



Il Gruppo come Risorsa per Familiari di Soggetti con Disagio Psicico nella Fondazione Internazionale Don Luigi di Liegro

Lucia Giganti^a, Flavia Iafisco^a, Andrea Caputo^a, Viviana Langher^{a,*}, Anna Riglioni^b

^a *Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, Sapienza, Università di Roma*

^b *Psicologa, Fondazione Internazionale Don Luigi di Liegro*

ARTICLE INFO

Submitted: 05 May 2017
Accepted: 04 October 2017
DOI: 10.4458/9453-03

ABSTRACT

This study aims at investigating the relationship between family associations, Mental Health Services and Non-Profit Organizations. Specifically, we present a case study of a group of relatives of persons with psychological disorders, in a Non-Profit organization in Rome. The research has the purpose to detect some components of the local culture, based on the exploration of the emotional symbolic dynamics during the group meetings, entirely recorded, processed through a text analysis, in order to identify and develop a new function of the group in this context. Findings from the data suggests a possible change in this group of family members- that concerns their representation of their relatives with psychological disorders and their demand to the institutions- and a relation with the cultural change of the Organization.

Keywords: mental health; family members; group; non-profit organizations.

RIASSUNTO

Lo studio approfondisce la relazione tra associazioni di familiari e istituzioni mediante lo studio di caso di un gruppo di familiari di disabili psichici, all'interno di un'organizzazione No Profit romana, in una fase di ripensamento della loro funzione. Ci si propone di rilevare aspetti della cultura locale, esplorando le dinamiche simbolico-emozionali del gruppo tramite l'analisi dei testi prodotti nei diversi incontri, con lo scopo di individuare nuove possibili funzioni del gruppo in questo contesto. I risultati mostrano un processo di sviluppo delle rappresentazioni del malato mentale e nella definizione di una domanda ai servizi di salute mentale, in relazione al cambiamento culturale organizzativo.

Parole chiave: salute mentale, familiari, gruppo, organizzazioni no profit.

*Corresponding author.

Viviana Langher

Department of Dynamic and Clinical Psychology, "Sapienza" University of Rome via degli Apuli, 1, 00185, Rome, Italy.
Email: viviana.langher@uniroma1.it
(V. Langher)



Introduzione

La deistituzionalizzazione del malato mentale ha comportato, nei Paesi ad alto reddito, un passaggio del ruolo di cura dalle istituzioni manicomiali alla comunità (Thornicroft & Tansella, 2013), generando cambiamenti nella relazione tra i servizi e le famiglie, che si rivolgono a tali istituzioni con nuove domande, non solo maggiori quantitativamente ma diverse qualitativamente (Farnese & Langher, 2010). I Servizi di Salute Mentale (SSM), in questo movimento trasformativo, hanno avuto difficoltà a progettare e fornire un'adeguata rete di servizi per il supporto agli individui con disagio psichico (Talbot, 2004). Le famiglie rappresentano la principale fonte di presa in carico per i familiari con disagio mentale (Farnese & Langher, 2010) e la primaria fonte di sostegno emozionale, finanziario, abitativo (Brent & Giuliano, 2007), non avendo, però, strumenti strutturali ed emozionali adeguati a supporto di questo ruolo (Lefley, 1998; Carli & Paniccia, 2011; Paniccia et al., 2014).

Nonostante accudire un familiare possa essere positivo per queste famiglie, generando un vissuto di competenza (Nolan & Lundh, 1999), e non sempre comporti uno sconvolgimento degli equilibri e della routine in presenza di strumenti per far fronte a questa situazione (Tamaki, Oshima, Ito, 2008), è ben noto come sia frequentemente associato a una varietà di stressor (Yesufu-Udechuku et al., 2015; Farnese & Langher, 2010), tra cui perdita di autonomia e libertà nella propria vita (Ryan, 1993), stigma sociale, preoccupazioni per chi si prenderà cura del proprio familiare in futuro (Tamaki, Oshima, Ito, 2008), difficoltà o impossibilità lavorative (Yesufu-Udechuku et al., 2015; Farnese & Langher, 2010) e conseguente carico finanziario, connesso alle spese legate alla malattia (Awad & Voruganti, 2008). Un'area critica per le famiglie riguarda anche il rapporto con i SSM, percepiti come insoddisfacenti nelle prestazioni offerte (Raune, Kuipers & Bebbington, 2004), nella responsabilità ai propri bisogni e a quelli del proprio familiare (Pickett, Heller & Cook, 1998; Carli & Paniccia 2011), nell'accesso alle informazioni sulle loro modalità di funzionamento (Carli & Paniccia, 2011).

I SSM appaiono ancora troppo spesso ancorati ad una concezione individualistica e biologica della malattia e molti dei loro interventi sono focalizzati sul singolo individuo (Yesufu-Udechuku et al., 2015), tralasciando il supporto nelle relazioni con la famiglia e l'individuazione dei bisogni di questa (Kuipers, 2010). Questo aspetto ha contribuito alla diffusione massiccia, dagli anni '80 in poi, di movimenti associativi di familiari di persone con disagio psichico, come denuncia della propria condizione e ricerca di forme di sostegno alternative (Carli & Paniccia, 2011; Heller et al., 1997). La forma associativa più frequente è quella del gruppo di auto-aiuto, in cui gli obiettivi sono la condivisione della propria esperienza e lo scambio reciproco di sostegno affettivo, strumentale e informativo, implementando strategie di coping e tamponando una condizione di disagio prolungata (Pickett, Heller & Cook, 1998; Giarelli & Spina, 2014; Francescato, Tomai & Ghirelli, 2002). Il fenomeno dell'auto-aiuto in risposta a nuovi bisogni ha assunto, nel tempo, caratteristiche diverse; la funzione di supporto tra i membri del gruppo tende a trasformarsi in partecipazione attiva e sviluppo di risorse personali volte alla ricerca di strategie di network con altri interlocutori della comunità (Citron, Solomon & Draine 1999) e ad azioni orientate a innovare le organizzazioni, le istituzioni e i servizi (Albanesi, 2004). Questo processo di integrazione è testimoniato dall'aumento di forme di collaborazione tra operatori dei servizi e gruppi di familiari (Silverman, 1989; Albanesi, 2004; Francescato, Tomai & Ghirelli 2002) e dalla presenza di questi gruppi all'interno di organizzazioni del terzo settore (Giarelli & Spina, 2014).

