



Settembre/Ottobre 2011

In questo numero

- 1 Editoriale
- 3 Il gruppo multifamiliare
Luigi Cancrini
- 4 Lo Score 15
Luigi Schepisi
- 6 Score 15: questionario di
autovalutazione non clinico
- 8 Score 15 schede di sintesi
Luigi Schepisi
- 10 Incontro della Commissione di
Ricerca
Gianmarco Manfreda e Roberto Troisi
- 12 Cura e famiglia
Daniela Ortisi
- 17 Eventi



Società Italiana Psicologia e
Psicoterapia Relazionale
Direttore: Gianmarco Manfreda
Segretario: Elena Giachi
Consiglio Direttivo: Francesco Bruni,
Alessandro Nolè, Pio Peruzzi, Luigi Schepisi

C.F. 04626271003 P. IVA 12430690151
Sede Legale Via Tiziano 7 - 59100 Prato
Sede Operativa c/o C.S.A.P.R. -
V.le Vittorio Veneto, 78 - 59100 Prato
Tel. 380/3819193 - Fax. 0574/597662
www.sippr.it - e-mail: info@sippr.it

Editoriale

Questa seconda newsletter vi giunge a un mese dall'importante appuntamento del Congresso Nazionale SIPPR di Trieste (14 e 15 ottobre) che coinvolgerà la comunità sistemico-relazionale. A Trieste parleremo di "Problemi e interventi relazionali nella società in crisi". E porteremo al centro delle nostre riflessioni la crisi economica e sociale che stiamo attraversando con consistenti ripercussioni sulle condizioni di vita, sui sistemi relazionali, sulla famiglia e anche sul modo di fare terapia.

L'analisi dei sistemi sociali e delle problematiche relazionali in conseguenza della grave crisi economica, richiede una lettura sistemica sui cambiamenti indotti e su come affrontarli. Il discorso che approfondiremo a Trieste pone al centro della riflessione degli psicologi e degli psicoterapeuti le conseguenze di questa crisi sulle condizioni di vita, sul disagio psichico e sulle relazioni di aiuto.

In particolare consideriamo l'intreccio di influenze reciproche fra individui, famiglia e sistema sociale che insieme co-costruiscono la trama che porta alla richiesta di aiuto e diviene l'oggetto del lavoro psicoterapeutico. Discuteremo di ricerche sull'eziopatogenesi del disagio psichico e i saperi riguardanti la cura e la sua efficacia. In quanto più che nella stanza di terapia, la partita scientifica e sociale sul disagio e la malattia mentale si gioca sul terreno culturale, sociale ed economico. Per questo occorre esserci su quel terreno.

Nelle consultazioni cliniche non serve farsi sedurre da false certezze che ci fanno essere soli di fronte alle situazioni complesse e all'incomprensibilità del fallimento, quando invece occorre stare con la sofferenza senza fuggirla e banalizzarla, restituendole la reale consistenza, trattandola insieme a chi la sta vivendo. Tutti noi pur essendo sollecitati a occuparci direttamente delle persone che ci chiedono aiuto sentiamo, nello stesso tempo, la necessità di contribuire a un lavoro scientifico e culturale e all'impegno sociale. Poiché alla complessità dei sistemi relazionali contribuiscono diverse componenti importanti che formano un ampio spettro che va dalle caratteristiche biologiche e psicologiche di ogni membro della famiglia, alla dimensione culturale e sociale della porzione del mondo nel quale si vive. Intreccio che richiede responsabilità e saggia distribuzione dei compiti, fra gli attori coinvolti, per sostenere insieme il peso delle difficoltà nella genesi e nella cura del disagio psichico: la storia familiare e personale di ognuno, le idee di ciascuno sulla terapia e le aspettative consce e inconsce connesse, le rappresentazioni sociali e culturali delle differenze di genere, l'organizzazione delle risposte sociali intorno alle forme di convivenza e alle famiglie con bambini, l'organizzazione delle risposte sanitarie e assistenziali, e molto altro ancora. Tanti argomenti che saranno esaminati a Trieste.

Venerdì 14 ottobre il congresso si aprirà con il dialogo fra Margherita Hack e Gianmarco Manfreda e proseguirà con l'analisi della "crisi e le sue ricadute sociali" sulla condizione delle famiglie, nel lavoro psicologico e psicoterapeutico, nella formazione. Verrà presentato uno studio pilota condotto nei centri di formazione e si discuterà di validazione della terapia sistemica nel confronto con gli altri paesi europei e con le terapie cognitive e psicoanalitiche. L'ospite speciale, Roberto Pereira, ci parlerà della violenza dei figli verso i genitori.

Sabato 15 ottobre, al mattino, nelle sessioni parallele si avrà la possibilità di partecipare a un nutrito confronto su "I cambiamenti legati alla crisi" con gli interventi di esperti e giovani psicoterapeuti. Sono previste 62 relazioni che affrontano i seguenti argomenti: riconsiderazioni e nuove proposte di terapia relazionale sistemica; sostegno relazionale a coppie, genitori, e operatori in difficoltà come risorsa contro la crisi; evoluzione e cambiamenti nei sistemi e nelle attività terapeutiche; interventi relazionali di fronte a nuove e vecchie sfide; individuo, coppia, società, famiglia, scuola, formazione ... risposte relazionali ai molteplici effetti del cambiamento sociale.

Nel pomeriggio gli effetti e le conseguenze della crisi sui sistemi e i possibili interventi saranno discussi da esperti del mondo sistemico relazionale fra i quali: Rose Galante, Piero Barbetta, Sergio Lupoi, Maurizio Coletti, Fabio Bassoli, Massimo Pelli, Enrico Visani, Maurizio Viaro, Luigi Onnis, Anna Maria Sorrentino, Pietro De Giacomo, Marisa Malagoli Togliatti, Pasquale Chianura, Valeria Pomini e Umberta Telfener.

Ci attende un programma nutrito e particolarmente stimolante sotto l'attenta regia della segreteria organizzativa del Centro Padovano di Terapia della Famiglia.

