

CAMBIA-MENTI

Rivista dell'Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata



**Approccio sistemico
e Psicologia di Comunità**

volume 3/2013

Direttore Responsabile

Antonio Restori

Direttore Scientifico

Mirco Moroni

Coordinamento redazionale

Barbara Branchi, Valentina Nucera, Monica Premoli, Alessia Ravasini

Redazione

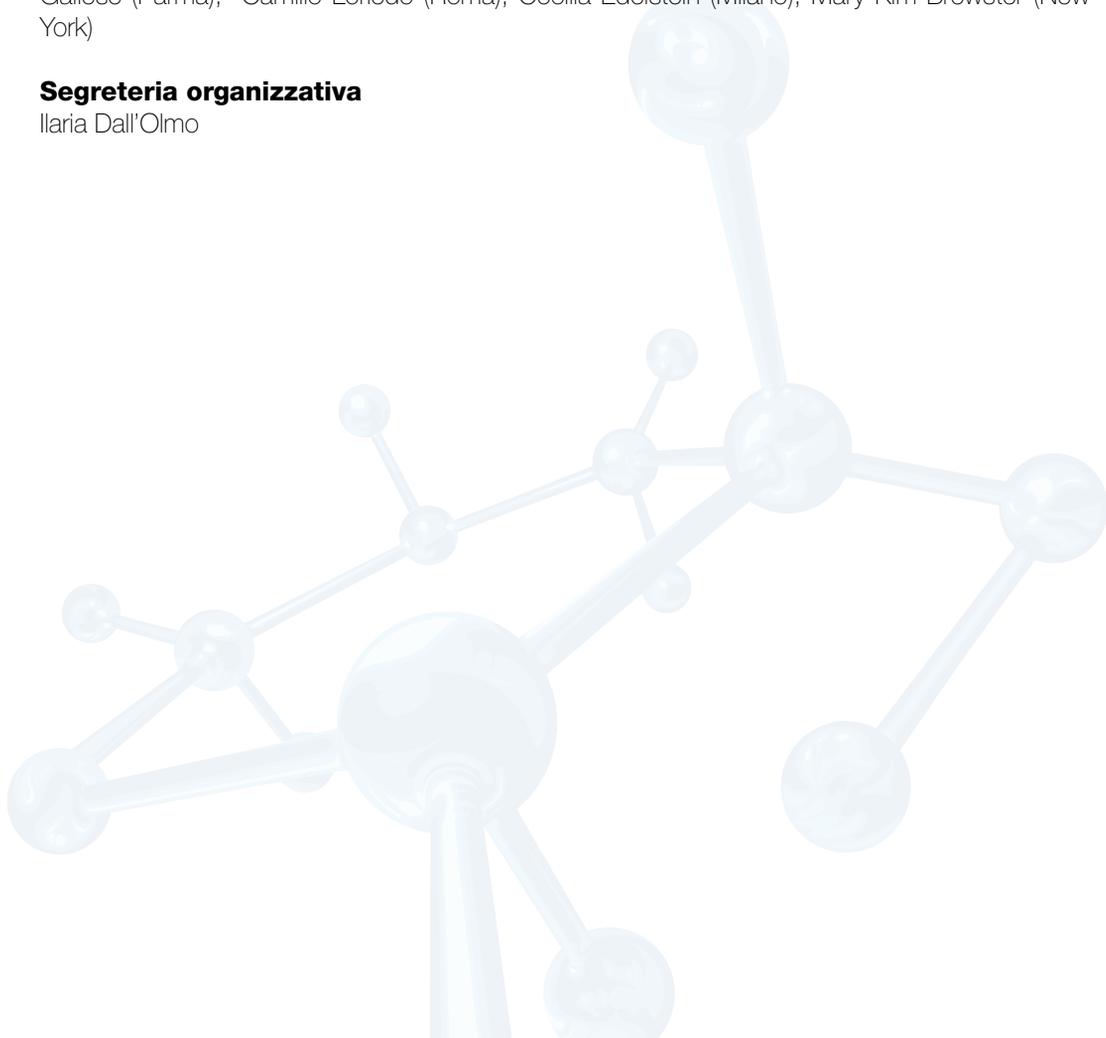
Alberto Cortesi, Fabio Sbattella, Gabriele Moi, Paola Ravasenga, Gianfranco Bruschi, Nadia Locatelli, Fabiana D'Elia, Elisabetta Magnani, Stefania Pellegrini, Valeria Lo Nardo, Paolo Persia

Comitato Scientifico

Marco Bianciardi (Torino), Paolo Bertrando (Milano), Umberta Telfener (Roma), Gabriela Gaspari (Lecco), Pietro Pellegrini (Parma), Gwyn Daniel (Londra), Vincent Kenny (Dublino), Valeria Ugazio (Milano), Giovanni Liotti (Roma), Giacomo Rizzolatti (Parma), Lucia Giustina (Novara), Vittorio Gallese (Parma), Camillo Loredano (Roma), Cecilia Edelstein (Milano), Mary Kim Brewster (New York)

Segreteria organizzativa

Ilaria Dall'Olmo



Indice

- pag. 05 | **Trasformazioni della famiglia di fronte alla malattia cronica: resilienza e sistemi di credenze.**
Gabriele Moi
- pag. 09 | **Interventi Sistemici e Sistemi di Intervento praticati in un Servizio per Minori.**
Alberto Cortesi
- pag. 21 | **Famiglie e servizi si incontrano.**
De Masi Maria Stella
- pag. 33 | **L'approccio sistemico nel Servizio Pubblico: analisi di un caso clinico.**
Rita Ferrari
- pag. 47 | **La sistemica nei servizi di salute mentale: fenomenologia del SPDC di Parma.**
Filippi Federico, Panella Silvia, Torsello Andrea
- pag. 59 | **La continuità di cura di una famiglia multiproblematica attraverso una nuova modalità di collaborazione tra servizi.**
 Davide Caravaggi
- pag. 67 | **Parliamo Sistemico: un ascolto possibile in RSA.**
Eleonora De Ranieri
- pag. 81 | **Quando le storie si incontrano... Parent training di gruppo nell'autismo: dal genitore competente alla comunità consapevole.**
Francesca Capelli



Trasformazioni della famiglia di fronte alla malattia cronica: resilienza e sistemi di credenze

Gabriele Moi¹

Sommario

Il modello sistemico della malattia si focalizza su un orientamento biopsicosociale, centrato sulla famiglia, basato sulla resilienza e focalizzato sullo sviluppo (familiare, individuale e della malattia cronica). Una famiglia per essere funzionale deve riuscire a bilanciare le proprie risorse e le vulnerabilità, in relazione alle richieste psicosociali imposte dalla malattia nel corso del tempo. Per far sì che una famiglia riesca a fronteggiare la patologia, è necessario analizzare il funzionamento familiare in termini di credenze, organizzazione, comunicazione; è importante comprendere il significato psicosociale della malattia, e comprendere i processi di sviluppo ad essa connessi. In quest'ottica è importante analizzare il concetto di cordoglio anticipatorio.

Parole chiave:

Resilienza, malattia cronica, sistemi di credenze, cordoglio anticipatorio, prospettiva multi-generazionale.

Abstract

The systemic model of the disease focuses on a biopsychosocial orientation, family-centered, based on the resilience and focused on development (family, individual and chronic disease). A family to be functional must be able to balance their resources and vulnerability in relation to psychosocial demands imposed by the disease over time.

To ensure that a family is able to cope with the disease, it is necessary to analyze the functioning of the family in terms of beliefs, organization, communication, it is important to understand the significance of psychosocial illness, and understand the development processes related to it. In this context it is important to analyze the concept of anticipatory loss.

Key words:

Resilience, chronic illness, belief systems, anticipatory loss, multigenerational perspective.

¹Didatta IDIPSI - Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrataata

Quando all'interno di una famiglia si presenta una malattia cronica o una disabilità, bisogna che il nucleo familiare acquisisca delle specifiche competenze, utili e necessarie per fronteggiare quello che in psicologia viene considerato "l'ospite non invitato" (Rolland, 1994, 2011).

L'impatto della malattia cronica con la famiglia è particolarmente importante perché può provocarvi processi di blocco evolutivo che, allora, hanno ripercussioni negativamente collusive con la malattia stessa, oppure, al contrario, può attivarvi risorse, spesso imprevedute, che possono essere positivamente messe in circolo (Onnis, 2002). Di particolare importanza, è cercare di tenere la patologia al di fuori delle relazioni familiari, e fare il possibile per rafforzare la famiglia.

Un concetto di fondamentale importanza per fronteggiare una malattia cronica o un disabilità, è quello della resilienza, cioè la capacità di resistere e reagire di fronte a eventi particolarmente stressanti, e di uscirne rafforzati, con nuove risorse da mettere in campo.

Proprio per questo motivo viene usata la metafora della palla che deve "rimbalzare in avanti" e non semplicemente "rimbalzare". La sfida che la famiglia si trova a fronteggiare è, dunque, adattarsi alle nuove condizioni richieste dalla malattia e creare un nuovo modello di normalità.

La malattia e la famiglia sono reciprocamente influenzate: la famiglia è una risorsa fondamentale e un alleato nella cura della malattia; la malattia e il suo decorso possono influenzare le relazioni all'interno del nucleo familiare.

Il modello sistemico della malattia si focalizza su un orientamento biopsicosociale, centrato sulla famiglia, basato sulla resilien-

za e focalizzato sullo sviluppo (familiare, individuale e della malattia cronica).

Una famiglia per essere funzionale deve riuscire a bilanciare le proprie risorse e le vulnerabilità, in relazione alle richieste psicosociali imposte dalla malattia nel corso del tempo.

Per far sì che una famiglia riesca a fronteggiare la patologia, è necessario analizzare il funzionamento familiare in termini di credenze, organizzazione, comunicazione; è importante comprendere il significato psicosociale della malattia, e comprendere i processi di sviluppo ad essa connessi.

In quest'ottica è importante analizzare il concetto di cordoglio anticipatorio (Rolland, 2004): con questo termine si intende la capacità di vivere e fare esperienze a dispetto di una possibile, probabile o inevitabile perdita; una famiglia, quindi, dovrebbe essere in grado di riconoscere possibili o inevitabili perdite future, trovare un senso al di là del mero decorso biologico, alimentare la speranza, garantire la flessibilità nella pianificazione, adattare e mantenere gli obiettivi fondamentali, trovare un equilibrio tra comunicazioni aperte, la possibilità di pianificare in maniera proattiva, e la necessità di vivere una vita "normale", e quindi tenere la minaccia della malattia nella giusta prospettiva.

Affinchè la malattia sia elaborata in maniera funzionale, la famiglia deve assolvere dei compiti evolutivi come: comprendere la famiglia in termini sistemici, elaborare la malattia in termini psicosociali (emozioni associate, sviluppo della patologia), riorganizzarsi a seguito dell'evento critico, promuovere le competenze e la possibilità di farsi carico della situazione familiare, definire la sfida usando il pronome "NOI", accettare la stabilità o il disordine, riconoscere la possi-

bilità di altre possibili perdite mentre si continua ad alimentare la speranza, rispondere in modo flessibile alle richieste poste dalla patologia, imparare a convivere con i sintomi, adattarsi alle cure e agli ambienti medici, stabilire una relazione collaborativa e funzionale con i professionisti della cura.

Una comunicazione adeguata, ha un ruolo fondamentale nell'elaborazione della malattia e della sofferenza: infatti, se non si comunica o se non si ha la possibilità di farlo, si può andare incontro ad isolamento, ansia e depressione in tutti i membri della famiglia.

Anche i bambini devono essere informati con modalità adeguate alla loro età, con un approccio graduale e, per quanto possibile, non traumatico.

Un altro compito che una famiglia dovrebbe acquisire, è quello di massimizzare l'autonomia di tutti i suoi componenti, per quanto le limitazioni imposte dalla condizione di malattia lo possano permettere, cercando di minimizzare la devianza nelle relazioni.

Per avere dei confini familiari "sani", è importante che la malattia non divenga l'elemento centrale in una relazione e quindi le energie dovrebbero essere canalizzate per "tenere la malattia al suo posto". Per far questo è auspicabile prevedere del tempo per discutere di questioni legate alla malattia e creare delle "zone franche" in casa, dalle quali, per quanto possibile, tenere fuori la malattia.

Per quanto riguarda i compiti evolutivi della fase terminale, bisogna portare a termine il processo di "cordoglio anticipatorio", cercando di portare a termine le questioni familiari irrisolte, supportare il familiare malato terminale, aiutare sia il malato terminale che gli altri membri della famiglia a vivere pienamente il tempo rimasto, dare avvio al processo di riorganizzazione della famiglia.

Nella prospettiva multigenerazionale di sviluppo, i concetti chiave sono: lo sviluppo individuale e familiare, le esperienze multigenerazionali di malattia e perdita, incluse esperienze di resilienza, il timing, e l'impatto sulla pianificazione futura del ciclo di vita familiare e individuale.

Molto importante può essere l'analisi del passato di una famiglia, come ad esempio individuare eventi passati come: malattie e perdite, crisi e avversità (povertà, divorzio, violenza): queste forniscono informazioni sulla capacità di resilienza della famiglia, ma tuttavia può non essere indice della presenza di risorse nel presente.

In queste situazioni familiari è importante ottenere una visione integrata della malattia, occorre comprendere la fase di sviluppo familiare ed individuale di ciascun membro, nonché indagare il rapporto reciproco tra tali elementi, al fine di organizzare il pensiero riguardo i rischi, ed i compiti evolutivi da portare a termine nel corso del tempo.

La famiglia quindi deve essere in grado di trovare un senso all'esperienza della malattia e di promuovere la competenza ed il controllo.

Un altro importante aspetto collegato all'elaborazione della patologia è il sistema delle credenze, cioè le credenze collegate ad una malattia e le credenze attivate da una malattia.

Comunque possiamo affermare che le credenze familiari fondamentali sono: normalità, relazione mente-corpo, controllo e padronanza, causa della malattia, decorso e prognosi, credenze etniche e culturali, spiritualità, e comunicazione.

Le credenze riguardo alla normalità sono suddivise in capacità di coping e adattamento "nella media", capacità di coping e adattamento "ottimali", interazione psicoso-

matica.

Le credenze riguardo la relazione mente-corpo sono suddivise in credenze culturali di base, credenze riguardo il ruolo della mente nel processo di guarigione, credenze riguardo il ruolo dei fattori psicosociali, incluse le dinamiche familiari, nell'andamento della malattia.

Le credenze riguardo il controllo e la padronanza si dividono in locus of control interno, o esterno (altre persone, il fato), ruolo della forza di volontà, eventi biologici e non biologici, malattia in generale, o specifica (es. cancro).

Le credenze riguardo la causa della malattia sono: punizione o peccato, colpevolizzazione di sé, di un membro della famiglia o della famiglia nel suo complesso, legame genetico con uno dei genitori, ingiustizia "perchè proprio a me?", sfortunata.

Le credenze riguardo la diagnosi e la prognosi della malattia sono: la partecipazione flessibile nel corso del tempo "faremo tutto il possibile per gestire questa malattia", tentativo di controllo dei meccanismi biologici "dobbiamo sconfiggere la malattia!", "guarigione" di sé e del sistema vs cura della malattia.

Le credenze etniche e culturali si possono individuare nel: controllo, nel ruolo di malato "appropriato", nella tipologia e livello della comunicazione, in chi fa parte del sistema di cura, nei rituali normativi circa la malattia (es. funerale).

I sistemi di credenze dei professionisti sono identificabili nelle credenze personali e cul-

turali, nelle credenze professionali (medicina, scienze sociali, psicologia), nelle credenze istituzionali (ospedale, riabilitazione, cure palliative).

In quell'intreccio di coinvolgimenti che si crea intorno alla malattia somatica e psicosomatica cronica, entra sempre un'altra componente essenziale: quella rappresentata dall'insieme dei curanti, dalle figure professionali che, a qualsiasi titolo, intervengono sulla malattia, i cui modelli culturali di riferimento e gli atti che ne conseguono, hanno inevitabili influenze sulla realtà in cui operano (Onnis, 2002).

Bibliografia

- Onnis, L. Famiglia e malattia cronica. Un approccio sistemico integrato ispirato all'ottica della complessità. In: Mariotti, M.; Cigoli V. Il medico, la famiglia e la comunità. L'approccio biopsicosociale alla salute e alla malattia. Franco Angeli, Milano, 2002.
- Rolland, J. (1994). Families, Illness, & Disability: An Integrative Treatment Model . New York: Basic Books.
- Rolland, J.S. (2011). Mastering Family Challenges: Coping with Serious Illness and Disability. In F. Walsh (Ed.) Normal Family Processes . 4th Edition. New York: Guilford.
- Rolland, J.S. (2004). Helping families with anticipatory loss and terminal illness. In Walsh, F., and McGoldrick, M. (Eds.) Living beyond loss: Death in the family (2nd ed.) New York: Norton.
- Rolland, J.S. & Walsh, F.W. (2005). Systemic training for healthcare professionals: The Chicago Center for Family Health Approach. Family Process vol 44, no 3, 283 - 301.
- Rolland, J. & Williams, J. (2005). Toward a biopsychosocial model for 21st century genetics. Family Process , 44(1), 3-24.

Interventi Sistemici e Sistemi di Intervento praticati in un Servizio per Minori

Alberto Cortesi²

Sommario

L'obiettivo di questo scritto è di rappresentare i percorsi mentali ed emozionali attraverso i quali uno psicologo di orientamento sistemico ha definito il proprio modo di operare, tra insidie e opportunità, all'interno del servizio (U.O.) N.P.I.A (Neuropsichiatria Psicologia Infanzia Adolescenza) di una Azienda Sanitaria Locale (A.U.S.L) della regione Emilia Romagna. Saranno descritti l'articolazione del contesto professionale, i bisogni/domande espresse dagli utenti e le risposte che sono state individuate, in particolare i Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (P.D.T.A.), gli Interventi Sistemici e i Sistemi di Intervento.

Parole chiave:

Contesto professionale, sistemi sovraordinati, sistemi subordinati, Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (P.D.T.A), Interventi Sistemici, Sistemi di Intervento

Abstract

The objective of this issue is to represent the mental and emotional paths which cross a systemic orientation psychologist defines the way it operates, including pitfalls and opportunities within the service N.P.I.A. (Childhood Adolescence Psychiatry Psychology) of the Health System Emilia Romagna. Will be described the articulation of the professional environment, the needs/demands expressed by the users and the answers that have been identified, in particular those relating to the Diagnostic Therapeutic Care Paths (P.D.T.A.), the Systemic Interventions Systemics and the Intervention Systems.

Key words:

Professional context, higher-level systems, subordinate systems, Diagnostic Therapeutic Care Paths (PDTA), Systemic Interventions, Intervention Systems

²Didatta IDIPSI - Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrataata

IL CONTESTO PROFESSIONALE

Il contesto professionale dello scrivente si inserisce all'interno del Servizio Sanitario Nazionale che ha la mission di tutelare la salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività nel rispetto della dignità e della libertà della persona (art. 1 decreto legislativo n. 229 del 19 giugno '99).

La Regione è delegata a realizzare questa mission attraverso i Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche presenti in ogni Azienda Sanitaria Locale, così come definito dalle linee guida regionali per la redazione dell'atto aziendale (delibere 86/2006 e 2011/2007).

I Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche sono articolati in un sistema di servizi integrato che comprende la psichiatria adulti, la neuropsichiatria infantile e le dipendenze patologiche; si occupano di prevenzione, promozione, cura e riabilitazione.

Nell'ambito del settore N.P.I.A devono soddisfare i Livelli Essenziali di Assistenza (DPCM 29/11/2001, DPCM 16/4/2002) che si identificano nell'effettuazione di prestazioni diagnostiche e terapeutiche a minori affetti da disturbi comportamentali o da patologie di interesse neuropsichiatrico.

Chiavi di lettura del contesto professionale

Utilizzando la chiave di lettura di Parsons (1950) potremmo rappresentare il contesto professionale dello psicologo attraverso alcune unità di analisi (psicologo, AUSL, Regione e Stato) sotto schematizzate.



La struttura della società può essere rappresentata attraverso un insieme circocentrico di sistemi organizzati in modo gerarchico ove quelli superiori (cerchi più esterni) indirizzano e controllano quelli inferiori (cerchi più interni).

Come osserva Buckley (1967) «Un insieme organizzato di elementi implica che vi siano dei vincoli che operano tra gli elementi in modo tale che prevalgano fra loro certe interrelazioni, e non altre». Peraltro, Ashby (1962) ritiene che si ha organizzazione solo quando la relazione tra due entità è vincolata da una terza.

Portando alle estreme conseguenze questi tipi di visioni, l'operatore dovrebbe agire all'interno di tale contesto in modo del tutto prevedibile e quindi all'interno di una logica omeostatica in modo da confermare e perpetrare i sistemi a lui sovraordinati.

Come sostiene Telfener (2011) «Un punto di vista ingenuo considera l'organizzazione come un macchinario caratterizzato da automatismi e meccanismi ripetitivi per cui la si immagina statica, costante nel tempo, regolata dall'ordine, tendente a rimanere uguale, o una forte adesione al compito prefissato».

Soltanto nel caso in cui i sistemi sovraordinati si strutturassero in modo efficace, al punto da prevedere ed organizzare in modo ottimale il funzionamento di quelli subordinati, l'azione del singolo potrebbe assolvere le richieste del livello sistemico superiore e nel contempo metterlo in condizione di agire con soddisfazione.

Naturalmente questo contesto ideale difficilmente si realizza lasciando spazio, almeno in qualche epoca della vita professionale di un operatore, all'insoddisfazione, delusione, stanchezza o, ancora di

più, a disagi professionali come burnout, mobbing, assenteismo...



L'iconografia filmica, che ritrae Charlie Chaplin addetto ad una catena di montaggio, ben rappresenta la dimensione alienante dell'attività lavorativa generata dai sistemi a lui sovraordinati.

Luhman (1990) propone una chiave di lettura alternativa a quella di Parsons: esclude l'esistenza di sistemi sovraordinati e concepisce la realtà sociale come un intreccio di relazioni fra sistema e ambiente come un gioco aperto a un campo infinito di possibilità nella quale i sistemi sociali esistono solamente in uno scambio di significato linguistico.

Nella teoria di Parsons l'enfasi è posta sul potere e sul controllo, mentre in Luhman sull'azione collaborativa e discorsiva.

All'interno di una cornice concettuale come quella di Luhman, l'azione dell'operatore fuoriesce dagli schemi consolidati dall'alto a favore di quelli che partono dal basso ovvero dall'iniziativa personale; in altre parole, l'operatore diviene protagonista, ma anche responsabile della realtà che costruisce.

Telfener (2011) si aggancia a questa visione affermando: «Un punto di vista alternativo considera ogni organizzazione come un insieme aperto di parti correlate tra loro emergenti dalle necessità di condividere credenze, relazioni e azioni interconnesse e complementari oltre a emozioni e vissuti».

Interazione tra operatore e contesto

Chi opera in contesti così complessi può sperimentare vissuti emozionali assai variegati: dagli estremi di chi crede nel proprio impegno, e magari ha dato un taglio idiosincratico alla propria attività, a chi, deluso, ha scelto di abbandonare il campo, a chi ha assunto una posizione intermedia ad es. rimanendo al proprio posto con scarsa soddisfazione.

L'operatore che agisce all'interno della prospettiva di Parsons adotta una modalità operativa che tenderà a riprodurre quanto gli è proposto dall'alto, rinunciando o limitando l'iniziativa personale e gli atti creativi, coerentemente alla percezione di essere immerso in un contesto omeostatico che riduce significativamente i gradi di libertà.

Al contrario, nella prospettiva di Luhman l'operatore agisce in modo creativo, se necessario con irriverenza e con un potenziale trasformativo del proprio contesto professionale in sintonia con quanto affermano Cecchin, Lane e Ray (1993) «Non conformandosi, ma facendo uso della sua creatività e della sua flessibilità allo scopo di costruire un contesto di lavoro significativo, il terapeuta può ricorrere all'irriverenza per aiutare le istituzioni ad essere meno rigide, meno oppressive o anche, forse, ad avviare un processo di autodissoluzione».

	Prospettiva di Parsons	Prospettiva di Luhman
Modalità operativa	Riproduttiva	Creativa
Contesto professionale	Omeostatico	Trasformativo

E' più probabile che lungo questo continuum di prospettive siano le posizioni estreme a comportare maggiori difficoltà: chi trascura sé stesso come risorsa (nella prospettiva di Parsons) potrebbe sperimentare i disagi

professionali sopra descritti (burnout ecc.), chi trascura i limiti imposti dal contesto (nella prospettiva di Luhman) potrebbe sperimentare conflitti con i livelli organizzativi superiori.

Ogni operatore tende a collocarsi all'interno di un continuum compreso tra le polarità rappresentate da queste due prospettive; questo posizionamento può variare nel tempo e nei contesti affrontati.

Queste due prospettive sono da intendersi complementari, piuttosto che alternative, dando così cittadinanza sia alla dimensione della stabilità (omeostasi) che a quella del cambiamento; ciò in sintonia con la teoria dei livelli multipli di significato (Cronen, Johnsonn, Lannamann, 1982) che argomenta come non vi sia contrasto o separazione tra i vari livelli di comunicazione; in effetti, si potrebbe ricondurre l'argomentazione di Parsons alla forza contestuale del livello superiore che definisce il livello inferiore e quella di Luhman alla forza implicativa del livello inferiore che, talvolta, può cambiare il livello superiore.

I paragrafi successivi cercheranno di descrivere una tra le possibili prospettive professionali che, all'interno dei gradi libertà disponibili, è stata adottata dallo scrivente psicologo.

LO PSICOLOGO N.P.I.A. TRA DIFFERENTI PROSPETTIVE OPERATIVE

Lo stato, attraverso i L.E.A. come già esplicitato precedentemente, attribuisce, a chi occupa un ruolo come quello dello scrivente, il mandato di occuparsi della salute mentale dei minori residenti nel territorio di competenza effettuando prestazioni diagnostiche e terapeutiche ai soggetti affetti da disturbi comportamentali o da problematiche di in-

teresse psicologico.

Il mandato è particolarmente ampio e diviene ragionevole poterlo confinare entro limiti realistici.

La Regione finora non si è fatta carico di ciò e si è limitata a definire l'indirizzo applicativo dei L.E.A. individuando gli ambiti di impegno prioritario che per lo psicologo N.P.I.A. sono:

- le valutazioni psicodiagnostiche;
- la presa in carico dei minori con handicap (legge 104/92);
- la presa in carico dei minori con disturbi alimentari;
- la tutela minori.

Ha implicitamente delegato ai livelli subordinati l'onere di individuare le aree di intervento da contenere o tralasciare.

I livelli intermedi (AUSL o responsabile del Dipartimento di Salute Mentale) si sono limitati a delegare ad altro Servizio la tutela dei minori ed hanno lasciato al livello più subordinato la responsabilità di effettuare scelte idiosincratice che comportano inevitabilmente offerte di servizi disomogenei nei diversi ambiti territoriali.

In questo modo si sono delineati due ambiti di intervento:

1) Quelli in cui *"i problemi sono determinati (individuati) dal sistema"*: è il sistema sovraordinato (la Regione, lo Stato), in sintonia con la prospettiva di Parsons, che definisce i problemi e le modalità di fronteggiamento; basta pensare alle valutazioni finalizzate a rilevare l'esistenza dei presupposti della legge 104/92, che attribuisce l'insegnante di sostegno scolastico oppure della legge 170/10, relativa ai disturbi specifici di apprendimento, che concede all'alunno la fruizione di misure compensative e dispensative.

XXXXXXXXXXXX	Problema	Soluzione
Legge 104/92	Handicap	Insegnante di sostegno
	Difficoltà di apprendimento	Misure compensative e dispensative

Quelli in cui “i sistemi sono determinati dal problema” (Anderson, Goolishan, Winderman, 1992).

Per es. arriva al servizio N.P.I.A. la richiesta di una mamma di valutare il figlio che, come riferiscono gli insegnanti, si comporta male a scuola. In questo caso il sistema di riferimento definito dal problema potrebbe essere costituito dallo psicologo, dagli insegnanti, dal bambino e dalla sua famiglia.

Il prendersi cura di questo problema non è definito a livello dei sistemi sovraordinati, bensì nella condivisione linguistica, in questo caso tra scuola e famiglia, che individua il sistema che se ne deve occupare.

I genitori si rivolgono allo psicologo senza condividere le ragioni della scuola.

La motivazione che ha attivato i genitori non pare essere quella di aiutare il figlio, che ritengono non abbia problemi, ma di contrastare la definizione della scuola (“Il bambino è problematico perché si comporta male”), tentando di stabilire una “coalizione” (Minuchin, 1974) con lo psicologo.

Con queste premesse lo psicologo, se accettasse di occuparsi di questa situazione, entrerebbe a far parte di questo sistema non per soddisfare la richiesta, mancante, di aiutare il bambino, ma coalizzandosi, a prescindere dalla propria volontà, con una delle due parti a detrimento dell'altra; in effetti, se confermasse che il bambino è problematico darebbe ragione agli insegnanti e torto ai genitori, se non confermasse da-

rebbe ragione ai genitori e torto agli insegnanti; in ogni modo si cristallizzerebbe la tensione scuola- famiglia a detrimento del figlio-alunno.

Problema/ Sistemi	Scuola- famiglia	Scuola- famiglia- psicologo
Condivisione	Alleanza	Alleanza
Mancanza di condivisione	Contrasto	Coalizione

Sta allo psicologo decidere se accettare di entrare a far parte del sistema definito dal problema oppure se tentare di ridefinire il problema con i genitori (ad es. che i genitori, per quanto non ritengano il figlio problematico, sono preoccupati per quanto gli insegnanti riferiscono) o con questi e gli insegnanti (ad es. promuovendo un incontro con loro).

Occorre, in altre parole, essere in grado di saper leggere i contesti «Ogni domanda ha una sua storia, ogni intervento non è uguale ad un altro. La stessa domanda fatta alla stessa istituzione può acquisire significati e prassi diverse in base agli attori che vi partecipano. Non ci sono prassi universali e predefinite» (Telfener, 2011).

Lo psicologo è posto nella condizione di assumersi la responsabilità di tradurre il mandato in modalità operative; in altre parole, è sollecitato ad effettuare scelte eticamente rilevanti (Telfener, 2012) nella consapevolezza di far parte dei processi costitutivi della realtà clinica e quindi di essere interdipendente con i sistemi con cui entra in relazione.

I vissuti emozionali di chi, come lo scrivente, deve occuparsi dei problemi e relative prassi routinarie individuati dai sistemi sovraordinati, sono spesso caratterizzati dalla noia. E' ciò che spesso accade ad es. in relazione al fronteggiamento di contesti operativi

riferiti all'applicazione della legge 104/92. Al contrario, chi sperimenta gradi di libertà nel modo in cui entra nel sistema determinato dal problema, ovvero può mettersi in gioco in modo creativo e/o non scontato, può vivere dimensioni emozionali di attivazione, interesse, gratificazione, ma anche fatica, incertezza e contrasto.

Fruggeri (1992), in sintonia con quanto appena espresso, sottolinea come *«Le emozioni del terapeuta sono indicatori della relazione col paziente (sistema) in quanto costituiscono degli indicatori di come il terapeuta stesso partecipa attraverso i propri sistemi di valutazione alla costruzione del processo interattivo con i membri della famiglia»*.

Il Sistema Sanitario Nazionale sembra aver colto i limiti di un'organizzazione centrata sui singoli Servizi (chiamati U.O., Unità Operative), storicamente proliferati nel numero e progressivamente specializzatisi, ma che agiscono spesso in modo frammentato e per questo non propriamente efficace.

Questo limite si evidenzia soprattutto in riferimento a quelle patologie/problematiche che non possono essere affrontate in modo esaustivo o efficace all'interno di singole U.O., per quanto competenti possano essere.

Basta pensare ai disturbi alimentari, che per eccellenza compenetrano componenti biologiche e psichiche, oppure ai disagi psicosociali, ove la distinzione tra dinamiche sociali e psicologiche è molto sottile, o ancora

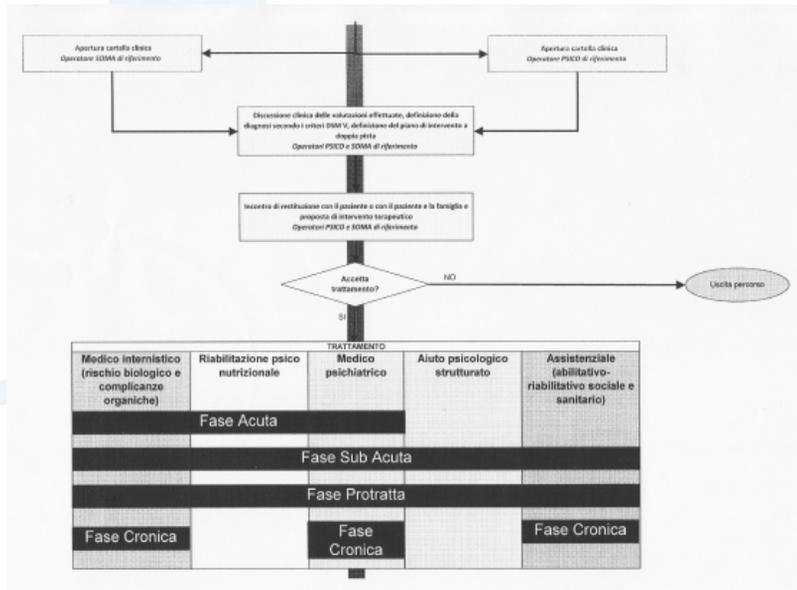
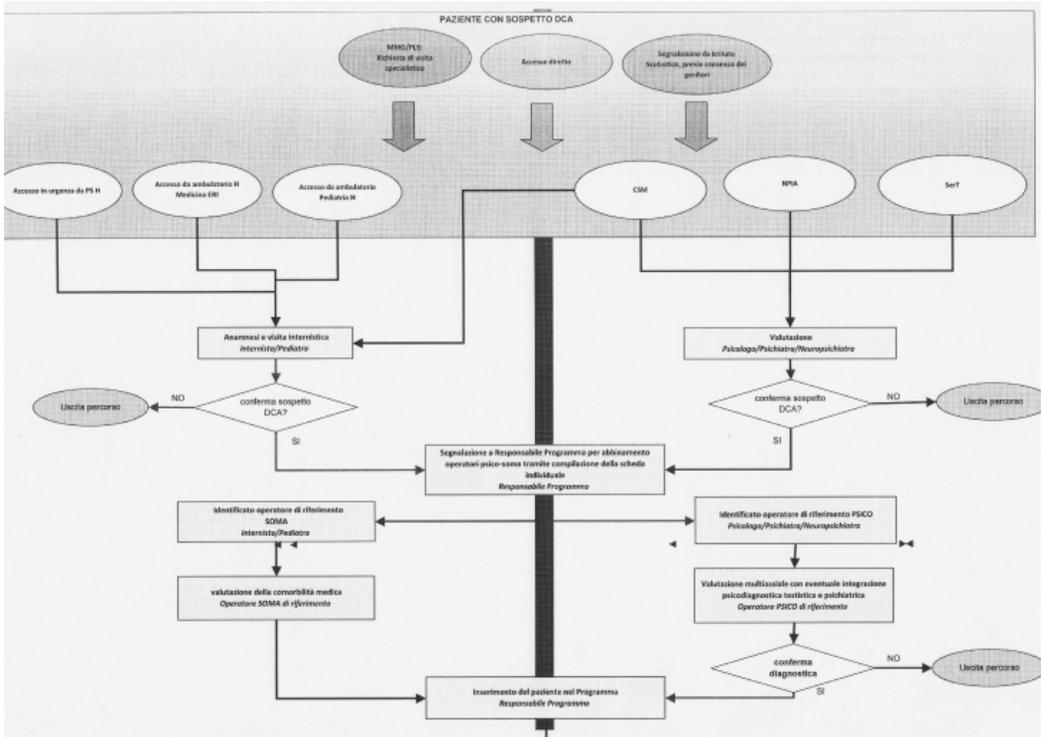
al soggetto autistico la cui presa in carico, al raggiungimento della maggiore età, è tradizionalmente caratterizzata da una marcata discontinuità tra servizi dell'età evolutiva e degli adulti.

Per ovviare a questi limiti, il Sistema Sanitario sta introducendo modelli organizzativi che spostano il baricentro dalle U.O., tradizionalmente operanti con la logica del *problema determinato dal sistema*, ai P.D.T.A. (Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali), che operano con la logica del *sistema determinato dal problema*.

I P.D.T.A. consistono in percorsi integrati, agiti da U.O., di natura diagnostica, terapeutica ed assistenziale volti ad affrontare specifiche patologie/problemi, in sintonia con le relative linee guida.

Il cambiamento di prospettiva è radicale: si passa da un contesto operativo che mette al centro il sistema (U.O.) e ai margini il problema, all'esatto contrario in cui la centralità è assunta dal problema e sono i sistemi che devono adeguarsi attraverso la generazione di reti di connessioni tra U.O.

