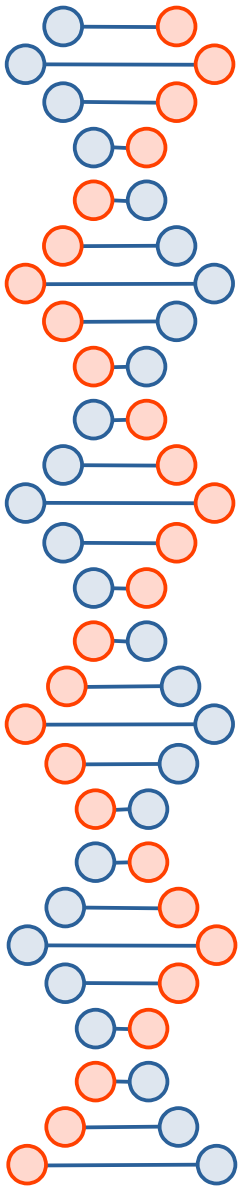


Convegno:
La gestione del disagio
psico-sociale .
Fondazione Luvi – 16-09-2023

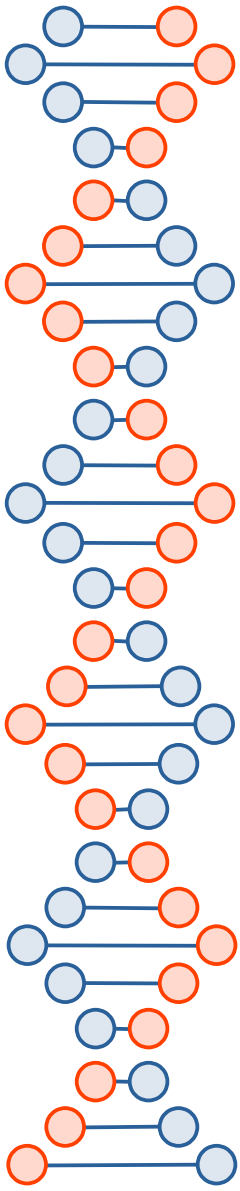
La gestione del disagio dei familiari in Salute Mentale (SM).



Il disagio psico-sociale e il coinvolgimento dei familiari nei percorsi di cura in Salute Mentale (SM).

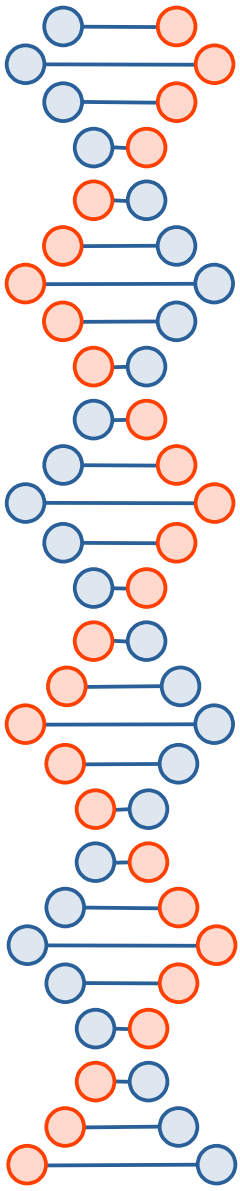
Temi trattati:

- Il ruolo del familiare come care-giver (CG).
- La dinamica delle relazioni in SM.
- La formazione del familiare:
la psicoeducazione, i gruppi familiari, il counseling.
- Le competenze e skills del care-giver familiare (CGF).
- Eventuale terapia personale e/o familiare?



I vissuti del familiare in salute mentale.

- Impreparazione.
- Impatto di possibili sensi di colpa.
- Senso di di inadeguatezza, impotenza.
- Coinvolto in dinamiche conflittuali continue.
- Senso di solitudine, autostigma.
- Carico emotivo sempre più alto.
- Responsabilità della gestione delle cure



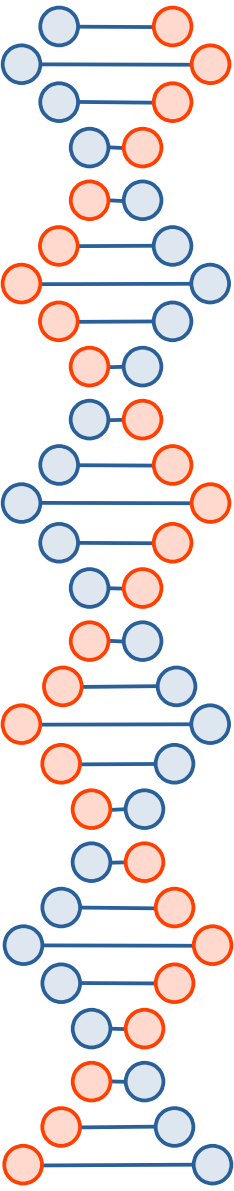
Il C.G. familiare della persona con DM.

