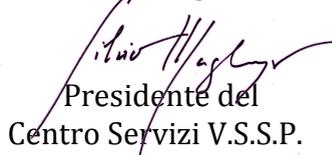
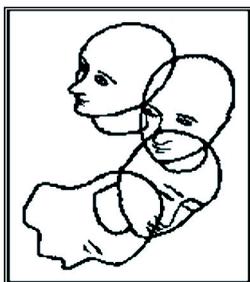


Un percorso di condivisione, di apprendimento di un sistema di comunicazione, di informazione: Arcipelago è un corso di formazione rivolto a famigliari di malati mentali, un progetto di crescita e di scambio di esperienze articolato su due livelli che diventa un metodo per imparare a gestire la difficoltà, per trovare conforto e confronto in un mondo che è, appunto, un arcipelago in cui ogni famiglia vive la propria quotidiana lotta contro la sofferenza e il disagio, ma trae forza dalla presenza, più o meno discosta, di altri che possono comprendere la situazione e porgere una mano quando il peso diventa più greve. Imparare, capire e comprendere diventano modi per combattere la solitudine, l'isolamento nella propria difficoltà e per far sentire alla famiglia la presenza di una rete che si forma attorno a coloro che soffrono di una malattia mentale, costituita dal sistema sanitario, dagli affetti, dal Volontariato, in un percorso più umano e personale di presa in carico che coinvolge tutti gli attori. Il ruolo di catalizzatore di una simile rete si attaglia perfettamente alle Associazioni di Volontariato, incubatori ideali di iniziative di condivisione: Arcipelago, in particolare, nasce e si sviluppa nell'ambito del Bando di Coprogettazione, inserito nell'attività di Progettazione Sociale del Centro Servizi V.S.S.P., un'opportunità unica di sostegno a progetti destinati direttamente a incidere sui bisogni delle persone e del territorio. Constatando ancora una volta quanto dall'azione disinteressata, dal dono spontaneo di sé, sostenuto dalle istituzioni in un'ottica prettamente sussidiaria, possano nascere soluzioni efficaci ed esemplari, non posso che esprimere tutta la gioia e l'entusiasmo del Centro Servizi V.S.S.P. nell'essere parte attiva di un circolo virtuoso che influisce in modo determinante sulla vita delle persone con malattia mentale e delle loro famiglie. A tutti i Volontari dell'Associazione Di.A.Psi. vanno, quindi, il mio pensiero e il mio ringraziamento per la loro infaticabile dedizione quotidiana nell'identificare risposte puntuali, originali e spesso risolutive ai bisogni che loro stessi, con sensibilità e attenzione, individuano nella società.

Fare riemergere, costruirne!

Silvio Magliano


Presidente del
Centro Servizi V.S.S.P.



Di.A.Psi. Piemonte
Difesa ammalati psichici – ONLUS

Via Sacchi 32 – Torino

Tel. 011.546653 - Fax 011.5186080

(URL) www.sospsiche.it

e-mail: diapsipiemonte@gmail.com

ARCIPELAGHI

Un'esperienza di sostegno ai familiari nella malattia mentale

La famiglia è subito coinvolta e oggi è ancora troppo invisibile rispetto al trattamento ed alla cura della malattia mentale.

Tuttavia, negli ultimi due decenni (dalla Legge 180 ad oggi), le famiglie, o meglio le Associazioni dei Familiari, hanno compiuto un significativo percorso di crescita, così come la Psichiatria Territoriale e Riabilitativa.

Famiglie e Psichiatria hanno compiuto inizialmente un percorso segnato da conflitto e diffidenza, attualmente più caratterizzato da collaborazione e fiducia. Oggi le famiglie sono diventate sempre più protagoniste attive nelle linee di indirizzo programmatico dei dipartimenti di salute mentale. Intendono essere soggetti attivi nei percorsi di cura, pur consapevoli della loro posizione di sofferenza e vulnerabilità.

Oggi gli operatori della psichiatria hanno compreso nel proprio lavoro l'importanza del confronto con le famiglie e di quanto queste possano essere risorse nel processo terapeutico. Resta da capire come.

Tutto questo in teoria. La realtà tuttavia è ben diversa, in quanto le situazioni ed i vissuti che le famiglie spesso si trovano ad affrontare sono sempre gli stessi: solitudine, vergogna, isolamento, colpa, paura, senso di abbandono, sfiducia, rabbia, confusione,

depressione.

Ed i problemi che i Servizi di Salute Mentale si trovano ad affrontare sono sempre gli stessi e si fanno sempre più evidenti: carenze di personale, carenze di struttura, carenze di formazione, aumento della tipologia d'intervento richiesto (dall'intervento sulla patologia mentale grave ai disturbi emotivi comuni, da interventi di prevenzione cura e riabilitazione all'intervento sull'urgenza e sull'emergenza sociale). Il futuro assistenziale e sanitario pone grossi interrogativi per le vicende economiche ben note.

Diventa allora importante da una parte continuare ad investire su una buona assistenza sanitaria, e dall'altra su uno sviluppo scientifico e culturale corretto ed etico. Inoltre diventa importante pensare a spazi aggiuntivi di sostegno e aiuto per le Famiglie ed i Pazienti. Spazi che vedano la collaborazione di terapeuti, operatori, familiari, associazioni scientifiche, di familiari e di volontariato sociale.

L'idea di Arcipelago nasce nel 2002 dal confronto di alcuni professionisti del Servizio Pubblico, del mondo dell'associazionismo, delle cooperative e del privato (DI.A.PSI Piemonte, DI.A.PSI Aosta, A.L.M.M. Ivrea, S.I.R.P. Piemonte, Operatori promotori del progetto "Gruppo Arcipelago"). Nasce l'idea di un percorso di sostegno alle famiglie che si collochi nella "rete", in uno spazio "tra": uno spazio tra istituzioni, associazionismo, cooperativismo.

Il Progetto si propone informazione e formazione sulla Comunicazione nei sistemi umani, con riferimento alla Teoria sistemico-relazionale. Inoltre, esso fa riferimento al Modello

Psicoeducazionale, in quanto l'idea fondante è quella di "informazione" rivolta alla famiglia, riferendosi all'importanza degli studi sulla "l'emotività espressa". Tuttavia, il progetto Arcipelago si differenzia dal modello psicoeducazionale per quanto riguarda il contenuto dell'informazione proposta alle famiglie, che riguarda la comunicazione, più che la malattia e gli aspetti farmacologici.

L'obiettivo è fornire strumenti di conoscenza al fine di ridurre la sofferenza nelle famiglie e favorire un cambiamento della situazione di "malessere" e la costruzione di un progetto di "salute" insieme ad altre famiglie .

Con questo opuscolo, ci proponiamo di illustrare la storia ed i contenuti del Progetto Arcipelago.

Ringraziamo tutti coloro che, a diverso titolo, vi hanno contribuito e preso parte.

Un ringraziamento particolare alla Presidente Di.A.Psi., Graziella Gozzellino, a Francesco Caputo ed alle persone che lavorano presso la Di.A.Psi.

Susanna Cielo

Chiara Cellini

Cosimo Lo Presti

Silvia Marta

Stefano Ramella Benna

Indice

1. La storia. Appunti sulla famiglia nella storia della psichiatria
2. L'idea. I presupposti di Arcipelago
3. Il progetto. Il programma di Arcipelago
4. L'esperienza. Gli incontri di Arcipelago
5. Sette riflessioni conclusive

Appendice

Bibliografia

1. La storia. Appunti sulla famiglia nella storia della psichiatria

Nel corso del secolo scorso, l'intervento di cura per la malattia mentale ha visto trasformazioni per certi versi radicali e progressive, che si riscontrano attraverso tutto il periodo in cui i manicomi, in Italia, hanno avuto vita. Nel corso della cosiddetta "legge manicomiale" – cioè negli anni compresi, per quanto riguarda l'Italia, tra il 1904 e il 1978 – è andata via via trasformandosi anche la posizione della famiglia del malato, all'interno del processo di cura.

Fino all'entrata in vigore della Legge 180, la famiglia è un soggetto alternativamente accusato e difeso, ma complessivamente rimane **esclusa** dal trattamento delle persone allora internate in manicomio. Per interi decenni, nessuno psichiatra manicomiale pare infatti porsi il problema dei legami familiari e del ruolo che essi potevano avere per la comprensione e il trattamento della malattia mentale.

Non possiamo però ritenere che un vero e proprio cambiamento di prospettiva intervenga contestualmente alla promulgazione della Legge 180. Se, a partire dal 1978, progressivamente si avvia la chiusura dei manicomi, con l'apertura dei reparti presso gli ospedali civili e la creazione degli ambulatori territoriali, la cultura medico-ospedaliera non è infatti pronta a prendersi cura globalmente del paziente psichiatrico. Frequentemente, in questo periodo, si osserva come la presa in carico delle situazioni non sia chiara, ma i servizi e le famiglie esitano nel prendere una posizione a riguardo. Ciò pare comprensibile se si pensa al fatto che nessuno degli attori coinvolti si

senta e sia, in tale momento storico, sufficientemente preparato al cambiamento proposto dalla Legge Basaglia; al contrario, famiglie e servizi sviluppano un vissuto di provocazione e di abbandono, in assenza di strutture ospedaliere ed extraospedaliere cui potersi affidare.

Di conseguenza, si fa strada, nei primi anni ottanta, il massiccio ricorso al settore privato, sia per il ricovero, sia per la cura domiciliare: l'uso dei farmaci e la richiesta di presa in carico a professionisti della psichiatria e della psicoanalisi diventano strategie indispensabili per far fronte al carico delle famiglie.

Quale ruolo ha la famiglia del paziente, in questo periodo? Essa risulta solo apparentemente presente sulla scena, poiché la cultura psicoanalitica tende ad escludere l'interferenza di terzi ed a considerare la cura come una relazione esclusiva tra il professionista ed il paziente. Essa è dunque ancora esclusa, o meglio **interiorizzata**, cioè trattata simbolicamente, nella sua dimensione mitica e fantasmatica, attraverso l'analisi del mondo interno del paziente.

In questo periodo, tuttavia, vengono anche a costituirsi le prime associazioni dei familiari, entità sociali e comunitarie che tentano di sopperire ad un circuito pubblico impreparato, povero, squalificato. Il movimento dei familiari, non sempre considerato di buon occhio dalla psicoanalisi, è visto invece come una importante risorsa da chi adotta un approccio sistemico al trattamento del disturbo.

