistono quelle *per scelta* costituite dagli impossibilitati al matrimonio o da chi ha subito un allontanamento dalla famiglia d'origine.

Può accadere che si creino gruppi (solidali, contatti, parentele, legami speciali) ai quali spetterebbe il diritto di essere chiamati famiglie.

### **1.3 Famiglia è prendersi cura di...**

Fondamento intrinseco del concetto di Famiglia dovrebbe essere il “prendersi cura l'uno dell'altro, sentirsi in dovere di esserci, scambio di sostegno emotivo e materiale, condivisione di esperienze”. Non sempre però la famiglia, perfino la più tradizionale, salvaguarda queste caratteristiche. Portarsi dietro il titolo di genitore, zio, fratello non assicura il contatto e neppure procreare è un buon modo per assicurarsi l'assistenza quando si cercherà l'aiuto. Può capitare di vivere geograficamente o emotivamente distanti e quindi, di conseguenza, come è frequente che succeda, disimpegnati l'uno con l'altro. La famiglia tradizionale non è sempre garanzia di benessere per i bambini, nonostante i genitori vivano sotto lo stesso tetto. Anche il tetto comune non è garanzia di comprensione, serenità, sostegno e purtroppo nemmeno di sicurezza. Troppo spesso violenza e abusi su partner o minori macchiano la vita di troppe famiglie. Studi statistici confermano che, anche le famiglie tradizionali hanno, come tutte le altre tipologie, elevate probabilità di scindersi. Le famiglie ricomposte, nei casi in cui i genitori dimostrino una maturità tale da rispettare e ridefinire i propri ruoli, possono essere occasione di conoscere e vivere nuove figure di riferimento, nutrimenti intellettivi ed emotivi, risorse, soluzioni, a favore dei più piccoli. Appare quindi limpida la necessità di porsi qualche domanda in più per modellare il significato di famiglia e permettere ai concetti di legame, connessione emotiva, vicinanza, sostegno, rispetto e responsabilità, di porsi al centro limitando l'importanza dei vincoli di sangue o di legge. Al posto di pensare la famiglia in termini di struttura, bisognerebbe parlare di interazione e di amore. Mettere al centro i valori per riscattare la

nostra identità umana, devastata dall'invenzione di accordi, contratti, definizioni, divisioni e legami istituzionali.

#### **1.4 Vivere in differenti contesti**

Le discussioni sulla struttura familiare, negli ultimi anni, sono quindi diventate sempre più difficili, intricate e con milioni di sfaccettature. Numerosi studi hanno come oggetto di analisi il comprendere quali siano e se esistano diversi livelli di benessere percepito in base alle diverse situazioni in cui il bambino viva con un singolo genitore, o con genitori divorziati ed eventualmente risposati comparandoli con bambini provenienti da famiglie "tradizionali", per valutare quali possano essere le implicazioni sul successivo loro sviluppo. I legami sociali, sia con i familiari che non, risultano con certezza pezzi che rappresentano le fondamenta della vita di qualsiasi soggetto; in questo senso la modifica di relazioni consolidate potrebbe risultare come una delle cause di un possibile abbassamento dei livelli di benessere (anche psicologico) degli adolescenti che crescono. Alcune analisi circa l'argomento dimostrano ulteriormente che la stabilità familiare può avere un impatto positivo sulle relazioni sociali dei figli che, ad esempio, osservano e apprendono, dalle abilità di fronteggiamento dei conflitti e dalle capacità di raggiungere una situazione di compromesso utilizzate dai genitori, capacità relazionali che poi adattano alle loro personali relazioni. Mancando di questa stabilità, è possibile che ci sia una maggiore difficoltà ad instaurare e mantenere nel lungo periodo relazioni sane. (Cavanagh and Huston 2008).

I presidenti degli Ordini professionali degli psicologi di sette regioni (Veneto, Emilia-Romagna, Marche, Lazio, Campania, Abruzzo e Sicilia), in una lettera, hanno voluto chiarire quello che la ricerca scientifica e l'esperienza clinica affermano ormai da anni. Parlano di famiglie omogenitoriali in possesso di identiche linee di sviluppo appartenenti alle famiglie eterosessuali. Ciò che impatta sul benessere e sulla salute mentale dei figli è l'approccio della società che spesso stigmatizza, discrimina ed espone al prepotente pregiudizio. In questa direzione si sono espresse le più autorevoli istituzioni di psicologi a livello mondiale, quali l'*American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (AACAP), l'*American Psychoanalytic Association* (APsaA), l'*American Psychological Association* (APA). A livello italiano, l'*Associazione Italiana di Psicologia* (AIP) nel 2011 ha ricordato che quello che conta, nello sviluppo

dell'infante, è la qualità dell'ambiente di crescita. Questo dissocia dal fatto che si parli di famiglie conviventi, separate, risposate, single o dello stesso sesso. In veste di professionisti nel campo della salute mentale e del benessere psicologico affermano inoltre che la definizione di Famiglia funzionale deve contenere: donare cura, sicurezza, protezione, sostegno e apertura alle diverse dimensioni dell'esistenza umana. Nel 2023 esistono molteplici modalità di essere famiglia. Per lo Stato e per tutti i professionisti sanitari e non sanitari; aprire la mente, accogliere, dare attenzione, tutele e validità a tutte le famiglie permette di validare la realtà che è fatta di esistenze umane complesse e per questo diversificate in un insieme di intrecci unici e inimitabili che rappresentano la pluralità degli aspetti socioculturali che caratterizzano l'umanità.

## **CAPITOLO 2: L'importanza del ruolo della Famiglia nell'evoluzione di vita del paziente con patologia psichiatrica. Per cosa è importante la Famiglia: evoluzione e mantenimento**

### **2.1 Il legame di Attaccamento: concetti chiave**

*“Amiamo come siamo stati amati”*

Tra i più importanti compiti con cui un bambino deve fare i conti già dall'inizio della sua vita, esaminando il punto di vista relazionale, troviamo la creazione di un legame di attaccamento con “colui/colei che fornisce cure”. Si parla di creazione di legame tra bambino e *caregiver* che risulta poi essere la primaria figura di accudimento. Sotto forma di metafora, il legame di attaccamento può essere associato ad una relazione con valenza emotiva di lunga durata che si stabilisce e mantiene nel tempo insieme ad una persona specifica (Schaffer, 1998). Per lo psicologo britannico John Bowlby, fondatore della “teoria dell'attaccamento”, la “predisposizione all'attaccamento” è già esistente alla nascita. Viene così definita come una ‘predisposizione biologica’ in grado di possedere una doppia funzione: la protezione (funzione biologica) e il dare sicurezza al neonato (funzione psicologica) (Bowlby, 1983). Per il legame di attaccamento viene dimostrata anche l'importanza della sua qualità in quanto questo avrà influenze più o meno future sull'evoluzione personale del bambino. Si parla di sviluppo di capacità cognitive, sviluppo psicofisiologico, strutturazione della sua salute mentale e formazione di future relazioni. Molto spesso è la madre a fungere da *caregiver* ma non è escluso che “chi fornisca cure” al bambino sia il padre, i nonni o la tata.

### **2.2 Quando e come si forma l'attaccamento tra bambino e caregiver? L'origine dello “stile” sicuro di attaccamento.**

Il fascino del legame di attaccamento sta anche nella consapevolezza che questo cominci a crearsi già in fase perinatale e quindi prima del parto. La creazione di un ottimale legame di attaccamento ha origine multifattoriale ma dipende anche dal desiderio e dal tipo di preparazione dei genitori per questa nuova fase della vita, dallo stato psichico della madre durante la gravidanza, dai suoi livelli ormonali e dall'andamento del parto. Possono influire alla creazione di una buona qualità di attaccamento una quantità più elevata di produzione di ossitocina e un parto di tipo naturale (e.g., Vittner et al., 2017;

Zavardehi et al., 2018). Una volta partorito, il neonato necessita invece di corrette modalità di accudimento con *focus* sulla qualità delle interazioni tra *caregiver* e bambino. Fondamentale è lo scambio reciproco di sguardi. Prendendo in esempio l'*interazione faccia a faccia mamma-bambino standard*, il piccolo guarda la mamma; è poi la mamma a ricambiare lo sguardo magari facendolo seguire da un sorriso che scatena nel bambino un sorriso riflesso. Nasce come una danza con protagoniste le due figure interagenti che, in sincronia ed equilibrio, muovono passi di armonia. (Schaffer, 1998). Nel momento in cui "la persona che si prende cura" soddisfa i bisogni del bambino, l'attaccamento che si instaurerà sarà di tipo sicuro. (Ainsworth et al., 1978). Con un *attaccamento di tipo sicuro* il bambino svilupperà sicurezza (per sé stesso e per la propria figura di attaccamento), fiducia verso il mondo, che verrà da lui percepito come luogo sicuro, e capacità di muoversi e di esplorare l'ambiente circostante con una sempre maggiore autonomia. In situazioni di forte impatto emotivo o traumatiche, (come incidenti, ricoveri ospedalieri, perdite significative, abusi), è fondamentale che, per i bambini, sia manifesta la presenza di una persona fidata e significativa. La scossa percepita, dovuta a questi eventi, richiamerà un bisogno del bambino di ancor maggiore vicinanza e presenza da parte del *caregiver* che, soddisfacendolo, contribuirà ad aiutare il bambino a ritrovare il proprio equilibrio di serenità che gli permetta di procedere serenamente nel personale sviluppo di vita. (Levine & Kline, 2009).

### **2.3 Gli "stili" insicuri di attaccamento**

Nonostante l'importanza di un attaccamento sicuro, quasi 1/3 dei bambini crea invece un attaccamento di tipo insicuro. Spesso accade anche che questo si trasmetta creando disagi importanti non solo ad una ma a successive generazioni. Si parla oggi di due "stili" di tipo insicuro e di uno "stile" di tipo disorganizzato categorizzati grazie a molteplici studi condotti a catena dopo la procedura sperimentale della "*Strange Situation*" utilizzata da Mary Ainsworth (1978), allieva di Bowlby.

-*Stile di attaccamento insicuro-evitante*: si crea quando la figura di accudimento rifiuta persistentemente, non risponde o è emotivamente non disponibile nei confronti del bambino. Di conseguenza, il bambino impara a non fare affidamento su di lui e si rifiuterà di cercare il suo contatto perché ha

appreso che i suoi bisogni rimangono irrilevanti agli occhi del *caregiver* che non li soddisferà;

-*Stile di attaccamento insicuro-ambivalente*: si crea quando il *caregiver* non è costante e coerente nel rispondere ai bisogni del bambino. Può capitare che sia presente e che doni amore ma che, in un secondo momento, non sia disponibile ma anzi rigettante. Si crea così, nel bambino, una situazione di confusione sul cosa aspettarsi dal *caregiver* strutturando a causa di ciò una paura dell'abbandono. Questa potrà essere causa, nel bambino, di comportamenti apparentemente opposti e incongrui. Potrà richiedere che il *caregiver* rimanga vicino a lui ma contemporaneamente essere rabbioso e ostile nei suoi confronti;

-*Stile di attaccamento disorganizzato*: si crea spesso quando il bambino subisce abusi ed è anche lo stile di attaccamento maggiormente associato a difficoltà nel bambino. Il *caregiver*, in questo caso, mette in atto quasi sempre comportamenti diversi (può essere a tratti rassicurante, a tratti non responsivo e addirittura diventare maltrattante o abusante). I comportamenti del bambino, invece, saranno un susseguirsi in modo alterno di reazioni tipicamente associate ad uno o a più stili di attaccamento insicuro e di momenti di caos e timore. L'imprevedibilità dell'adulto genera nel bambino confusione.

## **2.4 Effetti dell'attaccamento sullo sviluppo futuro del bambino**

Alcuni percorsi evolutivi vengono fortemente impattati dalla qualità del legame di attaccamento. In particolare, questa è alla base dell'autostima di un individuo: il bambino che si percepisce amato, stimato e valorizzato dalla propria figura di riferimento riuscirà a pensarsi competente, forte e in grado di fare e realizzare (e.g., Orth, 2018). Oltre all'autostima, la qualità del legame di attaccamento influenza fortemente come il bambino, una volta cresciuto, interagirà con l'esterno. Se l'attaccamento sarà sicuro il bambino esplorerà la realtà esterna con maggiore spontaneità in quanto consapevole di possedere una "base sicura" dalla quale tornare. Più facile sarà cominciare a creare la sua autonomia e indipendenza. Altri fattori influenzati dalla qualità del legame di attaccamento sono la regolazione emotiva, il funzionamento sociale e le capacità cognitive. Migliore sarà la qualità e maggiormente prestanti saranno le *performance* associate a questi fattori. (e.g., Oldfield et al., 2015).

È dimostrato invece che, le differenti forme di attaccamento insicuro determinino una maggiore rigidità emotiva, deficit di abilità e relazioni sociali, deficit di attenzione e di empatia (e.g., Troyer&Greitemeyer, 2018) oltre che aumentino la probabilità di sviluppare disturbi d'ansia (e.g., Colonnesi et al., 2011), depressione (e.g., Lee & Hankin, 2009), disturbi alimentari (e.g., Monteleone et al., 2018) e disturbi psicotici (e.g., Carr et al., 2018). In questi casi, saranno maggiori i livelli di cortisolo (ormone dello stress) e per questa ragione sarà anche meno semplice tollerare lo stress (e.g., Luijk et al., 2010). Nel caso di un attaccamento disorganizzato, invece, aumenta la probabilità di sviluppare sintomi dissociativi o il disturbo da stress post-traumatico (nell'eventualità il soggetto venga esposto a trauma) (e.g., Liotti, 2004).

## **2.5 La genetica ereditata dai genitori ha la sua valenza nello sviluppo di vita del bambino?**

Quando un genitore con disturbo psichiatrico desidera un bambino, sentimento comune è spesso la paura che il proprio disturbo possa essere trasmesso al nuovo nascituro. Ad ingigantire maggiormente questo sentimento è la ricerca, in grado di evidenziare che il disturbo mentale del genitore compromette spesso il benessere e lo sviluppo psicofisico del figlio. Non viene dimostrata una causalità diretta tra disturbo del genitore e disturbo del figlio anche se si parla di *fattori biologici predisponenti* il disturbo che, insieme con i fattori ambientali, aumentano la probabilità di sviluppo di disturbi psichiatrici. La letteratura dimostra che gli aspetti del disturbo dei genitori maggiormente impattanti sui figli sono l'irritabilità, l'aggressività, il ritiro sociale, il comportamento e l'ideazione bizzarra, difficoltà di pianificazione e incoerenza nei comportamenti. È comunque da tenere in considerazione che non tutte le genitorialità che implicano una patologia mentale sono sinonimo di genitorialità negativa. Non si parla di genitorialità più o meno adatte in base alle diverse patologie ma di genitorialità che impatta nei comportamenti quotidiani. L'aiuto primario in questo senso si ha nel compenso psichico raggiunto con una corretta terapia farmacologica, psicologica e riabilitativa. Fattore protettivo per uno sviluppo armonico di bambini aventi genitori con malattie psichiatriche diventa un buon ambiente di vita fatto di cure genitoriali e di supporto sociale. Puntare sulla prevenzione che parla di fattori protettivi e di rischio può

rappresentare un'importante svolta terapeutica per migliorare il benessere e aumentare i livelli di resilienza.

## **2.6 Stress genitoriale percepito in presenza di figli con patologia psichiatrica**

Si presenta uno studio caso-controllo condotto a partire da casi clinici afferenti alla *Struttura Complessa Infanzia Adolescenza Famiglia (SC IAF) dell'ULSS 16 di Padova* e da bambini scelti da 4 scuole dell'infanzia e primarie delle province di Padova e di Imperia. Lo studio è volto ad indagare i fattori che intervengono e influiscono sul legame esistente tra i diversi livelli di stress e autoefficacia (*empowerment*) genitoriale e l'esito di trattamenti medici dei figli (in particolare delle psicoterapie in età evolutiva). Vengono messi a confronto due gruppi di genitori-figli: il primo gruppo costituito da genitori e da figli con diagnosi di patologia psichiatrica e il secondo gruppo costituito da genitori e da figli in assenza di diagnosi di patologia psichiatrica. Emerge che, nei casi di disturbi d'ansia, è lo stress genitoriale a influenzare il percorso terapeutico del figlio; nei casi in cui il bambino presenta comportamenti antisociali o aggressivi, utile sarebbe, per ridurre e limitare i comportamenti-problema, condurre interventi volti al miglioramento delle capacità genitoriali di gestione dello stress. Lo stress genitoriale deriva dallo scarto esistente tra i bisogni esplicitati dal bambino e la propria percezione genitoriale di essere in grado di soddisfarli.

Importante inoltre condurre interventi volti al rafforzamento dell'*empowerment* che si presenta come tratto trasversale facilitante la terapia familiare e individuale del bambino. Da un'analisi americana condotta emerge che, rafforzare l'*empowerment* genitoriale, permetta che sia meno probabile lo sviluppo di un Disturbo da Stress Post Traumatico materno, sia minore lo stress genitoriale percepito e minore la probabilità di un'evoluzione di problemi internalizzanti ed esternalizzanti nel figlio quando il figlio stesso è il principale protagonista di un trauma. Altro fattore influente riguarda la coppia genitoriale stessa: genitori con elevati livelli di stress gestiti in maniera non funzionale influenzano negativamente l'*empowerment* dell'altro genitore della coppia. Al contrario però il genitore maggiormente competente nella gestione dello stress può rafforzare il genitore maggiormente in crisi in un'ottica di divisione delle responsabilità rendendo così la percezione della situazione stressogena meno



pesante. Importante sarà quindi strutturare interventi volti alla percezione di autostima e autoefficacia da parte dei genitori (per sé stesso e per l'altro genitore) ma contemporaneamente agire sul fornire strumenti adeguati e utili alla gestione dei comportamenti-problema del figlio per dare vita ad un circolo rinforzante diretto sia in direzione genitore che in direzione figlio. Migliorerà così anche l'alleanza terapeutica e verrà ridotto lo stress percepito.

## **2.7 Il concetto di Emotività Espressa**

Studi condotti dal *Gruppo di Palo Alto* (Bateson, 1965) evidenziano peculiarità nelle famiglie di pazienti schizofrenici: comunicano, all'interno del sistema-famiglia con modalità enigmatiche e bizzarre. Nello stesso periodo, l'antropologo George Brown, nota che, spesso, il reinserimento in famiglia post ricovero richiama una maggior probabilità di ricadute. A partire da queste due analisi si elabora nel 1972, il concetto di "*Emotività Espressa*". Si verifica che, le continue pressioni e preoccupazioni da parte dei familiari sulla necessità e celerità di cambiamento-miglioramento del figlio affetto da patologia psichiatrica, peggiorino in realtà il percorso incrementando lo stress all'interno delle dinamiche familiari e aumentando le probabilità di ricadute. Si valuta lo stress familiare in termini di *Emotività Familiare Espressa* e di *Carico Familiare*. Le analisi condotte a partire da questi due indici portano alla formulazione di un complesso modello in grado di vedere non più unicamente la parte biologica della malattia che portava spesso alla colpevolizzazione genitoriale ma anche l'importanza del coinvolgimento della famiglia nel trattamento. Coinvolgere la famiglia nel trattamento permette di fare oculate scelte funzionali. La sofferenza del paziente è sofferenza della famiglia e viceversa ma questa va espressa in maniera funzionale. Preso consapevolezza di ciò risulta evidente l'importanza di muoversi nella direzione di benessere coinvolgente entrambe le parti (Matrondola, 2020 ).