In questo numero abbiamo pensato di affrontare alcuni temi che saranno ripresi nel corso del convegno e che sono oggetto di riflessione nella comunità sistemico-relazionale: il lavoro con le famiglie, la valutazione del funzionamento familiare e delle psicoterapie e, infine, presentiamo un'esperienza volta alla creazione di nuove opportunità con il coinvolgimento di giovani psicologi sistemici.

Apriamo con una riflessione di Luigi Cancrini sul gruppo multifamiliare apparsa come introduzione al libro di Alfredo Canevaro e al., dove viene sottolineata l'importanza del lavoro con le famiglie nel percorso di cura dei pazienti psichiatrici più gravi e dei tossicodipendenti. Con l'adozione di gruppi multifamiliari (GMF), presso i servizi psichiatrici e le comunità è possibile rompere la rete di complicità fra i familiari che sostiene il comportamento patologico o deviante del paziente per poi giungere al riconoscimento di quei bisogni affettivi a cui i comportamenti sintomatici sono collegati.

Un'ampia parte della news è dedicata alla presentazione dello SCORE 15, strumento di valutazione del funzionamento della famiglia nel corso del lavoro clinico, ideato da un gruppo di ricerca guidato da Peter Stratton e patrocinato dall'Association for Family Therapy. Riportiamo la riflessione di Luigi Schepisi che ci introduce allo SCORE 15 e ci descrive l'iter per la sua applicazione in Italia che vede impegnata la SIPPR e diversi terapeuti sistemici relazionali per adattarlo al contesto nazionale e avere un modello di valutazione dell'attività clinica comune in ambito europeo. A seguire troverete il questionario non clinico con alcune schede che riassumono le caratteristiche e la funzione di questo strumento. Alleghiamo, inoltre, il verbale, a cura di Gianmarco Manfreda e Roberto Troisi, dell'incontro della commissione ricerca che si è svolta a Bologna il 9 aprile del 2011, in merito allo Score 15 e al confronto fra i colleghi sulla valutazione del lavoro clinico.

Nella parte dedicata ai giovani colleghi riportiamo il contributo Cura e famiglia di Daniela Ortisi che a partire dagli effetti prodotti dalla crisi del Welfare ci presenta due progetti che la sua organizzazione sta realizzando a Torino, con lo scopo di facilitare l'accesso alla cura da parte delle famiglie. Siamo convinti che questo argomento possa interessare quanti si misurano con le conseguenze della crisi operando in contesti diversi.

Ci piacerebbe ricevere commenti, riflessioni e altre esperienze, così da offrire agli psicologi e psicoterapeuti sistemici uno spazio di confronto e scambio di esperienze utili per lo sviluppo della professione.

Gli Autori sono invitati ad inviare i contributi tramite posta elettronica al seguente indirizzo: frabruni@tiscali.it salvando i file in formato Microsoft Word.

Francesco Bruni

Il gruppo multifamiliare

di Luigi Cancrini

L'idea per cui il percorso di cura dei pazienti psichiatrici più gravi e dei tossicodipendenti che accettano l'idea della comunità vada preparato all'interno di un lavoro con la famiglia e si sviluppi mentre la famiglia prosegue con il suo percorso autonomo di cambiamento è un'idea che si è fatta strada in modo più prepotente nel corso degli ultimi 30 anni. Il paziente (l'utente) non deve cambiare da solo, quelle che devono cambiare insieme a lui sono le circostanze effettive in cui la sua vita si svolge. Quelli che devono essere modificati sono i suoi comportamenti sintomatici più dolorosi e più distruttivi, per sé e per gli altri, quelli che devono essere compresi e riconosciuti sono i bisogni affettivi che a questi comportamenti devono comunque essere collegati.

Un ostacolo importante alla riuscita del percorso di cura è in realtà da sempre quello legato al sentimento di essere trattato come un diverso che non ha ragioni e posizioni da difendere o, nel caso della comunità, il sentirsi rifiutato e allontanato dalla propria famiglia. "Io debbo curarmi mentre loro se ne stanno tranquilli a casa" dice o pensa il paziente che reagisce con rabbia o con sensi di colpa più o meno consapevoli alla decisione di considerarlo la causa unica del disagio che la famiglia sta vivendo mettendolo in cura presso il Dipartimento di Salute Mentale o facendolo entrare in comunità. Come bene insegnato dai maestri della terapia familiare, la forza dell'approccio sistemico che prende in carico terapeutico l'intera famiglia diventa decisivo proprio a questo punto: aiutando il terapeuta a riformulare la domanda d'aiuto della famiglia nel momento in cui si chiarisce che il problema con cui ci si deve confrontare non è il problema di una persona ma il problema di un gruppo di cui questa persona è parte integrante e significativa. Trasformando il paziente in "paziente designato" la prospettiva sistemica propone una discontinuità epistemologica nei confronti della psichiatria più tradizionale prevedendo di attivare risorse straordinarie che altrimenti sarebbero state perdute per tutti.

Inserito all'interno di questo paradigma sistemico il gruppo multi-familiare (GMF) rappresenta un elemento fondamentale per tutte le situazioni in cui quello che va intrapreso è un percorso terapeutico impegnativo e di lunga durata con persone che presentano dei problemi di dipendenza da sostanze (o da gioco o da sesso) e per i pazienti psichiatrici più gravi. Sapendo che ci sono casi in cui quello che sarà necessario è un lavoro più specifico con la singola famiglia, ma sapendo anche che in una maggioranza ampia dei casi, il lavoro con il gruppo di famiglia permette dei cambiamenti rapidi e importanti negli atteggiamenti dei familiari. Su due linee diverse e complementari.

