

Indice di gradimento della psicoanalisi multifamiliare all'interno di un servizio di salute mentale territoriale

WALTER PAGANIN¹, SABRINA SIGNORINI², ALDO SALVATORE PANTÒ³

¹Psichiatra e Psicoterapeuta, PhD Student Neuroscienze Università di Roma Tor Vergata; ²Psicologa, Studio Psicologia Signorini, Guidonia (Roma); ³Psicologo, già Dirigente Psicologo, ASL Rm5, Tivoli (Roma).

Riassunto. Obiettivo. La presente ricerca si pone l'obiettivo di valutare la soddisfazione dei partecipanti di un gruppo di psicoanalisi multifamiliare condotto all'interno di un servizio di salute mentale territoriale secondo il modello dello psicoanalista argentino Jorge García Badaracco. **Metodi.** Per la valutazione della soddisfazione dei partecipanti al gruppo terapeutico è stato adottato un questionario di gradimento in forma anonima, somministrato in ogni seduta di terapia multifamiliare in un periodo di tempo compreso tra il 2016 e il 2019. Il campione è composto da pazienti designati e loro familiari partecipanti ai gruppi. **Risultati.** Dai risultati ottenuti, misurando il gradimento dei partecipanti al gruppo nel periodo in esame, si evince un crescente livello di soddisfazione per l'attività di gruppo svolta da parte di tutti, che si è mantenuta costante negli anni. **Discussione e conclusioni.** I risultati ottenuti dimostrano che l'esperienza della psicoanalisi multifamiliare risulta essere ben accolta e percepita positivamente da utenti e familiari, contribuendo ad aumentare la soddisfazione complessiva nei confronti del servizio di salute mentale. La misurazione della valutazione soggettiva di soddisfazione nella letteratura scientifica è esplorata nel legame tra soddisfazione, aderenza, compliance e persistenza al trattamento e può inoltre essere inclusa in una più ampia raccolta di variabili da adottare, volte all'identificazione di un indicatore di esito di intervento oggettivo nelle psicoterapie multifamiliari.

Parole chiave. Centro di Salute Mentale, gradimento della psicoanalisi multifamiliare, Gruppi di Psicoanalisi Multifamiliare, indicatore di esito di intervento, Jorge García Badaracco, mente ampliada.

Appreciation index of multifamily psychoanalysis within a territorial Mental Health Service.

Summary. Aim. The aim of the present research is to assess the satisfaction levels of participants in a multifamily psychoanalysis group conducted within a territorial mental health service, following the model developed by Argentine psychoanalyst Jorge García Badaracco. **Methods.** To evaluate participant satisfaction in the therapeutic group, an anonymous satisfaction questionnaire was adopted and administered during each multifamily therapy session between 2016 and 2019. The sample consisted of designated patients and their family members participating in the groups. **Results.** The results obtained from measuring participant satisfaction during the specified time period indicate a consistent and increasing level of satisfaction with the group activities conducted by all participants. **Discussion and conclusions.** The obtained results indicate that the experience of multifamily psychoanalysis seems to be well-received and positively perceived by both users and family members, thereby contributing to an overall increase in satisfaction with the mental health service. The measurement of subjective satisfaction ratings in scientific literature is explored in relation to satisfaction, adherence, compliance, and treatment persistence, and can also be included as part of a broader set of variables aimed at identifying objective indicators of intervention outcomes in multifamily psychotherapies.

Key words. Appreciation of multifamily psychoanalysis, intervention outcome indicator, Jorge García Badaracco, Mental Health Centre, mente ampliada, Multifamily Psychoanalysis Groups.

Introduzione

La famiglia è certamente uno degli archetipi più potenti, sia a livello individuale che collettivo. Nel 1967 l'antropologo Lévi-Strauss¹ definiva la famiglia come «l'unione durevole, socialmente approvata, di un uomo e di una donna e dei loro figli», intesa come una forma sociale primaria.

Oggi giorno la famiglia moderna si presta a differenti letture presenti nella letteratura scientifica e in discipline come sociologia, antropologia e psicologia. La nozione di famiglia può variare a seconda del contesto culturale, delle norme sociali e delle

prospettive individuali a cui ci si riferisce. Nel 2000 nel libro "Il famigliare: legami, simboli e transizioni" Scabini e Cigoli spiegano come «la famiglia in quanto forma sociale primaria di rapporto tra sessi e tra generazioni (legami di filiazione e legami intergenerazionali) svolge un'altra funzione culturale e sociale originaria: essa incarna ed esprime infatti una struttura relazionale (simbolica) che consente agli individui di rappresentarsi e affrontare l'esterno, il nuovo, l'estraneo (il non familiare). Familiare e non familiare costituiscono una fondamentale categoria mentale»². Secondo Pontalti, la famiglia è un'organizzazione universale strutturata su due piani logici: uno che utilizza oggetti rilevabili nel reale (uomo, donna,

bambino, consanguineità nella discendenza, patto ritualizzato nel sociale o nel sacro, leggi della trasmissione delle appartenenze e dei beni), l'altro che utilizza oggetti non rilevabili nel reale, che attengono all'area del simbolico (affetti, relazioni, accudimento, eticità, stabilità)³.

La famiglia, quindi, come sistema vivente di riferimento principale nell'esperienza emotiva di una persona è il primo contesto esperienziale all'interno del quale i sintomi, le malattie, i problemi assumono una funzione precisa per il funzionamento relazionale del gruppo di persone che ne fanno parte. I conflitti che tendono a disgregare il sistema-famiglia creano una tensione emotiva che di solito viene vissuta in termini drammatici dal soggetto portatore del sintomo; egli si fa carico, attraverso la manifestazione dei sintomi, di distogliere i membri della famiglia dall'affrontare in modo manifesto le proprie difficoltà di relazione, accentrando l'attenzione su di sé. Ecco quindi che il sintomo acquisisce una doppia valenza: segnala alla famiglia l'esistenza di un disagio e, nello stesso tempo, rende innocuo il suo potere distruttivo, accentrando su di sé tutte le preoccupazioni degli altri membri⁴.

Le più recenti linee guida del National Institute for Health and Clinical Excellence del 2014 sul trattamento dei disturbi mentali sottolineano l'importanza di interventi psicoterapeutici per i familiari di pazienti psichiatrici gravi⁵: non si può trattare un paziente psicotico senza seguire la famiglia, devono essere inclusi interventi che incoraggino l'acquisizione di abilità di coping, che favoriscano la *recovery* e promuovano maggiormente i rapporti sociali.

Le terapie multifamiliari (TMF) includono in un gruppo circolare pazienti e familiari di più famiglie riunite assieme a più operatori dei servizi per la salute mentale e possono fondarsi su approcci e tecniche diverse, tra queste, quelle dei Gruppi di Psicoanalisi MultiFamiliare (GPMF)⁶. I GPMF consistono in un intervento di cura con caratteristiche specifiche e virtualmente trasformative della sofferenza psichica che trova, nelle sedute di gruppo, strumenti per continuare a valutare, accompagnare e trattare ogni fase del processo di cambiamento attraverso molteplici interazioni relazionali individuali, familiari e interfamiliari che questa terapia prevede e mette in atto. Nel corso degli anni e nel mondo le terapie multifamiliari sono state esercitate e sviluppate in diversi ambiti e con diverse applicazioni⁷.

Dopo le prime esperienze di gruppo con madri insieme a figlie schizofreniche di Abrahams e Veron⁸ nascono negli anni Sessanta, in America del Nord, le terapie multifamiliari. È Hans Peter Laqueur, considerato da molti il pioniere delle terapie multifamiliari, che, individuando una serie di strutture familiari patologiche e disfunzionali, riunisce insieme pazienti e famiglie⁹ mentre, quasi contemporaneamente

in Argentina, Jorge García Badaracco, con un'ottica psicoanalitica, metteva a punto la "sua psicoanalisi multifamiliare".