Il pensiero sistemico, cui si deve la successiva nascita delle più importanti strategie di terapia della famiglia, sorge negli Stati Uniti già

nel corso degli anni cinquanta e si diffonde in Europa – e quindi in Italia – particolarmente durante gli anni settanta. E' in questo periodo che, per la prima volta, l'attenzione si sposta dall'individuo al nucleo relazionale primario, nella sua dimensione reale: la famiglia cessa di essere esclusa, e diventa parte integrante per la comprensione della malattia che ha colpito uno dei membri. Secondo questo punto di vista, infatti, il paziente, con il suo malessere, denuncia la crisi e la sofferenza del suo sistema familiare.

In questo senso, la famiglia diventa soggetto incluso nella cura, ma al contempo considerato patogeno e malato; la famiglia è, ora, **contestata e colpevolizzata**.

Lo stesso Franco Basaglia considera a lungo la famiglia come “la fabbrica della follia”; le voci più rilevanti del movimento dell'antipsichiatria, che si sviluppa in Inghilterra e si diffonde negli anni settanta, a partire dal lavoro di Laing, Cooper, Esterson ed altri medici che contestano e rifiutano i metodi ortodossi della psichiatria, non esitano a considerare la famiglia “il crogiolo della schizofrenia”. Secondo questa linea di pensiero, la famiglia del malato psichiatrico filtra la maggior parte dell'esperienza personale e soggettiva, reprimendo una generosa e genuina spontaneità nella differenziazione del membro malato. Nella famiglia, da questo punto di vista, si individua un difetto fondamentale di comunicazione che sarà oggetto dell'attenzione di pensatori come Gregory Bateson e di clinici come Jackson, Bowen, Sluzki: il cosiddetto *doppio legame*. La teoria basata sul doppio legame è oggi ritenuta da molti operatori del settore un'ipotesi patogenetica obsoleta; tuttavia, pur non potendo

essere considerata una spiegazione esaustiva dello sviluppo della schizofrenia dal punto di vista relazionale, essa rappresenta, se rivista e ricontestualizzata, un'importante fonte di ispirazione per gli interventi volti a migliorare la comunicazione delle famiglie con membri schizofrenici.

Sulle fatiche e sui vissuti della famiglia ampiamente colpevolizzata degli anni settanta sorge allora, negli anni ottanta, un nuovo pensiero riguardo al ruolo dei familiari ed ai profondi bisogni che, con lo smantellamento degli ospedali psichiatrici, si fanno sempre più chiari. E' in questo periodo che ci si rende conto di quella carenza strutturale, organizzativa e culturale che investe il neonato "territorio" dei servizi; una carenza che certamente Basaglia intuisce, al tempo del disegno di legge, ma che non farà in tempo a sottoporre ad un intervento, né preventivo, né tanto meno riparativo.

E allora, il cambiamento che riguarderà anche l'Italia, nel corso degli anni ottanta e novanta, viene da lontano, anche questa volta. Negli anni ottanta, in USA, nasce infatti un filone di intervento operativo e di pensiero teorico che prende il nome di psicoeducazione e che si basa sulla discussione in famiglia di alcuni aspetti cruciali della malattia, come la diagnosi, l'eziologia, i sintomi e l'importanza di distinguere tutto ciò da atteggiamenti volontari che i pazienti sembrano assumere. La famiglia è dunque oggetto, per la prima volta, di un coinvolgimento che mira a fornire un'informazione corretta sulla malattia, sull'uso dei farmaci, sulle modalità più adatte a fronteggiare il carico emotivo, a ridurre lo stress ed il senso di colpa dei genitori, a collaborare con i servizi e i soggetti curanti nello

sviluppo e nell'applicazione di un progetto riabilitativo che porti a sostanziali miglioramenti nella qualità di vita del paziente e dei suoi congiunti.

In questa prospettiva, la famiglia **psicoeducata** è resa partecipe al processo di cura, sebbene mantenga un ruolo almeno parzialmente passivo: è oggetto di un percorso educativo ed informativo e non ancora soggetto realmente attivo nella promozione di un cambiamento. Essa è comunque intesa come un sistema "da aggiustare", su cui si pensa di poter intervenire con un intento per lo più pedagogico.

I programmi psicoeducativi si basano su ricerche effettuate nel corso degli ultimi cinquant'anni a proposito delle modalità con cui le emozioni vengono espresse nelle famiglie dei pazienti schizofrenici: si tratta della ricerca sull'Emotività Espressa familiare. Questa prende il via in Inghilterra, contestualmente alla diffusione dei primi neurolettici ed alle prime deistituzionalizzazioni dei pazienti, e sembra avere un significativo potere predittivo rispetto alla possibilità di crisi psicotiche recidive, cioè di episodi sufficientemente critici da provocare un nuovo ricovero del paziente.

In questo approccio, uno degli elementi più importanti che ricorrono nelle famiglie delle persone con malattie mentali è il tono emotivo con cui i contenuti della comunicazione vengono espressi; ad esso, si affiancano parametri legati alla vita familiare, come la qualità e la quantità del tempo trascorso con il paziente da parte degli altri familiari, la storia dell'esordio e del vissuto della famiglia rispetto alla malattia.

In particolare, sulla base degli studi di Vaughn, Bertrando definisce l'emotività espressa come una sorta di termometro della temperatura emotiva in famiglia, di come in famiglia le persone rispondono al problema del membro malato, in un determinato momento. Dall'indice di emotività espressa si rileva, prima di tutto, quanto la famiglia tenda a partecipare in modo invasivo al problema del paziente o quanto, invece, manchi un coinvolgimento emotivo nei suoi confronti.

Il punto di vista della ricerca sull'Emotività Espressa si rivela abbastanza in linea con il cosiddetto approccio strutturale nella terapia familiare, che si deve all'opera del sistemico Salvador Minuchin; tuttavia, a contrario di quest'ultimo, non è volto strettamente ad un intervento terapeutico, ma rappresenta la base per un programma di sostegno cognitivo ed informativo.

I programmi psicoeducativi diventano dunque, nel corso dell'ultimo ventennio, uno degli strumenti proposti all'interno dei servizi psichiatrici come mezzo per raggiungere e sostenere le famiglie. In questo periodo, si sviluppa l'idea che sia importante cercare spiegazioni e strategie di intervento e cura non soltanto centrate su un preciso modello clinico, ma anche alimentate dalla storia delle relazioni che in quella famiglia hanno avuto luogo. La famiglia diventa, allora, una famiglia **studiata**, in quanto gruppo con una storia, con sue radici, attraversata da miti transgenerazionali, segnata talvolta da eventi traumatici e incastonata in una più ampia cultura di riferimento. La famiglia diventa un nucleo da comprendere ed osservare attraverso il suo ciclo di vita.

Da questo breve e sommario excursus storico si evince, allora, come il destino e la storia delle famiglie, nella psichiatria, siano stati segnati da numerosi passaggi. Da una famiglia esclusa, abbandonata e colpevolizzata, si giunge ad una famiglia coinvolta e studiata. Il passaggio ulteriore, che in alcuni ambiti si sta compiendo e che Arcipelago intende sostenere, è quello che ci porta all'idea di una famiglia che partecipi attivamente al processo terapeutico, che si metta in gioco non solo come soggetto passivo, ma anche come nucleo con potenzialità terapeutiche. Intendiamo prospettare, qui, l'idea di una famiglia **alleata**, con una funzione quasi co-terapeutica, come sistema attivo e continuamente implicato, reso partecipe e visto come risorsa dai servizi, dalle comunità, e così via.

Per far sì che ciò avvenga, è necessario che le famiglie possano compiere un percorso in cui vengono accolte, comprese nel loro disagio e nella loro sofferenza; che vengano formate ed informate. In questo senso, la prospettiva attuale si discosta in modo rilevante dall'immagine basagliana di "operatore unico", un soggetto la cui formazione ed il cui ruolo potevano rappresentare quasi un freno ed un impedimento alla libera considerazione della malattia mentale come prodotto di una costruzione sociale. Oggi, in una prospettiva che considera la malattia psichica grave come una realtà dall'origine multifattoriale, ci sembra più forte ed efficace l'idea che la famiglia diventi un'entità adeguatamente informata e preparata a fronteggiare difficoltà ed a partecipare a progetti di cambiamento.

2. L'idea. I presupposti di Arcipelago

a) Dall'individuo alla relazione

Quasi sempre nel lavoro sul disagio psichico, si incontrano famiglie provate da tempo da storie di sofferenza, famiglie confuse, disorientate, sfiduciate, incattivite da continui tentativi che le hanno depauperate in termini emozionali ed economici.

Si incontrano famiglie che per tanto tempo sono vissute nell'isolamento e nella solitudine prima di trovare il coraggio di chiedere aiuto. Il percorso delle famiglie rispetto alla malattia mentale è quasi sempre simile nei suoi passaggi e sviluppi. Quando si manifestano i primi segnali di problemi psichici, la famiglia spesso è colta impreparata, incredula per ciò che sta succedendo: sbigottimento, vergogna, paura, colpa, disorientamento, estraneità, isolamento, tensione e sfiducia. Il più delle volte la tendenza è temporeggiare, minimizzare, nascondere ciò che succede, per vergogna, per pudore.

Oppure la famiglia, colta dalla confusione e dall'ansia, investe più persone del problema, nella ricerca affannosa di soluzioni rapide e radicali.

D'altra parte, per chi è portatore di disagio, la famiglia diventa progressivamente l'unico luogo di scambio sociale: i familiari sono percepiti come fonte d'aiuto e protezione, ma anche causa della propria difficoltà esistenziale. Chi sta male cerca di dettare in casa le proprie regole: alterna la richiesta di attenzione continua ed esasperata a reazioni abnormi per la sensazione di controllo.

Paziente e familiari si trovano avvolti in un groviglio di legami contraddittori di affetto, necessità, insofferenza, dolore, esasperazione, protezione, odio, che aggiungono sofferenze alla famiglia ed al paziente.

Accade così insistentemente che i genitori si attribuiscono colpe reciproche e che la loro alleanza genitoriale si rompa e la loro relazione di coppia diventi problematica perdendo così le risorse legate all'alleanza coniugale e genitoriale. In tale situazione accade spesso che per non aumentare il livello di tensione si tenda a lasciar correre, ad accondiscendere, a non affrontare situazioni che richiederebbero chiarezza e prese di posizione. Quante volte abbiamo visto, per amore dei figli, genitori che tollerano violenze pericolose per chi le riceve e per chi le compie. Tuttavia l'atteggiamento permissivo può aumentare l'angoscia ed il malessere di chi sta male, che vive mancanza di contenimento e limiti.