Quella che viene messa in crisi prima di tutto attraverso il GMF è la rete di complicità, sottile e negata, con cui genitori e fratelli sostengono (in modo più evidente e chiaro nel caso delle tossicodipendenza, in modo occulto ma ugualmente efficace in quello dei disturbi psicotici) i comportamenti patologici e/o devianti del paziente designato di cui con tanta forza loro stessi si lamentano. Fondamentale è, su questo punto, la possibilità di riconoscere il modo in cui questo meccanismo funziona nell'altra famiglia, quella che vive un problema tanto simile al tuo: rapidamente arrivando a mettere in moto i propri "neuroni specchio" ed a raggiungere livelli di autocritica altrimenti assai difficile da conseguire.

Quello che lentamente entra in crisi, contribuendo a questa presa di coscienza, nel GMF è ugualmente il pregiudizio sulla povertà o totale mancanza di senso relazionale dei comportamenti più patologici del paziente. Sta nella possibilità di intenderne la sostanza in termini di messaggio familiare, infatti, la premessa necessaria per un collocamento del comportamento sintomatico nella sequenza di eventi e di comunicazioni che lo precedono (spingendolo) e lo seguono (aggravandolo): permettendo nei fatti, al terapeuta, ai membri della famiglia e al paziente designato, di riconoscere e di esprimere le emozioni che ai vari elementi della sequenza si collegano. Liberandole all'interno di colloqui sentiti come prova della possibilità di un incontro fra le persone invece che fra le loro organizzazioni difensive.

Serenamente se ne può concludere, credo, che l'adozione del GMF presso i servizi e le comunità che si occupano di pazienti psichiatrici e tossicodipendenti costituisce un elemento fondamentale del loro buon funzionamento. Come già sono quelli che l'hanno sperimentato e come presto potranno verificare quelli che decideranno di provarlo. Con l'aiuto prezioso, magari, di questo libro bello, scritto con passione e chiarezza da uno straordinario terapeuta della famiglia.

Lo Score 15

di Luigi Schepisi

Lo SCORE 15 (Systemic Core Outcomes Routine Evaluation) è un questionario autosomministrato che, come già altri strumenti quali ad esempio il FACES, si propone di misurare, attraverso le risposte dei membri della famiglia, alcuni indicatori del funzionamento familiare che possano modificarsi nel corso o al termine di una terapia. Il progetto di ricerca SCORE è stato ideato da un gruppo che fa capo a Peter Stratton e patrocinato dalla britannica Association for Family Therapy. Successivamente il progetto di ricerca è stato presentato all'EFTA, che lo ha proposto alle diverse Società Nazionali di Terapia Familiare, la maggior parte delle quali lo ha adottato.

Il questionario, basato sostanzialmente sulle 15 domande che sono frutto della selezione, attraverso un accurato lavoro di analisi dei dati, delle 40 domande originali, permette di assegnare un punteggio totale e tre punteggi per ognuna delle tre scale (Adattabilità, Ipercoinvolgimento e Disturbi della Comunicazione). E' prevista la somministrazione a tutti i membri della famiglia maggiori di 12 anni, all'inizio, in una fase intermedia e al termine della terapia. Lo SCORE prevede anche 5 altre domande ai membri della famiglia e due al terapeuta, sulla valutazione che ognuno dà della terapia.

E' ancora evidentemente presto per dare un giudizio compiuto sullo SCORE. La SIPPR ha deciso però di proporre la partecipazione della Società e di tutti i Soci che lo vorranno, al progetto di ricerca, per due motivi fondamentali: ci sembra indispensabile scendere sul terreno della valutazione degli esiti della terapia familiare, pur con le inevitabili semplificazioni che generalmente questo comporta ma che possono essere rese meno fuorvianti se sono i terapeuti stessi, come può essere questo il caso, a cimentarsi sul terreno della valutazione anziché lasciarlo per intero a ricercatori distanti dalla pratica clinica. Ci è sembrato inoltre di particolare interesse poter lavorare e confrontarsi con la maggior parte delle Società europee, per verificare, nella pratica, cosa può unire i diversi terapeuti al di là delle prevedibili, e imprevedibili, differenze nelle culture dei singoli Paesi e negli approcci dei singoli Terapeuti.

Seguendo le indicazioni del gruppo promotore, è così iniziata la procedura di traduzione e di validazione del Questionario, nelle seguenti fasi:

Novembre 2010: Individuazione di sei traduttori: Luigi Schepisi, Maurizio Coletti, Achille Langella, Wilma Trasarti Sponti e due non professionisti. Ognuno di loro ha prodotto una traduzione dello SCORE e, dal confronto tra le sei, è stata preparata una versione 'unificata', che è stata consegnata a Peter Stratton il 22 gennaio scorso nel corso di un incontro dell'EFTA a Roma.

Successivamente è stata commissionata la prima back translation ad una Agenzia specializzata, sulla base della quale, nella riunione della Commissione Ricerca della Società del 9 febbraio scorso, sono state apportate alcune modifiche alla prima versione.

9 aprile 2011: presentazione, sempre alla Commissione Ricerca della SIPPR, della versione 1.0 completata tenendo conto della seconda back translation, effettuata, come previsto, da una professionista della salute mentale.

Poco dopo è stata inviata ai membri della Commissione la versione 1.1 dello SCORE 15 'non-clinico', messa a punto sulla base di alcune osservazioni emerse in quella riunione. Lo strumento doveva essere somministrato, sempre attenendosi alla procedura stabilita, ad almeno venti membri di famiglie 'non cliniche' (la stessa versione, su richiesta loro e di Peter Stratton, è stata inviata anche alla Società Svizzera Italiana di Terapia Familiare, nel giugno scorso).

Attualmente è ancora in corso la raccolta e la valutazione dei questionari somministrati. In prospettiva, contiamo di preparare una versione definitiva dello SCORE 15 clinico e di presentarlo in occasione del prossimo Convegno della Società, del 14-15 ottobre a Trieste. A quel punto potrà iniziare la fase conclusiva di sperimentazione dello strumento, che dovrà riguardare almeno 200 famiglie 'cliniche' e 80 famiglie 'non cliniche'.