Per esemplificare quanto affermato, si riporta qui sotto la flow chart del P.D.T.A. relativo al trattamento dei disturbi alimentari dell'AUSL di Piacenza dal quale si possono evincere le U.O. coinvolte, le specificità operative di ciascuna (medico internistico per il rischio biologico e delle complicanze organiche; riabilitazione psico-nutrizionale; medico psichiatrico; aiuto psicologico strutturato; assistenziale) e le modalità con le quali si integrano.



IL MANDATO ISTITUZIONALE

Lo psicologo ha il mandato istituzionale di offrire un ventaglio di risposte alla varietà di bisogni/domande psicologici dell'utenza.

Questa dialettica tra bisogni, domande e risposte pare sotto l'insegna della complessità; in effetti, fornire risposte adeguate e centrate appare complesso come sembra sostenere Morin (1985) «**La complessità si presenta come difficoltà e come incertezza, non come chiarezza e come risposta**».

Lo psicologo scrivente ha tentato di affrontare la complessità del proprio mandato attraverso la messa in campo di un insieme di azioni nello spirito di Von Foerster (Bertrando, Bianciardi, 2006) che sostiene «*Agisci in modo da aumentare le possibilità di scelta*».

Come un pittore miscela in modo creativo l'impiego dei colori presenti sulla tavolozza per trasferirli sulla tela, lo scrivente ha miscelato, con intento creativo e costruttivo, le risorse disponibili al fine di rispondere alle domande/bisogni dell'utente.

Da un lato il paradigma teorico di riferimento rimane stabilmente quello sistemico, dall'altro il «*pluriverso*» (Telfener, Casadio, 2003) di risposte è rintracciabile nell'articolazione di *interventi di natura sistemica* e, ove il livello di complessità del bisogno/domanda è ancora maggiore, di *sistemi di intervento*.

INTERVENTI DI NATURA SISTEMICA

Le risposte fornite al pluriverso di bisogni/domande si identificano nell'insieme degli interventi sistemici posti in essere e qui sotto descritti:

1) Consulenza familiare

La consulenza familiare risponde alla richiesta dei genitori di avere un inquadramento della situazione del figlio (es. «*Ci dobbiamo*

preoccupare?») e di avere indicazioni pragmatiche (es. «*Cosa dobbiamo fare?*»).

Di solito si esaurisce all'interno di incontri numericamente limitati e raramente utilizza metodiche strutturate come audiovideoregistrazione, scultura familiare ecc.

La richiesta di consulenza familiare è quella più diffusa e, benché la terapia della famiglia possa costituirne il naturale proseguo, la sua proposizione senza una forte attenzione alla dimensione motivazionale, può facilmente provocare un drop-out.

2) Terapia individuale

La terapia individuale sistemica difficilmente può essere proposta a soggetti di età inferiore a 12-14 anni ed è indicata soprattutto quando non è possibile, per vari motivi, coinvolgere la famiglia.

3) Terapia della famiglia

Concetti come terapia familiare e approccio sistemico sono talmente correlati da apparire sinonimi; in effetti, in Italia l'approccio sistemico si diffonde a partire dalla terapia familiare, in particolare nella cura dell'anorexia mentale (Selvini Palazzoli, 1963)

A tutt'oggi, costituisce il trattamento d'elezione nella cura dell'anorexia mentale (linee guida internazionali N.I.C.E. e A.P.A.).

4) Altri Interventi, non necessariamente di natura sistemica, sono:

a) L'intervento educativo

L'intervento educativo prevede l'impegno di un educatore professionale nel contesto familiare al fine di modificare relazioni e comportamenti dei suoi membri.

È particolarmente indicato quando la famiglia fatica a stare sul piano conversazionale e/o emozionale dei colloqui psicologici e, pertanto, necessita di proposte pragmatiche.

b) L'intervento domiciliare

Prevede che una coppia di psicologi effet-

tui un intervento psicologico nell'abitazione della famiglia.

E' indicato nei casi in cui qualche membro familiare ha problemi di mobilità, oppure in presenza di un significativo vissuto di disagio ad affrontare il contesto ambulatoriale da parte di qualche membro familiare o, più semplicemente, per connettersi in modo più efficace alla dimensione emozionale che la famiglia esprime in modo più spontaneo nel proprio contesto di vita.

In genere, lo scopo non è propriamente terapeutico, ma di favorire la co-costruzione di una storia che ristrutturì l'identità della famiglia e dei suoi membri aiutandola a superare, o comunque a rielaborare, traumi e/o problemi da cui è afflitta.

E' stato applicato in situazioni di elaborazione di lutto familiare, di gestione/accettazione di figlio con rilevante handicap (Pattini, Capelli, 2011).

Il raggiungimento dello scopo è favorito dall'utilizzo di tecniche come genogramma, sculture, disegno, gioco, fotografie, collage, narrazioni, favole, che mettono in gioco le dimensioni emozionali della famiglia.

SISTEMI DI INTERVENTO

Spesso la realizzazione di un intervento semplice non è sufficiente ad affrontare le situazioni complesse.

Le situazioni complesse spesso riguardano famiglie multiproblematiche caratterizzate dalla presenza di più membri familiari che manifestano bisogni di tipo psicologico, fisico e sociale.

La famiglia multiproblematica (Malagoli Togliatti, Rocchietta e Tofani, 2010) è definita tale anche quando, attraverso i suoi vari componenti, stabilisce molteplici rapporti con vari servizi socio-assistenziali e socio-sanitari.

La risposta a tali bisogni può non essere soddisfatta dalla semplice messa in campo di singoli interventi, come quelli descritti nel precedente paragrafo, ma può necessitare di risposte più articolate, ovvero di *sistemi di intervento*.

Un *sistema di intervento* è costituito da interventi multipli tra loro integrati che soddisfano le seguenti condizioni:

1. quantitative, ovvero la compresenza di due o più interventi contemporanei sulla stessa situazione;
2. di compresenza di due o più professionisti competenti;
3. qualitative, ovvero gli interventi e i professionisti sono tra loro connessi all'interno di riferimenti teorici definiti;
4. di frequente attivazione di contesti multiprofessionali e/o multiservizi.

La realizzazione di molti di questi sistemi di intervento non sarebbe possibile senza il supporto di tirocinanti/volontari; in effetti, il singolo psicologo, per limiti di tempo e per l'inappropriatezza nell'assunzione contemporanea di più ruoli, non potrebbe farsene carico esclusivo.

Qui sotto è presentata una panoramica dei sistemi di intervento delineati e utilizzati dallo scrivente:

1) Terapeutico combinato

Il sistema di intervento terapeutico combinato consiste nell'attivazione contemporanea di due interventi psicoterapeutici: uno individuale, con il soggetto in età evolutiva, e uno familiare.

E' condotto da due terapeuti distinti che si incontrano periodicamente e si confrontano.

Il soggetto nel contesto individuale affronta

più facilmente temi come il rapporto con i pari età e con l'altro sesso, mentre in quello familiare affronta più realisticamente ed efficacemente temi come le relazioni familiari.

Il terapeuta familiare può utilizzare solo quanto il terapeuta individuale, in accordo con il suo paziente, gli comunica.

Secondo Liotti (2005) questo sistema di intervento costituisce un valore aggiunto, oltre che nei membri di coppie in crisi e nei singoli pazienti con MOI (Modelli Operativi Interni) disorganizzati, anche nei pazienti adolescenti.

In effetti, l'intervento individuale nei pazienti adolescenti, che si trovano in una fase vitale in cui cercano l'autonomia dalla famiglia, pur in un contesto di dipendenza mentale, economica abitativa dalla stessa, può assecondare le spinte evolutive; tuttavia, mettere in campo un intervento che non prevede quello familiare, potrebbe determinare un dislivello tra lo sviluppo di MOI sicuri nella relazione terapeutica individuale e gli attaccamenti insicuri in ambito familiare col possibile esito di:

- un incremento della conflittualità con i genitori;
- un precipitare dell'autostima dei genitori che potrebbero sentirsi inadeguati nella relazione con il figlio.

Una variante di questo sistema di intervento consiste nell'intrecciare l'intervento familiare classico con quello domiciliare.

L'articolo di Ragazzi (2014) permette di approfondirne modalità e potenzialità.

2) Intersistemici

I sistemi di intervento intersistemici sono caratterizzati dall'attivazione di contesti di intervento che coinvolgono più sistemi.

Alcuni tra questi contesti di intervento più

importanti sono quelli:

- a. scolastici, ove il problema del minore si manifesta anche nel contesto scolastico; nello specifico si tratta di costruire una rete tra scuola, famiglia e servizio nella concezione che «Il bambino è difficile non in quanto tale o solo in quanto tale, ma perché attiva sistemi relazionali nella scuola, nel rapporto scuola-famiglia e, in taluni casi, nel rapporto scuola-famiglia-psicologo che possono diventare problematici» (Cortesi, 2003).
- b. interservizi, ove il fronteggiamento del problema del soggetto in età evolutiva richiede l'attivazione di più servizi; ciò è pressoché indispensabile nel trattamento del disturbo alimentare e di problematiche psicosociali, ma anche in tanti altri tipi di situazioni come esemplifica Caravaggi (2014) in un caso in cui il minore era depresso e il padre ludopatico.

3) Interprofessionali

- scolastico, ove l'intervento psicologico scolastico è combinato con interventi psicologici in ambulatorio; in questo caso le professionalità coinvolte sono quelle dello psicologo e quella dell'insegnante;
- educativi, ove l'intervento educativo domiciliare è combinato con interventi psicologici in ambulatorio; in questo caso le professionalità coinvolte sono quelle dello psicologo e quella dell'educatore professionale.

I sistemi di intervento qui sopra proposti, finalizzati a favorire cambiamenti, talvolta si identificano negli interventi psicoterapeutici, mentre in altri casi in interventi di differente natura in quanto, come afferma Cirillo

(1990): «*Si tratta di sperimentare fino in fondo le risorse reperibili in contesti diversi da quello psicoterapeutico, risorse che, se correttamente utilizzate, si rivelano suscettibili di produrre il cambiamento desiderato risultando a volte più efficaci di quelle mitiche psicoterapie di cui conosciamo purtroppo le frequenti debolezze*».

IN CONCLUSIONE

Questo scritto ha suddiviso i bisogni/domande espressi dagli utenti in due grandi categorie:

- quelli cosiddetti *semplici* che esprimono una sola dimensione problematica, ad es. il disturbo specifico di apprendimento senza effetti secondari;
- quelli cosiddetti *complessi* che esprimono due o più dimensioni problematiche, ad es. il disturbo di anoressia nervosa (in genere contempla un deterioramento organico e una concomitante sofferenza psicologica), o la ludopatìa (che, oltre a generare un danno economico rilevante, può alterare gravemente le relazioni intrafamiliari, innescando possibili separazioni coniugali e/o l'assunzione di comportamento adultizzato dei figli).

Ha fornito risposte differenziate così riassumibili:

- ai bisogni/domande semplici, risposte di livello 1, ovvero l'insieme di interventi singoli, così come descritti precedentemente;
- ai bisogni/domande complessi, risposte di livello 2, ovvero l'insieme di sistemi di interventi, così come descritti precedentemente.

Le risposte di livello 1 possono determinare un effetto singolo.

Le risposte di livello 2 possono determinare

effetti multipli: quelli relativi agli interventi ricompresi nel sistema d'intervento e quelli relativi alle interazioni tra gli interventi stessi: per es. nel sistema di intervento psicoterapeutico combinato che affronta l'anoressia, l'intervento familiare intensifica l'effetto di quello individuale e, viceversa, quello individuale intensifica l'effetto di quello familiare.

I sistemi di intervento costituiscono modalità operative ideate da chi, come lo scrivente, ricopre un ruolo subordinato nel contesto organizzativo.

Un ruolo subordinato che, tuttavia, non impedisce, in sintonia con la prospettiva di Luhman, di adottare un modalità creativa nell'adempimento del mandato istituzionale.

Livelli intermedi, come la Regione e l'AU-SL, hanno realizzato i P.D.T.A., ovvero modalità operative che sono ascrivibili nelle risposte di livello 2 in quanto, al possibile effetto dell'intervento di ogni U.O., si può aggiungere quello interattivo delle U.O. coinvolte.

Una delle principali novità storicamente introdotte dall'approccio sistemico è consistita nello spostare l'attenzione dal singolo, definito portatore del sintomo, al suo sistema familiare di riferimento.

Questo spostamento ha implicato una complessificazione dell'intervento: in effetti, una cosa è occuparsi del singolo e del suo problema/disturbo, un'altra è occuparsi anche del suo sistema relazionale di riferimento e/o degli aspetti correlati.

Ciò comporta che chi se ne occupa debba attrezzarsi adeguatamente per mettere in gioco risorse articolate ed integrate come quelle discusse in questo articolo, ovvero i sistemi di intervento e i P.D.T.A.

Bibliografia

- Anderson H., Goolishian H., Winderman L. (1986) *Problem-determined systems: towards transformation in family therapy* in Journal of Strategic and Systemic Therapies, Vol 5(4), pp. 1-13
- A.P.A. (American Psychiatric Association) Guideline Watch (august 2012) *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorder*, 3rd Edition
- 5/5/2014 <http://psychiatryonline.org/content.aspx?bookid=28§ionid=39113853>
- Ashby W. R., (1971) *Introduzione alla Cibernetica*, Einaudi, Roma.
- Bertrando P., Bianciardi M. (2006) *Possibilità e responsabilità. L'etica di Heinz Von Foerster, il post-moderno e la pratica clinica* in Barbetta P., Toffanetti D. (a cura di) *Divenire umano. Von Foerster e l'analisi del discorso clinico*, Meltemi editore, Roma, pp. 73-99.
- Cecchin G., Lane G., Ray W.A. (1993) *Irriverenza* – Franco Angeli, Milano.
- Buckley W. (1976) *Sociologia e teoria dei sistemi* - Rosenberg & Sellier
- Caravaggi D. (2014) *La continuità di cura di una famiglia multiproblematica attraverso una nuova modalità di collaborazione tra servizi* in Cambiamenti
- Cirillo S. (a cura di) (1990) *Il cambiamento in contesti non terapeutici* - Raffaello Cortina, Milano.
- Cortesi A. (2003) *La costruzione di un percorso formativo per insegnanti* in Fornasa W., Medeghini R. (a cura di) *Il bambino difficile. Un'esperienza di ricerca-azione in Val Sabbia*, Franco Angeli, Milano, pp 91-108.
- Cronen V. E., Johnsonn K. M., Lannamann J. W. (1982) *Paradossi, doppi-legami e circuiti riflessivi: una prospettiva teorica alternativa* in Terapia Familiare, 14 , pp. 87-120.
- Fruggeri L. (1992) *Le emozioni del terapeuta in Psicobiettivo*, 3 , pp. 23-34.
- Liotti G., Farina B., Rainone A., (2005) *Due terapeuti per un paziente*, Laterza, Roma
- Luhman N. (1990) *Sistemi sociali. Fondamenti di una teoria generale*, Il Mulino, Bologna.
- Malagoli Togliatti, M., Rocchietta Tofani, L. (2010) *Famiglie multiproblematiche: dall'analisi all'intervento su un sistema complesso*, Carocci, Roma.
- Minuchin S. (1977) *Famiglie e terapia della famiglia*, Astrolabio, Roma.
- Morin E. (1985) *Le vie della complessità* – in Ceruti M, Bocchi G. (a cura di) *Le sfide della complessità*, Feltrinelli, Milano, pp. 49-60.
- N.I.C.E. (National Institute for Health and Care Excellent) Clinical guidelines (january 2004) *Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders* 5/5/2014 <http://publications.nice.org.uk/eating-disorders-cg9>
- Ragazzi M. (2014) *L'elaborazione del lutto tra passato, presente e futuro: la storia di una famiglia* in Cambiamenti, pp.
- Segre, S. (2009) *Talcott Parsons: un'introduzione*, Carocci, Roma.
- Selvini Palazzoli M. (1963) *L'anoressia mentale*, Feltrinelli, Milano.
- Pattini E. Capelli F., (2011) *Family tales ... due terapeuti sul divano. Pensare l'intersoggettività nella terapia familiare* in Cambiamenti, 3 , pp. 59-83.
- Telfener, U. Casadio, L. (2003) *Sistemica, voci e percorsi nella complessità*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Telfener, U. (2011) *Apprendere i contesti. Strategie per inserirsi in nuovi ambiti di lavoro*, Raffaello Cortina, Milano.
- Telfener, U. (2012) *Le scelte cliniche tra indecidibili e indeterminabili* in Bianciardi M., Galvez Sanchez F., (a cura di) *Psicoterapia come etica* – Antigone edizioni, Torino, pp. 105-120.

Famiglie e servizi si incontrano

De Masi Maria Stella³

Sommario

Famiglia e operatori della salute sono due sistemi complessi di relazioni, quando essi entrano in contatto ciò che si viene a determinare è un nuovo sistema, che ingloba le due distinte storie e nel contempo le supera ridefinendosi sulla base delle attuali interazioni. Il lavoro raccoglie i dati di una ricerca il cui obiettivo è stato quello di indagare quali rappresentazioni e sistemi di significato possono attivarsi nell'incontro tra operatori e famiglie di pazienti seguiti dal medesimo servizio.

Parole chiave:

Famiglia, Servizi, Sistema, Premesse, Relazione, Sussidiarietà

Abstract

Family and health workers are two complex systems of relations, when they come into contact is to determine what is a new system, which incorporates the two separate stories and at the same time exceeds the redefining based on current interactions. The work gathers data from a study whose objective was to investigate which representations and systems of meaning can be activated in the encounter between staff and families of patients treated by the same service.

Key words:

Family, Service, System, Requirements, Relationship, Subsidiarity

³ III anno Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata.

INTRODUZIONE

Spesso accade che nell'incontro tra servizi e familiari ci sia incomprensione, sembra che, in talune circostanze, gli operatori non riescano a comprendere le domande poste dalle famiglie e le famiglie, mosse dalla propria sofferenza, non riescano a descrivere pienamente la propria condizione di disagio.

Molti operatori della salute, nell'approccio alle varie situazioni cliniche, si rifanno ad una concezione riduzionistica che tiene conto solo degli aspetti legati al deficit, al danno, alla cura, con l'inevitabile conseguenza di perdere di vista la complessità del contesto e delle risorse attivabili: un ricorso alla « (...) tecnica da utilizzare come salvagente in un mare burrascoso» (Telfener, 2011, p. 5).

I familiari, dal loro canto, frequentemente, hanno scarse informazioni e conoscenza dei temi che interessano la patologia. Quello degli operatori della salute appare come un sapere congelato che può favorire atteggiamenti di passività e paura che rischiano di trasformarsi poi, nei momenti di frustrazione o al vanificarsi delle aspettative, in risentimento o rabbia. Frequentemente il senso di impotenza e la caduta dell'autostima possono invece ingenerare sentimenti di gelosia e di invidia al punto da mettere in forse il sollievo e la riconoscenza verso i curanti.

Il presente lavoro si propone di operare una riflessione su questi temi a partire dai risultati emersi da una ricerca condotta presso il Centro per le Famiglie di Parma e alcuni riferimenti legislativi in supporto all'epistemologia della complessità.

La ricerca ha coinvolto separatamente operatori del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche di Parma (psichiatri, psicologi, assistenti sociali, infermieri, educatori) e associazioni di familiari dei pa-

zienti seguiti dai medesimi servizi.

Nella premessa epistemologica della ricerca, la famiglia e il servizio sono considerati come sistemi complessi di relazioni, due diverse storie che, quando entrano in contatto, vanno a definire una nuova e più articolata narrazione co-costruita a partire dalle premesse che ognuno dei due attori porta (Fruggeri, 1997).

Ogni prestazione resa da un servizio si esprime ad almeno due livelli: quello tecnico, relativo alla specifica attività, e quello interattivo. Quest'ultimo aspetto, come verrà discusso, non comincia e non si esaurisce negli incontri che avvengono tra servizio e familiari, le interazioni sono frutto delle premesse, rappresentazioni e sistemi di significato che ognuno ha sull'altro, con inevitabili conseguenze sull'esito degli interventi (cit). L'obiettivo della ricerca è stato quello di indagare quali rappresentazioni e sistemi di significato possono attivarsi nell'incontro tra operatori e famiglie di pazienti seguiti dal medesimo servizio.

La ricerca è stata condotta utilizzando come strumento il focus group, una tecnica di rilevazione basata sulla discussione tra un piccolo gruppo di persone e coordinata da un moderatore con lo scopo di ricreare il medesimo contesto nel quale si verifica il processo di formazione delle opinioni (Corrao, 2005).

PREMESSE DEL SERVIZIO

Possiamo distinguere diverse variabili che entrano in gioco quando gli operatori di un servizio si rapportano con i familiari dei pazienti.

Pregiudizio della "normalità": famiglia nucleare, omogenea dove regna l'armonia
Quando si parla di "famiglia", in genere, il ri-

ferimento, nelle premesse di molti operatori dei servizi, ma anche in generale, è quello della famiglia nucleare costituita da una coppia eterosessuale e dai loro figli.

Partendo da questa premessa, frequentemente viene etichettata come “altra” in accezione negativa, se non patologica, qualsiasi altra forma familiare.

Come mette bene in evidenza la Fruggeri (1997) coesistono, nella realtà attuale, alla famiglia nucleare una molteplicità di altre strutture attraverso le quali si realizzano i legami primari: famiglie ricomposte, monoparentali, adottive, omosessuali, affidatarie, famiglie di immigrati o con coppia mista. Ognuna di queste forme avrà proprie specificità in termini di dinamiche interne e stili di funzionamento che possono andare a definire altrettante specifiche problematiche relazionali.

Il servizio dunque dovrebbe essere in grado di operare un'attenta lettura del sistema famiglia valutando la specificità degli aspetti problematici al di là della forma che essa assume.

Parlare di normalità della famiglia evoca poi la premessa di relazioni interne caratterizzate da omogeneità e armonia. Le ricerche in ambito di psicologia sociale hanno invece contribuito a dimostrare che il conflitto e la crisi rappresentano condizioni “fisiologiche” nelle dinamiche familiari, soprattutto nel momento in cui si affrontano nuovi passaggi nel ciclo di vita. Quando ben gestiti, i conflitti, rappresentano la condizione idonea a innescare processi di cambiamento ed evolutivi (cit.).

Secondo tale approccio possiamo rifuggire alla semplificazione dicotomica di normalità o patologia, nell'ottica qui proposta «Le famiglie normali vengono concettualizzate nei termini dei processi fondamentali che sono

propri di ogni sistema; tali processi riguardano l'integrazione, la stabilità e la crescita dell'unità familiare in relazione sia ai sistemi individuali, sia a quello sociale» (Walsh, 1982 in Fruggeri 1997, p. 40).

Modello Epistemologico del Servizio

Gli interventi che vengono effettuati presso il servizio di salute mentale e dipendenze patologiche sono per lo più di tipo terapeutico anche se, in situazioni molto complesse, esso si può esplicitare anche ad altri livelli come quello di controllo e tutela (trattamenti sanitari obbligatori, ricoveri in comunità) o di sostegno (sussidi economici o inserimenti lavorativi).

Oltre al livello tecnico, ogni intervento si esprime anche a un livello interattivo; la possibilità di coniugare armoniosamente i due livelli potrà influenzare il risultato e la conservazione di esso. L'aspetto relazionale risulta fortemente influenzato dal modello epistemologico a cui si ispira il servizio e i singoli operatori.

Come evidenziato dalla Fruggeri (1997), possiamo distinguere tra diversi modelli:

- Modello della famiglia assente: tipico dell'approccio bio-medico, si basa su un modello individualistico che non tiene in alcun conto il contesto relazionale del paziente.
- Modello della contiguità separata: in questo caso il ruolo della famiglia è considerato influente solo per alcuni aspetti e contesti d'azione che sono però distinti e separati rispetto a quelli dell'operatore.
- Modello della sostituzione: la famiglia viene identificata come contrapposta all'intervento attuato dall'operatore e dunque da contrastare.
- Modello della collaborazione unilate-

rale: in questo caso la famiglia viene considerata come risorsa e mezzo per potenziare il lavoro dell'operatore, tipico esempio sono gli interventi di tipo riabilitativo. In questo modello prevale una concezione unilaterale dell'interazione nel senso che l'operatore non si interroga e non tiene conto delle conseguenze che si possono verificare nella famiglia nel momento in cui esso entra a far parte delle dinamiche interne.

- Modello della co-evoluzione: in questo modello l'operatore è consapevole che ogni intervento che mette in atto va ad iscriversi nella storia di quella famiglia e in maniera retroattiva influenzerà l'esito e la qualità dell'intervento dello stesso operatore.

Un ulteriore aspetto epistemologico da considerare riguarda il "come" l'operatore concepisce il proprio intervento. A tal proposito possiamo distinguere la prospettiva istruttiva da quella socio-costruzionista. La prima considera l'intervento come un intervento di tipo tecnico che segue specifiche idee e teorie di riferimento, da esse e dalla loro corretta applicazione dipenderà l'esito dell'intervento.

Secondo il modello socio-costruzionista invece il tipo di intervento e il successivo esito è frutto del processo interattivo e simbolico rappresentazionale di tutti i soggetti coinvolti (cit.).

PREMESSE DELLA FAMIGLIA

Il sistema famiglia può essere considerato come il risultato di due processi interrelati: quello morfostatico e quello morfogenetico. Il primo consente di mantenere il senso di continuità e stabilità familiare, anche a fronte dei cambiamenti che la famiglia affronta, mentre il processo morfogenetico racchiu-

de tutti quegli aspetti che determinano un cambiamento che può intervenire ai vari livelli: individuale, interpersonale, grupppale, sociale (Fruggeri, 1997).

La famiglia entra in blocco o in condizione patologica quando falliscono i processi interattivi e di negoziazione e dunque non riesce ad adattarsi ai cambiamenti interni o esterni al gruppo.

La relazione che la famiglia avrà col servizio sarà influenzata dai processi interattivi e di negoziazione che già utilizza a fronte di qualsiasi altro cambiamento.

Come messo in evidenza dalla Fruggeri (1977) le variabili che entrano in gioco sono diverse.

α) Significato dato all'evento: a livello personale, familiare e sociale.

Le *credenze personali* fanno diretto riferimento a premesse e rappresentazioni che si originano nelle interazioni familiari a partire dal proprio ruolo in quella famiglia e/o dalle altre esperienze, attuali o precedenti, maturate all'esterno del gruppo di appartenenza.

Le *rappresentazioni condivise nel gruppo* determinano lo speciale modo di organizzare e rappresentarsi la realtà, influenzando così il senso dell'esperienza e i comportamenti della famiglia sia sul piano delle relazioni interne che con l'esterno.

L'*appartenenza a un contesto sociale*, culturale, politico contribuisce a influenzare il significato che verrà dato all'evento.

Reiss identifica in questi tre livelli di rappresentazione la realizzazione di un processo che definisce "Paradigma familiare" che assolve ad una doppia funzione: struttura le dinamiche relazionali intra ed extrafamiliari e nel contempo genera se stesso attraverso le stesse dinamiche (cit.).

Secondo questa prospettiva i paradigmi fa-

miliari possono giocare un ruolo fondamentale rispetto al modo di percepire l'ambiente esterno (e dunque anche l'eventuale intervento di un servizio di salute) come caotico e incomprensibile piuttosto che ordinato e controllabile, rispetto al modo in cui la famiglia si percepisce e pensa di essere percepita (coesa o disgregata) e rispetto al modo in cui si rapporta all'informazione proveniente dall'ambiente (apertura o chiusura).

β) Risorse personali (mezzi finanziari, salute, istruzione), familiari (modalità comunicative, capacità di coping) e sociali (politiche sociali ed economiche, rete sociale e parentale) e relativa capacità di metterle in uso (cit.).

PREMESSE GIURIDICO-CULTURALI DEI SERVIZI CHE SI OCCUPANO DI SALUTE

In Italia è mancato per lungo tempo un piano nazionale di politiche specificamente rivolte alla famiglia. Nel sistema di welfare italiano, infatti, fino agli anni '90, la famiglia era concepita come sistema il cui compito era di ridistribuire risorse (economiche, relazionali, di cura) ai propri membri; l'intervento pubblico era dunque considerato residuale ed erogato solo nei casi d'insufficienza o esaurimento delle possibilità familiari.

Tale impostazione ha visto l'instaurarsi dei primi cambiamenti con l'introduzione della legge Bassanini (art. 4 co. 3 lett. a) della legge 15 marzo 1997 n. 59 e l'introduzione del "principio di Sussidiarietà" (Noci, 2010).

Secondo tale principio un'articolazione di ordine superiore deve consentire alle articolazioni sottostanti di regolarsi e gestirsi in modo autonomo e secondo i propri codici, in un'ottica di responsabilizzazione. Oltre ai cambiamenti sul piano amministrativo (le decisioni devono essere prese dall'organo di governo più vicino ai cittadini in quanto rappresenta quello maggiormente in grado

di interpretare i bisogni e le risorse della comunità territoriale di riferimento), il principio di sussidiarietà favorisce una nuova concezione del rapporto istituzione-famiglia. Da questa prospettiva, il servizio pubblico non può limitarsi a prevedere prestazioni e benefici economici nei casi di riconosciuta insufficienza delle risorse familiari in quanto il rischio è quello di imporre la propria logica con una un'azione suppletiva anziché sussidiaria. La famiglia in altri termini non può essere considerata come realtà astratta e ideale né come sfondo dato per scontato rispetto agli interventi proposti; l'ottica della sussidiarietà impone di agire in relazione e a fianco delle reti familiari, creando canali efficaci di incontro che consentano di individuare forme di sostegno misurate sulle effettive richieste ed esigenze delle famiglie (cit.).

Il principio di sussidiarietà implica un'epistemologia della complessità e della multiprofessionalità attraverso l'utilizzo di strumenti appropriati per mettere in comunicazione linguaggi tecnici diversi col coinvolgimento sempre attivo del beneficiario.

I cambiamenti nelle politiche sociali e assistenziali rispetto alla concezione della famiglia hanno trovato ulteriore evoluzione con l'introduzione della Legge Quadro di Riforma dell'assistenza, (legge 8 novembre 2000 n. 328) e dalla Riforma del Titolo V della Costituzione (Legge Costituzionale 18 ottobre 2001 n. 3). Queste modifiche hanno sancito il passaggio dalla concezione di "utente", quale portatore di un bisogno specialistico, a quella di "persona" nella sua totalità costituita anche dalle sue risorse e dal suo contesto familiare e territoriale. Viene dunque fornito maggior spessore al necessario passaggio da un'accezione tradizionale di "assistenza", come luogo di realizzazione di

interventi meramente riparativi del disagio, ad una di “protezione sociale attiva”, come luogo di rimozione delle cause di disagio ma soprattutto luogo di prevenzione e promozione dell’inserimento della persona nella società attraverso la valorizzazione delle sue capacità.

Rispetto alle premesse relative all’infanzia, un’importante evoluzione è segnata dall’introduzione della legge 285 del 1997 che fornisce disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l’infanzia e l’adolescenza.

Questa legge ha come elemento di rilevante novità quello di estendere l’ottica, dal solo sanzionare comportamenti scorretti o abusanti, nei confronti dei soggetti più deboli, alla promozione di interventi volti ad assicurare diritti e qualità di vita dell’infanzia e dell’adolescenza. L’obiettivo è quello di favorire al meglio un adeguato processo di sviluppo privilegiando l’ambiente a essi più confacente, ovvero la famiglia naturale, adottiva o affidataria, in attuazione ai principi della Convenzione sui diritti del fanciullo. I bisogni dei minori vengono individuati attraverso una lettura locale che coinvolge le famiglie e i diversi attori sociali (terzo settore, amministratori, scuola).

La legge 285/97 richiede perciò, da una parte una generale mobilitazione di energie e d’intelligenze creative, attente all’effettiva realtà della condizione dei bambini e delle bambine e dei loro bisogni e, dall’altra anche una grande ed efficace collaborazione tra tutti servizi che a vario titolo sono coinvolti sul territorio, al fine di promuovere interventi condivisi.

A partire dalla riforma psichiatrica, attuata con la Legge 13 maggio 1978, n. 180, ed ulteriormente definita con la Legge di riforma sanitaria del 23 dicembre 1978, n.

833 (recante disposizioni sull’Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale), è stato innovato dal legislatore l’approccio alla malattia mentale.

Gli anni successivi alla riforma, tuttavia, sono stati caratterizzati da una carenza di indirizzo, specialmente nel settore dell’organizzazione dei servizi.

Il processo di riforma ha trovato attuazione con l’emanazione del primo progetto obiettivo “tutela della salute mentale” del 1994-1996 che ha dato l’avvio a una riorganizzazione sistematica dei servizi preposti all’assistenza psichiatrica prevista dalla legge 180 con l’obiettivo comune della prevenzione, della cura e della riabilitazione.

In esso è sottolineata la necessità di costruire una rete di servizi in grado di fornire un intervento integrato che abbia al centro i bisogni del paziente attraverso un incremento delle competenze professionali degli operatori e attraverso interventi diversificati che prevedono la partecipazione di più soggetti della Comunità sociale e territoriale, pubblici e privati, ivi compresi i familiari e con un’organizzazione dipartimentale del lavoro (DSM). Viene inoltre sancito il definitivo superamento dell’ospedale psichiatrico mediante l’attuazione di programmi mirati ad una nuova sistemazione dei degenti.

La successiva rivisitazione del progetto obiettivo del 1998-2000 prevede la promozione della salute mentale nell’intero ciclo di vita, anche all’interno dei programmi di medicina preventiva e di educazione sanitaria. Si parla di prevenzione primaria e secondaria dei disturbi mentali, con particolare riferimento alle culture a rischio e dell’attivazione di idonei interventi. Si parla anche di prevenzione terziaria, in altre parole riduzione delle conseguenze disabilitanti attraverso la ricostruzione del tessuto affettivo, relazionale

le e sociale delle persone affette da disturbi mentali, tramite interventi volti all'attivazione delle risorse degli individui e del contesto di appartenenza con il coinvolgimento delle famiglie nella formulazione e nella attuazione del piano terapeutico, salvaguardando la salute mentale e la qualità di vita del nucleo familiare del paziente attraverso il miglioramento del funzionamento globale dei nuclei familiari con gravi problemi relazionali.

LA RICERCA

La ricerca ha previsto un totale di sei focus-group, tre per ciascun gruppo (operatori e familiari), alla conclusione dei quali è stato proposto un ulteriore incontro congiunto al fine di condividere i risultati emersi e consentire un confronto aperto tra i due gruppi.

Le interviste e l'ultimo incontro sono stati condotti da un moderatore psicologo psicoterapeuta ad orientamento Sistemico, il Dott. Antonio Restori.

Le domande poste agli operatori sono state:

1. Come si rappresentano gli operatori nell'affiancamento alle famiglie? Quali pensano debba essere la funzione dell'operatore nell'affiancamento, nello stare con le famiglie?
2. Quali risorse i singoli operatori sentono di attivare nel proprio lavoro? E quali criticità emergono?
3. Quali significati gli operatori attribuiscono alle famiglie nel processo di cura? Che tipo di aspettative ha nei confronti delle famiglie affinché il processo di cura possa essere credibile?
4. Quale tipo di famiglie incontriamo e vediamo nel percorso di cura. Ovviamente ne esistono diverse, ma se dovessimo descrivere la famiglia che generalmente incontriamo, come la vediamo? Ri-

usciamo a fare anche un accenno alle famiglie migranti?

5. Come pensano di essere visti gli operatori dalle famiglie che accedono ai servizi? Quale tipo di operatori hanno in testa le famiglie che incontrano?
6. Esistono famiglie con le quali è più facile approcciare, altre con le quali abbiamo reazioni poco attente con ciò che accade nella relazione. E' interessante chiederci che cosa accade quando con alcune famiglie abbiamo un approccio costruttivo e ci sentiamo una risorsa e quando ciò non accade come ci sentiamo, in cui è presente la sensazione di fastidio e di sofferenza nella relazione.

Le domande poste ai membri delle associazioni di familiari sono state:

- α) Come la famiglia si rappresenta e si descrive. Raccolta di sensazioni ed esperienze personali.
- β) Quali tipi di risorse interne state usando per gestire e affrontare la sofferenza, il disagio nel vivere a fianco di familiari in difficoltà?
- γ) Che cosa ci si aspetta dalle Istituzioni di cura/servizi di cura? Quando la famiglia si trova a dover gestire la sofferenza mentale, quali servizi si attende di incontrare?
- δ) Che tipo di rapporto si è generato con i servizi di cura? Che tipo di approcci sono avvenuti? Riportiamo sia quello che non è stato gradito, sia quello che è stato gradito, che è da rinforzare.
- ε) Come si sentono viste, pensate, e quindi considerate le famiglie dagli operatori della salute mentale?

Gli incontri sono stati registrati e il materiale è stato successivamente sbobinato. Quanto qui riportato rappresenta una sintesi del materiale raccolto.

Come gli operatori e i familiari vedono il coinvolgimento dei familiari nel processo di cura?