Al contrario, può accadere che per difendere una convivenza apparentemente civile, magari per proteggere gli altri figli, "sani", si assumono posizioni molto rigide di "non accettazione" e/o di "negazione" della malattia del congiunto: *"non è niente... capita... tutte storie"*, con conseguenti atteggiamenti punitivi ed espulsivi rispetto al paziente.

Comunque e sempre l'incontro con la malattia mentale, è un percorso difficile e devastante per la famiglia, ed anche dopo tanto tempo, il bisogno di confronto, speranza ed ascolto è sempre presente.

Ma chi ha lavorato, o è stato accanto o ha vissuto per tanti anni con

queste problematiche, una cosa la sa: cercare insieme, con pazienza, speranza e tenacia, "ciò che è invisibile agli occhi", insegna un sapere che è molto prezioso per le cure. In quel sapere ci sono non solo le sorgenti e le radici, ma anche la terra e l'acqua: il filo della storia per aiutare la famiglia a ritrovare la propria identità e la propria strada evolutiva.

“C'è una canzone”, scrive Salvador Minuchin, “che merita di essere cantata ed è la canzone delle relazioni umane, del legame attraverso il quale le persone si arricchiscono e crescono”

Purtroppo il clamore dei conflitti e delle difficoltà annulla gli aspetti silenziosi della sottile armonia dell'adattamento reciproco e della solidarietà, che invece spesso esistono sopiti.

In un clima di tensione, l'astio ed il rancore prendono il sopravvento su ogni aspetto positivo.

Allora è importante che la famiglia venga aiutata ad essere e rimanere e diventare sempre più "custode di solidarietà", in senso supportivo e affettivo, rispetto ai legami intrafamiliari.

Ma perché questo avvenga, è necessario come un allenamento, un continuo passaggio di prospettiva **dall'individuo alla relazione**. La prospettiva **dall'individuo alla relazione** comporta un cambiamento della comunicazione e del modo di comprendere ciò che succede e modifica il modo di stare tra le persone.

Questa prospettiva può all'inizio creare sconcerti e sembrare poco comprensibile. Ma, là dove i membri di una famiglia riescono a vedersi nella propria relazione intrafamigliare, possono scoprire una diversa modalità della relazione, che aiuta loro a superare la

frustrazione determinata dal comportamento alterato del congiunto.

L'idea-scommessa di Arcipelago è proprio questa: spostare lo sguardo **dall'individuo alla relazione** può aiutare una famiglia con problemi di disagio psichico ad affrontare meglio e con modalità diverse le difficoltà quotidiane.

b) Malattia mentale e comunicazione

La malattia mentale è subito malattia della relazione e della comunicazione per le difficoltà ad instaurare un rapporto adeguato con gli altri ed il mondo. Diventa subito anche malattia della relazione e della comunicazione per la famiglia e nella famiglia.

Arcipelago, proponendo formazione ed informazione sulla comunicazione, intende agire su questi elementi.

c) Il lavoro di supporto e aiuto alla famiglia

Nella letteratura che riguarda le famiglie dei pazienti psichiatrici, l'analisi del materiale disponibile riguardo ai trattamenti psicoterapeutici veri e propri (Psicoterapia Familiare) e riguardo agli interventi di supporto alla famiglia (Intervento Psicoeducazionale), evidenzia in modo indiscutibile l'importanza di modelli d'intervento sulla famiglia e per la famiglia oltre all'intervento individuale.

L'intervento Psicoeducazionale si fonda sulle ricerche riguardanti l'Emotività Espressa (EE): in pazienti schizofrenici rientrati in famiglie con alta EE si riscontra il 58% di recidive contro il 16% per pazienti in famiglie con bassa EE.

Dall'altra, la Psicoterapia Familiare, che nasce negli anni 50-60 in

America, punta l'attenzione non al singolo paziente, ma alle dinamiche relazionali madre, padre, figlio, e soprattutto alle relazioni disfunzionali, che cerca di correggere, vedendo in questo un ruolo significativo, o nell'insorgenza del disturbo o nel suo mantenimento. I modelli teorici sono molti.

Secondo la letteratura, il limite più significativo per la psicoterapia familiare consiste nel rischio che essa colpevolizzi e patologizzi eccessivamente la famiglia, perdendo così un aspetto fondamentale per la cura e cioè, la famiglia come risorsa co-terapeutica.

Il modello Psicoeducazionale presenta il limite di legittimare aspettative familiari di funzionamento a livello anche troppo basso. Introduce nella famiglia idee potenti di diagnosi, con la prognosi ad essa correlata, e dunque facilita una carriera di cronicità che è tanto più rischiosa se applicata a casi di esordio in età giovanile.

Purtroppo i limiti ed i conflitti tra i due modelli hanno un po' smorzato e bloccato i tentativi della loro applicazione alla Psichiatria dei Servizi che, oggi più che mai, ha bisogno di elaborare strategie di intervento con le famiglie. Tali modelli della malattia mentale vanno ripresi e integrati, tenendo conto che oggi, rispetto alla causa della malattia mentale, si pensa ad una eziologia multifattoriale (Vulnerabilità, fattori biochimici, carico genetico, fattori intrapsichici, fattori relazionali intrafamiliari ed interpersonali). Questo comporta che gli interventi familiari non debbano essere in alternativa a trattamenti biologici e/o individuali, ma integrati a questi.

Il Progetto Arcipelago adotta come riferimento la teoria sistemico-relazionale, ma si riconosce anche nel contesto teorico del modello

psicoeducazionale, in quanto la comune idea fondante è quella di “informazione” ed “educazione” rivolta alla famiglia.

L’obiettivo è proporre strumenti atti a ridurre la sofferenza e l’emotività espressa nella famiglia, fornire l’idea di possibilità di cambiamento della situazione di malessere migliorando l’assetto comunicativo, di possibilità di confronto con altre famiglie ed insieme costruire conoscenza.

Oltre al modello sistemico-relazionale e a quello psicoeducazionale, il Progetto ha anche un’altra radice epistemologica che attinge alla Psicologia cosiddetta “culturale”. La Psicologia culturale studia il rapporto particolare che l’individuo stabilisce con il sapere.

Il Progetto, ed il corso lo ha confermato nella prassi, si pone infatti come proposta di conoscenza di un sapere della complessità: non pone solo la questione di utilizzare al meglio la risorsa famiglia, ma vi è anche l’idea di sviluppare la ricchezza di sapere costruita dal gruppo, dal contesto (associazionismo), dal rapporto del gruppo con la conoscenza che viene proposta.

Concludendo, la psichiatria oggi deve investire in termini di ricerca e operatività sul supporto ed il lavoro con le famiglie, integrando non solo la ricerca scientifica, ma anche psicologica e sociale.

d) Il dolore nella malattia mentale

Alla sofferenza indotta dalla malattia mentale si aggiunge il dolore per la malattia. Il dolore è presente in ogni malattia a lungo termine, è legato all’impedimento, perché non si può più fare quello che fanno gli altri. Questo vale per il paziente, questo vale per la

famiglia.

Se questo dolore viene affrontato ed elaborato, può portare a nuove soluzioni e prospettive. Se congelato, può portare all'isolamento e poi alla depressione, che accentua la separazione dal mondo.

A tratti si spera di riprendere la vita di sempre, a tratti si affida il familiare ai servizi (e si ricovera) sperando che venga curato. Ma spesso, la famiglia torna al proprio dolore, nelle proprie solitudini, quando sperimenta che il congiunto non torna a casa "guarito" e progressivamente la situazione ritorna uguale a prima.

Allora incontrarsi con altri che hanno un'analogha esperienza di dolore, accorgersi che non si è soli, ma che la sofferenza della malattia mentale è un percorso con passaggi simili per tutti, che c'è un luogo dove si è accolti e capiti, è un'esperienza che può alleviare il dolore.

3. Il progetto. Il programma di Arcipelago

Il Progetto prevede nel suo formato originale un Corso rivolto a famigliari di malati mentali che si sviluppa su due livelli.

Nel primo livello il Corso si articola in 11 incontri, di cui 10 di 3 ore ciascuno ed 1, conclusivo, di 5 ore. Prevede la partecipazione di 8-10 nuclei familiari e si occupa di comunicazione e relazione nei sistemi umani.

Il secondo livello è attualmente in corso di progettazione. In esso, con analoga durata degli incontri e utilizzando gli strumenti forniti nel primo livello, ci si propone di sviluppare un lavoro sulla storia familiare (il gruppo di famiglie coinvolte sarebbe più ristretto: 4-5 nuclei).

PROGRAMMA 1° LIVELLO

Il gruppo è composto, per un totale di circa 8-10 famiglie, da famigliari di pazienti con disturbi psichiatrici, un conduttore, un co-conduttore e da un osservatore.

L'esperienza si articola in 11 incontri, di cui 10 di 3 ore ciascuno e 1, conclusivo, di 5 ore.

La cadenza degli incontri è di 3 settimane e prevede sia contenuti informativi sulla comunicazione all'interno del nucleo familiare, sia strumenti per migliorare la relazione interpersonale.

La modalità è sempre interattiva e prevede sia parti teoriche, sia situazioni simulate, indicate dal conduttore o proposte dai partecipanti.

CONTENUTO DEGLI INCONTRI

Per dare un'idea del contenuto degli incontri riportiamo il materiale proposto nell'opuscolo informativo che avevamo preparato nel presentare il Corso alle famiglie. Si tratta per lo più di spunti e stimoli, per l'approfondimento dei quali rimandiamo alle informazioni più "tecniche" sui contenuti degli incontri, annotate in Appendice.

Primo Incontro:

definizione di contesto e lavoro su di esso

"Perché non proviamo altri punti di vista?"



IL CONTESTO

Il contesto come variabile fondamentale per comprendere la comunicazione e i suoi significati
(è una strega o una giovane donna?)

Immagine tratta da "ABC della mente umana" (AA.VV., 1991).

Secondo Incontro:

definizione e proprietà dei sistemi. La famiglia e il suo ciclo vitale.

I gruppi umani sono sistemi aperti. La famiglia è sistema aperto. I sistemi aperti sono caratterizzati da proprietà e regole e così la famiglia in quanto sistema. Come l'individuo ha il proprio ciclo vitale, anche la famiglia ha un suo ciclo vitale.

