



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Marília



**CULTURA
ACADÊMICA**
Editora

Famiglie, Disturbo e Salute Mentale

Evaristo Pasquale

Como citar: PASQUALE, E. Famiglie, Disturbo e Salute Mentale. *In:* SADE, R. M. S. (org.).

Boas práticas: caminhos e descaminhos no processo de desinstitucionalização. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2017. p. 171-179.

DOI: <https://doi.org/10.36311/2017.978-85-7983-933-7.p171-179>



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

Famiglie, Disturbo e Salute Mentale

Evaristo Pasquale

La famiglia è una micro comunità, il luogo quotidiano privilegiato delle vicende fisiche umane (nascita, convivenza, morte..), delle iniziali relazioni culturali e sociali, dei progressivi conflitti, delle tensioni evolutive verso l'emancipazione nel mondo esterno e talora anche del senso dell'esistenza.

Ma da tempo ovunque questo nucleo di aggregazione vive una crisi profonda, per l'accelerazione dei cambiamenti sociali, dei meccanismi economici e del lavoro (non più agricolo ed intrafamiliare), della redistribuzione dei poteri dal "pater familias" verso le rivendicazioni ed emancipazioni femminili della partner sulla parità dei diritti (L.1975 in Italia) e le autonomie dei figli dentro e fuori del nucleo contemporanee all'iperprotezionismo dei genitori.

Nel Diritto Italiano si è passati dalla potestà alla responsabilità genitoriale, alla moltiplicazione dei tipi di relazione.

Non è solo la famiglia occidentale euroamericana in rapida evoluzione, ma anche quelle asiatiche ed africane, pur con variazioni.

<https://doi.org/10.36311/2017.978-85-7983-933-7.p171-179>

I legami paiono meno coesi, l'insicurezza e i conflitti aumentati, i significati esistenziali e gli obiettivi prima comuni, ora diventano sfumati e spesso divergenti.

Dalla Rivoluzione francese, da Freud, dal femminismo, dall'aumentata durata della vita umana, dagli sfrenati meccanismi economici capitalistici e dalla crisi economica attuale... le mutazioni sociali galoppiano ed oggi non sappiamo prevedere le loro future direzioni.

Quindi l'insicurezza ed il disagio psicologico sono parte della nostra vita e dei nostri progetti, faticiamo ad affrontarli, come individui come famiglia e come società, che si trovano spesso disarmati, diventando il vulnerabile e ironico oggetto di scrittori, registi.

Se colleghiamo questi accenni storico-sociologici alle patologie psichiche, i punti di riferimento diventano più labili ma ancor più necessari.

Se anche le stesse forme codificate degli incontri e delle convivenze umani si sono modificate e quasi disintegrate, come ci possiamo orientare noi, ma ancor più le fasce di popolazione più deboli e disorientate? E quali risposte siamo in grado di costruire per le persone sofferenti nel loro insicuro contesto, spesso senza indicatori del cambiamento?

Se oggi le famiglie hanno riferimenti culturali ed obiettivi più incerti e fragili, anche i loro membri sono più deboli e spesso confusi.

Fino a pochi decenni fa quasi tutta la psichiatria mondiale riteneva positivo l'allontanamento sociale dei "folli" dalla vita familiare, offrendo ai più gravi una sistemazione indefinita più che una cura nei manicomi; oggi questa modalità è molto in crisi, anche se ancora ben presente.

L'Italia non ha più internati negli Ospedali Psichiatrici (Op) da circa 20 anni, (il Brasile ha ridotto di 2/3 i suoi internati rispetto a 20 anni fa) e molti altri paesi, seguendo le indicazioni dell'OMS sono in evoluzione: ma come convincere i colleghi di altre nazioni ad affrontare ed accelerare lo stesso difficile percorso? Cioè combattere la "prigionia manicomiale" con le sue torture ed offrire sostegno con dignità alle persone sofferenti di disturbi psichici?

Certo gli esseri umani, anche i terapeuti e i pazienti, tendono all'inerzia ed alla riproduzione comportamentale; ma quando queste

abitudini diventano troppo distanti dalle nuove conoscenze di possibilità di cura e dai diritti umani, forse è necessario aggiornarsi e schierarsi.

Oggi in Italia tenere rinchiuso in Op per anni un congiunto non sarebbe più né legalmente, né eticamente e forse neanche economicamente sopportabile; subentrerebbe il senso di colpa (non per tutti) per il familiare innocente segregato con la sua malattia/ quasi recluso.

Da varie lettere/scritti di parenti di “matti” in manicomio, già in passato emergeva questo sentimento, quando non c’era ancora il rifiuto di tale struttura.

