**Riccardo Canova\*, Francesca Arcaini\*\*, Alice Saccogna\*\*, Mario Venerandi\*\*, Laura Celsi\*\*\***

**Centro Bambino e Famiglia, ASL di Bergamo**

**L’apporto della teoria sistemica nei momenti di crisi economica: un 'esperienza di Terapia Multifamiliare. Dalla “passività” alla “collaborazione”: una via per uscire dalla “povertà”**

Le famiglie multiproblematiche, maltrattanti e trascuranti, la violenza intra-familiare, il conflitto esacerbato tra coppie separate riguardo alla gestione dei figli minori, rappresentano da sempre una delle principali difficoltà per i Servizi Socio Sanitari.

Parliamo in particolare di quelle famiglie dove, a fianco di una definita psicopatologia, vi è un forte disagio sociale dovuto generalmente anche all’instabilità abitativa e lavorativa. Nei momenti di crisi economica e di precarietà sociale il numero di questo tipo di famiglie aumenta, parallelamente alla riduzione delle risorse economiche e professionali dei Servizi. In questi momenti difficili è necessario riflettere sui principi epistemologici della propria prassi lavorativa.

Queste sono considerazioni sull’applicazione, in un contesto italiano, della Terapia Multifamiliare Sistemica. Nata a Londra dall’esperienza pioneristica di Eia Asen, in un momento storico di “welfare ricco”, si è diffusa in gran parte del Nord e del Centro Europa, non solo per la sua indubbia efficacia (evidence based) ma soprattutto per la sua “economicità”, tanto da essere ora considerata, dalla comunità scientifica, l’intervento elettivo per la maggior parte delle problematiche suddette. Lo sguardo sistemico, infatti, consente di tener presente la complessità e di operare con la rete nello sforzo di ridurre il più possibile la frammentazione degli interventi, ottimizzandone gli esiti.

Di fronte alla “povertà”, frequentemente i Servizi Sociali e Sanitari, in assenza di questa visione globale, tendono a fornire aiuti economici e risposte professionali per lo più individuali, che rischiano di creare condizioni di dipendenza e di ridurre ulteriormente le capacità dei sistemi di far fronte alle difficoltà.

La logica maggiormente radicata nei servizi, soprattutto quelli sociali, ma anche di quelli sanitari, è quella di “fornire” ciò che si ritiene manchi agli utenti, sia che si tratti di qualcosa di materiale (come soldi, abitazione, lavoro), sia che si tratti di capacità, abilità, conoscenze (come capacità genitoriali, salute e così via), oppure, specularmente, “sottrarre” ciò che viene ritenuto negativo, inadeguatezza nella gestione dei figli, dipendenze, violenza, trascuratezza, malattia eccetera.

Inoltre, l’organizzazione di questo tipo di welfare favorisce la parcellizzazione degli interventi. La situazione più frequente, in queste famiglie, vede uno o entrambi i genitori presentare una problematica psico-patologica più o meno grave oppure problemi di dipendenza da alcool e/o da altre sostanze, uno o più figli sintomatici.

L’intervento più consueto consiste in un sostegno economico se indispensabile, l’invio del/dei genitore/i ad un servizio specialistico, l’invio del/dei bambino/i ad un altro servizio specialistico, “l’indagine psicosociale”, la “valutazione delle capacità genitoriali” che avviene perlopiù tramite colloqui individuali, l’utilizzo di test di livello e proiettivi, il monitoraggio a casa e a scuola, l’assistenza domiciliare, l’invio presso una comunità quando ritenuto necessario, per i minori o per la madre con i figli, a seconda della problematica emersa. Interventi eseguiti da servizi diversi, spesso appartenenti anche ad enti diversi (Servizi Sociali dei Comuni, Azienda Socio Sanitaria, Servizi Per la Tossicodipendenza, Servizio Psichiatrico, Neuropsichiatria Infantile).

Servizi che spesso “non si parlano” o si parlano poco per svariati motivi, logistici, carenza di tempi, di personale, culturali, organizzativi, ostilità, competizione.