Dal Terzo al Sesto Incontro: *definizione ed analisi della comunicazione.*

Assiomi della comunicazione. Il sintomo nella comunicazione.
Immagine tratta da Gulotta, 1976.

I Livelli della comunicazione. La punteggiatura nella comunicazione.
Il modulo verbale e quello non verbale.



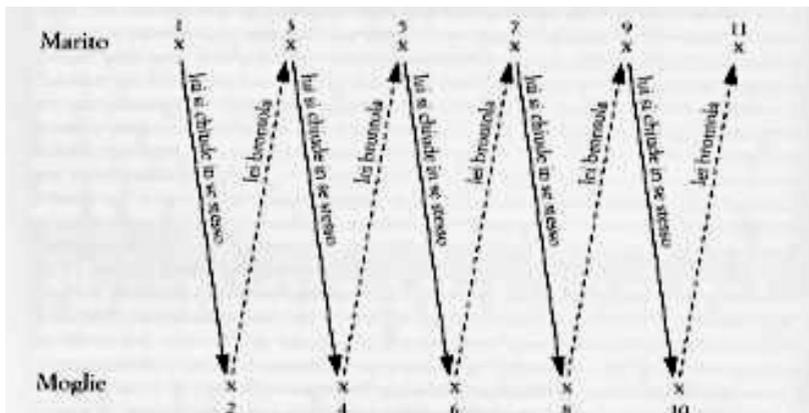
La complementarietà e la simmetria nella comunicazione

IL SINTOMO

Punti di vista teorici sul significato del sintomo
Il sintomo come modalità comunicazionale

LA PUNTEGGIATURA

Riflessioni sulle interazioni fra chi comunica
Il punto di vista dei comunicanti



“Io bevo perché tu urli” “Io urlo perché tu bevi”
Immagine tratta da Watzlawick, Beavin e Jackson, 1967.

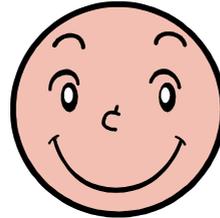
LA COMUNICAZIONE NON VERBALE

Approfondimento delle diverse forme di comunicazione
Il modulo analogico e quello numerico

“Quando le parole non dicono tutto”



“Sono triste..... “



“ Sono molto triste !”

SIMMETRIA E COMPLEMENTARIETA'

Ruoli diversi dei comunicanti:simmetrici e complementari



Simmetria



Complementarietà

Settimo Incontro:

La struttura familiare: sottosistemi e confini. Le mappe familiari.

Ottavo e Nono Incontro:

Il paradosso, il doppio legame.

Definizione dei vari tipi di paradosso



Immagine tratta da Gulotta, 1976.

Decimo Incontro:

il cambiamento. Nozione di cambiamento di primo e di secondo livello; la resistenza al cambiamento.



Il cavallo dov'è dipinto?
Magritte (autore del quadro)
disse una volta:

"Io dipingo gli oggetti dove non
potremo mai trovarli.

E' l'espressione di un desiderio
reale, anche se a livello
inconscio, comune a tanta gente"

Immagine tratta da "ABC della mente umana" (AA.VV., 1991).

Undicesimo Incontro (Chiusura):

Prepariamoci a lasciarci

PROGRAMMA 2° LIVELLO (in corso di progettazione)

Il percorso del secondo anno si svolge con un gruppo di 6 o 8 persone che hanno partecipato al 1° livello. Esso si articola in complessivi dieci incontri quindicinali: sei incontri per ciascun gruppo di 2 ore +1/2 e quattro incontri seminariali con tutto il gruppo del primo anno, della durata di 3 ore ciascuno.

1) Nei sei incontri per ogni gruppo è previsto un “Lavoro Narrativo”, che si sviluppa su:

Biografia di sé (autobiografia);

Biografia della propria famiglia.

L'ipotesi del percorso del II° livello di Arcipelago è dunque che una ricostruzione della storia di sé e della propria famiglia diventi una nuova cornice in cui rileggere le vicende e problematiche connesse alla malattia mentale che la famiglia ha dovuto affrontare. L'idea fondante è che il “pensare” ed il “sentire” rappresentino le radici del “fare” . Allora, la possibilità di “ripensare” e “risentire” rispetto alla propria storia personale e familiare può diventare inizio di un nuovo e diverso “fare”(agire, comportarsi) nella sofferta situazione connessa alla malattia mentale.

Il secondo livello di Arcipelago si propone dunque come apprendimento, supporto, ma anche come ricerca delle connessioni e differenze nelle e fra le diverse storie biografiche.

2) I quattro incontri “seminariali”. In due incontri vengono trattate e discusse tematiche emerse nel primo anno di Arcipelago che il gruppo ha segnalato importante approfondire.

Negli altri due incontri sono discusse tematiche che emerse

durante il percorso di lavoro del secondo anno.

4. L'esperienza. Gli incontri di Arcipelago

Il corso "Arcipelago" è nato nel 2004 all'interno di Di.A.Psi. Piemonte. Questa esperienza è stata accolta con interesse e partecipazione tanto da essere divenuta, dal 2006, parte integrante delle attività offerte dal progetto "Il Bandolo".

Il Bandolo Onlus è un'associazione sostenuta dalla Compagnia di San Paolo che opera a Torino dal 2004 con lo scopo di promuovere la salute mentale attraverso il coordinamento di una rete formata da sei Associazioni e dai Dipartimenti di Salute Mentale delle ASL torinesi. Le attività proposte sono interamente gratuite.

Presentazione del Bandolo

Uno dei nodi che Il Bandolo si propone di affrontare è fornire sostegno al nucleo familiare affinché possa essere in grado di sostenere il carico assistenziale che grava su di esso e acquisisca conoscenze e capacità per gestire situazioni con diversi gradi di complessità. Questo impegno si attua attraverso il sostegno domiciliare, i colloqui di sostegno rivolti all'intero nucleo familiare o a parte di esso, attraverso i corsi sulla comunicazione del progetto "Arcipelago", attraverso lo sportello informativo per questioni previdenziali, economiche...

Altro nodo è offrire occasioni di socializzazione e di integrazione rivolte sia a familiari che ad utenti. La solitudine è una delle tematiche che maggiormente gli utenti sottolineano come fonte di disagio; per affrontare ciò, Il Bandolo offre tutti i weekend e tutti i giorni festivi dell'anno momenti di svago denominati "Weekend da sBandolo", laboratori, gruppi, ... Offre inoltre soggiorni di sollievo da trascorrere in una cascina di campagna nel Canavese.

Una delle più gravi conseguenze della malattia mentale è l'espulsione dal mondo del lavoro conseguente alla perdita, sovente solo parziale e connessa al contesto e al momento, delle capacità relazionali e delle abilità precedentemente acquisite. Per favorire il rientro nel mercato del lavoro e la presa di consapevolezza delle proprie abilità Il Bandolo ha attivato numerosi percorsi di orientamento lavorativo (con orario flessibile a

seconda delle esigenze della persona) in diversi settori: gestione delle aree verdi, ristorazione, segreteria...

L'abitare è uno dei nodi sui quali Il Bandolo ha deciso di intervenire fornendo sostegno domiciliare a chi ha una casa ma fatica nella gestione quotidiana e offrendo la possibilità di una residenzialità temporanea a chi necessita di un periodo di tregua dalle dinamiche familiari o necessita di un alloggio provvisorio. Offre inoltre soggiorni di sollievo da trascorrere in una cascina di campagna nel Canavese.

*Inoltre un servizio telefonico gestito da un gruppo di psicologi adeguatamente formati per offrire consulenza, informazioni e sostegno psicologico è a disposizione **allo 011.2302727 tutti i giorni dalle 10.00 alle 22.00***

...ho bisogno di parlare, in casa nessuno mi ascolta...

...sono triste, non esco più di casa...

...mio marito si comporta in modo strano, cosa posso fare, a chi mi devo rivolgere...

...posso parlarle della mia ansia...

...gli altri mi giudicano allora non esco più di casa... ma come faccio, perderò il lavoro...

...le medicine mi aiutano ma hanno tanti effetti spiacevoli: sto ingrassando, sono sempre stanca...

...mio figlio sta male io non so più come aiutarlo...

...non so più cosa fare... è tanto tempo che va avanti, ho cambiato tanti farmaci e tanti dottori...

...mia moglie non vuole uscire, non riesce a dormire, non pensa neanche più ai figli...

queste e altre domande possono trovare una risposta.

Al primo gruppo pilota hanno aderito 18 volontari dell'associazione Di.A.Psi., di cui 16 familiari di ammalati psichici. Questo primo ciclo ha consentito un'iniziale verifica degli strumenti operativi precedentemente progettati.

I riscontri positivi osservati nelle famiglie partecipanti e anche nei familiari sofferenti hanno costituito un forte stimolo a proseguire; le criticità emerse hanno consentito di affinare metodologie e tecniche. Dal maggio 2006 al Luglio 2010 sono stati attivati cinque corsi, che hanno coinvolto in tutto 80 familiari.

Tipologia dei gruppi

La formazione dei gruppi si è realizzata attraverso il lavoro degli operatori della segreteria del progetto "Il Bandolo". I familiari sono stati contattati e invitati a partecipare al corso.

In molti casi si è trattato di persone vicine all'associazione Di.A.Psi., che avevano già usufruito di percorsi psicoeducazionali o di ascolto. E' stato comunque significativo il numero di coloro che ha deciso di partecipare avendo avuto solo un fugace rapporto con l'associazione o con altri interventi di sostegno.

I gruppi si sono rivelati un ideale bilanciamento di aspetti di omogeneità ed eterogeneità dei partecipanti.

I membri del gruppo sono infatti simili nel loro essere tutti familiari di soggetti con disturbo mentale residenti a Torino. Al contempo, si differenziano per il ruolo familiare ricoperto e per gli aspetti clinici della patologia con cui si trovano a relazionarsi.

Se da una parte, dunque, il confronto con altre persone con affini

problematiche ha stimolato da subito la coesione nei gruppi, dall'altra la possibilità di condividere esperienze differenti ha fornito un importante potenziale di riflessione e di cambiamento.

Metodologia

Per quanto concerne gli aspetti metodologici e gli strumenti di intervento, sono stati seguiti i principi del modello Sistemico Relazionale.

La conduzione del gruppo è dunque caratterizzata per l'attenzione posta alla circolarità, al contesto e alla complessità.

Interesse primario dell'esperienza formativa è quello di offrire un patrimonio teorico__relativo alle tematiche della comunicazione intrafamiliare, sia essa funzionale o disfunzionale.