- Preparato psicologicamente e socialmente.
- Sa gestire la sofferenza sua e del congiunto.
- E' resiliente ai vissuti di impotenza e ai sensi di colpa.
- Sa affrontare arrabbiature, stress ripetuti, conflitti.
- Deve superare isolamento da parenti, amici, conoscenti.
- Sa gestire il carico emotivo.

E' comune sviluppare una sorta di risentimento nei confronti della persona con disagio o la sensazione di sentirsi imprigionati. Quando questi sentimenti vengono repressi, spesso si accompagnano a un forte senso di colpa, vergogna e disistima. Emotivamente la situazione è molto difficile da sostenere e a momenti di speranza e gioia, si alternano ansia e depressione, causando sconforto e confusione nei familiari. (Magliano et al., 2002).

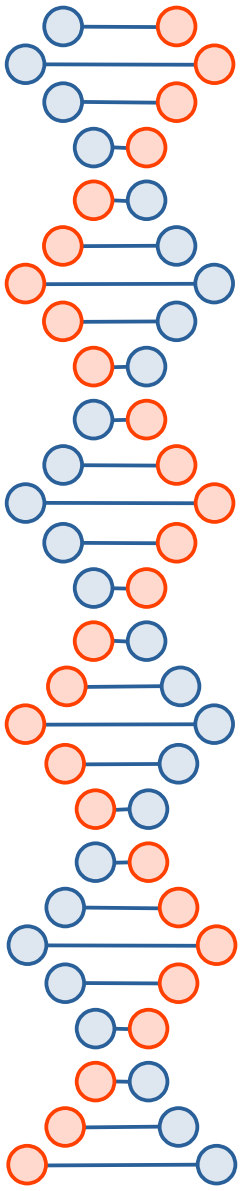
Il carico del familiare

- Aspetti economici legati al DM, carico delle incombenze sanitarie.
- Cambiamenti a cui è costretta la famiglia, tempo dedicato alle cure.
- Influenza della sofferenza sulle relazioni sociali e lavorative.
- Impatto sulla salute di altri componenti la famiglia.
- Gestione delle tensioni, delle crisi, dei conflitti.
- Gestione dell'aderenza alle cure e monitoraggio costante.
- Aspetti emotivi, come imbarazzo, vergogna, autostigma.
- I familiari frequentemente si sentono sopraffatti dalle eccessive richieste e dal bisogno di dipendenza delle persone affette da DM.
- Conflitti che impattano sulla solidità dei legami familiari: sono sintomatici del disagio relazionale che i familiari vivono.



La formazione del familiare CG: psicoeducazione, gruppi, counseling.

- Occorrono interventi integrati, rivolti ai familiari di persone affette da disagio psichico, per informare e formare i familiari sulle tematiche del disturbo mentale.
- Coinvolgendo i familiari, si **abbassa il livello di emotività espressa (EE) e migliorano le dinamiche familiari**, in modo da **ridurre ansia e stress**.
- Gli incontri mirano ad aumentare la **fiducia in se stessi**, la **capacità di gestire il DM** e le **capacità di reagire in modo costruttivo alle situazioni di stress**.
- Sviluppando le loro capacità e gestendo le dinamiche, il familiare care-giver favorisce un **clima meno conflittuale** e uno stile relazionale più funzionale.
- **La finalità è di innescare un processo di collaborazione fra utenti/familiari/ operatori, migliorando l'adesione ai trattamenti e le condizioni dell'utente nel suo contesto di vita, riducendo la probabilità di ricadute.**



Il modello Psicoeducazione di I. Falloon.

- Migliorare le conoscenze sullo specifico disturbo mentale e sul suo trattamento.
- Aiutare la famiglia ad assumere un ruolo attivo nella gestione del disturbo.
- Ridurre preoccupazioni e ansia legate a incertezza e scarsa informazione.
- Sviluppare l'alleanza terapeutica familiari/operatori/utenti.