La maggioranza di noi lavora direttamente o indirettamente, nel o col Servizio Sanitario Nazionale dove la crisi economica ha portato, per ora, ad una riduzione delle risorse disponibili, in particolare in tutto il campo psico-sociale.

Il termine “Crisi”, deriva dal verbo greco “Krino” che significa, scelgo, discrimino, separo, decido.

Il termine ha assunto nel tempo significati più estesi ma questo richiamo all’etimologia può esserci utile ad aumentare la consapevolezza che una crisi rappresenta inevitabilmente un momento di passaggio, e che dopo nulla sarà più come prima.

Questo ci porta a rivedere, come dicevamo in precedenza, alcuni principi della nostra prassi lavorativa.

A nostro avviso più che ridurre o rendere più efficienti i servizi, è necessario cambiare le prassi e ripensare soprattutto al rapporto Servizi - Utenti.

L’atteggiamento autoritario e giudicante dei Servizi, in particolare di quelli Sociali, ma non solo, ha portato a una contrapposizione con l’utenza, che ostacola la sua crescita e la presa di consapevolezza degli aspetti disfunzionali. Abitualmente i genitori problematici, gli alcoolisti, i tossicodipendenti sono colpevolizzati e demonizzati.

La parcellizzazione degli interventi, inoltre, facilita la delega agli “esperti” di aspetti riguardanti la propria salute favorendo un atteggiamento di delega.

Che sia necessario tenere presente tutto il sistema familiare, nucleare ed esteso, e l’interazione tra questo e il sistema dei servizi, per la Terapia Familiare Sistemica, ça va sans dire, è ovvio.

La Terapia Multifamiliare è utilizzata, e ha avuto riconoscimenti come pratica evidence based, per diverse problematiche, dal maltrattamento alla trascuratezza, alla violenza intra-familiare sui minori, all’anoressia mentale negli adolescenti, alle psicosi, alla depressione, ai problemi scolastici, all’abuso di alcool e droghe, ai disturbi neuropsichiatrici quali ADHD o la Sindrome di Asperger.

Rispetto alla Terapia Familiare con la singola famiglia, la Terapia Multifamiliare, ha il valore aggiunto di utilizzare il Gruppo (differente dai tradizionali gruppi terapeutici o di auto-mutuo aiuto) , e di coinvolgere direttamente la Rete.

La prima sostanziale differenza con i gruppi “tradizionali” è, infatti, che nel trattamento per famiglie multiproblematiche è prevista la partecipazione di sei/otto nuclei familiari in un setting adeguato, per giornate intere, per più giorni.

La differenza maggiore riguarda, però, il fatto che in questi gruppi vi sono più livelli di complessità, legate sia alla durata giornaliera dell’intervento e alla multi dimensione dello stesso (che prevede momenti di attività comune, altri di lavoro nella singola famiglia o in sottogruppo, compiti strutturati e compiti “liberi” quali la organizzazione e la preparazione del pasto), sia, soprattutto, alla composizione strutturale del gruppo stesso. Si tratta, infatti, più propriamente di un “Gruppo di Gruppi”.

Oltre alle dinamiche proprie e consuete dei gruppi sono da considerare quelle intra-familiari.

Se elicitare le risorse nell’intervento familiare è spesso il o un compito del terapeuta familiare, nel multifamiliare quest’azione è demandata al gruppo. Compito dei terapeuti è principalmente quello di stimolare il gruppo stesso a ricercare, confrontare, sperimentare possibilità di comportamenti più funzionali.

Un aspetto fondamentale del metodo, infatti, prevede che di fronte ad un comportamento ritenuto dal terapeuta inadeguato, questi prima lo evidenzi, poi chieda ai membri del gruppo se anche loro lo notano, e se sono d’accordo o meno, e poi stimola il confronto tra tutti, incoraggia la ricerca di soluzioni ed invita a sperimentarle subito.

Con l’intervento multifamiliare, dando, in un certo senso, agli utenti la responsabilità della propria “guarigione” e attivando il Gruppo sia nella valutazione delle criticità sia nella ricerca di soluzioni, si inizia a introdurre un cambiamento epistemologico nel rapporto terapeuti utenti.