Jorge García Badaracco (Buenos Aires 1923-Buenos Aires 2010) è stato uno psichiatra argentino, con formazione psicoanalitica europea. Trasferitosi nel 1950 a Parigi per completare la sua formazione in psichiatria e psicoanalisi, lavora con il professor Julián de Ajuriaguerra presso l'Ospedale di Sainte Anne. Prende contatto con altre personalità della psichiatria e psicoanalisi dell'epoca come Jacques Marie Émile Lacan, Henry Ey, Serge Lebovici, Henry Hecaen e molti altri. Nel 1957, tornato a Buenos Aires, diventa professore di Neuropsichiatria dell'Università di Mendoza e successivamente nel 1958 è nominato primario di un reparto di 35 posti all'Ospedale Neuro Psichiatrico Borda di Buenos Aires. Dopo dieci anni, nel 1968, abbandona il posto di primario a causa dei disaccordi tra la sua concezione di cura e il potere istituzionale, per fondare una clinica privata dove sviluppa e approfondisce la sua filosofia assistenziale negli anni a venire¹⁰. La psicoanalisi multifamiliare giunge in Italia grazie al contributo dei maggiori allievi di Badaracco: Ernesto Mandelbaum e Alfredo Canevaro; quest'ultimo amplia il modello di Badaracco attraverso l'esperienza sistemica che esplica nei suoi percorsi didattici in Italia, influenzando il servizio pubblico con formazioni a carattere intensivo in numerose strutture del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e del privato sociale.

Il modello di psicoanalisi multifamiliare di Badaracco teorizza che nel gruppo si fondino "saperi" provenienti dalla psicoanalisi, dalla pragmatica della comunicazione umana, dalla psichiatria accademica e da quella antistituzionale, che danno luogo a una nuova forma di conoscenza, utile per affrontare e trattare la psicosi, vista come l'inceppamento di un processo di crescita che coinvolge due o più persone della stessa famiglia appartenenti a generazioni diverse¹¹. Per Badaracco la psicosi non riguarda una persona soltanto, ma almeno due o anche tre; il paziente non arrivando a costruire una sua identità vive in una situazione simbiotica e inizia a stare male, anche se per lungo tempo non si vede; il genitore, dall'altro lato, vive la stessa drammatica esperienza di non riuscire mai a definire i propri confini e si abitua a vivere, insieme al figlio, "l'uno nell'altro", in un insieme indistinto; il paziente ha, nel suo mondo interno, la presenza "di un oggetto che fa impazzire", isomorfo al rapporto che avverte di vivere con uno o entrambi i genitori nel mondo esterno. Un genitore (o entrambi), a sua volta, ha nel suo mondo interno la presenza di "un oggetto che fa impazzire" analogo al rapporto che sente di vivere con il figlio psicotico da cui, spesso, è tiranneggiato nella vita reale. La crisi psicotica che insorge è anche un tentativo disperato di ribellarsi al fatto di non riuscire a vivere una vita

propria. Non è solo il segno di stare male, ma è anche il tentativo maldestro e inefficace di non perdere definitivamente contatto con “qualcosa di proprio” con cui si è improvvisamente entrati in contatto¹².

Mettendo insieme a conversare più famiglie, pazienti e genitori più gli altri familiari, oltre agli operatori, si costituisce una situazione in cui le interazioni tra i componenti di ogni nucleo possono “rispecchiarsi metaforicamente” con quelle degli altri nuclei. L’eterogeneità della composizione del gruppo facilita lo sviluppo di “transfert multipli”¹³ favoriti anche dalla partecipazione di diversi operatori con differenti formazioni. In questo contesto è più facile parlare di cose di cui abitualmente, in tutti gli altri setting terapeutici, risulta molto più difficile parlare: gli aspetti “scissi” e dissociati di ognuno. All’inizio i terapeuti, ma successivamente il gruppo, nel suo insieme, svolgono la funzione di “terzo”. Questo consente la rottura della configurazione relazionale esclusivamente preedipica che, inizialmente, aveva creato la base costitutiva, immodificabile e tendente a perpetuarsi all’infinito della psicosi. Partecipando sistematicamente al GPMF, inoltre, ciascuno dei diversi operatori dei servizi pubblici – psichiatri, psicologi, infermieri, terapisti della riabilitazione psichiatrica, educatori, assistenti sociali – pur provenendo da processi formativi molto differenti, può scoprire di avere molti elementi in comune con gli altri operatori e arrivare, attraverso la pratica del gruppo, a costruire una teoria condivisa delle psicosi e anche una prassi operativa complessiva, all’interno del servizio in cui lavorano molto più sinergicamente che in precedenza¹⁴.

Un concetto di Badaracco che caratterizza la psicoanalisi multifamiliare è la *mente ampliada*: quando siamo nel gruppo si crea una “mente di gruppo” che permette di pensare insieme quello che non si riesce a pensare da soli; quindi, si forma un sistema di relazioni che si sviluppa fra le menti degli individui che lo compongono. Si amplia il concetto di interdipendenze evidenziando una dimensione di responsabilità quando si parla di “altri dentro di noi”, ma anche “noi dentro di noi” e “noi dentro gli altri”. Ogni partecipante scopre che non solo è “abitato” da “altri” significativi, ma anche da se stesso e che a sua volta “abita” altri. Consentire al paziente designato di includere la propria famiglia dentro di sé permette al paziente di non essere più da solo con la sofferenza e la famiglia trova nel gruppo il contenimento e le risorse necessarie per un processo di guarigione; vengono inoltre redistribuiti i ruoli nella famiglia permettendo a ogni componente di generare un’esperienza attiva nel processo di crescita comune¹⁵.

Un altro concetto di “mente in trama” è teorizzato dagli studiosi del CIPRES (Centro Investigacion Psicoterapia e Rehabilitacion Social) in Uruguay, attualmente rinominato ENTRAMA, che amplia la vi-

sione di Badaracco. Il laboratorio, nato nel 1988 nel Policlinico della Clinica Psichiatrica della facoltà di Medicina di Montevideo, mostra come avviene il miglioramento del singolo partecipante: creando nuove interdipendenze reciproche che si ripercuotono sul cambiamento degli altri componenti secondo i tempi di ognuno. Nella revisione del laboratorio si è accentuato il concetto di “mente in trama”, creando il “circolo azzurro”, concetto che include e trascende la *mente ampliada* con tutte le sue caratteristiche. Se la *mente ampliada* è una costruzione relazionale, la *mente in trama* è una dimensione costitutiva dell’intera psiche: siamo in trama con la nostra famiglia, con la società, con la cultura, con la lingua che parliamo e che ci parla. La mente viene considerata, quindi, come un fenomeno intrinsecamente sociale e relazionale. Secondo questa prospettiva, la mente individuale è intrecciata con il contesto sociale, culturale e relazionale in cui l’individuo si trova. La *mente in trama* mette l’accento sull’importanza delle relazioni interpersonali, dei processi comunicativi e delle dinamiche sociali nella formazione della mente e nell’elaborazione delle esperienze psicologiche. Questo cambiamento permette a ogni partecipante di “essere altro con gli altri” in una forma autentica, costruendo un’individualità nella “trama”. I transfert e i controtransfert sono multipli, e bisogna capire quali sono per dirigere il gruppo e i partecipanti verso un clima abilitatore.

«Anche gli operatori entrano in trama e quindi devono acquisire la capacità di comprendere e attuare strategie che conducano tutto il gruppo verso interdipendenze favorevoli il cambiamento e bloccare quelle patologiche. Sono necessari, quindi: coinvolgimento e impegno affettivo di ogni componente (operatori compresi) in quanto ognuno è di supporto all’altro in casi di transfert molto travolgenti. Lavorare con una *mente in trama* significa per gli operatori lavorare in simmetria e responsabilità»¹⁵.

