

# LA FAMIGLIA E LA DISABILITÀ PSICHICA: IPOTESI DI FUNZIONAMENTO E DI RELAZIONE EDUCATORI.

Ubimior

Pubblicazione periodica online

Milano, [www.ubimior.org/ubimior-rivista.html](http://www.ubimior.org/ubimior-rivista.html)

Periodicità: aggiornamento continuo

Anno III, n I

Aprile 2016

ISSN 2283-348X

## Mariangela Bandello

psicologa, psicoterapeuta familiare e sistemico relazionale, mediatrice familiare.

### Keywords

Famiglia, disabilità psichica, educatori, relazione

*“Lascia che il tuo io entri intimamente in  
comunicazione con tutte le tue parti.  
Liberati, per poter avere delle possibilità  
E per usare queste possibilità liberamente e  
creativamente.*

*Per sapere che qualunque cosa sia stata nel  
passato, è stato il meglio che potevamo fare.  
Poiché essa rappresentava il meglio di ciò che  
sapevamo  
essa rappresentava il meglio della nostra  
coscienza.*

*Man mano che la nostra conoscenza si amplia, e  
noi diventiamo sempre più consapevoli,  
entriamo anche più in sintonia con noi stessi.  
E entrando in sintonia con noi stessi possiamo  
entrare in sintonia con gli altri.”  
(Satir, Banmen, Gomori & Gerger, 1991)*

La disabilità, e in particolare il disturbo psichiatrico, presentano una complessità di problematiche che vanno affrontate con una serie di interventi ad ampio raggio, di tipo socio-sanitario integrato. Accanto al disturbo occorre considerare la qualità di vita del paziente e dei suoi familiari, l'opportunità di vivere integralmente l'ambiente, le relazioni sociali, il lavoro, gli interessi e lo sport.

In tale ottica, un sistema sociale territoriale di accoglienza e presa in carico della famiglia è un insieme strutturato di interventi socio educativi da realizzare nell'ambiente di vita della persona. Tali interventi hanno lo scopo di sostenere e potenziare le capacità genitoriali, di cura e di



accudimento, e favorire la relazione intrafamiliare, evitando o prevenendo l'istituzionalizzazione e le forme di emarginazione e stigma.

La famiglia, dunque, è riconosciuta come risorsa, come luogo deputato alla creazione dei valori da trasmettere alle generazioni future, che va, in ogni caso, tutelata e valorizzata ogni qualvolta si scopre fragile e priva di protezione.

Partendo dalle descrizioni delle fasi del ciclo di vita di una famiglia, è possibile analizzare le differenze nei compiti di sviluppo tra i nuclei con, al loro interno, una persona con disabilità e quelli con figli sani. Le fasi principali del ciclo di vita di una famiglia sono sintetizzabili in:

- fase iniziale breve, in cui si assiste alla formazione della coppia; si estende dalla sua costituzione alla nascita dei figli. Sono presenti specifici compiti di sviluppo quali la costruzione dell'identità della nuova coppia (prendersi cura dell'altro, negoziare i vari aspetti della vita quotidiana,...) e la necessità di creare un

equilibrio tra la lealtà dovuta alla famiglia di origine e quella dovuta al coniuge [Donati, 1978].