In seguito al passaggio da welfare state a welfare community (Converso & Piccardo, 2003) hanno assunto più rilevanza le organizzazioni non profit (ONP), che svolgono le attività che lo Stato non può più svolgere e che il mercato non ha interesse ad assimilare, assumendo una funzione sostitutiva nei confronti dei servizi pubblici, di cui assorbono parte dell'utenza (Felicio, Goncalves & Goncalves, 2013). Le ONP, perciò, integrano la frammentarietà dei servizi e delle istituzioni, colmando i vuoti relazionali e organizzativi, offrendo continuità all'utenza; allo stesso tempo, una delle sfide maggiori per loro, operando in un contesto socioeconomico altamente competitivo (Nielsen & Lassen, 2012; Turner, Ledwith & Kelly, 2012), è quella di dover coniugare il progetto economico e il progetto sociale (Converso e Piccardo, 2003). Le ONP sono chiamate a introdurre

profondi cambiamenti nelle loro pratiche (Macedo & Pinho, 2006; Rodrigues & Pinho, 2010), integrando aspetti fondati su dimensioni valoriali e aspetti innovativi vicini ad una cultura fondata sulla competenza professionale. Le organizzazioni, nella prospettiva adottata, possono essere intese come l'insieme delle simbolizzazioni affettive di chi quel contesto condivide (Carli & Paniccia, 2011) che danno origine alla Cultura Locale entro la quale l'organizzazione prende forma. Con la nozione di Cultura Locale ci si riferisce alla simbolizzazione emozionale collusiva che caratterizza un gruppo sociale nei confronti di uno specifico contesto, rilevante per il gruppo sociale stesso (Carli et. al., 2007). Questa, in altri termini, risulta essere una stabilizzazione dei processi collusivi che connotano le simbolizzazioni affettive di chi fa parte e dà origine a una specifica organizzazione. L'organizzazione, in quest'ottica, viene letta come fondata sulla reificazione di processi collusivi inconsci che originano la Cultura Locale e la sua finalità è quella di rendere reali entro le relazioni sociali tali dinamiche. Le modificazioni legislative e strutturali sono ugualmente da leggere, quindi, in stretta relazione con le dinamiche simbolico-collusive, dal momento che ogni processo di cambiamento interessa una trasformazione delle dinamiche che connotano una cultura specifica, la quale rende possibile il mutamento delle organizzazioni che le rappresentano e le reificano (Carli & Paniccia, 2011).

Metodo

Lo studio del caso

Presentiamo il caso di un gruppo di empowerment per familiari di pazienti con disturbo psichiatrico. Il gruppo è stato realizzato all'interno della Fondazione Internazionale Don Luigi Di Liegro, –Organizzazione Non Profit (ONP) del territorio romano che opera in diversi settori, tra cui il disagio psichico, in rete con i Servizi di Salute Mentale (SSM). Una parte consistente del suo lavoro riguarda la promozione di gruppi di auto-aiuto rivolti ai familiari degli utenti dei servizi. Nello specifico, la mission dell'organizzazione viene indicata nella volontà di prevenire e rimuovere ogni forma di marginalità sociale e di povertà, volgendo gli interventi a ricreare legami di solidarietà e di reciproco aiuto. Considerando gli aspetti costitutivi di questa ONP sembra che la dimensione valoriale sia un elemento centrale e agisca nel processo di definizione degli interventi, connotandoli in una prospettiva assistenzialista orientata principalmente a una funzione sostitutiva, fondata sul potere tecnico dell'esperto e sulla delega dell'utente.

Lo studio ha avuto come oggetto d'interesse il processo di un gruppo di familiari che, in seguito alla domanda di sperimentare uno strumento diverso rispetto ai gruppi di auto aiuto, ha permesso l'istituzione del gruppo "empowerment", finalizzato alla realizzazione di percorsi di autonomia per i loro familiari, attraverso il confronto tra i membri. L'attribuzione di un nuovo significato al gruppo, all'interno della ONP, potrebbe riflettere un più ampio processo di cambiamento culturale, inteso come ripensamento delle proprie dinamiche emozionali e relazionali e delle proprie modalità organizzative, in un passaggio da una funzione sostitutiva ad una integrativa, basata su un tecnico debole che mette al centro la domanda dell'utente.