Accanto all’aspetto familiare vi è una dinamica sociale da cui non si può prescindere; il GPMF rappresenta anche una microsocietà che si incontra in quella che potremmo definire “agorà” (setting del gruppo). Questo rappresenta un elemento innovativo e rivoluzionario nei gruppi multifamiliari, che ricreano al loro interno una microsocietà. È l’unico setting psicoterapeutico in cui è presente una dimensione sociale così marcata. Così come nella terapia individuale si lavora sulla relazione analista-paziente e in quella familiare sulle interdipendenze patologiche e patologiche, nel gruppo multifamiliare si lavora psicoterapeuticamente e non politicamente (il che attiene alle politiche sanitarie del Dipartimento e della ASL) sulla dimensione sociale di ognuno di noi. Solo nel setting dei GPMF possiamo intervenire su questa componente non secondaria ma costitutiva del nostro essere. In questo senso si sostiene che i GPMF

rappresentano il metodo più completo ed efficace di psicoterapia delle psicosi. Esiste così una visibilità impensabile in qualsiasi altro contesto terapeutico¹⁶.

La società è cambiata nel corso del tempo, oggi si parla di “società liquida” in cui la dimensione sociale trasforma un fatto privato in un fatto pubblico e quindi condiviso e accettato. La dimensione sociale di un problema ne legittima l'esistenza, elimina la vergogna di un evento vissuto privatamente o individualmente e lo arricchisce. Si può dire che il peso di un problema vissuto da una persona si alleggerisce se condiviso dalla famiglia, ancor di più se condiviso da un gruppo più vasto o dalla comunità¹⁷. La situazione determinata dal distanziamento sociale e relazioni familiari disfunzionali contribuiscono alla regressione delle relazioni personali e a una riattivazione delle interdipendenze patologiche e patogenetiche dei sistemi familiari a impronta psicotica. L'idea è che il GPMF possa rappresentare un luogo psicologico e sociale introiettato che elabora stabilmente problemi legati allo svincolo, cioè al processo di separazione-individuazione e alle relative dinamiche di interdipendenza patologica e patogena attiva tra paziente e familiare. La terapia di psicoanalisi multifamiliare può costituire quindi un setting in cui i pazienti possono trovarsi con altre persone e professionisti in modo libero ma strutturato e con obiettivi non soltanto strettamente terapeutici. La buona tenuta degli interventi, l'elevata partecipazione e la fattibilità a lungo termine suggeriscono che i gruppi di psicoanalisi multifamiliare possono essere implementati nei servizi di salute mentale di una grande città, sono sostenibili per molti anni e possono rappresentare una risorsa preziosa per molti pazienti e famiglie¹⁸. Nel GPMF i presupposti vengono aggiornati e l'intimità individualizzata viene proposta come base comune, come messaggio implicito e come paradigma. Questo concatenamento fra pubblico e privato avviene sempre nel GPMF; compito degli operatori è semplicemente favorire questo processo. Da diversi anni, si sta constatando l'utilizzo progressivo di interventi gruppalì in generale e più specificamente multifamiliari all'interno dei servizi psichiatrici, al fine di integrare i trattamenti farmacologici con quelli psicoterapeutici volti a migliorare la compliance farmacologica, avvicinare le famiglie dei pazienti ai servizi di salute mentale coinvolgendole nel processo di cura e sostenendole nel loro carico emotivo^{19,20}.

Allo stato attuale non sono molto numerose le ricerche effettuate nel campo della psicoterapia di gruppo, strutturate in base a criteri metodologici scientifici specificatamente attinenti e con strumenti di valutazione di indagine che dovrebbero mirare, in primo luogo, a valutare l'indicatore di esito di intervento attraverso analisi di variabili usualmente distinte in:

- variabili di processo (con valutazione di fattori terapeutici, siano questi specifici che aspecifici, aspetti di coesione, alleanza e clima di gruppo);
- variabili di risultato (funzionamento globale del paziente psichiatrico, stile di attaccamento, carico di cura percepito e strategie di coping dei familiari, nonché livello di burnout degli operatori da tenere in debita considerazione)²¹.

Nella nostra attività clinica abbiamo pensato di misurare la soddisfazione di tutti i singoli partecipanti al gruppo attraverso un questionario di gradimento proposto alle famiglie e ai pazienti, cogliendo il clima di gruppo che è una delle variabili in gioco nell'esito di intervento²². Questa nostra valutazione, oltre a rappresentare un indicatore soggettivo di soddisfazione per l'attività psicoterapica messa in atto nel centro di salute mentale, può rappresentare un primo tentativo per una più ampia ipotesi di studio attraverso ulteriori misurazioni oggettive di variabili mirate a evidenziare un indice di efficacia di risultato della terapia di psicoanalisi multifamiliare²³.

Metodi

Abbiamo preso in esame il livello di soddisfazione espresso da familiari e pazienti partecipanti al GPMF, pensando di verificare l'ipotesi che la partecipazione alle sedute di GPMF evocò un grado medio-alto di soddisfazione, permettendo a pazienti e familiari di aderire maggiormente alla psicoterapia e quindi contrastando lo stress legato all'isolamento e allo stigma sociale, nonché quello causato dalle dinamiche familiari. Obiettivo primario di questo studio osservazionale attraverso valutazione longitudinale (*crosssectional*) è la misurazione della soddisfazione al GPMF. Obiettivi secondari sono la misurazione dell'andamento del numero di partecipanti in rapporto all'indice soggettivo di soddisfazione.

La terapia di psicoanalisi multifamiliare presa in esame nel presente articolo vede un operatore psicoterapeuta, fondatore nel 2007 del GPMF del servizio, un medico psichiatra, personale infermieristico e vari tirocinanti psicoterapeuti che nel tempo si sono alternati partecipando come auditori, oltre ai pazienti stessi con una media di 21 persone partecipanti. Il tipo di gruppo è “aperto” e le famiglie partecipanti sono indirizzate dagli psichiatri e dagli psicologi del servizio e direttamente inserite senza alcun passaggio intermedio. Gli operatori fin dall'inizio illustrano e chiariscono le finalità del gruppo di psicoanalisi multifamiliare e la possibilità che si possano aggiungere altre famiglie. Il gruppo diventa di “tutti” e possono parteciparvi più operatori, mantenendo saldo il concetto badaracchiano di *mente ampliada*, ossia il “pensare insieme quello che non si può pensare da soli”. Si tiene in considerazione l'inevitabile rapporto

della mente con il contesto culturale e sociale in cui possano trovare spazio non solo i pazienti e i relativi familiari con i loro pensieri, le loro emozioni dirompenti e le loro identità frustrate, ma tutta l'équipe terapeutica del servizio. Il numero dei partecipanti è incrementato nel tempo. Alcune famiglie frequentano per qualche incontro e poi non partecipano più, altri gruppi familiari accedono alle terapie con continuità da anni. Negli interventi terapeutici partecipano: famiglie al completo, solo genitori in coppia o singolarmente e singoli pazienti che lamentano l'assenza dei familiari e sperano che possano avvicinarsi nel corso del tempo; in qualche occasione è successo, in altri casi è successo il contrario. In questo caso la cadenza della terapia è quindicinale tranne le pause nel mese di agosto e dicembre (ma rispetto alla frequenza esistono diversi modelli, per cui la frequenza dei gruppi può essere anche settimanale). La psicoterapia di psicoanalisi multifamiliare ha una durata di 120 minuti con giorno di incontro il venerdì dalle 10.00 alle 12.00. I primi tempi l'orario non sempre veniva rispettato dal gruppo, in seguito si è giunti a una maggiore puntualità riducendo al minimo le uscite dalla stanza, i ritardi e i cellulari accesi. Data la possibilità di inserimento di nuovi pazienti, non c'è una rigidità vera e propria in merito, ma si attua un principio di tolleranza. La stanza dove ci si riuniva era la più grande presente nel servizio ma non abbastanza da consentire un assetto circolare per tutti i partecipanti e questo a volte ha impedito che tutti i componenti potessero vedersi fra loro. I confini del gruppo erano all'inizio molto permeabili: non si cominciava mai tutti insieme e non si terminava mai tutti insieme, in seguito c'è stato un assestamento con l'avvenuta interiorizzazione delle regole da parte della maggioranza. Solido e consolidato nel tempo è il setting interiore dell'operatore che ha fondato il gruppo e degli altri operatori che ricordano continuamente quale sia lo scopo del gruppo: facilitare la comunicazione, restituire i temi su cui si sta lavorando e resistere agli attacchi aggressivi proteggendo l'operato del gruppo in un clima emotivo di grande partecipazione e fiducia. Quando il clima viene invaso da emozioni più intense, come la rabbia, si lascia che il gruppo faccia da contenitore alle emozioni per favorire poi un'alternativa a modelli reiterati nell'ambiente familiare e quindi un processo di cambiamento.