- fase centrale prolungata: occupa circa 20 anni e si conclude con la copresenza di due generazioni di adulti nel nucleo familiare. Inizialmente vi è la fase della famiglia con bambini in cui i genitori devono affrontare l'evento critico della nascita del figlio. È in questa fase che la famiglia con bambino con disabilità si differenzia da quella con bambino sano, dal momento che la nascita di un bambino con disabilità rappresenta un evento imprevedibile e non scelto. Nonostante la nascita di un figlio rappresenti sempre un evento critico che obbliga a riorganizzazioni di diversa entità, la presenza del figlio con disabilità comporta un adattamento della famiglia di più ampia portata, con difficoltà che si ripercuotono anche sulle relazioni intergenerazionali con le famiglie di origine. L'evento può anche incidere sulla decisione di avere altri figli, condizionando la struttura del nucleo familiare. Nella fase successiva, quella della famiglia con giovani adolescenti, la coppia deve essere in grado di rinegoziare la relazione con i figli assumendo un atteggiamento di "protezione flessibile" [Scabini, 1995] che tenga conto della difficoltà di conciliare gli aspetti di dipendenza ancora presenti con l'emergere del desiderio di autonomia. L'adolescenza rappresenta sempre una fase critica e, all'interno delle famiglie con figli con disabilità, comporta ulteriori sfide. Diminuiscono infatti le speranze di miglioramento [Vico, 1994] e conseguentemente la fiducia negli interventi riabilitativi; aumenta la preoccupazione rispetto al futuro del figlio; i genitori devono comunque accettare che il figlio non è più un bambino; possono emergere, soprattutto in presenza di disabilità motorie e sensoriali, problemi esistenziali di difficile gestione per i genitori. Come tutti gli adolescenti, anche la persona con disabilità è alla ricerca di spazi di autonomia spesso difficili da conquistare. È importante fornire ai genitori un supporto adeguato che favorisca la comprensione e l'accettazione del processo di differenziazione in atto per consentire al figlio la conquista di un'autonomia che tenga conto delle personali potenzialità e limitazioni. La fase della famiglia con giovane adulto, oggi prolungata perché i giovani, a causa di cambiamenti culturali ed economici, ritardano l'uscita dal nucleo d'origine,

è considerata la conclusione del processo di individuazione che ha avuto origine in adolescenza. Sono presenti, per il figlio e per i genitori, compiti differenziati: il primo deve raggiungere la totale responsabilità, anche attraverso l'autonomia lavorativa; i genitori devono favorire tale processo, rinegoziare i legami adeguandoli all'uscita del figlio da casa, reinvestire energie sul rapporto di coppia e verso la generazione precedente. Nelle famiglie con figli con disabilità si prospettano compiti diversi: soprattutto in presenza di grave disabilità, difficilmente i giovani adulti raggiungono la piena autonomia e realizzazione personale. La mancata uscita del figlio da casa non consente alla coppia di reinvestire nella relazione coniugale; né di occuparsi della famiglia d'origine, a cui è più probabile vengano rivolte richieste di aiuto per la cura del figlio.

- fase di coppia anziana o del nido vuoto: presenta eventi critici quali l'esperienza di solitudine per l'uscita di casa dell'ultimo figlio, il pensionamento, la malattia o la morte di uno dei coniugi. I compiti di sviluppo che devono essere affrontati si riferiscono quindi all'accettazione di solitudine, malattia, morte, eventi non scelti ma comunque prevedibili. Nelle famiglia con figli con disabilità la fase si presenta profondamente diversa: difficilmente viene sperimentata la situazione del nido vuoto, ed è altrettanto difficile che il figlio possa supportare i genitori in caso di malattia.

In ogni fase del ciclo di vita la famiglia si relaziona con il contesto sociale in cui è inserita. Nel momento della formazione del nuovo nucleo la coppia costruisce una rete relazionale, attraverso la condivisione delle reciproche amicizie. Per le famiglie con figli con disabilità le relazioni possono risultare ridotte, in parte per processi di marginalizzazione e autoesclusione, ma anche perché i tempi di cura amplificati rendono maggiormente problematica la difficile conciliazione del tempo dedicato al lavoro e alla famiglia.

### **Le famiglie con un componente disabile: il caregiver**

Se sono numerose le ricerche sulle famiglie con un figlio disabile, sembra ci sia stata una minore attenzione alle famiglie nelle quali il "paziente" è un adulto, con una disabilità mentale.

In un'indagine realizzata dalla Federazione Europea delle Associazioni delle famiglie dei malati mentali (Eufami), emergono degli spunti interessanti di riflessione sulla percezione della qualità di vita dei familiari dei pazienti psichiatrici. Per i familiari responsabili (caregiver) dei pazienti psichiatrici la vita è dominata dal fatto che si assumono la responsabilità dei membri della famiglia affetti da malattie mentali.