Obiettivi

In questa prospettiva il contesto assume il duplice significato di ambiente e di prodotto di interpretazione intersoggettiva e simbolica dei suoi "oggetti" da parte di chi vi partecipa, esprimendo, quindi, una specifica cultura locale, prodotta dall'interazione, in continua rielaborazione, tra i diversi modelli culturali, intesi come modi di rappresentazione emozionale della realtà che danno significati ai contesti di appartenenza (Montesarchio & Venuleo, 2009). Lo studio è volto all'esplorazione delle dimensioni simbolico emozionali che caratterizzano la relazione tra i partecipanti del gruppo, i loro familiari, l'organizzazione e il contesto più allargato, per comprendere come queste si siano riorganizzate nel corso degli incontri, configurando repertori culturali condivisi sul tema del disagio mentale, sulle problematiche ad esso connesse e sulle modalità con cui i partecipanti si organizzano per far fronte a queste difficoltà. Si indagano, quindi, alcuni aspetti della cultura locale, avanzando

ipotesi interpretative sul processo di sviluppo del gruppo nascente, nella definizione della sua domanda e dei suoi obiettivi, e sulle relazioni tra tale processo e le dinamiche dell'organizzazione.

Partecipanti

I partecipanti allo studio sono familiari (prevalentemente genitori) di persone affette da differenti forme di disagio mentale, provenienti dall'esperienza dei gruppi di auto-aiuto della Fondazione. I familiari dei partecipanti sono in prevalenza maschi, di età compresa tra i 30 e i 42 anni. Non vi è un'omogeneità per diagnosi del familiare e, accanto a situazioni diagnosticate e complesse (Disturbi psicotici, Schizofrenia, Disturbo Bipolare, Disturbo di Personalità B.), vi sono altre condizioni di natura differente o non meglio specificate (Depressione in seguito a lutto, Autismo, Disabilità, Ritiro Sociale). La maggior parte delle esperienze di malattia del familiare è caratterizzata da esordio precoce (15, 16, 17, anni) e sembra essersi cronicizzata nel tempo (più di 10 anni). Dalle narrazioni dei partecipanti emergono, inoltre, diversi iter complicati e conflittuali con i servizi e problemi legati alla scarsa aderenza ai trattamenti. L'età media dei partecipanti al gruppo è, quindi, elevata (>50), fatta eccezione per un fratello; sono tutti residenti nel Lazio e di Status Socio-economico medio, in diversi casi, a causa delle limitazioni lavorative connesse alla malattia del familiare.

Inizialmente il gruppo era composto da 23 persone (9 uomini, 14 donne) che si sono progressivamente ridotte a 10 (6 uomini, 4 donne); si tratta di quelle la cui presenza è stata più costante dal primo al sesto incontro. I partecipanti che nel corso degli incontri hanno abbandonato l'esperienza potrebbero non essersi identificati con gli obiettivi del gruppo nascente (ad esempio, perché erano più motivati da un bisogno di contenimento emotivo personale offerto dai gruppi di auto aiuto, piuttosto che voler diventare i facilitatori del percorso di autonomia dei loro familiari con disagio psichico).

I conduttori sono due psicologi (un uomo e una donna) esterni alla ONP, che provengono da due ambiti professionali differenti (consulenza alle aziende e consulenza ai servizi sociali) e che presentano differenti modalità di conduzione. Il primo utilizza un approccio più direttivo, proponendo una tecnica definita (SWOT- Analysis) orientata alla strutturazione del gruppo e alla definizione dei compiti; l'altra adotta uno stile di conduzione centrato sull'espressione dei contenuti e dei significati del gruppo e sulla lettura e restituzione dei processi, stimolando la riflessione su risorse e competenze. Entrambi si pongono come facilitatori di un processo da co-costruire nel corso degli incontri, nel tentativo di configurare, fin dal principio, un modello di relazione e una funzione del gruppo e del conduttore diverse da quelle sperimentate abitualmente dai partecipanti nel contesto dei gruppi di auto aiuto. Per questo motivo i conduttori propongono di strutturare gli incontri in una prima parte dedicata alla discussione libera su temi di interesse comune ai partecipanti e una seconda parte dedicata ad attività in piccolo gruppo, volte alla definizione di competenze personali da mettere in campo, alla formulazione di progetti di inserimento lavorativo, alla ricerca di informazioni utili (possibili partner, forme di finanziamento, esperienze di successo a cui ispirarsi, strutture da visitare), alla progressiva ridefinizione e co-costruzione di una proposta progettuale del gruppo.

Metodologia

La metodologia utilizzata si basa sull'assunto che i modelli culturali si evidenziano nella comunicazione e nel linguaggio (Carli & Panicia, 2002), per cui è possibile utilizzare i testi prodotti entro un determinato contesto, su temi condivisi, come chiave di comprensione della cultura locale (Montesarchio & Venuleo, 2009). L'analisi dei testi è ancorata alla bi-logica della mente di Matte Blanco (1975) e al principio della duplice referenza (Fornari, 1979), per cui ogni atto comunicativo e linguistico rimanda sia a una dimensione di significato cognitiva sia alle sue connotazioni simbolico-affettive. Si distinguono due classi di parole: quelle a bassa polisemia e quelle ad alta polisemia, queste ultime denominate parole dense, in quanto parole che veicolano di per sé, a prescindere dal contesto linguistico in cui sono iscritte, un'alta simbolizzazione emozionale (Carli & Panicia, 2002).

Analizzare i testi prodotti, in quest’ottica, significa lavorare sulla funzione associativa del linguaggio, ipotizzata come “isomorfa” al modo d’essere inconscio della mente (Carli & Paniccia, 2002), utilizzando una metodologia basata su una logica di tipo abduktivo, che permette di avanzare delle interpretazioni provvisorie e di formulare ipotesi sulla Cultura Locale del gruppo.