La matrice psicoanalitica del gruppo emerge sul lavoro transgenerazionale, sul passato interiorizzato dai pazienti e sul riuscire a far emergere il vissuto personale dei genitori. Lo psicologo e lo psichiatra del servizio che partecipano al gruppo vedono individualmente alcuni pazienti e ciò può facilitare l'emergere in gruppo di alcuni vissuti emotivi inespressi. Come spesso capita, nei grandi gruppi il periodo iniziale è stato caratterizzato da una sorta di scissione interna a causa della difficoltà di trovare termini e

argomenti in cui tutti potessero rispecchiarsi e confrontarsi: la molteplicità delle proiezioni inconse sul gruppo fa sì che si creino dei piccoli gruppi al suo interno, più rassicuranti e con la possibilità di strutturare difese più forti. Capita frequentemente che si crei una sorta di scissione nel gruppo, fra genitori e pazienti.

È subito emerso quanto sia difficile far sì che i nuclei familiari nella loro interezza comprendessero che la patologia dei pazienti è spesso accompagnata e sostenuta da una patologia delle interazioni familiari. È apparso chiaro che, nonostante alcune famiglie gravitino nel circuito della salute mentale da anni, la consapevolezza del disagio è ancora scarsa e continuano a cercare cause esterne e organiche che giustifichino la malattia dei familiari.

Dopo che per un lungo periodo di tempo non era stata attuata la psicoanalisi multifamiliare nel servizio, alla sua ripresa abbiamo pensato di somministrare questionari di gradimento anonimi allo scopo di monitorare l'andamento del gruppo alla sua ripartenza e come il lavoro terapeutico di gruppo venisse percepito dai partecipanti tutti. Il periodo analizzato intercorre tra gennaio 2016 e dicembre 2019, interrompendosi nel 2020 per le conseguenze connesse alla comparsa della pandemia di Covid-19. Il gradimento alla terapia di gruppo multifamiliare secondo il modello di Badaracco è stato misurato con cinque possibili risposte affiancate da un'emozione che valutava così la soddisfazione: per niente soddisfatto, poco soddisfatto, sufficientemente soddisfatto, abbastanza soddisfatto, molto soddisfatto.

Risultati

Sono stati realizzati dei grafici al fine di illustrare l'andamento del gradimento e delle presenze dei pazienti maschi e femmine e dei familiari distinti anche loro in maschi e femmine. Come si può osservare, rappresentato dalla linea continua in cima, si evidenzia un alto livello di soddisfazione generale conservato nel corso del tempo con una relativa costanza delle presenze annuali (figura 1).

Osservando le figure 2-5 emerge che i componenti del gruppo tendono anche successivamente a mostrare un alto grado di soddisfazione in media, considerando la nostra scala di gradimento. Questi dati evidenziano che nel gruppo multifamiliare si è venuto a creare un clima positivo che ha permesso di mantenere costante la partecipazione dei componenti del gruppo alle sedute (figure 6-8).

Nell'anno 2018 si valuta un ulteriore aumento del gradimento e l'aumento del numero dei partecipanti al gruppo (figure 4 e 7).

Nell'anno 2019 si rileva un livello dell'indice di gradimento conforme rispetto agli anni precedenti,

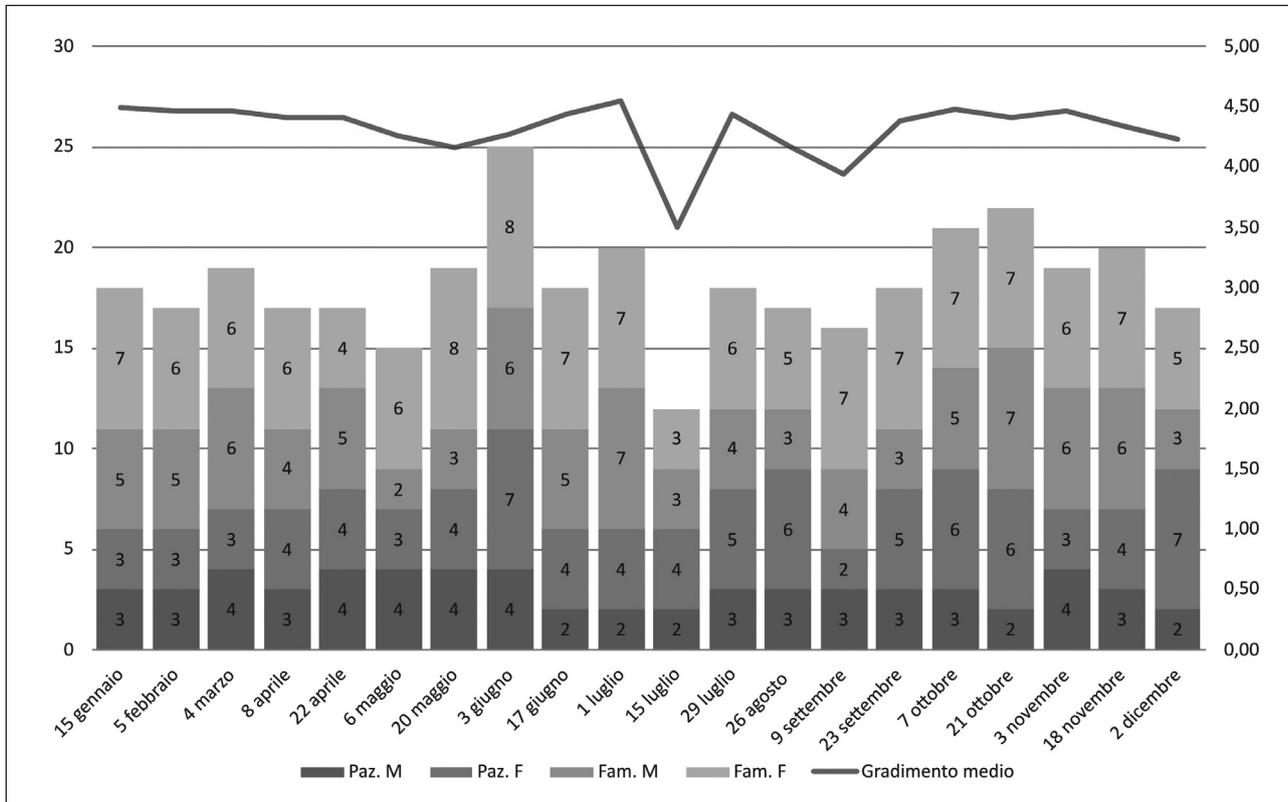


Figura 1. Presenze 2016 pazienti maschi e femmine, familiari maschi e femmine, indice di gradimento medio.