Operatori

Dalle interviste effettuate emerge un generale consenso rispetto all'importanza del coinvolgimento della famiglia nel processo di cura, non solo per ciò che riguarda il sostegno affettivo nei confronti del paziente, ma anche per le informazioni che può aggiungere nella lettura della quotidianità e dei bisogni al fine di personalizzare sempre più e meglio il programma di cura.

In molte famiglie, tuttavia, si percepisce la paura del cambiamento, poiché una volta che la patologia è comparsa si cerca di nascondersela fino al limite, fino a quando essa si è cronicizzata nel sistema; accade allora che la famiglia chieda aiuto ai servizi senza però portare avanti nessuna azione a tal proposito.

E' stata indagata anche la differenza presente rispetto alle famiglie migranti, si osserva che quest'ultime di solito si presentano da sole ai servizi, vi è una manifestazione della sintomatologia differente rispetto ai pazienti italiani e una diversa gestione del sintomo a livello familiare (ad esempio per alcune popolazioni africane certe condizioni patologiche rappresentano la norma).

Famiglie

Talvolta, soprattutto in assenza d'informazioni chiare, la famiglia può interpretare il loro coinvolgimento come un tentativo di delega nella gestione del familiare sofferente.

Molti familiari identificano come proprie risorse da mettere in campo la capacità di rimodellamento del proprio sistema di credenze, la presenza affettiva e la disponibilità nel processo di cura. Si riconoscono deboli soprattutto nelle tematiche che riguardano

il "dopo di noi" e il dubbio di non aver fatto ancora abbastanza.

A volte il rispetto della privacy limita la possibilità dell'operatore di coinvolgere attivamente le famiglie.

Pregiudizi

Operatori

Dalle risposte fornite emerge uno stereotipo di "famiglia che si rivolge ai servizi" sofferente e destrutturata, un sistema chiuso, organizzato intorno alla patologia, che arriva ai servizi dopo aver tentato diverse volte di fronteggiare la patologia autonomamente ma senza successo. Il servizio viene visto come l'ultima possibilità di soluzione a una situazione divenuta insostenibile.

Emerge che le attese degli operatori nei confronti della famiglia riguardano la funzione educativa e d'incoraggiamento all'autonomia nei confronti del paziente.

I familiari frequentemente si mostrano manipolativi nei confronti dell'operatore e la relazione passa attraverso il tentativo di suggerire le azioni da fare con il paziente, tali ragioni portano l'operatore a identificare come principale problema nella relazione con la famiglia l'alto rischio di invischiamento.

Famiglie

Le famiglie ritengono che i loro atteggiamenti, gli approcci siano sottoposti ad attenta valutazione e giudizio da parte dell'operatore, frequentemente si sentono percepiti incapaci di capire e in una posizione di forte inferiorità quando un atteggiamento meno cattedratico potrebbe risultare più rassicurante e accorciare le distanze.

Molti familiari esprimono il timore che esprimendo il proprio disappunto si crei il rischio di incappare in ritorsioni negative nelle atten-

zioni di cui necessita il familiare sofferente.

Relazione ed emozioni

Operatori

E' stato chiesto agli operatori di descrivere il proprio modo di sentirsi nelle situazioni di affiancamento ai familiari, da questa sollecitazione alcuni di essi riportano un senso di disagio rispetto ad una situazione che spesso si viene a creare, dove l'operatore sente di assumere il ruolo di "consulente" che media tra esigenze del paziente e richieste della famiglia.

Le situazioni che arrecano maggior stanchezza e frustrazione sono quelle che prevedono continui interventi per fronteggiare l'intrusività e/o le eccessive attese di alcuni familiari, situazioni che, se non ben gestite, possono degenerare e ostacolare il percorso di cura.

Alcuni operatori a questa sollecitazione riportano vissuti di difficoltà e disagio anche nei confronti dello stesso servizio e nel rapporto con le altre figure professionali, sia per i carichi lavorativi che per le divergenze rispetto all'idea di cura.

Famiglia

Anche ai familiari, durante gli incontri, è stato chiesto come si rappresentano nel contatto con i servizi. Per molti di loro è risultato difficile rispondere "come famiglia" alla sollecitazione, in quanto una primissima difficoltà, nel rapportarsi con i servizi, deriva proprio dalla mancanza di coerenza interna al sistema famiglia che, nella sua complessità, di fronte alle criticità, non è capace di sintonia; la sofferenza e il senso d'inadeguatezza sono vissuti diversamente da ognuno dei membri per cui si va incontro a frammentazioni e l'approccio ai servizi può risultare incoerente. Spesso poi la scar-

sa collaborazione del paziente al processo di cura rischia di incrinare il rapporto col servizio, così, alla sofferenza si associano anche sentimenti di solitudine e abbandono da parte dei servizi.

I consigli e i "buoni" suggerimenti, nonostante se ne senta molto il bisogno per capire come riorganizzarsi, rappresentano una fonte di frustrazione ulteriore per i familiari se poi non riescono ad essere messi in pratica, in quanto alimentano un ulteriore senso di incapacità, ciò crea allontanamento tra operatore e familiare.

I familiari riportano la presenza di sensi di colpa e vergogna per il vissuto di inadeguatezza che sperimentano di fronte alla patologia ma nel contempo cercano di mantenere viva la speranza in evoluzioni positive e ciò incrementa il senso di orgoglio e protezione verso la propria identità di famiglia. Le famiglie lamentano innanzitutto la scarsa attenzione alla salute mentale nell'ambito della ricerca scientifica e della sensibilizzazione sociale; rispetto ad altri domini della Salute ravvisano mancanza di informazione chiare e investimenti economici: nell'ambito della salute mentale non si parla mai di eccellenze.

Con gli occhi dell'altro

Operatori

Al terzo e ultimo incontro è stato chiesto come gli operatori pensano di essere visti dai familiari; le risposte rimandano a una visione generalmente ambivalente, dove da una parte gli operatori si sentono visti in un ottica di onnipotenza, come coloro che possono risolvere i problemi, in altre circostanze i familiari si pongono in contrapposizione ad essi in un atteggiamento di preannunciato fallimento. Gli operatori dunque pensano che i familiari alternino visioni on-

nipotenti a squalificanti, molto dipende dal contesto, dal momento del ciclo vitale della famiglia stessa, dell'evolversi della patologia e dal livello di consapevolezza che i familiari hanno.

Spesso gli operatori temono che la famiglia li percepisca come giudicanti e pericolosi, questo probabilmente spiega il fatto che alcuni familiari si rapportano con diffidenza forse nel timore che possano essere allontanati dai loro figli.

Dalle interviste emerge come riflessione quella di come occorra migliorare il tipo di accoglienza che un servizio organizza in quanto da questo ne consegue il modo in cui la famiglia costruisce le proprie attese verso gli operatori.

Famiglie

Spesso hanno consapevolezza del valore e delle risorse personali che ogni operatore, in modo esclusivo, può proporre, soprattutto nei termini di capacità di ascolto e di non giudizio, ciononostante non sempre e non da tutti gli operatori la famiglia ha la percezione di essere considerata come risorsa, spesso si sente giudicata o incolpata.

Quali interventi?

Operatori

Molti ravvisano la necessità di collaborare ed eventualmente inviare la famiglia a colleghi dalle competenze specifiche nel campo affinché possano rispondere al meglio alle richieste poste; dichiarano il bisogno di ricevere formazione più specializzata, sostegno e supervisione nelle situazioni di contatto con i familiari.

Gli operatori riconoscono l'importanza di migliorare e ampliare l'offerta di uno spazio d'ascolto sia per il paziente che per la famiglia; nei confronti di quest'ultima, in

particolare, si ravvisa la necessità di migliorare il livello di accoglienza della sofferenza frequentemente intrisa di sensi di colpa che talvolta, se non gestiti adeguatamente, vengono proiettati verso i servizi. Per far ciò l'operatore precisa l'importanza di "adattarsi" al contesto, sviluppare la capacità di sospendere il giudizio e la curiosità verso le storie che vengono portate.

Famiglie

Le aspettative che nutrono nei confronti del servizio riguardano un incremento del dialogo costruttivo, un più alto livello di assistenza e indicazioni più chiare su come gestire le situazioni di crisi che si verificano a domicilio. I familiari esprimono la necessità che si vada oltre alla diagnosi: spiegazioni più chiare e meno etichette. Esprimono inoltre il bisogno di sostegno specialistico anche per la famiglia e non solo per il paziente.

CONCLUSIONI

Dai risultati emersi sembra possibile concludere che per gli operatori, coinvolti nella ricerca, il concetto di famiglia evoca prevalentemente una forma familiare di tipo nucleare, dove uno degli aspetti prevalenti nel determinare la differenza, in termini di atteggiamento nei confronti della malattia e del servizio, è rappresentata dal fatto che "il paziente" sia un figlio, o un genitore. Nel primo caso i genitori, e più specificamente la madre, generalmente si dedicano totalmente al paziente modificando il proprio stile di vita in funzione del processo di cura. Quando la psicopatologia interessa un genitore, i figli, tendenzialmente, mostrano maggiori difficoltà nel fronteggiare i sentimenti di vergogna, il carico assistenziale e la coordinazione con la propria vita e famiglia al di fuori di quella d'origine; per tale motivo, in

questo tipo di contesto familiare, prevale la componente di delega al servizio.

Gli operatori, per la maggior parte, nel loro modo di relazionarsi alla famiglia, da un punto di vista epistemologico, sembrano ispirarsi al “modello della collaborazione unilaterale”, essi pur riconoscendo l'importanza di coinvolgere la famiglia nel processo di cura, non risultano consapevoli delle conseguenze che, in maniera retroattiva, si possono verificare nella famiglia nel momento in cui si entra a far parte della loro storia.

Relativamente al gruppo dei familiari, dalle interviste, emerge in maniera preponderante la componente emotiva, in particolare il timore del giudizio da parte degli operatori e il senso di impotenza nei confronti della malattia. Particolare enfasi viene posta nel sostenere che se ci fosse un dialogo costante e franco con gli operatori del servizio vi sarebbe maggior rispetto della soggettività, del diritto all'informazione, della libertà di scelta e di autodeterminazione. I familiari rilevano, inoltre, l'importanza di affiancare alle competenze tecniche buone capacità di relazione, col paziente e con i

familiari, ciò come premessa fondamentale per costruire il percorso terapeutico.

Da quanto detto è possibile dedurre l'importanza che può avere per gli operatori della salute la conoscenza e la condivisione dei valori e dei principi propri del Paradigma della Complessità, con particolare attenzione ai processi attraverso cui viene costruita la conoscenza, sia sul piano epistemologico che clinico. Una metariflessione sulle premesse e sull'operato condivisa in equipe rappresenta un processo indispensabile per il buon funzionamento del servizio e per la responsabilità che esso ha nella relazione col paziente e col suo contesto relazionale.

Bibliografia

- Corrao C. (2005). *Il focus group*. Milano: Franco Angeli
- Fruggeri L. (1997). *Famiglie. Dinamiche interpersonali e processi psico-sociali*. Roma: La Nuova Italia Scientifica
- Telfener U. (2011). *Apprendere i contesti. Strategie per inserirsi in nuovi ambiti di lavoro*. Milano: Raffaello Cortina editore.
- Noci E. (1/2010): Il sostegno alle famiglie che curano nell'ottica della sussidiarietà La Rivista di Servizio Sociale. Studi di scienze sociali applicate e di pianificazione sociale



L'approccio sistemico nel Servizio Pubblico: analisi di un caso clinico

Rita Ferrari ⁴

Sommario

Questo articolo considera i contributi che può fornire l'approccio sistemico applicato all'interno di un servizio pubblico. L'autore prende in esame le riflessioni di alcuni autori che hanno distinto tre modalità con le quali considerare l'approccio sistemico nel servizio pubblico: una teoria della tecnica, un modello per leggere le relazioni o un meta-modello che consideri anche la posizione del operatore all'interno del sistema. Con questi tre focus l'autore procede all'analisi di un caso clinico, seguito all'interno del servizio pubblico, in cui verranno presi in esame la questione della diagnosi nei diversi contesti di terapia individuale, familiare e nel lavoro di rete; il problema dell'invio; la posizione dell'operatore all'interno del sistema di cura. Per quanto riguarda le tecniche, l'approccio sistemico si rivelerà importante nel far circolare nel sistema di cura nuove idee sulla diagnosi attraverso la connotazione positiva. Nel lavoro di rete, invece, fornirà chiavi di lettura per leggere alleanze e contro-alleanze tra famiglia, paziente e servizi. Infine verrà considerato come apporto più importante quello della seconda cibernetica che, attraverso i concetti di doppia descrizione e consapevolezza, fornisce la possibilità di leggersi all'interno delle relazioni e di considerare i propri vissuti come informativi della relazione in corso.

Parole chiave:

Approccio sistemico, servizio pubblico, lavoro di rete, doppia descrizione, consapevolezza, riflessività.

Abstract

This article considers the contributions that can provide a systemic approach applied within a public service. The author examines the reflections of some authors who have distinguished three ways in which to consider the systemic approach in public service: a theory of technique, a model for read the relationships or a meta-model that takes into account also the position of the operator inside the system. With these three focus the author undertakes an analysis of a clinical case followed within the public service in which he will examine the question of diagnosis in the different contexts of individual therapy, family therapy and networking, the problem of referring person, the operator's position within the system of care. Regarding the systemic approach, techniques will be important in the care system

⁴ IV anno Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata.

to circulate new ideas about diagnosis through positive connotation. In the work of the network, however, provide keys to read the alliances and counter-alliances between family and patient services . Finally it is treated, as the most important contribution, that of the second cybernetics that, through the concepts of awareness and double description, provides the ability to read within relationships and to consider these experiences as information in the course of the relationship.

Key words:

systemic approach, public service, networking, double description, awareness, reflexivity.



L'APPROCCIO SISTEMICO NEL SERVIZIO PUBBLICO

Analizzando come l'approccio sistemico si sia insediato all'interno del servizio pubblico, possiamo porci tre interrogativi di base: per applicare l'approccio sistemico nel servizio pubblico è sufficiente adottare qualche aggiustamento al paradigma di base o c'è bisogno di un cambio di prospettiva? L'approccio sistemico coincide con la terapia familiare o va considerato un approccio a un livello più globale, una lente attraverso la quale considerare il lavoro, anche quello di rete, presente nel servizio? Può l'approccio sistemico fornire una cornice entro la quale considerare le relazioni degli operatori con le famiglie, analizzando, con riflessività, la propria posizione nel servizio e nella relazione?

Fruggeri, Marzari, Matteini e Castellucci (1995) prendendo in esame parte della letteratura che si è occupata dell'argomento hanno identificato tre filoni epistemologici che delineano un diverso modo di considerare il contesto e l'utilizzo dell'approccio sistemico in esso. Il primo filone viene chiamato percorso della "terapia nel contesto". Si riferisce alle situazioni nelle quali la terapia sistemica viene adattata a livello tecnico ai vincoli imposti dal contesto pubblico considerato come contesto dato a priori. In quest'accezione viene considerata non applicabile la connotazione positiva, in quanto la potenza dell'intervento viene annullata dagli interventi collusivi di tipo biomedico erogati dal servizio che rafforzano la credenza della patologia legata al singolo individuo. Secondo Fruggeri e colleghi (1995) è con quest'ottica che sono sorti all'interno di alcuni Servizi Pubblici centri di secondo livello che offrono terapia familiare gratuita. Sebbene in questo modo

si offra una prestazione qualificata, se essa rimane avulsa dal contesto degli altri interventi, non risolve il problema dell'intervento psicoterapeutico nel servizio.

Il secondo percorso delineato dagli autori è chiamato "controllo del contesto". L'approccio sistemico è qui considerato come modello globale d'analisi. Attraverso esso si leggono i rapporti che la famiglia ha intrapreso con il Servizio nei suoi diversi attori.

L'ultimo approccio proposto viene chiamato "psicoterapia come costruzione sociale". In questo caso viene assunta un'ottica socio-costruzionista all'interno della quale: «Lungi dal considerarsi il direttore delle interazioni, l'operatore include se stesso nell'osservazione in quanto parte del sistema interconnesso dei Servizi che è in relazione con la famiglia.» (Fruggeri, Marzari, Matteini e Castellucci, 1995, p.502).

L'INCONTRO TRA FAMIGLIA E SERVIZI

Un altro aspetto da considerare è che l'incontro tra famiglia e servizi non avviene in un vuoto simbolico, ma in un intreccio di reciproche attribuzioni che determinano il senso di ciò che avviene nel rapporto. Per analizzare questa dinamica è necessario prendere in considerazione non solo quali possono essere le reciproche attribuzioni, ma anche a quali giochi relazionali il loro intreccio può dare luogo.

Laura Fruggeri (1997), analizzando le epistemologie che possono albergare nella mente degli operatori, rintraccia diverse idee di famiglie che condizionano un certo tipo di modello di relazione che si viene a creare. Parla, ad esempio, di modello della "famiglia assente", per riferirsi alla situazione nella quale qualsiasi problematica presentata dall'utente all'operatore viene

considerata come appartenente a lui e come se l'unica relazione da considerare sia quella che l'utente intrattiene con il servizio senza di conseguenza interrogarsi su come gli interventi svolti possano impattare sul sistema di relazioni dell'utente.

Vi è poi il modello della "contiguità separata", in cui l'operatore concepisce se stesso e la famiglia come entità separate che hanno a che fare entrambe con l'utente, anche se in ambiti diversi. In questo caso c'è uno scambio tra operatori e famiglia, ma rimane uno scambio di informazioni che si pensa possano essere utili per l'azione che famiglia e operatori, separatamente, metteranno in atto con l'utente. Anche in questo caso il Servizio non si interroga sulle ripercussioni dei propri interventi nel contesto familiare.

Nel modello della "collaborazione unilaterale", la famiglia è considerata come un agente influente per il buon esito dell'intervento, la si coinvolge per rafforzare l'intervento stesso, la si considera come importante alleata. L'intervento rimane comunque sull'utente, non viene mai considerato l'effetto che l'intervento potrebbe avere sulle stesse relazioni familiari. Fruggeri rileva come questo modello sia molto diffuso e in linea con lo spirito dei tempi, portato a valorizzare l'apporto della famiglia e delle relazioni. Quest'ottica, tuttavia, appare sistemica solo parzialmente in quanto non coglie e non considera l'interdipendenza tra i sistemi stessi, non arrivando mai ad includere all'interno di questa lettura l'azione dell'operatore, il quale continua a porsi frontalmente rispetto alla famiglia.

Nel modello della "sostituzione" gli operatori considerano la famiglia influente ma senza le risorse necessarie per essere d'aiuto all'utente e si pongono in sostitu-

zione ad essa introducendo una frattura tra l'utente e la famiglia. Questa sostituzione alla famiglia può avvenire per delega della famiglia stessa che si dichiara inadeguata e impotente di fronte al paziente.

Infine Fruggeri descrive il modello "co-evolutivo", nel quale vengono considerate le interdipendenze tra i sistemi in gioco, la famiglia non è assente o alleata o ininfluyente o da osteggiare, è semplicemente parte del sistema, così come lo è l'operatore. In questa prospettiva il servizio si pone al fianco della famiglia e dei sistemi con cui è in relazione. Si occupa e riflette delle relazioni in cui l'utente e la famiglia sono coinvolti considerando anche la relazione di se stesso con i vari sistemi. Questo approccio dà maggiore importanza alla relazione e ai significati che in essa si creano più che al livello tecnico dell'intervento stesso.

IL CASO DELLA FAMIGLIA BIANCO

Il contesto

Dopo aver esplorato come può essere considerato l'approccio sistemico nel servizio pubblico e gli intrecci relazionali che possono crearsi nel lavoro con le famiglie, passiamo all'analisi di un caso clinico seguito all'interno del Servizio che può considerarsi paradigmatico da molti punti di vista. Si caratterizza, infatti, per la lunghezza della presa in carico, ad oggi circa sei anni, per l'attivazione sul caso di molte professionalità e per il ruolo del sistema familiare particolarmente attivo nella relazione con il Servizio.

Prima di entrare nel vivo della descrizione del caso è necessario, però, effettuare un'analisi del contesto entro il quale viene preso in carico il caso in questione.

Il contesto del quale ci occupiamo è il Centro di Consulenza e Terapia della Famiglia

nato nel 2002. Si tratta di un Servizio di secondo livello dell'Ausl di Parma che opera all'interno dei servizi territoriali del Dipartimento Assistenziale Integrato di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche. Il Centro si occupa di consulenza, counselling familiare per attività di orientamento trattamento clinico sociale e di comunità.⁵ Il Centro, oltre che alla terapia familiare, può offrire anche un supporto psicologico individuale, come affiancamento o integrazione dell'intervento con la famiglia.⁶ Sebbene la tipologia di servizio possa richiamare quella che Fruggeri et al. (1995) ha definito "terapia nel contesto", in realtà il Centro si è trovato spesso a lavorare per riabilitare relazioni intossicate con i servizi coinvolgendo gli stessi operatori dei servizi inviati.

METODOLOGIA DELL'ANALISI DEL CASO

Passando quindi all'analisi del caso che si intende proporre, viene specificato che la documentazione che verrà utilizzata corrisponde ai verbali delle sedute effettuate in terapia familiare e individuale e alla visione di alcuni tape di terapia familiare effettuati all'interno del Centro di Consulenza e Terapia della Famiglia. La famiglia ha infatti acconsentito alla videoregistrazione delle proprie sedute di terapia familiare. Le sedute individuali si riferiscono invece a

colloqui effettuati all'interno del Centro di Salute Mentale in una prima parte da una psichiatra e poi dalla psicologa sottoscritta. Questi colloqui non sono stati registrati, ma sono stati documentati attraverso la redazione di un verbale.

Non verrà qui riportata tutta l'evoluzione cronologica del caso clinico molto lunga e complessa, ma verranno individuati alcuni passaggi significativi per alcuni focus presi in esame.

BREVE INTRODUZIONE AL CASO

La famiglia Bianco viene presa in carico dal Centro di Consulenza e Terapia della Famiglia nel 2009 a seguito dell'invio effettuato dalla psichiatra del Centro di Salute Mentale di zona che all'epoca stava seguendo il figlio della famiglia in questione da un anno.

La diagnosi del figlio Carlo è quella di sindrome ossessivo-compulsiva. L'invio viene effettuato a seguito di una rilevazione di un clima familiare complesso. I genitori sembrano molto preoccupati per le condizioni del figlio, ma nello stesso tempo faticano a comprendere le sue difficoltà. Essi sembrano aver sviluppato con il figlio una relazione intrusiva e invischiata che si evince anche dal loro rapporto con il Servizio.

La famiglia Bianco è composta dalla madre Luciana di cinquantadue anni, dal padre Enrico di sessantanove anni e dal figlio

⁵Essendo un servizio di secondo livello, l'accesso al centro è dovuto all'invio di altri operatori sul territorio, quali la Neuropsichiatria Infantile, il Servizio Tossicodipendenze, i Servizi Sociali e il Centro di Salute Mentale. La procedura di presa in carico del servizio prevede, attualmente, l'attivazione di un intervento di consulenza psicologica o di psicoterapia attraverso due colloqui preliminari con una conseguente restituzione all'inviante; successivamente si procede ad una eventuale affiancamento della famiglia inviata con un percorso di psicoterapia a cadenza quindicinale/mensile.

⁶Il setting nel quale si opera è composto da una stanza di terapia con un tavolo e delle sedie, nella stanza di terapia sono installati uno specchio unidirezionale, una telecamera e un microfono che permettono la visione della seduta, in una stanza attigua, al gruppo di colleghi osservatori.

Carlo di 21 anni al momento della presa in carico. Le problematiche presenti al momento dell'invio riguardano una grande sofferenza di Carlo che si esprimerebbe attraverso una percezione di sé grandiosa accompagnata da una incapacità pratica nell'affrontare la quotidianità. In più sarebbero state in lui presenti tendenze paranoiche. Nel tempo si avrà una evoluzione della concezione del sé grandiosa che tenderà a scomparire, per consolidare, invece, una tendenza a pensare male del padre. Carlo, avrebbe ad un certo punto sviluppato la convinzione di essere volutamente ostacolato e denigrato dal padre.

IL PROBLEMA DELLA DIAGNOSI: CIÒ CHE CARLO È O NON È...

Considerando l'approccio sistemico come una teoria che ci fornisce delle tecniche da mettere in campo, prendiamo in considerazione il problema della diagnosi. I contributi dell'approccio sistemico alla questione diagnostica sono stati tra i primi e più importanti ed hanno introdotto tecniche come la connotazione positiva delle quali si è tanto parlato. Vediamo ora come e in quale misura tali contributi abbiano trovato una loro applicazione nel caso preso in esame nei tre diversi contesti: terapia individuale, terapia familiare e lavoro di rete.

IL CONTESTO DI TERAPIA INDIVIDUALE

Carlo transita nei servizi della salute mentale da quando aveva quindici anni e sembra aver acquisito un linguaggio prettamente psichiatrico per presentare se stesso. Si descrive attraverso etichette diagnostiche. Interessante analizzare come inizia la conversazione nella prima seduta nel contesto di terapia individuale: «Io sono ossessivo-

compulsivo e in più depresso. Invece mio padre è solo depresso. Potrebbe anche essere ossessivo-compulsivo, ma forse non lo sa, perché se il figlio ha questa malattia, dovrebbe averla anche il padre.»

Nella terapia individuale Carlo esprimerà spesso e a più riprese interrogativi inerenti ciò che lui in effetti è.

L'esigenza e l'obiettivo terapeutico che ho sentito di perseguire in terapia individuale erano quelli di fornire a Carlo un contesto nel quale conoscersi e definirsi indipendentemente dalle diagnosi. La questione della diagnosi in ambito sistemico è stata trattata da Boscolo e Cecchin in un articolo del 1988 nel quale gli autori hanno saputo esporre con grande chiarezza quale sia la differenza tra una "diagnosi psichiatrica" e una "diagnosi sistemica". La diagnosi psichiatrica definisce una realtà senza tempo all'interno della quale il paziente designato viene cristallizzato, congelato in una definizione che lo separa e disconnette dagli altri membri della famiglia. La diagnosi sistemica, invece, è una congettura, un'ipotesi che si basa sui modi in cui in quel momento vengono combinati i dati di realtà. Vista in questo modo la diagnosi comunica come il soggetto osservante in quel momento sta descrivendo una situazione. Gli autori sottolineano come il passaggio fondamentale che ha consentito un vero cambio di prospettiva è stato il passaggio dalla prima alla seconda cibernetica. Nella seconda cibernetica l'osservatore non è più esterno, ma parte del sistema stesso, la descrizione diagnostica di un sistema significa quindi una descrizione alla quale partecipa e di cui fa parte il soggetto osservante (Von Foerster, 1987).

Questo significa innanzitutto che il terapeuta in qualche modo sceglie di legge-

re la situazione in un certo modo e in secondo luogo che il modo in cui decide di leggerla ora, sarà diverso dal modo in cui potrà leggerla in futuro. La diagnosi privata della sua atemporalità perde la sua problematicità: «Il lavoro sistemico è, in un certo senso, l'opposto della diagnosi: è quello di riportare le definizioni nel tempo e nel contesto. Una cosa che non è ancora chiara è il motivo per cui le diagnosi hanno assunto questo senso di ineluttabilità, di indeterminatezza temporale. Se le diagnosi fossero dinamiche, non costituirebbero un problema: si potrebbe dire: "oggi sei schizofrenico, domani magari non lo sarai" (Boscolo e Cecchin, 1988, p.6)

Tornando al caso preso in esame, ci rendiamo conto di come sia impellente per il paziente la necessità di una definizione di sé. Anche gli autori nel citato articolo parlano della possibile funzione positiva della diagnosi che in qualche modo mette ordine, risponde a quella disperata esigenza dell'uomo di definire, di dare significato al caos relazionale che spesso domina le situazioni di sofferenza.

Nel contesto di terapia individuale Carlo riporta una difficoltà sul versante paranoico per la quale egli sembra portato a percepire le intenzioni degli altri come malevole e le possibili invalidazioni come tentativi degli altri di ostacolarlo per l'invidia provata nei suoi confronti.

Pian piano verrà creato un nuovo linguaggio per riferirsi a questa tendenza sulla quale Carlo vuole lavorare ed egli arriverà a nominarla in un nuovo modo. La nuova descrizione, pur rimandando al linguaggio precedente, non lo ricalca e Carlo arriverà a dire di *avere un difetto percettivo* che lo porta in alcune circostanze a sbagliare il giudizio sulle persone relativamente alle

intenzioni nei suoi riguardi, dai verbali di terapia leggiamo: «Penso di avere un difetto percettivo, so che posso avere questo problema, ma a volte credo che non ci siano altre spiegazioni possibili».

Analizzando a livello linguistico quale verbo viene utilizzato possiamo notare l'utilizzo del verbo avere al posto del verbo essere. Il verbo essere con il suo carattere inderogabile imprigiona e si riferisce alla natura ontologica dell'uomo, il verbo avere non intacca l'essenza del soggetto, indica un qualcosa che si aggiunge al soggetto che continua ad esistere indipendentemente da ciò che ha. Si passa in questo modo da una identificazione totale con la malattia (io sono), ad un essere con la malattia (io ho). In questo senso l'approccio sistemico, con l'attenzione "all'atteggiamento curioso" del terapeuta (Cecchin, 1988), suggerisce la libertà di farsi incuriosire autenticamente da ciò che porta il paziente, dal suo mondo e consente di essere liberi di accettare anche le diagnosi che il paziente propone per se stesso, accettando e lavorando sul "*difetto percettivo*" di Carlo.

La possibilità, inoltre, di creare un universo di significato comune in terapia al quale riferirsi per parlare della sintomatologia presentata da Carlo è stato fondamentale per lavorare su quella che Lorenzini e Sassaroli (1995) chiamano immunizzazione: ovvero quello stile di conoscenza in base al quale ci si rende immuni dalle invalidazioni del mondo esterno, i dati di realtà sono ignorati o rielaborati in modo diverso e perdono il loro potere falsificatorio sulle teorie del soggetto.

Carlo riconoscendo ciò che lo ha aiutato maggiormente nella terapia individuale dirà in seduta:

«La cosa che penso sia molto migliorata è

che ora riesco a contemplare la possibilità che ci sia un altro modo di vedere le cose, che possa esserci anche un altro punto di vista oltre al mio. Anche nelle situazioni che si creano con gli amici, adesso riesco a mettere in dubbio come la penso, quando sento che vogliono farmi del male, mentre con mio padre la situazione è ancora difficile...».

LA QUESTIONE DIAGNOSTICA NEL CONTESTO DI TERAPIA FAMILIARE

La questione relativa alla diagnosi di Carlo sarà un tema molto trattato anche in terapia familiare, soprattutto per quanto riguarda come la madre e il padre interpretano e danno significato ai comportamenti di Carlo.

All'inizio del percorso terapeutico la madre riporta spesso in seduta che Carlo si rifugia dietro quella che lei chiama "scusa" della malattia per non fare le cose.

Dai verbali di terapia familiare possiamo leggere: « Luciana dice che il figlio si appella sempre al fatto che è malato, credendo che gli altri debbano in ogni caso accettare qualsiasi suo comportamento.[...] racconta di come nell'ultimo anno sia cambiato il suo modo di approcciarsi a Carlo: è più "aggressiva" e determinata. L'unico modo efficace è quello di metterlo con le spalle al muro: così facendo Luciana crede di aiutare Carlo.»

Il padre Enrico, da parte sua, sembra invece avere una posizione differente dalla moglie: sembra riuscire ad accogliere i comportamenti del figlio solo se incorniciati all'interno di una malattia oggettivamente riconosciuta.

Dai verbali di seduta:« Luciana riferisce che davanti alle mancanze di rispetto da parte del figlio, Enrico le dica di lasciarlo in pace

perché è malato e che, rimproverandolo, non assolve al suo dovere di madre. Luciana vorrebbe invece che Carlo rispettasse delle regole e gli fossero imposti dei limiti, ma non sente nessun tipo di appoggio da parte del padre».

Lo stesso Carlo davanti alle difficoltà in famiglia mette spesso in gioco la questione della sua malattia per cui ricollega ciò che gli accade alla propria diagnosi: « Carlo insinua la considerazione che nel suo caso, un ragazzo affetto da nevrosi ossessive, è importante l'aspetto dell'appoggio da parte dei genitori, cosa che invece non percepisce».

Come scrivevano Boscolo e Cecchin (1988): «Quando si dice di un individuo che 'è schizofrenico' o 'è nevrotico', tutti i suoi comportamenti, da quel momento in poi, vengono visti in relazione alla schizofrenia o alla nevrosi» (p.2). Anche in questo caso il concetto di diagnosi, di malattia, viene in un certo senso reificato, comincia ad esistere in modo autonomo, viene chiamato in causa per giustificare, dare significato ad ogni cosa. Nella dinamica di questa famiglia diventa a sua volta elemento di rottura, non solo separa il malato dai sani, ma viene utilizzato da ciascuno per incolpare l'altro. La questione della colpa sarà infatti un aspetto molto dibattuto e portatore di grande sofferenza. Carlo spesso esprimerà tutta la sua rabbia verso i genitori responsabili della sua malattia. Per i genitori, inoltre, risulterà centrale dimostrare la loro non colpevolezza e difendersi dalle accuse del figlio: per la madre questo significherà andare al contro-attacco. Per il padre subire in posizione più depressiva che Enrico esprimerà in seduta a più riprese: «Enrico interviene dicendo che vorrebbe che Carlo arrivasse a comprendere che loro non

sono gli unici responsabili della sua malattia; Carlo colpevolizza i genitori e questo li fa molto soffrire. [...] L'uomo si chiede se il disturbo del figlio possa essere in qualche modo biologico e possa averglielo trasmesso lui».

In terapia familiare l'intervento che è stato fatto è andato nella direzione di far desistere la famiglia dal perseguire questa caccia alle streghe alla ricerca del colpevole e di come una situazione di sofferenza così profonda nelle relazioni abbia in tutti i partecipanti una parte di responsabilità.

In terapia vengono anche sostenuti i genitori a comprendere che riconoscere le difficoltà di un figlio con una diagnosi psichica non significa in nessun caso rinunciare alla propria posizione di guida genitoriale e di come sia importante il concetto di limite.

A Carlo, invece, verrà restituito come «l'aver perso la speranza di poter uscire da una situazione di così grande sofferenza rischia di diventare un alibi per rimanere inchiodato allo stesso punto. La vita della persona non è fatta dalla sola famiglia, questo significherebbe chiudere alla vita».

LA DIAGNOSI NEL SISTEMA DI CURA

Il trattamento della famiglia Bianco ha coinvolto molti professionisti: terapeuti nei contesti familiari e individuali, lo psichiatra, l'educatore. Assumendo l'ottica di Anderson Goolishian e Winderman (1986) possiamo chiederci quanto sia grande questo sistema. Secondo gli autori ci si deve occupare dei Sistemi Determinati dal Problema (P.D.S), ovvero dell'insieme di soggetti che parlano, si interfacciano e costruiscono significati intorno al problema. In quest'ottica non è l'individuo, non è la famiglia nucleare o estesa l'oggetto di cui occuparsi, ma l'intero sistema che costi-

tuisce significati intorno al problema: «Una visione del sistema basato sul linguaggio permette a coloro che sono coinvolti nella comunicazione del problema di definire il sistema di cura. [...] Noi includiamo anche il terapeuta come parte del P.D.S., soltanto accettando una richiesta il terapeuta comincia a partecipare a un processo comunicativo e quindi diventa un membro attivo comunicante del P.D.S.» (Anderson, Goolishian e Winderman, 1986 p.17).

Come abbiamo detto quando viene preso in carico dal Centro di Consulenza e Terapia della Famiglia Carlo ha alle spalle una storia di relazione con i Servizi di Salute Mentale. Egli viene inviato da una psichiatra del Centro di Salute Mentale.

È interessante a questo punto analizzare come e con quali modalità sia circolato il discorso relativo alla diagnosi nell'intero sistema di cura.

Nell'equipe hanno circolato diversi orientamenti teorici: la psichiatra ha un'impostazione, oltre che medica, psicodinamica, l'educatrice professionale è consulente sistemico e i terapeuti del Centro di Terapia della Famiglia adottano la prospettiva sistemico-relazionale.

Le descrizioni di Carlo proposte negli incontri di equipe dal sistema psichiatrico sono state molto connotate dal verbo essere, tuttavia in equipe è stato possibile condividere nuove letture.

Ad esempio è stata introdotta da parte dell'equipe terapeutica del Centro di Consulenza e Terapia della famiglia l'idea che la rabbia di Carlo nei confronti dei genitori e in particolare del padre potesse essere un segnale di evoluzione e di autonomia e non (o non solo) un sintomo paranoide. Sono state inoltre sottolineate, rileggendole positivamente, le nuove capacità di

Carlo di non soccombere alle critiche dei genitori e di proporre commenti adeguati all'età. Questa, che potremmo definire connotazione positiva, è stata accolta dalla psichiatra che ha da questo punto cominciato a leggere diversamente alcuni segnali di crescita in Carlo, tanto da spingerla a pensare per lui la necessità di altri interventi.