L’obiettivo generale della Terapia Multifamiliare (MFT), da anni connessa alla Terapia Basata sulla Mentalizzazione (MBT), è di incrementare le capacità di mentalizzare di tutti i membri della famiglia e, in particolare, quando si tratta di problematiche relative alla genitorialità, quelle dei genitori. Per *mentalizzazione* intendiamo la capacità di "tenere a mente la mente propria e quella altrui”. In altre parole, la capacità di "rappresentarsi internamente gli stati mentali, riferiti a sè stessi e altri” o se si preferisce, “la capacità di vedere sè stessi dall’esterno e gli altri dall’interno”.

È strettamente connessa all’attaccamento. Migliore è l’attaccamento, infatti, migliori sono le capacità di *mentalizzare* e viceversa.

Cure materne adeguate, senza le quali il bambino e l’adulto non potrebbero stabilire relazioni sociali soddisfacenti, rappresentano, infatti, il primo e indispensabile contesto interpersonale per la nascita di una buona capacità di mentalizzare.

Deficit della facoltà di mentalizzazione, dovuti a relazioni materne o familiari disturbate durante l’infanzia, com’è noto, portano abitualmente a disturbi psicopatologici anche gravi.

Come dice Peter Fonagy, il genitore capace di riflettere in maniera accurata le intenzioni del bambino, senza sopraffarlo, contribuisce allo sviluppo della regolazione emotiva e della funzione autoriflessiva nel bambino stesso. La mentalizzazione ha pertanto le sue radici nel sentirsi compresi dalla figura di attaccamento; qualsiasi comunicazione che implichi il riconoscimento dell’ascoltatore come agente intenzionale aumenterà in lui la *fiducia epistemica* e la possibilità che codifichi la comunicazione come rilevante, generalizzabile, degna di essere memorizzata.

Si accennava in precedenza al lavoro di rete. Dopo il noto articolo della scuola di Milano sull’importanza dell’inviante, l’equipe di Londra pensò di coinvolgere direttamente e fisicamente l’inviante stesso in terapia. Prima dell’inizio del gruppo si organizza un incontro, tra inviante/i, genitori, terapeuti multifamiliari (generalmente due), e tutte le figure coinvolte nella gestione del caso, sia professionisti sia altre figure quali familiari e/o amici e/o altre figure per la famiglia importanti (quali rappresentanti religiosi, avvocati o altro).

Agli invianti si chiede di esplicitare i motivi di preoccupazione che hanno portato all’invio, gli obiettivi, le conseguenze del mancato raggiungimento di questi o del raggiungimento degli stessi, i criteri, chiari e comprensibili della valutazione di tutto ciò. Ai genitori viene chiesto il loro punto di vista, se hanno compreso tutto, in cosa concordano e in cosa no, che impegno pensano di riuscire a metterci. A tutti gli altri si chiede l’impegno ad aiutare questi genitori, o quanto meno a non “remare contro”. Si concorda insieme un altro incontro finale con le stesse persone e si dà la possibilità di re-incontrarsi prima della fine del ciclo di terapia se ritenuto, da qualcuno dei presenti, necessario.

Questo patto iniziale e il rimando a una valutazione collegiale finale mettono gli utenti in una posizione attiva e responsabile rispetto al proprio cambiamento. Se anche dissentissero dalla descrizione degli invianti, avvertono da subito da parte dei terapeuti e successivamente da parte del Gruppo, che non c’è alcuna posizione preconcetta, non si sentono giudicati ed iniziano a percepire di potersi fidare.

Nella Terapia Multifamiliare (come in tutte le psicoterapie) vi sono delle regole, che gli utenti sono tenuti a rispettare. Quando trattiamo famiglie dove il problema è il maltrattamento o la trascuratezza, il focus è posto sui genitori e la prima regola è che durante la permanenza al Centro la responsabilità dei figli è loro.