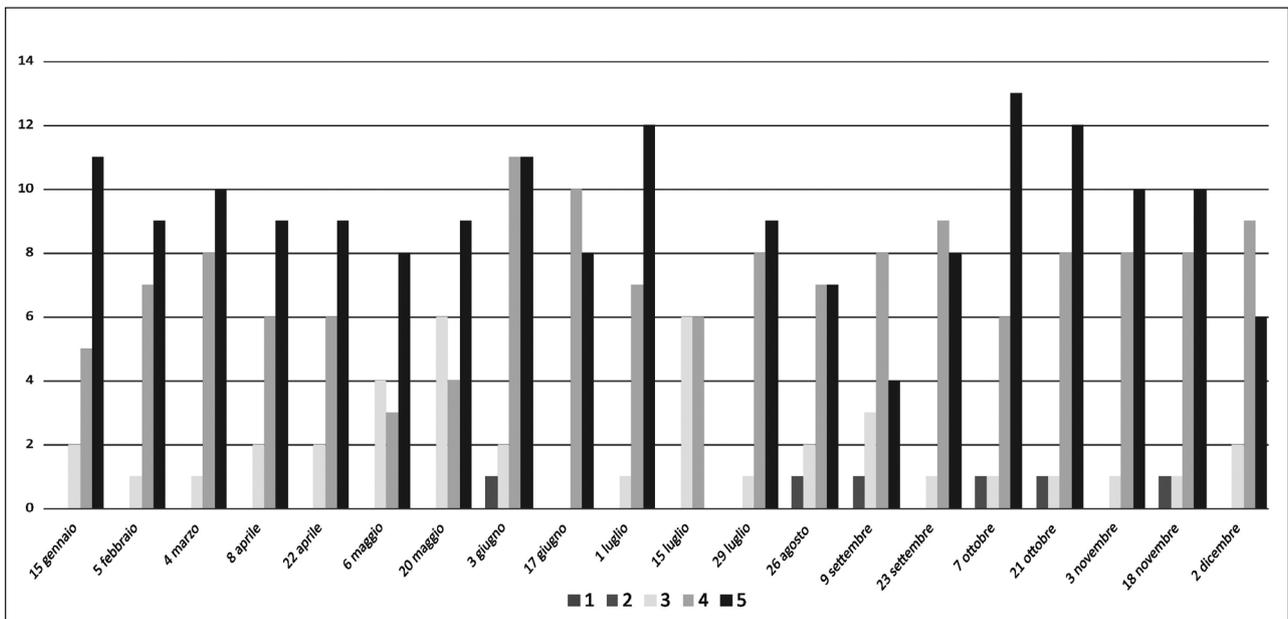


Figura 2. Ripartizione dei voti di gradimento per il 2016.

pur osservando una riduzione delle sedute di terapia e una deflessione delle presenze medie dei partecipanti (figure 5 e 8).

Durante questo periodo abbiamo assistito a nuovi inserimenti, che a volte hanno avuto un seguito,

altre volte invece non c'è stata una continuazione nella frequenza del GPMF. Il clima emotivo è quasi sempre stato "abilitatore": anche quando le tematiche portate in gruppo erano decisamente di forte spessore emotivo, il rispecchiamento e i

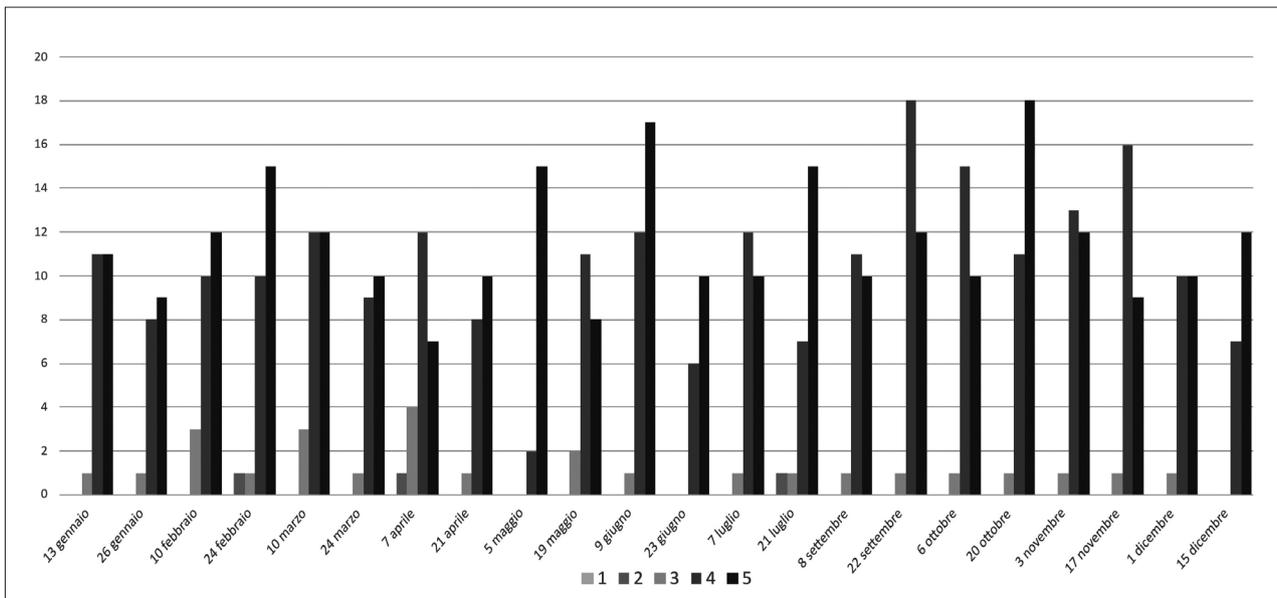


Figura 3. Ripartizione dei voti di gradimento per il 2017.

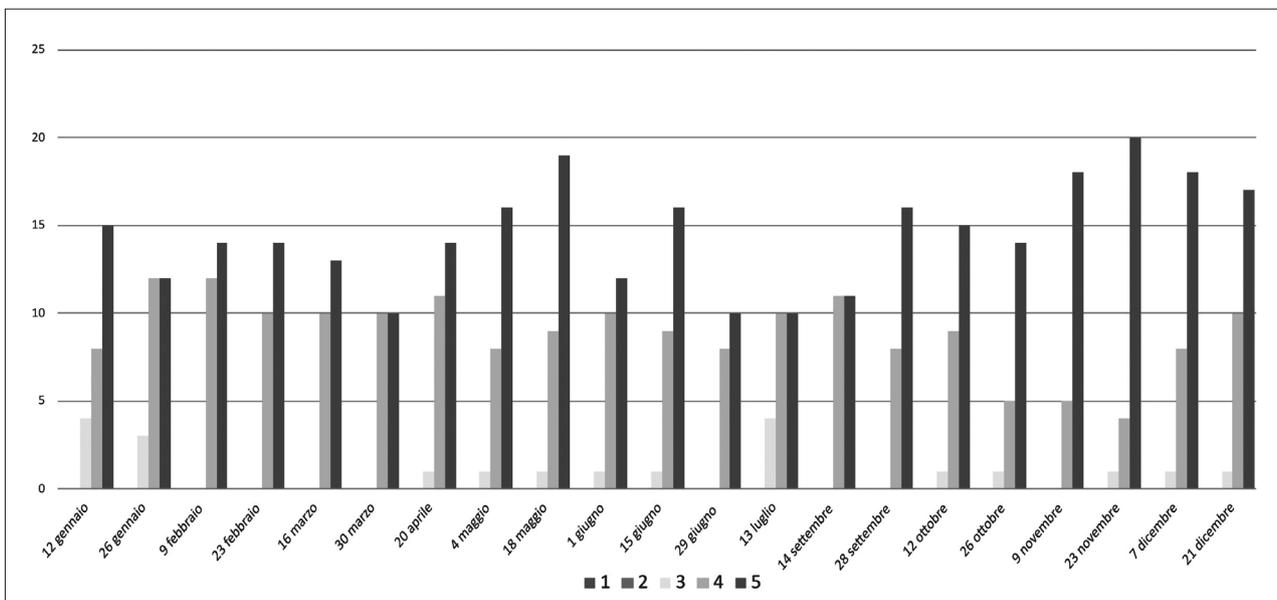


Figura 4. Ripartizione dei voti di gradimento per il 2018.

transfert multipli hanno permesso l'emergere della rabbia, della disperazione e una riformulazione di certi eventi attraverso esperienze comuni; l'effetto del gruppo è stato quello di facilitare la reintroduzione degli elementi sottoposti a identificazione proiettiva che hanno invaso l'altro, permettendo così una sorta di ricostruzione dei confini tra una persona e l'altra. Questo è quello che emerge quando si presenta al gruppo una famiglia di un paziente schizofrenico: parla solo il genitore in nome e per conto del paziente che non ha il tempo di rispon-

dere perché sopraffatto dal familiare ed è abituato così. Badaracco dice "gli altri in noi" mettendo in risalto la difficoltà di essere noi stessi e soprattutto, la fatica per rientrare in contatto con elementi della propria personalità¹². Tutto il lavoro del GPMF serve per rendere possibile tale scollamento, è un processo complicato ma possibile.