## **CAPITOLO 3: Normativa che parla di Famiglia**

### **3.1 Il Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale e i suoi documenti operativi**

Il *Piano di azioni nazionale per la salute mentale* (PANSM) “definisce gli *obiettivi* di salute per la popolazione, le *azioni* e gli *attori* necessari per conseguirli, i *criteri* e gli *indicatori di verifica e valutazione*”.

Nello specifico, mira alla soddisfazione dei bisogni della popolazione e quindi all’aggiornamento dei servizi intervenendo su aree prioritarie con progetti individualizzabili (regionali e locali) all’interno di percorsi di cura. Si rivolge ai *servizi dell’età adulta* ma anche *dell’infanzia e dell’adolescenza*.

Dal PANSM, che ci fornisce una modalità di operare generale, derivano una serie di altri documenti operativi che si rivolgono alle *Regioni* e le sostengono e guidano nella promozione di percorsi di cura adeguati ed efficienti:

- *Linee di indirizzo per i disturbi neuropsichici dell’età evolutiva* chiarisce la necessità di intervenire con un programma multidisciplinare su tutti di disturbi legati a questa fascia d’età in quanto, da prendere in considerazione, sarà sicuramente la gravità del disturbo ma anche il contesto di vita del paziente e le caratteristiche specifiche della fascia d’età attraversata dall’utente stesso e dalla sua famiglia.

- *Gli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico-riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell’infanzia e dell’adolescenza* chiarisce la necessità di intervenire con azioni *evidence based* che garantiscano qualità di trattamento ed esito su patologie fortemente invalidanti (sia per il soggetto che per la sua famiglia) e in grado di assorbire importanti risorse come i disturbi schizofrenici, i disturbi dell’umore e i disturbi gravi di personalità.

- *Le strutture Residenziali Psichiatriche in età adulta* (rivolto anche ai pazienti in transizione tra la neuropsichiatria infantile e la psichiatria adulti) chiarisce il bisogno di operare, all’interno delle strutture, in base a progetti che definiscano percorsi variabili costruiti “su misura” dell’utente.

Le *Regioni* dovranno quindi attrezzarsi di adeguate strutture in grado di comunicare tra loro e di adeguate figure professionali per garantire la soddisfazione dei bisogni della popolazione.

### **3.2 Indicazioni di intervento sulla famiglia dalle “linee di indirizzo sui disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell’infanzia e dell’adolescenza”**

Per quanto riguarda il sistema-famiglia e gli interventi ad essa dedicati, secondo *le linee di indirizzo sui disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell’infanzia e dell’adolescenza* importante risulta l’intervento precoce che preveda il coinvolgimento e l’*empowerment* della famiglia e del contesto di vita sia nella fase di diagnosi che di trattamento. La NPI (Neuropsichiatria Infantile), da sempre servizio maggiormente esposto alla necessità di integrare SSN, scuola, enti locali, terzo e quarto settore e famiglia nei progetti, prende consapevolezza che serve, ad oggi, una vera e propria evoluzione del modello clinico-organizzativo che rafforzi ulteriormente l’integrazione della famiglia nei percorsi di cura in un’ottica di *family centered care* e di “*neuropsichiatria di comunità*”. Consigliati allora interventi informativi, formativi, di *training* e/o di *counseling* psicologico che forniscano informazioni chiare, precise, continuative nel tempo, per essere in grado di scegliere consapevolmente il percorso di cura riservato al minore. Vengono presentati come utili anche gli interventi che promuovono l’attivazione di gruppi di mutuo-aiuto tra i familiari, proficui per lo scambio di esperienze e promuoventi il *problem solving*. Si consigliano inoltre interventi in grado di limitare situazioni di maltrattamento e abuso su minori per prevenire e contenere l’insorgenza di patologie mentali e le annesse conseguenze gravemente impattanti sul bambino.

Da tenere in considerazione il carico assistenziale ben consistente associato ai disturbi neuropsichici dell’età evolutiva che grava sulle famiglie e che può ridurre la compartecipazione al trattamento.

### **3.3 Indicazioni di intervento sulla famiglia dal “documento sugli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico-riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell’infanzia e dell’adolescenza”**

Continuando ad analizzare l’area riguardante l’infanzia-adolescenza, il *documento sugli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico-riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell’infanzia e dell’adolescenza* esplicita che il PANSM, per i minorenni, stabilisce che risulta necessario il coinvolgimento, più o meno intensivo, della famiglia negli interventi attuati sul

figlio. Per questa tipologia di utenti verrà stilato dal Servizio territoriale di NPI (Neuropsichiatria Infantile) un *Piano di Trattamento Individuale* (PTI) che potrà prevedere anche l'inserimento, per un determinato periodo di tempo stabilito, in una struttura semiresidenziale o residenziale che permetta l'attuazione di un programma di trattamento terapeutico-riabilitativo di varia intensità di cura (bassa, media o alta). L'intensità viene stabilita in base alla frequenza e all'intensità di interventi proposti. Per la famiglia potranno essere suggeriti principalmente attività di valutazione, colloqui familiari, attività psicoterapeutiche strutturate e psicoeducative ed interventi domiciliari. La strutturazione del *setting* di intervento (orari, giorni, luoghi) dovrà venire incontro a tutte le esigenze delle parti coinvolte. Le strutture semiresidenziali sono da privilegiare per i minorenni quando la gravità della sintomatologia lo permette, in quanto consentono di seguire il trattamento rimanendo comunque ancorati e stabili al proprio domicilio all'interno del proprio contesto familiare e sociale. Quando vi sono invece specifiche necessità di allontanamento dal contesto familiare, bisogni tali da non risultare soddisfatti unicamente con i trattamenti in regime semiresidenziale o ambulatoriale, diventerà necessario l'inserimento in una struttura residenziale. L'intensità assistenziale dipenderà anche dal grado di supporto familiare e sociale che il paziente minorenne possiede. Valutate tutte le possibili variabili di cambiamento, più il grado di supporto familiare sarà basso e più il percorso sarà orientato verso la creazione di una nuova rete di sostegno che, nel futuro, gli permetterà di sentirsi agganciato a qualcuno e non abbandonato. All'interno del PTI dovranno essere indicati il grado di compromissione del paziente in ambito familiare adeguatamente valutato tramite strumenti standardizzati e le modalità di funzionamento familiare specificando criticità e punti di forza di questo. Il PTI deve inoltre includere la sottoscrizione di un "*contratto terapeutico*" dove l'utente, la famiglia e la scuola dichiarano di impegnarsi volontariamente nella prosecuzione del percorso di cura. Chiari dovranno essere all'utente e alla famiglia gli obiettivi e le modalità di trattamento e di valutazione d'esito. Sarà comunque possibile, per le famiglie, rivolgersi ai servizi per eventuali chiarimenti sul percorso costruito. La comunicazione si dimostra importante nella funzionalità dei servizi. Una volta inserito l'utente all'interno della struttura, l'equipe della struttura dovrà formulare un *progetto terapeutico*

*riabilitativo personalizzato* (PTRP) che prevederà anche di fare il punto della situazione sui punti di forza e sulle criticità presenti anche in famiglia. Da indicare le tipologie di trattamento, anche familiare. Punto delicato, nel trattamento di pazienti minorenni, è la prescrizione e l'utilizzo di un trattamento farmacologico che necessiterà di un consenso informato sia dell'utente che della famiglia.

### **3.3.1 Indicazioni di intervento sulla famiglia dal “documento riguardante la definizione di percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di Salute Mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità”**

*Il documento riguardante la definizione di percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di Salute Mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità stabilisce che esistono 3 fasi all'interno dei percorsi di cura e devono coinvolgere anche la famiglia. Queste sono:*

- a) la collaborazione/consulenza
- b) l'assunzione in cura
- c) la presa in carico: prevede la strutturazione del PTRI (Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato)

I percorsi di cura suggeriti per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità presentano, tra i punti qualificanti comuni ai quattro percorsi anche la necessità di un'estrema attenzione al lavoro con le famiglie.

- Per il paziente con disturbo schizofrenico

Importante la presa in carico precoce del paziente e della famiglia che verrà valutata in funzione dei suoi bisogni e del carico familiare percepito. Dopo la valutazione inizia la fase di azione che prevede l'inserimento del paziente e della famiglia in piani di trattamento multicomponentiali e multiprofessionali.

- Per il paziente con disturbo bipolare

Nella valutazione iniziale sarà importante valutare anche la familiarità, fortemente connessa al disturbo, e procedere con un trattamento multicomponentiale che preveda psicoeducazione familiare e psicoterapia familiare (quando opportuna). Negli interventi di

psicoeducazione, gli argomenti di fondamentale importanza per la gestione del disturbo saranno: informazioni sulla malattia, individuazione e gestione dei campanelli d'allarme, monitoraggio dell'umore, importanza del mantenimento di un'equilibrata routine quotidiana che includa ritmo sonno-veglia regolare e aderenza alla terapia farmacologica.

- Per il paziente con depressione

Consigliata psicoterapia familiare all'esordio di malattia e frequenti contatti famiglia-servizio di monitoraggio sintomi.

- Per il paziente con disturbo grave di personalità

Consigliati interventi familiari psicoeducativi volti anche all'apprendimento dello *strumento dell'analisi comportamentale*, utile per la gestione delle crisi legate al disturbo. Se le crisi sono frequenti sarà importante stilare un *piano di gestione delle crisi* da condividere anche con la famiglia. Per le caratteristiche del disturbo sarà utile far firmare il Contratto Terapeutico, da condividere anche con la famiglia, che definisca l'impegno per il raggiungimento degli obiettivi terapeutici che ogni membro integrato nel progetto stabilisce di investire. I servizi promuovono la creazione di gruppi di auto-mutuo-aiuto composti da familiari che potranno continuare ad esistere anche dopo la fine del trattamento al fine di creare una rete di sostegno familiare.

### **3.4 Indicazioni di intervento sulla famiglia dal “documento riguardante le strutture residenziali psichiatriche in età adulta”**

Per quanto riguarda il sistema-famiglia, secondo il *documento riguardante le strutture residenziali psichiatriche in età adulta*, al PTRI dovrà essere allegato un “accordo/impegno di cura” tra DSM e utente condiviso poi con la famiglia che garantisca la volontarietà e l'adesione del paziente al trattamento. Punto di importante valenza sarà l'attenzione all'inserimento del paziente in una struttura del suo territorio di appartenenza al fine di favorire la generalizzazione delle abilità apprese direttamente nel suo contesto di vita e di entrare in contatto, con maggiore semplicità, con la famiglia in trattamento. I trattamenti riabilitativi possono essere a bassa, media, alta intensità in base ai bisogni dell'utente e della sua famiglia. In base alle esigenze del percorso

stabilito, devono essere proposti alle famiglie colloqui, interventi psicoterapici e psicoeducativi.

### **3.5 Indicazioni di intervento sulla famiglia dal “Piano di indirizzo per la Riabilitazione”**

Secondo il *Piano di indirizzo per la riabilitazione*, la conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano ritiene necessario promuovere l'utilizzo di un “*percorso assistenziale integrato*” attraverso la definizione di un PTRI che si ispiri ai concetti dell'*International Classification of Function (ICF)* e che coinvolga anche le figure familiari di supporto. La Famiglia dovrà essere aggiornata, istruita e integrata per fungere da facilitatore e parte attiva del percorso. Il reinserimento della persona nel suo contesto di vita deve sempre rappresentare il fine ultimo più alto raggiungibile e il domicilio deve essere *setting* di trattamento per l'apprendimento generalizzato. A tal proposito si consigliano interventi al domicilio che coinvolgano anche i membri della famiglia. Il *Piano nazionale della prevenzione (2010-2012)* valorizza inoltre il ruolo dell'attività fisica e descrive l'AFA (Attività Fisica Adattata) come componente importante utile al favorire e incentivare la socializzazione migliorando anche le relazioni familiari.

### **3.6 Indicazioni di intervento sulla famiglia dal “Piano Regionale della Regione Veneto”**

Il *Piano Regionale della Regione Veneto* prevede la definizione di un percorso di rafforzamento del modello già in uso all'interno dei servizi di Salute Mentale della Regione incrementando prevalentemente l'assistenza sul territorio per utenti e famiglie (Centri di Salute Mentale, domicilio, Day Hospital, Centri Diurni) e superando frammentazioni organizzative. Anche in questo documento si identifica il PTRI come fondamento delle buone pratiche di azione e trattamento da condividere con la famiglia. Promuove inoltre l'utilizzo della telemedicina, nuovo mezzo adoperato principalmente durante l'epoca Covid-19 e che ha però evidenziato e mantenuto alcuni suoi vantaggi. Sarà utile per osservare il paziente nel suo contesto di vita e magari coinvolgere con semplicità familiari e figure significative dell'utente. Mette in evidenza le attività di sostegno alla famiglia

presenti all'interno dei servizi dedicati ai Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione. Relativamente la salute mentale dei minori, vengono suggerite attività domiciliari ove necessario. Visto il crescente e sempre più comune disagio adolescenziale, la Regione del Veneto ha approvato il progetto *"costruire e progettare il futuro per il benessere e la salute mentale dei giovani e delle loro famiglie"* che vede come protagonisti l'*Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona* (UOC di Psichiatria in collaborazione con la NPI ospedaliera e territoriale e la pediatria) e l'*Azienda Ulss n. 8 Berica* (Dipartimento di Salute Mentale). Il Progetto ha come scopo l'integrazione tra i diversi servizi della sanità e il territorio per incrementare la qualità dei servizi erogati aumentando il benessere di utenti e familiari, limitando lo stigma associato ai disturbi psichiatrici e prevenendo la cronicizzazione di malattia con interventi precoci. Si mira all'incremento del servizio *"Unità Funzionale Distrettuale Adolescenti - UFDA"*. Il servizio, si occupa di identificare precocemente gli stati di sofferenza a rischio emersi e cresciuti esponenzialmente *post-pandemia Covid-19* per prendere in carico soggetti e intere famiglie garantendo loro supporto psichiatrico e psicologico. Anche per i Servizi per le Dipendenze (Ser.D.) è previsto il coinvolgimento dei familiari nel progetto di cura dell'utente in carico al servizio.

### **3.7 Indicazioni di intervento sulla famiglia dalla "Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale"**

Importante contributo è inoltre dato dalla *Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale* che, in collaborazione con organizzazioni pubbliche, private e volontarie sia a livello regionale che nazionale ed internazionale, agisce per migliorare la qualità di vita di utenti e relative famiglie promuovendo programmi di riabilitazione. *Le raccomandazioni di buone pratiche elaborate dalla Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale (SIRP)* (nonché derivanti dal contributo di rappresentanti di utenti e familiari) mirano alla diffusione e al rendere accessibili a tutti gli utenti, i più aggiornati trattamenti quanto più precocemente possibile. Promuovono l'utilizzo di pratiche *evidence based* ma anche di pratiche che non lo sono ancora ufficialmente ma che contribuiscono a coltivare l'offerta dei servizi e la soddisfazione di utenti e famiglie.



## **CAPITOLO 4: L'Approccio alle Famiglie: gli interventi familiari**

### **4.1 Lavoro con i familiari su due livelli: equipe-famiglia, famiglia-paziente**

Lavorare con le famiglie vuol dire costruire e mantenere vivo il triangolo di lavoro formato da servizio-famiglia-paziente. Tutte e tre le parti in causa hanno pari dignità e valore e devono muoversi sulla stessa linea di indirizzo per il raggiungimento di obiettivi comuni. Gli interventi rivolti alla famiglia sono come una medaglia avente due facce: da un lato il lavoro riguarda l'interazione equipe-famiglia, dall'altro riguarda la famiglia-paziente. Due lati interdipendenti e collegati da valutare, trattare e monitorare per sostenere il percorso terapeutico-riabilitativo dell'utente. Il coinvolgimento della famiglia si prefigge di definire il suo reale ruolo nel percorso terapeutico per la fissazione di obiettivi a medio e lungo termine e ha come fine ultimo lo sviluppo di piani per la gestione del post (quando l'effettivo intervento sarà terminato). Nelle linee guida e nelle indicazioni per il trattamento dei disturbi mentali gravi si parla sempre di interventi con i familiari (NICE, APA, ISS). La famiglia possiede risorse e compito dei servizi è aiutarla ad utilizzarle nella maniera più funzionale possibile.

### **4.2 L'intervento psicoeducativo: obiettivi e linee generali**

Gli studi condotti sugli psicofarmaci e le analisi condotte per verificare quale sia l'impatto dell'ambiente familiare sul risultato clinico e sociale del lavoro con i disturbi psichiatrici (Brown et al., 1972; Vaughn & Leff, 1976), hanno permesso che nascessero modelli di intervento, definiti psicoeducativi, suggeriti come trattamento di elezione per la famiglia di soggetti con disturbi psichiatrici gravi. Sono modelli che "informano" sull'origine e sui fattori coinvolti nello sviluppo delle patologie mentali sia in un'ottica psicologica che biologica con il fine ultimo di aumentare la qualità di vita e il benessere dell'individuo e della sua famiglia. Sebbene alcune modalità di applicazione varino, questi interventi condividono alcune caratteristiche di base: 1) la **presentazione della patologia mentale tramite spiegazione del modello stress-vulnerabilità** (Zubin et al., 1992). In quest'ottica, l'esordio e i sintomi associati derivano dal superamento di un punto-limite. Fattori ambientali stressanti, in presenza di una vulnerabilità biologica di base, conducono all'esordio di malattia. Si interviene efficacemente, quindi,

limitando lo stress derivato dal contesto di vita (quando possibile) e fornendo strategie funzionali per la gestione e il fronteggiamento dello stress;

2) la **presentazione del modello bio-psico-sociale** che mette in evidenza l'importanza del trattamento riabilitativo oltre che di quello clinico e farmacologico;

3) la **presentazione del sistema-famiglia come risorsa e parte attiva del processo di trattamento**. La famiglia, se adeguatamente supportata, seguita e motivata, può riuscire a creare un ambiente di vita sano, può aiutare il paziente a creare una rete sociale, può riuscire a gestire sintomi e comportamenti-problema, può diventare esperta nell'individuazione dei campanelli d'allarme del proprio caro, gestirli e limitare le ricadute (Wing, 1987);

4) il focus sulla **valutazione dei bisogni dei familiari** che possono necessitare di: avere informazioni sulla malattia del proprio caro (es. sintomi, informazioni sui trattamenti farmacologici e non farmacologici disponibili ed efficaci); ridurre il carico assistenziale; avere strumenti adatti per fronteggiare le situazioni di crisi;

5) **abbassare i livelli di emotività espressa** (es. iper-coinvolgimento emotivo, criticismo, ostilità) attraverso il miglioramento delle capacità familiari di *problem solving* e delle abilità di comunicazione (utile a tale proposito può essere l'apprendimento del corretto utilizzo della validazione emotiva. Modalità espressive chiare e precise e risposte validanti possono ridurre l'emotività espressa). Insegnare ai familiari a riconoscere il proprio stile e i possibili rinforzi dell'ambiente può essere importantissimo (mindfulness relazionale e accettazione radicale. Una volta posti nella situazione dell'accettazione, si passa dal reagire al fronteggiare razionalmente). Può essere utile per passare da una sensazione di confusione/caos ad una percezione di "linearità" e maggiore autoefficacia;

6) **l'importanza di integrare diversi interventi "evidence based"** nel percorso di trattamento: farmacologici, riabilitativi, sociali e familiari. Esistono studi di efficacia del trattamento psicoeducativo familiare. In particolare, i 7 studi condotti, analizzano strutture familiari di pazienti affetti da schizofrenia. Le analisi evidenziano che, in un arco di tempo comprendente un anno, le famiglie trattate con psicoeducazione riportino una percentuale di ricadute con numeri che rappresentano la metà di quelli delle famiglie non

trattate con psicoeducazione e così anche per l'arco di tempo valutato a 2 anni. Sono stati quindi in grado di evidenziare un concetto importante: la psicoeducazione ritarda le ricadute, ma non direttamente le previene. L'obiettivo dell'educazione è sicuramente limitare la negazione, ma dovrebbe pure aumentare la fiducia nel cambiamento, rimpiazzando le infruttuose aspettative miracolistiche con mete e progetti concreti, reali e raggiungibili. L'intervento psicoeducazionale, dati i complessi bisogni derivanti dalla patologia, nasce per la schizofrenia. Ad oggi l'intervento viene utilizzato efficacemente sugli esordi di malattia e viene adattato a disturbi affettivi, disturbi d'ansia, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbi alimentari e disturbi di personalità.

