

IL FATTORE TERAPEUTICO AMBIENTALE NELL'INSERIMENTO ETEROFAMILIARE SUPPORTATO DI ADULTI SOFFERENTI DI DISTURBI PSICHICI (IESA)

di Gianfranco Aluffi

Introduzione

"Lo sviluppo è strettamente connesso al contesto in cui si propone e si persegue" (Bertini, 2008).

Se è vero che lo sviluppo bio-psico-sociale e culturale dell'individuo avviene all'interno di un contesto bio-psico-sociale e culturale, è plausibile che anche la cura del paziente psichiatrico passi attraverso l'ambiente? Con il termine ambiente, si vuole intendere l'atmosfera relazionale ed emotiva con cui l'individuo entra in interazione, in cui cresce ed esperisce la propria vita, costruendo i propri riferimenti culturali più o meno condivisi socialmente. Se si considera il disagio psichico come una manifestazione della sofferenza umana, dovuto a molteplici fattori e in continuità con la condizione di "normalità", non si può fare a meno di intendere la dimensione ambientale del trattamento come fondamentale. Tuttavia, in che modo può essere recuperata la dimensione terapeutica associata al fattore ambientale? Nella seguente trattazione verrà descritto come nel modello IESA il contesto ambientale prenda attivamente parte al trattamento terapeutico-riabilitativo. Esiti quali la promozione spontanea delle capacità personali, relazionali ed esistenziali del paziente attraverso la funzione terapeutico-riabilitativa della famiglia, dell'ambiente "non umano" (Searles, 2004) e della mediazione degli operatori, conducono con sempre maggior forza empirica a fare riferimento al concetto di *fattore terapeutico ambientale*.

Che cos'è lo IESA

"Uno dei migliori esempi di una presa in carico dei malati mentali, da parte della comunità, ci viene fornito dalla città belga di Geel, ove si perpetua ciò che è senza dubbio il più vecchio programma comunitario di salute mentale in occidente".
(World Health Organization, 2001)

L'acronimo IESA sta per Inserimento Eterofamiliare Supportato di Adulti sofferenti di disturbi psichici e consiste nell'integrazione di una persona in difficoltà presso una famiglia che non è la sua originaria. In cambio dell'ospitalità offerta, la famiglia riceve solitamente un sussidio mensile e viene regolarmente e professionalmente assistita dagli operatori dell'equipe preposta. Lo IESA si pone come alternativa all'istituzionalizzazione in strutture chiuse, complementare e integrata ad altre modalità abitative e di inclusione sociale (Aluffi, 2000).

Tale modalità di accoglienza terapeutica ha le sue antiche origini nella leggenda di Santa Dymphna, ambientata nel VII secolo d.C., in cui si narra che Dymphna, figlia del re d'Irlanda, scappò dal luogo natio per sfuggire alle incestuose intenzioni del padre, trovando rifugio presso una chiesa della cittadina belga di Geel. Il padre si mise sulle sue tracce, la trovò e la uccise. I cittadini iniziarono così a pregare la martire per la guarigione dalla follia. Dal XIII secolo, Geel diventò una meta di pellegrinaggio per i folli e i loro familiari. Nascono così le prime forme di accoglienza dei "malati mentali" presso famiglie ospitanti, con finalità filantropico-terapeutiche. Ancora oggi a Geel è presente la pratica dello IESA, gestita da una apposita équipe di operatori della clinica psichiatrica locale. L'inserimento eterofamiliare supportato, costituendo una efficace ed al tempo stesso economica alternativa all'ospedalizzazione, si è diffuso in vari paesi del mondo, strutturandosi secondo modalità d'intervento adeguate allo specifico contesto di applicazione¹. Tra i paesi nei quali risultano esservi state esperienze di IESA emergono i seguenti: Belgio, Francia, Scozia, Germania, Norvegia, Olanda, Russia, Svizzera, Austria, Ungheria, Danimarca, Finlandia, Italia, Polonia, Svezia, Slovenia, Inghilterra, Giappone, USA, Canada, Brasile, Uruguay, ecc.

Per ciò che riguarda l'Italia, secondo una Statistica Ministeriale del 1898, in circa 18 province italiane, vi erano 1417 pazienti custoditi presso le famiglie con un inserimento di tipo omo o eterofamiliare, circa il 4% degli alienati, mentre nel 1902, in sette province italiane, gli inserimenti eterofamiliari raggiungevano quota 268 (Aluffi, 2001). Da un'indagine effettuata nel 1999-2000 presso il DSM 5b di Collegno, si evince che in quegli anni, il servizio IESA nei DSM era ancora poco conosciuto. I risultati indicano che nel 1999 in Italia erano in totale 62 gli utenti inseriti in famiglia presso 10 servizi di altrettante ASL (Aluffi, 2001). Tuttavia nel 2002, solo a distanza di due anni, altri 14 servizi di inserimento eterofamiliare supportato si sono sviluppati nel territorio nazionale (Aluffi, 2004). In una ulteriore mappatura del territorio italiano realizzata nel 2007, i servizi IESA risultavano attivi presso 34 DSM (17%) con 325 progetti avviati, compresi anche progetti part-time (Aluffi, 2006). Sui 194 direttori di DSM (97%) che hanno risposto all'intervista, 146 erano a conoscenza dello IESA (75%) e 106 si dissero intenzionati ad avviare progetti IESA negli anni a venire. Inoltre, chiamati ad esprimere la

¹ La trattazione storica e descrittiva di tale fenomeno è approfondita nel testo *Dal manicomio alla famiglia* (Aluffi, 2001).

propria opinione su tale servizio, 158 direttori di DSM (81%) espressero un giudizio positivo, 35 (18%) un giudizio neutrale e solo 1 (0.005%) un'opinione negativa (Aluffi et al., 2011).