Si è cercato di mobilitare le risorse disponibili attraverso l'impiego di metodiche attive che hanno stimolato il coinvolgimento diretto dei partecipanti.

Ogni incontro si è aperto con uno spazio dedicato all'accoglienza dei membri attraverso l'ascolto e il confronto sui problemi contingenti e sulle difficoltà del nucleo familiare.

La parte centrale e più specifica degli appuntamenti ha previsto la proposta di contenuti formativi che potessero stimolare la comprensione di aspetti contestuali e comunicativi.

Gli approfondimenti sono stati proposti al fine di sollecitare l'acquisizione di maggiori capacità analitiche e gestionali delle dinamiche relazionali.

Particolare importanza è stata data allo sviluppo di competenze di

flessibilità e di metacomunicazione.

Nell'ultima parte degli incontri, al fine di facilitare il lavoro di consapevolezza e cambiamento, sono stati utilizzati strumenti attivi quali il *role play* e la simulata.

Di volta in volta, a partire dagli argomenti trattati, ad alcuni membri del gruppo è stato chiesto di simulare, in una sorta di rappresentazione, di ruoli familiari in interazione fra loro. Ai restanti partecipanti è stato assegnato il compito di osservatori.

Queste attività si sono rivelate valide e coinvolgenti e hanno reso più facile la lettura delle dinamiche comunicative analizzate. Hanno infatti permesso di riflettere sui vissuti, sulle emozioni, e sui punti di vista dei diversi membri della famiglia interpretati.

Sono stati inoltre utilizzati giochi di comunicazione che hanno svolto un ruolo amalgamante e sono stati spunto di discussione.

Il ciclo di vita dei gruppi.

Ogni gruppo ha vissuto un'evoluzione caratterizzata da:

- una prima fase di avvio, dove l'impegno si è indirizzato alla strutturazione e all'impostazione di una cultura di base e di una solida fiducia;
- una seconda fase di lavoro più intenso, con un confronto più operativo;
- una terza fase di verifica e di elaborazione del lutto per la chiusura del gruppo.

Abbiamo potuto sperimentare che nonostante la sua definizione di "gruppo chiuso" (un gruppo cioè che permette ai partecipanti un

percorso sincrono con un inizio e un termine prefissato) nella fase di definizione del gruppo, vi sono sempre stati abbandoni ma anche nuovi arrivi. In ogni gruppo infatti qualche partecipante ha voluto coinvolgere, anche solo per un incontro, un nuovo familiare che è sempre stato accettato dal gruppo con atteggiamento accogliente.

Nella seconda fase si è puntualmente raggiunto un buon grado di coesione che in generale ha visto tutti i gruppi formati da 12-14 componenti. L'incertezza e la confusione hanno lasciato il posto al senso di appartenenza e alla creazione di uno spazio affettivo condiviso.

Raggiunta la stabilità nell'identità gruppale, solitamente sono venuti meno ritardi e assenze; all'io si è sempre sostituito il noi. E' questa la fase in cui i partecipanti hanno solitamente sentito di poter iniziare ad elaborare una riflessione sulle proprie modalità relazionali, di poter affrontare cambiamenti.

Nella terza fase, quella conclusiva, lo scioglimento del gruppo è risultato un lavoro spesso doloroso ma che ha implicato anche la riflessione sulle nuove conoscenze maturate e sulla crescita intrapresa, accettando e riconoscendo il raggiungimento del traguardo.

Sottosistemi familiari nel gruppo, i nostri dati

Contrariamente alle ipotesi elaborate nella fase di progettazione, che prevedevano la presenza esclusiva di coppie genitoriali, i gruppi si sono costituiti in un insieme ricco di parenti “singoli” e sottosistemi familiari.

	2006	2007	2008	2009	2010	Nr. Totale
Madre	8	1	5	9	5	28
Padre			2	1	1	4
Zia		1		1	1	3
Sorella o fratello	1	1	1	2		5
Figlio/a		1		1	1	3
Compagno o marito				1	1	2
Compagna o moglie	1		1	1	2	5
Coppia genitoriale	2	5		1		8
Genitore con figlio	1	1				2
Coppia genitoriale con figlio		1			1	2
Madre e zia				1		1
Cugina			1			1
Madre figlia e ex nuora			1			1

Risulta evidente una presenza preponderante di madri che non di rado si sono presentate ai gruppi con il loro carico di vissuti di colpa, disorientamento e impotenza. Queste donne si sono comunque sempre rivelate esperte e supportive; capaci di trasformare le proprie esperienze in risorse per tutti.

Appare importante sottolineare la presenza degli altri sottosistemi familiari registrati, in particolare:

Le coppie genitoriali. Il loro arrivo al gruppo solitamente si è caratterizzato per un'impellente richiesta di consigli pratici sul da farsi. Il corso ha rappresentato uno spazio dove lavorare

per poter diminuire questo sentimento di urgenza ma anche il livello di tensione e di aggressività nella coppia . Spesso fra i due coniugi si è assistito al crearsi di un'alleanza, un terreno comune su cui intendersi. Nella maggioranza dei casi va rilevato il generoso mettersi in discussione come genitori, come coppia, come persone che ha condotto ad un importante passaggio dal vissuto di colpa a quello di difficoltà e responsabilità.

Il sottosistema fratelli. Interessante è stata la presenza di questi giovani adulti accomunati dalla consapevolezza che saranno loro a doversi occupare del familiare sofferente, una volta che i genitori saranno impossibilitati a farlo. Il desiderio di costruire in modo positivo la relazione, superando una fisiologica ambivalenza, è stata la motivazione con la quale si sono avvicinati al corso. Questi ragazzi hanno testimoniato i loro bisogni trascurati dalle famiglie d'origine che risultano concentrate sul figlio problematico. Efficace sembra essere stata la sottolineatura, operata dal gruppo, del loro ruolo di "guardiani" (Harris Ethan, 1992) divisi tra il desiderio di proseguire nella costruzione della propria vita e il sentimento di responsabilità e sacrificio.

I coniugi che hanno partecipato al progetto Arcipelago sono risultati molto sofferenti. In generale sono apparsi stremati sotto il peso del carico oggettivo e soggettivo che comporta la convivenza con una malattia che risuona e si amplifica nella vita affettiva e di coppia. Hanno stimolato il confronto sulla

frustrazione di non poter fare programmi a lungo termine, sulla confusione di ruoli, sulla distruttività dei conflitti con il partner. Il gruppo ha rappresentato una fonte di legittimazione delle proprie scelte di vita e, in alcuni casi, la possibilità di uscire da una situazione di stallo.

I figli sono risultati imprigionati in uno scambio di ruoli che li vede genitorializzati, impegnati cioè ad occuparsi del genitore malato o di entrambi dato che l'altro genitore è spesso troppo coinvolto in una morsa stressante. Hanno tutti mostrato difficoltà ad uscire dalla famiglia e a costruire relazioni affettive profonde. In tutti i gruppi in cui sono stati presenti figli si è verificato un movimento collettivo di protezione. Questo spazio, per certi aspetti infantilizzante, ha permesso di ragionare insieme sul paradosso di quei figli che si comportano da sempre come adulti in famiglia ma che non riescono ad esserlo al di fuori di essa. A questi partecipanti è stata offerta la possibilità di riflettere su se stessi e sui propri legittimi bisogni.

Tutti questi pezzi di famiglia si sono uniti nel "corpo familiare" del gruppo e hanno consentito una comprensione crediamo profonda e una spinta maturativa per tutti.

Il questionario finale

Lo strumento scelto per un riscontro sull'andamento globale del gruppo è quello di un questionario finale con risposte a scelta multipla e risposte aperte.

Il questionario ha consentito in questi cinque anni una elaborazione sistematica di dati oggettivi. Interessante è però anche la raccolta delle testimonianze soggettive che hanno permesso di comprendere quello che il corso ha significato per coloro che l'hanno seguito.

Le motivazioni che i partecipanti hanno riferito all'inizio del percorso sono state solitamente molto generiche, confuse. Dopo l'esperienza di Arcipelago, nelle risposte date ai quesiti, ci sembra di cogliere una consapevolezza maggiore, una capacità ritrovata di spiegare i propri bisogni e l'aiuto ricevuto.

Nella stragrande maggioranza dei casi il corso ha rappresentato un momento di riflessione significativo ed un'esperienza profonda.

Ne riportiamo alcuni brevi estratti.

L'isolamento:

“Mi sono sentita meno sola e ho visto la capacità delle persone di affrontare quotidianamente situazioni emotivamente pesanti. Ho ridimensionato i problemi ho una visione diversa della malattia mi sento parte di un mondo che ha i miei, se non più grandi problemi.”

“Mi sono sentita molto aiutata perché non parlo mai di questo con persone che non conoscono la malattia mentale. E parlarne mi fa bene mi può dare delle idee”

“La malattia mentale ha molti risvolti, sconosciuti, difficili da individuare e da capire. Ho potuto fare delle domande e avere delle risposte. E' importante uscire dalla solitudine che si vive ogni giorno dal timore di non essere compresi da chi non ha gli stessi problemi. Nel gruppo mi sono sentita capita. Fino in fondo.”

Influenza positiva sulle relazioni intrafamiliari:

“Mi ha aiutato a capire di più a capire meglio a essere meno arrabbiato, ho deciso di non vivere più con Paolo (il familiare malato) ma adesso nonostante questo c'è più condivisione più coinvolgimento”.

“Ha cambiato la mia situazione personale perché in questi mesi ho cominciato a riprendermi la vita. Non avevo molti rapporti con i sanitari perché non mi ero sentita creduta ma adesso ho un rapporto abbastanza buono con il mio familiare e con chi lo segue”.

“Ha rafforzato l'unità con mia moglie e ci ha consentito di capire meglio i comportamenti da seguire, si perché è utile mantenere una linea rispetto a mio figlio anche se non è facile.”

La comunicazione:

“L'osservazione teorica dei vari meccanismi della comunicazione e della relazione ha dato nuova luce ai nostri rapporti. Per il vero ero scettico, non mi aspettavo di migliorare la comunicazione con il mio familiare malato ma così è stato, questo corso mi ha aiutato a tanti aspetti del nostro rapporto di conseguenza a rapportarmi in modo diverso rispetto al passato”

“Mi ha fatto riflettere sulle mie comunicazioni familiari, mi sono riconosciuta spesso in ciò che veniva detto. Sono in un cortocircuito comunicativo con un depresso. Ma sento di avere strumenti per migliorare” .