I fattori principali che determinano la percezione, da parte dei familiari, della propria qualità di vita comprendono le caratteristiche personali (età media elevata, in prevalenza donne che spesso vivono da sole e non hanno un rapporto funzionale, di supporto, con un coniuge/partner), gli agenti stressanti di natura sociale (stigma, esclusione sociale), iatrogeni (pensiamo alle difficoltà di accesso al trattamento ospedaliero, in situazioni di emergenza, o a un appropriato trattamento ambulatoriale) e gli agenti stressanti situazionali.

L'indagine Eufami ha rilevato come stressor situazionali:

- vivere aspetti esistenziali legati alla convivenza della malattia mentale in famiglia
- gestire il rifiuto del trattamento farmacologico da parte dei pazienti
- avere a che fare con comportamenti aberranti dei pazienti (il delirio, le allucinazioni, le condotte bizzarre, le idee persecutorie ecc.)
- gestire il comportamento aggressivo dei pazienti
- convivere con il timore di ricadute in episodi psicotici acuti
- subire un carico di lavoro eccessivo (si occupano del paziente per circa 30 ore settimanali)
- gestire i sintomi negativi (inattività dei pazienti, isolamento, ansia e frustrazione)
- vivere in presenza di minacce e tentativi di suicidio da parte dei pazienti psichiatrici
- subire lo sconvolgimento e il crollo della famiglia derivanti dal far fronte alla mancanza di comprensione e sostegno da parte dei familiari, parenti e amici
- prestare attenzione ai bisogni e alle aspettative degli altri membri della famiglia
- rimanere calmi di fronte alle tensioni, controllare le proprie reazioni
- modificare i progetti e lo stile di vita (interrompere o ridurre occupazioni vantaggiose, carriera ecc.).

Anche l'inserimento di personale di assistenza può essere fonte di stress. Il caregiver, soprattutto se è un coniuge anziano, può manifestare forti resistenze. La difficoltà di delega è associata a sfiducia ("ad un estraneo non importa nulla di lui"), ad un pericoloso senso di onnipotenza ("come lo curo io nessuno può farlo, senza di me è perduto"), a sentimenti di inadeguatezza e di colpa ("lo abbandono, soffrirà, sono un incapace"), alla convinzione di venir meno ad un compito doveroso.

La variabilità dei comportamenti del malato, invece, aumenta nel caregiver il disorientamento e il senso di fragilità e di impotenza, con una oscillazione continua di sentimenti, dalla compassione alla rabbia, dalla disponibilità all'insofferenza, dalla pazienza infinita alla totale intolleranza. È conseguenza logica che anche i comportamenti del familiare diventino contraddittori, con ricadute negative nel lavoro di cura e con l'aumento di sensi di colpa e di disagio. In questa fase, c'è bisogno di maggiori supporti ma è la capacità di coesione e di condivisione del sistema nell'affrontare i problemi pratici ed i bisogni emozionali a rendere tollerabile la situazione. Non meno importante è l'insight del caregiver: è la consapevolezza e non la conoscenza della specificità della malattia, infatti, che facilita la comprensione dei bisogni del malato, l'ingresso nel suo mondo e quindi la decodifica dei segnali verbali e non verbali. L'insight emotivo aumenta il senso di competenza gestionale, favorendo nel caregiver una stabilità emotiva che riduce frizioni e inutili contrapposizioni, con ricadute positive nella relazione.

### **La relazione d'aiuto: la riattivazione del legame di attaccamento**

Premessa indispensabile e fondamentale per la relazione d'aiuto è l'autentico interesse per la persona, tenendo conto delle sue premesse esistenziali (le precoci esperienze, vissute nella relazione primaria) e dei suoi modi di relazionarsi. La relazione d'aiuto diventa tale quando l'operatore è in grado di costruire un percorso di cura con il paziente e con la sua famiglia, che contempra gli aspetti fisici del malessere insieme a

quelli emozionali e interpersonali. Non esiste cura del corpo senza cura dell'anima.