Per genitori considerati irresponsabili, spesso con i figli in affido o in comunità, questo li pone in una posizione di presa di responsabilità. Noi diciamo che non giudicheremo i loro comportamenti nei confronti dei figli partendo da una nostra supposta superiorità morale né da una expertise particolare ma, inviteremo loro e il Gruppo a valutare, avendo come parametro, come bussola degli interventi, il benessere dei loro figli.

Ma come funziona, come si struttura la Terapia Multifamiliare?

Costituito il gruppo, le famiglie che sono accomunate da problemi simili, si conoscono e cominciano ad interagire tra loro, in questa fase iniziale il lavoro dei terapeuti è principalmente facilitante, poi le attività vertono in una prima fase a favorire la formazione del Gruppo che via via assume sempre più centralità.

I Terapeuti devono creare contesti per la valutazione e il cambiamento. Si lavora non solo al Centro ma anche a casa, nel quartiere, al supermercato, al parco giochi e ovunque potrebbe essere utile. Sono previsti e possibili interventi individuali, di coppia di famiglia nucleare e allargata. Si creano continui cambi di contesto, attività ludiche, interventi terapeutici, sedute di video feedback di gruppo, preparazione e consumo dei pasti, discussione in gruppo, discussione in sottogruppo sia di situazioni contingenti sia di problematiche esterne.

Si utilizzano molte tecniche particolari che hanno l’obiettivo di provocare una riflessione su tutte le specifiche tematiche riguardanti quella determinata tipologia di famiglie.

Tra le tecniche più incisive vi è senza dubbio la videoregistrazione, ad opera sia degli operatori sia degli utenti stessi e la successiva seduta sessione di video-feedback con discussione tra gli utenti avendo come focus la mentalizzazione.

Altro potente intervento è il *reflecting team* fatto dai terapeuti, al termine di ogni giornata, e proiettato al gruppo il giorno seguente cui segue un *reflecting team* delle famiglie e potenzialmente un altro degli operatori su quello delle famiglie e via dicendo.

Quali sono gli interventi propri della Terapia Multifamiliare che si presume aumentino la capacità di mentalizzare?

Osservare le altre famiglie e le loro interazioni speculando sui loro stati mentali.

Essere esposti a descrizioni multiple dei propri stati mentali da parte degli altri e confrontarle con le proprie percezioni.

Sperimentare nuovi comportamenti di attaccamento tramite la genitorialità vicariante.

Sperimentare e discutere in un setting di gruppo i problemi legati all’attaccamento.

Vedere se stessi/la propria famiglia rispecchiati negli altri che hanno problemi simili.

Sperimentare attraverso il “come se”, in una modalità di gioco, le attività tipiche della Terapia Multifamiliare.

Intensificare le relazioni, aumentare il livello di arousal seguito da esercizi di regolazione delle emozioni rinviando ad un tempo successivo, quando l’arousal è diminuito, la sessione di video-feed-back.

Oltre agli obiettivi specifici, con questo intervento si ottengono altri obiettivi generali che assumono grande importanza per queste famiglie, spesso marginalizzate, povere, con poche risorse.

Superare l’isolamento sociale espandendo la rete sociale, già alla fine della prima sessione si riscontra spesso uno scambio di numeri telefonici e non è infrequente la creazione di gruppi sui social media. Questo crea solidarietà e riduce la stigmatizzazione.

Il lavoro di gruppo aiuta a creare nuove e molteplici prospettive a imparare gli uni dagli altri, fornisce supporto e feedback reciproco, incoraggia un coinvolgimento parentale attivo, infonde speranza.

Inoltre aiuta a neutralizzare le relazioni croniche tra operatori e membri delle famiglie.

In tutto questo complesso lavoro, i terapeuti devono essere estremamente flessibili, non fissarsi su un punto di vista, essere in grado di tenere sotto controllo la situazione e di cambiare velocemente contesto, devono avere un atteggiamento di base fortemente non giudicante estremamente curioso secondo l’accezione di Cecchin, essere in grado di differenziare la propria esperienza da quella degli altri, saper usare l’ironia e lo humor.

La Terapia Multi Familiare (MFT) è anche un formidabile strumento valutativo delle famiglie e soprattutto della loro capacità a cambiare.