Tutti i Soci interessati a partecipare, per somministrare lo strumento e condividere l'analisi dei primi risultati, possono rivolgersi a Luigi Schepisi (Membro Direttivo SIPPR) o a Mauro Mariotti (Coordinatore Commissione Ricerca).

1 Per una descrizione completa del progetto di ricerca e della sua diffusione all'interno dell'EFTA, vedi: Stratton P., Bland J., Janes E., Lask J.: 'Developing a practicable outcome measure for systemic family therapy: the SCORE', *Journal of Family Therapy*, 32, 232-258, 2010, e Stratton P., Todoulou M.: 'The new SCORE systemic therapy outcome measure: an EFTA research project', 7° Congresso EFTA, Parigi ottobre 2010

Score 15: questionario di autovalutazione non clinico

di Luigi Schepisi

S.I.P.P.R. 1.1

SCORE 15 (non clinico)

Codice Famiglia numero Posizione nella famiglia.....

Descriva la sua famiglia (Data.....)

Vorremmo che ci dicesse qualcosa su come vede la sua famiglia in questo momento. Le chiediamo perciò il SUO punto di vista sulla sua famiglia

Quando si parla della propria famiglia, spesso si intendono le persone che vivono insieme nella stessa casa. **Le chiediamo invece di decidere lei chi considerare membro della famiglia che ci descriverà.**

Per ogni domanda numerata, scelga una risposta siglando solo una delle caselle numerate da 1 a 5. Ad esempio, se ci fosse la frase "litighiamo sempre tra di noi" e a lei non sembrasse particolarmente vero per la sua famiglia, dovrebbe mettere un segno nella casella 4, corrispondente a "Ci descrive: poco".

Non pensi troppo a ogni domanda, ma scelga comunque una risposta per ciascuna di esse

Per ogni domanda, ci dica <u>come questo descrive la sua famiglia</u>	1. Ci descrive: Molto bene	2. Ci descrive: Bene	3. Ci descrive: Abbastanza	4. Ci descrive: Poco	5. Ci descrive: Per niente
1) Nella mia famiglia parliamo tra di noi delle cose che riteniamo importanti					
2) Spesso nella mia famiglia non ci si dice la verità					
3) Nella nostra famiglia ognuno trova ascolto					
4) Nella nostra famiglia non andare d'accordo viene considerato pericoloso					
5) Troviamo difficile affrontare i problemi di tutti i giorni					
6) Ci fidiamo l'uno dell'altro					
7) Ci si sente infelici nella nostra famiglia					
8) Se qualcuno dei membri della mia famiglia si arrabbia, poi si ignorano di proposito					
9) Nella mia famiglia sembriamo passare da una crisi all'altra					
10) Quando uno di noi è a disagio, trova attenzione all'interno della famiglia					
11) Tutto sembra andare storto per la mia famiglia					
12) Nella mia famiglia sono tutti malevoli gli uni con gli altri					
13) Nella mia famiglia ci si intromette troppo nella vita degli altri					
14) Nella mia famiglia ci diamo la colpa a vicenda quando le cose vanno male					
15) Siamo bravi a trovare nuove soluzioni ai problemi difficili					
	1	2	3	4	5

Può ritenere che alcune domande siano state troppo personali rispetto alla sua famiglia. In questo caso, le chiediamo di riportare i numeri di queste domande

Può ritenere che ad alcune domande sia difficile rispondere. Se è così, le chiediamo di riportare i numeri di queste domande

Ora volti la pagina, per favore, e ci dica qualcosa di più sulla sua famiglia.

Quali parole descriverebbero meglio la sua famiglia?

.....

Come descriverebbe il problema/la sfida principale che la sua famiglia deve affrontare?

Il problema principale è:

.....

Quanto è grave? Indichi la sua risposta nella riga sottostante:

nessun problema	molto grave
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

Come lo sta affrontando la sua famiglia?

Molto bene	molto male
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

Pensa che una terapia di coppia o familiare potrebbe essere utile per la sua famiglia?

Molto utile	inutile
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

Alcune informazioni generali su di lei

Età:

Sesso:

Nazionalità di origine:

Titolo di studio:

Occupazione principale:

Persone conviventi (ad es.: "figlia di 12 anni", non mettere i nomi):

GRAZIE PER LA COLLABORAZIONE

Score 15 schede di sintesi di Luigi Schepisi

SCORE 15

- Systemic
- Core
- Outcomes
- Routine
- Evaluation

Caratteristiche fondamentali:

- Compilato agevolmente
- Misure in grado di registrare il cambiamento del funzionamento familiare
- Aspetti della vita familiare oggetto dell'intervento
- Aspetti invalidanti della vita familiare con possibili ripercussioni sui singoli
- Possibilità di cambiamento durante la terapia

SCORE 55 -> SCORE 40 -> **SCORE 15**

15 items -> 3 scale :

- Strengths and Adaptability (1-3-6-10-15)
- Overwhelmed by Difficulties (5-7-9-11-14)
- Disrupted Communication (2-4-8-12-13)

Punteggio totale:

- $\Sigma a + [60 - (\Sigma b + \Sigma c)]$
- a = items 'positivi' (scala 1)
- b = items 'negativi' (scale 2-3)

Range = 15 - 75

Somministrazione consigliata a ogni membro della famiglia > 12 anni in I, IV e ultima seduta

Potenzialità per la ricerca:

- Evidence base (*confronto con altri strumenti?*)
- Confronto di terapie differenti per durata, tipologia di utenti, approccio terapeutico
- Collaborazione tra i diversi paesi europei
- Possibile utilità di altri items dello SCORE 40
- Differenze culturali tra le famiglie

Potenzialità per la clinica:

- Evidenza degli items significativi per il cliente
- Aree dove si registrano cambiamenti nel corso della terapia
- Contesto per la discussione degli obiettivi
- Evidenziare alla famiglia aspetti poco considerati
- Differenze di valutazione tra terapeuta e famiglia (*Scala per il terapeuta*)