Come clinici, siamo tenuti a dare informazioni aggiornate, supportate da dati di ricerca (informazioni "evidence based"). Le linee guida dell'APA (2001) confermano l'utilità della psicoeducazione e identificano i suoi obiettivi nell'incremento di consapevolezza del disturbo e nel miglioramento delle relazioni e del funzionamento familiare. La linea guida NICE (2009) riserva un intero capitolo alla famiglia a seguito di un'analisi condotta sui e con i familiari. Si comprende da ciò la necessità di intervenire facendo attività di informazione sul territorio dei servizi offerti, stimolando le famiglie alla partecipazione e ad avere continuità terapeutica garantendo al contempo l'accesso ai servizi. Negli ultimi anni l'organizzazione territoriale italiana ha portato avanti innovativi interventi per la valutazione di efficacia ed efficienza dell'approccio psicoeducativo.

Ad esempio, il *programma NAMI Family to family* nasce da un gruppo di lavoro statunitense coinvolgente soggetti appartenenti a diverse realtà universitarie. Il progetto tratta di lotta allo stigma che può appartenere all'utente stesso (autostigma) o alla famiglia dell'utente. In Italia è stato il *Progetto Itaca* a replicare l'intervento. Lavora in questa direzione anche *Brescia*, con gli studi condotti sul principale centro italiano di intervento psicoeducazionale per i disturbi bipolari che utilizza un innovativo programma psicoeducativo; *l'Università Milano - Bicocca* con l'analisi di 40 anni di applicazione degli interventi psicoeducativi in Italia; il *Progetto OASI* promosso dalla Società Italiana di Psichiatria; *Programma 2000 di Milano* con studi condotti sull'esordio psicotico; *Bologna* con un'analisi sull'esordio psicotico in particolare delle famiglie migranti; *Rita Roncone dell'Università de L'Aquila* con

la raccolta dati del lavoro psicoeducazionale condotto dalla clinica psichiatrica del suo Ateneo; *Modena* con un lavoro di esposizione dell'intervento psicoeducazionale rivolto a famiglie dei pazienti schizofrenici afferenti al CSM di Sassuolo; il *DSM di Campobasso* con i propri interventi coinvolgenti altre patologie diverse dai disturbi psicotici visti come storici destinatari di questa tipologia di lavoro; *l'Università di Napoli e Salerno* con un lavoro sui disturbi alimentari; *Torino* con interventi sul disturbo ossessivo-compulsivo; *Grosseto* con attività gestite da un'associazione utenti-famiglie (OASI onlus), *Arezzo* con interventi psicoeducazionali inseriti in vari contesti del servizio, *Grosseto* lavora sull'utilizzo della psicoeducazione per i disturbi emotivi molto spesso presenti in contesti di medicina generale. Fare psicoeducazione, in tutti i possibili ambiti di applicazione, ritarda le ricadute e permette quindi il risparmio di ingenti somme di denaro utilizzato altrimenti per il trattamento dei disturbi. La Toscana, cosciente di ciò, stimola la propria rete regionale dei servizi di salute mentale ad investire sulla psicoeducazione familiare. Relativamente alla famiglia gli interventi di possibile applicazione sono:

#### **4.2.1 Intervento Psicoeducativo Integrato in Psichiatria (Ian Falloon)**

Le caratteristiche salienti del metodo di Falloon sono:

- *Valutazione*: analisi dei punti di forza e di debolezza della famiglia;
- *Definizione degli obiettivi*: per ciascun membro e per il sistema-famiglia nella sua interezza;
- *Dare informazioni*: sul disturbo psichiatrico e sul suo trattamento, sull'importanza di integrare la psicoeducazione al trattamento farmacologico e riabilitativo;
- *Fornire strumenti, strategie e abilità*: abilità di comunicazione, problem solving, identificazione dei segni precoci di crisi.

L'intervento prevede incontri domiciliari coinvolgenti tutta la famiglia (circa un'ora) una volta a settimana che diverranno però meno frequenti con l'avanzare del percorso. Gli incontri prevedono due modalità di lavoro: la prima parte viene condotta in seduta (analisi dei progressi raggiunti alla ricerca di nuove modalità di azione nell'affrontare situazioni-problema riscontrate, analisi compiti assegnati alla seduta precedente, apprendimento tramite

dimostrazioni pratiche, assegnazione di nuovi compiti per casa) e la seconda nel contesto di vita quotidiana tramite l'esecuzione dei compiti assegnati per la generalizzazione dell'abilità. Il manuale offre una vasta serie di fogli da fotocopiare utili alla semplificazione dell'esposizione dei contenuti alle famiglie, allo svolgimento dei compiti per casa e alla valutazione e al monitoraggio degli obiettivi. Gli argomenti trattati oscillano tra temi quali: aggressività, rischio suicidario, disturbi del comportamento alimentare e difficoltà alla compliance farmacologica. Una volta a settimana la famiglia è invitata a riunirsi per confrontarsi circa problematiche riscontrate nel raggiungimento degli obiettivi prefissati e per allenare le abilità richieste. Una specifica seduta viene riservata, ogni tre mesi, per la verifica e il monitoraggio degli obiettivi. La metodologia e il manuale, di semplice utilizzo e comprensione, prevedono un lavoro molto pratico e organizzato in step propedeutici. L'intervento diventa così di possibile realistica applicazione nei servizi in quanto di facile accesso ad ogni tipologia di figura professionale operante all'interno e in cooperazione con i servizi di salute mentale.

#### **4.2.2 L'intervento Psicoeducativo Multifamiliare basato sul Problem-Solving (Veltro, Oricchio, Nicchiniello, Pontarelli)**

I gruppi multifamiliari nascono per il trattamento delle dipendenze in particolare per l'alcolismo. Possibile conduzione anche per patologie specifiche. In Italia vengono comunemente utilizzati per il trattamento dei disturbi psicotici. L'innovazione sta nella struttura dell'intervento stesso che coinvolge più famiglie contemporaneamente al contrario del più comune coinvolgimento unifamiliare nel trattamento. I vantaggi riportati da questa modalità sono legati alla normalizzazione della malattia, della paura e del senso di colpa associati e alla comprensione empatica delle esperienze, delle informazioni, delle emozioni percepite e delle strategie condivise all'interno del gruppo stesso con la possibilità di creare una rete sociale effettiva anche per le famiglie più isolate. Questa può inoltre funzionare come rete di mutuo-aiuto anche in un'ottica destigmatizzante. La condivisione di esempi di storie di successo può fungere da rinforzo della speranza, della motivazione e dell'impegno al cambiamento.

Relativamente gli interventi multifamiliari, importante apporto viene dato negli anni dal Dott. Narracci, professore del Centro Studi di Terapia Familiare,

cofondatore del Laboratorio Italiano di Psicoanalisi Multifamiliare (LIPSIM). Il LIPSIM nasce con l'obiettivo di espandere la visione presentata da Garcia Badaracco (psicanalista argentino di cui il Dott. Narracci è stato dapprima allievo, poi collaboratore e amico) e di promuovere l'uso dei Gruppi di Psicoanalisi Multifamiliare (GPMF) all'interno dei servizi. Vengono così condotti seminari, corsi di formazione e recentemente anche un master. Il Dott. Narracci collabora all'inserimento dei Gruppi Multifamiliari all'interno di vari Dipartimenti di Salute Mentale, riuscendo a modellare lo strumento originale sui variegati contesti sanitari italiani. Il Dott. Narracci stesso e la Dott.ssa Tardugno, in un'intervista condotta sulla psicoanalisi multifamiliare, presentano l'approccio. Parlano di gruppi aperti ed eterogenei coinvolgenti più famiglie contemporaneamente, utenti e operatori e quindi formati da numerosi partecipanti (il gruppo che si teneva presso la Società Psicoanalitica raggiungeva anche numeri che coinvolgevano 100 persone). Questa tipologia di fare gruppo non segue la comune strutturazione gruppale fatta di conduttore, co-conduttore e piccolo gruppo di utenti. Il ruolo assunto da una terza persona che guida è importante all'interno del gruppo, soprattutto all'inizio del percorso. Con il passare delle sedute saranno gli stessi utenti e familiari a guidarsi rispettando i turni di parola. Ciò sarà indicatore di efficacia del gruppo. Prima che il gruppo multifamiliare venisse attivato nel loro contesto lavorativo, nonostante i pazienti, all'interno delle strutture, cambiavano e lavoravano su loro stessi, le famiglie rimanevano inalterate e questo provocava una involuzione dei progressi raggiunti dall'utente al ritorno in famiglia. Attivando il gruppo multifamiliare, però, notarono che, quando la famiglia veniva trattata, l'involuzione del paziente non avveniva più e questo dava valore anche allo sforzo e al lavoro fatto in struttura. Con questa modalità di operare si viene a creare un naturale modo di lavorare che emula, in alcuni aspetti, i modi di funzionamento attivati tra gli individui nella quotidianità. Si crea un contesto di confronto e discussione su specifici problemi condivisi. Per permettere che ogni membro del gruppo riesca a rispecchiarsi nel tema condiviso, importante sarà trattare e parlare del tema in modo generale. All'interno del gruppo multifamiliare tutti i membri stanno sullo stesso livello, sono invitati a partecipare attivamente e nessuno deve pretendere di avere ragione. Questo significa accettare che l'altro possa avere un pensiero diverso dal proprio. Si impara ad ascoltare in modo empatico in

un'ottica di rispetto verso la parola altrui. Lo scopo degli interventi è quello di avviare le persone al ragionamento dei propri automatismi e del proprio modo di agire ed interagire. La spontaneità è uno degli obiettivi del lavoro ed è, da alcuni punti di vista, semplificata dal contesto che si viene a creare. Risorsa insita nel gruppo è il poter avere l'opportunità di confrontarsi e rispecchiarsi in altre situazioni di altre famiglie, innescando internamente un processo di elaborazione personale che porterà al cambiamento. Uno dei punti fondamentali è far avvenire l'incontro con l'altro anche se l'altro non è apparentemente così disponibile. Un passo importante si avrà quando figli e genitori cominceranno a farsi delle domande in un'ottica di posizione psicoterapeutica autoriflessiva. Si chiederanno come hanno vissuto il processo di crescita nella relazione con i propri genitori/figli e i genitori come stavano quando hanno procreato dei figli. "La psicoanalisi multifamiliare può essere vista come una sorta di volano, di situazione che aiuta poi le persone a motivarsi a vivere nei trattamenti" (Dott. Andrea Narracci), anche individuali. Inoltre, la creazione di un gruppo in cui è presente diversità della patologia aiuta. "E' un po' come se il gruppo fosse una sorta di laboratorio in cui ognuno può ritrovare un senso più chiaro che molte volte non è detto, non è manifesto." (Dott. Andrea Narracci).

#### **4.2.3 Modulo IMR per le Famiglie**

L'*Illness Management and Recovery* (IMR) è una pratica *evidence based* di tipo psicoeducativo i cui obiettivi prioritari mirano all'incremento delle abilità utili alla gestione della patologia, all'individuazione dei personali obiettivi di recovery e all'apprendimento di informazioni e abilità necessarie per decidere razionalmente sul proprio trattamento. In particolare, per quanto riguarda il coinvolgimento familiare, il Modulo 4 del manuale (Costruire un sistema di supporto sociale) richiede che le famiglie siano parte attiva del trattamento. Una delle fasi del trattamento prevede infatti il "Coinvolgere altri significativi". Questo esclude i professionisti sanitari ma identifica familiari, amici o altre figure di riferimento al paziente che siano in grado di supportarlo nel percorso assistendolo, ad esempio, nello svolgimento dei compiti a casa. Gli studi dimostrano che questa modalità di coinvolgimento di "altri significativi" sia importante nella generalizzazione dell'abilità (passaggio fondamentale del processo riabilitativo). Generalizzare le abilità nel contesto di vita quotidiano

significa anche aumentare il benessere e le performance degli utenti e di riflesso, ridurre la probabilità di ricadute. Agli utenti, inoltre, in base all'obiettivo dell'IMR di sostenere, accrescere e mantenere una rete di supporto naturale, viene chiesto di segnalare alcuni soggetti di supporto che li aiuteranno nella generalizzazione delle abilità apprese in setting di training. La decisione di coinvolgere altri sostenitori nell' *Illness Management and Recovery* è sempre una scelta dell'utente.

#### **4.2.4 Interventi specifici per Disturbi di Personalità**

Sebbene i dati basati sull'evidenza non siano in numero sufficiente, le Linee guida internazionali confermano l'importanza del coinvolgimento familiare nel trattamento dei pazienti borderline. Nelle famiglie dei pazienti con disturbi di personalità sono comuni difficoltà di gestione dei conflitti, vissuti traumatici, difficoltà di gestione e verbalizzazione delle emozioni (soprattutto quelle associate alla rabbia) e difficoltà di comunicazione. Comuni anche alte percentuali di *drop-out*. Nonostante ciò, sembra che spesso, la terapia familiare, venga vista dai pazienti come possibilità di esprimersi ed essere ascoltati dai genitori che, "obbligati" dal setting terapeutico, devono, impossibilitati a scappare, ascoltare il figlio. L'approccio psicoeducativo sembra essere il più funzionale, semplice da valutare, da misurare e da definire ed è quindi quello maggiormente utilizzato. Per questa ragione, esistono molteplici manuali di intervento di stampo psicoeducativo che si presentano nella maggior parte dei casi come interventi di gruppo. L'intervento generalmente prevede una prima fase di valutazione ed una seconda di trattamento multifamiliare. Gli obiettivi di intervento saranno legati all'iniziale, spesso complessa, creazione di un'alleanza terapeutica e poi alla limitazione di conflitti e violenze in famiglia, al potenziamento delle abilità di comunicazione e interazione ma anche delle capacità di riconoscimento, espressione e gestione delle emozioni per aumentare i fattori protettivi (come la percezione di sentirsi amati, voluti, motivati, coesi, flessibili e stabili).

#### Terapie manualizzate psicoeducative per disturbi di personalità

- **Gunderson et al. (1997)**: fase iniziale di valutazione che prosegue con la strutturazione di una terapia multifamiliare coinvolgente da 4 a 7 famiglie. Lo scopo è l'apprendimento di tecniche di *problem solving* utili a gestire in modo maggiormente produttivo difficoltà comunicative, di gestione della rabbia e di



intenti suicidari;

- **Hoffman et al. (1999) DBT-family skills training:** sul modello della *DBT (Terapia Dialettico Comportamentale)*, il trattamento di gruppo si struttura in sedute composte da una prima parte teorica e da una seconda parte pratica da condurre una volta la settimana per una durata complessiva di 6 mesi. Punti cardine riguardano l'apprendimento di nuove strategie di gestione del se' ma anche di tecniche di modifica dell'ambiente di vita;

- **Hoffman et al. (2005) Family Connections program:** sul modello della *DBT (Terapia Dialettico Comportamentale)*, il trattamento multifamiliare si struttura in sedute volte all'apprendimento di nozioni sul disturbo, abilità di coping e costruzione di una rete di familiari utile per il supporto tra pari da condurre per una durata complessiva di 12 settimane;

- **Fruzzetti (2006):** *DBT (Terapia Dialettico Comportamentale)* che può coinvolgere, in forma variabile, coppie e famiglie con lo scopo di fornire informazioni e strategie di gestione di comportamenti suicidari, aggressivi e dell'uso di sostanze.

Il coinvolgimento dei genitori è previsto inoltre da:

-**Dialectical Behavioural Therapy (DBT)**, soprattutto dalla **DBT-A** (adattamento della DBT per adolescenti e giovani adulti);

-**Mentalization-based Therapy (MBT)**;

-**Emotion Regulation Training (ERT)**;

-**Cognitive Analytic Therapy (CAT)**;

-**Integrative Borderline Adolescent Family Therapy (IAFT)**, intervento per adolescenti borderline in comorbidità con disturbo da uso di sostanze (Santisteban et al., 2015).

Importante contributo per il trattamento dei disturbi di personalità è dato dal *National Educational Alliance for Borderline Personality Disorder (NEA.BPD)*. Si tratta di un'organizzazione nata negli Stati Uniti a supporto delle famiglie delle persone che hanno una diagnosi di Disturbo Borderline di Personalità. Ad oggi è presente in molte parti del mondo, anche in Italia. Il NEA.BPD crea il *programma Family Connections*, un training di dodici sedute gratuite con lo scopo di istruire i familiari con competenze utili alla gestione del disturbo borderline ma al contempo, una quanto più ottimale gestione del disturbo, giova anche al benessere psico-fisico di tutto il sistema-famiglia. Si punta al raggiungimento di un equilibrio interiore che permetta di alleggerire

l'esistenza. Si mira a promuovere informazione, formazione e cultura sul DBP affinché non ci si percepisca schiacciati dalla complessità che il disturbo può portare. Attualmente gli incontri vengono condotti a Fano, Genova, Roma, Brescia, Bologna, Reggio Emilia, Darfo B.T., Torino, Ferrara e Albese con Cassano (CO).

#### **4.2.5 Family Focused Therapy (David J. Micklowitz) per il trattamento del Disturbo Bipolare**

Il *Trattamento Familiare Cognitivo del Disturbo Bipolare* viene presentato come trattamento utile all'interno di un percorso integrato. Il modello pone le proprie basi su alcune caratteristiche significative caratterizzanti il trattamento con le famiglie:

- 1) la psicoeducazione;
- 2) l'addestramento alle competenze comunicative (*Communication Enhancement Training*) mirato all'insegnamento, tramite *role-playing* ed esercitazioni tra le sessioni delle abilità dell'ascolto attivo, del comprendere *feedback* positivi e negativi, del ridurre l'emotività espressa e dell'utilizzare più funzionali capacità di comunicazione;
- 3) l'addestramento alle competenze di *problem solving* (*Problem Solving Skills Training*).