La maggioranza delle famiglie che convivono con i loro “pazienti” familiari sono a metà del guado oggi, fra controllo dei comportamenti del loro congiunto e sfide evolutive per sé ed i propri familiari.

Il “Progetto di Cura” deve essere organizzato fra Servizio Pubblico, Famiglia, Contesto Sociale e Paziente, esprimendo i reciproci dubbi, proposte..e poi collaborando nell’esecuzione: ricostruendo la storia di vita coi suoi intralci, le tappe progressive e concrete di un percorso, assumendosi insieme la responsabilità quasi alla pari, “recuperando le energie nascoste dietro il sintomo” (D. Bennet), al calore della solidarietà sociale e verso il recupero della relazione di fiducia col mondo.

Quindi le famiglie che hanno al loro interno un membro con disturbo mentale serio, non possono essere aiutate dai Servizi di S. M. solo con una diagnosi, un trattamento farmacologico ed un eventuale aiuto economico.

La loro sofferenza interiore si esprime a molti livelli, più oscuri e pesanti che di fronte ad una malattia fisica: incertezza per un disturbo poco chiaro e multiforme, eventuale senso di colpa rispetto a carenze (una volta genetiche, ora più educative ed affettive), responsabilità ed accudimento non ben definibili e variabili, paura per comportamenti aggressivi o imprevisti, insicurezza esistenziale ed economica per il futuro.

Le famiglie con le loro eventuali carenze, resistenze, manipolazioni.. devono incontrare un Servizio Pubblico attento, disponibile, dialettico su livelli diversificati (informazioni, progetto di cura, disponibilità a sostenere

la famiglia impreparata anche emotivamente con sfumature diverse nei singoli membri..).

Gli strumenti per la salute mentale non sono mai completamente sufficienti o adeguati, per l'estensione del campo dalle multiformi evenienze, evoluzioni e soggetti.

Anche per le famiglie le scommesse sono sempre un rischio, ma senza non c'è evoluzione, per cui devono puntare su possibilità nuove e non ancora direttamente sperimentate; alcune però cominciano a provarci, spesso con risultati buoni, soprattutto se non sono sole, ma accanto hanno un'associazione o degli operatori esperti di indirizzo e sostegno.

Un "utente psichiatrico" con un disturbo severo e la sua famiglia devono poter contare su un Servizio Pubblico specifico, che li accompagni nel loro travagliato percorso non solo a livello medico, ma anche psicologico, sociale e che crei tramite di relazione col mondo circostante.

Il mondo dell'"utente" è prima di tutto la famiglia, anche se ambivalente, che ha gli dato la vita e inculcato la sua lettura del mondo, e che è in prima linea per le necessità di sopravvivenza, di cura, di relazioni sociali, affettive ed eventualmente lavorative.

Ma queste necessità spesso richiedono qualcosa in più dell'assistenza individuale medico-psicologica-assistenziale, cioè interventi di sistema e di progetto.

Bisogna accompagnare i percorsi reciproci di autonomia, i conseguenti conflitti, le distanze e vicinanze, i progetti della famiglia e quelli individuali dei vari membri, i sensi di colpa, i vissuti di rabbia..e pure le interferenze o disagi del vicinato e della comunità.

E' difficile mantenere vivi legami positivi e non troppo conflittuali nella rete di appartenenza, viste le difficoltà e discontinuità di chi ha un serio disturbo psichico!

Quindi i Servizi di S. M. devono organizzarsi anche per fluidificare o condividere il carico familiare di cura ed evitare troppi disagi e scontri nella famiglia ed involuzioni dentro i percorsi di sviluppo.

Accanto a ciò sono possibili specifici trattamenti delle relazioni patologiche attraverso interventi sull'intero sistema familiare, con modalità gruppali, psicanalitiche, relazionali, sistemiche.

Lo sguardo sul sistema famiglia può essere psicanalitico, concentrandosi sulla relazione madre-bimbo coi suoi inconsci rapporti emotivi fin dal concepimento, che potrebbero determinare meccanismi psichici patologici.

Lo sguardo sistemico all'opposto vede un insieme familiare ad ogni età di persone collegate fra loro, con difficoltà comunicative e conflitti di potere fra soggetti per l'emancipazione di fasce diverse.

Ciampi (1994) ritiene patogene le aspettative eccessive degli adulti sui giovani, che possono soccombere sotto questo peso.

Ogni sguardo può offrire qualcosa in più al puzzle del disturbo psichico, utilizzandolo però senza determinismi e totalizzazioni.