“Ho fatto fatica da entrare nel linguaggio tecnico della comunicazione ma ho avuto moltissimo dal rapporto con i docenti e dal gruppo. Il cammino è sempre difficile. Ma mi è utile sapere il più possibile su come siamo, su come comunichiamo, solo così posso dare un sostegno e nello stesso tempo richiederlo.”

Scrive Corrado Pontalti (1994): “La seconda perdita, che è il vero lutto non elaborabile , è tipica delle famiglie con un figlio psicotico. In

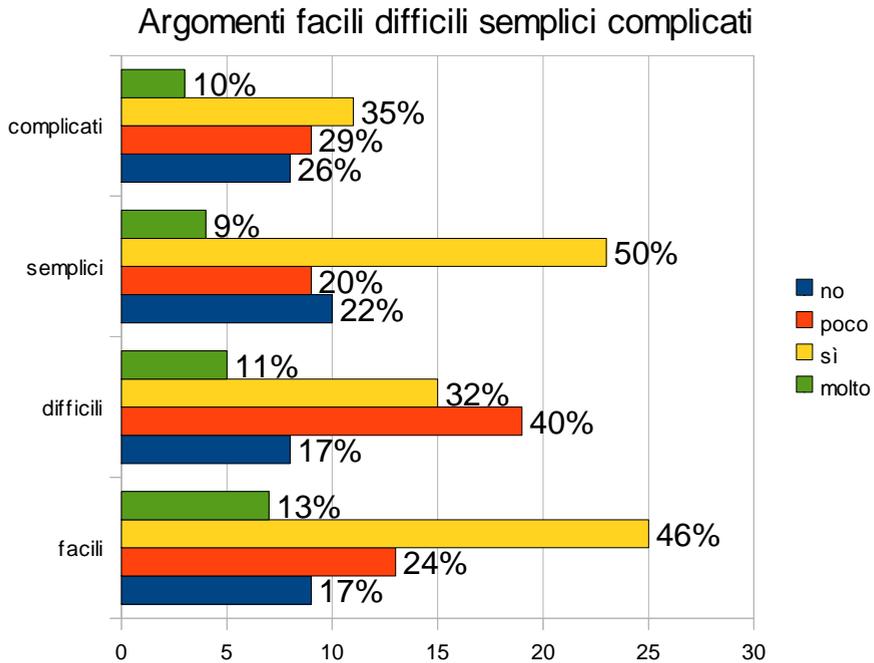
queste famiglie ritroviamo la perdita di continuità tra la storia passata delle generazioni ed il presente , oppure il collasso del passato sul presente in un tempo senza tempo”.

Abbiamo monitorato le emozioni dei partecipanti agli incontri chiedendo loro di compilare una scheda che ad ogni incontro veniva elaborata estraendo, in modo causale tra 17 item, 7 possibili emozioni che i partecipanti potevano provare.

La procedura utilizzata presupponeva di consegnare la scheda all'arrivo dei partecipanti, questi avevano la facoltà di compilarla oppure di non compilarla. Chi la compilava poteva dare risposte multiple. La scheda veniva imbucata dai partecipanti alla fine dell'incontro in un bussolotto, in modo da rispettare l'anonimato.

Abbiamo elaborato le schede compilate e riportiamo alcuni i risultati elaborati con grafici.

Il primo grafico evidenzia la percezione sugli argomenti trattati, abbiamo domandato se gli argomenti erano percepiti complicati-difficili oppure semplici-facili.



Si evidenzia che

- per circa il 10,5% sono molto complicati-difficili;
- per circa il 33,5% sono complicati-difficili
- per circa il 34,5% sono poco complicati-difficili
- per il 21,5% non sono complicati-difficili
- per il 19,5% non sono semplici-facili
- per il 22% sono poco semplici-facili
- per il 48% sono semplici-facili
- per l' 11% sono molto semplici-facili

Il secondo grafico evidenzia l'emozione che non si è provata durante gli incontri

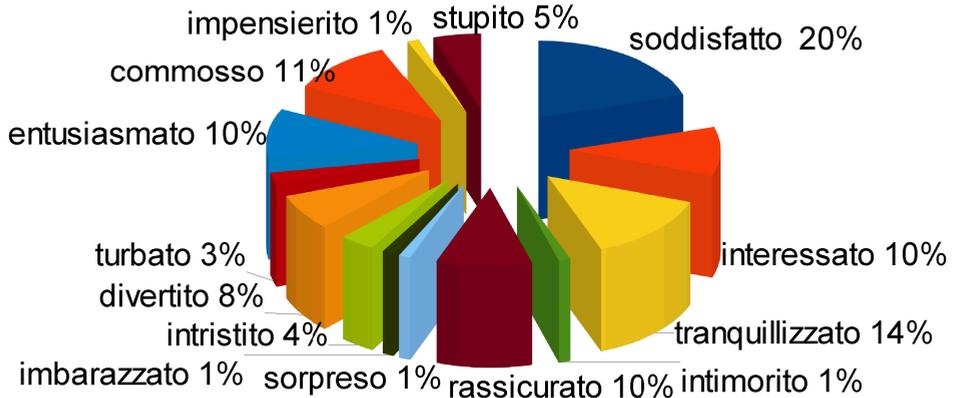


Ancora più interessante è esaminare le percentuali eguagliando la risposta con maggior numero di scelte a 100. Ecco la serie che ne deriva:

Si evidenzia che nessuno si è annoiato; l' 86% non si è intristito; il 43% non si è turbato; il 34% non si è impensierito o intimorito; il 26% non si è stupito.

Il terzo grafico riporta la scelta effettuata sull'emozione più provata durante gli incontri.

Serie dei molto



Esaminiamo le percentuali eguagliando la risposta con maggior numero di scelte a 100. Ecco la serie che ne deriva:

La soddisfazione risulta la più votata con il 100% seguita dalla tranquillità con il 69% e dalla commozione con il 56%. L'entusiasmo, la rassicurazione e l'interessamento raggiungono il 50%.

mi sento molto rilassato	0%
mi sento molto emozionato	0%
mi sento molto annoiato	0%
mi sento molto intimorito	6%
mi sento molto sorpreso	6%
mi sento molto imbarazzato	6%
mi sento molto impensierito	6%
mi sento molto turbato	13%
mi sento molto intristito	19%
mi sento molto stupito	25%
mi sento molto divertito	38%
mi sento molto interessato	50%
mi sento molto rassicurato	50%
mi sento molto entusiasmato	50%
mi sento molto commosso	56%
mi sento molto tranquillizzato	69%
mi sento molto soddisfatto	100%

5. Sette riflessioni conclusive

Proponiamo ora alcune riflessioni sia sugli obiettivi di Arcipelago che ci sembrano raggiungibili con questa esperienza, sia su connessioni e domande nate man mano che il lavoro si è sviluppato.

Prima riflessione: alcuni obiettivi formativi-informativi possono essere raggiunti.

Arcipelago introduce alla comprensione personale di aspetti contestuali e comunicazionali.

- a) Aiuta a vedere nella famiglia la sua struttura ed i confini-generazionali, intrafamiliari;
- b) Permette di acquisire maggiore comprensione ed analisi delle situazioni;
- c) Permette maggiore padronanza della comunicazione e della relazione;
- d) Permette maggiore informazione, comprensione, capacità di utilizzo delle risorse del contesto ambientale (possibili sistemi di riferimento terapeutici e di sostegno e possibili strumenti di supporto e cura).

Seconda riflessione: Arcipelago può rappresentare sostegno per...

a) **Non sentirsi soli**

Incontrarsi, confrontarsi, dare voce al dolore, accorgersi che non sei più solo, che il disturbo mentale è qualcosa che capita con passaggi simili anche ad altri, che c'è un luogo dove si è

accolti e si accoglie, è una esperienza nuova.

La possibilità di appartenere ad un gruppo, ad una associazione che dà sostegno, serve a superare la solitudine

b) Superare il senso di abbandono

Molte famiglie del Corso, hanno avuto ed hanno rapporti difficili con i Servizi istituzionali: attese lunghe per essere ascoltati, burocrazia, assenza dei Servizi durante i momenti critici, sensazione di non essere capiti, sensazione di essere colpevolizzati. Alcune famiglie sono provate da più tentativi di cura, anche nel privato, anche costosi; altre famiglie sono all'inizio del rapporto con i Servizi (la patologia era presente da tempo, ma ora la situazione è divenuta insostenibile). Spesso, le famiglie sono sfiduciate e "incattivite" rispetto al rapporto con i Servizi.

Negli incontri è stato utile spiegare loro come funzionano i Servizi, quali sono gli aiuti possibili presenti sul territorio, come "utilizzarli correttamente".

c) Dare speranza rispetto al poter migliorare la situazione

Questo è un punto essenziale che caratterizza il Progetto Arcipelago. Gli strumenti formativi ed informativi che i familiari acquisiscono durante il corso sulla comunicazione, propone a loro un nuovo punto di vista nel vedere le cose ed un nuovo modo di valutare e sentire la situazione relazionale familiare. I familiari provano a cambiare modalità di comportamento e, spesso con grande sorpresa e soddisfazione, portano negli incontri i cambiamenti che hanno osservato. Toccano con

mano che anche piccoli cambiamenti con un loro comportamento diverso possono essere ottenuti. Questo dà loro la speranza che non tutto è irrimediabile, che si può far qualcosa per un miglioramento anche piccolo, ed aumenta in loro il desiderio e la disponibilità alla comprensione ed alla conoscenza.

Terza riflessione: C'è un percorso che la famiglia deve affrontare rispetto al disagio mentale.

Nella malattia mentale vi sono passaggi simili per tutte le famiglie dall'esordio alla esplosione e manifestazione conclamata della crisi, alla ricerca di soluzioni. E' un percorso di cui va tenuto conto nel sostegno che viene proposto.

La crisi irrompe sconvolgendo l'apparentemente tranquilla vita familiare. C'è un periodo in cui sembra difficile capire cosa sta succedendo. Le relazioni si trasformano rendendo il paziente sempre più estraneo. C'è il tempo dello sconcerto e della paura. C'è il tempo dell'isolamento, della colpa e della vergogna .

C'è il periodo della ricerca di soluzioni. La famiglia ha colto la gravità della situazione, sceglie di uscire all'esterno con la propria sofferenza e inizia a cercare soluzioni, ma deve scegliere come. E spesso inizia un doloroso calvario prima di trovare un aiuto tra tentativi diversi: lo specialista privato, la medicina alternativa, il ricorso a pratiche altrettanto "alternative" (maghi..etc). Le famiglie man mano si ammalano anche loro, disorientate, confuse, sfiduciate, depauperate (anche economicamente), si arroccano rigidamente su equilibri

precari e spesso dannosi.