Occorre ricercare le corrispondenze fra mondo biologico, mondo psichico ed organizzazione relazionale, per mettere in atto strategie terapeutiche coerenti con la complessità della malattia mentale.

Il vero potere curativo sta nel legame, nella relazione che si sviluppa tra i sistemi impegnati nel processo di cura e che richiama quello delle relazioni primarie ovvero "il legame d'attaccamento".

Secondo J. Bowlby "Essere genitori non è un compito facile". Il comportamento genitoriale sarebbe in qualche misura programmato geneticamente, per cui tenderebbe a delinearci secondo certe modalità. Le peculiarità degli stili genitoriali sono d'altra parte notevolmente influenzati dall'esperienza con la propria famiglia d'origine e, quindi, dal modo in cui la madre o il padre sono stati trattati dai loro genitori e dalle specifiche interazioni con il neonato.

J. Bowlby, inoltre, ritiene preprogrammato anche il comportamento del bambino, nei confronti del genitore. "Il comportamento di attaccamento", infatti, permetterebbe al bambino di mantenere una vicinanza con la figura di attaccamento, ovvero con quella persona che si ritiene capace di fornire cura e sostegno.

Bowlby opera una distinzione tra "attaccamento" e "comportamento di attaccamento". L'attaccamento rappresenterebbe il legame tra il bambino e la sua figura di riferimento, legame che persiste nel ciclo di tutta la vita e che non è pertanto influenzato dalle situazioni contingenti. Il comportamento d'attaccamento è invece quell'insieme di schemi di comportamento messi in atto da una persona per ottenere la vicinanza di un'altra, ritenuta capace di sostegno e protezione in particolari circostanze. Il comportamento d'attaccamento, quindi, sarebbe regolato da un sistema di controllo interno al soggetto, analogo a quelli omeostatici regolanti altre funzioni fisiologiche. In particolari circostanze, quali l'essere spaventato, afflitto, stanco, lo schema comportamentale s'attiverebbe inducendo l'individuo a ricercare la prossimità della figura d'attaccamento e si disattiverrebbe una volta ottenuta tale vicinanza.

L'organizzazione vera e propria del comportamento d'attaccamento avrebbe origine

verso i nove mesi, quando cioè il bambino comincia a possedere quelle competenze cognitive che gli permettono di sviluppare un modello di interazione relativo alla sua figura d'attaccamento. Questo "modello operativo interno" includerebbe schemi relativi al proprio Sé, all'Altro e al Sé-con-l'Altro, e sarebbe fortemente determinato da come i genitori interagiscono con lui nel corso dello sviluppo. In altre parole, rappresenterebbe il "punto di vista", la teoria che gli individui hanno su di sé e sulle relazioni affettive per loro rilevanti.

Le osservazioni e gli studi di M. Ainsworth hanno avvalorato le tesi di Bowlby. In particolare, è stato osservato il comportamento della madre e del bambino posti in una "situazione insolita" (strange situation).

Attraverso l'osservazione, in particolare, dei momenti di separazione e riunificazione con la madre, è stato possibile stabilire tre stili principali di attaccamento:

- Stile di attaccamento sicuro: il bambino si separa facilmente dalla madre per esplorare l'ambiente, ma vi ritorna prontamente per essere rassicurato quando è angosciato. In presenza della madre ha un comportamento amichevole con l'estraneo. Dopo la separazione, al rientro della madre, se il bambino è angosciato richiederà il contatto materno, che sarà efficace nel porre termine all'angoscia. Se non è angosciato richiederà comunque l'interazione con la madre.
- Stile di attaccamento ansioso-ambivalente: il bambino ha difficoltà a separarsi dalla madre, effettua una scarsa esplorazione e diffida dell'estraneo. Al momento della riunificazione mostra comportamenti di ricerca del contatto con la madre che però non riesce a calmare la sua angoscia, e continua a piangere e ad agitarsi.
- Stile di attaccamento ansioso-evitante: il bambino esplora facilmente, non ricerca l'interazione con la madre, sembra fidarsi dell'estraneo. Al momento della riunificazione mostra un atteggiamento di indifferenza e quasi mai ricerca la vicinanza della madre.