La richiesta che più frequentemente è posta dall’Autorità Giudiziaria, sia ai Servizi Sociali e di Tutela Minori, sia ai servizi di Neuropsichiatria Infantile, è quella della valutazione delle cosiddette *capacità genitoriali*. L’intervento di MFT si rivela a questo fine un metodo particolarmente efficace. Contemporaneamente, infatti, e in un periodo relativamente breve, si possono valutare sei/otto famiglie in un contesto che permette di analizzare “in vivo” i comportamenti dei genitori e la loro “capacità di cambiare” e aiuta a rispondere ad alcune delle questioni importanti per quanto riguarda la prognosi e il probabile esito degli interventi. Questo tipo di valutazione, inoltre, ha il vantaggio, rispetto a quella tradizionale, di essere molto “trasparente” e “condivisa” con gli utenti stessi.

Rimandare ai genitori le osservazioni dell’equipe, evidenziando gli aspetti positivi (aree di competenza) ma anche quelle “negative” (aree di preoccupazione), ha lo scopo di aiutare le famiglie a fare alcune delle modifiche auspicate. Questo permette di valutare come i genitori e altri membri della famiglia facciano uso del feedback, e se e come essi siano in grado e abbiano voglia di cambiare.

Al fine di valorizzare ulteriormente il ruolo che intendiamo il Gruppo di famiglie debba e possa avere, e per utilizzare anche uno strumento noto e validato internazionalmente e quindi difficilmente contestabile, abbiamo pensato di utilizzare all’inizio del gruppo il test LTP Lousanne Trilogue Play. Il modello di Lausanne sulle alleanze e coalizioni familiari ci è parso essere uno strumento particolarmente indicato per le nostre famiglie, dal momento che, come la MFT, si basa sull’assunto che l’assessment sia indissociabile dall’intervento. L’assessment terapeutico si focalizza su come le famiglie lavorano insieme per realizzare un compito. Le interazioni familiari vengono osservate in una situazione semi-strutturata. Il modello strutturale empirico che ne risulta dà la possibilità di valutare sia le risorse che i problemi della famiglia.

* Il LTP viene video-registrato e successivamente mostrato al Gruppo i cui membri sono sollecitati analizzare tutti gli aspetti problematici ed anche le risorse della famiglia analizzata. Si richiede poi un approfondimento in sottogruppo delle osservazioni fatte.
* I terapeuti svolgono un ruolo di stimolo, ma non entrano nel merito se non stimolando il confronto tra le diverse posizioni, e soprattutto non esprimono giudizi.
* Ogni volta è molto interessante notare la capacità di analisi che le famiglie hanno riguardo alle altre famiglie e la difficoltà che manifestano nel vedere la propria, ma anche la disponibilità che mostrano ad accettare le critiche e le osservazioni se vengono da chi si trova “sulla stessa barca”.
* Il rischio di essere prescrittivi e /o giudicanti è continuamente presente, soprattutto se si ha a che fare con culture diverse. Non dare soluzioni o giudizi ma sollecitare il confronto nel gruppo, stressare e de-costruire i pregiudizi di ognuno di noi, aiuta a cambiare lo sguardo, la prospettiva sulle problematiche e a porre le persone in una posizione attiva e collaborativa riguardo la loro condizione di svantaggio.
* Poiché è spesso irrealistico aspettarsi che i genitori cambino improvvisamente e autonomamente, soprattutto se sono bloccati in schemi cronici di genitorialità “povera”, si devono fornire interventi sia terapeutici sia di sostegno.

Importante per noi è anche la valutazione del nostro lavoro, per questo ci avvaliamo dell’intervento della Università di Bergamo che prevede una complessa e rigorosa metodica di analisi, ma questo sarà oggetto di un lavoro specifico.

* \* Medico, specialista in Psichiatria e in Psicologia, Psicoterapeuta Familiare e Multifamiiare.
* \*\* Psicologa, Psicoterapeuta Costruttivista
* \*\*\* Psicologi e Psicoterapeuti Familiari
* \*\*\*\*Psicologa
*

6