Ora nel sostenere la famiglia va tenuto conto della fase di percorso in cui la famiglia si trova.

E' utile sollecitare i familiari di un nucleo con una patologia datata a riflessioni più critiche rispetto alla propria situazione, aiutarla a valutare se l'attuale equilibrio è il "migliore possibile" e a quali costi. Al contrario è utile "contenere", e dunque accogliere, rassicurare, "essere con" nelle situazioni in cui vi è una grossa criticità in atto.

Quarta riflessione: Arcipelago come possibile osservatorio rispetto al rapporto delle famiglie con il Servizio Psichiatrico.

I componenti dei gruppi hanno o hanno avuto un contatto o una presa in carico da parte del Servizio di Salute Mentale, a volte visto come positivo e di aiuto, spesso vissuto con senso di abbandono e delusione, talora anche rabbia. Questo tuttavia ci sembra un dato da non accantonare con la conclusione troppo semplicistica e frequente che i Servizi non siano sufficientemente presenti o, come si dice, presenti a "macchia di leopardo" per le note questioni della sanità pubblica e nello specifico della psichiatria.

Va posta attenzione ad alcuni elementi che ricorrono nel rapporto delle famiglie con i Servizi:

- a) la frequente esclusione dei familiari dalla terapia psicofarmacologica. Questo è prevalentemente legato alle specifica formazione professionale del terapeuta che vede la presenza del familiare come qualcosa da tenersi fuori dal setting terapeutico. Tuttavia su questo andrebbe aperto un confronto nelle pra-

tiche dei servizi, là dove vi siano pazienti di una certa gravità e per i quali non si può pensare ad un'autonomia nell'assunzione dei farmaci, tenendo anche presente la pressoché costante resistenza nell'assunzione degli stessi da parte dei pazienti;

b) la difficoltà degli operatori dei Servizi a vedere anche i familiari come portatori di sofferenza e dunque la tendenza ad aspettarsi molto dai famigliari senza dare loro gli strumenti per comprendere e muoversi correttamente nella situazione. Capita facilmente che poi gli operatori, di fronte alla ovvia impreparazione dei familiari, siano giudicanti;

c) emerge in modo evidente che il lavoro con le famiglie richiede un impegno maggiore e rende necessaria per gli operatori una formazione specifica, ma, là dove esiste, aumenta la collaborazione "Servizio-famiglia" e conduce sempre a buoni risultati.

Quinta riflessione: Il senso di colpa, perché?

L'osservazione è quanto sia presente nelle famiglie la tematica del **senso di colpa**, o come sentimento incombente o come pregiudizio sentito dalla famiglie da parte del sistema esterno, anche scientifico e culturale. E questo riguarda soprattutto la figura materna.

Solo dopo la Seconda Guerra Mondiale, l'interesse della psichiatria verso le famiglie dei pazienti guadagna maggior terreno. Sullivan propone per primo una teoria sulla possibile genesi relazionale-familiare delle patologie psichiatriche funzionali e, nel 1948, Frieda Fromm-Reichman introduce il concetto di "madre schizofrenogena"; qual-

che anno dopo Rosen parla della "madre perversa", concetti che portano alla formulazione dell'ipotesi che la madre possa giocare un ruolo importante nel determinare gravi alterazioni dello sviluppo psichico del bambino.

Nella letteratura psichiatrica l'attenzione viene poi allargata anche agli altri componenti della famiglia e si comincia a prendere in considerazione il possibile ruolo relazionale del padre nello sviluppo del disturbo.

Dunque, la cultura scientifica ha avuto un ruolo non indifferente, e possiamo dire anche pregiudizievole, nel caricare la madre di responsabilità rispetto all'insorgenza del disturbo psichico. Giudizi negativi rispetto ai genitori, soprattutto alla madre, sono ancora oggi molto presenti, non solo nel pensiero comune, ma anche in molti operatori della Salute Mentale.

Va inoltre detto che la figura della madre è molto presente nella cultura del nostro paese: essa si trova ad avere un ruolo carico di doveri, responsabilità, aspettative, ed è dunque facile una sua colpevolizzazione.

Infatti, nelle situazioni di difficoltà, come nella malattia mentale, la madre diventa spesso una figura ipercoinvolta, anche perché rappresenta frequentemente la figura più disponibile e solida nella famiglia. Ed effettivamente i gruppi di Arcipelago sono costituiti in modo prevalente da madri.

Sesta riflessione: Il funzionamento familiare. Malattia mentale e ciclo vitale della famiglia.

Spesso vi sono situazioni familiari disfunzionali dal punto di vista relazionale. Sono preesistenti o conseguenti alla malattia?

La questione, posta in questo modo, rischia di essere analoga alla domanda se sia nato prima l'uovo o la gallina. Tuttavia una riflessione si può proporre con evidenza.

Dai racconti delle famiglie emerge quanto l'evento malattia mentale interferisca con il ciclo vitale della famiglia e viceversa. Si intende con il termine *ciclo vitale*, secondo la letteratura sistemica, il percorso dell'evoluzione del sistema famiglia dalla sua nascita (formazione della coppia) al suo invecchiamento (pensionamento, morte), che comprende i cambiamenti necessari in concomitanza degli eventi nodali richiesti dai compiti evolutivi (nascita dei figli, loro crescita, uscita di casa).

Da tutti i corsi emerge un elemento significativo che andrebbe approfondito. Colpiscono infatti la particolare gravità e durata del quadro di sofferenza della famiglia (e le situazioni che arrivano ad Arcipelago sono spesso tali) quando si crea un significativo ed evidente contrasto tra il processo che la famiglia mette in atto per "tutelare" sé stessa e affrontare la malattia del congiunto (processi morfostatici) ed il processo ed i meccanismi che, invece, dovrebbero guidare e regolare il cambiamento nella specifica fase di ciclo vitale che la famiglia sta vivendo (processi morfogenetici). Ad es.: un figlio che sta per andare a vivere fuori casa, non va in quanto un fratello/sorella si ammala ed in casa è richiesta la sua presenza per fattori materiali (ad es. economici) o emotivi (ad es. la madre vedova o separata si troverebbe da sola ad affrontare la situazione di malattia). Un altro esempio:

la malattia di un figlio/figlia conduce i genitori a vivere separati, in luoghi diversi, per la convinzione di riuscire a curare meglio il familiare, quando invece sarebbe importante la loro compresenza in casa, o per supportarsi a vicenda, o perché ci sono altri figli più piccoli per cui è importante un accudimento da parte di entrambe le figure genitoriali, o ancora perché in casa c'è un genitore anziano non autosufficiente e dunque sarebbe utile condividere il carico della sua assistenza.

Questi sono tutti esempi di situazioni reali presentate durante gli incontri. Dunque la riflessione- domanda è questa: quanto l'assetto familiare che si è venuto a costituire per tentare di affrontare e gestire la malattia mentale del familiare in realtà è diventato un assetto disfunzionale che ha potenziato le difficoltà relazionali con una ricaduta sul quadro di malattia e che, nel tempo, senza alcun cambiamento, rischia di condurre a "cronicità"?

Settima riflessione: Verso un sapere della complessità

Arcipelago non propone solo la questione della "utilizzazione al meglio delle risorse della famiglia in un sistema complesso", ma fa emergere un "sapere della complessità" che porta a nuovi modi di analisi e nuove risorse possibili.

Emerge una ricchezza di sapere portata dal gruppo, dal contesto (associazionismo), dalla presenza di volontari, dalla posizione dei conduttori e osservatori, dalla modalità di rapporto del gruppo rispetto al sapere proposto.

Questo sapere in letteratura e nella ricerca viene evidenziato e approfondito dalla psicologia culturale (proposta, ad esempio, da Fabbri e Munari) che studia **il rapporto particolare che l'individuo stabilisce con il sapere.**

Nell'approccio alla malattia mentale è utile parlare di sapere nella complessità, perché rispetto alle sue tematiche un sapere solo scientifico-biologico non ci è sufficiente. E questo per:

- a) rispettare i fenomeni e gli eventi, di qualsiasi tipo, nella loro totalità e dinamica e nei loro rapporti con il contesto che li accoglie;
- b) rispettare il concetto di tempo, che è così importante nell'evoluzione della malattia, degli eventi, della comprensione, del cambiamento;
- c) imparare a porre domande "terapeutiche", cioè che ci permettano di evidenziare al meglio le molteplici connessioni presenti nei quadri di sofferenza.

E dunque, una conoscenza attenta al contesto (cultura, valori), ai sistemi in gioco, al sistema famiglia, alle strutture dei sistemi e ai rapporti tra sistemi, al qui e ora, alle relazioni e all'analisi delle relazioni. Dobbiamo sempre ricordare che la mappa non è il territorio. Costruiamo scienza e conoscenza attraverso mappe.

Siamo a questo punto nello sviluppo della psichiatria perché abbiamo continuamente rivisto e cambiato le mappe e le regole per disegnare le mappe, dai tempi del manicomio all'attuale assetto di cura (ad esempio, introdurre volontariato e famigliari nei percorsi terapeutici

significa modificare la mappa con cui costruiamo conoscenza in psichiatria e le regole per costruirla).

Infine, è una conoscenza che si cala nella pratica, che diventa operativa e che quindi conduce ad un modo diverso di essere e di comportarsi nei contesti della cura.

Appendice

Note informative sui contenuti degli incontri

Primo Incontro: *definizione di contesto e lavoro su di esso*

Conoscenza del gruppo: “Chi siamo? Perché siamo qui? Ma soprattutto... cosa siamo venuti a fare e che aspettative abbiamo?”

Definizione degli obiettivi del Progetto.

Breve storia del disagio mentale e dell'evoluzione del suo trattamento.

Il contesto come variabile fondamentale per comprendere la comunicazione e i suoi significati.

Nell'analisi della comunicazione umana, viene frequentemente trascurata l'estrema importanza del contesto in cui essa ha luogo; cambiare il contesto significa cambiare il valore della comunicazione, così come apparirebbe molto diverso agli occhi di un gruppo di spettatori, se il soggetto osservato si lavasse i denti nel bagno di casa propria piuttosto che durante una riunione di lavoro.

Secondo Incontro: *definizione e proprietà dei sistemi. La famiglia e il suo ciclo vitale.*

Sono definiti sistemi interattivi due o più comunicanti impegnati nel processo di definire la natura della loro relazione.