Una volta creato e stabilizzato il rapporto collaborativo funzionale paziente-famiglia, questo legame influenzerà positivamente anche la compliance al trattamento farmacologico del paziente, punto di inizio fondamentale e imprescindibile per il raggiungimento e il mantenimento di buoni obiettivi terapeutici. Gli obiettivi riguardano l'assunzione di consapevolezza rispetto a tutte le informazioni riguardanti il disturbo, l'eziologia, il suo decorso ma anche al chiarire il concetto di vulnerabilità alle ricadute del disturbo, l'importanza dell'aderenza al regime farmacologico ed aiutare ad operare una distinzione tra ciò che il paziente manifesta durante le crisi maniacali o ipomaniacali e i suoi tratti stabili di personalità che prescindono dagli episodi acuti del disturbo,

al riconoscimento e alla gestione degli eventi di vita stressanti del paziente e al ripristino di buone relazioni familiari dopo un episodio acuto del disturbo.

#### **4.3 Uno Strumento utile: il Genogramma Familiare**

Oltre all'importanza rivestita dagli interventi psicoeducativi di gruppo, strumento utile al trattamento con le famiglie può essere l'utilizzo del Genogramma.

Il *Genogramma Familiare* è oggi uno strumento assai comune e largamente adoperato nel campo della psichiatria. Con l'avanzare degli anni il Genogramma è stato più volte rivisto e perfezionato al fine di modellare uno strumento flessibile e utilizzabile nelle differenti realtà appartenenti ai diversi servizi. Nella relazione terapeutica diventa "riattivatore di emozioni, di ri-significazioni, di nuove narrazioni, di potenziali cambiamenti" (Mazza, 2020). Il Genogramma raggruppa e mette in ordine le varie informazioni derivanti dalla composizione familiare sia dal punto di vista strutturale che funzionale e relazionale. In veste di produzione grafica aiuta nella strutturazione e presentazione dell'argomento ed è anche di veloce ma soddisfacente utilizzo riuscendo a radunare numerose informazioni in brevi periodi di tempo (Montagano, Pazzagli, 1989)

Genogramma e Albero Genealogico non sono la stessa cosa nonostante entrambi gli strumenti considerino la struttura delle generazioni familiari. Nella creazione del Genogramma vengono adoperati semplici segni grafici che l'utente stesso utilizzerà per la composizione del personale albero genealogico. Le informazioni e la legenda associata all'utilizzo della simbologia verranno esposti all'utente prima dell'inizio dell'attività. Quello che cambia è quindi la personalizzazione e il coinvolgimento emotivo e pratico dell'utente che, in prima persona, si vedrà parte creante della propria storia. L'utilizzo del Genogramma sarà facilitante la relazione e l'interazione in seduta tra utente-famiglia-operatore; rispettoso delle sfaccettature e multicomponenzialità delle diverse personalità e realtà familiari grazie al registro grafico-visivo flessibile e personalizzabile che adotta; poco invadente nei confronti della delicata realtà familiare; accessibile a tutti in quanto la sua lettura non dipende dal livello culturale di partenza. La decisione su chi rappresentare, in che ordine, in quale modalità e in quali tempistiche è della famiglia, che, si lascerà scoprire nelle sue dinamiche interne quando sarà

pronta a farlo. Il Genogramma aiuta ad integrare, modificare, ampliare, sostenere le informazioni estrapolate dai colloqui in quanto la diretta espressione grafica del paziente e le possibili domande che l'operatore potrà porre sulle diverse persone raffigurate, permettono il confronto e l'indagine più approfondita di aspetti incongruenti o nuovi presentati. Permette di fare confronti tra il prima e il dopo evidenziando i cambiamenti avvenuti in famiglia. Ci si focalizza su singoli o molteplici eventi *trigger* appartenenti alla storia familiare. Permette di analizzare il grado di coesione e di differenze di visioni e percezioni intrafamiliari, che spesso dipendono dalle diverse posizioni rivestite dai differenti soggetti che ne fanno parte. Il Genogramma, inoltre, diventa uno strumento ludico fatto di fogli, penne, pennarelli mossi da soggetti che si alternano e coordinano intorno ai materiali. Nella pratica, la simbologia e le modalità di azione solitamente adottate prevedono: un cerchio per le persone di sesso femminile, un quadrato per le persone di sesso maschile; il procedere verticalmente nel raffigurare la progressione generazionale; un tratto orizzontale per i matrimoni. Altri simboli indicano diversi eventi, come divorzi, convivenze, adozioni ecc. L'immagine che segue vuole essere un esempio di applicazione del metodo.

TRACCIA PER LA SOMMINISTRAZIONE DEL GENOGRAMMA

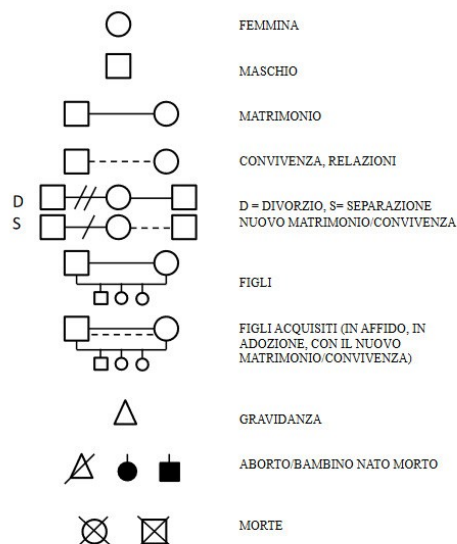


Figura 1: Traccia per la somministrazione del Genogramma. Frattali, “UNO STRUMENTO PER CONOSCERE LA FAMIGLIA: IL GENOGRAMMA FAMILIARE.”

E' possibile utilizzare il Genogramma con il singolo individuo, con la coppia genitoriale, con l'intera famiglia ma un'alternativa modalità di somministrazione dello strumento prevede che inizialmente si presenti lo strumento ai singoli componenti della famiglia e poi alla famiglia unita per permettere il confronto tra le due rappresentazioni che si dimostreranno più o meno simili. La natura dello strumento è fondamentalmente qualitativa ed importante contributo all'interpretazione sarà data dalla sensibilità dell'operatore che somministra e valuta successivamente. Il *Centro Studi e Ricerche sulla Famiglia dell'Università Cattolica di Milano*, formalizza, sulla base delle osservazioni e degli studi condotti applicando lo strumento, le procedure di lettura. Vengono valutati due punti importanti: il *livello grafico-simbolico* legato ai contenuti del disegno, e il *livello relazionale* legato ai commenti verbali e non verbali che i familiari producono nel corso della realizzazione.

#### **4.4 Il Comitato Utenti Familiari Operatori e il programma PRISMA**

Ulteriore importante e innovativo contributo in Italia nel trattamento familiare è dato dal *Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSM-DP) dell'Azienda USL di Bologna* che, già da tempo, si è attivato in un percorso rivolto ai cittadini con lo scopo di promuovere e valorizzare le iniziative delle associazioni dei familiari e degli utenti in collaborazione con le equipe dei Servizi.

Nel 2009 nasce il *Comitato Utenti Familiari Operatori-Salute Mentale (CUFO-SM)* e le associazioni di familiari e di utenti che vi aderiscono (attualmente 34) hanno scelto di integrare fin da subito tra i componenti i rappresentanti degli operatori del Dipartimento, distinguendosi in questo dalla maggioranza dei Comitati Utenti Familiari delle aziende sanitarie della Regione. Aziende e associazioni si riconoscono a vicenda e collaborano positivamente scambiandosi proposte, idee e conoscenze. L'obiettivo è il benessere psicologico degli utenti in trattamento valorizzando i loro ruoli all'interno del territorio. Gli utenti devono essere anche *risorse* oltre che persone che necessitano di trattamenti. Il lavoro, in questo senso, ha portato all'introduzione di pazienti e relativi membri della famiglia come *esperti* (ESP, esperti di supporto tra pari) in grado di fornire un contributo di crescita all'interno dei servizi. Dall'attuazione di 4 progetti del CUFO-SM, nel 2013

nasce il *Programma PRISMA (Promuovere e Realizzare Insieme Salute Mentale Attivamente)* con lo scopo di fornire spazio di espressione alle associazioni. Con il passare degli anni aumentano in numero i progetti attuati arrivando, nel 2016, a contarne 21. I temi trattati riportano all'area abitativa, sportiva, cognitiva, espressiva, informativa, alimentare e familiare. Quest'ultima necessita di informazioni e abilità di gestione del carico assistenziale.

Per fare informazione sui servizi offerti dal DSM-DP viene creato il sito web "*Sogni e bisogni*": il nome nasce da un concorso attivato dal canale radio *Psicoradio* e in particolare fu un familiare a lanciare l'idea. Visti i successi ottenuti, si avanza con la progettazione individuando operatori referenti del DSM-DP per la creazione di una quanto più efficiente rete di collaborazione per i singoli progetti futuri.

## **CAPITOLO 5: Motivazioni legate alla difficoltà di integrare efficacemente la famiglia nel percorso di cura**

È stato troppo il tempo in cui le famiglie sono state poco curate e informate circa il percorso previsto per il parente in carico ai servizi. Accadeva che i familiari venissero “incolpati” e considerati rinforzatori della malattia e per questo isolati e non integrati. Fattore ulteriormente rafforzato dalla non aggiornata cultura dei servizi che consideravano questi genitori, in particolare la madre, non adeguati alla crescita del figlio. Erano gli stessi approcci utilizzati ad accettare questo pensiero e a permettere che, inizialmente all’interno dei manicomi e poi, in forma mimetica, anche all’interno dei nuovi servizi, gli operatori credessero che, il coinvolgimento della famiglia, fosse solamente fattore negativo. Non è stata di minor danno la strutturazione di riduzionismi legati alla parte biologica della malattia che ha permesso di colpevolizzare le famiglie per la genetica trasmessa. Questi dannosi ragionamenti limitati si oppongono al **modello bio-psico-sociale** che tiene conto di più dimensioni evidenziando la complessità delle situazioni. Purtroppo, si parla spesso di questo modello basato sulle evidenze scientifiche ma si mette altrettanto poco di questo nella pratica clinica. Il *modello bio-psico-sociale*, sviluppato da Engel, si basa sul concetto multidimensionale di salute della *World Health Organization (WHO)*. Riguarda una vera e propria modalità di vedere e approcciarsi all’individuo che, influenzato da una moltitudine di fattori variabili, diverrà il risultato di questi. Un adeguato trattamento prevederà quindi l’analisi e l’intervento su questa moltitudine di variabili (aspetti sociali, psicologici e familiari) che, proseguendo intrecciati e influenzati tra di loro interverranno sulla sintomatologia. Si oppongono al modello la chiusura e la rigidità mantenuta dalle varie modalità di intervento e la mancanza di motivazione all’evoluzione da parte degli operatori assunti nei servizi che, come tutti gli esseri umani, faticano nel processo di cambiamento e preferiscono riposare nella loro quieta limitatezza.

### **5.1 Difficoltà legate a tipologie di interventi e disturbi**

Complessa l’integrazione all’interno dei servizi del modello psicoeducativo familiare ma anche, per quanto riguarda il trattamento del disturbo schizofrenico, e in particolare per gli esordi di malattia, l’integrazione, con forte potenziale migliorativo, della famiglia. Dalle *linee guida del Ministero della*

*Salute* sugli interventi precoci nella schizofrenia (2007), si evince la necessità di adoperare nei percorsi di cura, un approccio multidisciplinare. Nella pratica clinica accade però che solo pochi utenti ricevano interventi al domicilio, solo pochi esordi usufruiscano di psicoterapia e ancora meno sono gli utenti che partecipano ad attività psicoeducative sia individuali che familiari. Davvero relativo è il numero di interventi in un anno condotti su una piccolissima fetta di famiglie di utenti in carico ai servizi. In sede di *assessment* accade che spesso la famiglia venga sottovalutata e sottoanalizzata. Invece, le differenze di visioni colte dai diversi componenti familiari e quindi da diversi punti di vista, diventano fonte ricchissima di importanti contenuti terapeutici. La famiglia diverrà sicuramente utile per la raccolta di informazioni legate all'infanzia del paziente ma anche per avere un quadro completo esterno. Da non sottovalutare il ruolo dei fratelli "sani" che si dimostrano spesso coinvolti osservatori più lucidi delle figure genitoriali.

## **5.2 Il sovraccarico dei servizi richiama risposte disomogenee**

Le criticità evidenziate nei servizi italiani, secondo alcuni studi condotti, dipendono da molteplici fattori. Esistenti difficoltà di coinvolgimento familiare soprattutto nella gestione pratica dei momenti di crisi dell'utente, mancanza di formazione adeguata per quanto riguarda *training* e modalità di approccio e intervento e in generale, mancanza di risorse (economiche, tempi, spazi abbastanza grandi e accoglienti, mancanza di personale). Al contempo aumentano le richieste ai servizi e cambiano le tipologie di utenti e famiglie afferenti ma anche i sintomi associati alle patologie stesse che, con lo sconvolgimento della società, mutano con essa. Gli individui si ritrovano sempre più esposti a condizioni potenzialmente considerabili "fattori di rischio" come gravi malattie fisiche o psichiche anche familiari, migrazione, guerra, abusi, maltrattamento, frastagliati percorsi di adozione ma anche difficoltà economiche e lavorative. La famiglia in sé è spesso frammentata e diventa covo di difficoltà di gestione di problemi. In nessun altro campo della medicina l'accesso ai servizi è aumentato in modo così esponenziale. I servizi rispondono poco efficacemente in presenza delle problematiche appena presentate. Non riescono ad organizzarsi e il tutto ricade, con conseguenze negative, sull'adeguata presa in carico terapeutico-riabilitativa dopo la diagnosi. Da non sottovalutare i sempre più frequenti casi, non motivati



da scelte terapeutiche, di inserimenti residenziali terapeutico-riabilitativi in contesti lontani dal luogo di vita del paziente che non permettono un'adeguata comunicazione tra servizi, un efficace lavoro legato alla gestione e al mantenimento dei rapporti sociali e familiari e il reinserimento dell'utente nel proprio territorio. Tra l'altro, nonostante l'Italia abbia, in generale, una visione e un modo di approcciare e trattare la psichiatria abbastanza aggiornata rispetto ad altri Paesi, manca effettiva consapevolezza su quanto sia importante permettere al sistema-famiglia di diventare alleato terapeutico. Non è ben chiaro e radicato il fatto che l'individuo con patologia mentale si sviluppa nel suo ambiente ed è oggettivamente influenzato da questo. Mondo interno e mondo esterno si mischiano e influenzano in forme e modalità diverse. Questo inizia ancor prima della nascita, prosegue nella prima infanzia ma continua in un flusso coinvolgente tutte le tappe di vita. Nei casi di influenze negative e disfunzionali, il mancato intervento potrà portare conseguenze antievolutive importanti. Il mondo esterno è anche fatto di fattori familiari che conservano spesso la loro pesante "carica micro e macro traumatogena e patogena". Si parla, ad esempio, di contesti strutturalmente caratterizzati da una continua esposizione a giudizi squalificanti e disempatici. Lavorare con le famiglie è spesso più complesso del lavoro condotto con il singolo utente. Occuparsi delle famiglie fa paura per la complessità e l'unicità delle persone che la compongono e per i milioni di dinamiche che collegano le parti. Entrare nel mondo familiare a piccoli passi in un'ottica di comprensione e accompagnamento al cambiamento. Una conseguenza importante del coinvolgimento familiare sta anche nel limitare la cosiddetta "*sindrome della porta girevole*". Più l'utente è grave e più necessiterà di cure e attenzioni che spesso verranno date dalla famiglia stessa. Se però la famiglia non possiede gli strumenti per la gestione della patologia, il paziente avrà maggiori probabilità di ricaduta. La "*sindrome della porta girevole*" descrive quel meccanismo che si instaura quando un paziente viene sequenzialmente ricoverato, poi dimesso e riinserito nel proprio contesto familiare che non ha però ricevuto un supporto tale da risultare più istruita al compito. La ripetizione di questo circolo vizioso nel lungo periodo permette la sua cronicizzazione.

### 5.3 Modalità di presa in carico della famiglia

Punto cardine è la delicatezza dei modi. Spesso, per le famiglie, appare impensabile pensarsi come “famiglia malata”. Appare funzionale, in tal senso, dimostrarsi chiari nella spiegazione che il percorso familiare intrapreso ha lo scopo di permettere alla famiglia di diventare parte terapeutica per il benessere del parente in quanto questa gravità, insieme alle sue modalità di funzionamento, intorno al paziente e lo influenza più o meno direttamente. Non sempre però è utile renderla sostanziale parte terapeutica. Questo dipende principalmente dalle priorità stabilite in quel momento per il percorso terapeutico. Certo è che, soprattutto nei casi più gravi, una disfunzione della struttura familiare sarà quasi certamente esistente. Prendere consapevolezza che può capitare di incontrare, nel proprio percorso professionale, famiglie non modificabili può essere d'aiuto sia per il professionista sanitario che per il paziente. Rendere il paziente consapevole che determinate modifiche non avverranno, può permettergli di evolversi in altro senso slegandosi da un'illusoria costruzione di poter ricevere in quelle modalità, grazie alla terapia, la soddisfazione di quei bisogni mai appagati. Questo può permettergli di cercarsi altrove e ritrovarsi in una collocazione extra familiare che però non lo esclude dal sistema-famiglia e non punisce la famiglia stessa. Utile può essere utilizzare contemporaneamente sia il trattamento individuale che quello familiare. Questa modalità ottiene buoni risultati anche perché costituisce, sia agli occhi del paziente che a quelli dei familiari, la viva testimonianza del fatto che ci si prende cura sia dell'aspetto individuale che di quello familiare. Nell'incrementare la diffusione degli interventi psicoeducativi familiari, andrebbero valutati determinati aspetti:

- 1) *valutare la tipologia di intervento da condurre*: si inizia spesso da un trattamento unifamiliare per poi virare su un multifamiliare;
- 2) *discriminare le varie famiglie in base ai bisogni* da loro esplicitati per intervenire in modo mirato su quelle che gioverebbero maggiormente dell'intervento scelto;
- 3) *formare gli operatori*: consigliata una prima parte generica aperta a tutta l'equipe che poi diventa specifica e intensiva per figure professionali interessate ad applicare il metodo.

## **CAPITOLO 6: Il ruolo del TeRP nel Progetto e nel Rapporto con la Famiglia**

L'“oggetto” terapeutico della riabilitazione psichiatrica è l'individuo e il suo funzionamento cognitivo, emotivo e psicosociale, la famiglia con le sue problematiche e risorse chiave, il contesto socio-ambientale all'interno del quale si agisce contro lo stigma e l'emarginazione. ***I metodi riabilitativi hanno le caratteristiche di personalizzazione, razionalità, negoziabilità, multimodalità e risultano essere orientati all'evidenza scientifica con un approccio olistico alla malattia.*** L'obiettivo primario è aiutare le persone con gravi malattie mentali a sviluppare le competenze e ad accedere alle risorse per avere successo e soddisfazione in una varietà di contesti di vita, lavorativi e sociali di loro scelta, migliorando la qualità della vita fissando e raggiungendo obiettivi personali. In tutti i campi della medicina, la riabilitazione è sempre passata in secondo piano rispetto all'enfasi scientifica sugli aspetti clinici. Il trattamento della fase acuta della malattia e la psichiatria nella sua visione generale non fanno eccezione, nonostante l'inconfutabilità di efficacia basata su evidenze scientifiche che dimostrano che per la grossa fetta degli utenti trattati, la combinazione di trattamento farmacologico e interventi psicosociali migliora i risultati clinici.