EFTA project SCORE 15

Adesione di 18 Paesi

Traduzione completata (ott. 2010) da Finlandia, Grecia, Ungheria, Polonia, Portogallo, Spagna, Norvegia, Francia, Macedonia

Bibliografia

- EFTA Research SCORE Project Full Administration Protocol, 2010
- Stratton P., Bland J., Janes E., Lask J. (2010): Developing a practicable outcome measure for systemic family therapy: the SCORE, *Journal of Family Therapy*, 32, 232-258
- P. Stratton, M. Todoulou: The new SCORE systemic therapy outcome measure: an EFTA research project. 7° Congresso EFTA, Parigi ottobre 2010
- Novembre 2010: formazione gruppo di 6 traduttori (Luigi Schepisi, Maurizio Coletti, Achille Langella, Wilma Trasarti Sponti, 2 lay persons)
- Nov. 2010 - Gen. 2011: traduzione dello SCORE 15
- 22.01.2011: Incontro con Peter Stratton e consegna I versione
- 9.02.2011: Revisione della traduzione sulla base della I back translation
- 9.04.2011: Presentazione della versione 1.0 completata tenendo conto della II back translation.
- 9.04.2011: relazione a gruppo di ricerca EFTA – SCORE
- Somministrazione dello SCORE 15 a 20 membri di famiglie non cliniche
- Messa a punto conclusiva dei questionari (clinico e non clinico)
- Somministrazione a 200 famiglie cliniche e 80 non cliniche

Incontro a Bologna della Commissione Ricerca di Gianmarco Manfreda e Roberto Troisi

Nella giornata del 9 Aprile 2011, nella sala conferenza della “ASP Poveri Vergognosi”, luogo quindi del tutto consono alla S.I.P.P.R., in uno splendido palazzo storico nel cuore di Bologna, si è tenuta la riunione della Commissione Ricerca della SIPPR, in una seduta aperta al pubblico.

Il coordinatore della Commissione, prof. Mauro Mariotti ha richiamato l'attenzione sulla ridotta presenza di psicologi sistemici all'interno delle strutture pubbliche ed universitarie, non corrispondente al numero elevato di psicoterapeuti formati all'interno delle scuole sistemiche, con evidenti conseguenze sulla attività di ricerca.

A questo si accompagna la difficoltà intrinseca del modello sistemico a costruirsi un modello di autovalutazione sintetico ed efficiente, sulla scia di quello cognitivo e psicoanalitico. Poter valutare la terapia sistemica in modo univoco e comunicabile all'esterno permetterebbe di accedere ad una serie di vantaggi per il modello e per i professionisti che lo adottano. Il prof. Mariotti descrive quanto fatto dagli psicologi sistemici britannici che, chiamati dal governo a produrre delle linee guida confrontabili con analoghe linee costruite dagli altri modelli, hanno prodotto uno schema semplice, pratico e articolato; emerge il desiderio di proporlo alla SIPPR tutta, declinato secondo il panorama sistemico italiano, come suggerisce la prof.ssa Silvia Mazzoni.

Il dr. Luigi Schepisi espone poi la procedura di traduzione dello SCORE (Systemic Core Outcomes Routine Evaluation), questionario di valutazione delle terapie sistemiche sviluppato dalla European Family Therapy Association.

Il prof. Schepisi presenta la complessa storia dello strumento, passato da 55, a 40 e infine a 15 domande, per successive riduzioni che ne hanno conservato l'efficacia.

Lo strumento attuale analizza 5 dimensioni diverse che sono: comunicazione, atmosfera emotiva, adattabilità/flessibilità, ruoli/regole e individuazione dei singoli.

La discussione che emerge da questa presentazione mette in luce come uno strumento del genere possa costruire una strada per realizzare una terapia sistemica fondata su verifiche che valutino le differenze d'efficacia secondo le variabili famiglia e terapia.

Allo stato attuale lo SCORE è stato tradotto in italiano per iniziativa della S.I.P.P.R. ed è in corso la procedura di validazione secondo il programma EFTA, che richiede la costituzione di un campione di controllo.

La prof.ssa Silvia Mazzoni presenta un nuovo strumento, il SOFTA, che permette di valutare i processi e gli esiti della terapia familiare, considerando l'alleanza terapeutica quale fattore che si è dimostrato nelle ricerche predittivo dell'esito.

Le dimensioni individuate sono la condivisione degli obiettivi, lo svolgimento dei compiti da parte dei clienti e il legame, come indice dell'aspetto affettivo dell'alleanza.

Il dr. Enrico Visani presenta il FACES IV, strumento di valutazione della rappresentazione della famiglia.

Lo strumento colloca la famiglia su un grafico che ha come assi la coesione e l'adattabilità. Gli studi hanno dimostrato come il risultato desiderabile non è agli estremi, ma al centro, considerando ideale un punteggio medio sia nella coesione che nell'adattabilità.

A seconda della posizione, le famiglie possono essere bilanciate, intermedie, caotiche-disimpegnate, rigide-coese, flessibili-sbilanciate o sbilanciate.

Il FACES IV è in fase di validazione.

Il prof. Fabio Bassoli presenta una ricerca su “La funzione trasformativa degli strumenti sistemico relazionali in psicoterapia“ da lui ideata con l’obiettivo di valutare l’uso e l’efficacia di alcuni strumenti sistemici: il genogramma, la rete sociale, il ciclo vitale, le domande circolari, l’uso di metafore, il paradosso e la connotazione positiva.

Il prof. Bassoli ha ideato una griglia in cui è possibile indicare la presenza e l’importanza di questi strumenti per costruire una “nuova storia” nella famiglia.

Attualmente la griglia viene applicata su videoregistrazioni dal gruppo di ricerca costituito nel suo istituto di formazione.

Il dott. Langella presenta il Relational Style Profile (RSP), ideato col dr. Mariotti: si tratta di un’intervista strutturata che ha l’obiettivo di costituire uno strumento di valutazione delle dinamiche nella relazione della coppia.