I sistemi aperti (in natura quelli organici), a differenza di quelli chiusi, scambiano energie ed informazioni col loro ambiente.

Ogni sistema non è costituito semplicemente dalla somma delle sue parti, ogni parte (o membro) del sistema, influenza ed è influenzato dalle altre parti; i risultati, cioè le modificazioni dello stato del sistema, non sono determinati tanto dalle condizioni iniziali quanto dalla natura del processo o dai parametri del sistema.

Un esempio di Sistema aperto è la famiglia in quanto sistema governato da regole e da una stabilizzazione delle definizioni della relazione.

Il “Sistema Famiglia” presenta una serie di caratteristiche e di proprietà fondamentali da conoscere per poterne comprendere il funzionamento e per poter intraprendere un percorso di cambiamento.

Terzo Incontro: *definizione ed analisi della comunicazione. Assiomi della comunicazione. Il sintomo nella comunicazione.*

Conoscere a fondo la comunicazione è molto importante anche perché ha rilevanti effetti sul comportamento.

Il primo assioma della comunicazione umana postula l'impossibilità di non comunicare. L'attività o l'inattività, le parole o il silenzio, hanno tutti valore di messaggio (il semplice fatto che non si parli non significa che non si stia comunicando); il silenzio, per esempio è uno scambio di comunicazione nella stessa misura in cui lo è una discussione animata.

La comunicazione "folle" non è necessariamente la manifestazione di una mente malata, ma può essere l'unica reazione possibile a un contesto di comunicazione insostenibile.

Il sintomo diventa allora una forma di comunicazione.

La teoria della comunicazione considera il sintomo come un messaggio non verbale che può essere anche la risposta ad uno stimolo comunicativo: " Non sono io che non voglio fare questo ma è qualcosa che non posso controllare".

Quarto Incontro: *Assiomi della comunicazione. Rapporto tra informazione e relazione.*

Una comunicazione non soltanto trasmette informazione, ma al tempo stesso impone un comportamento. Quanto più una relazione è spontanea e "sana", tanto più l'aspetto relazionale della comunicazione recede sullo sfondo; viceversa, le relazioni "disfunzionali" sono caratterizzate da una costante lotta per definire la natura della relazione, mentre l'aspetto di contenuto della comunicazione diventa sempre meno importante.

Ogni comunicazione ha un aspetto di contenuto e uno di relazione: il secondo classifica il primo ed è definito metacomunicazione.

Definendo la relazione si definisce se stessi; l'uomo comunicando con gli altri acquisisce la consapevolezza di sé.

Quinto Incontro: *Assiomi della comunicazione. Il punto di vista dei comunicanti. La complementarità e la simmetria nella comunicazione.*

La “punteggiatura” nella comunicazione organizza gli eventi comportamentali ed è quindi vitale per le interazioni in corso.

Il topo che pensa: “Ho addestrato il mio sperimentatore; ogni volta che premo la leva mi dà da mangiare” sta cortesemente rifiutando di accettare la punteggiatura della sequenza che lo sperimentatore cerca di imporgli.

La natura di una relazione dipende dalla punteggiatura delle sequenze di comunicazione tra i comunicanti.

Tutti gli scambi comunicativi sono simmetrici o complementari a seconda che siano basati sull'uguaglianza (si rispecchiano) o sulla differenza (si completano).

In una relazione rigidamente simmetrica è sempre presente il rischio della competitività che può portare all'escalation simmetrica e alla rottura della relazione.

In una relazione rigidamente complementare cala il “silenzio” comunicativo e si osserva un crescente senso di frustrazione e di disperazione in uno o in entrambi i partner.

Sesto Incontro: *Assiomi della comunicazione. Approfondimento delle diverse forme di comunicazione. Il modulo verbale e quello non verbale.*

Nella comunicazione umana si hanno due possibilità del tutto diverse di far riferimento agli oggetti e di trasmettere messaggi: o ricorrendo ad un'immagine, a gesti (comunicazione non verbale), oppure utilizzando le parole (comunicazione verbale).

Gli esseri umani sono gli unici organismi viventi in grado di utilizzare sia il modulo verbale, sia quello non verbale.

Settimo Incontro: *La struttura familiare: sottosistemi e confini. Le mappe familiari.*

Le famiglie hanno bisogno di costituire un'organizzazione interna che stabilisca come, quando e con chi si entra in relazione.

Per questo motivo all'interno della famiglia esistono sottogruppi definiti dalla loro funzione. Diversi membri della famiglia partecipano a diversi sottosistemi.

Marito e moglie formano il sottosistema coniugale, che funge da potente contesto di sostegno reciproco, e partecipano anche, con i figli, al sottosistema genitoriale, organizzato intorno a questioni di disciplina, educazione ecc.; i figli, da parte loro, appartengono anche al sottosistema fraterno.

Le regole che governano le relazioni tra sottosistemi sono chiamate “confini”.

Ottavo Incontro: *il paradosso e la ridondanza.*

Il paradosso può essere definito come un messaggio intrinsecamente contraddittorio, in cui i significati a diversi livelli conducono a un'inestricabile contraddizione a chi tenti di comprenderli.

Il paradosso non solo pervade l'interazione e influenza il nostro comportamento e la nostra salute mentale, ma sfida anche la nostra fede nella coerenza, e quindi nella fermezza ultima del nostro universo. Esempi di definizioni ed ingiunzioni paradossali possono essere: “io sto mentendo”, “sii spontaneo”, “voglio che tu mi domini”, “non essere così obbediente”.

Se il messaggio è paradossale, ogni reazione ad esso deve essere ugualmente paradossale; non è possibile comportarsi in modo logico e coerente in un contesto illogico e incoerente. Dove il paradosso contamina i rapporti umani, possono svilupparsi relazioni con sofferenza.

Nono Incontro: *il paradosso e il doppio legame.*

Si definisce “doppio legame” una situazione di paradosso pragmatico, in cui una persona riceve da una o più altre persone significative, messaggi contraddittori su livelli diversi, cui deve contemporaneamente obbedire senza poter abbandonare il campo, né commentarli.

Le persone coinvolte devono essere all'interno di una relazione con un alto valore di sopravvivenza e la condizione di comunicazione paradossale deve essere abituale.

Il doppio legame è stato nel tempo considerato connesso allo sviluppo di comunicazione patogena, con particolare riferimento al quadro della psicopatologia schizofrenica.

Decimo Incontro: *il cambiamento. Nozione di cambiamento di primo e di secondo livello; la resistenza al cambiamento.*

Quando la famiglia va incontro ad eventi importanti quali nascite e matrimoni o disoccupazioni o malattie, al sistema è richiesto un cambiamento, che può riguardare la struttura, l'equilibrio del potere o le regole che governano alcuni aspetti della vita familiare.

Il cambiamento definito di primo ordine agisce esclusivamente su elementi all'interno del sistema, mentre il cambiamento di secondo ordine coinvolge anche elementi esterni al sistema stesso e comporta trasformazioni più radicali.

Undicesimo Incontro (*Chiusura*): *Prepariamoci a lasciarci...*

“Chi e Come ci siamo scoperti? Le aspettative sono state soddisfatte o disattese? Lo rifarei? Quali obiettivi sono stati raggiunti?”.

Opinioni, impressioni, emozioni dei partecipanti al gruppo, condivisione delle difficoltà e dei successi. I risultati di questi confronti. I bisogni emersi.

Restituzione da parte dei conduttori del percorso fatto nei dieci incontri, con successiva discussione ed elaborazione di proposte.

Bibliografia

- AA.VV. (1991). *L'ABC della mente umana*. Milano: Selezione dal Reader's Digest.
- Andreoli, V. (2004). La madre di tutte le colpe. *Avvenire*, 10/8/04.
- Barbato, A., Loiacono, N., & Ripamonti, I. (1993). Strategie con le famiglie nei Servizi psichiatrici. In F. Asioli, A. Ballerini, G. Berti Ceroni, *Psichiatria nella comunità. Cultura e pratica*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Basaglia, F. (1968). *L'istituzione negata*. Torino: Einaudi.
- Bertrando, P. (1997). *Misurare la famiglia. Il metodo dell'emotività espressa*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Capani, A., & Fasolo, F. (1992). *Famiglie Smagliate*. Padova: La Garangola.
- Cooper, D. (1978). *Psichiatria e antipsichiatria*. Roma: Armando.
- Fabbi, D. (2004). *La memoria della regina. Pensiero, complessità, formazione*. Milano: Guerini Associati.
- Fabbi, D., Munari A. (2010) *Metafore della conoscenza*. Mantova: Corraini.
- Ferrari, G., Bizzarri, J., & Di Diodoro, D. (1994). Famiglie dei pazienti e servizi psichiatrici, due secoli di alleanze e di contrasti. *Bollettino della Società Italiana di Psichiatria*, 2, 24-28.
- Gelli, B. (a cura di) (2002). *Voci di donne. Discorsi sul genere*. Lecce: Manni.
- Gulotta, G. (1976). *Commedie e drammi nel matrimonio*. Milano: Feltrinelli.
- Harris E.G., (1992). Il guardiano del fratello. In Kahn M.D., & Lewis K.G.. *Fratelli in terapia*. Milano: Raffaello Cortina.
- Minuch Salvator , Michael P.Nichols "Quando la famiglia guarisce .Storie di speranza e rinnovamento della terapia della famiglia" Ed. Rizzoli, 1993
Milano
- Pascal, E. (a cura di) (1995). *La famiglia invisibile. L'esperienza vissuta*

dalla famiglia quando la follia irrompe e trasforma il suo mondo. Torino: stampa e distribuzione indipendente.

- Pontalti, C. (1994). Matrice familiare e matrice gruppale: struttura e interconnessioni. *Ecologia della mente*, 17, 7-11.
- Reichards, S., & Tillmann, C. (1950). Patterns of parent-child relationships in schizophrenia. *Psychiatry*, 13, 247-257.
- Tietze, T. (1949). A study of mothers of schizophrenic patients. *Psychiatry*, 12, 55-65.
- Viganò, C. *et al* (2003). Tecniche di supporto alla famiglia. In G. Ba. *Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale.* Milano: Franco Angeli.
- Wahl, C. (1954). Some antecedents factors in the family histories of 568 male schizophrenics of the United States. *American Journal of Psychiatry*, 113, 201.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H., & Jackson, D. (1967). *Pragmatica della comunicazione umana.* Roma: Astrolabio, 1971.