Inoltre, è stato delineato uno stile di attaccamento disorganizzato in cui il comportamento del bambino appare disorientato sia nei confronti dell'ambiente sia della madre: assume comportamenti bizzarri, stereotipie, di stupore.

A tali pattern di attaccamento sono state associate determinate caratteristiche del comportamento materno.

Le madri dei bambini "sicuri" sarebbero sensibili e responsive; capaci di dar cura e sostegno ai loro figli rispondendo in modo adeguato alle loro richieste senza, però, intruderli, ovvero dando loro spazio per esprimere le proprie emozioni e comportamenti senza precederli o ridefinirli. Fornirebbero la cosiddetta "base sicura" da cui il bambino può partire per esplorare il mondo, sicuro di potervi tornare ogni qualvolta ne sente il bisogno. Consentirebbero al bambino di pensare: "ciò che viene da me è meritevole di riconoscimento, io sono degno d'amore e gli altri sono degni di fiducia".

Le madri dei bambini ansiosi-ambivalenti sarebbero madri imprevedibili e intrusive, ovvero non costanti nel fornire cure e sostegno e, talvolta, invadenti nel prevedere e ridefinire i bisogni del loro bambino. Il modello operativo interno risultante potrebbe essere così descritto: "io sono buono e mamma pure. Mamma è cattiva ed io non sono degno d'amore. Non sono sicuro che piacerò, dipenderà dai miei sforzi conquistare l'amore dell'altro. Bisogna manipolare l'altro per non essere manipolati".

Le madri dei bambini evitanti sarebbero madri con comportamenti che svalutano l'attaccamento; dimostrerebbero un senso di peso nell'accudire il bambino inviando messaggi distanzianti al bambino stesso, il quale, per rispondere al proprio bisogno di attaccamento si terrà lontano da lei. Il modello operativo interno corrispondente sarebbe: "io sono di peso agli altri, li infastidisco, ci sono delle realtà in me che non meritano riconoscimento perché sono pesanti. Posso contare solo su me stesso, non ho bisogno di nessuno".

Le madri dei bambini disorganizzati sarebbero madri con lutti non elaborati e traumi vissuti. Mentre si occupano del bambino, potrebbero avere delle irruzioni di pensiero doloroso e terrorizzante che, in qualche modo, modifica la loro mimica e il loro sentire. Il bambino, di conseguenza, riceverebbe un messaggio non pertinente, così elaborato: "tu hai più paura di me ... io cerco aiuto da una persona che mi mette paura e della quale non posso fare a meno". In tali casi è come se il bambino avesse più modelli operativi interni e li facesse funzionare in maniera

disarticolata: "mamma mi spaventa perché è cattiva; forse sono io però che spavento gli altri, e se fosse che ci sia un pericolo invisibile: tutti e due ne siamo vittima. E poi succede che quando sto in braccio a mamma e sono tutto terrorizzato lei si commuove con due lacrime, poi sorride ed è gioiosa. Ma forse sono io il salvatore onnipotente degli adulti, portatore di sorriso e sollievo. E poi succede ancora che se mamma continua ad accudirmi io mi sollevo da quella paura. Forse è lei la salvatrice onnipotente". Dunque ci sono rappresentazioni molteplici di sé e dell'altro, incoerenti, oscillanti tra più poli, l'uno rappresentato dal salvatore, l'altro dalla vittima e l'altro dal persecutore.

Naturalmente le categorie comportamentali così schematizzate non danno ragione delle molteplici sfumature con cui si viene ad instaurare la relazione primaria e i comportamenti conseguenti, ma si possono considerare come schemi d'azione in base ai quali il bambino osserverà il mondo circostante e filtrerà le successive esperienze. Nei primi anni di vita, i modelli operativi interni, saranno relativamente aperti al cambiamento in relazione al mutare della qualità degli scambi relazionali con le figure di accudimento. Poi, nel corso degli anni diventano sempre più stabili e più complessi fino a diventare caratteristiche della persona, più che proprietà della relazione.