Risultati

Le registrazioni degli incontri del gruppo, compresi gli interventi dei conduttori che costituiscono il 30% del totale, sono state trascritte e raccolte in un corpus unico, sottoposto ad Analisi delle Corrispondenze Lessicali mediante il software T-Lab, condotte su una tabella (lemmi per variabili) (Lancia, 2004), in cui la variabile attiva utilizzata è il “numero dell’incontro del gruppo” (vedi tabella 1). In tal modo è possibile individuare differenze e somiglianze nel lessico utilizzato nelle partizioni di testo riferite ai diversi incontri del gruppo. Il risultato è l’estrazione di alcuni fattori che possono essere rappresentati graficamente su piani cartesiani (vedi figura 1 e 2) e che sono intesi come dimensioni organizzanti relazioni oppostive tra insiemi o classi (Montesarchio & Venuleo, 2009; Giacchetta, Caputo & Langher, 2016).

Nel caso presentato, il primo e il secondo fattore danno conto di circa il 60% dell’inerzia complessiva dei dati, per cui l’analisi si concentrerà su questi.

Figura 1. Spazio fattoriale (numero degli incontri)

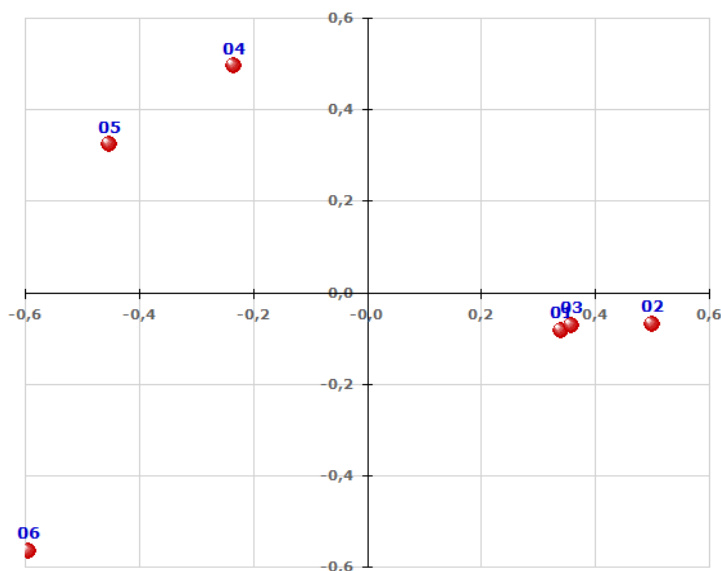


Tabella 1. Rapporto tra numero degli incontri e fattori (coordinate)

Numero dell'incontro	Fattore 1	Fattore 2
V1	0.34	-0.08
V2	0.5	-0.07
V3	0.36	-0.07
V4	-0.23	-0.49
V5	-0.45	0.32
V6	-0.59	-0.57

Figura 2. Spazio fattoriale (numero degli incontri)



Il primo fattore spiega il 35,83% dell'inerzia complessiva dei dati e sembra riferirsi al modo in cui viene simbolizzata la relazione collusiva con il familiare malato (vedi tabella 2).

La polarità positiva del primo fattore, a cui viene dato significato prevalentemente dai lemmi caratterizzanti i primi tre incontri, sembra essere connotata da una dimensione prettamente familistica (*figlio, mamma, famiglia, marito*) che evoca un'emozionalità intensa poiché rimanda ad un legame (genitore/figlio) fondato sulla fissità delle aspettative reciproche. Emerge una simbolizzazione del legame connotata da una stabilità e da ricorsività (*anni*). La dimensione familistica si caratterizza per l'assimilazione dell'altro all'amico noto (Carli & Paniccia, 2003) esauendo l'eventualità di stabilire relazioni in cui esplorare, attraverso la conoscenza, possibilità produttive e di sviluppo. Il sistema familistico è improntato alla sola emozione, contenuta entro il rituale della separazione con l'esterno, pericoloso perché improntato al prodotto, e vissuto simbolicamente come nemico. In questi incontri il gruppo simbolizza la sua identità e la relazione con gli altri membri, riferendosi ai valori comuni (*valori, solidarietà, autonomia*), sulla cui adesione acritica si fonda l'appartenenza, in contrapposizione alla minaccia, rappresentata da tutto ciò che sta "fuori dal gruppo".

Emerge una forte dimensione interiore condivisa di sofferenza e fatica (*debolezza, problemi*), per cui, ragionare in termini di *valore*, potrebbe riferirsi al costo emotivo che comporterebbe il cambiamento da una funzione custodialista della relazione con il familiare (figlio perenne), a nuove modalità relazionali non ancora note.

Alcuni verbi (*imparare, riuscire, generare*) suggeriscono un movimento trasformativo verso una dimensione produttiva e generativa.

I termini *finalità* (da fine, esito) e *positivo* (che esiste di fatto, sicuro) rimandano, però, al raggiungimento di stati ideali. Sembra che in questa fase il processo del gruppo sia mosso dall'urgenza emozionale di porre fine a una condizione vissuta come infinita nel tempo, e non sia mediato dall'istituzione di un pensiero su obiettivi perseguibili, a partire dalla specificità di questo contesto. [“È controproducente per noi che diventiamo vittime e per loro che non si staccano dalla famiglia”; “Perché dire che io, come tante mamme, sono quella sempre la prima proprio sul fronte, nel senso che la mia vita è diventata la vita dei miei figli”; “Oggi è la seconda volta che partecipo, cioè sono d'accordo, sinceramente, lo ammetto, su tutti i buoni enunciamenti di principi, i valori, la visione, le finalità”; “Quindi valori del nostro gruppo sono, vogliono essere, almeno, li raccogliamo così: la prima solidarietà, questa disponibilità da declinare in diverse modalità. La seconda, abbiamo detto, rispetto. La terza abbiamo detto essere autonomia”].