Informazione/formazione sul DM e le sue manifestazioni

Gestione comportamentale del disturbo mentale

Formazione integrata coi trattamenti erogati

Ruolo della famiglia nel percorso di cura (coping)

(Ian Falloon, Intervento psicoeducativo integrato in psichiatria. Guida al lavoro con le famiglie, 1993, Centro Studi Erickson)

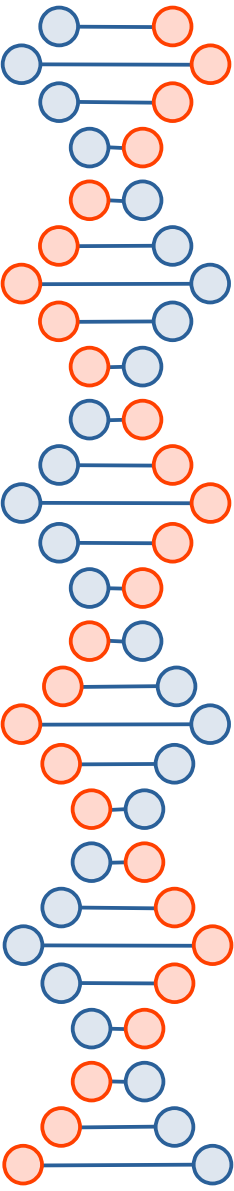


I gruppi familiari (AMA).

Incontri periodici gestiti alla pari (senza professionisti coordinatori):

- Si analizzano e discutono i casi concreti dei partecipanti.
- Si impara a evitare errori e a costruire relazioni collaborative.
- Si apprendono nuove modalità/comportamenti di gestione delle crisi.
- Si sviluppano le competenze/capacità del familiare.
- Si facilita la costruzione dell'alleanza con gli operatori.
- Si valorizza l'esperienza diretta dei familiari: il sapere esperienziale è altrettanto importante di quello professionale.

Il Counseling Familiare.

- 
- Counseling deriva dal verbo to counsel (consigliare), che risale al francese antico conseiller e conseil e che derivano a loro volta dal verbo latino medievale consiliare e dal latino volgare consilium, (da consulere), traducibili in "consiglio" e "consultare".
 - In SM possiamo distinguerlo in **Counseling Psicologico**, condotto da professionisti (psicologi, psicoterapeuti, psichiatri) e in **Counseling Familiare**, condotto da familiari esperti sulla base del sapere esperienziale.



Le competenze/skills del CGF.

- Ascolto attivo, osservazione.
- Sa decodificare la comunicazione non verbale.
- Sa comunicare, negoziare: patto, FB, riconoscimenti.
- Sa gestire ansia, conflitto, stress.
- Sa cambiare il proprio comportamento con attenzione al “qui ed ora”: funziona/non funziona.
- Non perde mai la speranza: empatia, gentilezza.

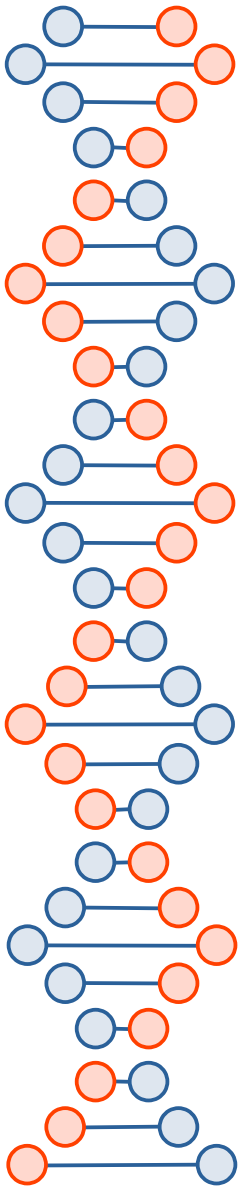
I trattamenti in SM.

- Farmacologici.
- Psicologici/psicoterapici.
- Psico-sociali: autonomia, riabilitazione.
- Sociali: abitare, lavoro.



Il mestiere di curare.

- Occorre vedere la persona non “la malattia” (F. Basaglia).
- Modello bio-organico verso modello bio-psico-sociale.
- Trattamenti integrati partendo dagli obiettivi personali.
- Valutazione degli esiti e monitoraggio efficacia/qualità.
- Collaborazione e maggiore integrazione della rete
utenti-familiari-operatori.



Dinamiche familiari negative: segnali.

- Criticismo.
- Ostilità.
- Ipercoinvolgimento.
- Conflittualità latente o espressa in aumento.
- Vittimismo.
- Logoramento dei legami familiari.
- Logoramento psicologico.



Percorsi di cura in SM.

L'avvio di un percorso di cura è perciò possibile solo:

- quando una persona fa o è convinta a fare, una sorta di contratto di cura (patto), innanzitutto con se stesso, perché si accorge che i costi della malattia sono troppo onerosi e si convince che i possibili ricavi di una cura potrebbero farla star meglio;
- in seconda battuta quando tale contratto viene stabilito con un curante, in modo esplicito o implicito, possiamo definirlo un contratto terapeutico.

Quanto più sarà elevato il grado di adesione del curato a tale contratto, tanto maggiore sarà il grado di responsabilizzazione e di conseguenza un comportamento attivo nel prendersi cura di sé; se invece l'adesione sarà inadeguata, avremo comportamenti passivi o resistenti.