Attualmente lo strumento è in fase di riorganizzazione per rispondere meglio alle esigenze di validazione, processo svolto dal dott. Langella, dal prof. Mariotti e dal gruppo di ricerca dell’istituto di formazione diretto da Fabio Bassoli e Mauro Mariotti.

La giornata testimonia l’impegno della SIPPR a promuovere la ricerca nel campo relazionale sistemico e a valorizzare il nostro modello; la competenza e l’entusiasmo dei presentatori rappresentano una risorsa per tutta la nostra associazione, che ha bisogno di qualificarsi maggiormente in un settore che ci vede appena in partenza rispetto ad altri. I risultati del lavoro della Commissione saranno presentati al convegno di Trieste, in modo tale da poter informare i soci SIPPR e i terapeuti relazionali di queste impegnative iniziative di ricerca, i cui positivi risultati potrebbero beneficiare in modo significativo il nostro approccio e la nostra professionalità.

Cura e famiglia di Daniela Ortisi

*Un albero ha bisogno di due cose:
sostanza sotto terra, bellezza fuori.
Sono creature concrete
ma spinte da una forza di eleganza.
La macchina che negli alberi spinge linfa
in alto è bellezza,
perché solo la bellezza in natura contraddice la gravità.
(E. De Luca- "Tre cavalli")*

Il "sistema sociale ed economico" che è in continua trasformazione spinge anche il "sistema Famiglia" ad una trasformazione organizzativa e di ruolo. La famiglia è oggi compressa e stressata dall'ambiente di vita, che la stimola e a volte iper-stimola, con richieste di performance e di adattamento ai cambiamenti repentini.

I bisogni ed i desideri possibili sono sovrastimati rispetto alle **possibilità reali**, il sistema della formazione scolastica è fragile, la crisi economica ha imposto prepotentemente modelli di lavoro flessibili con orari sempre più dilatati che rendono più complessa la gestione e la conciliazione lavoro-famiglia, i legami di prossimità soprattutto nelle zone metropolitane possono risultare deboli e non capaci di fungere come un tempo da ammortizzatori sociali, le relazioni interpersonali hanno canali e stili sempre diversi mutando la sintassi e la semantica della comunicazione, l'accesso all'informazione è diventato più semplice ma è più difficile scegliere e selezionare...

Le famiglie sembrano vivere "a rate", pagando prezzi anche emotivi molto alti per prodotti che sembrano necessari e urgenti, e che appaiono fintamente low-cost, costi diluiti nel tempo quasi impercettibili se non quando ci si accorge sommandoli di non poterli più sostenere ... Famiglie vittime dell'illusione di potersi permettere tutto, senza fermarsi mai, e senza rinunce. Famiglie vittime reali di un futuro incerto, che subiscono quasi incredule la perdita progressiva del loro potere sociale ed economico.

Parole come ansia, stress, depressione, frustrazione sono diventate terribilmente comuni anche tra le fasce dei più piccoli...oltre che tra gli adulti.

La famiglia fa fatica a "prenderci cura di sè" per due ordini di motivi diversi:

- 1- difficoltà a riconoscere in tempo problemi, limiti, fatiche ed attuare dei piani di "cura" preventivi
- 2- difficoltà all'accesso ai servizi di cura sia pubblici che privati

Negli ultimi anni a fianco ad una fascia di popolazione colpita da un disagio grave si può individuare una fascia sempre più estesa, in particolare composta da famiglie, colpite da un disagio alcune volte "straordinario" ma più spesso "ordinario", che non si traduce immediatamente né in esclusione né in povertà, ma che espone ad una fragilità di fondo, rendendo sempre più difficile l'accesso ad alcuni servizi sanitari. Non sono famiglie povere ma famiglie che lo stanno diventando, non sono famiglie multiproblematiche in senso classico, ma famiglie che comunque devono affrontare molti problemi quotidiani.

La salute economica e quella sociale e psicologica sono estremamente collegate: la perdita del potere d'acquisto genera perdita di posizione sociale e di identità, genera trascuratezza rispetto alle cure e alla salute, e così le situazioni di crisi non esplodono ma rischiano di cronicizzarsi. Le difficoltà vengono all'inizio sentite o fatte sentire dall'esterno come transitorie, mentre poco per volta si instaurano piccoli circoli viziosi fatti di negazione, illusione, frustrazione, aspettative magiche, soluzioni transitorie.

Il sistema sanitario pubblico è intasato fino quasi al collasso, e si rivolge prevalentemente a situazioni gravi e deteriorate. Il sistema privato, intercetta per lo più fasce di clienti che hanno una certa disponibilità economica ma anche culturale per impegnarsi in un percorso di prevenzione e cura.

Rimane fuori una fascia “grigia”, fatta di situazioni in equilibrio instabile, fatta di una multiproblematicità non pervasiva ma perturbante, fatta di forme di disagio a volte non evidente ma capace di scompensare o bloccare la famiglia, facendola vivere in una perenne situazione borderline.

Queste questioni sociali che riguardano la salute della Famiglia oggi, sono state prese in considerazioni ed affrontate dalla cooperativa ESSERCI, che ha individuato un’Area specifica al suo interno per la ricerca e lo sviluppo di progetti legati alla “cura familiare”.

Da 25 anni questa cooperativa, lavora sul territorio Torinese occupandosi di vari tipi di disagio (minori, disabili, psichiatria, migranti...) ma con uno sguardo sempre attento alla dimensione “famiglia”. Il modello educativo proposto nei suoi progetti e servizi è quello Sistemico Relazionale, con un approccio all’ambiente di vita centrato sulla Rete, sul lavoro di Comunità, sull’azione sociale intesa come azione sul sistema delle relazioni e promozione di cambiamenti possibili dove ciascun attore ha, anche se in misura diversa, responsabilità e potere .

I nuovi scenari del Welfare costringono oggi tutti gli operatori del sociale e della sanità, a escogitare soluzioni “creative” per dare risposte efficaci alle difficoltà emergenti. In un contesto, e non è elemento da sottovalutare, dove è più difficile di un tempo trovare elementi di differenziazione tali da mantenere una adeguata distanza relazionale.