Tabella 2. Lemmi Primo fattore

Lemmi	Valore Test	Lemmi	Valore Test
Figlio	8.00	Utente	-8.68
Valori	7.46	Fattoria	-8.13
Anni	6.77	Progetto	-7.20
Valore	6.56	Ufe	-7.11
Problema	6.28	Asl	-7.09
Problemi	5.97	Casale	-6.80
Potenzialità	5.96	Stazioni	-6.77
Autonomia	5.49	Regione	-6.60
Famiglia	5.35	Struttura	-6.31
Solidarietà	5.10	Attività	-6.27
Positivo	4.95	Centro	-6.19
Comportamento	4.83	Esatto	-5.89
Competenze	4.49	Trento	-5.68
Mamma	4.48	Immobile	-4.90
Debolezza	4.36	Mandare	-4.88
Finalità	4.34	Agriturismo	-4.66
Marito	4.01	Città	-4.64
Vivere	3.88	Operatore	-4.55
Minaccia	3.51	Dipartimento	-4.49
Cercare	3.33	Casali	-4.24
Emozionale	3.11	Casa	-3.73
Nostro	2.98	Servizi	-3.47
Vedere	2.97	Possibilità	-3.35

Lavorare	2.97	Creare	-2.84
Invalidità	2.94	Sviluppare	-2.41
Imparare	2.90		
Riuscire	2.85		
Rispetto	2.81		
Ascolto	2.68		
Isolamento	2.58		
Generare	2.38		
Guardare	2.30		

La polarità negativa assume significato principalmente dal quarto, quinto e sesto incontro del gruppo. Rispetto ai primi tre incontri emerge la possibilità di simbolizzare il familiare come estraneo, da conoscere attraverso un processo esplorativo. L'atteggiamento verso l'estraneo sembra ambivalente: il verbo *mandare* (affidarsi) suggerisce la possibilità di uno spazio di apertura e fiducia ma lemmi significativi come *casale, fattoria, centro*, rimandano alla ricerca di un luogo chiuso, protetto, che fa pensare a una posizione difensiva, in cui si sta fuori ma contemporaneamente ci si lascia la possibilità di uno spazio "dentro", conosciuto e sicuro, che per le sue caratteristiche ricorda la *casa*. Questa dinamica relazionale rimanda al "mettere dentro" uno spazio altro per "mettere fuori" dal sistema familistico d'appartenenza e dai contesti di convivenza. Sembra emergere il tentativo di porre un freno alla ricorsività della dimensione familistica, definendo i confini di questa relazione: il *figlio* diventa *utente*, qualcuno che si serve di qualcosa basandosi su regole più precise, configurando possibilità di scambio e produttive. Inoltre, l'utilizzo del termine *esatto* indica una modalità di mostrare accordo (in opposizione all'appartenenza aprioristica precedente), che riflette come il processo di riconoscimento dell'altro diverso da sé, riguardi anche la simbolizzazione della relazione tra i diversi membri del gruppo.

Sono interessanti i termini che rimandano ai servizi territoriali (*asl, operatori, dipartimento*), che sono identificati come primi interlocutori esterni a cui pensare, nel processo di ridefinizione del significato della relazione con il malato. Si ipotizza che l'ambivalenza tra il rifugiarsi nella dimensione di appartenenza e il voler entrare in contatto con l'estraneità, possa essere legata anche al fatto che nel pensare a quest'ultima il primo soggetto che viene in mente sono le istituzioni mediche, che, spesso, fondano il loro operato sulla scissione teorizzata da Fornari (1976) tra "male altro" (alterazione come oggetto cattivo/nemico) e "bene proprio" (corpo sociale "normale") del malato, inteso come soggetto da rieducare e normalizzare. Il termine *possibilità* rimanda alla dimensione dell'incertezza come condizione necessaria per porsi in rapporto con l'altro "ignoto" ma anche ad un confronto con gli aspetti di realtà che caratterizzano ogni relazione, dal momento che le possibilità si definiscono sulla base delle risorse e dei limiti di un contesto, che sono, per definizione, non infiniti e inseriti in uno spazio e in un tempo circoscritti (*progetto, regione, attività*).

Tabella 3. Lemmi Secondo fattore

Lemmi	Valore Test	Lemmi	Valore Test
Terreno	7.32	Utente	-9.99
Cantoniere	6.81	Asl	-9.01
Vabbè	6.66	Ufe	-8.63
Polivalente	5.76	Volontario	-5.27
Albergo	5.68	Legge	-5.09
Paolo	5.30	Mentale	-5.02
Agrario	4.95	Salute	-4.94
Grafico	4.62	Dipartimento	-4.85
Mappa	4.61	Familiare	-4.76
Casa	4.55	Operatore	-4.22
Privato	4.21	Assessore	-4.08
Istituto	4.13	Albano	-3.96
Vivaio	4.06	Concetto	-3.60
Finanziare	4.04	Importanza	-3.45
Itaca	3.89	Percorso	-3.35
Bando	3.87	Amministrativo	-3.35
Giardinaggio	3.61	Migliorare	-3.07
Raccogliere	3.48	Sociale	-2.91
Proposta	2.95	Iniziativa	-2.76
Provare	2.47	Rete	-2.53
Suonare	2.46	Cura	-2.41
Polifunzionale	2.34	Comunità	-2.33
		Competenze	-2.20
		Servizio	-2.07
		Dottore	-2.04

Altri termini (*ufe, sviluppare*) fanno pensare a un cambiamento nel modo di simbolizzare sé stessi da fruitori passivi di un prodotto a soggetti attivi nella sua costruzione. Tuttavia la relazione utente-ufe rimanda a una relazione ben diversa da quella genitore-figlio, e forse più vicina alla relazione operatore sanitario-paziente. Sembra che nell'entrare in rapporto con l'altro, l'emozionalità

inchiodante, forse perché vissuta come impossibile da risolvere definitivamente, sia stata allontanata in maniera difensiva.