Tornando verso il trattamento familiare del nostro "utente o cliente", quando il disturbo è già consolidato, è importante favorire l'organizzazione di gruppi di familiari per un confronto senza vergogna della comune patologia e della specifica condizione dei congiunti, tutti simili ma tutti diversi, con difficoltà e potenzialità da sviluppare senza stigmatizzare. Questi familiari partecipanti ai gruppi inizialmente vengono stimolati dai professionali ad interagire fra loro sulle problematiche e preoccupazioni comuni e a condividere da angolature diverse la ricerca di nuove soluzioni e di progetti di sostegno; talora invece l'aiuto professionale viene richiesto per conflitti col membro in cura, o comunque per la complessità eccessiva dei problemi e delle emozioni in campo.

Lo sguardo differenziato e distanziato di altri familiari e/o di operatori può evidenziare o innescare soluzioni, potenzialmente già presenti nel contesto ma non visibili dall'interno. Inoltre non sentirsi unici con un problema e soli ad affrontarlo, rende la vita meno pesante, con meno vissuti di abbandono in trincea, ma parte di una squadra con obiettivi simili.

Questa posizione psicologica ridà coraggio, nuove visuali ed altre possibilità di fronte agli stessi ostacoli oggettivi.

Da decenni ormai dalla Gran Bretagna si è diffusa nel mondo questa strategia parzialmente autogestita dell'unione di sguardi e di sforzi fra famiglie con problemi simili, inizialmente con un'ottica psicopedagogica e poi con varie altre sfumature (cognitive, comportamentiste, sistemiche).

Il gruppo è utile a superare la solitudine, il proprio vissuto auto o etero-colpevolizzante, a socializzare situazioni simili ma con livelli diversi di evoluzione, a confrontarsi anche con successi ed insuccessi di altre famiglie, a distanziarsi un po' dal problema perché comune e non solo personale, a condividere e scambiare con altri strategie nuove.

All'inizio del percorso molto spesso è utile la direzione grupppale di un operatore esperto, poi progressivamente chiunque dei familiari può trovare dentro di sé l'energia e la lucidità per coinvolgersi ed essere investito a turno di quel ruolo. Occorre un po' di empatia e valorizzazione degli altri, narrazione e storificazione degli eventi, lucidità per sottolineare i percorsi ed i legami positivi, favorire le potenzialità inesprese, raffinare le competenze genitoriali, la comunicazione ed il sostegno, modulare le aspettative, condividere o spostare sul gruppo il carico eccessivo del singolo nucleo.

Il gruppo di familiari in sé può diventare una risorsa specifica perché l'unione di soggetti con alcuni obiettivi comuni può interagire culturalmente, emotivamente e politicamente (contenimento dell'emotività, confronto sulle ripercussioni delle varie sfaccettature del disturbo psichico, relazione di potere come gruppo con i Servizi sanitari o Sociali coinvolti sul problema, proposte per affrontare il problema locale di disagio psicosociale anche con amministratori e politici).

Sostanzialmente la famiglia e le famiglie, pur ricorrendo ai Servizi, devono attrezzarsi per sostenere il "carico familiare" del disturbo nei casi più complessi del percorso di vita del congiunto e per non lasciarsi schiacciare dalla fatalità e dalla colpa della malattia.

Un possibile schema operativo di confronto fra familiari di un severo paziente psichiatrico potrebbe essere:

- 1) incontri informativi e formativi mensili gestiti da un "operatore esperto", aperti ed organizzati per i familiari per conoscere e riflettere

su temi caldi (cos'è la malattia psichica e le sue categorie, possibili strategie preventive, come affrontarne le crisi e prevenirne le ricadute, i tempi delle prognosi, il senso ed il valore del sostegno del contesto, le comunicazioni intrafamiliari, il ruolo possibile verso l'autonomia del paziente, come usare i Servizi Pubblici, le possibilità lavorative, i diritti di cittadinanza).

2) incontri di “aggregazione e salute” fra un gruppo di genitori, per confrontarsi, condividere i loro carichi assistenziali e le loro vulnerabilità, allargare anche la loro rete sociale, impoverita dall'isolamento e dallo stigma della “malattia”, riflettere e progettare percorsi di salute per sé, oltre che per i loro figli.

3) incontri operativi di familiari organizzati in Associazione per confrontarsi anche politicamente con Istituzioni Pubbliche ed ottenere risposte su bisogni e diritti civili dei loro familiari malati (sostegni economici, lavoro, facilitazioni assistenziali, normative).

Invece altre modalità temporanee di affrontamento con progetti concreti fuori casa per i figli possono essere il sostegno all'autonomia individuale, micro convivenze fra persone simili ed affido etero familiare.