Dal verbale di intervizione sul caso possiamo leggere: «La psichiatra riferisce come ad oggi Carlo possa permettersi una relazione terapeutica differente, piuttosto che prettamente psichiatrica. Nonostante si sottolinei la necessità di una terapia farmacologica (Carlo è arrivato con una sintomatologia franca con aspetti di personalità paranoico/narcisistici), la dottoressa prevede una potenziale sospensione dei farmaci, mentre permane la necessità di incontrare Carlo periodicamente».

IL PROBLEMA DELL'INVIO

Prendendo ora in considerazione come l'approccio sistemico si possa rivelare importante per leggere gli intrecci relazionali che si verificano non solo nella famiglia, ma anche tra gli operatori che operano con quella famiglia e la famiglia stessa. A questo livello possiamo identificare alcune ridondanze relazionali che caratterizzano il nostro sistema determinato dal problema, considerando se sia possibile riconoscere alcune delle situazioni paradigmatiche messe in luce dal modello di Fruggeri (1997).

Analizzando come giunge il caso al Centro di Terapia della famiglia, possiamo concentrarci sul problema dell'invio.

Il caso viene inviato dopo una valutazione del funzionamento familiare come altamente disfunzionale. Il sistema familiare viene

descritto dagli operatori come invischiato e iperprotettivo nei confronti del ragazzo. La descrizione sembra riflettere una posizione frontale dell'operatore che descrive da esterno la situazione che ha davanti a sé. In realtà questa descrizione ha molto a che fare anche con la relazione che si è instaurata tra i familiari e il servizio. Carlo all'inizio della consultazione è già maggiorenne e quindi la sua presa in carico non comporterebbe necessariamente un coinvolgimento dei genitori, tuttavia essi, in particolare la madre, si mostrano molto intrusivi nei confronti delle relazioni che Carlo intrattiene con gli operatori dei servizi. Luciana chiama spesso gli operatori dopo i colloqui, vuole sapere cosa ha raccontato il figlio, vuole conoscere le azioni che si stanno portando avanti.

In quest'ottica l'invio al Centro di Consulenza e Terapia della famiglia potrebbe anche essere letto come mosso dalla difficoltà di "tenere dentro" la famiglia e come necessità di inviarla nel luogo preposto ad occuparsene. Si potrebbe dire che il modello degli operatori in questo senso potrebbe essere quello della "contiguità separata" di Fruggeri (1997), in cui la famiglia è considerata avere influenze ma è tenuta fuori dall'intervento terapeutico o quello della "sostituzione", in cui la famiglia è considerata inadeguata e nel quale il servizio si pone in sua sostituzione.

Nel caso preso in esame sebbene l'invio al Centro di Consulenza e Terapia della famiglia possa essere letto come un modo per collocare altrove una famiglia difficile con la quale relazionarsi, esso può aver rappresentato, in realtà, un'occasione per costruire insieme un sistema di cura integrato in cui è possibile assumere un'ottica "co-evolutiva" nella quale tenere dentro famiglia

e operatori e osservarsi nella relazione.

L'equipe del Centro di Consulenza e Terapia della Famiglia ha creato un contesto in cui potersi confrontare e in cui poter considerare la famiglia nel suo complesso anche da parte degli operatori che lavoravano soltanto con Carlo. La modalità pratica con cui ciò è stato fatto è stata la partecipazione a sedute dietro lo specchio da parte degli operatori con la partecipazione ai pre-seduta e post-seduta per raccogliere le impressioni e comprendere meglio il percorso.

La possibilità di condividere queste riflessioni e di "tirare dentro" il sistema operatori che si occupano di Carlo si rivela fondamentale. Questo coinvolgimento è possibile grazie ad una adesione strategica iniziale alle premesse degli operatori e accettandone la definizione del problema da cui poi costruire una collaborazione per sviluppare nuove narrazioni, nuovi modi di definire e definirsi in relazione al problema e al rapporto con la famiglia.

L'OPERATORE DENTRO AL SISTEMA

Se consideriamo invece l'approccio sistemico come un metamodello possiamo leggere quali sono le dinamiche in gioco considerando la posizione dell'operatore stesso all'interno del sistema.

Analizzando la dinamica dal punto di vista dei triangoli relazionali messi in gioco nella relazione tra famiglia e servizi è possibile identificare un sistema di relazione ricorrente che Carlo mette in scena nel suo rapporto con i servizi.

Assumendo un'ottica sistemico-costruttivista possiamo dire che Carlo costruisce alleanze con gli operatori dei sistemi ai quali in qualche modo chiede sostegno nella sua lotta contro il sistema familiare.

La famiglia, da parte sua, contro reagisce attaccando a fasi alterne Carlo o il sistema di cure. Il sistema di cure, se non aiutato a leggere la dinamica del gioco, può essere portato a sentire l'esigenza di schierarsi da una parte o dall'altra o a difendere se stesso. In questo senso c'è il rischio di essere parentificati (Telfener, 2011) e di agire come membri omeostatici di un sistema nel quale ci si trova invischiati.

Nel contesto di terapia individuale da me condotto ho potuto sperimentare in prima persona la difficoltà dello stare all'interno della relazione terapeutica con il paziente e confrontarmi con la famiglia che ha fatto sentire fortemente la sua presenza.

Le comunicazioni di Luciana hanno riguardato per la maggior parte situazioni nelle quali Carlo si è dimostrato aggressivo o poco rispettoso nei confronti dei genitori. Il tono delle comunicazioni è stato spesso concitato, quasi venissero scritte in preda ad uno sfogo emotivo. La madre si è mostrata molto spesso critica e aggressiva nei confronti del contesto terapeutico, lamentando la mancanza di soluzioni. Dalle comunicazioni inviate possiamo leggere: «Riferisca pure al terapeuta familiare che io non so se parteciperò ancora alla terapia, visti i risultati... Siamo condannati, e la cosa non interessa a nessuno, perché ci sono casi più gravi, così aspettiamo che anche questo diventi di una gravità considerata sufficientemente a rischio.....mi scusi, ma siamo veramente al supplizio: non se ne può più.... »

Il suo atteggiamento ambivalente sembra in bilico tra l'attacco aggressivo nei confronti del servizio incapace di dare risposte e a cui dare la colpa della mancanza di cambiamento e l'affidarsi passivamente ad esso delegandogli ogni responsabilità.

Da parte del terapeuta non è facile portare avanti il percorso terapeutico senza essere preda della propria emotività e quindi agire mosso dal desiderio di proteggere la relazione terapeutica con il paziente da interferenze esterne; oppure sentirsi squalificato e quindi entrare in simmetria con la famiglia non accettando la delega sul cambiamento del paziente sentendo il peso di questa responsabilità.

L'approccio sistemico consente di assumere una nuova posizione dalla quale progettare interventi in un'ottica di costruzione sociale dove l'intervento viene co-costruito e la posizione degli operatori è al fianco della famiglia.

Leggendo i messaggi di Luciana in quest'ottica è stato possibile rimandarle un senso di accoglienza e di presenza da parte del Servizio unito ad una non accettazione della delega sul cambiamento.

Per quanto riguarda il contesto di terapia individuale ho deciso di rimandare a Luciana la difficoltà che sentivo rispetto allo stare all'interno di un conflitto di lealtà in cui mi veniva fortemente chiesta un'alleanza con la famiglia che era in contrasto con l'alleanza terapeutica faticosamente costruita con il figlio. D'altra parte ho cercato sempre di trasmettere comprensione e accoglienza verso il vissuto della madre. Nel contesto di terapia familiare è stata rimandata l'importanza dell'accoglimento della sofferenza unita ad una restituzione della delega sul concetto di cambiamento: «Purtroppo annoto che lei, Luciana, insiste ad attribuire a noi poteri enormi. Se sposta su di noi la possibilità di cambiamenti significativi, rischia di restare in una posizione di attesa invana. Le ricordo che ciò che compete a noi è solo tentare di offrire spunti, sollecitazioni, che possono essere colti,

ma non pensati determinanti per il cambiamento. Il cambiamento si colloca solo nella vostra vita. Possiamo anche, come credo stiamo cercando di fare con tutto il cuore, essere con voi, per non farvi sentire soli, anche se forse può sembrare inutile, non per noi».

La posizione assunta ha come obiettivo quello di offrire un contenitore alla famiglia nel quale riversare la propria sofferenza, ma anche restituirle una visione che rinforzi le sue capacità di autodeterminazione.

RIFLESSIONI CONCLUSIVE

Giunti al termine di questo percorso vale la pena riprendere i quesiti iniziali e provare a dare alcune risposte.

Se consideriamo l'approccio sistemico una prospettiva teorica in grado di darci delle tecniche, delle prassi da mettere in campo, possiamo chiederci in che modo essa debba essere adattata al contesto del Servizio Pubblico. Se assumiamo questa prospettiva possiamo dire che nel caso preso in esame è stato possibile aprire a nuove visioni della diagnosi attraverso la connotazione positiva. Da rilevare che ciò è stato possibile condividendo con la rete alcune riflessioni e non imponendo la propria visione.

Ad un altro livello ci siamo chiesti, quindi, se potesse essere utile considerare l'approccio sistemico una lente attraverso la quale leggere il lavoro di rete presente nel servizio.

Tornando al caso preso in esame l'approccio sistemico ci ha fornito modelli con i quali considerare le alleanze e le triangolazioni presenti nel rapporto tra gli operatori e la famiglia. Nel caso esaminato è stato importante leggere le dinamiche di siste-

ma e costruire spazi di condivisione con la rete di operatori che si sono occupati del caso.

Facendo un ulteriore passo avanti ci siamo chiesti se l'approccio sistemico potesse rappresentare una posizione epistemologica che ci aiutasse a considerare con riflessività anche la nostra posizione nella relazione con gli operatori e con le famiglie.

Nel rapporto con la famiglia è stato necessario mettersi in ascolto del proprio vissuto davanti ad una madre che continuava a voler entrare con forza nel percorso individuale del figlio, che attaccava la terapia e il servizio stesso. Per fare questo ulteriore passaggio è utile richiamare il concetto di doppia descrizione di Bateson (1979) che, nel nostro caso, potrebbe essere tradotta come necessità di osservare il paziente con le sue dinamiche familiari da un lato e dall'altro osservarsi nella relazione con il paziente mentre si comunica sulle relazioni nelle quali è inserito. Per avviare questo tipo di riflessione è necessario agire con consapevolezza: «avere consapevolezza ... è essere in relazione o, ancora meglio, essere la relazione, con tutto ciò che in essa si può sentire, attraverso il soffio delle emozioni» (Restori, 2010, p. 3). La consapevolezza aiuta a essere presenti a se stessi e cogliere ed accogliere i segnali di sofferenza. In questo caso è stato fondamentale accettare la sofferenza della famiglia, limitandosi in alcuni momenti all'accoglimento di questa. Molto spesso è l'incapacità di stare con la nostra sofferenza richiamata dalla sofferenza della famiglia a spingerci ad agire a tutti i costi non considerando, però, il contesto e la responsabilità relazionale nella quale ci muoviamo. Keeney (1985) parlava di sviluppare una sensibilità estetica per la terapia, abbandonando atteggiamenti de-

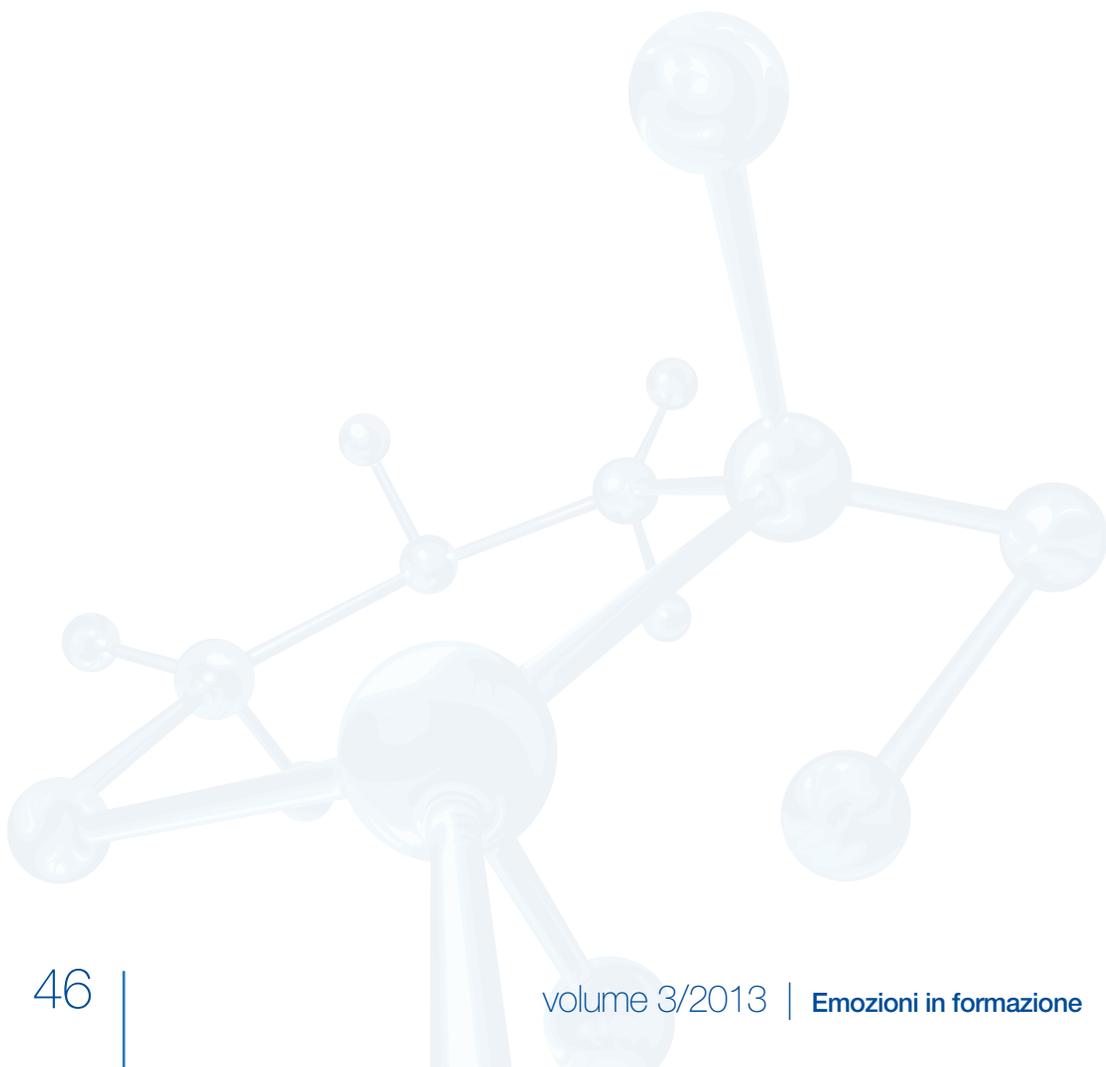
terministici guidati dalla finalità cosciente che hanno come scopo il raggiungimento di obiettivi prestabiliti. Agire con sensibilità estetica significa utilizzare saggezza «cioè la capacità di sentire e riconoscere la realtà circuitale» (Bateson, 1972, p.182). Nella terapia della famiglia porsi obiettivi che mirino ad un cambiamento predeterminato dal terapeuta è rischioso in quanto non tiene conto del contesto ecologico globale entro cui l'intervento si colloca; «il contesto è una categoria della mente, origina e prende forma nella relazione, che in modo ricorsivo ne ridetermina i significati e nuove cornici attraverso cui si ridefinisce il senso del contesto stesso: un movimento ricorsivo e di tipo riflessivo tra individuo e ambiente, dove è possibile transitare in consapevolezza» (Restori 2011, p.5).

L'approccio sistemico con l'apporto della seconda cibernetica ha aperto alla possibilità di collocarsi all'interno del sistema, considerando come non sia possibile distinguere osservatore da sistema osservato. Noi facciamo a tutti gli effetti parte dei sistemi in cui operiamo, per cui è necessario considerare come gli interventi con le famiglie debbano essere co-costruiti: questo è sicuramente l'apporto più importante dell'approccio sistemico nel Servizio Pubblico.

Bibliografia

- Anderson, H., Goolishian, H., Winderman, L. (1986). Problem determined systems: Toward a transformation in family therapy. *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, 5, (4)pp. 14-19.
- Bateson, G. (1972). *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi.
- Bateson, G. (1979). *Mente e natura*. Milano: Adelphi
- Boscolo, L., Cecchin, G. (1988). Il problema della diagnosi da un punto di vista si-

- stemico. *Psicobiiettivo*,(3)8, 19-30.
- Cecchin, G. (1988). Revisione dei concetti di Ipotizzazione, Circolarità, Neutralità: un Invito alla Curiosità, *Ecologia della Mente*, 5, 29-41.
 - Fruggeri, L. (1997). *Famiglie .Dinamiche interpersonali e processi sociali*. Roma:Nis.
 - Fruggeri, L., Marzari, M., Matteini, M. , Castellucci, A. , (1995). Servizi pubblici e terapia sistemica: Teorie e tecniche nell'incontro con le famiglie. In A. Gurman, D. Kniskern, (eds.), *Manuale di terapia della famiglia*. Ed. it. a cura di P. Bertrando. Torino: Bollati Boringhieri.
 - Keeney, B. (1985). *L'estetica del cambiamento*. Roma: Astrolabio.
 - Lorenzini, R., Sassaroli, S., (1995). *Attaccamento, conoscenza e disturbi di personalità*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
 - Restori, A. (2010). *La consapevolezza nelle relazioni di aiuto*. *Cambia-menti*, 1, 6-8.
 - Restori, A. (2011). Attenzione sensibile al contesto. *Per una formazione attenta al tema della consapevolezza*. *Cambia-menti*, 3, 5-10.
 - Telfener, U. (2011). *Apprendere I contesti. Strategie per inserirsi in nuovi ambiti di lavoro*. Milano: Raffaello Cortina.
 - Von Foerster, H. (1987). *Sistemi che osservano*. Roma: Astrolabio



La sistemica nei servizi di salute mentale: fenomenologia del SPDC di Parma

Filippi Federico, Panella Silvia, Torsello Andrea ⁷

Sommario

L'articolo proposto affronta il complesso approccio delle varie figure sociosanitarie (medici, infermieri, educatori, psicologi) all'interno di un servizio psichiatrico di diagnosi e cura. In un'ottica sistemico-fenomenologica gli autori hanno tratteggiato una prospettiva intersoggettiva che permette di contribuire ad un processo di connessione tra operatori e paziente, in una rete articolata di meta-riflessioni circa la propria disponibilità di osservazioni e credenze a riguardo di idee (perfette), tempo e relazione. Un approccio al contesto di natura narrativa che appare sensibile al vissuto soggettivo di tutti gli attori che abitano il reparto in un particolare momento del ciclo vitale, proprio e altrui. L'intento è quello di proporre irriverentemente nuovi strumenti per migliorare la quantità e qualità della transizione degli operatori nella relazione interna a un contesto sanitario, tanto peculiare, come quello del SPDC.

Parole chiave:

SPDC; Idee perfette; Tempo; Irriverenza; Narrazione; Intersoggettività

Abstract

The proposed article addresses the complex approach of the various health and social care-givers (doctors, nurses, educators, psychologists) within a psychiatric service of diagnosis and treatment. From a systemic and phenomenological point of view, the authors have outlined an intersubjective perspective that could contribute to a process of connection between the professionals and the patients in an extensive network of meta-reflections about their availability of observations and beliefs regarding (perfect) ideas, time and relation. A narrative approach to the context that seems to be sensitive to the subjective experience of all the actors that occupy the ward in a particular moment of their own and others' life cycle. The purpose is to be able to add irreverently new instruments to improve the quantity and quality of the transition of the professionals in the relationship within such a particular health context as SPDC (Psychiatric Service of Diagnosis and Treatment).

Key words:

SPDC; Perfect ideas; Time; Irreverence; Narrative; Intersubjectivity

⁷ Il anno Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata. E-mail: silvia.panella@alice.it, drtorselloandrea@gmail.com, dott.federico.filippi@gmail.com

FENOMENOLOGIA E SISTEMICA

Ciò a cui tendiamo è una visione che possa connettere sistematicamente tra loro il paziente e il sistema di cura partendo da un'auto-riflessione del sistema stesso.

Rifacendoci a Ballerini (1973, 2011), intendiamo porre il focus dell'attenzione non tanto sulle manifestazioni morbose quanto piuttosto sull'osservare i vissuti che a tali manifestazioni sottendono, nonché i vissuti propri dell'equipe. Ci riferiamo quindi alla psicopatologia neuro-fenomenologica in quanto essa è la disciplina che intende cogliere le singole esperienze sia incarnate che relazionali della persona e le diverse forme di sofferenza (Fusilli, 2006; Varela, 1992).

Lo psicopatologo è legato alla propria capacità di osservare, di sperimentare un'apertura verso nuovi problemi e alla propria ricchezza, perché come ci ricorda Jaspers (1965), l'impassibilità e la commozione procedono unite e non possono contrapporsi tra loro, mentre la fredda osservazione di per sé non vede nulla di essenziale.

E' all'interno di tale cornice che sembra emergere la necessità di intercettare il vissuto del sistema SPDC, paziente e famiglia inclusi, all'interno del dominio linguistico della narrazione. E' infatti per mezzo del racconto che il soggetto organizza una propria identità e un proprio tempo, è attraverso la mediazione del linguaggio, come esperienza incarnata, che il tempo si installa quindi come elemento essenziale dell'identità umana.

La narrazione, intesa aristotelicamente anche come conoscenza, può svilupparsi in due diversi modi. La prima implica un racconto in prima persona in cui si delinea una conoscenza di se stessi e dell'altro nella sua intersoggettività, una percezione e comprensione "dell'altro da sé" fondate sull'em-

patia; dove per empatia si intende la capacità di cogliere il vissuto dell'altro attraverso l'acquisizione di un nuovo punto di vista che consenta di ampliare la nostra prospettiva ma è, al tempo stesso, un tipo di esperienza che ci permette di cogliere aspetti di noi stessi che altrimenti, a fatica, verrebbero alla luce (Bracco, 2011).

La seconda coincide con una conoscenza dell'altro in terza persona che si propone di comprendere il soggetto attraverso una prospettiva lineare e fondata su una causalità che rischia di stabilire connessioni poco attente al tempo e allo spazio dell'individuo. Una conoscenza empatica e intersoggettiva, relativa al come, si contrappone così ad una conoscenza oggettiva del cosa. Come sottolinea Muscelli (2009), tra soggettivismo ed oggettivismo esiste però una terza via che consiste nel superare tale contrapposizione restituendo a livello delle parole una storia che ne comprenda l'essere totale del sistema.

In questo senso la psicopatologia che sentiamo di esprimere vuole compiere operazioni di chirurgia estetica volte a mostrare una prassi di cura dal volto umano, meno compromesso con la prassi istituzionale. Tale metodologia sviluppa una riflessione sull'essenza delle operazioni conoscitive, emotive e terapeutiche mediante le quali avviciniamo i disturbi mentali. Vorremmo promuovere una visione dell'accostamento etico tra individui, come tale si realizza in un SPDC, che sia epistemologicamente irriverente ovvero *un modo nuovo di guardare a sé stessi e agli altri[...]*. (Cecchin, Lane, Ray, 1993, pag.18).

ISTITUZIONE E IRRIVERENZA

L'adesione assoluta ad un unico modo di concepire il disagio psichico pensiamo pos-

sa divenire per il sistema di cura una specie di camicia di forza che lo pone di fronte a situazioni impossibili. Un'illusoria via d'uscita accettabile è l'assunzione del ruolo di "esperto" da parte di chi opera all'interno del sistema e che si fa carico della vita dei suoi pazienti. Questa posizione si rivela non etica perché il sistema che l'adotta non è in grado di valutare le conseguenze che avrà la prassi del proprio operato. Una possibile soluzione è quella di essere irriverenti ossia assumere un atteggiamento mentale riflessivo che consenta di agire senza cadere nell'illusione del controllo. Il terapeuta irriverente sabotava i modelli e le storie che vincolano la famiglia e l'istituzione entro schemi prefissati, seminando confusione e incertezza, creando così le condizioni perché i pazienti possano sviluppare modelli e punti di vista differenti e possibilmente meno costrittivi. L'irriverenza sembra conciliare posizioni che a prima vista sembrano antitetiche. Si può essere irriverenti solo verso ciò che si conosce bene: essa non può prescindere dalla conoscenza. I reparti psichiatrici finiscono spesso con il divenire strumenti di controllo sociale nonostante gli sforzi di chi ci lavora. Facendosi portatore di un atteggiamento irriverente all'interno dell'ospedale, il terapeuta può contribuire a portare flessibilità in tale contesto. Il terapeuta può essere sottoposto a molte richieste, non sempre in accordo tra loro: tentare di soddisfarle tutte può far diminuire, se non addirittura annullare, l'efficacia del suo intervento. Essere irriverenti non significa essere rivoluzionari, l'obiettivo non è la lotta contro l'oppressione. La maggior parte degli ospedali psichiatrici così come delle istituzioni in genere, sono garanti della stabilità ed avvallano i valori culturali dominanti (Cecchin, Lane, Ray, 1993).

Non è pensabile chiedere ad un'istituzione di cambiare e gli attacchi aperti si rivelano inutili e controproducenti. Fare uso della creatività e della flessibilità al fine di costruire un contesto di lavoro significativo, consente al terapeuta di essere irriverente così da aiutare le istituzioni ad essere meno rigide, meno oppressive, e forse ad avviare un processo di auto-dissoluzione. Mantenere la flessibilità vuol dire mantenere aperto un dialogo sia con l'equipe che con i pazienti, cercando di rispettare il punto di vista di tutti.

All'interno di una istituzione si può essere irriverenti verso un approccio nosografico così da aiutare i pazienti a considerare le diagnosi degli esperti come espressione di un punto di vista tra i molti possibili. Difatti quando un terapeuta rimane troppo legato alle proprie premesse, rischia di non vedere altri modi possibili di guardare ad una data situazione, non riuscendo così a cogliere i movimenti verso un possibile cambiamento.

KAIROS: I TEMPI OLTRE LE IDEE PERFETTE

Fin da subito ci è parso come il sostare in un SPDC sottoponesse gli operatori in esso attivi a delle forze di campo (Lewin, 1972) robuste in cui il tempo e lo spazio fossero preminenti, vincolanti l'intero sistema.

In tal senso si potrebbe riflettere su come si coniughino, da un lato il tempo "spazializzato" della fisica (Bergson, 1973), inteso da chi scrive come luogo dei mandati e della gestione/cura, della esclusività, dall'altro il tempo *vissuto*, il costante relazionarsi tra sistema di cura e paziente, ma pure la riflessione che ognuno fa della propria esperienza che diviene, istante dopo istante, anche nell'incontro della propria e altrui sofferenza (Minkowski, 1971).

Il quadro temporale del reparto, declinando le riflessioni di Bertrando e Boscolo (1993) è scandito da numerosi intervalli dedicati a numerose routines e attività, non ultime le incessanti compilazioni di documenti clinici, che rappresentano il *tempo oggettivo*, il dato artificiale e misurabile (chronos) del SPDC. Eppure tale dimensione pare essere immersa in una "interminabile danza" con un tempo- flusso ininterrotto di istanti e relazioni, generatori (disintegratori) di senso, che il paziente pare incarnare, così come ogni membro del sistema di cura (kairos). Spazio e tempo in tale intendimento parrebbero superare la strenua categorizzazione che le istituzioni e cultura impongono, quelle che chiamiamo, con Cecchin e Apolloni (2003), *idee perfette*, ovvero "luoghi", premesse cliniche e particolari mandati, parte di una organizzazione finalizzata. È il processo clinico d'incontro con la sofferenza dell'altro e con la propria di professionista, che potrebbe favorire un nuovo significato del concetto di sistema SPDC che potremmo racchiudere nei costrutti di *macchine banali e macchina di Turing*. Le macchine banali non sono suscettibili ai cambiamenti, sono indipendenti dalla loro storia, dalla narrazione che le coinvolge. La loro tendenza all'omeostasi le rende statiche, autoreferenziali, *perfette*. Le macchine non banali o di Turing, al contrario, dipendono dalla loro storia, dagli eventi e dalla contingenza, tali da modificarne la propria struttura e organizzazione.

Pertanto, attenti ai nostri pregiudizi (Cecchin, 1997), abbiamo voluto privilegiare una visione in divenire delle storie che il sistema SPDC contiene in sé e deve lasciare fluire in tempi rigidi, il kairos, la metafora che vogliamo affrontare nell'approccio clinico orientato alla comprensione del divenire vitale di un

servizio, di un equipe, di un paziente. L'incontro come incessante comunicazione, una connessione narrativa co-costruita e ricorsiva che vada oltre l'idea perfetta di un protocollo operativo atemporale e che non si concluda neppure nella nostra visione, di certo riduzionistica.

IL CONTESTO SPDC

All'interno dei Servizi di Salute Mentale, il reparto SPDC è uno dei servizi più complessi.

La maggior parte dell'utenza che afferrisce al SPDC, è costituita da pazienti che si trovano a vivere particolari momenti di sofferenza individuale o familiare, che hanno esperienza di intolleranza e/o espulsività sociale. Ciò che li accomuna è il bisogno di cure immediate e diagnosi appropriate. E' richiesta una risposta urgente al bisogno dell'individuo, della famiglia, e/o a un'emergenza del contesto sociale. Molto spesso, alcuni dei pazienti cronici giungono al Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura eludendo il filtro territoriale e cercando un'accoglienza diretta, oppure attraverso il Trattamento Sanitario Obbligatorio.

Il ricovero nel reparto psichiatrico ha diversi obiettivi, tra cui quello di fornire un servizio diagnostico che permetta l'identificazione dei sintomi e l'assegnazione a una categoria nosografica e al tempo stesso garantire un periodo di osservazione che consenta di riconoscere i bisogni del paziente. In tal senso cura significa, oltre all'adozione di un protocollo di terapia farmacologica mirato alla riduzione dei sintomi, anche accoglienza e contenimento della frammentazione del paziente, riconoscimento e salvaguardia delle sue parti sane e delle sue risorse, ricostruzione di una migliore possibilità di funzionamento dell'lo, recupero e rimessa

in gioco delle relazioni interpersonali e costruzione di un'alleanza terapeutica.

I motivi della crisi che portano un paziente ad essere ricoverato in SPDC possono essere letti euristicamente in due modi: uno che guarda alle cause che hanno condotto l'evento stesso, l'altro che guarda alla fenomenologia a *posteriori*. Nel primo caso la crisi assume il significato di una violazione delle norme proprie della cultura di appartenenza e si esplica in atti di violenza agiti verso altri e/o verso se stessi dalla persona che sarà poi ricoverata; seguendo la seconda lettura si corre però il rischio di stigmatizzare lo stato di salute mentale dell'individuo, che in modo più visibile e sancibile socialmente, ha messo in atto il "comportamento trasgressivo".

Per quanto riguarda invece il reinserimento dell'individuo nel contesto sociale una volta che verrà dimesso, Sparvoli e Di Massimo (2006) hanno distinto due possibili esiti: da un lato c'è il reinserimento voluto ideologicamente dalla psichiatria che intende negare l'Ospedale Psichiatrico e per certi versi, imporre il malato a quel contesto che, nell'ottica psichiatrica, vorrebbe disfarsene in modo impietoso; dall'altro c'è il reinserimento che ricomponi il fallimento della collusione fondante la convivenza, creato dalla crisi psichiatrica. Questa ricomposizione richiede, oltre ad una competenza farmacologica, anche una competenza a ricostruire il sistema che è andato in crisi; ciò può essere fatto -come abbiamo in parte tentato di fare anche mediante l'utilizzo di un questionario- lavorando sull'immagine della malattia mentale entro uno specifico contesto sociale, analizzando la rappresentazione culturale dei Servizi di Salute Mentale sul territorio e degli operatori che in tali servizi lavorano.

PSICOLOGI IN SPDC

Nei 321 SPDC esistenti in Italia, la presenza degli psicologi è di una, massimo due, unità di servizio (Sparvoli, Di Massimo, 2006). La finalità ultima del loro intervento è stabilire e costruire le condizioni idonee al reinserimento del paziente stesso entro il suo sistema di convivenza, con la famiglia e con la rete sociale di appartenenza. Per raggiungere tale obiettivo è necessario individuare uno spazio e un tempo affinché l'approccio terapeutico possa esplicarsi così da approfondire la conoscenza del nucleo da cui è originata la frammentazione. Ciò risulta essere spesso in contrasto con la *mission* dei reparti di Diagnosi e Cura, dove, per mandato istituzionale, la dimensione spaziotemporale assume un significato differente. I tempi sono spesso rapidi e brucianti, la durata del ricovero varia da un minimo di sette ad un massimo di quindici giorni; un tempo così ridotto può rendere difficile, se non impossibile, la comprensione del paziente ma trova una sua giustificazione nel tentativo di allontanare lo spettro del "paziente istituzionalizzato" come accadeva nei vecchi ospedali psichiatrici. Gli spazi sono solo in apparenza ibridi, dal momento che tutte le figure presenti in SPDC entrano in contatto tra loro, ma tali figure occupano (per la maggior parte del tempo) uno spazio esclusivo (Stanghellini, 2011). Viene così meno lo spazio della prossimità, quello spazio che non può essere misurato ma solo vissuto. In questo spazio reso omogeneo dal riconoscimento e dall'approssimarsi reciproco(,) è possibile stabilire una differenza. E' attraverso tale differenza che gli individui possono sia misurare e valutare la distanza dell'altro e dall'altro, sia riconoscere l'altro per ciò che è: tale situazione ha pesanti conseguenze sul piano emozionale per i

pazienti, per le loro famiglie e per gli stessi operatori che lavorano in reparto (Longordo, 2012; Sparvoli, Di Massimo, 2006; Stanghellini, 2011).

Sempre in relazione al concetto di distanza, Bracco (2001) ha indicato tale contesto come luogo in cui si vive *l'esperienza di uno spazio senza soggetto e di un soggetto senza spazio*. L'implosione della distanza cui si assiste, l'annullarsi di quel "gioco" che consente il protrarsi e il ritrarsi dell'io e del mondo l'uno verso l'altro, l'uno grazie all'altro, l'uno nella sua differenza dall'altro, conosce infatti, qui, il suo grado zero.

E' all'interno della relazione terapeutica che il paziente potrebbe assumere un punto di vista riflessivo sul proprio sintomo e più in generale, su sé stesso. Il sistema di cura attuale per com'è strutturato rischia di perdere la visione globale del tempo e di rimanere cristallizzato: l'obiettivo è superare senza danni per nessuno i giorni del ricovero e riconsegnare il paziente a famiglia e territorio con sintomi attenuati. Spesso all'interno dei reparti di Diagnosi e Cura si lavora spinti da obiettivi pressanti che si traducono nel produrre una diagnosi e attivare un percorso trattamentale in tempi brevi. L'istituzione sembra assumere un ruolo inerte e semplificante, rischiando di percepire le crisi solo come riacutizzazioni sintomatiche che rendono difficile l'attuazione di interventi volti a ri-conoscere e dis-articolare la vicenda del paziente dalla cronicità. Il tempo all'interno del reparto si configura come un tempo razionale che difficilmente permette l'emergere di un tempo *vissuto* (Minkowski, 1971); agendo in questa direzione si corre però il rischio di essere sordi al richiamo dei bisogni dei pazienti rischiando di costruire carriere di pazienti istituzionalizzati.

La funzione dello psicologo in tali reparti of-

fre da un lato la possibilità di ri-storicizzare la crisi del paziente, che è da intendersi come opportunità di un cambiamento che riannoda i fili tesi o spezzati con sé stessi, con la famiglia, e con il contesto di vita sociale. Dall'altro una particolare attenzione va rivolta a coloro che operano in tali reparti, dal momento che non va dimenticato *il dolore e la fatica di aggirarsi tra un'umanità dolente e disperata*. (Sparvoli, Di Massimo, 2006).

La relazione terapeutica in un reparto psichiatrico si caratterizza per il suo dover essere subito "forte", in modo tale da contenere la durezza di certe patologie o penetrare attraverso lo sbarramento di certi sintomi, restando però consapevolmente fragile e precaria, tanto da poter essere metaforicamente paragonata alla tela di Penelope. Una relazione con queste caratteristiche richiede grande adattabilità e flessibilità: è necessario un continuo adeguamento del setting alla situazione strutturale del reparto o alle condizioni cliniche del paziente. Al tempo stesso risulta necessaria la capacità di rileggere, revisionare e ritoccare le proprie competenze e formazioni specialistiche, provando ad essere irriverenti verso di esse così da non renderle rigidamente l'unico "prodotto" che si è in grado di offrire.

E' fondamentale che il paziente si senta parte di un progetto condiviso su di lui, sulla sua sofferenza e su tutte le cure necessarie ad alleviarla. Attraverso la relazione terapeutica si può trasmettere al paziente la congruenza e la coerenza dei differenti interventi messi in atto dai diversi operatori. *Le emozioni, i sentimenti, i pensieri dei pazienti, sono allo stesso tempo sia il punto centrale della malattia che della cura e noi non dobbiamo perdere la capacità di commuoverci, ma neppure quella di mettere a disposizione le nostri migliori competenze.*

(Sparvoli, Di Massimo, 2006; pag 54).