Dai dati ottenuti e mostrati nei grafici riassuntivi (figure 9 e 10) si evidenzia un livello costante di gradimento della terapia negli anni anche in funzione di oscillazioni del numero di presenze medie degli utenti.

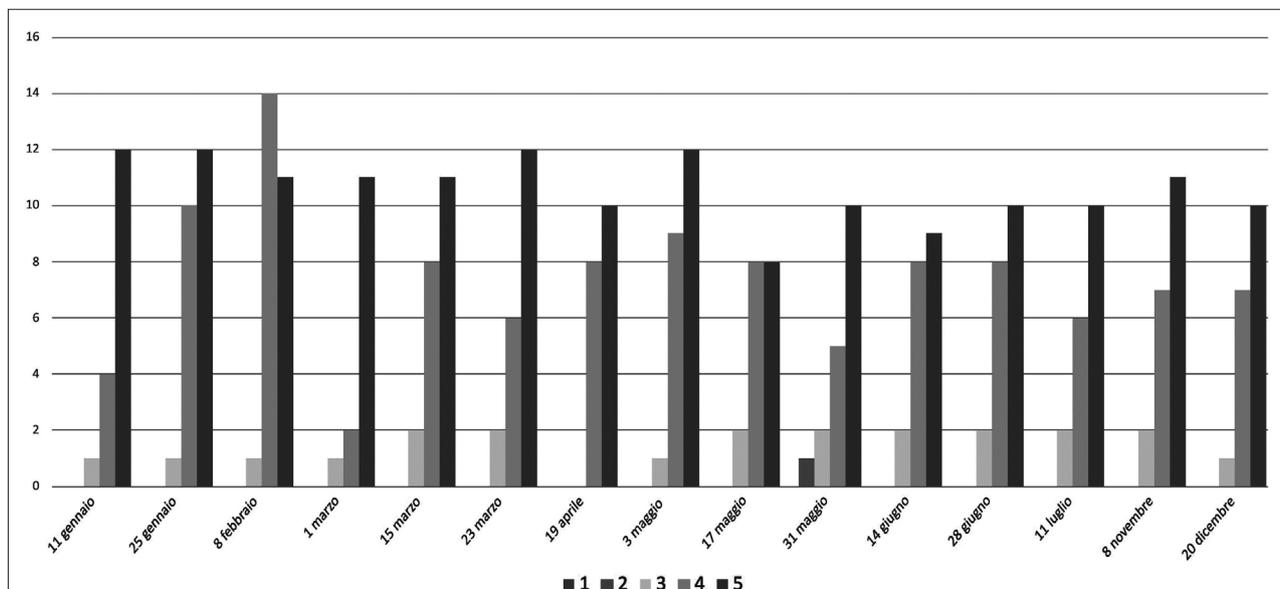


Figura 5. Ripartizione dei voti di gradimento per il 2019.

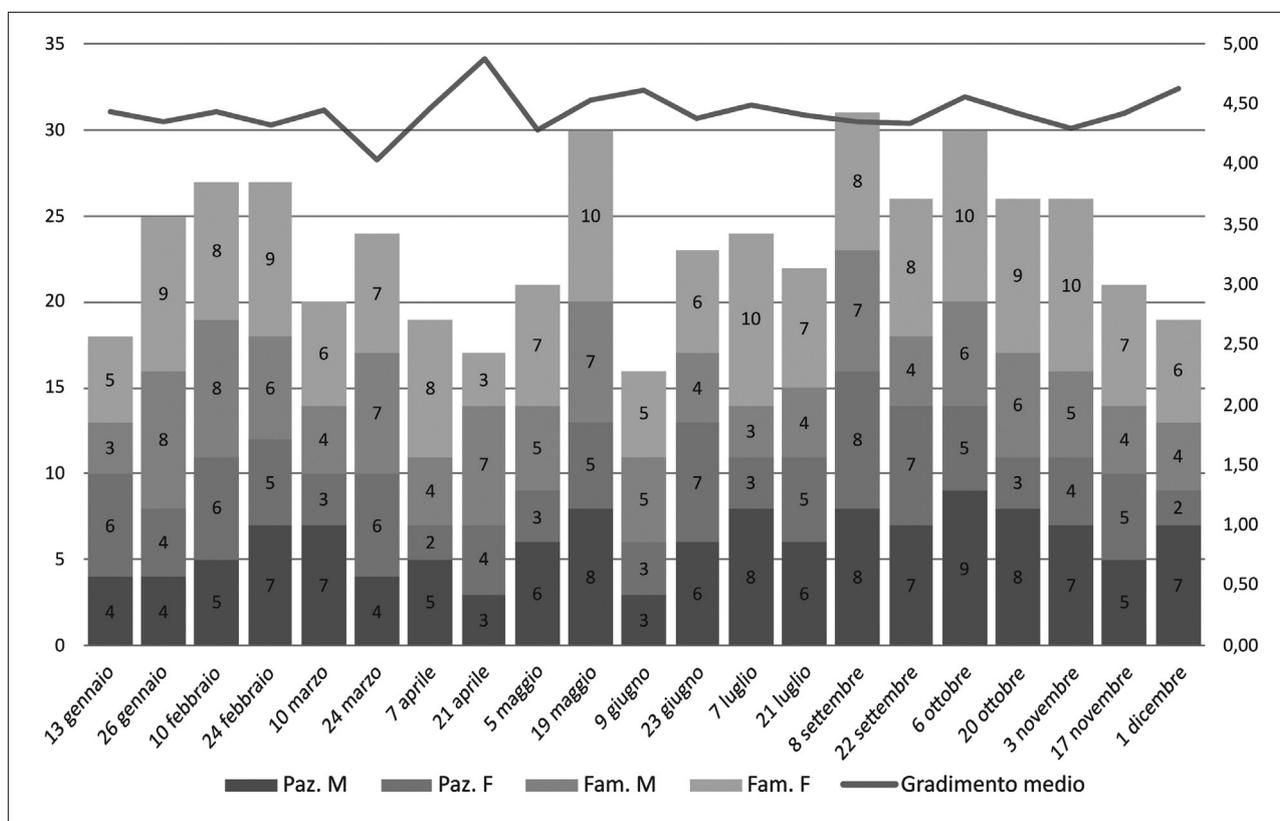


Figura 6. Presenze 2017 pazienti maschi e femmine, familiari maschi e femmine, indice di gradimento medio.