### **6.1 Il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica: caratteristiche cardine del TeRP nella conduzione di interventi familiari**

I tecnici della riabilitazione psichiatrica sono professionisti esperti nell'applicazione di interventi riabilitativi visti come componente fondamentale del trattamento a lungo termine di persone con malattie mentali. Utilizzano come strumento fondamentale di intervento il *PTRI (Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato)*. Focalizzandosi sulla famiglia, il TeRP dovrà assicurarsi che essa sia coinvolta il più possibile in ogni fase del processo di *recovery* del paziente in un'ottica di “fare insieme”. Il concetto alla base è che l'intervento riabilitativo verrà guidato e definito in una collaborazione tra soggetti posti tutti sullo stesso livello e aventi tutti le stesse potenzialità espressive nel rispetto delle competenze associate a ciascuna figura collaborante.

In linea con l'approccio olistico, il quadro teorico che definisce l'operato professionale del tecnico della riabilitazione psichiatrica è il ***modello Patient***

**Family Centered Care (P.F.C.C.).** Si tratta di un approccio terapeutico integrato che tiene conto della patologia e del suo impatto sull'individuo e sulla sua famiglia ponendo al centro i percorsi diagnostici terapeutici tradizionali ma al contempo la dimensione individuale e familiare. L'importanza delle tecniche riabilitative psichiatriche incluse nel modello selezionato, sta nell'enfatizzare l'azione professionale e relazionale rivolta all'individuo che è più della sola "malattia". A partire da questo concetto, il suo principio di base è che pazienti e famiglie partecipino attivamente al processo di cura. Questi principi guida consentono la definizione di bisogni e problematiche riabilitative, che verranno affrontati insieme ai desideri e alle aspettative nel *progetto terapeutico riabilitativo individualizzato (PTRI)* che coinvolgerà l'individuo e i suoi familiari (anche nell'accezione più ampia di persone di riferimento e significative per l'individuo stesso). Saranno soggetti attivi nel processo terapeutico-riabilitativo, portatori di risorse e ruoli che dovrebbero essere valorizzati per costruire un'alleanza terapeutica che permetta a tutti di condividere e collaborare in modo efficace. Qui la componente relazionale appare subito come il cuore del percorso. Il TeRP, incorporato nel team di lavoro, saprà muoversi non solo durante la fase di trattamento riabilitativo propriamente inteso, ma in ogni fase del processo. Gli ambiti in cui il TeRP può operare sono:

- **preventivo**, individuando da un lato le questioni chiave portanti criticità e i *fattori di "rischio"* che possono condurre allo sviluppo del disagio mentale, dall'altro individuando i *fattori "protettivi"* che tutelano la salute mentale dell'individuo e che possono essere individuati anche all'interno del contesto familiare e dell'ambiente sociale oltre che sull'utente stesso;
- **curativo-riabilitativo**, che prevede interventi su età evolutiva, adulta e geriatrica mirati alla riduzione della disabilità e al raggiungimento di un ottimale funzionamento psicosociale.

Al TeRP è richiesta una integrazione di diversi saperi, quali: una comprensione psicologica e pluridirezionale (su se stessi, sul paziente, sul gruppo, sulle dinamiche relazionali familiari e sociali di gruppo), la conoscenza dei processi e delle modalità di apprendimento di abilità sociali, di strategie motivazionali e di coping, di compenso neurocognitivo e di tecniche derivate da diversi orientamenti teorici (cognitivo-comportamentale, psicodinamico-espressive, sistemico-relazionale, e umanistico-esistenziale), nonché la conoscenza, dal

punto di vista sociologico, delle dinamiche dei gruppi sociali, dei contesti socio-ambientali e delle reti sociali. Per quanto concerne le residenzialità, che spesso richiedono un ricovero a medio-lungo termine, va sottolineato che i programmi di riabilitazione devono sempre tenere conto del trauma vissuto dai pazienti ricoverati a seguito dell'allontanamento dalla loro routine abituale. Il luogo di vita e l'essere inseriti in un ambiente artificiale, per quanto ben gestito sia, rappresenta una spersonalizzazione di ruoli ed esperienze e una distorsione di abitudini, regole, relazioni e intimità. Compito dell'equipe e del progetto che si costruirà con l'utente è quello di evitare di innescare una sorta di sindrome da istituzionalizzazione che, seppure maggiormente limitata dopo la chiusura degli ospedali psichiatrici, potrebbe ripresentarsi in altre forme. Ciò richiede innanzitutto la partecipazione attiva del paziente al processo di cura al fine di raggiungere un livello quanto più elevato di personale autonomia, soprattutto attraverso un progetto che preveda tempistiche definite più rapide possibili per il ritorno nel personale spazio di vita. Su quest'ultimo aspetto, però, vi sono pareri contrastanti. L'approccio classico prevede che il paziente sia reinserito nel suo ambiente di vita naturale (famiglia, casa, lavoro, tempo libero...) solo dopo aver assimilato alcune competenze necessarie ma, di contro, l'*approccio recovery-oriented* ritiene opportuno che in ogni caso sia necessario consentirne il rientro pur non avendo acquisite integralmente tutte le abilità essenziali. Alcuni studi evidenziano che non esiste una così dipendente correlazione tra successo di un percorso riabilitativo/reinserimento nei luoghi abituali di vita e il recupero delle competenze necessarie per farlo. Se da un lato il fallimento personale è possibile, è invece impossibile prevedere con certezza quale sarà l'impatto con il ritorno alla vita quotidiana. Il rientro a casa può avere un effetto motivante e rinforzante che aiuterà il paziente a proseguire nel percorso insieme con il gruppo di trattamento. Con l'avanzare del progetto tutte le competenze assimilate in ambiente protetto dovranno essere generalizzate nel proprio ambiente di vita e il supporto dell'operatore si andrà progressivamente riducendo. Difatti, il maggior impegno riabilitativo dovrebbe avvenire in contesti non istituzionali che consentano una osservazione, azione e interazione con gli utenti più spontanea all'interno di un *setting* maggiormente naturale e in minor forma artefatto. Il luogo privilegiato per l'elaborazione di piani e progetti riabilitativi è la casa, intesa sia come oggetto dell'intervento riabilitativo, sia

come luogo in cui vengono progettate e sviluppate altre capacità e competenze necessarie per il benessere dell'individuo. Fase importante della strutturazione di un progetto individualizzato è la condivisione del progetto elaborato col paziente con i familiari. È importante stabilire alcune regole di definizione e strutturazione del *setting* a domicilio che possano aiutare e supportare il lavoro dell'operatore nell'inserimento nell'ambiente domestico: dove e quando si svolgerà la seduta; definizione e integrazione, se possibile, di altre figure coinvolte oltre ad operatore e paziente; definizione della possibilità di spostamento all'interno della casa, gestione dei momenti di crisi, ecc.

Rispetto a quest'ultimo punto, anche per l'intervento domiciliare, è necessario dotarsi di un modulo condiviso relativo la gestione della *privacy* del paziente. Ciò consentirà all'operatore di sapere in quale modalità relazionarsi con le altre figure significative del paziente. In questo tipo di interventi diventa fondamentale l'utilizzo di alcune tecniche di derivazione cognitivo-comportamentale, solitamente utilizzate nei *training* di riabilitazione neurocognitiva ma che possono apportare grandi benefici alla riuscita del progetto. Ci si riferisce a tre tecniche specificatamente: il *modeling*, il *coaching*, lo *scaffolding*, il *fading* e lo *shaping*.

- **Modeling ovvero il modellamento:** è quando il terapeuta esperto esegue l'azione da apprendere mentre l'utente (o i membri della famiglia) lo osserva e prova successivamente a ricreare l'azione osservata;
- **Coaching ovvero l'allenamento:** è quando l'utente (o i membri della famiglia) viene introdotto, assistito e accompagnato dal terapeuta esperto che fornisce feedback su quello che si sta facendo.
- **Scaffolding ovvero assistenza:** è la base dell'apprendimento. Gli utenti (o i membri della famiglia) imparano a svolgere compiti sotto la guida e attraverso le indicazioni del terapeuta esperto.
- **Fading è la fase dell'allontanamento:** ovvero il terapeuta esperto continua a guidare l'utente (o i membri della famiglia) ma gli permette di operare in autonomia e lo supporta solo quando necessario.

- **Shaping** è la tecnica del modellaggio: ovvero la tecnica per l'acquisizione di un nuovo comportamento specifico che l'utente (o i membri della famiglia) non riesce in tempi brevi ad assimilare attraverso altre modalità. Significa rinforzare massivamente quei comportamenti che, nonostante possano apparire distanti dal comportamento target predeterminato, si avvicinano gradualmente ad esso.

Non dobbiamo scordare che l'efficacia degli interventi riabilitativi dipende in parte anche dall'essenza e dalla qualità delle relazioni instaurate tra erogatori e destinatari delle prestazioni. Oltre alle tecniche adoperate, ai progetti e ai luoghi scelti, gli operatori svolgono un ruolo importante nell'agevolare il processo, utilizzando competenze fondamentali come l'empatia, l'ascolto attivo e il rispetto, che sono in grado di aumentare la probabilità che l'utente raggiunga i suoi obiettivi di *recovery*.

Il TeRP deve, nella conduzione di interventi di psicoeducazione familiare saper utilizzare correttamente il rinforzo positivo tramite l'uso dell'ascolto attivo in grado di dimostrare interesse per l'argomento discusso accogliendo commenti e domande come sostenitori di un clima di cooperazione e costruzione comune che siano in grado di rinforzare la comunicazione verbale tra i partecipanti. Importante sarà rinforzare equilibratamente anche piccoli segnali di cambiamento nella relazione familiare, nelle capacità di comunicazione e nella comprensione dell'altro limitando il rinforzo associato ad elementi disturbanti.

Deve inoltre "Fungere da modello" dimostrando modalità assertive di espressione dei sentimenti positivi o negativi e formulare in modo adeguato richieste di cambiamento. Le famiglie devono avere l'opportunità di sperimentare in forma simulata o protetta situazioni diverse ed apprendere risposte alternative. Compito del terapeuta sarà l'assegnazione dei compiti per casa anche per le famiglie che, tramite questi, potranno sperimentarsi nei propri ambienti di vita quotidiani permettendo così la generalizzazione dell'abilità appresa in seduta. Lo stile della conduzione prevede l'uso di un linguaggio semplice in grado di essere facilmente comprensibile e assimilabile. Il TeRP deve procedere per obiettivi e muoversi di conseguenza permettendo a tutti i partecipanti di sperimentarsi anche nell'uso del *role-playing*.

Villeneuve e Roux (1995) descrivono ad esempio come dovrebbe essere il curante della famiglia di un soggetto borderline: “coraggioso, paziente, ottimista, pronto a scontrarsi con persone considerate “intrattabili”. L’approccio deve essere flessibile e psicodinamicamente orientato.” Per le famiglie e per gli stessi terapisti, la terapia familiare è un percorso pieno di incertezza, sofferenza e meraviglia. Inoltre, importante da ricordare è che il paziente stesso deve consentire il coinvolgimento dei genitori nello sviluppo del proprio programma di trattamento. Dall’altra parte i genitori devono essere consapevoli che se l’utente richiede il non coinvolgimento delle figure genitoriali, ciò va rispettato. Va considerato, nel coinvolgimento dei familiari nel trattamento, la posizione occupata dall’importanza della riservatezza rendendo il tema fin da subito chiaro ad utenti e parenti. Le informazioni riservate dovrebbero essere divulgate se l’incolumità del paziente è minacciata, se si è al corrente di piani suicidari, di piani eteroaggressivi o di abuso sessuale o fisico. In merito agli agiti autolesivi, il modello DBT suggerisce che “la preoccupazione dei genitori venga validata pur spiegando che non verrà condiviso qualsiasi agito a meno che non rappresenti un rischio per la vita o che non ci sia un’escalation incontrollabile nel comportamento”. Ciò può rendere più facile per gli utenti condividere i loro comportamenti-problema. Se diverrà necessaria una violazione della privacy, l’utente dovrebbe essere quanto più possibile protagonista del processo.

Importante sarà stabilire e poi mantenere un equilibrio di posizioni, visioni e legami sia dal punto di vista emotivo che cognitivo nei confronti del paziente da un lato e dei suoi familiari dall’altro che permetta di entrare empaticamente in una funzionale alleanza terapeutica con entrambe le parti facendo però contemporaneamente attenzione alla possibile creazione di alleanze disfunzionali, sia con il paziente, contro i familiari, che con i familiari contro il paziente.



## 6.2 Il Core Competence del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica

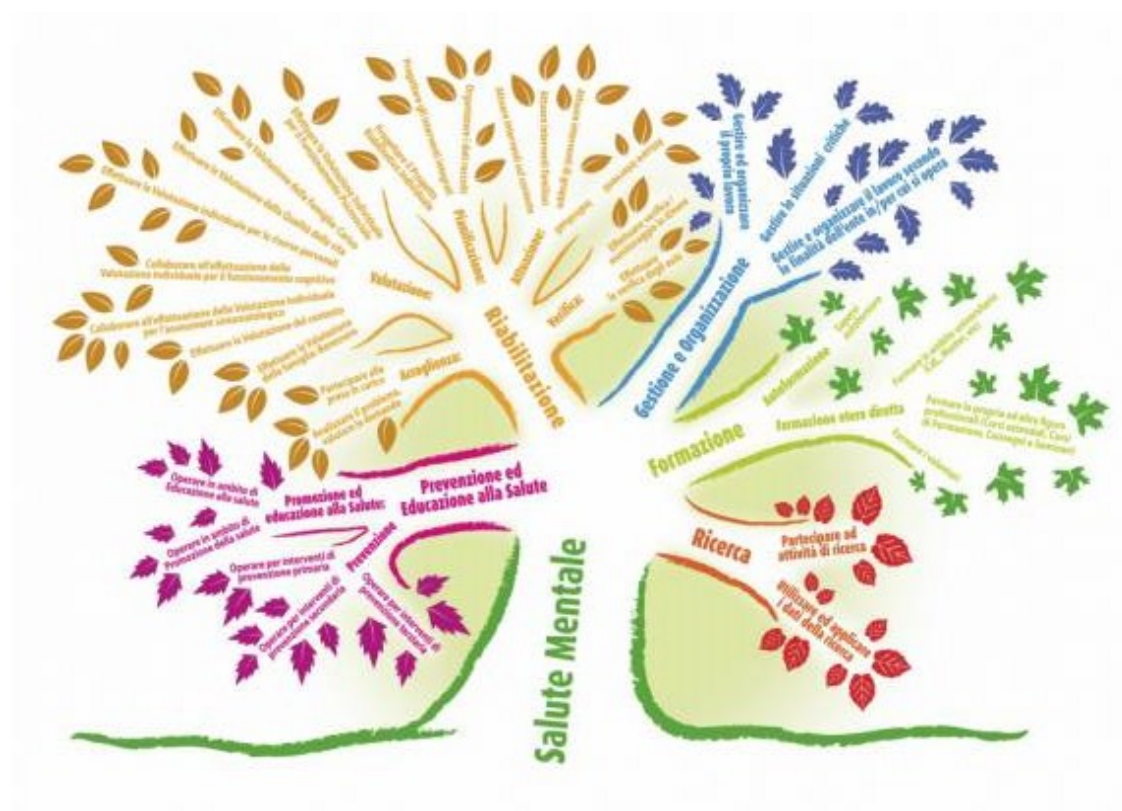


Figura 2: L'albero del Core Competence. Sanitàinformazione, "Riabilitazione Psichiatrica, pubblicato il Core Competence. Famulari (AITeRP): <<Una linea guida per i professionisti e una garanzia per la salute dei cittadini>>"

Prendendo in esame il Core Competence del TeRP e, in particolare, lo strumento dell'albero (posto da Guilbert nella sua Guida Pedagogica), utilizzato per la sua strutturazione; per il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica le *Funzioni*, che rappresentano gli obiettivi generali, sono:

- Riabilitazione
- Prevenzione ed Educazione alla salute
- Gestione e Organizzazione
- Formazione
- Ricerca

Le *fasi di processo* per ognuna di esse risultano essere:

- Accertamento
- Pianificazione
- Attuazione
- Valutazione d'esito

Relativamente l'area legata alla famiglia il TeRP può, per la *Fase di*

*Valutazione* effettuare la valutazione della famiglia (Carico e Benessere) e per la *Fase di Attuazione* attuare interventi familiari. Per ogni Funzione vengono individuate *Attività generali e maggiormente specifiche*.

### **6.2.1 Funzione Riabilitazione e Famiglia**

Specificatamente la famiglia, per la *Funzione Riabilitazione* il TeRP potrà accertare l'anamnesi familiare; valutare la capacità di utilizzare le risorse familiari; valutare il carico familiare oggettivo e soggettivo; valutare la consapevolezza dei bisogni del familiare; valutare il grado di investimento emotivo/emotività espressa all'interno del nucleo familiare; valutare l'investimento economico familiare; effettuare l'anamnesi familiare; collaborare con i diversi servizi medici/riabilitativi; accertare le risorse strumentali familiari (automobile ecc.); accertare le disponibilità temporali familiari; analizzare le risorse e i limiti del nucleo familiare allargato; utilizzare strumenti e scale di valutazione validate; accertare la presenza di altri membri del nucleo familiare affetti da malattia; valutare i bisogni della rete familiare; valutare il grado di benessere economico, fisico familiare ma anche psichico (familiarità malattie psichiatriche); valutare la resistenza allo stress e la capacità di gestione dello stress; valutare le relazioni e i rapporti interni la famiglia; valutare le capacità comunicative familiari; valutare le tipologie/modalità di comportamento all'interno della famiglia; accertare il grado di conoscenza della malattia e dei servizi da parte della famiglia; valutare la stabilità del nucleo familiare; valutare le strategie di coping adottate dalla famiglia; effettuare visite domiciliari; attuare/attivare interventi domiciliari (psicoeducazione); analizzare il contesto; saper opportunamente coinvolgere i familiari nel processo terapeutico-riabilitativo; attuare interventi familiari volti al costruire una relazione significativa; attuare interventi di formazione e gestione dell'emotività espressa; attuare programmi di riabilitazione delle competenze sociali e comunicative; condurre di training di comunicazione assertiva; attuare training di riabilitazione delle competenze di vita quotidiana; gestire la rete territoriale di supporto, organizzare e sostenere gruppi di Auto-Mutuo-Aiuto favorendo interventi AMA tra i familiari; attuare interventi psicoeducativi per la gestione della terapia farmacologica; attuare interventi sistemici; monitorare a domicilio le dinamiche familiari; condurre colloqui in presenza/telematici; registrare e restituire gli interventi attraverso riunioni, colloqui ecc.; condividere poi la

valutazione con gli attori coinvolti (paziente, famiglia, equipe ecc.); effettuare la valutazione d'esito familiare.