Sono state riscontrate correlazioni tra i pattern comportamentali della prima infanzia e quelli in età prescolare. Correlazioni significative sono state anche riscontrate tra il modo in cui la madre descrive le proprie relazioni con la famiglia d'origine e lo stile d'attaccamento attuale con il proprio figlio. Infine anche nella scelta del partner e nei comportamenti di coppia risulta esserci continuità.

"Le esperienze che una persona ha, specialmente nell'infanzia, determinano in gran misura le sue aspettative di trovare o non trovare in seguito una sicura base personale, ed anche la misura in cui sarà capace di stabilire e mantenere, quando ve ne sia l'opportunità, un rapporto reciprocamente gratificante ... la natura delle aspettative che una persona nutre e il suo livello di capacità hanno un ruolo rilevante nel determinare i tipi di persone a cui si accosterà, e come queste si comporteranno con lei ... lo

schema che si formerà per primo tenderà ad essere duraturo.” (J Bowlby)

La capacità di entrare in relazione rimanda ad un attaccamento ambivalente o sicuro; la distanza, l'irraggiungibilità, la mancanza di empatia, ad un attaccamento evitante; situazioni meno nette, con aspetti di polarizzazione contrastanti, ad uno disorganizzato. Per esempio, un paziente collaborativo, che segue le cure e riesce a confortarsi assomiglia a quel bambino della strange situation definito “sicuro”. Un paziente, invece, che appare sfiduciato, distaccato, che svaluta le cure e il sostegno assomiglia al bambino “evitante”. Un paziente per cui nessuna cura è sufficiente a tranquillizzarlo e confortarlo assomiglia all' “ambivalente”.

L'adulto che presenta un disturbo di personalità continua ad utilizzare, nella sua vita di oggi, gli stessi meccanismi difensivi con cui aveva tentato di difendersi dall'angoscia quando era bambino, contribuendo ora, con i suoi schemi di comportamento, a ricreare contesti che ripetono le caratteristiche di quelli che avevano provocato, allora, le sue sofferenze.

A questo punto è possibile fare delle proiezioni sulle modalità di interazione che ogni persona, in base all'esperienza vissuta nella relazione primaria, sarà capace di attivare nella relazione attuale con l'educatore.

Si può ipotizzare che i pazienti con un attaccamento evitante vs disorganizzato non si affideranno agli educatori. Il dolore e la sofferenza difficilmente saranno accessibili, così come sarà difficile per loro adattarsi ai cambiamenti che inevitabilmente la malattia comporta. Gli educatori saranno facilmente sottoposti ad una sorta di messaggio di rifiuto che li potrà portare ad allontanarsi, finendo così per confermare le premesse esistenziali di questi pazienti (la teoria che hanno su di sé e sulle relazioni affettive rilevanti). Per aiutarli sarà necessario, pertanto, una costante presenza, delicata e rispettosa della loro “distanza”.

Le persone con un legame di attaccamento insicuro evitante versus disorganizzato richiederanno attenzioni particolari, cure esemplari e saranno sprezzanti di fronte ai limiti giustamente imposti dagli educatori, proporzionalmente alla loro difficoltà di adattarsi alla malattia, che li farà sentire svalutati. E' probabile che assumano atteggiamenti

provocatori e mandino messaggi squalificanti, nei confronti degli operatori, provocando, nel caso in cui questi reagiscano con rabbia, disprezzo o allontanamento, un'escalation distruttiva della relazione.

La relazione di aiuto può essere, poi, maggiormente complessa con le persone che hanno manifestato atti violenti. Per aiutarli sarà necessario dare dei limiti ma essere costanti nell'accudimento, per contenerne la rabbia.

Le persone con un legame di attaccamento insicuro ansioso-ambivalente versus disorganizzato si presentano molto bisognose di cure ed attenzioni, richiedono, dunque, l'aiuto, ma questo sembra non bastare mai. Alternano fiducia a sfiducia nella relazione con l'altro, così come nell'immagine di se stessi. Gli educatori si dovranno aspettare di passare da uno stato di gratificazione reciproca, in cui c'è collaborazione massima, ad uno di rifiuto e rabbia, in cui c'è resistenza e svalutazione dell'aiuto. Per aiutarli, dunque, sarà necessario dar loro contenimento con regole e costanza.