L'osservazione che avviene durante la degenza dovrebbe essere rivolta non solo ai pazienti ma alle relazioni che si instaurano tra essi e i curanti nonché verso il rapporto esistente tra gli operatori stessi. La degenza mostrerà il senso di alcuni aspetti sintomatologici: la conoscenza del contesto di vita del paziente, i contatti con i familiari, i racconti delle storie mostreranno come il sintomo abbia rappresentato l'unica possibilità di sopravvivenza, così modulando i percorsi del paziente si potrà arrivare ad un esame di realtà che possa mettere insieme il mondo esterno con quello interno. Gli operatori dovrebbero fungere da cerniera tra il "dentro" e il "fuori", tra realtà psichica e realtà esterna.

Per potersi prendere cura della sofferenza mentale è opportuno prevedere la costituzione di una realtà che dia, oltre che ricovero, la possibilità di sviluppo al soggetto. Restituire all'individuo una certa consapevolezza della propria sofferenza dovrebbe essere il primo atto terapeutico di cura nelle istituzioni.

L'obiettivo dovrebbe essere quello di arrivare a mantenere un concetto di temporalità legata al ciclo di vita dell'individuo, in modo da stimolare quell'agire insieme, nel tentativo di far comprendere a familiari e colleghi del territorio (es. Ser-T, C.S.M., SPOI, N.P.I.A.) che se c'è stata una crisi, i sintomi non sono la malattia ma il suo epifenomeno.

IL PROGETTO ARGONAUTI

Che cos'è il ricovero di un paziente per lo psicologo? *Il ricovero è ... una seduta lunga giorni*, dove lo psicologo può vedere, osservare dal vivo come si relaziona il paziente in quel preciso spazio di tempo. Che significato ha per lo psicologo la diagnosi fatta al

paziente? Diagnosi psicologica in un SPDC è lettura della crisi intesa come rottura di un equilibrio, lettura della singola storia di quel paziente; non intende essere una diagnosi classificatoria che permetta l'inserimento in una categoria meramente nosografica, quanto si propone come una lettura della crisi in relazione al contesto di riferimento così da poterla includere in una cornice condivisa dal sistema di cura.

Alla luce di queste riflessioni, tutti gli altri elementi propri dell'agire psicologico, trovano all'interno del contesto SPDC una loro significazione. *Anamnesi*: lo psicologo esplora insieme al paziente il qui ed ora per elaborare gli aspetti più problematici ed individuare risorse attivabili a livello personale e sociale (familiare in primis). *Setting*: è necessaria una certa elasticità pur non abbandonando le regole di condotta professionale. *Intervento terapeutico*: i colloqui sono puramente legati all'affrontare la crisi, ad esprimere i propri vissuti di angoscia e la propria sofferenza. Attraverso il colloquio il paziente può essere aiutato ad accettare la terapia farmacologica, ma essenzialmente l'intervento dello psicologo è terapia del narrare, della relazione. Il terapeuta può utilizzare il *reframing* che permette di ristrutturare il mondo di significati del paziente e delle emozioni da lui vissute al fine di promuovere una regolazione emotiva attraverso successive rivalutazioni cognitive. *Progetto terapeutico*: il progetto terapeutico ha limiti temporali ed è essenzialmente finalizzato ad aiutare il paziente a comprendere la crisi, a riconoscerne precocemente i segnali, alla capacità di riconoscere quando e da chi farsi aiutare in futuro (Sparvoli, Di Massimo, 2006).

Risulta utile a questo punto delineare la prassi operativa degli psicologi del gruppo Argonauti nel dettaglio. Gli Argonauti sono

un'equipe e lavorano in co-conduzione, coadiuvati da un tirocinante post-lauream in psicologia, presenti tre giorni a settimana all'interno del reparto SPDC. All'inizio di ogni turno, la coppia terapeutica partecipa al briefing tra medici e infermieri; in questa sede vengono decisi dall'equipe allargata quali possano essere i casi candidati al sostegno. Successivamente, dopo aver preso visione delle cartelle cliniche, si procede con i colloqui; solitamente viene chiesto all'infermiere di riferimento del paziente di partecipare quando possibile; dopo lo svolgimento dello stesso si lascia una nota in cartella clinica e si rimanda a medici e infermieri quanto emerso.

A seguito della dimissione del paziente si procede alla trascrizione di un report che contiene le informazioni principali legate al contesto di vita del soggetto e alle relazioni familiari e sociali per lui più significative; tale report, che contiene anche suggerimenti in merito ad un possibile percorso terapeutico, viene inviato al medico-psichiatra di riferimento sul territorio. Questo avviene perché crediamo che una componente importante del lavoro psicologico consista nella continuità terapeutica che non si esaurisce all'interno del reparto ma si estende anche al raccordo con gli operatori di altri servizi. Al fine di elaborare programmi che proseguiranno dopo la dimissione e che, concordati con i pazienti, devono farli sentire entro un unico percorso terapeutico, di cui il ricovero costituisce, in determinate condizioni cliniche, solo una fase. Sarebbe auspicabile un continuo e routinario follow-up dei pazienti dimessi, non solo per avere una valutazione nel tempo degli esiti del ricovero, ma anche per individuare e prevenire, insieme ai colleghi dei servizi territoriali, le possibili cause di importanti fenomeni quali l'abbandono del

trattamento o ricoveri ripetuti.

Lo psicologo clinico che sia in possesso di una teoria della relazione sociale, che abbia colto come la psicologia clinica sia una scienza umana e della relazione, non del singolo individuo ma di tutto il sistema, può essere in grado di intervenire sul ripristino della collusione di contenimento che sia capace di evidenziare le risorse insite nella relazione tra individuo e contesto, più che le dinamiche di rifiuto e fallimento. Trasportare le indicazioni della crisi in narrazione, nell'incontro con il paziente, i familiari e il territorio, è lavoro di elaborazione trasversale a tutte le figure che operano a fare spazio al logos dell'intersoggettività.

LA RICERCA

Il Campione

Il campione della ricerca era così costituito: 5 medici, 19 infermieri, 1 psicologa Ausl, 1 educatrice, 20 psicologi del progetto Argonauti.

Il questionario

Abbiamo somministrato un questionario a tutto il campione in esame.

Il questionario consisteva nelle seguenti 4 domande:

In generale, come pensa che il paziente percepisca la Sua modalità di interagire con lui. Quali tipi di risorse sente che il paziente possa portare con sé dall'esperienza di affiancamento avuta con Lei in SPDC.

Quali sono le sue idee relative ai concetti di:

- γ) Malattia Mentale
- δ) Cura della Malattia Mentale
- ε) Guarigione dalla Malattia Mentale

Come pensa che il lavoro di equipe in SPDC possa influenzare positivamente il

sistema di cura.

Tali domande avevano molteplici finalità: inescare un'attività meta-riflessiva nelle credenze degli operatori circa l'incontro con la sofferenza dell'individuo, mettere in luce le risorse che gli operatori riescono a individuare nel paziente, far emergere possibili pregiudizi o idee perfette (Cecchin, Apolloni, 2003) esistenti nella mente di chi opera in reparto circa il concetto di malattia mentale e infine, riflettere sull'importanza del lavoro di equipe.

Analisi dei dati e discussione

I dati raccolti nella nostra ricerca sono di carattere qualitativo. Nell'analizzarli si è cercato di evidenziare particolari costrutti semantici propri del contesto SPDC, espressi dagli operatori che al suo interno s'interfacciano con la sofferenza altrui e propria. Spesso lo "sfumare" del linguaggio e delle parole contribuisce a modificare le descrizioni, le interpretazioni e i significati che il linguaggio stesso esprime/veicola e che costituiscono una quota dell'identità di ogni protagonista. L'analisi dei dati è stata effettuata isolando in ogni quesito polarità semantiche e/o significazioni particolarmente salienti (parole chiave), talvolta metafore. Abbiamo cercato di applicare tale analisi facendo nostro il concetto di polarità semantica così come inteso da Ugazio (1998): ogni gruppo con una storia, possiede il suo personale e caratteristico repertorio semantico formato di norma da più polarità semantiche salienti, del tipo "giudice-alleato". Tali dimensioni si presentano come assi che ammettono due poli opposti e antagonisti nella cui posizione mediana vengono comprese tutte le significazioni intermedie. Nel descrivere alcuni costrutti semantici sono emerse significative metafore che possono offrire l'intuizione di

un mondo narrativo, emotivo ed identitario interno a un contesto tanto complesso. Per metafora intendiamo l'attribuire ad oggetti o esperienze un nome o una descrizione che appartiene per convenzione a qualcos'altro, sulla base di qualche supposta similarità tra le due: utilizzare categorie d'interpretazione provenienti da un campo d'esperienza come unità di misura o griglie per analizzare esperienze in qualche altro campo (Andersen, 1998).

Dei 46 questionari lasciati in reparto 12 sono quelli restituiti.

Per quanto riguarda il primo quesito sono state individuate tre polarità semantiche:
pregiudizio - posizione non giudicante
spiegazione diagnostica - comprensione dell'altro giudice - alleato

Per quanto riguarda il secondo quesito sono state isolate le parole chiave che comparivano, all'interno delle risposte, con maggiore frequenza:

consapevolezza
le risorse e non solo i limiti
possibilità di cambiamento

Questi dati mettono in luce come l'operatore si senta percepito dal paziente, da una parte come portatore di pregiudizi e come giudice, che può emettere sentenze e prendere decisioni circa la vita stessa del paziente, circa il suo percorso di cura, il suo essere sano o malato e l'eventuale guarigione; dall'altra come una persona in grado di comprendere l'altro e di vederlo al di là dell'etichetta diagnostica, dell'anamnesi e di quanto riportato sulla cartella clinica, con modalità capace di avvicinarsi alla sofferenza, anche nelle sue manifestazioni più estreme. Un operatore che può divenire quindi un alleato, che può affiancare il paziente nel

suo periodo di crisi e condurlo, con i dovuti tempi, al reinserimento nel suo contesto familiare e sociale. Dai questionari sembra emergere inoltre una concordanza tra gli operatori circa l'importanza di riuscire a far emergere dalla relazione con il paziente quelle che sono le risorse interne e di contesto dell'individuo.

La terza domanda è volta a mettere in luce pregiudizi e idee perfette circa i concetti di disagio psichico, cura e guarigione della malattia mentale. Per quanto riguarda il primo concetto sembra emergere in base ai dati raccolti:

- *sacrificio*
- *un atto di amore che implica sofferenza*
- *narrazione vincolata*

Le rappresentazioni emerse sembrano porre l'attenzione sul fatto che la malattia mentale possa essere vista come un altro modo di percepire la realtà pur rimanendo ancora presenti lo stigma e la paura di chi si trova a confrontarsi con questo concetto.

La cura della malattia mentale viene invece definita come:

1. *processo complesso multidisciplinare*
2. *diminuzione della sofferenza*
3. *relazione che cura*
4. *rete bucata*

Emergerebbe dai questionari la necessità di instaurare una relazione corale tra figure sanitarie e utenti, un dialogo che permetta di costruire percorsi terapeutici che siano in continuità tra loro e che operino per il perseguimento di obiettivi comuni e, soprattutto, co-costruiti con il paziente.

La guarigione dalla malattia mentale, terzo costruito di cui abbiamo indagato le rappresentazioni e le metafore, sembra essere percepita come:

- *possibile, ma complessa*
- *creazione di nuove narrazioni*

Pertanto, la guarigione dalla malattia mentale si delinea come un processo che per realizzarsi deve passare attraverso l'incontro con la sofferenza di utenti e operatori in un interscambio narrativo ed emozionale rese possibili dalla consapevolezza delle varie figure, oltre che, nel caso dei pazienti, da un contesto familiare e sociale che siano atti ad accoglierla.

Infine, l'equipe multidisciplinare, costruito operativo che spesso ha rappresentato una tensione più che una effettiva prassi clinica, viene concepita dagli operatori come:

- *una risorsa che genera una diminuzione dei costi*
- *processo di co-costruzione*

Emergerebbe la necessità di sperimentare un linguaggio condiviso e complesso che permetta una funzionale convivenza tra tutti gli attori che intervengono nel reparto e il contesto sociale esterno, associato ad una premessa di ottimizzazione di fronte alle spese in termini di risorse, già di difficile reperibilità in questa congiunzione storica..

CONCLUSIONI

Vorremmo infondere una visione comunitaria che travalichi i limiti spaziali e temporali in modo tale da permettere la gestione dell'acuzie anche attraverso l'instaurarsi di una relazione che sia terapeutica, e incoraggiare ogni operatore a una relazione di reciprocità con il paziente e il sistema di cura, rifuggendo un linguaggio imposto che possa condurre a un "sistema morente" (*macchine banali*) (Kenny, 1999; Von Foerster, 1984). Per giungere a questo la terapia dovrebbe essere quindi intesa come "pras-

si comunicativa per il cambiamento”, dove le interazioni siano comprese ad un livello sovra-individuale, come sistemi di terz’ordine di forme organizzative che donano un modello e una direzionalità agli individui all’interno dei processi sociali collettivi. Le relazioni dovrebbero quindi basarsi su principi di uguaglianza nell’interazione, dovrebbero implicare una comunanza creativa ed essere fondate sulla nozione di reciprocità. Una simile rete di relazioni, crea un contesto all’interno del quale può avvenire un alto livello di coinvolgimento spontaneo dei partecipanti, che si sentono liberi di esporsi e di assumere la responsabilità per tutto ciò che stanno facendo insieme (“*discorsi viventi*”) (Kenny, 1999).

Sentiamo infine forte la necessità di costruire strumenti che possano permettere un rapporto comunicativo funzionale e autentico, una prassi clinica condivisa e dinamica, attenta ai vissuti degli operatori e dei pazienti, al loro significato personale, al modo in cui tali vissuti e significati si collocano nella storia di vita ed emergono sulla spinta di situazioni patogene.

Vediamo come naturale deriva di quanto detto l’introduzione di “luoghi” e “attimi” in cui tale creazione sia possibile: riteniamo, ad esempio, che la tecnica del Focus Group possa essere un buon contesto dove osservare, analizzare e vivere i processi interattivi, relazionali e comunicativi all’interno di un gruppo formale quale l’equipe del SPDC.

Questi aspetti risultano a nostro avviso di grande significatività in quanto è proprio nell’interazione che si crea tra i partecipanti del sistema, un’autentica compenetrazione del vissuto narrativo ed emotivo esperito nella prassi clinica.

Riteniamo che un tale lavoro in gruppo possa costituire un’esperienza fondamentale

per lo sviluppo di una visione fenomenologica e sistemica del proprio operato in un tale contesto.

Infine fantasticando, speriamo che in futuro possa essere realizzata una cartella, da affiancare a quella clinica, che contenga quelli che sono i vissuti emotivi degli operatori, le loro riflessioni e osservazioni circa il loro modo di vivere il tempo e lo spazio nel reparto nonché quello vissuto dal paziente i cui contenuti emergono nella relazione con loro e dai loro racconti. Ulteriormente questo strumento potrebbe racchiudere in sé, narrazioni foriere di stati emotivi, co-costruzioni di stati mentali e metafore che sono materia preziosa di ogni processo di valutazione, certamente nomotetico ma imprescindibilmente ideografico ed intersoggettivo. Il fine, in ultimo, è lo sgretolamento delle idee tiranne di un servizio che della complessità dovrebbe farne il proprio caposaldo. In altre parole ciò che vorremmo pensare di poter creare è un rituale preciso, un Naven (Bateson, 1988) che possa orientare la cultura del SPDC creando un carattere comune tra i membri che all’interno di tale comunità afferiscono; reintroducendo l’aspetto fondante della narrazione condivisa che scorraggi un processo di schismogenesi ovvero di frattura difficilmente sanabile nell’interazione interna al sistema di cura.

Bibliografia

- Andersen T. (1998). Riflessioni sul riflettere con le famiglie. In: Mcnamee S., Gergen K., a cura di, *La terapia come costruzione sociale*, (pp. 74-89). Milano: Franco Angeli.
- Ballerini A. (1973). *Aspetti della psichiatria contemporanea*. Firenze: Sansoni.
- Ballerini A. (2011). *Esperienze psicotiche*. Roma: Giovanni Fioriti Editore.
- Bateson G. (1988). *Naven: un rituale di travestimento in Nuova Guinea*. Torino: G. Einaudi.
- Bergson E. (1973). *L’evoluzione creatrice*.

Firenze: Sansoni Editore.

- Boscolo L., Bertrando P. (1993). *I tempi del tempo. Una nuova prospettiva per la consulenza e la terapia sistemica*. Torino: Bollati Boringhieri
- Bracco M. (2001). *Sulla distanza: l'esperienza della vicinanza e della lontananza nelle relazioni umane*. Bari: Stilo Editore.
- Cecchin G., Apolloni T. (2003). *Idee Perfette: hybris delle prigioni delle mente*. Milano: Franco Angeli.
- Cecchin, G., Lane G., Ray W.A. (1993). *Irriverenza: una strategia di sopravvivenza per terapeuti*. Milano: Franco Angeli.
- Cecchin G., Lane G., Ray W.A. (1997). *Verità e pregiudizi: un approccio sistemico alla psicoterapia*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Fusilli A. (2006). Karl Jaspers tra psichiatria e filosofia: biografia tascabile. http://www.spiweb.it/index.php?option=com_content&view=article&id=3579:karl-jaspers-tra-psichiatria-e-filosofia-biografia-tascabile&catid=657&Itemid=676
- Jaspers K. (1965). *Psicopatologia generale*. Roma: Pensiero Scientifico.
- Kenny V. (1999). Verso un'Ecologia della Comunicazione - Discorsi Viventi e Discorsi Morenti in 'Psicoterapia'. <http://www.oikos.org/vinccomunic.htm>
- Lewin K. (1972). *Teoria e sperimentazione in psicologia sociale*. Bologna: Il Mulino.
- Longordo, R. (2012). L'incontro: deriva e parola. L'apertura all'altro in una relazione terapeutica. *Comprendre: Archive International pour l'Anthropologie et la Psychopathologie Phénoménologiques*, 22, 86-105.
- Minkowski E. (1971). *Il tempo vissuto: fenomenologia e psicopatologia*. Torino: Giulio Einaudi Editore.
- Muscelli C. (2009). Psicologia ed ermeneutica: il rapporto tra l'espressione e la comprensione umana. In: Stanghellini G., Rossi Monti M., a cura di, *Psicologia del patologico: una prospettiva fenomenologico-dinamica*, (pp.163-198). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Sparvoli M., Di Massimo S. (2006). *Lo psicologo nel SPDC*. Roma: Alpes Italia.
- Stanghellini G., Rossi Monti M., (2009). I livelli della diagnosi: diagnosi nosografica, psicopatologica e psicodinamica. In: Stanghellini G., Rossi Monti M., a cura di, *Psicologia del patologico: una prospettiva fenomenologico-dinamica*, (pp. 87-116). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Ugazio V. (1998). *Storie permesse, storie proibite*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Von Foerster H. (1987). *Sistemi che osservano*. Roma: Astrolabio.
- Varela F. J. (1992). *Un know-how per l'etica*. Roma: Laterza.

Sitografia

- Yuotube. (2011,05,20). Giovanni Stanghellini: fenomenologia di un SPDC. [file video]. Tratto da <http://www.youtube.com/watch?v=IPFjtTjy18>

La continuità di cura di una famiglia multiproblematica attraverso una nuova modalità di collaborazione tra servizi

Davide Caravaggi ⁸

Sommario

Il presente articolo descrive un'originale modalità di presa in carico di una famiglia finalizzata ad affrontare la "complessità" della condizione multiproblematica da cui è caratterizzata. L'originalità è riferibile al tentativo di integrazione di interventi effettuati contemporaneamente da due differenti servizi sullo stesso nucleo familiare.

Questo tentativo richiama il "paradigma della complessità", la cibernetica e la teoria dei sistemi.

Parole chiave:

Famiglia multiproblematica, Complessità, Presa in carico congiunta, Integrazione tra servizi, Terapia familiare.

Abstract

This article describes an original way to treat a family afflicted by a complex multi-problem condition. The originality lays in the attempt to integrate the interventions on the family performed by two different service. This attempt refers to both the 'complexity paradigm', cybernetics and the theory of systems.

Key words:

Multi-problem family, Complexity, Conjoined treatment, Service integration, Family treatment.

⁸1 anno Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata.

INTRODUZIONE

Al Servizio di Neuropsichiatria infantile di Cortemaggiore (PC) è giunta una richiesta di supportare un minore affetto da una condizione psicologica depressiva, appartenente a un nucleo familiare il cui padre era in trattamento da tempo presso il SERT per ludopatia.

Si è così posta la necessità di integrare la presa in carico del minore con quella preesistente del padre cercando di garantire la continuità di cura, la coerenza tra obiettivi e modalità di intervento dei servizi, l'ottimizzazione delle risorse dei servizi, oltre che l'evitamento di una sovraesposizione terapeutica del nucleo familiare.

In questo scritto verrà delineato un quadro delle caratteristiche delle famiglie multiproblematiche, a cui appartiene il caso a cui si fa riferimento, e si descriveranno le modalità abituali con le quali i servizi vi fanno fronte; infine si approfondirà la descrizione del caso in esame e le modalità originali con le quali è stato affrontato.

LE CARATTERISTICHE DELLA FAMIGLIA MULTIPROBLEMATICA

Secondo Malagoli Togliatti e Rocchietta Tofani (2010) rispetto alle manifestazioni di disfunzionalità delle famiglie multiproblematiche si possono distinguere due differenti situazioni:

1. Famiglie la cui multiproblematicità è prevalentemente legata a problemi di richiesta dall'interno
2. Famiglie la cui multiproblematicità è prevalentemente legata a problemi di richiesta dall'esterno.

Adottando un'ottica circolare e pluricausale avremmo un'ampia continuità tra queste due situazioni estreme. Se il sistema familiare ha gravi difficoltà di adattamento alle

richieste provenienti dall'esterno per un tempo prolungato ne consegue un notevole aumento dello stato di tensione interno, il che minaccia le risorse relazionali ed emotive necessarie a far fronte al compito; viceversa la disfunzionalità collegata all'eccessivo aumento delle tensioni interne, se prolungata nel tempo, oltre a manifestazioni di disagio dei singoli componenti, porterà a problemi di ordine socioeconomico, lavorativo, ecc..., con ripercussioni sui singoli individui e su tutto il sistema.

Proseguendo in quest'analisi occorre chiedersi perché la famiglia multiproblematica sia meno in grado di altre di gestire eventi stressanti e di utilizzare le risorse interne ed esterne in base al proprio ciclo di vita. Una possibile risposta è fornita da Olson e McCubbin (1982) secondo i quali le famiglie che hanno maggiori difficoltà ad affrontare gli eventi stressanti sono quelle che si trovano a dover superare contemporaneamente uno o più eventi normativi e uno o più eventi paranormativi di tipo acuto (morte, recessione economica, ecc.) o a lungo termine (emigrazione, immigrazione, cambiamenti lavorativi). La famiglia, vista dal punto di vista clinico, dovrebbe rappresentare un insieme di relazioni che consentono lo sviluppo delle singole individualità e il progredire del nucleo rispetto ai processi di adattamento alla realtà esterna. Quando questa è affetta da una condizione multiproblematica evidenzia limiti significativi nel garantire l'affettività, la cura e la protezione necessarie per lo sviluppo di autonomie personali.

Un ulteriore approfondimento teorico utile a comprendere in modo più puntuale le caratteristiche di questa tipologia di famiglia, e di quella oggetto del nostro intervento in particolare, è rintracciabile negli studi che alcuni autori hanno rivolto all'analisi delle relazioni

tra i suoi membri.

George Eman Vaillant (1981) definisce ad esempio una scala per l'individuazione delle situazioni di multiproblematicità in relazione ai parametri disfunzionali del rapporto genitori/figli individuando alcune caratteristiche, che ritroviamo evidenti anche nel nostro caso, quali la mancanza di coesione a casa e la mancanza di supervisione materna e paterna.

Un altro importante contributo deriva dal lavoro di Salvador Minuchin (1978) il quale, tra i possibili patterns che possono rappresentare le strutture e i ruoli che rendono il sistema familiare multiproblematico, ne riporta due che sembrano proprio descrivere le caratteristiche della famiglia oggetto del nostro intervento:

1. Padre che si dimostra poco attivo nello svolgere positivamente il proprio ruolo sia nel sottosistema coniugale che in quello genitoriale: in questa situazione si evidenzia una coesione di coppia molto bassa, mentre la figura centrale, sovraccarica di funzioni, è rappresentata dalla madre che, in alcuni casi, si appoggia a un "figlio parentificato";

2. Padre per lo più mancante e madre che non si è evoluta in un ruolo genitoriale: la leadership del gruppo è quindi assunta da un anziano autorevole della famiglia estesa (spesso una nonna o una zia) che di solito incontra notevoli difficoltà nel dare e mantenere le regole; il padre e la madre sono rimasti in una situazione adolescenziale e si occupano poco dei propri figli (sia fisicamente che psicologicamente).

Appare infine importante riflettere sulle implicazioni che comporta la presenza di un figlio adolescente. In questi anni nell'analisi delle problematiche relative all'adolescenza si è infatti assistito a un evidente spo-

stamento dalla prospettiva individuale alla prospettiva più ecologica, in cui particolare importanza riveste il contesto sociale (Gecas, Seff, 1990). Storicamente, lo studio dell'adolescenza è avvenuto all'interno del paradigma individualista, di stampo psicoanalitico o cognitivista, che ha posto attenzione a temi quali la discrepanza valoriale tra genitori e figli, il declino dell'autorità parentale e il conflitto intrapsichico. Accanto a questi temi si collocano altre aree di ricerca che sempre più prendono in considerazione il contesto entro cui avviene lo sviluppo fisico, cognitivo ed emotivo dell'adolescente. L'attenzione di ricercatori e studiosi ha dimostrato interesse per il contesto sociale dell'adolescente e in particolar modo per la sua famiglia.

Malagoli Togliatti e Lubrano Lavadera (2012) hanno analizzato la relazione genitori-figli nella famiglia multiproblematica attraverso la lente focale dei compiti di sviluppo nelle diverse fasi del ciclo vita. In riferimento alla fase caratterizzata dalla presenza di adolescenti, sottolineano che il compito evolutivo dei figli è facilitato dall'incremento della flessibilità dei confini e quindi dei movimenti dentro-fuori il sistema familiare.

FAMIGLIE MULTIPROBLEMATICHE E SERVIZI

Prima di entrare nel merito della descrizione del caso e dell'ipotesi d'intervento è importante effettuare un'analisi dell'approccio attuale dei servizi verso le famiglie multiproblematiche.

Negli ultimi anni si è verificato un progressivo aumento della presa in carico di questo tipo di famiglie e un moltiplicarsi di servizi che ne affrontano i bisogni divenuti sempre più complessi. L'organizzazione attuale dei servizi fatica a fornire una risposta efficace e

intelligente all'infinità di questioni poste dalla famiglia multiproblematica: i servizi, infatti, tendenzialmente sono stati costruiti per rispondere a problemi singoli o comunque di natura individuale. La famiglia multiproblematica si rivolge, infatti, a servizi socio-sanitari tra cui possono esistere nette differenze: a livello di "struttura" (organizzazione, figure professionali, norme), di orientamento teorico e di metodologie d'intervento. La progressiva specializzazione dei Servizi alla persona ha comportato una sovrapposizione di risposte che, se non opportunamente gestita, può comportare la messa in atto d'interventi non coordinati, frammentati o, nella peggiore delle ipotesi, contraddittori. Il rischio concreto è che questa modalità d'intervento possa, paradossalmente, aumentare la disorganizzazione del gruppo familiare.

I servizi pur appartenendo a organizzazioni distinte dovrebbero tener conto sia del contesto familiare che extrafamiliare, ovvero di tutte le componenti del sistema, e agire con finalità condivise.

In altre parole, le difficoltà d'intervento con la famiglia multiproblematica sollecita la necessità di lavorare in modo integrato attraverso la responsabilizzazione di tutti i Servizi coinvolti e soprattutto la formulazione di progetti comuni.

Nella realtà, le famiglie che hanno al loro interno soggetti in difficoltà sono invece spesso oggetto di politiche sociali o assistenziali unicamente rivolte al soggetto problematico, senza che ne sia presa in considerazione la globalità. In altri casi invece le famiglie "multiproblematiche" vengono prese in carico da diversi Servizi, senza che tra questi vi sia l'indispensabile raccordo attorno alla dimensione complessiva della famiglia.

Ogni Servizio è, infatti, caratterizzato da

"mission", figure professionali e modalità d'azione idiosincratice. In genere non esiste un riferimento sovraordinato che permetta un efficace "case management" con la conseguenza che alla multiproblematicità della famiglia si aggiunga la problematicità derivante da risposte non realmente integrate.

L'integrazione tra servizi nel lavoro di rete, idealmente, dovrebbe reggersi sulle seguenti condizioni:

- favorire la comunicazione tra servizi che eviti interventi effettuati in modo autoreferenziale
- effettuare incontri di coordinamento dove analizzare l'evoluzione della situazione familiare
- definire dei progetti comuni e, in relazione a questi, il ruolo di ciascun servizio e di ciascun operatore

DESCRIZIONE DEL CASO

La famiglia Ferrari è composta dal padre Franco operaio di 53 anni, dalla madre Enrica operatrice addetta alle pulizie di 40 anni, dal figlio Marco operaio di 20 anni e dall'altro figlio Daniele studente di 16 anni. Circa quattro anni fa i suoi membri hanno scoperto, in modo improvviso e inaspettato, che Franco da tempo giocava d'azzardo e aveva accumulato decine di migliaia di euro di debiti, a un certo punto divenuti insostenibili e palesi, al punto da determinare lo sfratto e rischiare, previo coinvolgimento di ulteriore servizio (tutela minori), l'allontanamento di Daniele dal nucleo familiare. L'evidente difficoltà da parte della coppia genitoriale a far fronte alla difficile situazione economica che si era venuta creare ha comportato la necessità che qualcuno, "esterno" alla famiglia, intervenisse per gestire la situazione. Tale ruolo gestionale è stato assunto da Ma-

ria, zia di Daniele, che è stata investita ufficialmente della funzione di amministratore di sostegno di Franco. L'intervento di questa zia (moglie di Sergio, fratello del Franco) pur risultando fondamentale per permettere di affrontare la difficile situazione (è intervenuta anche con risorse economiche proprie per far fronte alle spese prioritarie) è stato ed è ancora vissuto dalla famiglia come eccessivamente intrusivo. Ogni scelta e soprattutto ogni spesa della famiglia è "controllata" da Maria con un atteggiamento critico e svalutante soprattutto nei confronti di Franco e della moglie.

Franco è stato preso in carico, circa tre anni fa, dal SER.T per il disturbo di gioco d'azzardo con un intervento che prevede anche il coinvolgimento di tutto il nucleo familiare. Agli incontri hanno sempre partecipato i due coniugi, Daniele, Sergio e la moglie Maria. L'altro figlio Marco ha partecipato raramente adducendo motivi legati agli impegni di lavoro. Nella strategia terapeutica messa in atto dal SER.T, la famiglia è stata individuata come una fondamentale risorsa sia per creare un contesto di riferimento per il percorso di recupero di Franco, sia per svolgere un monitoraggio di quest'ultimo. Gli incontri al SER.T sono stati quasi sempre caratterizzati da rimproveri e screditamenti da parte di Maria nei confronti dei due cognati. L'educatrice del SER.T, che segue il caso, riferisce che Daniele, durante gli incontri, ha sempre svolto un ruolo di mediazione per limitare il conflitto tra la zia e i genitori.

Il percorso presso il SER.T è attualmente in uno stadio avanzato caratterizzato da un buon recupero di Franco, che sembra non aver più giocato, e dalla definizione di un piano di rientro dai debiti supervisionato da Maria reso possibile grazie a grandi sacrifici di tutto il nucleo familiare.

Qualche mese fa la madre, preoccupata per lo stato di sofferenza del figlio Daniele, si è rivolta al Servizio di Neuropsichiatria Infantile. L'approfondimento della situazione ha confermato la sofferenza psicologica di Daniele che si evidenzia anche attraverso litigi con coetanei, uso saltuario di alcolici e di sostanze stupefacenti (marijuana). E' apparso da subito evidente il legame tra le sue difficoltà e il difficile ruolo di mediazione di fatto da lui assunto e attivato dai frequenti scontri tra i genitori e gli zii.

L'evidenza della dimensione multiproblematica della famiglia ha scaturito la progettazione di un intervento integrato tra servizi.

ILLUSTRAZIONE DELL'IPOTESI D'INTERVENTO

La valutazione dell'opportunità di procedere con la terapia della famiglia Ferrari ci ha portato a interrogarci su quale potesse essere la modalità più efficace per effettuare una presa in carico che tenesse conto del lavoro che la famiglia ha in corso con il SER.T trasmettendo alla famiglia stessa la percezione di una continuità dell'intervento. La ricerca della risposta a questo quesito ha preso spunto dalle considerazioni teoriche relative al "paradigma della complessità" che, oltre a rappresentare un presupposto utile all'impostazione di un intervento terapeutico efficace con le famiglie multiproblematiche, introduce alcune riflessioni che ci hanno portato a ipotizzare l'originale modalità di presa in carico. Tale approccio propone un atteggiamento diverso rispetto al conoscere e, attraverso le novità introdotte dalla cibernetica e dalla teoria dei sistemi, supera l'illusione di una possibile generalizzazione considerando ogni teoria una "teoria locale". Spostando l'attenzione dalle teorie che cercavano un linguaggio e una definizione

trasversale e universale del sapere e delle conoscenze, si arriva a favorire ottiche capaci di rendere conto della molteplicità dei punti di vista e delle tante possibili definizioni del medesimo oggetto, diffidando dalle spiegazioni univoche e lineari. Ciascun punto di vista è considerato parziale, solo una parte della verità.

Si teorizza la complementarietà delle descrizioni e la composizione delle conoscenze come possibile metodo per “avvicinarsi” alla complessità del reale distaccandosi da versioni semplificate e univoche degli eventi.

Bateson con la definizione di “cervello cibernetic” sottolinea la necessità di avere più teste che affrontino uno stesso problema al fine di coglierne la complessità per evitare il rischio di riduzionismi e semplificazioni inevitabili a un singolo individuo (Telfener e Casadio 2003).

La cibernetica di secondo ordine presuppone una differente posizione epistemica. Introducendo l'osservatore nel campo di osservazione, propone di operare ricorsivamente sulle stesse operazioni che si compiono, mettendo in atto operazioni di secondo ordine (le descrizioni delle descrizioni, il pensiero sul pensiero) e suggerisce di affrontare problemi di secondo ordine come il dialogo, la cognizione e l'attenzione all'interazione sociale e culturale attraverso l'interazione sociale e culturale. Tale ottica (anche definita la cibernetica dei sistemi osservanti) ritiene imprescindibile che l'osservatore sia connesso al processo stesso di osservazione e riconosca le scelte e le discriminazioni che hanno portato a fare emergere proprio quella realtà e non un'altra. Anche per la teoria generale dei sistemi, come già per la cibernetica, diventa fondamentale il valore dato al contesto, come luogo figurato o reale che fornisce significato

a ogni azione e comunicazione in un'ottica che non divide l'osservatore dall'osservato e non separa il sistema dall'ambiente.

Tali considerazioni ci hanno portato a valutare che la situazione attuale della famiglia Ferrari è strettamente legata al percorso effettuato con gli operatori del SER.T. L'intervento del SER.T, volto a curare la ludopatia di Franco, ha inconsapevolmente attivato una dinamica intrafamiliare che ha posto Daniele nella necessità di assumere una posizione adultizzata. In una visione settoriale l'intervento del SER.T è descrivibile in termini di successo (superamento della ludopatia del padre), ma in un'ottica ecologica si potrebbe invece affermare che è stato soltanto spostato il focus problematico dal padre al figlio.

In effetti il lavoro con la famiglia effettuato dagli operatori del SER.T, finalizzato alla valutazione e al controllo degli effetti dell'intervento individuale effettuato con Franco, ha rinforzato i ruoli e le dinamiche familiari valutate come adeguate alla soluzione del problema per cui questo servizio si era stato attivato.

Il focus complessivo dell'intervento, più opportunamente, dovrebbe riguardare famiglia, operatori del SER.T e, in un possibile futuro, anche operatori del Servizio di Neuropsichiatria Infantile. In effetti l'alternativa a ciò, ovvero che i due Servizi gestiscano la situazione secondo l'esclusivo proprio punto di vista, potrebbe comportare obiettivi contraddittori e conseguenze marcatamente problematiche. Il SER.T avrebbe potuto ritenere funzionale il mantenimento del ruolo di mediazione effettuato da Daniele accentuandone di conseguenza il disagio psicologico, mentre la Neuropsichiatria Infantile avrebbe potuto valutare opportuno intervenire per creare le condizioni per togliere Da-

niele da tale posizione. In questo caso il nucleo familiare rischierebbe quindi di essere esposto a una destabilizzazione per niente funzionale al superamento né del problema di Franco né della sofferenza di Daniele.