### **6.2.2 Funzione Prevenzione ed Educazione alla salute e Famiglia**

Specificatamente la famiglia, per la *Funzione di Prevenzione ed Educazione alla salute* il TeRP potrà operare per interventi di prevenzione primaria e secondaria progettando, attuando e valutando interventi preventivi anche in ambito familiare.

## **CAPITOLO 7: La mia esperienza di Tirocinio**

Come previsto dal Corso di Laurea ho avuto l'occasione di svolgere, per un periodo di circa 3 mesi corrispondenti a 390 ore, il mio ultimo tirocinio presso la *Comunità Terapeutica Riabilitativa Protetta "La Meridiana"* e presso il *Gruppo Appartamento Protetto "Casa A.M.A."* facenti parte della *cooperativa sociale di tipo A "Il Portico"*. La *Mission* della cooperativa è "Dedicare un'attenzione costante alle persone con disagio psichiatrico, disabilità psichica e in generale ai bisogni di salute e benessere della comunità per concretizzare i valori di solidarietà e promozione della centralità della persona". Il Portico offre servizi mirati a circa 70 utenti accolti nelle diverse strutture residenziali a seconda dei personali bisogni e propone servizi educativi rivolti a privati cittadini per la gestione del tempo libero, per il sostegno all'inserimento abitativo, relazionale e lavorativo e interventi educativo-riabilitativi rivolti anche ai familiari dei pazienti stessi in un'ottica di cooperazione tra persona e territorio. Il Portico fa parte del *Gruppo Cooperativo Paritetico "Gruppo Polis"* che nasce dall'unione di quattro cooperative del territorio padovano. Il Gruppo coopera per il raggiungimento di obiettivi riabilitativi ed educativi tenendo conto della complessità e dell'unicità del singolo. Il Gruppo Appartamento Protetto "Casa A.M.A." è una struttura residenziale prevista per soggetti con disagio psichico che presentano difficoltà legate al sociale o all'area abitativa. Il servizio è previsto per accogliere 6 utenti adulti con lo scopo principale di prevenire l'istituzionalizzazione una volta raggiunto un buon livello di autonomia (anche occupazionale e lavorativa), a seguito di un precedente percorso riabilitativo in strutture residenziali a più alto livello di protezione, tale da permettere una condizione di residenzialità maggiormente autonoma limitando al contempo lo stigma sociale a favore invece di un'integrazione con il territorio e la comunità locale. Gli operatori attivi all'interno del servizio sono educatori professionali che si occupano di verificare e sostenere la conduzione della struttura e la realizzazione dei PTRI che prevederanno il mantenimento o il potenziamento delle abilità apprese nel precedente percorso; assistente sociale e psicologo (comune alla CTRP) che conduce, una volta al mese, un gruppo terapeutico coinvolgente tutti gli utenti in carico alla struttura. Cooperano attivamente al lavoro riabilitativo anche tirocinanti e volontari. Tutte le attività, principalmente non strutturate, risultano mirate a fornire sostegno

nel raggiungimento di un quanto più alto livello di autonomia abitativa, lavorativa, relazionale e sociale. La Comunità Terapeutica Riabilitativa Protetta (CTRP) ad alta intensità assistenziale “La Meridiana” è una struttura a intervento terapeutico – riabilitativo prolungato in regime di residenzialità extra-ospedaliera. La comunità, come struttura residenziale, è aperta tutti i giorni 24 ore su 24. L'intervento è riservato a condizioni di complessità e gravità tali da necessitare di un trattamento prolungato con un progetto di cura a medio termine. L'utenza è principalmente composta da giovani-adulti in possesso risorse attivabili per il proprio progetto di trattamento. I posti disponibili in struttura sono 14. Prevede la programmazione e attuazione di progetti terapeutici riabilitativi individualizzati ed integrati condivisi e portati avanti in sinergia con “Il Portico Società Cooperativa Sociale” (privato sociale) e con il Servizio Salute Mentale (pubblico). Le equipe, cooperando, individuano i bisogni dell'utenza utili per stilare il progetto riabilitativo-individualizzato e stabilire i tempi necessari per il raggiungimento degli obiettivi definiti seguendo il *modello di Riabilitazione Biopsicosociale* fondante sui principi della *Riabilitazione Psichiatrica* e del *Recovery*. Come stabilito dalla Deliberazione della Giunta Regionale, i tempi di residenzialità oscillano tra 1 anno e mezzo e 2 anni, a seconda degli obiettivi raggiunti. L'equipe della “Meridiana” è composta da una varietà di figure professionali periodicamente formate, aggiornate e specializzate che lavorando in sinergia, offrono il proprio personale sapere specifico professionale per la realizzazione dei progetti condivisi. Previste, per tutti gli operatori, ore di formazione e la partecipazione agli interventi di supervisione esterna. Specificatamente in struttura operano Operatori Socio-Sanitari, infermieri professionali, educatori professionali, psichiatra, psicologo, assistente sociale e responsabile unità di offerta. Cooperano attivamente al lavoro riabilitativo anche tirocinanti e volontari. La struttura è composta da 2 piani con le parti comuni al piano terra e la zona notte al primo piano. Presente all'esterno un grande giardino curato con un centro diurno adiacente la struttura per le attività riabilitative. La CTRP prevede una strutturazione delle attività sia giornaliera che settimanale. Ogni mattina viene gestito il gruppo organizzativo giornaliero per la strutturazione della giornata (sia comunitaria che del singolo) e per l'assegnazione dei turni mensa secondo turnistica. Le attività possono essere di tipo residenziale, di tipo strumentale e coinvolgenti il territorio. Possono

essere più o meno strutturate. Sono attività mirate alla cura di sé e degli spazi comunitari e personali (turni mensa e riordino e pulizia stanze) ; manuali (minuterie artistiche); motorie (in palestra o passeggiate in quartiere); psicoeducazionali (Gruppo Gestione Malattia e IMR/IMR facilitato); mirate al potenziamento delle abilità sociali, di gestione delle problematiche e della pianificazione e organizzazione (Social Skills Training, Problem Solving Training, gruppo cucina, gruppo di comunità, gruppo terapeutico), attività di radio (Radio My Way: canale podcast nato dall'esigenza di esprimersi liberamente e lottare contro lo stigma legato alla salute mentale ma anche all'abolire il muro che separa l'operatore dall'utente. All'interno del podcast persone umane con un sentito emotivo enorme, che faticano a definirlo, si aiutano a dar voce alle emozioni tramite la musica. "La mia strada", a modo mio da portare avanti continuando a camminare al passo con i tempi. Le diverse puntate vengono interamente progettate e registrate dagli utenti della Comunità); attività nel territorio (corsi specifici esterni, orientamento al lavoro, stage, tirocini, uscite serali, "Fuori di Festa", uscite per commissioni). Possibili i permessi o le visite da concordare ogni 2 settimane previsti per il weekend. Ogni giorno, nel pomeriggio, dopo la conclusione delle attività strutturate, sarà per gli utenti possibile uscire all'esterno degli ambienti comunitari.

Il progetto, co-costruito insieme con il paziente, verrà poi condiviso anche con la famiglia del paziente stesso che avrà la possibilità di inserirsi attivamente nel percorso del figlio. Possibilità di coinvolgimento delle figure genitoriali oltre che di sorelle/fratelli con lo scopo di potenziare abilità utili per la creazione di relazioni familiari più funzionali e per la gestione del familiare in trattamento. Per far ciò, circa ogni mese, tutte le famiglie vengono coinvolte in una riunione di aggiornamento condotta dallo Psicologo della Comunità. Ho avuto la possibilità di partecipare in prima persona ad una riunione di questo tipo coinvolgente 5 famiglie (presenti 5 mamme e 2 papà). A turno, i familiari disposti in cerchio, prendono parola. Si discute circa l'andamento dei singoli progetti e nello specifico si vanno a delucidare alcuni punti di questi anche con lo scopo di trovare argomenti e situazioni di contatto comuni che possano essere in grado di aiutare le diverse famiglie nel confronto. Rispettando il segreto professionale, lo Psicologo condivide alcuni elementi derivanti dalla psicoterapia individuale utili per l'avanzamento del progetto in

un'ottica di cooperazione struttura-famiglia. Rassicura e sostiene i familiari nel dolore ma simultaneamente rinforza i miglioramenti dei singoli utenti e del gruppo. Di contro le famiglie riportano la loro visione del familiare in trattamento relativamente a personali telefonate/messaggi/permessi in un'ottica di confronto tra diversi punti di vista al fine di co-costruzione di un intervento coordinato quanto più funzionale possibile. Confronto anche sulla gestione del paziente in casa: lo psicologo in questo caso suggerisce eventuali strategie e tecniche che possano guidare la famiglia nel limitare eventuali situazioni di crisi fuori la struttura e in assenza dell'operatore in "direzione della Salute". Fornite inoltre pillole di psicoeducazione circa il disturbo, il funzionamento patologico e il trattamento farmacologico. Infondere speranza nel ricordarsi da dove siamo partiti per apprezzare dove siamo arrivati. "Non pensate a quello che abbiamo perso ma a quello che abbiamo trovato". Nella storia della Comunità sono stati condotti, a partire dal 2015 fino al 2020 (anno dell'inizio della pandemia Covid che ha portato importanti limitazioni circa riunioni e contatto umano), gruppi multifamiliari sostituiti poi con il solo trattamento psicoeducativo IMR mantenuto ancora oggi all'interno della comunità. In un'ottica psicoeducativa verrà poi attivato anche il Gruppo Gestione Malattia riservato agli ospiti della Comunità, utile anche nella limitazione delle resistenze che le famiglie portano spesso agli inizi del percorso riabilitativo. Il percorso psicoeducativo proposto agli utenti della CTRP aveva e ha la finalità di approfondire alcuni aspetti relativi alla loro storia di sofferenza e alle resistenze al trattamento che erano emerse nel corso degli anni. Il percorso parallelo e distinto, pensato per i familiari, si focalizzava sulla necessità che i genitori e i fratelli hanno di esprimere le loro paure e i loro pregiudizi e di sentirsi accolti in questo processo di esternalizzazione fornendo, contemporaneamente, nozioni importanti circa tratti cardine delle patologie, dei farmaci adoperati, la spiegazione dell'approccio bio-psico-sociale, del concetto di recovery e del modello vulnerabilità e stress alla base delle patologie mentali e strategie e strumenti per la gestione di queste. Essere in grado di captare punti di vista alternativi imparando a connetterli, permette alle famiglie di costruire un significato diverso della personale esperienza di malattia riducendo l'angoscia per l'incertezza del futuro e ampliando la propria rete sociale fatta anche di confronto tra diversi punti di vista che permetta di sentirsi parte di un gruppo e di realtà veramente esistenti. Il gruppo

multifamiliare prevedeva la partecipazione di 6 famiglie. La conduzione degli incontri spettava allo psicologo della comunità affiancato da un infermiere e una psicologa tirocinante. All'inizio e al termine del percorso vengono somministrati questionari di valutazione per verificare quanto e quali pregiudizi erano presenti e poi mutati dopo la partecipazione agli interventi psicoeducativi. La condivisione dei risultati di crescita e cambiamento in positivo con i partecipanti aumenta l'empowerment permettendo di sperimentare nuovamente sentimenti di efficacia e capacità. Previsti, inoltre, ad oggi, a seconda del PTRI, incontri familiari individuali condotti dallo psicologo della comunità che possono coinvolgere uno o più membri del sistema-famiglia.

### **7.1 Obiettivi, Percorso e Cambiamento nel Trattamento Familiare di un caso studio**

L'analisi di un caso studio (tramite lettura verbali, analisi cartelle cliniche, testimonianze operatori, registrazione a disposizione degli operatori di un intervento di supporto tra pari, intervista semistrutturata condotta e intervento scritto dall'utente stesso) evidenzia l'importanza rivestita dall'utilizzo in trattamento di interventi sulla famiglia. L'utente si espone come testimone dei progressi su sé stesso associati alla terapia familiare. Il paziente in esame è affetto da disturbo borderline di personalità ed ha portato avanti un percorso in CTRP La Meridiana che prosegue per circa 3 anni a partire dal 2017 seguito poi da un inserimento in Gruppo Appartamento Protetto "Casa A.M.A." dove è attualmente residente. Percorso condotto all'inizio con numerose difficoltà che però si ridimensionano con il passare del tempo. L'ingresso e la vita iniziale in comunità erano vissuti come una costrizione/imposizione. Le condizioni a casa non permettevano più che l'utente vivesse serenamente e per questa ragione il CSM consiglia una comunità per il trattamento delle dipendenze. Il percorso in questa comunità si conclude però quando il paziente viene trasferito in CTRP La Meridiana. Successivamente i primi mesi, l'utente viene ricoverato e questo gli permette di essere maggiormente consapevole della propria condizione che necessitava ancora di lavoro su sé stesso. Molto lentamente la situazione migliora. L'ultimo anno di vita comunitaria risulta più lineare anche per le condizioni di salute migliori e maggiormente stabili. Nonostante questo, rimane un anno impegnativo per l'avvento della pandemia



Covid (2020). L'utente in quel periodo aveva iniziato un tirocinio non retribuito che però venne bloccato per il Covid stesso. I sintomi erano più controllati ma questa situazione di chiusura e impossibilità di occasioni lo facevano stare male. L'utente era stato guidato a questa mansione in quanto lui stesso amante della natura. Aveva anche frequentato una scuola inerente l'ambito e già in CTRP aiutava nelle mansioni legate al giardinaggio e al taglio erba per il mantenimento della cura degli ambienti comuni. Precedentemente era inserito in un CD del territorio. Post covid riparte il progetto di tirocinio. Da tirocinio non retribuito il tirocinio diventa tirocinio SIL. Questo implica che, a differenza delle iniziali poche ore settimanali assegnate al lavoro, i giorni lavorativi aumentano impegnando tutta la settimana con un rimborso monetario previsto. Si mantiene comunque viva la possibilità di fare altro. Lo stesso tirocinio SIL non può essere illimitato in previsione di un percorso lavorativo futuro più strutturato. L'utente non ha un diploma di scuola superiore. Inizia poi anche un corso come addetto alla ristorazione proposto dal SIL e dagli assistenti sociali e attualmente lavora in un'importante ditta di mobili come tappezziere per 4 ore al giorno tutti i giorni. L'utente rimpiange di non essersi diplomato e quest'idea lo sprona a poter raggiungere ancora questo obiettivo realistico e raggiungibile passo dopo passo. Il prossimo obiettivo è il conseguimento della patente di guida. "Avevo paura, e ne ho ancora un po', delle responsabilità ma allo stesso tempo mi danno gratificazione".

Oggi, in Casa A.M.A., l'utente si percepisce abbastanza autonomo. "La qualità di vita è buona ma si può sempre raggiungere qualcosa in più" "La vita in GAP è più stimolante e libera. Ricorda molto il vivere con dei coinquilini. Qui gli operatori vengono 2 volte al giorno, mi aiutano molto a gestire vari aspetti di quotidianità e di crescita personale. Mi sto, passo dopo passo, preparando a gestire una vita da solo, in completa autonomia, che spero di condividere con la mia compagna. Ci sono tante difficoltà, non è semplice saper far coincidere le mie abitudini o il mio modo di organizzare la vita con ciò che mi viene suggerito dagli operatori. Non è tutto rose e fiori perché mi viene richiesto tanto impegno costante su tanti fronti per raggiungere la tanto desiderata indipendenza."

Riferisce di trovare negli operatori un aiuto importante anche per la gestione di questioni burocratiche. In Casa A.M.A. l'aiuto è meno totalizzante e più di

affiancamento. I sintomi sono diminuiti nel corso del tempo molto gradualmente e lentamente. Parlando del proprio percorso di recovery l'utente afferma: "Si tratta di affidarsi. L'obiettivo non è far sparire i sintomi perché quelli saranno sempre presenti e facenti parte della patologia stessa ma imparare a gestirli riuscendo a stare meno male. Tante strategie esistenti possono essere utili solo se provate, fallite e riprovate/sostituite. Bisogna dare meno peso a quel momento di sofferenza tramite l'uso di strategie. Una volta appreso questo, per farti cadere nuovamente servirà qualcosa di più pesante." Il processo di esordio di malattia viene riferito come graduale e non netto. Tante piccole cose portano a star male e altrettante piccole cose aiutano a star meglio. "La voglia di vivere ti spinge a star meglio". "In presenza degli operatori, dei compagni, dei farmaci, del sostegno familiare, degli impegni extra struttura è possibile star meglio". L'utente condivide come ricordo bello in Meridiana il post ricovero che gli ha permesso di ripartire dopo "aver toccato il fondo". "Grazie alle persone che mi avevano in cura e al sostegno della mia famiglia ho creduto sempre un po' di più nel mio percorso". Molti fattori influiscono e l'utente riferisce che le terapie familiari condotte in Meridiana con i propri genitori siano risultate molto d'aiuto. Il rapporto iniziale con loro era molto difficile, si era incrinato e poi, pian piano è migliorato grazie ad una gestione più funzionale delle dinamiche. Condivide anche, come esempio di ricordo bello, l'opportunità di trattare per la prima volta con parole argomenti importanti e mai trattati con la propria famiglia durante le sedute familiari condotte dallo psicologo della comunità.

#### Composizione e presentazione Sistema-Famiglia

Dall'analisi delle registrazioni delle sedute familiari condotte dallo Psicologo della CTRP, si evince che la famiglia è così composta: mamma, papà, fratello minore, sorella maggiore, nonna materna, nonni paterni. Madre e Padre divorziati con rispettivi compagni. Il papà ha un altro figlio avuto dalla compagna.

Genitori e figli sono invitati a partecipare alle sedute. Assente la sorella alle prime sedute ma verrà poi inserita successivamente alla 4 seduta. Ultime due sedute condotte unicamente in presenza dei due genitori. Si innescano spesso, durante le sedute, conflitti tra le varie parti della famiglia. Nel corso delle sedute emergono importanti caratteristiche circa il funzionamento di ogni membro della famiglia

- **Utente:** difficoltà di distacco dalle figure adulte già al primo anno dell'asilo e difficoltà a instaurare relazioni amicali con coetanei. Rapporto madre-figlio interdipendente tale da non permettergli di sviluppare la sua autonomia e indipendenza. Presente tendenza a bloccare fisicamente la madre per ricevere da lei spiegazioni e risposte più soddisfacenti. L'utente cambia 3 asili in 3 paesi diversi per motivazioni associate al trasferimento e alla separazione genitoriale. Dopo il primo anno di asilo il rapporto con la vita scolastica migliora e il paziente riesce a procedere con gli studi nonostante non riesca comunque a portarli a termine per difficoltà associate all'esordio del suo disturbo. Presenza costante di insicurezza di fondo limitante le attività di performance (es. scuola/sport). Il disturbo è egosintonico e per questa ragione spesso non ha consapevolezza dei propri sintomi e spesso ha difficoltà a individuarli. Presente forte autostigma e tendenza a giustificare il proprio agito con la diagnosi avuta.
- **Fratello:** presunto DSA non trattato causa di difficoltà scolastiche. Tendenza all'isolamento e, come nel fratello, interdipendenza dalla figura materna con conseguente importante disautonomia e tendenza a bloccare fisicamente la mamma. Litigioso tende a istigare il conflitto (in particolare con la mamma e con la nonna materna) e difficoltà al compromesso, nell'accettazione di visioni alternative la sua e nella gestione del sentimento frustrazione. Per questa ragione spesso violento fisicamente e verbalmente nei confronti della nonna e della mamma. Importante dermatillomania (compulsione legata al graffiarsi fino a provocarsi profonde escoriazioni al viso) invalidante l'ambito lavorativo e sociale trattata con psicoterapeuta privata.
- **Sorella:** unica figlia con spiccata autonomia ed iperattività fin dall'infanzia. Descritta come carattere forte con performance ottimali in tutti gli ambienti di vita. Il suo obiettivo di vita è quello di iscriversi all'università per la quale ha già eseguito il test d'ingresso. Attualmente lavora e ha un fidanzato con il quale porta avanti una serena relazione amorosa. Ha basse aspettative sulla famiglia e spesso entra in conflitto con questa in particolare con i genitori e il fratello minore.