Discussione e conclusioni

Innanzitutto, occorre distinguere nettamente la “sensazione soggettiva di efficacia della psicoterapia” con “l’indicatore di esito dell’intervento in psi-

coterapia”. Se il secondo è ormai oggetto di studio e dibattito, soprattutto dopo l’avvento della *evidence-based medicine*, non sono molti ancora gli studi che valutano l’associazione statistica tra soddisfazione e aderenza, conformità e continuità al trattamento psicoterapico: i dati disponibili finora suggeriscono che

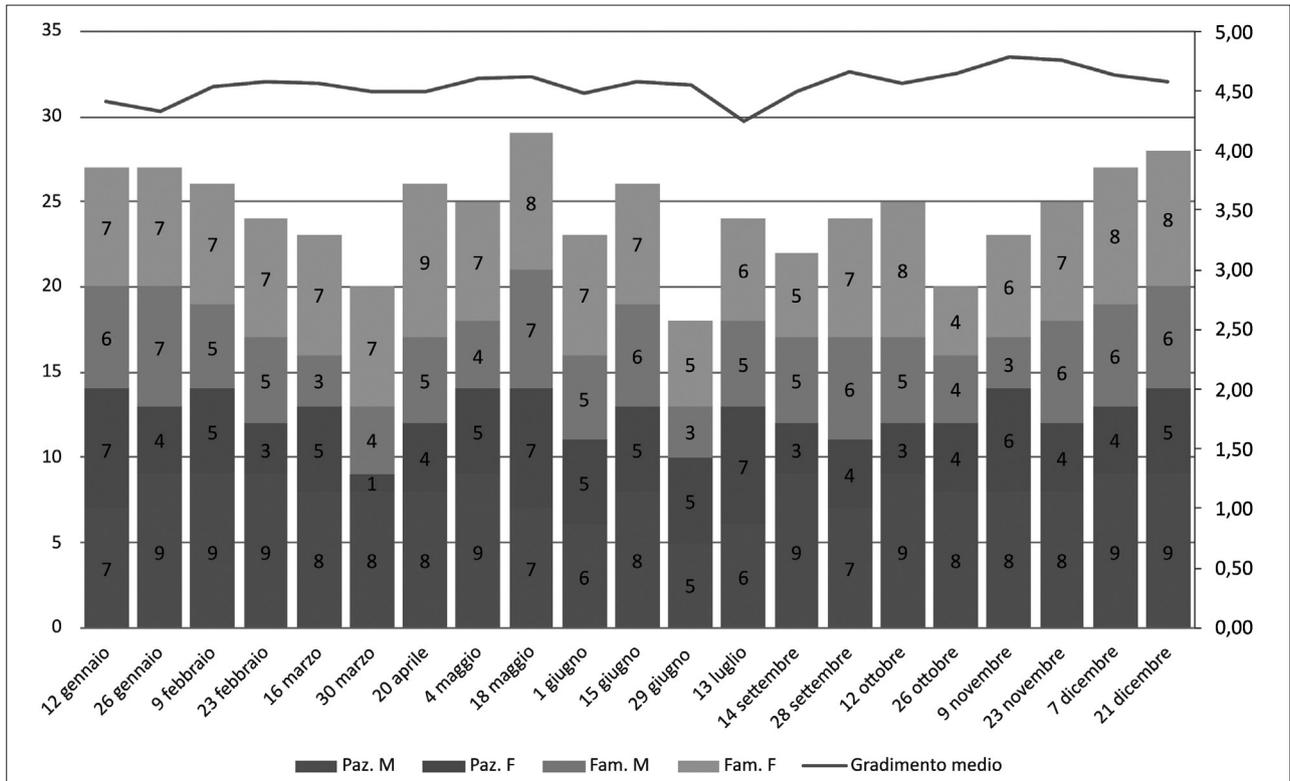


Figura 7. Presenze 2018 pazienti maschi e femmine, familiari maschi e femmine, indice di gradimento medio.

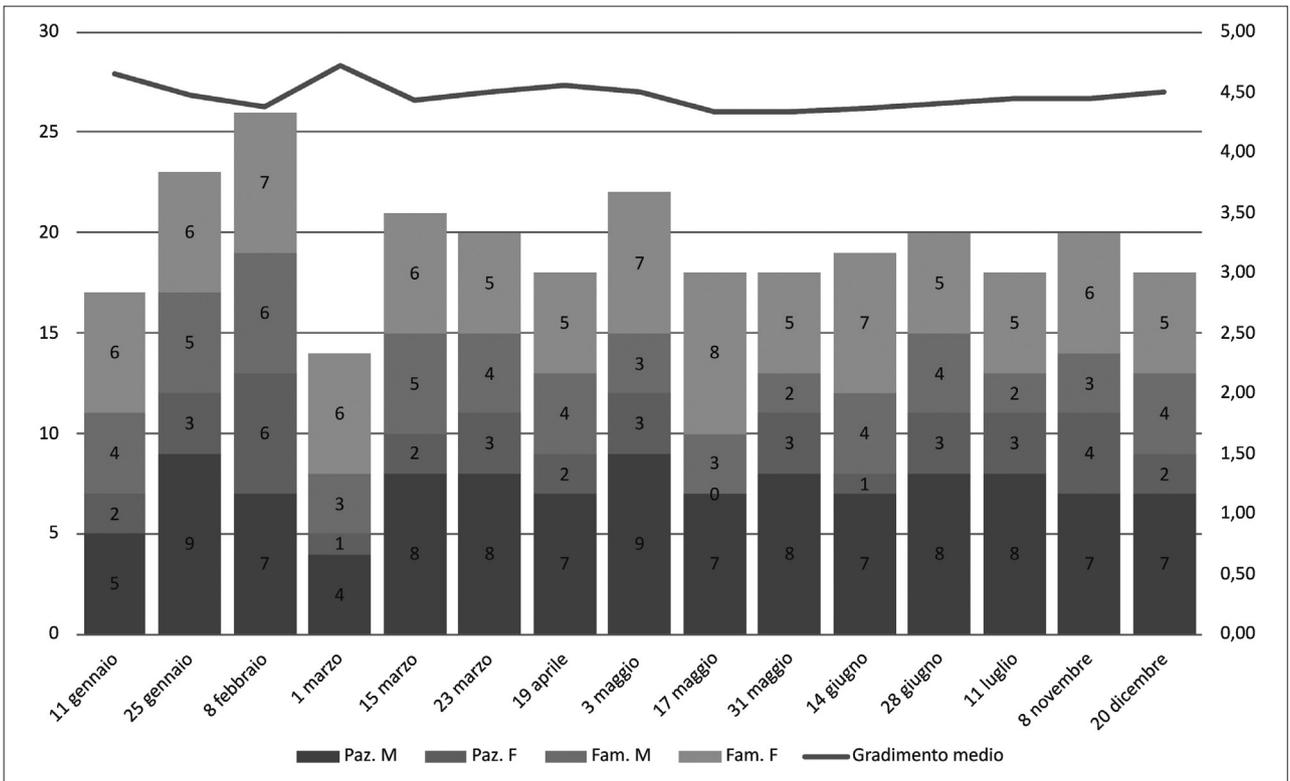


Figura 8. Presenze 2019 pazienti maschi e femmine, familiari maschi e femmine, indice di gradimento medio.

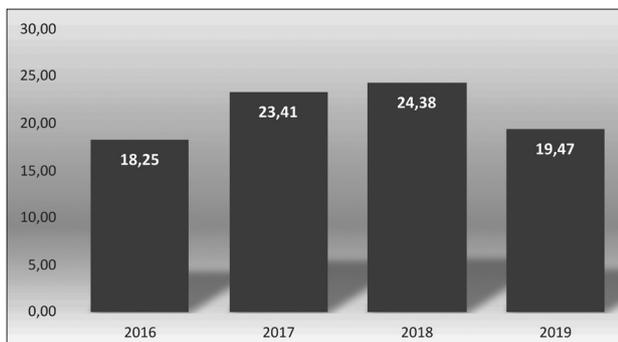


Figura 9. Presenze in media.

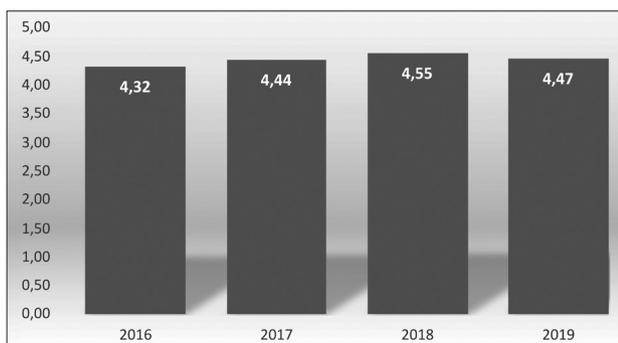


Figura 10. Indice di gradimento medio.

una maggiore soddisfazione al trattamento si associ a una migliore compliance e a una migliore continuità del trattamento stesso²⁴. Raccogliere da tutti i partecipanti una sensazione soggettiva di gradimento non può che riverberarsi in un vissuto da parte del gruppo nel suo insieme, da valutare distintamente dagli indicatori di esito, oppure essere integrato assieme ad altre misure oggettive per giungere a una misurazione globale di efficacia della terapia.