L'ipotesi di effettuare un intervento congiunto tra i due servizi è stata condivisa dai colleghi del SER.T e da loro proposta alla famiglia con esito positivo.

L'AVVIO DELL'INTERVENTO

Gli obiettivi dell'intervento possono essere così sintetizzati:

- garantire la continuità delle condizioni che hanno permesso il superamento del problema di dipendenza dal gioco di Franco;
- ridurre i conflitti tra la famiglia nucleare e la coppia degli zii con il conseguente effetto di una diminuzione del disagio dimostrato da Daniele;
- creare le condizioni favorevoli per un rinforzo delle competenze della coppia genitoriale e a un aumento della sua autonomia;
- prevenire la possibilità che la famiglia si potesse sentire frammentata a causa dell'intervento parallelo e non coordinato effettuato dai due servizi.

Appare significativo riportare, a supporto e approfondimento della nostra ipotesi d'intervento, la narrazione dei primi due incontri effettuati in modo congiunto con la famiglia. Al primo incontro hanno partecipato, oltre al terapeuta e al co-terapeuta del servizio di Neuropsichiatria Infantile, il medico e l'educatrice del SER.T, Daniele, i suoi genitori Franco ed Enrica e i suoi zii Maria e Sergio. Seguendo le dinamiche che hanno caratterizzato gli incontri della famiglia al SER.T, anche in questa prima seduta dopo una prima fase di puntualizzazione sulle motivazio-

ni e sugli obiettivi del lavoro, sono emerse in modo evidente le profonde conflittualità legate alla gestione degli aspetti economici soprattutto tra Franco e Maria supportata dal marito. Gli operatori del SER.T hanno tentato di gestire tali conflittualità proponendo determinate chiavi di lettura e suggerimenti operativi, già sperimentati precedentemente, che potessero aiutare a gestire il conflitto, ma che non avrebbero esentato Daniele dall'assunzione del suo pesante ruolo di mediatore. La presenza e l'intervento dei terapeuti della Neuropsichiatria Infantile ha spostato l'attenzione sulla sofferenza che Daniele stava dimostrando di fronte all'ennesimo contrasto tra i genitori e gli zii, mettendo al centro le relazioni e le emozioni. Ciò ha permesso che i presenti riconoscessero il difficile compito svolto da Daniele e concordassero sul fatto che il suo benessere psicologico dovesse necessariamente passare da un suo abbandono del ruolo di responsabilità e di mediazione nel conflitto tra genitori e zii. L'incontro si è concluso con l'interrogativo posto a tutti i presenti rispetto a chi avrebbe potuto prendere il posto di Daniele nello svolgere questo compito.

Nel secondo incontro, al quale ha partecipato la famiglia al completo grazie alla presenza anche del figlio maggiore Marco, il mantenimento dell'attenzione di tutti i componenti della famiglia sulle relazioni reciproche e sulle emozioni a esse legate ha permesso di creare le condizioni per proporre un importante cambiamento finalizzato a creare un diverso contesto che avrebbe permesso a Daniele di non dover continuare a svolgere il ruolo a lui affidato. Tale cambiamento consisterebbe nella possibilità di esternalizzare dalla dimensione familiare allargata il luogo del conflitto (ovvero

nel sollevare Maria dal compito di amministratore di sostegno di Franco, ricorrendo a un avvocato esterno alla famiglia) in modo da evitare i conflitti conseguenti alla sovrapposizione degli aspetti affettivi e delle questioni economiche. Questa proposta, che durante il percorso effettuato dalla famiglia con gli operatori del SER.T non è mai stata presa in considerazione, è stata accettata da tutti e, al di là della sua effettiva realizzazione, assume l'importante significato di un possibile cambiamento di contesto e rappresenta quindi una diversa premessa per il futuro percorso da effettuare con la famiglia.

RIFLESSIONI FINALI

La strutturazione di un "contesto" di cura integrato ha permesso di affrontare più efficacemente la "complessità" del caso realizzando un intervento basato sulla complementarità delle descrizioni e sulla composizione delle conoscenze dei due servizi coinvolti. Un tale intervento ha inoltre consentito di rispondere ai differenti bisogni dei soggetti in carico evitando il rischio derivante da obiettivi e da conseguenti azioni potenzialmente contrastanti che interventi non integrati avrebbe potuto comportare.

La progettazione e la praticabilità dell'intervento descritto in quest'articolo è stato favorito da situazioni contingenti favorevoli come la condivisione dell'approccio teorico, la vicinanza fisica dei due Servizi coin-

volti, nonché la buona qualità dei rapporti tra gli operatori.

E' evidente che l'effettiva realizzazione di un intervento integrato volto ad affrontare situazioni complesse come quella presentata, non può essere lasciata al caso, ma dovrebbe passare attraverso la costruzione di modalità organizzative e operative che favoriscano l'emergere di una mente comune (Bateson, 1977), utile in ogni caso, indispensabile laddove si affrontano le famiglie multiproblematiche.

Bibliografia

- Bateson G. (1977) *Verso un'ecologia della mente* Adelphi
- Gecas V., Seff, M.A (1990) *Familias and adolescents: a review of the 1980s. journal of Marriage and the Family*, 52, pp. 941-958.
- Malagoli Togliatti, M. *Lubrano Lavadera, A. (2012) Le famiglie Multiproblematiche: un fenomeno in trasformazione* Università la Sapienza di Roma
- Malagoli Togliatti, M., RocchiettaTofani, L. (2010) *Famiglie multiproblematiche: dall'analisi all'intervento su un sistema complesso* Carocci Editore
- Minuchin, S. (1978) *Famiglie e terapia della famiglia* Astrolabio Ubal dini
- Olson, D., McCubbin, H. (1982) *Circumplex model of marital and family systems. V: application to family stress and crises intervention*. In: Mc Cubbin H., ET AL. *Family Stress, Coping antisocial Support*. Thomas, Springfield.
- Telfener, U. Casadio, L. (2003) *Sistemica, voci e percorsi nella complessità* Bollati Boringhieri
- Vaillant, G.E. (1977) *Adaptation to life*. Boston Little, Brown.

Parliamo sistemico: un ascolto possibile in RSA

Eleonora De Ranieri⁹

Sommario

Grazie all'esperienza svolta in una Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA), si propone una riflessione sulle premesse teoriche e operative che hanno guidato due psicologhe all'ultimo anno dell'Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata (IDIPSI), con lo scopo di connettere diversi punti di vista, che possano guidare la pratica clinica, in contesti differenti, attraverso una riflessione su di sé e sul proprio agire, per giungere a una maggiore consapevolezza terapeutica. In coerenza con quanto appreso nei quattro anni di formazione, durante i quali uno dei principi base trasmessi è la "posizione integrata", cioè l'agire eticamente integrati nelle relazioni (Moroni e Restori, 2012). Nel presentare il progetto "Lo psicologo al Busi", si propone l'analisi di un caso seguito con continuità, facendo riferimento alle teorie (approcci capacitante, conversazionalista, sistemica), che hanno guidato la stesura e la relativa proposta operativa..

Parole chiave:

ascolto, posizione integrata, consapevolezza, conversazioni felici, agire, cambiamento

Abstract

Thanks to the experience done in a Nursing Home, it is proposed a reflection on the theoretical and operational premises that have drove two psychologists in the last year of the Institute of Integrated Systemic Psychotherapy, with the purpose of interconnecting different points of view, that can guide the clinical practice, in different contexts, through a reflection on itself and on own to operate, to reach a great therapeutic awareness. In coherence with how much learned in the four years of formation, during which one of the principles base transmitted is the "integrated position", that is to ethically act integrated in the relationships (Moroni and Restori, 2012). In to introduce the project "The psychologist to the Busi," it proposes him the analysis of a case followed with continuity, referring to theories (approaches capacitante, conversazionalista, systemic), that have driven the layout and the relative operational proposal.

Key words:

listening, integrated position, awareness, happy conversations, to act, change.

⁹ Eleonora De Ranieri IV anno Scuola Di Specializzazione in Psicoterapia Sistemica Integrata email: e.dr83@libero.it

LO PSICOLOGO AL BUSI

Nell'estate 2012, insieme alla collega e amica Dott.ssa Giada Ghiretti, abbiamo iniziato un'esperienza particolare, in un contesto singolare. Siamo entrate per la prima volta nella realtà di una RSA, precisamente la Fondazione Carlo Busi di Casalmaggiore (CR). Nei primi mesi abbiamo cercato di prendere confidenza con il contesto e le persone presenti, ospiti e operatori, partecipando alle diverse attività programmate e creando momenti di condivisione e dialogo. Opportunità che ha portato alla realizzazione dell'elaborato dal titolo "Vivere in una residenza sanitaria assistenziale: condivisione di storie narrate dai protagonisti" (De Ranieri e Ghiretti, 2012). In quella circostanza, attraverso i colloqui svolti con alcuni ospiti è emerso il piacere di raccontarsi e in alcuni casi il desiderio di ripetere l'esperienza. Da qui è nato il progetto "Lo psicologo al Busi": uno spazio di ascolto strutturato e continuo nel tempo, dove protagonista è l'ospite e il suo benessere. La RSA è un luogo di distacchi, di allontanamento temporaneo o di separazione definitiva da luoghi, ambienti, visi abituali, dove si è costretti a riorganizzare e rimodellare il proprio mondo. Il nostro obiettivo è stato di offrire all'anziano un luogo di ascolto non giudicante, offrendo la possibilità di sentirsi parte di un nuovo ambiente, nel quale essere se stesso. Abbiamo iniziato l'attività a marzo 2013, con frequenza settimanale, fino a dicembre. Il primo passo è stato individuare le persone che potessero averne bisogno e si mostravano disponibili a partecipare. Abbiamo condiviso le nostre ipotesi con gli animatori, figure di riferimento in struttura, e abbiamo individuato un percorso ad hoc per gli ospiti. In particolare, siamo arrivate a vedere con continuità due signore, con le quali abbiamo costruito un

rapporto di fiducia, diventando per loro figure di riferimento all'interno della struttura, lasciando aperta la possibilità di coinvolgere altri ospiti.

PREMESSE E CONNESSIONI TEORICHE

Le teorie guida nel lavoro provengono dalla formazione sistemica integrata come psicoterapeuta, connessa ad altri due approcci, di origine ed eziologia differenti, considerati pionieri nel lavoro con gli anziani: Approccio capacitante di Vigorelli (2004; 2011), che trae le sue origini dal *Conversazionalismo* di Lai (1988; 1993). Il punto di partenza è l'osservazione e l'ascolto, per costruire una relazione in cui l'anziano è protagonista e il focus è indirizzato a come il paziente vive l'incontro nel momento che si realizza (Vigorelli, 2011), con lo scopo non di guarire, né di combattere la malattia, ma cercare e creare una relazione felice (Lai, 1993). Vigorelli (2011) parla di un atteggiamento, un modo di essere dell'operatore che pone attenzione all'ascolto dell'anziano, focalizzandosi sulle sue capacità o *competenze elementari*, ponendo attenzione all'uso e all'ascolto della parola. Queste competenze sono connesse al sentirsi persona, quindi di essere soggetto consapevole, unico e diverso dagli altri, capace di relazionarsi e avere un'influenza sul mondo (Vigorelli, 2011). L'obiettivo è produrre situazioni in cui una persona possa sentirsi felice, anche se malata o fragile. Con il termine felice non si considera l'emozione che si può sentire, ma la qualità della conversazione: qualità legata alla possibilità di sciogliere situazioni di patimento, paura, rabbia, infelicità, disperazione, confusione, nelle quali ciascuno di noi si può trovare a vivere (Lai, 1993; Vigorelli, 2004, 2011). Secondo Lai (1993), nelle conversa-

zioni il cambiamento è subordinato al criterio di felicità, verificabile attraverso la felicità del paziente e la nostra felicità personale, quindi non sganciata o isolata dal contesto relazionale (Vigorelli, 2011). Significa vedere la cura in modo diverso, quello che Restori (2011) definisce *cura all'attenzione*, affinché possano esserci effetti benefici sulla relazione, attraverso azioni mentali, parole, gesti connessi al contesto, che contribuiscono a co-definire con chi siamo in relazione. Vigorelli (2011) invita il terapeuta operatore a un cambiamento nel suo modo di essere e di relazionarsi, ponendo attenzione, aggiungerei *saggia* (Restori, 2011), alla propria voce (Vigorelli, 2011) e a quella dell'anziano, cioè un ascolto intenso di desideri, aspettative, bisogni, emozioni. Il terapeuta, quindi, è parte del sistema terapeutico, non semplice osservatore, ma co-protagonista della scena insieme al paziente (Telfener, 1983). Non si parla di realtà o verità oggettiva, ma di molteplicità delle realtà, che emergono nel linguaggio attraverso il consenso, quindi realtà da co-costruire attraverso descrizioni e spiegazioni, condizionate da pregiudizi e teorie (Boscolo e Bertrando, 1996). Il linguaggio non è solo un strumento di comunicazione, ma uno strumento per costruire la realtà (Boscolo e Bertrando, 2002). Come terapeuti abbiamo il compito di essere curiosi di «come i clienti connettono eventi e significati del loro passato per spiegare in modo deterministico il loro presente e vincolare il futuro» (Boscolo e Bertrando, 1996, p.28). Inoltre, fondamentale è l'attenzio-

ne all'influenza di ciò che si è appreso nel passato e che ha acquisito un significato, quello che è definito il non detto (Boscolo e Bertrando, 2002). Centrale, quindi, è il concetto di consapevolezza delle nostre conoscenze, dei nostri pregiudizi e modi di pensare, appresi e non strettamente connessi alla teoria, che possono guidare le nostre azioni, scelte o percezioni. «Avere consapevolezza è essere in relazione o, ancora meglio, essere la relazione, con tutto ciò che in essa si può sentire» (Restori, 2010, p.8). Il terapeuta non può sapere pensieri, fantasie e ricordi del paziente, ma ha la possibilità di conoscere i propri pensieri e ricordi, verificando i possibili cambiamenti in se stesso, e comprendere, attraverso l'osservazione di sé e della situazione, se la risposta messa in campo è stata utile, inutile o dannosa (Lai, 1988). La posizione ideale da raggiungere è che «il rapporto con la teoria da vincolo diventi una risorsa» (Boscolo e Bertrando, 1996), affinché il terapeuta possa mantenere una certa autonomia e creatività. Non dobbiamo essere *praticanti della teoria*, ma *teorici della prassi* affinché si possa essere agenti di cambiamento, immergendosi in scambi "reali", sul campo, caratterizzati da confronti ricchi di prossimità e reciprocità, per rispondere ai bisogni, senza dare niente per scontato (Moroni 2012, lezioni IDIPSI).

IL CASO: LA SIGNORA S.¹⁰

Abbiamo conosciuto la Signora S. a fine maggio. Ha iniziato il percorso con noi su consiglio degli animatori e dei medici. E'

¹⁰ Nella presentazione del caso verranno utilizzati spezzoni dei colloqui svolti, che sono stati audio registrati, secondo quanto proposto dai metodi conversationalista e capacitante, nel rispetto della privacy della persona e avendo ottenuto il consenso firmato. Nei dialoghi verranno utilizzate le lettere P1 e P2 per indicare il turno delle psicologhe, la lettera S per l'ospite, puntini di sospensione per indicare momenti di silenzio e puntini di sospensione all'interno di parentesi tonde per indicare mancanza di testo.

stata descritta come una persona disturbata dall'ansia e dalla depressione, con un forte bisogno di contatto e ascolto. Inoltre, presenta continue richieste stereotipate, accompagnate da occasionali allucinazioni visive, che la portano a vivere una condizione di rifiuto da parte degli altri, con la conseguenza a isolarsi. Inizialmente ci incontravamo con cadenza quindicinale, successivamente, abbiamo scelto di vederci ogni settimana, riconoscendo il bisogno di un sostegno psicologico continuo, in accordo con l'equipe multiprofessionale. S. è ricoverata in struttura da circa quattro anni, con una storia di depressione alle spalle, che pare abbia condotto a un tentato suicidio. Due sono le peculiarità: la signora non ha ancora settant'anni e la madre è ricoverata con lei in struttura. E' emersa da subito una limitazione delle autonomie di S., in quanto non si sposta in struttura, se non accompagnata, nemmeno per andare a trovare la madre.

IL TEMPO CONDIVISO CON S.

Nel nostro lavoro importante è stato riflettere sul il tempo condiviso (Boscolo e Bertrando, 2008) con la Signora S., cioè come i tempi individuali di due o più persone si incontrano e si compenetrano. S. si è sempre mostrata disponibile: non ha mai saltato un incontro, ha mostrato il suo interesse a tornare. Ha espresso rammarico e dispiacere alla comunicazione dell'interruzione estiva dei colloqui, esplicitando la sua felicità quando sono stati ripresi.

P2: "Per oggi siamo vicini al termine, ma prima di accompagnarla vogliamo comunicarle che per quest'estate ci fermiamo, riprenderemo i nostri incontri a settembre!" S: "Non ci siete?!" P2: "No, faccio prima io un po' di ferie, dopo va lei" S: "O Signore!" P2: "Per il mese di agosto non

torneremo qua! Le dispiace?" S: "Eh! Mi dispiace!" P2: "Contava di vederci?" S: "E sì!" Parla della visita con lo psichiatra. P1: "Non ha piacere ad andarci?" S: "No, avevo più piacere a venire qui da voi! ... Adesso per il mese di agosto siete in vacanza, eh mi dispiace! Mi piaceva stare qua con voi!" P2: "A settembre torniamo, se vuole ci rivediamo!" S: "Adesso c'è da passare tutto agosto! Voi a settembre ritornate?" P1: "Sì!" S: "A me piaceva, perché voi mi difendete, riprendiamo a settembre! Dove andate in vacanza?"

La signora aveva un'intonazione molto bassa, talvolta di difficile comprensione, con una cadenza e espressioni verbali rallentate. Rimaneva spesso in silenzio, guardava un punto fisso, per poi iniziare a parlare, senza guardare negli occhi, a meno che non le veniva fatta una domanda diretta, durante la quale manteneva lo sguardo, ma subito dopo lo distoglieva. Sono aspetti ai quali ci siamo adeguate nel tempo, individuando segni non verbali che indicavano il suo stato d'animo in quel momento. Questo ha aiutato a capire i temi sui quali gradiva soffermarsi e raccontare, come la gioventù, il lavoro, le vacanze insieme al marito, il figlio, le nipoti. Ecco alcuni esempi:

S: "La più piccola va all'asilo, mentre l'altra va alle elementari" P1: "Ormai hanno finito le scuole!" S: "E' brava! Suona anche il violino, è brava. Ah! Mio figlio ci tiene!" P1: "Le fa ascoltare, quando va a casa, qualche brano che suona?" S: "Mm! La mia (nome) è brava a suonare il violino, mio figlio suona la tromba, però non ha trovato .." P1: "L'orchestra!" S: "Aveva trovato delle orchestre di liscio, ma non gli piaceva, a lui piace il jazz." P1: "Bello!" S: "Mm!" P1: "La piccolina suona anche lei qualche strumento?" S: "La piccolina? Suona il flauto!" P1: "Ah! di già!" S: "Mm!" P1: "Glielo ha sempre insegnato suo figlio?" S: "Mm! E' brava, poi è bella, bionda, bionda. La mia (nome) ha i capelli lunghi, lunghi ed è bionda, bionda" P1: "Che belli! Le assomigliano un po'?" S: "Mm! Nella fronte mi assomigliano ..."

S: "Io andavo nella spiaggia libera ... Con le biciclette ... Mio marito dietro con le borse" (ride) P1: "Con le cose da mangiare, salviettoni, le creme!" S: "Salviettoni, le creme" P2: "Portavate anche l'ombrellone?" S: "Eh! Anche l'ombrellone" P2: "Le sdraie?" S: "No, le sdraie no! Poi alla sera bisognava portare sempre indietro l'ombrellone, si sudava!" P2: " ... domenica scorsa è andata a casa?" S: "Sì! Mi ha dato le fotografie delle bambine, adesso le ho sul comodino" P2: "Ora ha le sue nipoti sul comodino!" S: "Mm! Le avete mai viste?" P1 e P2: "No!" S: "Dopo ve le faccio vedere!"

Nel parlare del suo passato S. cambiava tono e ritmo dell'eloquio, rideva nel ricordare alcuni episodi, mostrava cambiamenti nelle espressioni non verbali. Nelle narrazioni sul presente emergeva la visione di un quotidiano monotono, costretta in un luogo non scelto e con persone con cui faticava ad andare d'accordo, non vedendo un futuro dove qualcosa potesse cambiare.

S: "Che bello il mare! Io non ci vado più. Non vado più al mare, neanche in montagna, in nessun posto (tono di voce cala)" P2: "Quando andava al mare faceva il bagno?" S: "Mm!" P2: "Sa nuotare?" S: "No!" P2: "No. Stava a riva?" S: "Avevo un materassino ... dopo diventavo rossa come un peperone (sorridente)" P1: "Ha la pelle chiara!" S: "Ho la pelle chiara" P1: "Bisogna stare attenti!" S: "Alle scottature!" P1: "Però le piaceva stare al sole?" S: "Mm! Poi a cambiare aria si sta bene, poi l'acqua del mare fa bene, disinfetta!" P1: "Fa bene fare le passeggiate dentro al mare per la circolazione!" S: "Alla mattina presto! E insomma!" S: "Ieri sera c'erano i bersaglieri! (...) E ma io non ci sono andata!" (...) P1: "Lei come mai non è andata?" S: "No, a me non me l'hanno chiesto" P1: "Voleva andarci?" S: "E mi sarebbe piaciuto! Adesso non so che feste fanno!" P1: "Di solito organizzano delle feste nel periodo estivo?" S: "E d'estate non lo so! E ne hanno fatte di feste che c'era da mangiare" ... P2: "Le piacciono le feste?" S: "Sì, mi piacciono!" ...

S: "Marina di Carrara! Marina di Massa! Piazza Aranci! Andavo sempre in piazza, con una mia amica, andavamo via insieme. Mangiavo tanta marmellata, tanto riso in bianco, facevamo da mangiare noi" (ride) P1: "Riso in bianco era più sbrigativo!" S: "Mm! Ero diventata grassa! (...) perché adesso ho i denti che mi fanno un po' male, ma quando ero giovane, ero andata in montagna con la mia amica e avevo mangiato tante di quelle pere, pere piccoline!" (ride).

S: "Devo fare sempre quello che vogliono loro, alla mattina devo alzarmi alle sei, per poi stare lì a fare niente. A casa non mi alzavo alle sei! Mi alzavo alle sette e mezza, alle otto!" P1: "Si riposava un po' di più!" S: "Mm!" P2: "A che ora va a fare colazione qua?" S: "Ma, sette e mezza" P2: "Sette e mezza! Dopo colazione di solito cosa fa?" S: "E, guardiamo la televisione! Se ci sono le salviette (da piegare) altrimenti sempre televisione"

S: "Mio papà andava a caccia" P2: "Pescava anche?" S: "Mm!" P2: "Era bravo?" S: "Appena finita la guerra, con le bombe a mano, le buttava dentro al Po e venivano tutti a galla i pesci" (ridiamo) P2: "Un bel metodo per pescare!" S: "Così dopo mangiavamo il pesce! C'era tanto pesce gatto" P1: "Ingegnoso" S: "Mm! Una volta c'erano i fagiani, le lepri, adesso non ce ne sono più, andava dietro al Po mio papà"

S: "Adesso c'erano da fare le salviette (attività con animatori)" P1: "Piegare le salviette?" S. annuisce. P1: "Le piace come lavoro?" S: "Ma sì!" P1: "Per passare un po' il tempo!"

Riascoltando le registrazioni, si individua un rituale, non solo nel contenuto, anche nell'utilizzo delle stesse parole: il mal di denti, i capelli non in ordine, il vestirsi coordinata, il deodorante o la saponetta terminati, l'orologio rotto. Abbiamo cercato di rimandare la legittimità di vivere queste routine, riconoscendo alla signora un tempo per parlare, per esprimersi, per liberarsi, per preferire, per decidere, offrendo effettività alla sue richieste e ai suoi bisogni (Vigorelli, 2004, 2011).

P1: "A parte il caldo come sta signora?" S: "In-

somma, non mi piace tanto stare qua! Domenica non è venuto mio figlio, spero che domenica venga! Poi non c'è neanche la parrucchiera oggi, ho di quei capelli, non sono belli vero?!" P1: "Se li fa fare sempre dalla parrucchiera i capelli?" S: "Sì" P1: "Di solito viene tutte le settimane?" S: "No, non tutte le settimane! C'è un caldo! Voi non avete caldo?" P1: "Sì! Molto" S: "Poi ho mal di denti!" P1: "Deve andare dal dentista?" S: "No! Non ci vado! Oggi sono un po' giù ..."

S: "Mi fanno male i denti!" P1: "Ah!" S: "Tutto il giorno ho male ai denti!" P1: "Deve fare qualche intervento o le fanno male così?" S: "No, no, non so cosa ho." P1: "Ha delle carie?" S: "Non lo so! Ma tutti i giorni mi fanno male i denti" P1: "Dopo mangiato?" S: "No, alla mattina appena mi alzo, mi metto la dentiera e mi fanno male. Dico sempre mi passerà, mi passerà, (...) e poi sono sempre vestita male!" P1: "Non le piacciono i vestiti che ha qua?" (la signora fa no con la testa) P1: "E' venuta sua nuora a portarle i vestiti?" S: "No!" P1: "No" S: "Non so se vado a casa domenica, perché domenica questa non sono andata casa, e spero di andare a casa domenica. E poi non ho tanto burro cacao!". (...) S: "Con questo mal di denti non posso mangiare niente, solo della roba un po' molle" P1. "E' andata da un dentista?" S: "No! Ci sono andata ... ci sono andata una volta, ma non mi so spiegare quando vado là, allora il dentista non capisce"

P1: "Come sta Giovanna?" S: "E insomma, non sto male, però non sono andata dalla parrucchiera e adesso mi dispiace, ho un po' di eritemi sotto. Ieri c'era una signorina e mi ha dato un po' di crema e oggi non c'è, eh! Mi dicono 'Diventa bianca, diventa bianca', si a 67 anni diventare bianca non mi piace, eh!" P2: "Le prude in testa?" S: "Sì, mi gratto e allora dopo mi vengono su quella cosa lì, (...) mi manca il burro cacao, il deodorante, che mi ha portato mia nuora, ma non so se funziona ... adesso andrò a casa domenica, con i capelli tutti brutti!"

S: "Adesso sono qua! Mi ha comperato questo orologio, perché glielo avrò detto mille volte di comperarmelo. Avevo un bel orologio, me lo ha portato a farlo aggiustare dal gioielliere, ma poi non è più andato a prendere, non si fa mica così!" P1: "Le cose sono sue!" S: "Mi ha regalato questo qui, gli ho detto portami un orologio

per vedere almeno le ore, non so che ore sono, dopo uno si è rotto subito, che non era bello, dopo mi ha portato questo, adesso sembra che vada, ma dopo quando cambiano l'orario non so come fare. Adesso ho paura che si fermi la sveglietta, gli ho detto portami la pila, non si ferma, adesso è lì, lì per fermarsi, per una pila non sarà mia (dialetto) Ce l'ho nel cassetto, ma è quella vecchia! E insomma, mi ha preso questo adesso, speriamo che vada. A me piaceva andare vestita bene, quando ero giovane ero quello più vestita di tutte ... insomma, e così la vita! Voi siete fortunate!"

S: "L'ultima volta che sono andata a casa mio figlio ha detto mi sono preso un bel giubbino al Coin, gli ho detto a me non hai preso niente, almeno un vestito a giacca, qualcosa. Anche quando vado in chiesa ho sempre un golfino e basta. Tanto per stare lì! Anche per stare qua se avrei qualcosa in più sarebbe meglio, una sottana, una camicetta. Ho una sottana marrone con la camicetta a righe, non starà mica bene! Poi non ne ho più, se non arrivano!" (...) S: "Non ho il burro cacao, il deodorante, ne ho consumato tanto, non ne ho quasi più. Mi fanno sempre un po' male i denti!" P1: "Le fanno ancora male!" S: "Eh, un po'!" P1: "Fa fatica anche a mangiare!"

OLTRE LA DIAGNOSI ...

Inizialmente, abbiamo provato fastidio e rabbia nel ritenere che S. fosse stata etichettata come depressa cronica. La sensazione è stata che fosse diventata lei stessa la diagnosi, sentendo il bisogno di riscatto per lei, percependo come ingiusto il ricovero in struttura in un'età giovane. Boscolo e Bertrando (1996) parlano del rischio di comunicare una diagnosi senza introdurre speranza e fiducia nel futuro, evocando uno scenario dominato dalla patologia, che porta a deresponsabilizzare e diminuire le competenze: «La patologia viene messa in primo piano, oscurando le potenziali risorse del cliente, che a sua volta sarà portato a vedere e reificare ciò che non funziona in sé» (p.51).

Nei nostri colloqui, spesso è emersa questa percezione da parte di S.

S: "Ma voi siete giovani! Anch'io sono giovane, ho 67 anni!" P1: "E' giovane anche lei!" S: "Sono già 3 anni e mezzo che sono qua"

P2: "Non dovrebbe essere facile stare chiusa qua!" S: "Eh! Se vado a casa non so più capace di fare niente, non sono capace di fare da mangiare, quando c'era mio marito, mi aiutava, dopo è morto ..."

S: "Sono stata sfortunata! Quando è morto mio marito sono stata messa subito chiusa qua!" P1:

"Chi l' ha deciso?" S: "E mio figlio!" P1: "Non ne ha parlato con lei prima di prendere questa decisione?" S: "Con me? e mi ha detto cosa fai? non sei capace di fare da mangiare, di stare in casa da sola. Io non sono capace di stare a casa!"

S: "Io ho fatto anche l'elettroshock quando mi sono ammalata, (filo di voce) ne ho passate io! Non sono mica stata tanto fortunata! ... Non stavo bene! .. e insomma!" P1: "Aveva parlato in passato con altri psicologi?" S: "(...) sono sempre andata ... da una dottoressa. Comunque io qui non dormo tanto, c'è caldo adesso! ... Andavo dalla (nome) è di Parma!" P2: "Come si trovava con lei?" S: "E insomma! ... Ho preso tante medicine, mi sono caduti tutti i denti, a continuare a prendere delle medicine!" P1: "Gliel dava questa dottoressa le medicine?" S: "Mm! Mi sono caduti i denti (...)"

S: "Finché c'erano i negozi al mio paese andavo a prendere la roba, ma dopo hanno messo su tutti quei supermercati, ma io non riesco più a prendere tutta la roba, dove la mettevo?! ... Allora ha deciso di mettermi qui (voce molto bassa), una badante non me la prende mi ha detto, dopo non conosco neanche i soldi, mio marito mi ha insegnato, ma io non sono stata capace di imparare, le lire sì! ma l'euro no!"

P2: "Come sta oggi?" V: "Ma, insomma! Dei giorni sto bene, dei giorni, un po' di depressione. Non viene mia sorella a trovarmi, non so dove è andata!" P1: "E' andata in vacanza?" S: "Mio figlio è andato in vacanza e mi ha lasciato qui, è! E' andato in bassa Italia, nel Mar Ionio mi ha detto! Domenica non mi viene a prendere!" P1: "Sta via un po'?" S: "E, sta via quindici, venti giorni e io domenica, così, non vado a casa! Dopo non

so se ho tutte le robe, le cose!"

Fondamentale è stato rendersi conto di dover uscire dall'"ottica" classificatoria della diagnosi, accettando il fatto che, seppure fosse stata formalizzata, poteva essere considerata «una delle possibili punteggiature della realtà» (Boscolo e Bertrando, 1996). A tal fine, abbiamo cercato di utilizzare un linguaggio depatologizzante (Boscolo e Bertrando, 1996) che facesse riferimento non solo alla malattia e che evocasse la presenza di risorse e competenze, presenti in un passato non così lontano e che potenzialmente possono ancora esistere. La possibilità di vedere punteggiature diverse è nata dall'ascolto delle narrazioni di S., dove emergono le sue identità molteplici (Vigorelli, 2004, 2011), quelle di figlia, lavoratrice, madre, nonna, suocera, compagna di stanza, ricamatrice, vissute nei suoi mondi possibili (Vigorelli, 2004, 2011), quello del passato, a casa con i genitori, con il marito, al lavoro; quello del presente, in casa di riposo e durante le sue "allucinazioni". Molteplicità possibili, pensabili e esistenti contemporaneamente dentro di lei, che sono state espresse, viste, riconosciute, portando a produrre narrazioni differenti (Lai, 1993).

S: "Io sono andata a fare la sarta, ad aiutare una sarta, poi sono andata a fare le scarpe, le mutande, le maglie, poi sono andata (nome azienda) a fare campionari" P2: "Beh! Ha cambiato tanti lavori!" S. conferma. P2: "Ha imparato tante cose!" S: "A (nome azienda) c'era da sgobbare molto!"

S.: "Io quando vado a casa non faccio niente, non sono più capace di cucinare, non sono più capace di fare niente!" P1: "Non le piace più cucinare?" S: "Mi piaceva fare uncinetto, facevo tante cosine" P2: "Cosa faceva all'uncinetto?" S: "Ho fatto delle tovaglie, dei centrini. Mi piaceva tanto andare al cinema" P2: "Andava con suo marito, con le sue amiche?" S: "Con mio marito!"

P1: "Che film le piaceva vedere? romantici?" S: "Mm! Il dottor Zivago, Rosella O'Hara" (...)

P1: "Qual'era il suo cantante preferito?" S: "Massimo Ranieri, ce n'è tante di canzoni, la Mina"

P2: "Ascolta ogni tanto la radio? Ha la musica in camera?" S: "No, non ce l'ho, ascolto la televisione, però vedo dei bei film"

P1: "Non le piacerebbe ogni tanto ascoltare della musica?" S: "Mi piace la musica!"

S: "Mia mamma sapeva fare le scope, poi sono arrivate le macchine, faceva anche i cestini"

P1: "In vimini?" S: "Mm!" P1: "Intrecciatli! Un lavoro di precisione?" S: "Mm!" P2: "In famiglia avete usato tutti le mani per i lavori!" P1: "Le mani e la musica aggiungerei!" S: "Eh! Io la musica, mi piace molto!"

S: "Quando ero giovane mi hanno sempre vestita bene, mia mamma, non eravamo ricchi, ma mi ha sempre mandato bene"

P2: "Ci teneva!" S: "Invece, qua non ho niente (voce bassissima)"

P2: "Deve farsi coraggio?" S: "Mm!" P1: "Alla fine, secondo noi, lei ha molta forza!" S: "Lo so!"

P1: "Comunque per restare qua così giovane!" S. conferma. "Lei per il bene di suo figlio, per sentirlo tranquillo e per farlo stare bene, ha deciso di ascoltarlo e venire qua, nonostante fosse un po' contro voglia"

S: "Mm!" P1: "Però ce la mette tutta per stare qua!" S: "A sì!" P1: "Ha tanta forza! Anche per aspettare che vengano a prenderla, che le portino i vestiti che lei vuole"

S: "Adesso nell'armadio ho tutta della roba pesante!"

P1: "Ha fatto tanti lavori nella sua vita!" S: "Mm!"

P1: "Ha imparato tante cose!" S: "Poi sono andata (nome fabbrica) un mestiere tanto faticoso! Dopo mi hanno mandato in un altro reparto, sono stata bene, poi dopo ha fallito. Tutte le mie, le fabbriche dove sono stata io, hanno fallito tutte!"

P1: "Tutte le volte bisognava iniziare da capo, cambiare posto, trovare un altro lavoro!"

S: "A me piaceva stare in compagnia, con le mie amiche, parlare; quando andavo a lavorare avevo tante amiche, parlavo, dopo mi hanno lasciato a casa, mi è venuto subito l'esaurimento!(abbassa la voce)"

P1: "Le piaceva stare in mezzo alla gente!" S: "E! Mi piaceva stare in mezzo alla gente!"

P1: "Ha una buona memoria!" S: "Quando ero giovane avevo una bella memoria, adesso è un po'"

P2: "Anche adesso ricorda bene"

S: "Mi ricordo tante cose vecchie"

P2: "Anche cose nuo-

ve, quelle che le raccontiamo se le ricorda!"