- **Padre:** tendenza alla dicotomia e rigidità al cambiamento. Sospettoso nei confronti degli altri in quanto crede che questi agiscano solo mossi dall'opportunismo per compiacere l'altro non svelando veramente la verità sulle cose. Assente nella prima infanzia dei figli dopo la separazione avvenuta per violenza domestica.
- **Madre:** difficoltà nel saper dire di no alle richieste dei figli senza però riuscire a soddisfarle innescando così un circolo vizioso di aspettative-delusione-rabbia nel rapporto madre-figli. I figli si arrabbiano perché non ricevono l'aiuto promesso. Difficoltà a tollerare punti di vista diversi e reazione alla rabbia disfunzionale di evitamento del conflitto. Presente forte senso di colpa nei confronti dei figli per le azioni/situazioni subite. Cambia spesso compagni sempre poco accettati dai figli. Il primo compagno era violento fisicamente e verbalmente nei confronti dei figli.
- **Nonna materna:** rapporto conflittuale soprattutto con mamma e nipote più giovane. Mamma, sorella e fratello vivono in casa sua
- **Fratellastro nato dalla relazione del padre con la nuova compagna**

Caratteristiche trasversali a tutti i membri della famiglia, in quel periodo, riguardano un'alta tendenza all'inesco richiamando episodi di vita accaduti con le relative conseguenze associate, generale rabbia più o meno amplificata nei vari membri della famiglia e mancanza di limiti netti.

La coppia si separa e i bambini si trasferiscono a casa della nonna materna con la mamma. Il papà in questo periodo prende le distanze e non ha contatti con i figli. Conosce la compagna con la quale avrà poi un quarto figlio. L'utente e il fratello cominciano in questo periodo ad instaurare un attaccamento di eccessiva dipendenza dalla figura materna. Successivamente la mamma si distacca, trova un secondo compagno e i figli si trasferiscono con il papà. Dopo questo periodo però l'utente torna a vivere con la mamma e comincia a star male facendo anche i primi ricoveri.

#### Tempistiche e Modalità:

12 sedute svolte in CTRP "La Meridiana" dove l'utente è ospite.

#### Obiettivi:

- Ricostruzione storia familiare
- Analisi del funzionamento familiare

-Sostituzione modalità di funzionamento familiare disfunzionali con modalità più adeguate:

- accettazione del limite e della frustrazione ad esso associata (fratello, ad esempio, con la nonna o con la necessità di uscire anche con il viso graffiato)
- comunicazione funzionale tra ex coniugi
- abbassare la tendenza all'inesco
- gestire la rabbia trasversale espressa in maniera diversa dai vari membri della famiglia per ottenere uno stato di ottimale benessere psico-fisico
- approfondire cosa pensano i figli e come vivono le situazioni

-Aumento dell'autonomia dei figli maschi permettendo loro una separazione dalle figure genitoriali attraverso l'utilizzo di modalità non conflittuali.

#### Monitoraggio dei Cambiamenti

Momento di identificazione di numerosi cambiamenti a partire dalla seduta 7:

1. Una volta interrotti i permessi l'utente chiede spesso di ritornare a casa ma adesso, maggiormente consapevole della sua condizione clinica e delle motivazioni della limitazione, verbalizza che avrà piacere di tornare a casa solamente quando sarà opportuno.
2. L'utente appare ai familiari con più senso del limite
3. L'utente, nonostante la preoccupazione per il lavoro, che lo aveva portato alla crisi, condivide di essere motivato per poter pagare da sé le sue spese

Durante la seduta 8:

1. Il padre verbalizza di voler assumere per il futuro una posizione all'interno della famiglia che mantenga la sua posizione di collante tra tutti i membri ma che al contempo sia più impegnato.

Durante la seduta 9:

1. Sensazioni positive riportate da tutta la famiglia sul momento di unione avuto nella seduta precedente. Adesso si riescono ad avere momenti conviviali in famiglia.
2. L'utente riporta di aver ragionato sui suoi comportamenti disfunzionali passati comprendendo le conseguenze negative che queste sue azioni hanno avuto su sé stesso e sulla famiglia.
3. L'utente condivide la sua sensazione di riscatto nel riuscire a dimostrare alla famiglia di poter avere comportamenti maggiormente funzionali.
4. L'utente e il papà appaiono consapevoli della fatica e del lungo tempo necessario a proseguire con gli step del cambiamento
5. Il fratello raggiunge una maggiore consapevolezza del proprio disturbo e diminuiscono gli episodi in cui si gratta
6. Il papà propone spontaneamente di aiutare il figlio minore accompagnandolo a cercare un lavoro

Durante la seduta 10:

1. Il fratello appare senza graffi in volto
2. L'utente condivide con il gruppo la sua situazione di benessere e la soddisfazione di riuscire a star bene anche in casa durante i permessi anche in presenza di conflitti sempre meno frequenti
3. L'utente verbalizza di avere meno pensieri
4. L'utente condivide che in questo periodo comincia nuove attività esterne e interne la struttura
5. La mamma verbalizza che vede l'utente maturato, più profondo, maggiormente coinvolto e meno dipendente da lei
6. La sorella vede l'utente meno attaccato alla mamma e meno legato al desiderio e al pensiero di tornare in comunità godendosi la permanenza in casa

7. Il fratello vede l'utente come ispirazione in quanto l'utente è ora maggiormente tranquillo e rivolto al futuro. Il fratello stesso finisce la scuola e attualmente lavora.

Durante la seduta 12:

1. Il papà condivide di essere in crisi con il rapporto con il nuovo figlio in quanto si percepisce passivo in contrapposizione alla sua solita iperattivazione sul versante violento. Rinforzato questo cambiamento utile a trovare un equilibrio funzionale tra i due estremi
2. Comunicazione serena e funzionale avvenuta tra i due genitori circa notizie riguardante i figli

Spesso, dopo le sedute, la famiglia riunita va spesso a cena fuori. Nel 2019 l'utente fa anche un viaggio a Londra con la famiglia. Si riescono a notare cambiamenti anche dal diverso rapporto che il papà si impegna ad avere con il nuovo figlio e dal fatto che fu lo stesso padre a chiedere scusa alla mamma per le loro dinamiche disfunzionali e violente.

## **7.2 Intervista Semistrutturata all'Utente**

Per delineare i cambiamenti derivanti dai benefici avuti a partire dagli interventi familiari è l'utente stesso a fornirci, tramite intervista, il suo punto di vista attuale.

*“Un ragazzino di 16 anni è già di per se' problematico. Sei in una fase di non chiarezza di tante cose. Prova adesso ad immaginare un adolescente che, oltre ad avere i comuni problemi dell'adolescenza, ha poi altri problemi aggiuntivi come alcool e sostanze e comincia ad ammalarsi. Oltre a questo, immagina che ci sia alle spalle una famiglia difficile perché interagisce disfunzionalmente. Cosa pensi possa capire? Non capisci nemmeno te stesso e le tue emozioni. È più facile dare delle colpe e arrabbiarsi con gli altri”*

Si chiede all'utente:

1) *Quanto e in cosa ritieni siano stati utili gli interventi familiari fatti per il tuo percorso di recovery? Cosa è migliorato/peggiorato/cambiato a livello familiare da quando sono state fatte le sedute a ora? Qual è stata l'evoluzione familiare?*

L'utente comunica che le sedute sono state utili e d'aiuto sia per lui che per i familiari. In particolare, utili nel permettere di creare un ambiente favorevole al confronto sano tra le parti e nel permettere ai genitori di comprendere la sua malattia. Utile per "trovare un modo giusto di dire le cose e farmi capire utilizzando una modalità tranquilla, aperta e sincera che non crei problemi" "Ad esempio quando mi arrabbio adesso non urlo ma dico le cose con più tranquillità" "E' impossibile comunicare se una persona sta male. Non potrà mai trovare il modo giusto di dire le cose". L'utente condivide che l'obiettivo del gruppo era anche quello di riuscire a verbalizzare dei concetti difficili con modalità adeguate ma utili a lui nella gestione e mentalizzazione della sua sintomatologia. Per l'utente, tutti, compreso lui stesso, hanno messo una parte di loro più o meno consapevolmente per l'intero e comune processo di cambiamento.

"Il gruppo era come un ring. Eravamo tutti dentro: si parlava, si discuteva, ci si arrabbiava ma sul ring tutto è contenuto, gestito e delimitato. Era un luogo sicuro dove ognuno poteva dire la sua in modo controllato". Conferma poi che il gruppo ha messo le basi per il grande lavoro che successivamente sta fuori, nella vita reale, quando anche il modo di evolversi delle cose ha poi fatto la sua parte. Parla di aver avuto difficoltà a comunicare in modo funzionale il suo malessere utilizzando invece metodi poco costruttivi. Veniva a crearsi un circolo che, partendo da una comunicazione poco chiara e spesso aggressiva di imposizione delle proprie idee permetteva alla parte ricevente di reagire disfunzionalmente alzando un muro tra le parti. Quello che è cambiato è l'"approccio". Ricorda poi la reazione di forte rabbia dovuta al nuovo compagno della mamma post separazione in quanto credeva che questo limitasse il tempo disponibile per i figli. Questo iniziale approccio con il passare del tempo però muta quando l'utente comprende i bisogni materni. Condivide poi di aver reagito, anche in queste occasioni, con atteggiamenti impositivi e violenti per spiegare i suoi bisogni però fraintesi dalla mamma perché mal comunicati.



L'utente oggi riporta di essere molto contento che la mamma abbia un nuovo compagno se questo la fa felice. "Se una cosa la fa star bene lei deve farla 1000 volte. Se lei sta bene io sono tranquillo e anche lei è tranquilla".

L'utente riporta più volte di essere riuscito ad accettare e a prendere consapevolezza che risulta impossibile e non rivolto al volere bene cambiare l'altro ma è possibile accettare i nostri e gli altrui limiti smussando certi atteggiamenti. "Io capisco questo meccanismo e allora faccio in modo che.."  
"Io non sono rinato, non sono un'altra persona, ho smussato degli angoli e dei comportamenti. E' come un riscoprirsi" Importante contributo trasversale avuto dal percorso di sedute familiari è l'aver imparato a perdonare. L'utente impara a perdonare i membri della famiglia e, al contrario, questi imparano a perdonare lui per i fatti avvenuti. "Bisogna lasciare andare e ripartire da zero per cambiare e impegnarsi nel rapporto di adesso. Ritrovare il rapporto che avevo messo in stand-by e riprendere gli affetti dopo la malattia per godermeli".  
"Quando sei ragazzino dai delle colpe ai tuoi genitori per alcune cose che ti hanno fatto vivere e cresci arrabbiato. Quando poi cresci capisci che le colpe le hanno tutti e che alcuni comportamenti avuti dai tuoi genitori sono stati portati avanti per il tuo bene". Porta come esempio il suo percorso in Meridiana preceduto da un percorso di circa 5 mesi in una comunità per il trattamento delle dipendenze voluto e imposto dalla sua famiglia. Iniziale reazione di forte rabbia da parte dell'utente stesso che, solo dopo, capisce che la decisione presa dalla mamma era necessaria e l'unica possibile. Ricorda che in quel periodo il suo schema d'azione prevedeva il "non seguire le regole" facendo unicamente quello che desiderava. Il cambiamento in lui avviene quando decide di mettersi in gioco e provare dopo aver preso consapevolezza che il tipo di scelte fatte fino ad ora non gli avrebbero dato un futuro soddisfacente. "Ci si arrende e si prova". La sfiducia presente in quel periodo riguardava il sospetto verso i servizi che credeva inutili perché già lui da solo non era riuscito a cambiarsi. Il tutto era peggiorato dal fatto che l'utente non aveva in alcun modo intenzione di vivere per un periodo in comunità. Per l'utente, ad accompagnare il cambiamento è la crescita e la maturità raggiunta da tutti i fratelli che hanno permesso uno scambio comunicativo più "semplice" tra pari.

PAPA': l'utente parla di un'iniziale assenza di reale rapporto padre-figlio (poco contatto tra le parti) e verbalizza di non aver avuto voglia di relazionarsi con il papà dopo la separazione nel 2001 (l'utente ha 5 anni). Il papà ha cambiato spesso compagne. Le terapie familiari sono state utili nel "creare" un rapporto che prima risultava assente e disfunzionale. L'utente reputa che l'intervento familiare sia stato utile per rendersi conto che il papà possiede di per sé delle difficoltà di gestione di sé e dell'altro. "Il papà non è una persona cattiva; è anche buono, simpatico, intelligente, è bello parlarci ma non riesce a mantenere un confronto verbale". Spesso, nei due anni in cui i figli vivono con lui (2012-2014), il papà era violento e si attivava per piccolezze che però per lui valevano tanto. Non riuscendo a confrontarsi verbalmente utilizzava come mezzo di comunicazione la violenza. "Il papà ci vuole bene solo che non sa dimostrarlo". Il cambiamento del papà sta nell'impegno e nell'essere riuscito a mettersi in gioco. L'utente condivide di essere riuscito a diventare consapevole della propria modalità comune al padre di cercare poco spesso il contatto padre-figlio. La differenza con la mamma sta nella modalità di dimostrare affetto che con il papà è meno esplicita.

"Le cose che mi sono successe mi hanno fatto rendere conto che io non vorrei mai avere certi atteggiamenti subiti. Mi sono ripromesso che se io un giorno diventassi padre non picchiere mai mio figlio. Voglio bene a mio padre ma non sarei per mio figlio quello che lui è stato per me. Cercherei di essere migliore. Nel male ti formi" "Dopo l'uso di sostanze mi sono ripromesso che un mio eventuale figlio non dovrà mai assumere sostanze e io farò di tutto per impedirglielo raccontandogli della mia esperienza. È bello anche aiutare le persone per evitare che queste cadano sulle cose su cui sono caduto io. Quando ci passi vorresti che nessuno ci passasse, soprattutto le persone a cui vuoi bene. Non è facile ma si può aiutare a ragionare".

PAPA', FRATELLASTRO: per l'utente il papà, nella nuova esperienza di genitorialità è cresciuto e cambiato. Il nuovo rapporto padre-figlio è più solido perché, secondo lui, ha vissuto di più il figlio. Anche dopo la separazione dalla compagna il papà continua a crescerlo rimanendo molto presente. Il papà prende consapevolezza delle mancanze avute con i primi 3 figli e si dimostra migliore per l'ultimo. Per l'utente il papà ha avuto la possibilità di fare meglio con lui.

UTENTE, FRATELLASTRO: l'utente scopre del nuovo fratellastro quando il bambino ha già 3 anni reagendo alla notizia in maniera rabbiosa in quanto avvenimento tenuto nascosto e destabilizzante. L'utente ricorda che, quando i fratelli si sono trasferiti con il papà, il bambino abitava con la sua mamma a 50m da casa del papà e molto spesso, a causa del lavoro dell'ex compagna, si trasferiva in casa del papà dove però, essendo anche il papà spesso assente per lavoro, erano gli stessi fratelli a doverlo accudire. L'utente era a quel tempo adolescente e quindi con altri interessi e per questo poco propenso ad aiutare il padre nella gestione del nuovo fratello. "In quel periodo gli volevo bene ma lo odiavo perché dovevo crescerlo". Il rapporto era comunque non conflittuale. Ad oggi l'utente e il fratellastro si vedono meno ma il rapporto rimane positivo.

MAMMA E PAPA': si separano quando l'utente ha 5 anni principalmente perché il papà era violento nei confronti della mamma. Migliora la comunicazione tra i genitori sovrastata prima dall'astio tra i due. "Tempo prima non sarebbero rimasti nemmeno nella stessa stanza, poi hanno capito i propri errori e adesso, se c'è l'occasione, riescono anche a partecipare insieme ad eventi familiari come compleanni o feste. L'ultima volta a marzo, per il mio compleanno, ci siamo trovati tutti insieme. È stato piacevole".

UTENTE, MAMMA, FRATELLO E SORELLA: prima di star male il rapporto era ottimale; dopo l'esordio il bene è rimasto ma la difficoltà stava nel non rendersene conto perché autocentrato alla propria sopravvivenza e alla gestione del proprio malessere. Non essendo in grado di gestire nemmeno la propria persona risultava impossibile gestire un rapporto con l'altro. L'utente confida di essere stato pretenzioso nell'ottenere sempre quello che voleva non sopportando la frustrazione del limite imposto.

UTENTE, FRATELLO, SORELLA: non si separano mai in tutti i trasferimenti fatti. Vivono per 2 anni dal papà dopo aver vissuto per diverso tempo con mamma e nonna.

NONNA (mancata 5 mesi fa): l'utente conferma la rigidità della nonna e le difficoltà di comunicazione. "Lei voleva così e si faceva così". Miglioramento del rapporto successivo alle terapie familiari, durante i permessi, che l'utente ad oggi ricorda positivamente.

FRATELLO: sta meglio, si è diplomato quest'anno dopo varie bocciature e adesso sta lavorando. Lo scorso anno ha conseguito la patente di guida e ad oggi ha anche una propria auto. Il rapporto con la mamma è migliorato essendo riuscito a ridimensionare le sue difficoltà. Nel concetto di limite il fratello è migliorato "più di un pelo" "si è calmato" "era insistente, ti portava all'exasperazione, faceva i dispetti soprattutto con la mamma". Per l'utente il cambiamento è dovuto alle terapie familiari e al fatto che il fratello si stia realizzando nella vita scoprendo la sensazione di soddisfazione personale. Per l'utente il non riuscire a sopportare la frustrazione del limite era la modalità di azione disfunzionale dovuta ad una autorealizzazione assente e ad una bassa autostima.

UTENTE, FRATELLO: l'utente evidenzia un netto cambiamento nel loro rapporto e in particolare nella sua modalità di reazione ai comportamenti insistenti del fratello. Se un tempo reagiva in maniera violenta, impulsiva, insistente adesso "Non sono più violento in nessuna maniera possibile. Adesso per farmi arrabbiare ci vuole tanto tempo e tanto impegno. Non esplodo subito" e "reagisco alle sue pressioni allontanandomi".

SORELLA: sta completando l'università (scienze della formazione primaria). Sempre stata brava nello studio. Riporta che la sua modalità di esprimere l'affetto è più simile a quella del papà. "Non è una tipa da baci e abbracci ma te lo dimostra con delle piccole azioni/parole. Non è smielata ma mi ricorderò sempre che è stata la persona che, in ogni ricovero in psichiatria, mi veniva a trovare più spesso". "E' una tipa tosta, detta legge. Da bambini quando litigavamo mi mordeva".