L'analisi dell'indicatore di esito e del rapporto costo-efficacia nella pratica psicoterapica dei Servizi è stata approfondita anche dalla Commissione Europea nel 2015 sulla somministrazione dei trattamenti psicoterapici nei differenti Paesi europei; valutarne gli effetti e gli esiti risponde anche all'opportunità di definire modelli organizzativi efficienti dei trattamenti psicoterapici. I vantaggi e le opportunità che si ricavano dalla valutazione degli esiti, articolati in più punti, sono riportati in un documento dell'England National Health Service del 2018²⁵. Schematizzando troviamo che:

1. il primo è una attenta valutazione del paziente attraverso l'utilizzo di strumenti clinici opportuni;
2. il secondo è rappresentato dall'osservazione dei dati e dalla descrizione delle caratteristiche del Servizio;
3. nel terzo punto le informazioni raccolte forniscono elementi per l'ottimizzazione dei Servizi, consentendo valutazioni relative all'utilizzo delle risorse e il consolidamento delle pratiche;

4. nel quarto le informazioni di esito possono essere impiegate per il confronto tra singoli Servizi individuando modelli comuni regionali e/o nazionali.

In questa nostra esperienza abbiamo proposto la misurazione di una "valutazione soggettiva di gradimento di efficacia" (attuata attraverso una misurazione di gradimento nei gruppi di psicoanalisi multifamiliare) utile al clinico per meglio condurre la propria terapia e migliorare la compliance al trattamento. Riteniamo importante attuare questa pratica anche nel futuro con la ripresa degli incontri di gruppo dal vivo dopo la pandemia di Covid-19, adottando strumenti, questionari e quanto altro al fine di identificare metodi per effettuare ulteriori studi osservazionali volti anche alla valutazione di efficacia di esito al trattamento.

Sulla base dei risultati ottenuti negli anni considerati, l'indice di soddisfazione soggettiva, inteso come soddisfazione delle sedute di psicoanalisi multifamiliare, è stato mediamente alto per la terapia praticata, mantenendosi stabile su un livello medio-alto insieme alle presenze medie costanti dei partecipanti, a dimostrazione di una relazione diretta tra maggiore soddisfazione per il trattamento e maggiore aderenza e continuità al trattamento stesso. Purtroppo non sono molti in Italia i Dipartimenti di Salute Mentale che ritengono utile valutare i risultati degli interventi psicoterapici e/o gli indici soggettivi di soddisfazione delle psicoterapie. Sarebbe auspicabile che i servizi di salute mentale possano promuovere le valutazioni di risultato degli interventi psicoterapici e/o di soddisfazione soggettiva, permettendo rilevazione e pubblicazione dei risultati.

Conflitto di interessi: gli autori dichiarano l'assenza di conflitto di interessi.

Ringraziamenti: si ringraziano le infermiere Sabrina Bonci, Laura Di Buccio e Laura Mattei per l'impegno professionale svolto nel corso degli anni a fianco degli autori.

Bibliografia

1. Lévi-Strauss C [1967]. Le strutture elementari della parentela. Cirese AM (a cura di). Milano: Feltrinelli, 2021.
2. Scabini E, Cigoli V. Il familiare: legami, simboli e transizioni. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2000.
3. Saraceno C, Naldini M. Sociologia della famiglia. Bologna: il Mulino, 2012.
4. Signorini S. La terapia familiare 2022. Disponibile su: https://lc.cx/c_msiw [ultimo accesso 28 luglio 2023].
5. Recommendations/Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management/ Guidance/NICE 2014. Disponibile su: <https://lc.cx/oTJ3VA> [ultimo accesso 28 luglio 2023].
6. Signorini S, Paganin W. Le terapie multifamiliari: evoluzione storica e stato attuale. *Psicoterapia e scienze umane* 2023; 57: 245-66.
7. The evolution of multiple family. Disponibile su: <https://lc.cx/w-LKV8> [ultimo accesso 28 luglio 2023].

8. Abrahams J, Varon E [1953]. Maternal dependency and schizophrenia: mothers and daughters in a therapeutic group. A Group Analytic Study. New York: International Universities Press, 1953.
9. Foster LN. Peter Laqueur, MD the Father of Multiple Family Therapy the First Model. Disponibile su: <https://lc.cx/uw8vhw> [ultimo accesso 28 luglio 2023].
10. Iñaki Markez A. In memoriam: a propósito de Jorge García Badaracco. Norte de Salud Mental 2010; 8: 97-8.
11. Borgogno FV. Working with “difficult” patients: an interview with Jorge García Badaracco. Am J Psychoanal 2010; 70: 341-60.
12. Badaracco JG. Psicoanalisi multifamiliare. Gli altri in noi e la scoperta di noi stessi. Torino: Bollati Boringhieri, 2004; p. 180.
13. Badaracco JG. Identificación y sus vicisitudes en la psicosis. La importancia de objeto enloquecedor. Rivista di Psicoanalisi 1985; 42: 214-42.
14. Narracci A. La psicoanalisi multifamiliare come esperanto. Torino: Edizioni Antigone, 2015.
15. Paganin W, Signorini S. Sentieri di cura. Roma: Armando Editore, 2021; p. 271 e pp. 275-276.
16. Pantò AS. Il gruppo multifamiliare nel centro di salute mentale. Giornate Romane di Psicoanalisi Multifamiliare 2018; 19 marzo. Disponibile su: <https://lc.cx/rUA35M> [ultimo accesso 28 luglio 2023].
17. Sempere J, Fuenzalida C. Terapia Interfamiliar. El poder de los grupos multifamiliares en contextos sociales, sanitarios y educativos. Bilbao: Editorial Desclee de Brouwer, 2022.
18. Maone A, D'Avanzo B, Russo F, et al. Implementation of Psychodynamic Multifamily Groups for severe mental illness: a recovery-oriented approach. Front Psychiatry 2021; 12: 64-9.
19. Gargano MT, Serantoni G, Ceppi F, et al. Carico di cura in familiari di pazienti psichiatrici che partecipano a gruppi multifamiliari a orientamento psicodinamico: risultati preliminari di uno studio empirico. Riv Psichiatr 2016; 51: 135-42.
20. Franza F. The emotional and psychological burden of the “burnout” in families of psychiatric patients. Psychiatr Danub 2019; 31 (Suppl 3): 438-42.
21. Narracci A, Russo F. Valutazione dei gruppi multifamiliari psicodinamici per i pazienti psichiatrici e le loro famiglie. Proposta di un protocollo di valutazione di esito-processo. Disponibile su: <https://lc.cx/PLF5yp> [ultimo accesso 28 luglio 2023].
22. Sidani S, Epstein DR, Fox M, Collins L. The contribution of participant, treatment, and outcome factors to treatment satisfaction. Res Nurs Health 2018; 41: 572-82.
23. Sidani S, Epstein DR, Fox M. Psychometric evaluation of a multi-dimensional measure of satisfaction with behavioral interventions. Res Nurs Health 2017; 40: 459-69.
24. Barbosa CD, Balp MM, Kulich K, Germain N, Rofail D. A literature review to explore the link between treatment satisfaction and adherence, compliance, and persistence. Patient Prefer Adherence 2012; 6: 39-48.
25. England National Health Service, 2018. Disponibile su: <https://lc.cx/RYJ8sp> [ultimo accesso 28 luglio 2023].

Indirizzo per la corrispondenza:

Dott. Walter Paganin

E-mail: walter.paganin@students.uniroma2.eu