Sostegno all'autonomia individuale: serve quando in una famiglia i conflitti fra genitori e figlio con problemi psichici diventano cronici e senza prospettive; il CSM, partecipando al progetto ravvicinato su questa situazione, può suggerire alla famiglia che insieme favoriscano una dislocazione temporanea esterna del giovane, che vive troppo male questa conflittualità e che non gli permette di organizzarsi autonomamente in una coabitazione con i genitori.

Micro Convivenze: quando la conflittualità familiare innescata dalla crisi psichica di un membro diventa troppo acuta e prolungata anche per le difficoltà dei congiunti, il CSM può favorire delle convivenze, autogestite ma sostenute istituzionalmente, fra giovani con condizioni compatibili e con un programma abitativo organizzato che permetta l'allontanamento dalle dinamiche familiari ed offra uno spazio di autonomia socializzata verso la maturazione con altri coetanei, costruendo delle relazioni alla pari con un discreto margine di libertà.

Le persone dell'appartamento autogestito secondo il livello di abilità, durante la giornata potrebbero svolgere attività lavorative magari in una Cooperativa e poi dopo il lavoro organizzarsi a casa pasti, pulizie, visite di amici, piccole feste ecc. Operatori del CSM come referenti dell'alloggio potrebbero mantenere contatti e verifiche del programma di ognuno di questi giovani che d'altronde possono coinvolgersi anche in altre situazioni sociali.

Affido etero familiare: quando anche nelle crisi psicotiche con gravi risvolti relazionali fra il giovane e gli altri membri della famiglia la convivenza diventa impossibile e l'evoluzione si blocca, esiste da tempo in vari luoghi del mondo, l'opzione di cooptare normali famiglie disponibili, in cambio di un gettone di ospitalità, ad accogliere, per un periodo di distanziamento, il giovane con disturbo psichico dentro le relazioni di un normale altro contesto familiare per favorire il raffreddamento delle tensioni con la famiglia originaria, con incontri formativi e supervisione del Servizio di Cura. Queste modalità, già sperimentate secoli fa soprattutto in Europa, sono da decenni tornate alla ribalta per dare risposte più differenziate possibili quando il conflitto generazionale diventa troppo acuto e la dislocazione in un altro contesto diventa quasi automaticamente terapeutica. Ovviamente la struttura pubblica partecipa economicamente, dove la famiglia non può, crea occasioni di verifica anche per evitare la riproduzione di dinamiche già pregresse, ed insieme ai vari soggetti coinvolti definisce il programma ed il termine di questo distanziamento parzialmente artificiale.

Forse nel contesto brasiliano ci sono specifiche risorse culturali o istituzionali (Equipe sanitaria della famiglia), che aiutano ad affrontare la complessa convivenza fra persone con disturbo psichico e la loro comunità, oltre gli interventi suddetti. Quando vicini, professionisti o no, motivati e riconosciuti dalla comunità, hanno il potere di intervenire in profondità non solo sui singoli, ma su problemi di cultura e salute più collettivi, e quindi anche di salute mentale, possono innescare strategie di benessere per tutto l'ambiente.

Se la famiglia non è più all'altezza dei suoi compiti ("La famiglia è morta" diceva D. Cooper), bisognerà inventare qualche altro legame sociale perché pochi esseri umani sceglierebbero a lungo il destino solitario

di Robinson Crusoe. La salute mentale dell'individuo nella solitudine cronica, anche nelle metropoli, vacilla.

Gli umani hanno bisogno di relazioni ed affetti, pur rifiutando spesso il loro gruppo di appartenenza, ma per cercarne rapidamente un altro.

RIFERIMENTI

BASAGLIA, F. *Conferenze brasiliane*. Ed. Cortina, 2000.

CIOMPI, L. *Logica affettiva: una ricerca sulla schizofrenia*. Roma: Feltrinelli, 1994.

DELL'ACQUA, G. *Fuori come va?*. Roma: Riuniti, 2003.

EVARISTO, P. Gestao da psiquiatria na comunidade. *UNOPAR Cient*, Londrina, v. 2, n. 1, 2000.

_____. Psicosi, fra rifiuto e bisogno del mondo. In: *Quaderni di Psicoterapia*, IREP, Roma, 2006.

FALLOON, I. *Trattamento integrato per la salute mentale*. Roma: Ecomind Publications, 2000.

GOMES, N. V. F.; EVARISTO, P. Situacao de crise e atendimento psicossocial a familia. *Clinica Psicossocial*. Recife: UFPE, 1998.

PERRIS, C. *La terapia cognitiva con i pazienti schizofrenici*. Roma: Bollati B., 1996.

SARACENO, B. La fine dell'intrattenimento. *Manuale di Riabilitazione Psichiatrica*. Roma: Etas, 2000.