SORELLA, MAMMA: rapporto sempre stato non violento. Le litigate erano sempre limitate al verbale.

*2) Cosa è cambiato a livello familiare nel passaggio dall'essere ospite in CTRP ad essere ospite in GAP?*

"Adesso il rapporto funziona, stiamo bene insieme, facciamo tante cose insieme".

Il cambiamento individuato sta nell'aver la possibilità di passare più tempo insieme con meno vincoli. In GAP i permessi sono concessi in weekend alternati. Si parte il sabato mattina e si rientra la domenica prima di cena. Oltre

ai permessi lunghi del weekend sono consentite uscite brevi casuali (es. bar, caffè offerto in GAP stesso, uscite per cena ecc.). Basta il permesso degli operatori e avvisare gli altri ospiti in struttura.

### *3) Quanto secondo te la famiglia influenza il percorso di recovery?*

“Tantissimo”. Le motivazioni sono associate al bisogno di sostegno. “L’importanza sta nell’essere consapevoli di non essere da solo; quando stai male è importante essere coscienti che esistono delle persone che ti vogliono bene e ti motivano”. L’utente condivide poi che l’utilità del sostegno familiare sta anche nella condizione di malattia che, soprattutto nelle fasi iniziali, ti impedisce di andare avanti con il percorso mosso da motivazione interna. L’utente verbalizza che, nei periodi peggiori, si lavora sul percorso per non deludere l’affetto della famiglia presente. “Quando stavo male volevo molto poco bene a me stesso, e in quel momento, quello che fai lo fai per le persone che ti vogliono bene. Se non hai queste non hai più un motivo per andare avanti o trovare questo motivo risulta molto più difficile. Se una persona non tiene a sé stessa ed è anche sola, non ha nessuno, sarà molto più difficile; si lascia andare.” Continua poi parlando dell’importanza della costruzione di un rapporto sano tra i membri della famiglia come fattore protettivo di malattia. “Come penso che per qualsiasi essere umano sia importante avere una famiglia che la sostenga, nel percorso di recovery la famiglia è doppiamente importante”.

“Dopo aver toccato il fondo, la luce in fondo al tunnel risiedeva nella consapevolezza che si vive anche per gli altri. Il sentirsi male per aver deluso sé stessi e la famiglia. La luce era fioca ma c’era. Ognuno credo abbia la sua. Non siamo da soli a fare il percorso. Viaggiamo con gli operatori, con la famiglia. Se facciamo una cosa giusta le persone gioiscono ma se facciamo qualcosa di negativo anche gli altri soffrono per noi. Prima della Meridiana sono caduto tante volte e le persone attorno a me non riuscivano più a vivere con me. Sono stato 3/4 anni a casa post esordio. Non è stato facile vivere il cambiamento che mi ha portato ad entrare in Meridiana. Non è utile guardare il passato per rimuginare su questo. Quando guardo il passato vedo positivo e negativo. Mi ricordo mio nonno; quando cresci e guardi indietro, la giovinezza ti sembra tutta felice e pensi che le cose andavano bene ed ero senza preoccupazioni. Presenti anche tanti rimpianti, rimorsi e scelte

sbagliate. Siamo quello che abbiamo passato ed è impossibile non imparare dal passato. Il passato è anche ieri. Vedere gli sbagli o le mancanze ed essere coscienti di questi ti permette di non ripetere più lo stesso errore". "In passato non avrei mai creduto di riuscire ad intraprendere un percorso evolutivo come quello che ho vissuto in questi anni. Ringrazio molto quindi gli operatori, i miei compagni di viaggio, la mia famiglia e i dottori che mi hanno avuto in carico per tutto l'aiuto che mi hanno dato. La strada da fare è ancora tanta ma parto speranzoso e sicuramente con una marcia in più".

## CONCLUSIONI

La letteratura evidenzia importanti studi, norme, linee guida, consigli di azione e modelli di trattamento per la famiglia. Il concetto di famiglia si dimostra sempre più ampio e sfaccettato ma rimane di fondo il comune denominatore legato all'affetto e alle significative relazioni. Si è liberi di reputare "famiglia" chiunque crediamo possa essere appropriato ad essere considerato tale. Alcuni aspetti legati all'attaccamento e alle figure di riferimento si dimostrano impattanti sull'armonioso sviluppo degli individui. Ad oggi i servizi potrebbero essere in grado di fornire interventi riservati alla famiglia. Siamo spesso in possesso di strumenti molto ben articolati e definiti ma le competenze e le risorse in molte realtà scarseggiano. La possibilità avuta di toccare con mano i progressi raggiunti dall'utente intervistato riesce a fornirci una verifica empirica dell'importanza di integrazione e cura della famiglia nella strutturazione di un percorso di recovery. Il cambiamento caratterizzante la famiglia dell'utente incentiva il benessere psicofisico, la soddisfazione e la sensazione di autoefficacia di ogni membro che ne fa parte. Il caos che prima produceva grida e scontri ad oggi produce una dolce melodia di note ben calibrate e definite. I membri si riscoprono e riescono a vedere in maniera più limpida le dinamiche. C'è chi si impegna ad essere migliore. Le offerte alla famiglia in psichiatria sono spesso limitate a causa di molteplici reali complicanze ma cominciare a ragionare ad un cambiamento di visioni può permettere di evolversi. Ragionamento dopo ragionamento sarà più semplice permettere alla mente professionale degli operatori di strutturare un pensiero che sia in grado di credere davvero che la formazione e l'applicazione di metodologie riabilitative coinvolgenti la famiglia possano permettere l'evoluzione concreta dell'utente in trattamento. La generalizzazione deve diventare fase basilare del progetto riabilitativo per permettere alle abilità apprese di non rimanere fini a se stesse. Gli utenti devono imparare ad applicare realmente quanto appreso trovandosi però davanti meno barriere e limitate dinamiche disfunzionali. Intervenire sulla famiglia si può e i cambiamenti possono con pazienza essere coltivati. La speranza nel futuro dei servizi risiede in questo.

## BIBLIOGRAFIA

1. Anonimo, "La *Psicoanalisi Multifamiliare - Dott. Narracci, Dott.ssa Tardugno*" 20/02/2015, disponibile su: <https://www.argo-onlus.it/wp-content/uploads/2015/06/Psicoanalisi-multifamiliare-Dott.-Narracci-Dott.ssa-Tardugno.pdf>
2. Antonio Onofri, Ludovica Bedeschi, Lucio D'Alessandris, Giuseppe Luci, "THE THERAPY OF BIPOLAR DISORDERS: EMDR AND COGNITIVE INDIVIDUAL, FAMILY-FOCUSED AND PSYCHOEDUCATIONAL GROUP INTERVENTIONS", disponibile su: [https://www.researchgate.net/publication/274760524\\_La\\_terapia\\_dei\\_disturbi\\_bipolari\\_EMDR\\_e\\_interventi\\_cognitivi\\_individuali\\_familiari\\_e\\_psicoeducazionali\\_di\\_gruppo](https://www.researchgate.net/publication/274760524_La_terapia_dei_disturbi_bipolari_EMDR_e_interventi_cognitivi_individuali_familiari_e_psicoeducazionali_di_gruppo)
3. Antonio Vita, Liliana Dell'Osso, Armida Mucci, "Manuale di Clinica e Riabilitazione Psichiatrica, dalle conoscenze teoriche alla pratica dei servizi di salute mentale" Volume 2 Riabilitazione Psichiatrica, Giovanni Fioriti Editore
4. Bollettino Ufficiale della Regione del Veneto, "Definizione modello organizzativo e gestionale dell'area salute mentale", disponibile su: <https://bur.regione.veneto.it/BurvServices/pubblica/DettaglioDgr.aspx?id=474970>
5. Borderline Personality Disorder Italia-Sito Italiano sul disturbo della Personalità Borderline, disponibile su: <https://borderline-italia.it/>
6. Brunella Gasperini per Psicologia 24 (il portale italiano di psicologia e neuroscienze), "C'era una volta la Famiglia" disponibile su: <https://www.psicologia24.it/2016/07/c-era-una-volta-la-famiglia/>
7. Cambridge University Press 1995, "Psychoeducational family intervention: the Italian experience", disponibile su: <https://www.cambridge.org/core/journals/epidemiology-and-psychiatric-sciences/article/psychoeducational-family-intervention-the-italian-experience/3E92B9FFCA72840F1DD982EA031AC62A>



8. Carlo Pinato, "Rilevanza del contesto familiare nel benessere psicologico degli adolescenti. Risultati da indagine Istat "Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari" (2012/2013)", Anno Accademico 2014/2015, disponibile su: [https://thesis.unipd.it/retrieve/08dccb94-aa97-4fb3-8d61-cb6d6d2ab151/Pinato\\_Carlo.pdf](https://thesis.unipd.it/retrieve/08dccb94-aa97-4fb3-8d61-cb6d6d2ab151/Pinato_Carlo.pdf)
9. Cristiana Sindici, "La famiglia come risorsa. Interventi dei centri di Salute Mentale con le famiglie ad alto carico", disponibile su: <https://www.persalutementale.altervista.org/files/01Famigliacomerisorsa.pdf>
10. Dott.ssa Serena Costa, psicologa dell'infanzia, "Modellaggio (Shaping): di cosa si tratta?", disponibile su: <https://www.serenacosta.it/casi-tratti-dalla-mia-esperienza/modellaggio-shaping-di-cosa-si-tratta.html>
11. Editoriale Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici, "Non sarai più solo. Il lavoro con le famiglie e i pazienti con disturbi mentali gravi in Italia", disponibile su: <https://www.nuovarassegnastudipsichiatrici.it/images/pdf/10/NRSP-Vol10-02-Editoriale.pdf>
12. Frattali, Rivista semestrale online gratuita di psicologia e psicoterapia sistemica al tempo della complessità, Anno 1, n.1 Novembre 2020, "UNO STRUMENTO PER CONOSCERE LA FAMIGLIA: IL GENOGRAMMA FAMILIARE.", disponibile su: <http://www.scuolamaraselvini.it/files/Frattali%20-%20DEF2%20pdf.pdf>
13. Giovanni Fioriti Editore, "Raccomandazioni di buone pratiche in riabilitazione psicosociale per adulti", disponibile su: <https://www.fioritieditore.com/prodotto/raccomandazioni-di-buone-pratiche-in-riabilitazione-psicosociale-per-adulti/>
14. GuidaPsicologi, "Lo scaffolding come strategia d'apprendimento", disponibile su: <https://www.guidapsicologi.it/articoli/strategie-dapprendimento-lo-scaffolding>
15. Il Portico cooperativa sociale, "Carta dei Servizi" anno 2020 disponibile su: [www.gruppopolis.it](http://www.gruppopolis.it)
16. Il Portico cooperativa sociale, "Carta dei Servizi La Meridiana Comunità Terapeutica Riabilitativa Protetta" anno 2022

17. Istituto A.T. BECK Terapia Cognitivo-Comportamentale, “Il legame di Attaccamento: concetti chiave”, disponibile su: <https://www.istitutobeck.com/psicoterapia-bambini/il-legame-di-attaccamento-concetti-chiave>
18. Marsha Linehan, “DBT Skills Training, Schede e fogli di lavoro”, Raffaello Cortina Editore 2015
19. Medicina Italia Number 3/09, “Le basi scientifiche dell’approccio bio-psico-sociale. Indicazione per l’acquisizione delle competenze mediche appropriate”, disponibile su: [https://www.regione.toscana.it/documents/10180/604297/3\\_2009.pdf/8c9307f5-9541-4a5b-b1bc-ec19e3bf4bbb](https://www.regione.toscana.it/documents/10180/604297/3_2009.pdf/8c9307f5-9541-4a5b-b1bc-ec19e3bf4bbb)
20. Ministero della Salute, “Definizione dei Percorsi di Cura da attivare nei Dipartimenti di Salute Mentale per i Disturbi Schizofrenici, i Disturbi dell’Umore e i Disturbi Gravi di Personalità”, disponibile su: [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2461\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2461_allegato.pdf)
21. Ministero della Salute, “Gli interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell’infanzia e dell’adolescenza”, disponibile su: [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2462\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2462_allegato.pdf)
22. Ministero della Salute, “Le Strutture Residenziali Psichiatriche”, disponibile su: [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2460\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2460_allegato.pdf)
23. Ministero della Salute, “Linee di indirizzo sui disturbi neuropsichiatrici neuropsichici dell’infanzia e della adolescenza”, disponibile su: [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pagineAree\\_5621\\_0\\_file.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_5621_0_file.pdf)
24. Ministero della Salute, “Piano di azioni nazionale per la salute mentale”, disponibile su: <https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=4430&area=salute%20mentale&menu=azioni>
25. myBlueBox, “Il disturbo psichico del genitore può essere trasmesso ai figli?”, disponibile su: <https://www.mybluebox.it/it/387/il-disturbo-psichico-del-genitore-puo-essere-trasmesso-ai-figli>

26. “Percorsi ODV” Associazione Regionale per la Tutela della Salute Mentale- Registro Nazionale Abruzzo per le Organizzazioni del volontariato Decr. N. 712/15-11-1996, “Illness Management and Recovery-Programma di gestione del disturbo e di Recupero”, disponibile su:

<https://www.percorsi.abruzzo.it/formazione-2/illness-management-and-recovery-programma-di-gestione-del-disturbo-e-di-recupero/>

27. POL.IT PSYCHIATRY online Italia (periodico mensile di informazione medico-scientifica), “Intervento psicoeducativo integrato in psichiatria”, disponibile su: <http://www.psychiatryonline.it/node/3993>

28. Presidenza del Consiglio dei Ministri, “Piano d’indirizzo per la Riabilitazione”, disponibile su: [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1546\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1546_allegato.pdf)

29. PRoMIND-Servizi per la Salute Mentale, “La famiglia nel processo di cura di un paziente psichiatrico: ostacolo o risorsa?” disponibile su: <https://www.servizisalutementale.com/post/la-famiglia-nel-processo-di-cura-di-un-paziente-psichiatrico-ostacolo-o-risorsa>

30. PSICHIATRIA OGGI, Fatti e opinioni dalla Lombardia. Organo della sezione regionale lombarda della società italiana di psichiatria (SIP-Lo) AnnoXXIX n. 2 luglio–dicembre 2016, Matteo Porcellana, Carla Morganti, Florinda Saverino, Tiziana Carigi, Giorgio Rossi, “ Coinvolgimento e interventi con familiari e carers di pazienti con disturbo borderline di personalità”, disponibile su: [https://www.psichiatriaoggi.it/wp-content/uploads/2016/12/PsichiatriaOggi\\_annoXXIX\\_n2\\_09\\_Porcellana\\_CoinvolgimentoFamiliare.pdf](https://www.psichiatriaoggi.it/wp-content/uploads/2016/12/PsichiatriaOggi_annoXXIX_n2_09_Porcellana_CoinvolgimentoFamiliare.pdf)

31. Psicoadvisor: La rivista di Scienze Psicologiche e Neurobiologia, Ana Maria Sepe, “Amiamo come siamo stati amati”, disponibile su: <https://psicoadvisor.com/amiamo-come-siamo-stati-amati-38551.html>

32. Psicoadvisor: La rivista di Scienze Psicologiche e Neurobiologia, Ana Maria Sepe, “Come una madre può compromettere la stabilità emotiva del figlio” disponibile su: <https://psicoadvisor.com/come-una-madre-puo-compromettere-la-stabilita-emotiva-del-figlio-39064.html>

33. PSICOANALISIE SOCIALE, "Andrea Narracci-psichiatra-membro ordinario della SPI", disponibile su: <https://www.psicoanalisiiesociale.it/andrea-narracci-psichiatra-membro-ordinario-della-spi/>
34. Psychomedia, Anna Maria Pandolfi, "Il rapporto con le famiglie", disponibile su: <https://www.psychomedia.it/pm/grpind/family/pandolfi.htm>
35. Quotidiano sanità.it, "Adozioni coppie omosessuali. Gli Ordini degli psicologi scrivono al ministro Roccella: "I genitori sono uguali, il danno è nello stigma"", disponibile su: [https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo\\_id=110960](https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=110960)
36. Rivista di psichiatria, "Stress genitoriale e psicopatologia in età evolutiva. Uno studio caso-controllo", disponibile su: <https://www.rivistadipsichiatria.it/archivio/2596/articoli/26726/>
37. Roberta Famulari, Lucia Fierro, Debora Parigi, Elga Rovito, Donatella Ussorio; Presentazione di Rita Roncone, Prefazione di Loredana Sasso e Annamaria Bagnasco, "Il Core Competence del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica", Alpes Italia I edizione, 2019
38. SIRP (Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale), "Società", disponibile su: <https://www.riabilitazionepsicosociale.it/societa/>
39. Sogni e Bisogni, condividere salute mentale a Bologna. Il Sito delle Associazioni per la Salute Mentale e del Dipartimento di Salute Mentale della AUSL di Bologna, disponibile su: <https://www.sogniebisogni.it/>
40. U.S. Department of Health and Human Services, SAMHSA, Center for Mental Health Services, 2010 Traduzione e adattamento a cura di Ileana Boggian, Bruna Mattioli, Silvia Merlin, Giovanni Soro – 2015 (SIRP Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale), "Illness Management and Recovery", disponibile su: <https://www.riabilitazionepsicosociale.it/wordpress/wp-content/uploads/2016/06/Illness-Management-and-Recovery-rev.-06-2016.pdf>

## ***Ringraziamenti***

Grazie,

Per ogni parola dolce, Per ogni gesto spontaneo d'affetto e Per quelli pensati.

Per ogni aiuto concreto che avete saputo darmi che non sarà mai soltanto semplice azione.

Per ogni riconciliazione che rompe ma poi ricostruisce nuove forme di legami per permetterti di sperimentarti in nuove sagome di affetto.

Per ogni litigio e per ogni abbandono sofferto, Per ogni persona che mi ha formata e trasformata in quello che sono adesso.

L'apprendimento parte dall'esperienza e sono così grata di aver incontrato ognuno di voi.

Per la passione che sento dentro, Per le energie, e Per le nuove esperienze che ci hanno permesso di crescere insieme.

Grazie Sara per il tuo buon cuore che ci hai sempre dimostrato di avere. Non dimentico la comprensione, la pazienza e il sostegno che mi hai dato fin dalla prima chiamata a distanza e che, passo dopo passo, si è sempre mantenuta per tutti e 3 gli anni trascorsi. Fiera di avere avuto la possibilità di essere accompagnata da te anche in questo progetto. Spero anche tu possa essere un po' fiera di tutte noi.

Un grazie forte a tutti gli utenti che ho conosciuto e avrò la fortuna di conoscere in questi futuri anni di lavoro. Siete fonte inesauribile di visioni alternative che mi plasmano e mi modellano ogni giorno.

Grazie Matteo per avermi permesso di scoprirti; sei stato arricchimento fondamentale del mio bagaglio professionale, personale e del mio progetto di tesi.

Rimane la nostalgia delle cose passate e l'eccitazione per il venire.

Il mio cuore è pieno di tutti voi.