Bordin E.S. *The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance*, *Psychotherapy: Theory, Research & Practice* 1979.

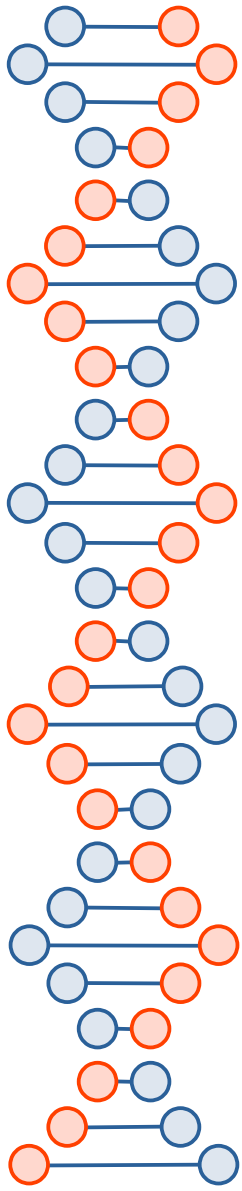
Alleanza terapeutica.

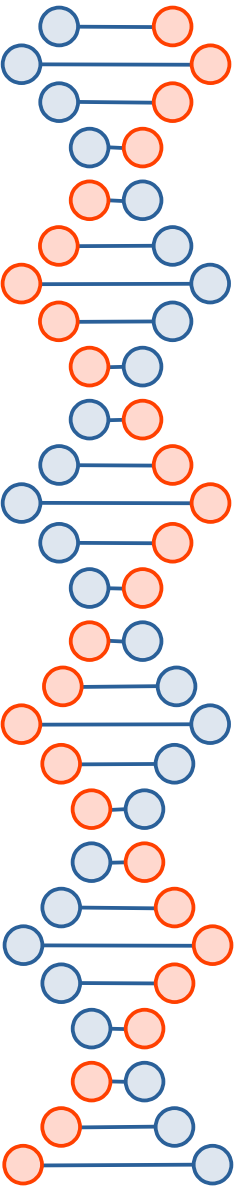
Solo un'alleanza *attiva* denota la differenza rispetto alla cura tradizionale: oltre alla partecipazione del curato, vi è una vera responsabilizzazione.

Nella letteratura l'alleanza terapeutica è definita come:

- l'esplicita condivisione di obiettivi da parte di paziente e curanti, il contratto (o patto);
- la chiara definizione di compiti reciproci all'inizio del trattamento, definizione di responsabilità;
- il tipo di legame che si costituisce, caratterizzato da fiducia e rispetto, partecipazione attiva e condivisione responsabile.

Bordin, E.S., 1979.





Modello bio-psicosociale.

- Nell'ottica del modello tradizionale o modello biomedico:
1-diagnosi; 2-prognosi; 3-terapia/cura.
- Nell'ottica del modello bio-psicosociale la sequenza è centrata sulla persona e sulla relazione/legame :
 - **1 -Contratto di cura, 2-alleanza,**
3-diagnosi, 4-prognosi, 5-terapia/cura.

Modello bio-psicosociale.

➤ È merito di George Libman Engel e Jon Romano se il modello bio-psicosociale è stato approfondito, nel tentativo di colmare le carenze sociosanitarie e assistenziali della medicina di base e della medicina di comunità. Il modello utilizza un approccio strategico (sviluppato dallo stesso Engel negli anni '80) che considera e osserva molti altri fattori oltre al semplice buon andamento delle funzioni e degli organi; l'individuo è considerato al centro di un sistema influenzato da tante variabili, sulle quali il medico che intende affrontare la malattia, dovrà focalizzarsi: aspetti psicologici, sociali, ambientali, tutti in sinergia tra loro e, proprio per questo, in grado di influenzare l'evoluzione della terapia.

➤ Il concetto di salute come sistema influenzato da molteplici variabili venne adottato fin dal 1947 dalla World Health Organization (WHO).

Engel George L., The need for a new medical model: A challenge for biomedicine, in «Science», vol. 196, 1977, pp. 129–136.



Ruolo dei care-giver.

La grande differenza nel campo della SM fra:

- il prendersi cura attivamente attraverso un percorso terapeutico-riabilitativo, (cioè la presa in carico **attiva**)
- e la semplice assunzione in cura o presa in carico passiva (modello ambulatoriale) dell'attuale organizzazione sanitaria, in parte ancorate al modello bio-medico della SM,
- consiste quindi essenzialmente nell'applicazione reale del modello bio-psicosociale e nell'integrazione attiva della rete utenti/familiari.