[“Il rapporto di lavoro deve essere, secondo me, con l'utente finale completamente libero, oggi vuoi andare benissimo, oggi non può andare, non gli succede niente, non perde nulla”; “Finalmente l'utente diventa un attore attivo del, del suo processo di autoguarigione”]

Si ipotizza che le due polarità, positiva e negativa, del primo fattore possano essere lette come, rispettivamente, relative al “dentro” (dimensione familistica e valoriale) e “fuori” (esplorazione, dimensione di scambio), categorie primitive di simbolizzare il corpo nello spazio, che fanno riferimento, sul piano della relazione, alle dimensioni dell'appartenenza e dell'estraneità (Carli & Paniccia, 2002).

Il secondo fattore, che spiega complessivamente il 22,10 % dell'inerzia totale, assume significato in maniera rilevante dal quarto, quinto e sesto incontro. Questo fattore sembra riferirsi alla relazione con i servizi e le sue due polarità esprimono dimensioni simboliche opposte che rappresentano i tentativi di configurare emozionalmente questo rapporto che si sta iniziando a pensare (vedi tabella 3).

La polarità positiva rimanda ad una simbolizzazione del rapporto con i servizi caratterizzata dall'oscillazione tra reciprocità/integrazione e assenza di reciprocità e comunicazione. Alcuni lemmi (*casa, privato*) fanno pensare al tentativo di porsi, nella relazione con l'esterno, in una dimensione privata, isolata ma anche separata e diversa, nei suoi obiettivi e processi produttivi, da quella pubblica e istituzionale, mantenendo una propria specificità e autenticità. Alcuni termini rimandano, inoltre, alla volontà di assumere una molteplicità di funzioni che non sono riconducibili alla sola funzione medica individuata nei servizi e che si avvicinano più ad organizzazioni del privato sociale (*polivalente, vivaio, agrario, giardinaggio*). Altri suggeriscono, tuttavia, il desiderio di proporsi e farsi riconoscere da questo interlocutore (*bando, proposta, suonare*). Sembra esserci un'ambivalenza tra il desiderio di essere altro dalle istituzioni, e quello di entrarci in relazione, come se le due cose fossero impossibili da realizzare insieme.

Emerge il tema delle risorse economiche (*finanziare, albergo*) che fa pensare a un passaggio dal ragionare sul costo dell'autonomia in termini emotivi al costo che tale processo comporta sul piano delle risorse reali. I servizi sembrano essere simbolizzati anche come mezzo con cui sostenersi economicamente in un processo di realizzazione di sé come cosa altra. La ricerca di una propria specificità emerge anche dal nome Pietro che suggerisce un processo di riconoscimento dell'altro fondato sulla sua specificità [“È uscita fuori l'idea di un centro multifunzionale polivalente, quindi nella fattoria sociale c'ho trovato in effetti diverse funzioni ci possono essere no, sia per quanto riguarda i familiari gli operatori, gli utenti stessi e nel campo non solo agricolo, perché fattoria sociale può essere appunto agricolo ma ci sono anche gli animali, ci sono anche la cura del giardinaggio, dei fiori, la coltivazione dei fiori, poi c'è anche un punto vendita di tutto quello che loro producono no”].

La polarità negativa è connotata da un maggiore orientamento alla comunicazione reciproca e da una spinta all'azione fondata sullo scambio, individuate nella possibilità di entrare in relazione con i servizi. Inizialmente la simbolizzazione dei servizi si organizza ancora attorno ad aspetti legati al profilo burocratico (*legge, amministrativo*) ed emergono aspetti legati alla questione della tecnica (*dottore, operatore*) che conferisce ai servizi potere all'interno di questa relazione, come suggerisce il termine *competenze* (competere, gareggiare) che rimanda ad una configurazione del rapporto competitiva, per la quale si ragiona sul poter operare meglio o peggio dei Servizi.

Allo stesso tempo, altri lemmi (*volontario, iniziativa, percorso, migliorare*) evocano l'apertura di uno spazio di pensiero su questa relazione, che dall'assenza di reciprocità si muove verso la possibilità di collaborazione, non più vissuta come irrealizzabile. Inoltre, emerge la consapevolezza che, individualmente, le possibilità di costruire obiettivi produttivi siano limitate, da cui la necessità di mettere insieme le risorse di ognuno per integrare le competenze del gruppo nella relazione con i servizi (*gruppo, rete, sociale, comunità*) [“Si perché dobbiamo sicuramente affiancare le ASL ma mantenere una certa autonomia, è un'altra cosa il fare insieme”; “Riunioni in cui operatori, UFE,

familiari, insomma si riuniscono per fare un bilancio di ciò che è andato bene, ciò che non è andato bene, cosa si può migliorare”].