Tutti come professionisti, come clienti, come cittadini siamo soggetti e oggetti della stessa scena, tutti in un sistema unico, globale, che rende più omogenei, ma dove è più complesso ritagliarsi dei ruoli.

Ciò conduce chi lavora nel sociale ad entrare più facilmente in risonanza con l’altro e dunque anche la relazione di aiuto sta cambiando o meglio è già cambiata!

Le famiglie normali, hanno bisogno di sostegno e accudimento, di luoghi di cura, non in senso assistenzialistico, ma in contesti dove una rete fitta contiene e “sostiene” l’empowerment familiare laddove rischia di sgretolarsi. E’ importante creare dei puntelli per le famiglie, intesa come primo e principale nucleo sociale, perché senza sostegno si rischia una lacerazione sociale importante.

Ciò si traduce in progetti che hanno lo scopo di facilitare l’accesso alla cura, come i due di seguito descritti :

For-te e Polis

I nomi sono altisonanti e i contenuti ambiziosi. Integrare-collaborare-mettere a sistema-implementare-: le parole chiave di questi due servizi rivolti alla famiglia. Il Welfare ha ed avrà sempre meno risorse, il sistema sanitario e di cura è in crisi, i problemi non sono solo di pochi più bisognosi di altri, ma una fascia sempre più ampia di persone fa fatica a curarsi nel senso più ampio del termine.

L’idea di base è molto semplice e affonda le sue radici nel pensare che per fornire servizi di cura si possono ottimizzare risorse umane ed economiche: che se ogni parte della rete contribuisce si possono raggiungere risultati reali e soddisfacenti. Un cambiamento è possibile se l’intero sistema cambia, superando l’atteggiamento up-down tipico dell’assistenzialismo o di certe istituzioni e creando implementazioni e sinergie multi professionali ed economiche (sperimentate in tanti altri servizi sono virtuose).

For-te e Polis sono stati pensati come luoghi di cura sì, ma anche come luoghi virtuali e concreti di scambio e di snodo. Il cliente è un punto nella rete attivo: un portatore di interessi in relazione con altri.

Per questi progetti, rivolti a clienti che privatamente pagano servizi, sono state coinvolte Cooperative, Consorzi, Fondazioni, Banche, Associazioni di volontariato, Enti religiosi, professionisti di vario genere, ASL, che contribuiscono in modo diverso ad offrire un ventaglio di risorse...

I progetti nello specifico

For-te : sostegno alla famiglia con disagio psicologico.

Lavoro integrato a domicilio: Dal lavoro sul caso al lavoro sull'ambiente di vita

Il sostegno alla domiciliarietà è, sulla scala degli interventi di cura e riabilitazione per il malato psichiatrico, quello da preferire in termini di riabilitazione efficace e duratura, risocializzazione e inclusione sociale, lotta allo stigma, economicità in rapporto ad interventi più "pesanti" (Comunità Protetta, Centro Diurno).

Il servizio For-te, viene erogato al domicilio della persona che necessita di tale intervento. Il modello di cura è centrato sull'approccio all'ambiente di vita non sul lavoro sul caso.

La principale caratteristica dell'approccio incentrato sull'ambiente di vita è che il suo target è costituito non dal singolo utente, ma dalle persone della rete sociale, prima fra tutte la famiglia.

E' all'interno dell'ambiente familiare che si instaurano le prime e più importanti relazioni e dunque il sostegno e la cura non possono non coinvolgere l'intero sistema relazione. Le famiglie di una persona, che manifesta un disagio psicologico di qualunque età, devono gestire una serie di problematiche correlate :

- l'insorgere della malattia è caratterizzata da confusione, i familiari non capiscono cosa sono quelle strane idee e comportamenti...e cercano di rimediare convincendosi che conducendo una vita "normale" tutto andrà a posto

- il pellegrinaggio da un medico ad un altro

- la diagnosi che può gettare la famiglia nella paura e a volte nella vergogna: potrà guarire? Ci sono cure?

Dovrà prendere i farmaci a vita? Ricerca di una causa: dove abbiamo sbagliato? Di chi è la colpa?

La presa in carico offerta da For-te è multi professionale: psicologo, educatore, oss. Il progetto viene gestito in modo integrato. L'*educatore* e l'oss, dove richiesto, lavorano per la famiglia dal "di dentro", al fianco al paziente, agendo come un enzima di cambiamento. Forniscono cuscinetti relazionali, supporto concreto nella gestione, esempi di comportamento e chiavi di lettura. Lo *psicologo* offre uno spazio di pensiero altro in un luogo fisico ed emotivo neutrale, dove è possibile immaginare, progettare, percorrere un cambiamento possibile insieme.

Quando il cliente famiglia viene ingaggiato, viene fatta dal gruppo di lavoro un' analisi delle risorse esistenti e dei limiti disfunzionali e a partire da questa analisi l'intero nucleo viene accompagnato in una implementazione continua.

Vengono messe a disposizione tutte i punti del network della organizzazione Cooperativa Sociale: associazioni, consulenti, spazi di aggregazione, servizi di Politiche Attive per il lavoro...

Gli interventi possono così riguardare :

- strutturazione organizzata del tempo libero;

- partecipazione guidata ad attività finalizzate, anche lavorative;

- supporto nelle attività quotidiane;

- monitoraggio del comportamento e della situazione clinica e familiare;

- mediazione dei conflitti familiari;

- coinvolgimento in attività di agenzie locali di supporto sociale.

Il progetto terapeutico familiare viene condiviso con tutti i membri della famiglia, per accrescere la compliance di tutti.

L'intervento si configura di certo come una "terapia familiare", che possiamo definire complessa, perché tiene conto di diversi livelli di interazione del sistema e che coordina le risorse già esistenti e attiva quando possibile quelle mancanti.