Per allargare la prospettiva di cosa guardare e ampliare lo scenario, importanti sono state le formulazioni delle ipotesi, che hanno permesso di creare un contesto dove prevaleva la ricerca di una possibile evoluzione per superare le difficoltà (Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin e Prata, 1980; Cecchin, 1987; Boscolo e Bertrando, 1996). Abbiamo ipotizzato un vantaggio per S. nel rifiutare un cambiamento nell'acquisizione o nella riappropriazione di piccole autonomie, visto come giustificazione e omologazione agli ospiti anagraficamente più vecchi. Le allucinazioni e le ossessioni potrebbero rappresentare i sintomi di una patologia da curare in regime di ricovero. In alternativa, il ricovero avrebbe potuto essere letto come abbandono da parte della famiglia: meglio ammalati, anche ammalati psichicamente, che abbandonati ed esclusi; meglio una identità malata che nessuna identità, così da essere vista e ascoltata, in questo modo l'identità vera è quella del passato, quella perduta. L'accettazione di un'identità malata, permetterebbe a S. di rendere "vero" il continuo ripetere "non sono più capace", arrendendosi alla situazione, come se non avesse nessun potere per fare altro. Inoltre si è ipotizzato un collocarsi difensivo nel ruolo di figlia, e di avere vissuto, di conseguenza, un ruolo di sorella, moglie e successivamente di madre non completamente soddisfacente, con probabili ripercussioni nel rapporto familiari. La plausibilità delle nostre ipotesi abbiamo cercata di verificarla attraverso il principio di circolarità, utilizzando il metodo dell'intervista circolare (Cecchin, 1987), grazie al quale il clinico crea curiosità e mantiene una posizione neutrale. Le domande del terapeuta e le retroazioni

del cliente a loro volta portano a nuove ipotesi (Boscolo e Bertrando, 1996).

S: "Ormai sono 7 anni e mezzo (in realtà sono solo quattro) che sono chiusa qua!" P1: "E' lunga!" S. conferma: "Mi piaceva andare vestita bene, adesso qui non ho più niente" P2: "Non riesce più a sistemarsi come vuole!" S: "Si prende il mondo come viene, dice mia sorella, lei lo dice perché lei non è qua, se fosse qua lei!" P2: "Dice che non la penserebbe così?" S: "E' Lei viene, ma poi va a casa sua, da suo marito!" P1: "Cos'è che le manca di più della sua casa?" S: "Tutta la mia roba. Tutte le mie fotografie, ne avevo tante. Morto mio papà, è morto anche mio marito e hanno pensato di mettermi qua, mi sistemano, mi danno da mangiare, però non si può fare quello che si vuole."

S: "Sono andata a casa l'altra domenica, sono andata a vedere tutte le mie fotografie. Poi mio figlio, se dico qualcosa!" P1: "Si arrabbia?" S: "Mm! ... Questa domenica non è venuto a prendermi, verrà domenica questa! Se dico che ho mal di denti si arrabbia subito." P1: "Non vuole sentire che si lamenta!" S: "Le lamentele, sì!" P2: "Ci rimane male per questo?" S: "Io? E insomma!" P2: "Cosa vorrebbe sentirsi dire da suo figlio?" S: "Che venisse molto più spesso a trovarmi! Eh! Invece, mi ha detto mia sorella che lo ha visto anche l'altra mattina e non è venuto nessuno! Mia nuora va a fare la spesa, ma non viene a trovarmi." P1: "Ha un po' di rabbia verso suo figlio?" S: "Ma no, a mio figlio ci voglio bene, però mi doveva tenere a casa! Invece ha due bambine, ha due bambine mia nuora e allora non può tenermi a casa" P2: "E' stato lui a decidere di metterla qui al Busi?" S: "Mm! Anche perché mia nuora ha due bambine, come fa! Mi viene a prendere la domenica, poi vanno in piscina e io mi porta a casa subito"

P2: "Si è un po' arresa a questa situazione S.?" S: "E insomma!" P2: "Pensa che non può fare niente per renderla un po' più bella, non bella, ma che possa vivere più serenamente?" S: "Mm! Ormai! Ho già firmato per stare qui per sempre. E mio figlio la badante non me la prende mi ha detto".

S: "A me non è mai piaciuto andare negli ospedali, lo dicevo che non mi piace andare al rico-

vero, invece ci sono adesso ... qua dentro cosa vedo di bello, né la luna né le stelle, non vedo niente! A me piaceva andare a raccogliere le viole, in primavera, dove abitavo, c'erano tante viole, qui cosa vedo niente" ... "E insomma così" P1: "Si sente un po' in trappola?" S: "Un po'! Poi ho sempre paura che nella camera ci sono dei gatti, dice mia sorella che non è vero, ma io li vedo, dice ma c'è pulito" P1: "I gatti intende gli animali o..?" S: "Sì, i gattini. C'è pulito, c'è pulito, invece non c'è pulito." P1: "Perché la spaventano i gatti?" S: "I gatti, a me piacciono, ma vederli di notte non mi piace!"

S: "Io spero sempre che mio figlio non si ammali, altrimenti io sono sola Se non viene mio figlio chi ho? Nessuno!" P1: "C'è anche sua sorella!" S: "Mh! Mia sorella! Ma lei non fa niente" P1: "E' più suo figlio che si occupa di lei?" S: "E sì!" P1: "Ha paura che gli possa succedere qualcosa?" S: "Sì, delle volte penso se gli succede qualcosa, ha preso uno strappo, gli faceva male un po', non una cosa grave ... e insomma così!" P1: "Ha un po' di preoccupazioni!" S: "Mh!" P1: "Ha paura di rimanere sola!" ... "è difficile anche accontentarsi!" S: "E sì!" P1: "Aveva una vita in cui faceva tante cose, riusciva a cucinare, a lavorare all'uncinetto, lavorava, aveva la sua famiglia. Ci si ritrova che queste cose non si riesce più a farle, si viene chiusi dentro una struttura dove non si possono più fare, è difficile da accettare!" S: "E sì! Per di più non si vede nessuno, non si vede niente! Ormai lo so che non torno a casa! Se ora esco cosa faccio, niente!"

P2: "Si sente impotente" S: "Mm! Un po'! ... Poi ho sempre paura che mio figlio non sta bene e rimango qui da sola, dopo io non ho nessuno ... anche stare sempre così sotto stress non va bene!" P2: "Ha sempre queste paure in testa!" S: "Vorrei che ci fosse mia mamma!" P2: Cosa direbbe sua mamma se fosse qui?" S: "Eh! Lei sa tutto ... di me! Poi mio papà, mi voleva bene il mio papà, era buono! Insomma, ora devo stare qui!"

S: "Voi siete fortunate, siete giovani, avete la vostra famiglia! io non ho più la mia famiglia! (filo di voce)" P1: "Chi le manca di più della sua famiglia?" S: "Mio papà!" P1: "Era molto legata a sua papà!" La signora si commuove ... S: "Il mio papà era buono" ... "Adesso ho qui mia mam-

ma, spero che stia bene!”

Fondamentale è stato non accontentarsi della spiegazione migliore (Cecchin, 1987) data da S., ma ricercare pattern che giustifichino la coesistenza di diverse posizioni e visioni, anche di quelle più difficili d'accogliere, con il rischio di non vedere la complessità delle interazioni umane, composta da punteggiature molteplici di comportamenti, eventi e relazioni (Cecchin, 1987). Nel nostro caso, la possibilità di accogliere le posizioni di familiari e operatori.

S: “Io non sono capace di stare a casa! Ho tentato anche di suicidarmi! e allora, almeno qua sono curata e assistita” P1: “Si è spaventato suo figlio!” S: “Mm!” P1: “Ha passato un periodo brutto?” S: “A venire qua, i primi giorno e poi non mi sono ancora abituata, sono già 3 anni e mezzo! uno ha la sua casa, è brutto!”

P1: “Sua nuora non è ancora riuscita a venire?” S: “No! Ha detto hai tutto. Mi ha portato una camicia da notte e basta, a me piaceva se mi avesse portato una giacca. Le ho a casa, ma non mi vanno più bene, perché stando qui sono ingrassata, allora i vestiti non mi vanno più bene” P1: “Sua sorella non riesce a portarle qualcosa?” S: “No, mi ha portato le saponette, lei non mi porta niente, perché dice che è mio figlio che deve procurarmi la roba non lei, perché lei con mio figlio è in disaccordo ...”

S: “Avevo dei bei braccialetti, delle belle catene, ora non so neanche dove sono! Quando glielo chiedo, dove sono le mie cose? A non lo so, non ci sono più! Chissà dove sono andate a finire! Sono andata a casa l'ultima volta, mi hanno mandato nella mia casa, avevo tante fotografie di quando ero giovane, ho fatto appena in tempo a guardarla! Perché loro dai, dai, dai! Volevo prenderne su, ma! C'era il mio album, quando mi sono sposata. Sono stata sfortunata io!”

S: “Ci sono tante persone cattive, non so!” P1: “Qua dentro?” S: “Mm!” P1: “Con cui ha litigato?” S: “Non ho litigato, però!” P1: “Non le piace come si comportano!” S: “Mm!” P1: “Cosa fanno che non le piace?” S: “Mi dicono te hai sempre

mal di pancia, hai sempre mal di denti, ma se ho mal di denti e mal di pancia lo dico io” P1: “Sono le infermiere, le persone che si occupano di voi o sono altri ospiti del Busi?” S: “Sono le signore che lavorano qua” P1: “Sono loro che le dicono che lei ha sempre da dire che non sta bene!” S: “Mm! ... Poi io sono sempre da sola, non mi portano neanche giù, non so con chi andare. Mi piacerebbe andare un po' fuori”

Sono state utilizzare diverse tecniche, come il genogramma per approfondire la storia personale e familiare e le cartoline con immagini diverse, come paesaggi, animali, famiglie, per suscitare narrazioni, ricordi ed emozioni nel raccontare. Un'altra tecnica usata è quella delle domande circolari, che ha permesso di sviluppare prospettive diverse sulle situazioni narrate, che hanno consentito, a loro volta, l'utilizzo di altre tecniche, come il riformulare pensieri o proporre riflessioni direttamente in seduta.

S: “Sono qua e sto qua, a malavoglia ma resto qua” P2: “Cosa le piacerebbe fare qua? Non le piace stare, ma qualcosa che la farebbe stare meglio secondo lei cosa potrebbe essere?” S: “Cosa potrei fare? Cosa potrei fare! Mia sorella mi dice di leggere, ma cosa leggo?!” P2: “Non le piace leggere? Si annoia!” S: “Mm! Un tempo mi piaceva l'uncinetto, ho fatto una bella tovaglia, dei bei centrini” P1: “Qua non l'ha più fatto?” S: “Non sono più capace, mi piaceva cucire ..”

P1: “Non è facile vivere con altre persone, abituarsi ai ritmi di una struttura!” S: “Adesso ci sono talmente tante persone!” P1: “C'è tanta gente nuova!” S: “Mm!” (...) P1: “Le piace parlare!” S: “E sì! Ma non so mai con chi parlare! Se taccio perché taccio, se parlo perché parlo! Mia sorella dice taci e addio, ma delle volte mi viene un nervoso!” P1: “Chi è che la fa innervosire?” S: “Ci sono delle osa, delle signore, sono cattive!” P1: “Però è difficile mandare sempre giù!” S: “E sì!” P1: “E sopportare!” S: “Mm!” P1: “Cos'è che le da più fastidio?” S: “Quando mi dicono ti mandano via, ti mandano via” P1: “Dove dovrebbero mandarla?”

S: "Non lo so! In un altro reparto!" P2: "Queste persone vorrebbero che lei andasse in un altro reparto!" S: "Sì, certe volte mi dicono così!" P2: "Lei ci rimane male!" S: "Mm!" P2: "Secondo lei perché glielo dicono?" S: "Ma non so neanche io! Perché io mando giù tutte le volte, e insomma!" P1: "Lei dice alcune volte riesco a mandare giù, delle volte scoppio anch'io!"

S: "Mio figlio è arrabbiato con mia sorella. Adesso chissà quando muore mia mamma (...)" P2: "E' preoccupata per il rapporto tra suo figlio e sua sorella?" S: "E insomma!" P2: "Secondo lei potranno mai fare pace?" S: "No!" (...) P2: "Secondo lei c'è qualcuno che ha ragione dei due?" S: "No!" (...) P1: "Se sua madre fosse ancora presente con la testa e vedesse come suo nipote e sua figlia si stanno comportando cosa direbbe?" S: "Ma, non lo so cosa direbbe (...)" P2: "Secondo lei perché sua sorella ha questa percezione?" S: "Non lo so!" P2: "Come descriverebbe sua sorella come carattere?" S: "Con me è avara! Perché non mi prende niente (...)" P2: "Sua sorella, ha i soldi, ha la villa al mare, va al mare con suo marito, ha la sua vita; suo figlio ha la sua famiglia, le sue bambine, va al mare, va in vacanza con sua moglie, e S?" S: "A casa! Mm! A casa (voce molto bassa) (...)"

P1: "Non dovrebbe essere facile tutte le volte che si riportano delle richieste ai propri familiari e sentirsi dire di no! O sentirsi dire hai già tutto!" P2: "Soprattutto quando io dico che non ce l'ho!" P1: "E' tanta la sofferenza che lei porta ai suoi familiari e spesso si trova davanti un muro!" P2: "La sensazione è quella di non essere riconosciuta in quello che si prova, si vive, come se quello che si sta provando non sia vero. Invece si vive, come no, cosa ne sai tu che non ci sei qua a viverlo con me?" S. annuisce. P1: "Mi chiedo se possa esserci un modo differente in cui S. possa entrare in comunicazione con i suoi familiari, senza portare delle richieste e senza trovarsi un muro davanti?" S: "E lo so, ma io senza mia mamma e il mio papà, non so niente ormai!" P2: "Si sentiva appoggiata da sua madre e suo padre!" S: "Ah, sì!" P2: "Sono state due figure importanti per lei, di appoggio nella sua vita!" (...) P1: "Se fosse qua il suo papà, se dovessimo chiedere di raccontarci chi era S., chi è S. cosa direbbe?" S: "Mio papà diceva sempre vedrai

che guarisci, guarisci in primavera, invece non sono guarita" P1: "Come le stava accanto suo papà?" S: "Eh! Andava a lavorare lui, però lui mi voleva bene, mia mamma era più severa, (...) io sono stata sfortunata ... io non vado più a casa!" P1: "Quando ha iniziato a sentire che la sua vita era sfortunata?" S: "Quando sono stata a casa dal lavoro!" P1: "Quanti anni aveva?" S: "Quando sono stata a casa dal lavoro, non ricordo (...) Per me stare a casa dal lavorare è stato un colpo, a me piaceva stare insieme alle mie amiche, quando lavoravamo parlavamo, passava il tempo. Dopo mi è venuto questo esaurimento, poi gli è venuto anche a mio marito, (...) poi io doveva stare attenta con i soldi, poi mi sono ammalata, a me piaceva andare a lavorare, stare in mezzo alle persone" P2: "Mi chiedevo quale soluzione ci possa essere per S., perché a casa non può andare, a casa, ci sono diversi ostacoli che S. non riesce più ad affrontare. S. deve stare al Busi, stare a certe regole, a certi orari, convivere con determinate persone. Però S. deve vivere! Mi chiedo cosa può fare S.?" S: "Quando mi fanno arrabbiare io ci rispondo, perché mi viene una rabbia" P2: "E' normale, quando non si sta bene in un posto alla fine si scoppia!" S: "E'!" P2: "Soprattutto se non veniamo capiti in quello che si prova, poi abbiamo reazioni a volte più esagerate del dovuto, è l'esasperazione che ci porta a parlare!" S: "E certo! Sì! Dopo mi vengono in mente tutte le cose di quando ero giovane" (...) P1: "Riprendendo un po' quello che diceva prima P2 sul fatto di farla stare meglio qui al Busi. Lei dice è una condizione che adesso devo accettare. Quali potrebbero essere tre cose che lei vorrebbe cambiare qui al Busi per stare meglio?" S: "Ma non saprei! Se vado a casa anche spesso, ma dopo devo sempre ritornare, allora tanto vale stare qua! Però mi piace andare a casa, vedere la mia camera, vedere tutte le mie cose." ... "Mi piacerebbe andare a lavorare. Dopo le scuole sono andata subito a fare la sarta"

Seguendo la visione di Lai (1988), non sono state utilizzate solo tecniche. Abbiamo accompagnato la linea di pensiero di S., accolto i suoi cambi di argomento, mostrando interesse attraverso semplici domande e

commenti, affinché la conversazione continuasse e portasse nuove narrazioni, che l'allontanassero dal suo rimuginare per vivere momenti, anche se brevi, di leggerezza e serenità.

S: "Io dovrei mangiare un po' di carne, a me la carne non piace!" P1: "Ha il ferro basso?" S: "Eh! Ho un po' di colesterolo. Oggi ho mangiato la pizza!" P2: "Le piace la pizza?" S: "Mm! Mi piace!" P1: "Però la carne non tanto?" S: "Eh! la carne non tanto, perché è dura." P1: "Qual è il suo piatto preferito?" S: "Mi piacciono gli agnoli, i tortelli di zucca!" P1: "Di zucca!" S: "Le mie cognate sono brave, poi fanno dei budini buoni. Poi mi piacciono le torte!" P1: "E' golosa di dolci!" S: "Mi piacciono le torte, quelle morbide! Quando c'è stata la festa c'erano le torte!" P2: "Ma con la crema e la panna o più secche?" S: "No, no, con la crema e la panna!" P2: "Con il colesterolo però!" S: "Eh! Ma però non ce l'ho alto il colesterolo! Poi non ho neanche il diabete!" P2: "Allora ogni tanto se la può permettere una fetta!"

P1: "Ormai la settimana prossima è luglio" S: "Eh! E' luglio. Io ero abituata ad andare in montagna (...) degli anni andavo in montagna, degli anni andavo al mare, a secondo, poi è morto mio marito, mi hanno messo qua. Anche se vado a casa, non sono più buona a fare niente allora sono qui al ricovero (abbassa tono di voce). Mio papà è morto!" P2: "In montagna andava nei soliti posti o cambiava?" S: "No! Andavo a (dice una serie di nomi) in Trentino" P1: "Bei posti!" S: "Mm!" P1: "Le piaceva camminare?" S: "Mm!" P1: "Il bello del camminare in montagna è che si arriva nelle baite e si mangiano delle fette di torta!" La signora annuisce ridendo. P1: "E anche dolci!" S: "Mm! E io con questo mal di denti non posso mangiare niente, solo della roba un po' .. molle".

P1: "E' stanca?" S: "Mm! un po' di depressione! Poi c'è caldo ... voi siete fidanzate?" P1: "Io no!" P2: "Io sì!" S: "Sì!" P2: "Da 5 anni!" S: "Dio!" (Ridiamo) "Io ci sono stata tre anni, mia sorella invece ci ha passato 10 o 15 anni" P1: "Tanto!" S: "Aveva tredici anni quando l'ha conosciuto!" P2: "Una bambina!" P1: "Giovannissima!" S: "Mm! Io invece avevo 19 anni!" P2: "Dove ha conosciuto

suo marito?" S: "A ballare" P2: "A ballare!"

P1: "Le manca la sua casa?" S: "E sì!" P1: "Ha tutti i ricordi?" S: "Mm!" P2: "Quante camere da letto ha la sua casa?" S: "Sono 120 metri. Perché ho quella della mia mamma e la mia! (...)" P1: "Sono nello stesso paese la sua casa e quella di sua mamma?" S: "Sì, (...)" P2: "Sono due appartamenti?" S: "Sì! P2: "Comunicano all'interno o sono due appartamenti separati?" S: "Avevamo l'atrio insieme e la caldaia. Adesso ci vanno sempre le mie cognate, perché loro vanno da mia nuora, dalle bambine, allora guardano loro la casa. Ho tanti ricordi, mio papà quando era giovane, mia mamma!" P1: "Tante fotografie!" S: "E! Tante fotografie!" P1: "Le foto del suo matrimonio, la nascita del figlio" S: "Il mio album, quando mi sono sposata" P1: "Sì è sposata in Chiesa.?" S: "Sì, sì!" P1: "Con il vestito bianco!" S: "Mm! Bello era tutto con il pizzo macabré qui davanti, pettinati un po' in su, con dei fiori qui, un bel vestito con un bel tulle".

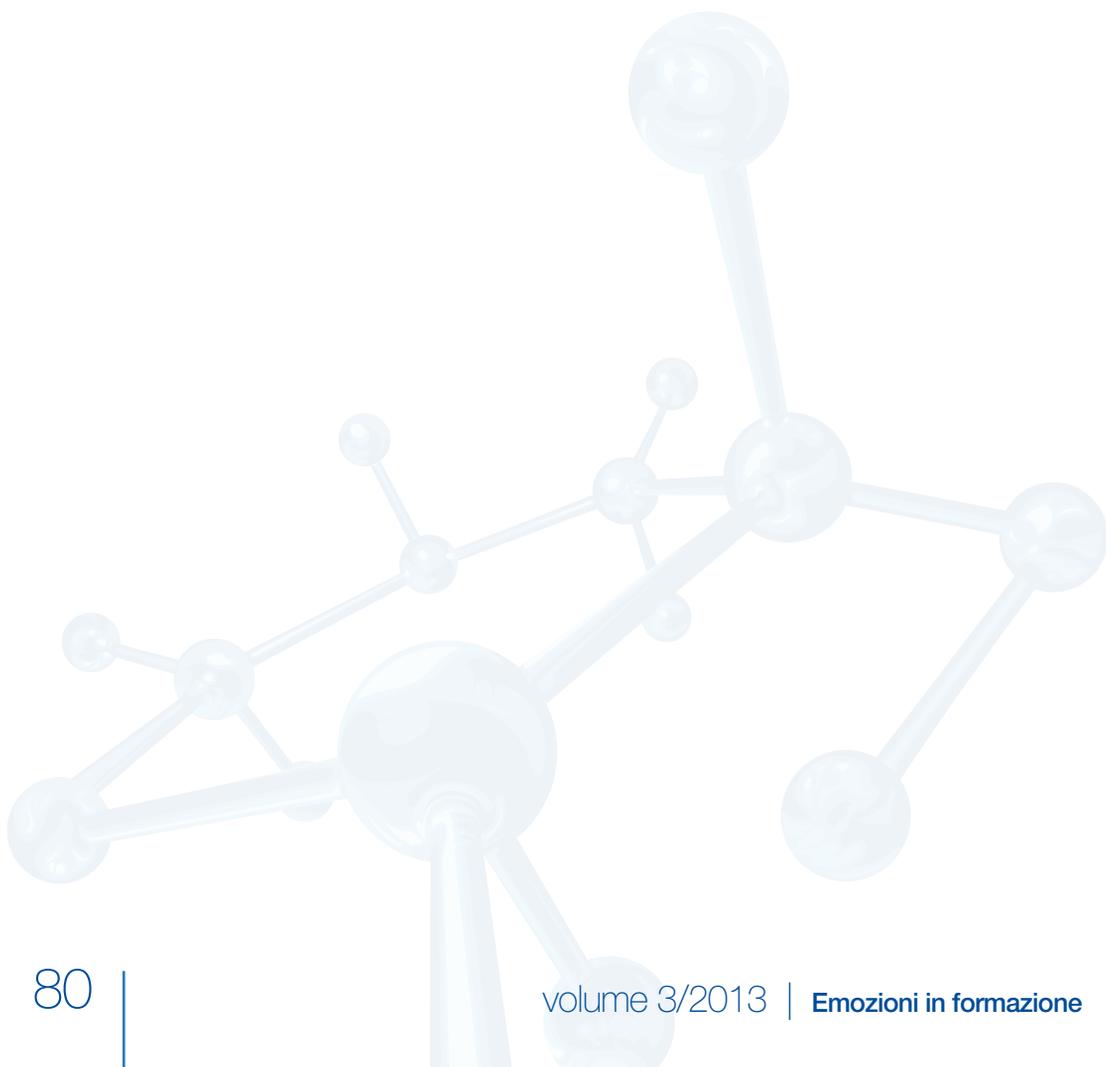
CONCLUSIONI

Nell'esperienza svolta si è cercato di applicare gli assunti del modello sistemico integrato in contesti differenti dalla classica terapia familiare, come nei colloqui di sostegno a persone ricoverate in RSA. Interessante è stato riprendere concetti e temi trattati a lezione e connetterli con altri, provenienti da altri approcci, utili per il tipo di lavoro e di ambito in cui si operava. Abbiamo accolto punti di vista differenti, abbiamo cercato di non rimanere ancorate a idee e posizioni, ad accettare narrazioni diverse, a mettersi nei panni di attori diversi, partendo da una riflessione il più possibile consapevole di noi stesse, del nostro sentire, dei nostri pregiudizi, dei nostri valori personali ed etici e dei nostri limiti. Abbiamo messo in pratica diverse tecniche e metodologie, come le risposte in eco, la restituzione del tema narrativo, l'utilizzo di frammenti autobiografici, la comprensione, l'accettazione, il riconoscimento, l'empatia, il non giudizio. Abbiamo coltivato

una posizione di neutralità, di curiosità e rispetto verso l'altro, nell'effettività dell'agire terapeutico, accompagnati d'autenticità e trasparenza nelle relazioni. E' emersa l'importanza della consapevolezza del terapeuta nel colloquio, del suo modo di utilizzare le parole, di esprimerle in modi differenti, cercando di riconoscere da cosa sono state veicolate e quali effetti producono nella relazione con il paziente. Si è riconosciuto la necessità di una continua messa in discussione dei propri preconcetti, ponendo attenzione alle proprie emozioni e ai propri atteggiamenti, attraverso il confronto con colleghi e il dialogo interno. La sensazione è di essere passati dalla teoria sistemica alla pratica conversazionale, per tornare a una teoria "ri-narrata" dalla pratica. Per concludere, sperando di non sembrare presuntuosa, ma eventualmente irriverente (Cecchin, Lane e Ray, 1993), si ritiene di avere raggiunto un buon risultato: aumentare la consapevolezza di un "terapeuta sistemico integrato" attraverso la produzione di "conversazioni felici".

Bibliografia

- Boscolo, L. Bertrando, P. (2002) Il sistema e la critica: dialogo tra maestro e allievo *Connessioni*, 10, 11-21.
- Boscolo, L. Bertrando, P. (2008) *I tempi del tempo Una nuova prospettiva per la consulenza e la terapia sistemica* Torino: Bollati Boringhieri 1993.
- Boscolo, L. Bertrando, P. (1996) *Terapia sistemica individuale* Milano: Raffaello Cortina.
- Cecchin, G. (1987), Hypothesizing, Circularity and Neutrality Revisited: an Invitation to Curiosity. *Family Process*, vol. 26, 405-413. Trad. it.: Revisione dei concetti di Ipotizzazione, Circolarità, Neutralità: un Invito alla Curiosità. *Ecologia della Mente* 5/1988, pp. 29-41.
- Cecchin, G. Lane, G. Ray, W.A. (1993) *Irriverenza Una strategia di sopravvivenza per i terapeuti* Milano: Franco Angeli (2001).
- De Ranieri, E. Ghiretti, G. (2012) Vivere in una residenza sanitaria assistenziale: condivisione di storie narrate dai protagonisti *Cambia-menti Rivista dell'Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata*, vol. 4, 11-28.
- Lai, G (1988) *La conversazione felice* Milano: Il Saggiatore.
- Lai, G (1993) *Conversazionalismo Le straordinarie avventure del soggetto grammaticale* Torino: Bollati Boringhieri.
- Restori, A. (2010) La consapevolezza nelle relazioni di aiuto *Cambia-menti Rivista dell'Istituto di Psicoterapia Sistemica integrata*, vol.1, 6-9.
- Restori, A. (2011) Attenzione sensibile al contesto. Per una formazione attenta al tema della consapevolezza *Cambia-menti. Rivista dell'Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata*, vol.3, 5-11.
- Selvini Palazzoli, M. Boscolo, L. Cecchin, G. Prata, G. (1980) Hypothesizing, Circularity, Neutrality: Three Guidelines for the Conductor of the Session Family Process, 19, 1 trad. it. *Terapia familiare*, n. 7, 7-19.
- Telfener, U. (1983). Dal modello omeostatico al modello evolutivo. Revisione della letteratura. In Malagoli Togliatti, M. Telfener, U. (a cura di) *La terapia sistemica. Nuove tendenze in terapia della famiglia* (pp.29-49) Roma: Astrolabio.
- Vigorelli, P. (2004) *La conversazione possibile con il malato Alzheimer* Milano: Franco Angeli.
- Vigorelli, P. (2011) *L'approccio capacitante Come prendersi cura degli anziani fragili e delle persone malate di Alzheimer* Milano: Franco Angeli.



Quando le Storie si incontrano... Parent training di gruppo nell'autismo: dal genitore competente alla comunità' consapevole

Francesca Capelli ¹¹

Sommario

Il progetto si inserisce nel percorso di presa in carico della persona affetta da ASD (Autism Spectrum Disorders) cercando di sostenere fin da subito e nel corso del tempo le potenzialità di cura della famiglia e della comunità sociale di cui fa parte, in un'ottica di empowerment di risorse già presenti nel contesto familiare e sociale. L'obiettivo è la creazione e il consolidamento di una rete familiare di sostegno pratico-emotivo e di promozione sociale.

Il progetto prevede la messa in atto dell'intervento di sostegno attraverso incontri di gruppo con genitori di figli pre-adolescenti e adolescenti (10-18 anni) con diagnosi di ASD all'interno di un Centro riabilitativo rivolto a persone da 0 ai 18 anni con Autismo. Questi incontri nascono all'interno della cornice metodologica del Parent Training (PT). L'autore propone un passaggio dal modello della competenza genitoriale in cui rientra la metodologia del PT classico all'epistemologia dell'etica della responsabilità con la finalità ultima di aprire lo spazio mentale del gruppo alla comunità di cui è parte integrante attraverso l'accompagnamento del gruppo stesso verso un ruolo attivo e responsabile di progettualità presente e futura.

Parole chiave:

Autismo, famiglia, comunità, sostegno pratico-emotivo, promozione sociale, Parent Training.

Abstract

The project is inserted in the management of an ASD (Autism Spectrum Disorders) affected patient trying to support from the beginning and during the course of the cure potential timeframe, the family and social community in which he belongs with the aim of empowering their resources. The goal is to create and consolidate a family network with a practical-emotional support and a social promotion.

The project foresees a support intervention through parent's (with ASD diagnosed teenagers or pre-teenagers: 10-18 years old) meetings within a specialised rehabilitation centre. These meetings take place inside the Parent Training (PT) methodological frame. The author proposes to switch from the parental competency in which re-enters the classic PT methodology to the ethic epistemology of responsibility with the final goal of opening the community mental space by supporting the group toward an active and responsible role of present and future projectuality.

Key words:

Autism, family, community, sustainable practical emotion, social promotion, Parent Training.

¹¹ Francesca Capelli, IV anno Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata, francescacapelli@libero.it

PREMESSE TEORICHE E OPERATIVE DEL PROGETTO

Premesse teoriche dei percorsi di PT

Il Parent Training (letteralmente “addestramento dei genitori”) è una tipologia di intervento rivolto ai genitori che nasce negli anni Sessanta negli Stati Uniti all’interno di una matrice culturale afferente alla psicologia comportamentale con l’intento primario di aumentare le competenze educative all’interno del contesto familiare e migliorare la gestione operativa quotidiana dei comportamenti del bambino. In letteratura sono riportati vari ambiti di applicazione dei percorsi di Parent Training, quali ad esempio ADHD (Vio, Marzocchi e Offredi, 1999), ASD (Menazza, Bacci e Vio, 2010) e comportamenti oppositivo-provocatori (Di Pietro, 1992).

Gli studi e i protocolli sul PT si arricchiscono negli anni Novanta del contributo della psicologia cognitivista, in particolare della Rational Emotive Behavioral Therapy di Ellis (1989), ponendo maggiore attenzione alle implicazioni dei pensieri disfunzionali e degli stili attributivi dei genitori che si trovano ad affrontare la disabilità del figlio.

Nel tempo si è compresa poi l’importanza di fornire un supporto emotivo ai genitori cogliendo anche le potenzialità del gruppo secondo un approccio più complesso che deriva dagli sviluppi della psicologia intercomportamentale in una prospettiva sistemica, valorizzando nel contempo l’appartenenza ad una rete sociale più vasta (Novak, 1999).

Il difficile incontro tra Cuore e Ragione

Attualmente il termine Parent Training può essere utilizzato per definire tre tipologie di intervento, anche molto differenti tra loro, che rispecchiano l’evoluzione dei modelli teorici prima citati:

1. un percorso formativo volto all’apprendimento di specifiche strategie terapeutiche;
2. un servizio di counseling psicologico incentrato sugli aspetti psicologici connessi all’accettazione della disabilità del proprio congiunto e alla tutela del benessere psicologico della famiglia;
3. azioni di advocacy e di sostegno della famiglia nel rapporto con le istituzioni; tali azioni informative sono seguite generalmente dalle associazioni di genitori.

Da una ricerca di Filippini et al. (2013) su un campione di 116 famiglie è emerso come i genitori giudichino meno utile il counseling psicologico e le azioni di advocacy rispetto al percorso formativo. Gli Autori propongono come interpretazione di questo dato il minor grado di specializzazione rispetto all’ASD dei professionisti che curano i percorsi di counseling familiare. Il counseling familiare viene quindi ad inquadrarsi come intervento generico sulle dinamiche familiari trascurando però problematiche peculiari alla patologia che, nel caso dell’autismo, possono compromettere in maniera seria il benessere di tutti i componenti della famiglia.

E’ interessante notare come la premessa che guida gli interventi sia molto settoriale propria di una visione lineare che tende a distinguere e separare; quasi come se la formazione e le azioni di advocacy si potessero orientare solo sull’apprendimento di tecniche e di leggi, mentre il counseling psicologico solo sulle emozioni e sulla riflessione interna ai movimenti della famiglia.

Ragione e Cuore non riescono ad incontrarsi: conosciamo genitori molto competenti nella tecnica che non capiscono come mai il figlio non risponda come dovrebbe all’attività strutturata proposta secondo i migliori

crismi e che di fronte a questo ennesimo fallimento non si permettono di dare spazio dentro di sé alla rabbia. Si incontrano genitori che non ne vogliono sapere di diventare gli educatori a tavolino del proprio figlio e chiudono gli occhi di fronte ad ogni comportamento provocatorio, di fronte ad ogni sfida, è già troppo il peso che devono sopportare: lo specialista della tecnica non ritiene che sia suo compito vedere e ascoltare questa voce, per questo ci sono gli specialisti del cuore che si occupano di counseling familiare. Si incontrano genitori forti e saggi che non si sono lasciati lacerare da questa dicotomia e che a volte intercettano e riescono a dar voce al Cuore che c'è nel regno della Ragione.

Bateson (1976) amava citare la celebre frase di Pascal «il cuore ha le sue ragioni che la ragione non conosce» (p.177). Nel Cuore sono all'opera una serie di ragioni e di regole altrettanto precise e complesse di quelle della Ragione, solo che questi «algoritmi del cuore sono codificati e organizzati in modo affatto diversi dagli algoritmi del linguaggio» (p.178). Il rigore degli algoritmi del cuore sta nel violare le regole. Dal momento che la maggior parte del nostro pensiero è strutturato in base alla logica del linguaggio, gli algoritmi del cuore sono doppiamente inaccessibili non «si tratta solo del fatto che la mente cosciente ha difficile accesso a questa materia, ma anche che quando tale accesso è ottenuto [...] resta ancora un formidabile problema di traduzione» (p.178). Quello che la logica e il linguaggio non vedono sono le differenze e le relazioni, soffermandosi solo sulle singole parti. Al contrario, negli algoritmi del cuore le «cose o le persone sono, di solito, non identificate, e il discorso è incentrato sulle relazioni che si sostiene esistano tra di esse» (pp.178-179).

Dalla ricerca della Soluzione alla ricerca della Consapevolezza: una nuova Alleanza

Lo scenario è quello di una emotività bloccata per dar spazio alla competenza rendendo in realtà tutti molto meno competenti e fermi alla linearità “io operatore ti devo insegnare” “tu Servizio devi insegnare a me genitore”. Il vissuto latente però parla, anche se la sua voce è inascoltata, “tu figlio mi cambi con la tua atipicità ma io non sono pronto a cambiare, ho paura, allora uso la competenza come scudo. Della competenza si può parlare, dell'emozione sottostante no!”.

Non esiste competenza familiare senza consapevolezza di come si è presenti emotivamente alle situazioni della vita. Per consapevolezza si vuole intendere «la possibilità di una conoscenza che si manifesta quando l'attività discorsiva ininterrotta della mente si placa creando lo spazio perché emerga, spontaneamente, una consapevolezza silente, una “presenza” al di là delle parole, dei concetti, del pensare, dell'intendere, del significare» (Giommi, 2009, p.11).

Come mai questa voce anche se fiavole rimane inascoltata? forse perché crea una risonanza con il vissuto degli operatori che lavorano con questi bambini e ragazzi ogni giorno... ragazzi che spesso sembra non riconoscano l'impegno e la dedizione di chi si prende cura di loro, ragazzi, a volte, anche fisicamente aggressivi... capita di provare rabbia nei loro confronti e poi vergogna perché “come fa un operatore qualificato a provare queste emozioni nei confronti di un bambino disabile?” e allora come è possibile aprire le porte ad una voce che anche dentro noi stessi cerchiamo di tenere in un angolo zittendola ogni volta a suon di colpevolizzazioni verso l'esterno “ecco la famiglia non è collaborante, non utilizza tutte le tec-

niche che per anni noi le abbiamo insegnato e il risultato è questo!" .