In questo fattore, le simbolizzazioni affettive che caratterizzano la relazione con i servizi sembrano esprimersi nella dialettica tra vero e falso, declinarsi nelle dimensioni di reciprocità e assenza di comunicazione, e perciò oscillare tra dinamiche collusive incentrate sul potere e incentrate sullo scambio. Per questo motivo si è definita la polarità negativa “davanti” (produttività, integrazione) implicante comunicazione e scambio e la polarità positiva “dietro” (funzione medica, relazione competitiva), che comporta assenza di reciprocità e comunicazione (Carli & Paniccia, 2002).

Conclusioni

Lo studio presentato ha avuto come oggetto l’analisi dell’evoluzione di un gruppo di familiari di pazienti con disturbo psichiatrico. Per quanto i risultati non siano generalizzabili, data la natura “single case” dello studio, essi tuttavia potrebbero offrire spunti utili a professionisti e ricercatori che si occupano di modelli di intervento e supporto psicologico rivolti a familiari di persone affette da disturbi psichiatrici. Dall’interpretazione dei fattori emergono due aree relazionali rilevanti per il gruppo. La prima concerne la relazione con il proprio familiare malato, caratterizzata da una forte componente emozionale non pensata, che non sembra risolversi del tutto. Da questo studio, però, si osserva, come, nel processo grupppale, sia stato possibile sviluppare nuove modalità di simbolizzare il familiare: da soggetto da includere forzatamente, negandone desideri e differenze, a persona la cui integrazione è possibile solo a partire da un riconoscimento delle sue risorse, che nascono anche dai suoi limiti, dalle sue differenze, dai suoi desideri. Come emerge dalla letteratura presa in esame, il gruppo appare una risorsa importante per il familiari di persone con disagio psichico.

In questo caso, una risorsa specifica, per i familiari, sembra essere stata il poter sperimentare, nel gruppo e nell’organizzazione, nuove dinamiche collusive diverse da quella appartenenza/esclusione che sembra caratterizzare la relazione in famiglia e riproporsi nel rapporto con l’altro. Si è ipotizzato che tale processo di sviluppo sia stato facilitato, nel caso specifico, dalla funzione dei conduttori che si è declinata nel dare significato al cambiamento culturale dell’organizzazione, sottolineando l’estraneità del gruppo rispetto al contesto “noto” dell’auto-aiuto, attraverso la proposta di adottare una modalità operativa in piccoli gruppi, orientata alla progettazione e realizzazione di un prodotto terzo. Questo ha consentito di introdurre aspetti di definizione del problema, degli obiettivi, delle risorse a disposizione, delle criticità, del contesto esterno alla Fondazione, in opposizione a quella condizione di potenzialmente infinito (obiettivi valoriali e onnipotenti), di negazione dell’altro come altro da sé e di riconduzione alla dimensione del conosciuto che emerge dai primi incontri, orientando l’azione del gruppo a una funzione sostitutiva nei confronti del familiare e dei servizi.

Tale processo ha portato alla co-costruzione di un progetto per l’inserimento lavorativo che non coinvolgerà necessariamente ed esclusivamente il proprio familiare, ma in primo luogo sé stessi e le proprie competenze, e sarà rivolto, inoltre, ad altri utenti. Emerge, quindi, una domanda del gruppo che non riguarda solamente i problemi del proprio familiare ma anche i propri vissuti di isolamento, impotenza e staticità, da cui nasce l’esigenza di porsi nell’organizzazione e nella comunità come attori attivi nel processo di cambiamento. In questo senso, nell’esperienza di questi familiari, si riscontra molto di quanto emerge nella letteratura sulle nuove funzioni dei gruppi di auto-aiuto (Albanesi, 2004; Silverman, 1989; Francescato, Tomai & Ghirelli 2002; Citron, Solomon & Draine 1999) intesi come soggetti di comunità attivi, in rete con altri interlocutori e coinvolti in processi di cambiamenti organizzativi e istituzionali.

Dallo studio si osserva, infine, anche uno sviluppo nella relazione con i SSM che iniziano ad essere considerati come interlocutori, superando quel vissuto di sfiducia e insoddisfazione frequente nelle famiglie (Raune, Kuipers & Bebbington, 2004). Questa relazione sembra caratterizzata da una forte ambivalenza connessa al conflitto tra la dimensione valoriale, costitutiva delle ONP e il modello

medico prevalente nei SSM, il cui ripensamento potrebbe aiutare a instaurare nuove modalità relazionali, a partire dallo scambio con quella parte dei Servizi più innovativa nel suo modo di pensare alla malattia mentale. Il percorso svolto dal gruppo di familiari, in sintesi, sembra configurarsi per la Fondazione di Liegro come un progetto pilota, sul quale è possibile orientare future modalità e strategie di sviluppo nella relazione con la propria utenza. Una delle funzioni possibili per le ONP nel contesto della Salute Mentale, quindi, sembra individuabile nella definizione, con i propri utenti, di spazi di riflessione su risorse, limiti e obiettivi, volta allo sviluppo di reti di relazioni Famiglie-ONP-Servizi orientate all'integrazione più che alla sostituzione di competenze (Paniccia, 2012).