L'approccio è olistico in senso ambientale. Vengono mappati i legami familiari, i legami di prossimità, l'intera rete familiare. Si raccordano tutti coloro che ruotano attorno alla famiglia: scuola, lavoro, medici, familiari, amici...ed è l'intero sistema che diventa oggetto di attenzione. Importate è anche il raccordo con i servizi territoriali, sia quando c'è già una conoscenza della famiglia e del disagio, sia quando si ritiene utile un accompagnamento alla presa in carico facendo delle segnalazioni ad hoc.

L'intera famiglia nel percorso di "cura" diventa più consapevole perché viene aiutata a percepire meglio le proprie competenze ed aree funzionali e diventa così più attiva.

La presa in carico è transitoria, ha una definizione temporale, cioè raggiunti gli obiettivi termina.

Gli obiettivi possono essere non solo riabilitativi ma anche di accompagnamento sociale per la formazione, il lavoro o il tempo libero a partire da una definizione più chiara del problema.

POLIS: un poliambulatorio sociale

Il poliambulatorio sociale, è un progetto della coop ESSERCI insieme alla COOP: Gruppo Arco di Torino, e si propone di venire incontro ai bisogni sanitari della popolazione che vive in situazioni di marginalità e di vulnerabilità sociale ed economica, offrendo alcuni servizi sanitari ambulatoriali di difficile accesso ordinario, ***forndo cure qualitativamente efficaci a costi contenuti***. L'impoverimento e il sovra indebitamento delle famiglie è infatti ormai un'evidenza, sottolineata anche nel documento della Commissione XII affari sociali "Indagine conoscitiva sulle condizioni sociali delle famiglie in Italia". E' pure evidente che tra le cause vi sia anche l'incremento dei costi delle prestazioni determinato anche da carenze del sistema sanitario.

Il servizio offre cure odontoiatriche e psicologiche, a costi contenuti. Una alta professionalità e gamma di interventi offerti sono possibili grazie alla collaborazione di valenti professionisti sensibili al problema che le famiglie tutte stanno attraversando, e che insieme convergono in un modello di intervento a sistema. Dove le varie risorse interne ed esterne a Polis possono essere utilizzate dal cliente che viene accompagnato in una analisi dei bisogni ma anche nella ricerca della soluzione migliore in termini psicosociale ed economica. In tal senso il lavoro sanitario è coadiuvato dalla rete esterna e da due figure professionali che collaborano: un Assistente Sociale ed un Avvocato, che come volontari possono essere intercettati per delle consulenze su situazioni specifiche.

Il servizio vuole caratterizzarsi, inoltre, per un "**alto impatto relazionale**" dove la capacità di accogliere, capire e rispondere a bisogni sanitari sia particolarmente curata. Dunque nel Poliambulatorio Polis vengono integrati, in modo adeguato ed efficace, un sistema di offerta di servizi anche nei confronti di individui e famiglie che si trovano in condizioni di debolezza sociale e spesso di invisibilità sanitaria.

I destinatari

La popolazione a cui Polis si rivolge, è quella connotata da situazioni di marginalità e vulnerabilità sociale ed economica, che talvolta fatica ad accedere ai servizi sanitari pubblici e non può permettersi l'accesso a quelli privati, in particolare:

- i molti “nuovi poveri” o a rischio di povertà, famiglie monoreddito, famiglie anziane, che, pur avendo accesso ai servizi sanitari pubblici, per alcuni tipi di prestazioni non garantite (ad esempio nell’ambito dell’odontoiatria) si trovano in significative difficoltà;
- famiglie che hanno tra i componenti familiari persone con disagio quali persone con disabilità e/o non autosufficienza, persone tossicodipendenti che per mancanza di informazioni e/o diffidenza non si rivolgono ai servizi pubblici;
- utenza multietnica e multiculturale spesso in condizione di debolezza sociale e difficoltà di integrazione;
- cittadini disoccupati o in cassa integrazione, precari.

CONCLUSIONI

La neo-esperienza sviluppata in questi due progetti ci permette di affermare che l’implementazione dei saperi e delle professioni è un valore aggiunto.

Permette :

- 1) di fornire servizi al cliente più efficaci con un elevato grado di successo e di soddisfazione
- 2) di valorizzare il contributo diverso e specifico dei singoli professionisti, che abbracciano il medesimo Modello di lavoro
- 3) di promuovere una cultura della “cura” accessibile a tanti e non a pochi: sostenuta da un puzzle di interventi e soluzioni possibili
- 4) di promuovere una cultura della famiglia, nucleo principale e privilegiato dell’intervento psico-sociale, sanitario ed economico.

Eventi



Società Italiana di Psicologia e Psicoterapia Relazionale

CONGRESSO NAZIONALE SIPPR
“PROBLEMI E INTERVENTI RELAZIONALI
NELLA SOCIETÀ IN CRISI”

Venerdì 14 e Sabato 15 Ottobre 2011
HOTEL SAVOIA EXCELSIOR PALACE
Riva del Mandracchio 4 – Trieste

CON IL PATROCINIO:

Università degli Studi di Trieste
Facoltà di Psicologia dell'Università degli Studi di Trieste
Ordine Nazionale degli Psicologi
Ordine degli Psicologi del Friuli Venezia Giulia
Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Trieste
Regione autonoma del Friuli Venezia Giulia
Provincia di Trieste
Comune di Trieste

SEGRETERIA SCIENTIFICA:



SOCIETÀ ITALIANA DI PSICOLOGIA E PSICOTERAPIA RELAZIONALE

Presidente: Gianmarco Manfreda

Consiglio Direttivo: Francesco Bruni, Alessandro Nolè, Pio Peruzzi, Luigi Schepisi, Elena Giachi (segretario)

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA LOCALE:



CENTRO PADOVANO DI TERAPIA DELLA FAMIGLIA

Via Martiri della Libertà, 1 - 35137 Padova - tel./fax: 049 8763778

Viale XX Settembre, 37 – 34126 Trieste – tel./fax: 040 3498348

www.cptf.org - eventi@cptf.org