Il riconoscimento reciproco nella propria "umanità" permette a famiglia e rappresentate dell'istituzione di sentirsi parte di un unico metasistema. L'inclusione dell'osservatore, ovvero del professionista nel campo di osservazione secondo una logica di seconda cibernetica rende impossibile la conoscenza completa delle situazioni. Sapere di non poter conoscere in maniera certa e oggettiva, comporta il recupero di una conoscenza "altra" generalmente trascurata nel mondo della Scienza: la conoscenza estetica (Bateson, 1984) fondata sulla sensibilità alle zone di confine tra diversi mondi collegati tra loro...quello dell'individuo, quello della famiglia, quello dell'istituzione, quello della comunità...in queste zone di confine esiste solo la Relazione.

La Relazione è qualcosa di sacro, qualcosa che sfugge al finalismo cosciente e alla spiegazione completa (Bateson, 1997). La Relazione unisce sistemi che visti con sguardo disattento potrebbero sembrare distanti e separati.

Si impara così a viaggiare in zone di confine, in terre di dialogo in cui è possibile arricchirsi nell'incontro con le diverse identità, con le diverse epistemologie di cui l'individuo, la famiglia, l'istituzione e la comunità sono portatori. Si impara a parlare come Stranieri una lingua mista che permette a tutti di comprendere e di intervenire: questo significa promuovere un'etica della diversità in cui ogni interlocutore è chiamato ad agire responsabilmente in quanto portatore dei propri significati.

Pensare che uno sguardo consapevole cioè uno sguardo a-finalistico sia ciò che paradossalmente ci deve "guidare" nella cura delle Relazioni tra famiglia e Istituzione

credo sia una buona lente per progettare percorsi di crescita in cui anche gli incontri di Parent Training formativi legittimamente rientrano in modo costruttivo.

Un cambiamento di premesse nell'accogliere i genitori permette una ridefinizione reciproca dei rapporti tra famiglia e Istituzione. E' possibile quindi ipotizzare una continuità tra i servizi che curano e la famiglia che cura, così da non pensare all'Istituzione come qualcosa di slegato dall'individuo. Non due sistemi di cura separati ma due contesti che si intersecano nello stesso macrosistema comunitario.

La Comunità è un sistema più ampio, altro nodo della rete, che non deve essere trascurato perché ha la potenzialità di unire e contenere linguaggi diversi rendendoli allo stesso modo protagonisti attivi e importanti. In quest'ottica sostenere il ruolo genitoriale significa avere uno sguardo che includa tutti quei sistemi che rappresentano una estensione del suo potere generativo ed educativo.

Premesse operative progettuali

Nonostante le premesse epistemologiche intercomportamentali inizino ad essere maggiormente supportate da dati empirici rispetto all'efficacia degli interventi (Covati, Giuberti, Miselli, Pellegri, Santelli, 2013; Pezzica, Tarchi, Piccinelli, Bigozzi, 2013) la maggior parte dei percorsi di PT proposti in letteratura sono focalizzati principalmente sulla gestione operativa del bambino con ASD e si propongono soprattutto di aumentare le competenze educative del contesto familiare rispondendo quindi più al desiderio del genitore di cercare la "soluzione" per il figlio che alla necessità di occuparsi dei bisogni del contesto in cui la persona con ASD e la famiglia vivono (Pergolezzi, Palma, Monca-

da Monteforte, Rainieri, 1995).

Covati et al. in una ricerca svolta nel 2013 presso l'Ausl di Reggio-Emilia condotta su 102 genitori di bambini con diagnosi di ASD riportano come proporre ai genitori percorsi che prevedano sia una fase informativa sia una fase di riflessione sulle dinamiche familiari e gli aspetti emotivo-relazionali abbia una ricaduta concreta nella creazione di reti amicali e di sostegno reciproco fra genitori con l'apertura verso progettualità future.

Alcune caratteristiche del modello di PT classico che ci si propone di discutere in questo articolo come vincoli sono:

- attenzione rivolta prevalentemente alla trasmissione di tecniche e competenze educative con una considerazione marginale e di sfondo riservata alle componenti affettivo-emotive e relazionali. La premessa epistemologica sottostante è che sia possibile distinguere e separare la tecnica dal vissuto emotivo e dalla storia personale e grupppale. Inoltre insito in questa prospettiva è il considerare il professionista esterno a qualsiasi dinamica relazionale e affettiva.

In uno studio di Pezzica et al. (2013) volto ad indagare quali siano le principali aree tematiche su cui si orienta la narrazione spontanea dei genitori con figlio con diagnosi di ADHD emerge come i tre principali nuclei tematici siano "aspetti educativo-relazionali", "stato emotivo" e "relazione coniugale". Il primo è strettamente legato all'obiettivo dichiarato del Parent Training, gli altri due risultano invece dimensioni implicite che emergono da esigenze spontanee del gruppo di genitori. Quindi nonostante non siano inseriti nelle premesse e negli obiettivi del conduttore questi aspetti vengono portati dai genitori al gruppo come tematiche preponderanti e come aspetti inseparabili dall'acquisizioni di

competenze specifiche educative.

Si propone il passaggio ad una epistemologia di unione in cui le componenti emotive diventano il canale attraverso cui affinare la consapevolezza del proprio modo di essere genitore e di modulare le pratiche educative e parallelamente la consapevolezza, da parte del facilitatore del gruppo, della propria trama personale e professionale sempre "in connessione".

Ripercorrendo la storia del Parent Training come metodologia di intervento è avvenuto uno spostamento da un'iniziale prospettiva positivista e lineare in cui l'esperto trasmette competenze, ad prospettiva sistemica di prima cibernetica in cui l'esperto osserva il gruppo e lo cala all'interno di una storia relazionale e multicontestuale fino ad arrivare all'utilizzo di una lente sistemica di seconda cibernetica in cui il professionista è "consapevole" di essere egli stesso all'interno di una trama relazionale complessa nel gruppo verso cui mantiene comunque un ruolo di "responsabilità" legato al ruolo istituzionale.

- attenzione rivolta all'individuo. Il gruppo è inteso come contenitore di singole persone, rappresentati ciascuna il proprio nucleo familiare; in quanto contenitore può sostenere e riequilibrare anche componenti emotivo-affettive marginali (rispetto all'obiettivo primario della tecnica).

Si propone, al contrario, di intendere il gruppo come entità specifica (Lewin, 1972) in grado di mobilitare energie, di indirizzarle verso obiettivi determinando nuove relazioni.

- attenzione rivolta all'interazione bambino-genitore in base ad una concezione dell'educazione come dimensione contestualizzata alle sole pareti domestiche.

Si propone il passaggio ad una epistemologia dell'etica della responsabilità (von Foerster, 2001) in cui sostenere il ruolo genitoriale significhi in primis facilitare e promuovere azioni partecipate e comunitarie.

IPOTESI PROGETTUALI E OBIETTIVI

Ipotesi Progettuali:

Il cambiamento di premesse epistemologiche e il conseguente cambiamento della metodologia applicata al gruppo di Parent Training permette al gruppo stesso di attivarsi come nucleo promotore di iniziative di partecipazione comunitaria al fine di favorire la diffusione di un'etica della diversità.

Obiettivi:

- introdurre una modalità di servizio alla famiglia che favorisca la creazione di relazioni solidaristiche e arricchenti tra nuclei familiari grazie alla collaborazione fra Servizio riabilitativo e Associazionismo.
- mettere in atto metodiche di servizio efficaci e a costi ridotti in grado di prevenire il disagio e sostenere e implementare condizioni relazionali caratterizzate da maggiore benessere ed equilibrio all'interno della famiglia e tra famiglia e comunità di appartenenza.
- favorire spazi di confronto, ascolto reciproco.
- favorire l'apertura del gruppo al contesto della comunità di appartenenza attraverso azioni volte a promuovere un'etica della diversità grazie alla collaborazione fra Servizio riabilitativo e Associazionismo.

DATI: IL GRUPPO DI PARTECIPANTI E I TEMPI DI REALIZZAZIONE

Il gruppo di genitori è composto da 4 mamme e 3 coppie genitoriali con figli con dia-

gnosi di ASD con un'età compresa tra i 10 e i 18 anni.

Sono genitori che frequentano il gruppo di Parent Training proposto dal Centro riabilitativo da almeno tre anni con una frequenza di un incontro mensile della durata di 2 ore (gruppo aperto, ovvero a tempo indeterminato che ammette l'ingresso di nuovi membri - in questo caso il gruppo si è stabilizzato secondo i dati riportati). In questi tre anni il percorso di PT è stato condotto secondo il modello classico.

Il progetto è stato rivolto al medesimo gruppo di genitori ed è iniziato ad aprile 2013 con termine previsto per questa prima fase sperimentale e valutativa ad aprile 2014 mantenendo la struttura temporale di un incontro al mese della durata di 2 ore. Le aree tematiche sono state individuate attraverso un'analisi dei bisogni dei partecipanti riportata in seguito.

Parallelamente alla gestione del gruppo genitoriale, è stata avviata una collaborazione con l'associazione di genitori con figli con diagnosi di ASD che si occupa di azione promozionale comunitaria e di fund raising per il Centro riabilitativo privato.

ATTIVITÀ IN CORSO E PREVISTE

Analisi dei bisogni: metodo di rilevamento e analisi dati

E' stata progettata un'analisi esplorativa dei bisogni attraverso un questionario autosomministrato composto da domande aperte finalizzate ad individuare le aspettative dei genitori rispetto agli obiettivi perseguibili nel percorso di PT e alle tematiche maggiormente avvertite come importanti da affrontare.

Il questionario costruito ad hoc è costituito da 4 domande a risposta aperta che riporto di seguito:

1. Cosa mi aspetto da un percorso di Parent Training di gruppo?
2. Nello specifico quali contenuti vorrei venissero affrontati?
3. Con quale modalità vorrei venissero affrontati gli argomenti?
4. Ritengo importante un percorso di Parent Training di gruppo? Perché?

Il questionario è stato somministrato nell'incontro di Aprile 2013 lasciando 1 ora di tempo per la risposta scritta specificando nella consegna che le risposte sarebbero state anonime.

Tutti i 10 partecipanti hanno risposto in modo valido e corretto. Il corpus testuale che è stato analizzato si compone dell'insieme delle risposte fornite dai partecipanti. E' stata condotta un'analisi qualitativa contenutistica del materiale testuale (Barbieri, 2007). Le etichette individuate sono state assegnate dall'osservatore in base alla co-occorrenza delle parole chiave.

Le aree salienti individuate sono riportate di seguito:

1. Cosa mi aspetto da un percorso di Parent Training?
 - o formazione con stimoli provenienti dalla letteratura scientifica
 - o condivisione di esperienze con altri genitori
 - o confronto con i professionisti rispetto ad esperienze di vita quotidiana
2. Nello specifico quali contenuti vorrei venissero affrontati?
 - o Stress familiare e vissuti emotivi in famiglia
 - o Associazionismo e futuro dei nostri figli...come rendersi partecipi all'in-

- o terno della comunità?
 - o Sessualità nelle persone con ASD
 - o Il futuro e l'inserimento lavorativo delle persone con ASD
 - o Il futuro e l'autonomia nella vita quotidiana delle persone con ASD
3. Con quale modalità vorrei venissero affrontati gli argomenti?
 - o utilizzo di esemplificazioni ed esperienze pratiche
 - o utilizzo di slide per la trattazione dei temi affrontati
 - o utilizzo di filmati per la trattazione dei temi affrontati
 - o confronto con professionista e genitori su esperienze di vita quotidiana
 4. Ritengo importante un percorso di Parent Training di gruppo?
 - o Sì, perché imparo tecniche efficaci per gestire la quotidianità di mio figlio
 - o Sì, perché è uno spazio di confronto condiviso tra genitori e professionisti
 - o Sì, è un sostegno per la famiglia

Attività in corso

In ogni incontro il facilitatore propone un tema che viene affrontato attraverso:

- stimoli tratti dalla letteratura scientifica;
- stimoli tratti da romanzi e autobiografie pubblicate;
- stimoli analogici: film e immagini;
- stimoli provenienti dalla discussione di gruppo relativa alle proprie esperienze di vita.

I temi ad oggi affrontati rientrano nelle due macro categorie "Autismo e Famiglia" e "Autismo e Comunità" e hanno la finalità primaria di co-costruire una cornice di premesse condivisa all'interno del gruppo circa il setting: "in questo gruppo ci si con-

fronta sul nostro modo di essere genitori e di fare famiglia, ci si confronta sui nostri vissuti in un clima di accoglienza e rispetto reciproco". I temi che verranno trattati negli incontri dedicati alla categoria "Autismo e Adulità" rientrano nelle tematiche generalmente trattate nei PT classici: l'obiettivo è, grazie alle premesse condivise dal gruppo, conciliare la razionalità del sapere tecnico con l'affettività del sapere agito.

Attività previste

1. Da Ottobre 2013 a Marzo 2014 partiranno gli incontri mensili dedicati alla tematica "Autismo e Adulità". Negli incontri in modo specifico verranno proposti contributi relativi all'area della sessualità, dell'inserimento lavorativo e dell'autonomia nella vita quotidiana. Ogni area prevede un incontro orientato a fornire stimoli da parte del facilitatore e un incontro orientato alla discussione di gruppo con l'obiettivo di portare il gruppo stesso a connettere tecniche apprese, vissuti emotivi e significati personali.
2. Nell'incontro finale di Aprile 2014 è prevista la somministrazione di un questionario semi strutturato finalizzato a valutare il grado di soddisfazione dei genitori rispetto alle aspettative individuate attraverso il questionario somministrato all'inizio del percorso.
3. Durante gli incontri di gruppo è cresciuta la consapevolezza di poter condividere le risorse sviluppate nel tempo da queste famiglie con la comunità. Dal confronto comune nasce l'idea di poter svolgere un ruolo di aggancio e tutoraggio di altre famiglie che hanno appena iniziato a percorrere la loro stessa strada.

METODOLOGIA

Qual è il linguaggio che può unire l'affettività, il Cuore del sistema familiare e la Ragione dell'Istituzione? Come questi due sistemi possono interloquire in modo costruttivo e arricchente percependosi in relazione?

Come ho già anticipato, è necessario imparare a viaggiare in zone di confine dove regna la differenza al posto dell'identità e dove si parla la lingua dello Straniero, una lingua a volte confusa ricca di esempi, di simboli e di metafore...una lingua che lega perché è comprensibile a tutti gli interlocutori in dialogo.

Questo pensiero si è tradotto a livello metodologico nell'affiancare a linguaggi più legati alla razionalità del sapere, come la trasmissione di informazioni tecniche attraverso slide, il linguaggio della metafora attraverso la condivisione con il gruppo di immagini e storie narrate da terzi attraverso la scrittura e la cinematografia (Musetti, 2013).

In particolare il "pensare per storie" condive con il gioco, secondo Bateson (1989), l'elemento metaforico. Le ragioni del Cuore parlano attraverso un linguaggio per metafore e sillogismi in grado di descrivere la differenza e la relazione. Il sillogismo si caratterizza per l'equazione dei predicati e la mancata identificazione dei soggetti della proposizione (Bateson, 1997).

Storia dopo storia si apre un gioco infinito di variazioni che però mantiene la sua coerenza interna con un enorme potenziale di sviluppo di nuovi significati: questo è stato il senso di proporre al gruppo diversi racconti di persone che vivono la disabilità dei propri figli, fratelli, amici con modalità tra loro anche molto diverse...si tratta di sillogismi che hanno la potenzialità di creare in chi le rivive, leggendole o vedendole, nuove possibilità di narrarsi mantenendo la coerenza interna

della propria Realtà.

Per quanto riguarda il lavoro con le immagini è stato proposto fin'ora al gruppo un collage sulla percezione del futuro (negli incontri in programma su "Autismo e Adulità" verranno proposti altri collage durante la fase di discussione di gruppo).

«L'immagine propone un primo livello di rappresentabilità, stabilendo tra i soggetti e la loro storia relazionale una distanza che favorisce l'ascolto reciproco, la pensabilità ed il dialogo» (De Bernart, 1987, p.3). L'immagine infatti è già un modo di dare rappresentabilità a qualcosa che nel gruppo si manifesta a livello di vissuti ed agiti, favorisce quindi la riflessione e la condivisione di vissuti emotivi difficilmente accessibili con l'unico ausilio del canale verbale.

L'obiettivo è stato quello di riflettere sulle dinamiche interne al gruppo stesso: la consegna infatti era di creare un collage in cui ogni partecipante del gruppo potesse esprimere la propria posizione. In questo caso la proposta di un linguaggio analogico attiva il Corpo del gruppo che si deve muovere nell'ambiente per prendere le riviste, tagliare le immagini, negoziare e acquisire spazio nel cartellone per incollare... si entra in Azione. Riflettere in un secondo momento sul significato dei movimenti agiti apre la possibilità di confrontarsi sul motivo alla base del ritrovarsi insieme a condividere una progettualità futura.

RISORSE PROFESSIONALI UTILIZZATE. IL RUOLO DELLO PSICOLOGO

Osservatore partecipante ed esperto di tecniche... quali implicazioni?

Von Foerster scrive «Ogni volta che agisco nel qui e ora non solo cambio io ma cambia anche l'universo. Questa posizione lega il soggetto con le sue azioni in maniera inse-

parabile a tutti gli altri, stabilisce quindi un prerequisito per fondare un'etica» (Bertrando e Bianciardi, 2006, p. 76).

Mi trovo ad avere una doppia responsabilità: in primis la responsabilità delle mie azioni (responsabilità pragmatica) all'interno del contesto di gruppo, in secondo luogo la responsabilità della cornice entro cui tali azioni vengono ad assumere significato (responsabilità epistemologica) (Bianciardi e Bertrando, 2002)...ed è proprio a questo punto che mi trovo faccia a faccia con la mia Storia: la mia storia di figlia, di possibile madre, di moglie e il mio cammino di terapeuta.

Osservo la mia realtà di ogni giorno: mi confronto con i colleghi e con le famiglie, lavoro con i loro figli. Frequento un corso di specializzazione in cui imparo a lasciare dietro di me verità precostituite e fonte di sicurezza. Torno a casa dalla mia famiglia, osservo tante analogie rispetto al mio modo di stare in relazione con le persone che amo e con le persone di cui ho deciso di prendermi cura attraverso la mia professione. Mi confronto con la mia storia di fronte ad una terapeuta, come prevede il percorso formativo di Idipisi. Questo percorso mi apre nuove porte di significato, mi permette di evolvere perché è tempo di fidarsi, di lasciarmi trascinare da questa nuova relazione senza aver paura dei miei timori, delle mie contraddizioni, delle mie debolezze.

Imparo a mettere in discussione, a dubitare...ma imparo anche a non sentirmi smarrita perché mi vengono dati gli strumenti per non legarmi in modo indissolubile alla sofferenza mia e dell'altro.

L'altro che è sempre un ologramma, altro solo in riferimento a me, quindi un altro me a cui IO attribuisco significati, emozioni, pensieri.

La responsabilità epistemologica del terapeuta viene definita da Bianciardi e Bertrando (2002) come appartenente ad un ordine di secondo livello – una responsabilità della responsabilità: «Il terapeuta, infatti, deve assumersi la piena responsabilità di ciò che sceglie (su di un piano pragmatico), sapendo che le sue scelte operative si collocano all'interno di una "realtà" di cui è (co)responsabile: questa "realtà", infatti, è stata, a sua volta, definita da scelte epistemiche e metodologiche per le quali egli deve assumersi la piena responsabilità soggettiva» (p.20).

Si tratta di una responsabilità di secondo ordine soggettiva in quanto la scelta del terapeuta (responsabilità di primo ordine) è una scelta senza fondamenti oggettivi ed esterni, che si genera per mano di quel terapeuta, con quelle persone, in quell'irripetibile incontro. Tale logica viene definita dagli Autori come logica della reciprocità all'interno di una epistemologia dell'auto-referenza contrapposta alla logica classica all'interno di una epistemologia improntata su una conoscenza "oggettiva": «[...] il saper e poter riconoscere l'impossibilità di un fondamento esterno e oggettivo alla pratica clinica è inteso come il risultato di una salutare presa di coscienza, come l'avvenuta emancipazione da una illusione consolatoria ma cieca, come la possibilità di accedere alle "scienze nuove", alle scienze del vivente, alle scienze che – secondo la formula di Heinz von Foerster – si occupano finalmente di problemi duri» (Bianciardi e Bertrando, 2002, p.12).

La possibilità di creare nuove storie diventa la conseguenza inevitabile di una opzione epistemologica che si inquadra a sua volta come una scelta etica del terapeuta post-moderno. Interessante come von Foerster

(Bertrando e Bianciardi, 2006) inviti a non esplicitare ma ad agire questa scelta responsabile, in quanto nel primo caso il rischio sarebbe quello di renderla e viverla come una prescrizione imposta dall'esterno (la morale, al contrario dell'etica, non può che essere esplicitata dato che risponde alla logica del "dover essere"). L'etica del professionista diventa un tutt'uno con l'atteggiamento etico della persona che si considera responsabile della propria (co)costruzione del mondo.

Il cedimento dell'illusione consolatoria, che non corrisponde ad uno slittamento ad un relativismo clinico per cui "allora, qualunque scelta si faccia, va sempre bene" ma al contrario ad una assunzione di responsabilità di secondo livello, apre un'enorme possibilità nella narrazione dell'incontro, co-costruita con il gruppo. La possibilità di creare nuove storie, di rileggere storie antiche...in equilibrio incerto comunque narrare... narrare addentrandosi in "luoghi sacri".

E' proprio in questi luoghi sacri, in cui si può soggiornare per pochi attimi, che credo si possa vivere ciò che si intende per consapevolezza: può essere una parola ascoltata, uno sguardo condiviso...sentire che c'è una connessione forte fra quello che provo, il mio essere nel mondo e ciò che mi circonda...sentire che in quel momento non è importante pensare, definire, parlare ma solo respirare.

Percepirsi in un ruolo di connessione, irrispettante rispetto a paradigmi assoluti permette allo psicologo all'interno dell'istituzione di co-costruire le condizioni del cambiamento.

CONCLUSIONI

Premesse per la diffusione di una cultura rizomatica nei Servizi di cura

Il gruppo, su cui si è focalizzato l'intervento

proposto, è solo un nodo di una rete che comprende individui, famiglie, istituzione, comunità; da qui la necessaria complessità di progetti che hanno la speranza di inserirsi in modo costruttivo all'interno di questa rete con lo scopo di permettere al maggior numero di nodi di ricevere le informazioni, al fine di rendere fluida l'informazione e di potenziarne la capacità autogenerativa (Maturana e Varela, 1987). La mia professionalità all'interno di questa rete la intendo nella direzione non tanto di occuparmi di singoli soggetti o sistemi ma di essere sensibile alla "struttura che connette" (Bateson, 1984) quindi alla Relazione che intercorre tra loro. La lente di cui possiamo servirci nel pensare a questi sistemi in connessione è quella del rizoma resa celebre da Deleuze e Guattari (1980).

A differenza delle radici, il rizoma è una formazione tendenzialmente orizzontale, su cui si sviluppano dei nodi che, a loro volta, danno origine ad altre diramazioni. Il rizoma non è "gerarchico" come la radice: se si elimina la pianta da cui si è sviluppato, il rizoma continua a proliferare indiscriminatamente. Il che significa che è in grado di comportarsi in modo letteralmente "anarchico", nel senso, cioè, di una realtà dinamica, processuale, che riesce a vivere facendo a meno di un'origine precisa, così come è difficile stabilirne una fine «non ha un principio né una fine, è sempre in mezzo, tra le cose, inter-essere, intermezzo» (Deleuze e Guattari, 1980, p. 36)

In un rizoma non ci sono punti o posizioni come in un albero e in una radice. Non ci sono nient'altro che linee.

Il concetto di rizoma non ha il fine di rovesciare una gerarchia istituita per affermare la primazia di ciò che normalmente è considerato secondario: «Ci sono nodi

arborescenti nei rizomi e crescite rizomatiche nelle radici» (Deleuze e Guattari, 1980, p.30). Allo stesso modo seguire il paradigma sistemico come lente epistemologica non significa negare la necessità della visione lineare. Noi attraverso la nostra azione percettiva segmentiamo e mappiamo i territori dando a queste segmentazioni un significato. La visione sistemica ci aiuta a osservare il nostro lavoro di oggettivazione.

L'invito degli Autori (Deleuze e Guattari, 1980) è a smettere di credere al sogno che le faccende umane siano in qualche modo ordinabili secondo un principio, un'idea, un'unità. Questo sogno è la grande illusione del controllo, del potere in cui ogni elemento non ordinato viene eliminato dall'analisi del professionista.

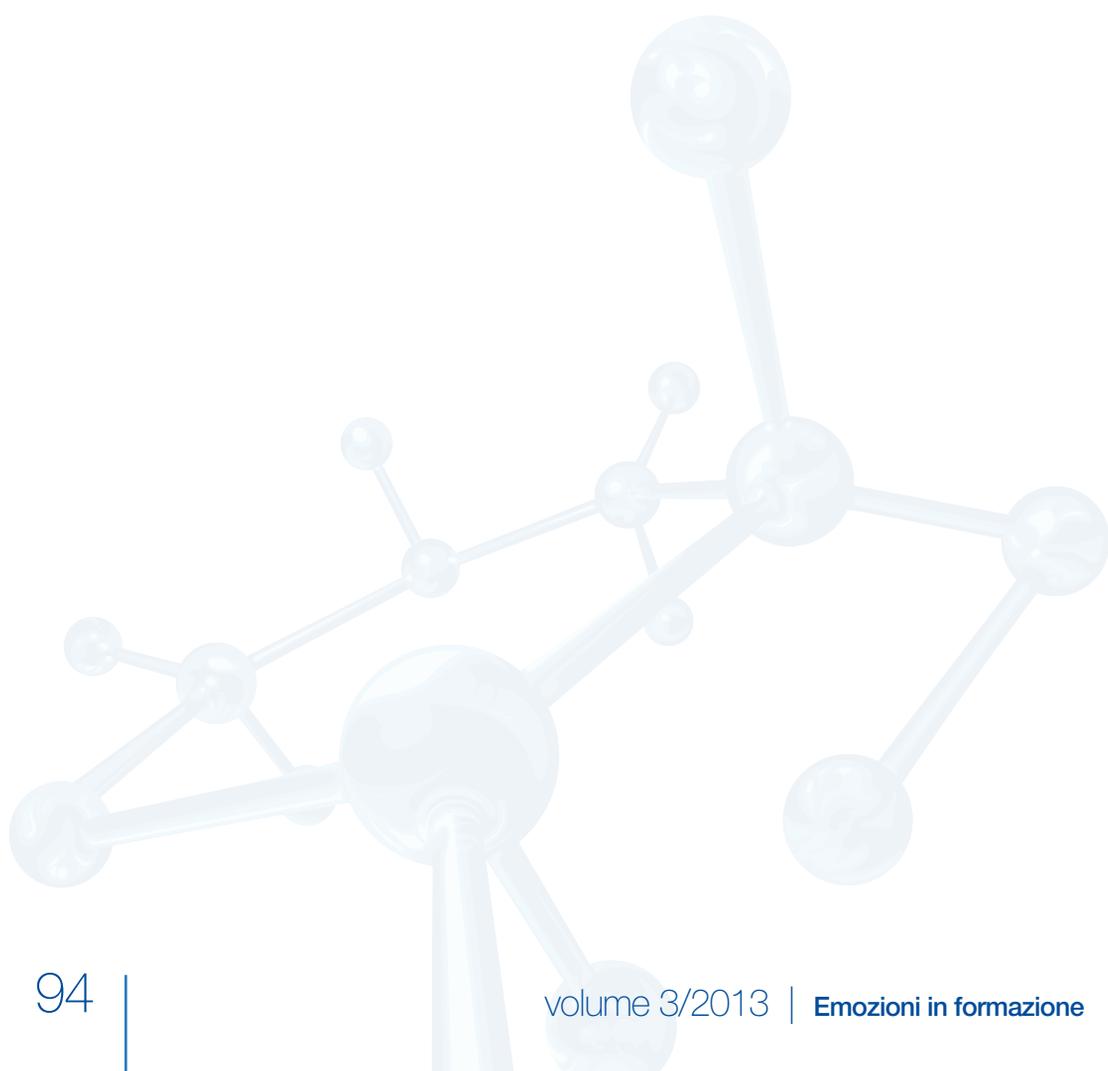
Pensare alle connessioni tra i sistemi in termini rizomatici ci aiuta a rispondere alla grande sfida di oggi che è quella di costituire una Welfere Community con istituzioni in grado di restituire alla cittadinanza competenze e responsabilità (Moroni, Restori, Sbattella, 2012). E così, irriverenti (Cecchin, Lane e Ray, 1992) rispetto all'illusione del controllo, orientiamo il nostro agire «nell'incertezza dell'ipotesi sistemica, consapevoli che l'agire di un pezzo del sistema si riflette su tutto il sistema, non sapendo come questo si riorganizzerà» (Moroni et al., 2012, p. 11).

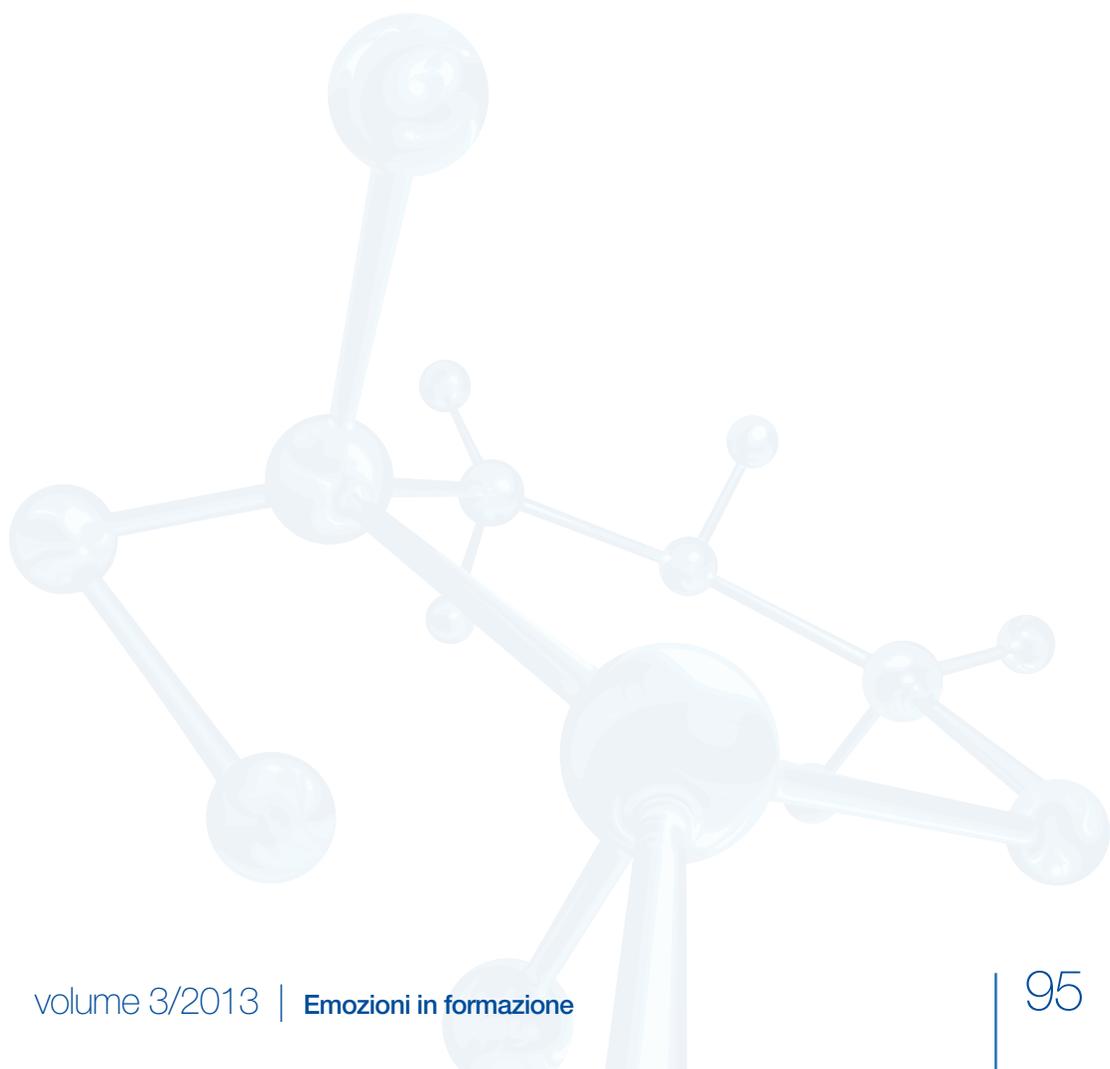
La capacità abduktiva di riconoscere analogie tra sistemi differenti e di prendersi cura delle linee che li connettono senza la certezza del risultato apre la strada a percorsi creativi in cui al terapeuta rimane la grande responsabilità della scelta del suo agire nella cura delle relazioni e ai sistemi la competenza di proseguire verso percorsi costruttivi.

Bibliografia

- Barbieri G.L. (2007). *Tra Teste e Inconscio. Strategie della parola nella costruzione dell'identità*. Milano: FrancoAngeli.
- Bateson G. (1976). *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi.
- Bateson G. (1984). *Mente e Natura*. Milano: Adelphi.
- Bateson G. (1997). *Una sacra unità. Altri passi verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi.
- Bateson G., Bateson M.C. (1989). *Dove gli angeli esitano. Verso un'epistemologia del sacro*. Milano: Adelphi.
- Bertrando P., Bianciardi M. (2006). Possibilità e responsabilità. L'etica di Heinz von Foerster, il postmoderno e la pratica clinica. In: Barbetta P. e Toffanetti D., a cura di, *Divenire umano: von Foerster e l'analisi del discorso clinico*, (pp. 73-99). Roma: Meltemi.
- Bianciardi, M., Bertrando, P. (2002). Terapia etica: una proposta per l'epoca postmoderna. *Terapia Familiare*, 69, 5-26.
- Cecchin G., Lane G., Ray W.A. (1992). *Irriverenza. Una strategia di sopravvivenza per i terapeuti*. Milano: FrancoAngeli.
- Covati, K., Giuberti, V., Miselli, G., Pellegri, E., Santelli, E. (2013). Parent training: un percorso di consapevolezza, condivisione e impegno genitoriale. *AUTISMO e Disturbi dello Sviluppo*, 11, 171-191.
- De Bernart R. (1987). L'Immagine della Famiglia. *Terapia Familiare*, 6, 3-4.
- Deleuze G., Guattari F. (1980). *Mille Plateaux*. Trad. it. (2003), *Millepiani*. Roma: Castelvecchi.
- Di Pietro M. (1992). *L'Educazione Razionale Emotiva*. Trento: Erickson.
- Ellis A. (1989). *Ragione ed emozione in psicoterapia*. Roma: Astrolabio.
- Filippini, M., Raffin, C., Sedran, E., Milan, A., Burato, S., Caldi, G., Copat, O. (Settembre 2013). *What Kind of help can Parent Training programs give to families?*. Contributo presentato al X International Autism Europe Congress, Budapest, H.
- Giommi F. (2009). Al di là del pensiero, attraverso il pensiero. In Segal Z.V., Mark J., Williams G., Teasdale J.D., a cura di, *Mindfulness*. Al di là del pensiero, attraverso il pensiero, (pp. 11-54). Torino: Bollati Boringhieri.
- Lewin K. (1972). *Teoria e sperimentazione in psicologia sociale*. Bologna: Il Mulino.
- Maturana H.R., Varela F.J. (1987). *L'albero della conoscenza*. Milano: Garzanti.
- Menazza C., Bacci B., Vio C. (2010). *Parent Training nell'autismo. Programma per la formazione e il supporto dei genitori*. Trento: Erickson.
- Moroni, M., Restori, A., Sbattella, F. (2012). Integrare e connettere. Il modello sistemico IDIPSI tra persona e territorio. *Cambia-Menti*, 1, 7-16.
- Musetti, A. (2013). I nomi propri dell'educazione. Illusione, illuminazione e luminosità della ratio pedagogica. In A. Musetti e C. Confalonieri, a cura di, *Il mestiere d'insegnante. Figure di quotidianità, trame invisibili*, (pp. 231-246). Milano: Unicopli.
- Novak G. (1999). *Psicologia dello Sviluppo*. Milano: McGraw-Hill.
- Pergolazzi F., Palma A., Moncada Monteforte E., Rainieri D., (1995). Parent Training: Vecchi problemi e nuove prospettive. In Moderato P., Sirigatti S., a cura di, *L'uomo che cambia*. Milano: FrancoAngeli.
- Pezzica, S., Tarchi, C., Piccinelli, F., Bigozzi, L. (2013). Analisi quantitativa e di contenuto del percorso di Parent Training per genitori di bambini con ADHD: uno studio pilota. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 1, 45-72.
- Vio C., Marzocchi G.M., Offredi F. (1999). *Il bambino con deficit di attenzione/iperattività: Diagnosi psicologica e formazione dei genitori*. Trento: Erickson.
- Von Foerster H., Porksen B. (2001). *La verità è un'invenzione di un bugiardo. Colloqui per gli scettici*. Roma: Meltemi.









Finito di stampare nel giugno 2014 da

EDICTA
EDIZIONI