Per le persone con un legame di attaccamento ansioso ambivalente o evitante, è possibile che nel contesto di accudimento si sia verificata un notevole scarto tra lo stadio di sviluppo, e quindi le capacità dei figli e i compiti che venivano loro richiesti. Sono persone che sembrano insicure di fronte al mondo circostante e alle persone. Le decisioni, gli incarichi, le relazioni appaiono cariche di apprensione. È come se non arrivassero mai a conquistare una accettazione interiore e una costante sicurezza personale. Sono individui, però, molto organizzati. Si può ipotizzare che saranno pazienti collaborativi in un processo di cura, seppur la malattia aumenterà il carico di paure e ansie rispetto a se stessi. L'educatore sarà sottoposto ad un'opera di continua rassicurazione, a volte snervante.

La malattia si inserisce in ognuna di queste storie e genera una nuova ondata di sofferenza e, quindi, un'exasperazione dei tratti difensivi disfunzionali. La malattia mentale, in particolare, può determinare una condizione di stress e di pericolo più o meno costante, attivando, pertanto, i legami d'attaccamento e la necessità di accedere ad una base sicura.

Gli operatori che ruotano attorno al paziente devono essere consapevoli che si inseriscono nei

legami di attaccamento e nei tratti difensivi delle persone, attivando, a loro volta, i propri.

### **Il vissuto dei familiari nei confronti dei curanti**

Vale la pena soffermarsi a esaminare il rapporto complesso che si instaura tra la famiglia dell'utente e i curanti, aspetto talvolta trascurato dalla letteratura. L'abbandono in cui si trova a vivere, la gran parte delle famiglie, è mediamente oggi il punto di partenza per una relazione molto complessa e difficile nei confronti dell'équipe curante. In effetti, la prima cosa che risulta evidente è una grande ambivalenza verso le leggi, i farmaci, le psicoterapie, i costi ... I meccanismi di difesa, soprattutto se si tratta di genitori, meno nel caso di fratelli o di partners, hanno un ruolo molto importante. Ecco quindi che il senso di impotenza e la caduta dell'autostima possono provocare un attacco alla cura, oppure sentimenti di gelosia e di invidia possono mettere in dubbio il sollievo e la riconoscenza verso i curanti. L'incertezza verso il futuro è un tema dominante, insieme a tutta una serie di problemi molto reali, come i tempi, i costi, la violenza, a volte presente, e il "che ne sarà dopo di noi". Esiste poi, una diffidenza molto diffusa nei confronti della psichiatria in generale, con il suo gergo difficile, che a volte tende a escludere i parenti, a trascurare le peculiarità dei diversi casi. Inoltre tra i familiari è sempre più diffusa una sensazione sostanzialmente negativa: la psichiatria attuale, pur intesa e applicata nel modo migliore da tanti validi operatori, appare come un sapere congelato, un circuito chiuso su sé stesso, da cui molto difficilmente si riesce a uscire perché la "parte malata" non guarisce con i mezzi attuali. Ecco perché i nuovi filoni di ricerca sui recovery factors, i fattori di ripresa, e anche i lavori sui gruppi di self-help, sia per utenti che per familiari, sono visti con grande interesse e fiducia: si tratta, infatti, di operare sulla "parte sana", non più su quella "malata", sulla persona e non più sul sintomo. Si aiuta la persona in difficoltà a ripercorrere il passato, e basandosi sul suo vissuto, si cerca insieme "chi, cosa, quando e come" è stato d'aiuto, ha ridato speranza e ha riportato il futuro nelle sue mani. È un'ottica nella quale il ruolo importante dei familiari,

opportunamente preparati e rafforzati nella loro autostima, viene riconosciuto ed essi possono finalmente collaborare come desiderano al progetto terapeutico-riabilitativo del loro congiunto.