Riferimenti bibliografici

- Albanesi, C. (2004). *Gruppi di auto-aiuto*. Roma: Carocci.
- Awad, A. G. & Voruganti, L.N. (2008). The burden of schizophrenia on caregivers. *Pharmacoeconomics*, 26, 49–62.
- Brent, B. K. & Giuliano, A. J. (2007). Psychotic-spectrum illness and family-based treatments: A case-based illustration of the underuse of family interventions. *Harvard Review Psychiatry*, 15 (4), 161–168.
- Carli, R. & Paniccia, R.M. (2002). *L'analisi emozionale del testo*. Milano: Franco Angeli.
- Carli, R. & Paniccia, R.M. (2003). *Analisi della domanda*. Bologna: Il Mulino.
- Carli, R. & Paniccia, R.M. (2011). *La cultura dei servizi di salute mentale in Italia: Dai malati psichiatrici alla nuova utenza: l'evoluzione della domanda di aiuto e delle dinamiche di rapporto*. Milano: Franco Angeli.
- Citron, M., Solomon, P., Draine, J. (1999). Self-Help Groups for Families of Persons with Mental Illness: Perceived Benefits of Helpfulness. *Community Mental Health Journal*, 35 (1), 15-30.
- Converso, D., Piccardo, C. (2003). *Il profitto dell'empowerment*. Milano: Raffaello Cortina.
- Farnese, A., Langher, V., (2010). *Journal of special education and rehabilitation*, 11 (1-2), 88-102.
- Felicio, J.A., Gonçalves, H.M., Da Conceição Gonçalves, V. (2013). Social value and organizational performance in non-profit social organizations: Social entrepreneurship, leadership, and socioeconomic context effects. *Journal of Business Research*, 66, 2139–2146 .
- Francescato, D., Tomai, M., Ghirelli G. (2002), *Fondamenti di Psicologia di Comunità*, Roma: Carocci.
- Giacchetta, A., Caputo, A., & Langher, V. (2016). "La "peste del secolo" nella stampa italiana: Le rappresentazioni dell'AIDS negli anni '80 e 2000 a confronto. *Psicologia della salute*, 1, 90-110. doi: 10.3280/PDS2016- 001009.
- Giarelli, G. & Spina, E. (2014). Self-help/mutual aid as active citizenship associations: A case-study of the chronically ill in Italy, *Social science & Medicine*, 123, 242-249.
- Heller, T., Roccoforte, J.A., Hsieh, K., Cook, J.A., Pickett, S.A. (1997). Benefits of support groups for families of adults with severe mental illness. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67 (2), 187-198.
- Kuipers, E. (2010) Time for a separate psychosis caregiver service? *J Ment Health*, 19, 401–404.
- Lancia, F. (2004). *Strumenti per l'analisi dei testi. Introduzione all'uso di T-LAB*, Milano: Franco Angeli.
- Lefley, H. P., (1998). Families, culture, and mental illness: Constructing new realities. *Psychiatry*, 61 (4), 335-355.
- Lowe Nielsen, S., & Lassen, A. H. (2012). Identity in Entrepreneurship Effectuation Theory: A Supplementary Framework. *International Entrepreneurship and Management Journal*, 8(3). DOI: 10.1007/s11365-011-0180-5.
- Macedo, I.M. & Pinho, J.C. (2006). "The relationship between resource dependence and market orientation: The specific case of no profit organizations", *European Journal of Marketing*, 40 (5/6), 533 – 553.
- Matte Blanco, I. (1981). (a cura di Bria, P.) *L'inconscio come insieme infinito: saggio sulla bi-logica*, Torino: Einaudi.
- Montesarchio, G. & Venuleo, C. (2009). *Colloquio magistrale. La Narrazione generativa*. Milano: Franco Angeli.

- Nolan, M., Lundh, U. (1999). Satisfaction and coping strategies of family carers. *Br J Community Nurs*, 4, 470–475.
- Paniccia, R. M., Giovagnoli, F., Bucci, F., & Caputo, A. (2014). Famiglie con un figlio disabile: La domanda nei confronti dei servizi e della psicologia. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 84-107. doi: 10.14645/RPC.2014.2.514.
- Paniccia, R.M, (2012), Psicologia clinica e disabilità. La competenza a integrare differenze, *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 91-110.
- Pickett, S.A., Heller, T., Cook, J.A. (1998). Professional- Led versus Family-Led Support Groups: Exploring the Differences. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 25, 437-445.
- Pinho, J.C., Rodrigues, A.P., Dibb, S. (2014). The role of corporate culture, market orientation and organizational commitment in organizational performance: The case of non-profits organizations. *Journal of Management Development*, 33 (4), 2014, 374-398.
- Raune, D., Kuipers, E., Bebbington, P.E. (2004). Expressed emotion at first-episode psychosis: investigating a carer appraisal model. *Br J Psychiatry*, 184, 321–326.
- Silverman, P., R. (1989). *I gruppi di mutuo aiuto: come l'operatore sociale li può organizzare e sostenere*, Trento: Erickson.
- Talbott, J. A. (2004). Deinstitutionalization: Avoiding the disasters of the past. *Psychiatric Services*, 55, 1112–1115. doi:10.1007/s10597-005-2648-7.
- Tamaki, S., Oshima, I., Ito, J. (2008). Family needs and related factors in caring for a family member with mental illness: Adopting assertive community treatment in Japan where family caregivers play a large role in community care. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62, 584–590 .
- Thornicroft, G., Tansella, M. (2013). The balanced care model: the case for both hospital- and community-based mental healthcare. *Br J Psychiatry*, 202, 246–248.
- Turner, R., Ledwith, A. & Kelly, J. (2012). "Project management in small to medium sized enterprises: Tailoring the practices to the size of company", *Management Decision*, 50 (5), 942 – 957.
- Yesufu-Udechuku, A., Harrison, B., Mayo-Wilson, E., Young, N., Woodhams, P., Shiers, D., Kuipers, E., Kendall, T. (2015). Interventions to improve the experience of caring for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 206, 268-274.