Ad oggi lo IESA è una pratica rivolta ad adulti in carico ai servizi di psichiatria. La famiglia ospitante può essere anche composta da un solo membro, purché risulti idonea superando un apposito percorso di selezione. L'abbinamento tra ospite e famiglia ospitante, come la loro abilitazione, sono realizzati dagli operatori dell'equipe IESA che stabiliranno, in base ad un preciso progetto terapeutico-riabilitativo, anche la durata teorica della convivenza (full-time) o la frequenza degli incontri settimanali (part-time). La differenza principale rispetto ad altre soluzioni residenziali o di ricovero, sta proprio nella continuità relazionale simmetrica fornita da un *non professional*, supervisionata dagli operatori dell'equipe (Aluffi, 2004).

Lo spazio terapeutico della quotidianità

“Le case cattive sono migliori di buone istituzioni” (Bowlby, 1988).

Qual è il ruolo dell'ambiente in cui avviene la cura del paziente? Si può parlare di un “malato” senza considerare “malata” una relazione con il contesto in cui il paziente è inserito? E se il luogo della cura colludesse con l'aggravamento delle condizioni esistenziali del paziente sofferente, violandolo nei punti più deboli della sua fragile essenza?

Molti sono in letteratura gli esempi che hanno messo alla luce le iatrogene conseguenze dovute a ricoveri in istituzioni totali, strutture chiuse e alienanti. Altrettante citazioni sottolineano il modo in cui la relazione “terapeutica” con gli operatori sanitari rinforzi in realtà la diagnosi psichiatrica e lo stigma, spingendo il paziente ad assumere atteggiamenti ed esprimere sintomi facilmente rilevabili e riconducibili alla sua patologia. Da un interessante esperimento condotto negli Stati Uniti all'inizio degli anni '70, emerge come degli pseudopazienti “sani” inviati in manicomio venissero qui trattati e diagnosticati come pazienti schizofrenici, sviluppando in alcuni casi anche una sintomatologia di tipo ansioso depressivo legata alle circostanze ambientali (Rosenhan, 1975). In una tale condizione esistenziale, in cui sensazione d'impotenza, depersonalizzazione, segregazione, mortificazione (Goffman, 1968) ed etichettamento costituivano la quotidianità, le conseguenze del trattamento non potevano che essere antiterapeutiche. Questi ed altri esempi sottolineano l'importanza di poter portare avanti un percorso terapeutico in un ambiente il più possibile “normale” e in continuità con l'esperienza di quotidianità del paziente.

Nello IESA la casa della famiglia ospitante e le relazioni quotidiane costituiscono il setting principale, inteso come contenitore affettivo e cognitivo-strutturale delle rappresentazioni intrapsichiche e relazionali, in cui si dà inizio alla “riorganiz-

zazione del contesto intersoggettivo tra i (due) partner dell'interazione" (Tronick, 2008). È proprio nell'offerta di un'esperienza dell'ambiente casa, di cui la famiglia è l'istituzione sociale primaria contrapposta allo stereotipo dell'istituzione manicomiale, che lo IESA intercetta il bisogno di una crescita strutturale del Sé, per cui "il ruolo privilegiato della casa non consiste nell'essere il fine dell'attività umana, ma nell'esserne la pre-condizione e, in questo senso l'inizio" (Levinas, 1990).

Il dispiegarsi della convivenza all'interno di un ambiente confortevole e contenitivo come la casa che la famiglia offre, tutela le parti più fragili del paziente, garantendogli quella "base sicura" a cui potersi rivolgere, poiché "senza un ambiente umano e fisico delimitato, una persona non può scoprire fino a che punto le sue idee aggressive non riescano a distruggere nella realtà, ed in tal modo non può discernere la differenza tra fatti ed emozioni" (Winnicott, 1975).

L'ambiente eterofamiliare

"La fine della presa in carico sembra potersi realizzare tanto meglio quanto più somigliante con l'adeguata esperienza di separazione dei membri di una famiglia sufficientemente sana. I membri delle famiglie sane sono capaci di farsi i fatti loro, vivendo a lungo vite separate, facendo decisamente a meno l'uno dell'altro, ma trovandosi però in altri momenti insolitamente vicini ed intimi." (Fasolo et al., 2005)

Lo IESA propone come risorsa terapeutica fondamentale la famiglia, intesa come istituzione primaria naturale che permette al soggetto di collocarsi all'interno di un sistema affettivo ristretto, offrendogli il rispecchiamento e la conferma di sé, basi dell'identità (Kouth, 1986). L'obiettivo terapeutico dell'inserimento in famiglia quindi, prevede la presenza di modelli identificatori flessibili, che stimolano l'ospite alla riflessione, alla critica e promuovono trasformazioni nella sua progettualità, nella cura di sé e nelle relazioni interpersonali, contribuendo ad un miglioramento della qualità di vita (Aluffi, 2011). Si può sinteticamente sostenere che un buon esito della convivenza dipenda dall' "hardiness" o coraggio esistenziale, da strategie di coping funzionali e da una grande resilienza della famiglia (Fianco et al., 2012) che deve essere motivata nel processo di cura attraverso la valorizzazione delle risorse del paziente, nel rispetto dei suoi limiti (Aluffi, 2001; Cagnoni, Ferroni, 2004).

Delineando una "sufficientemente buona" immagine di famiglia ospitante, ciò che viene richiesto per prendersi cura dell'ospite è, in primo luogo, la presenza di un caregiver con tempo a disposizione nella giornata, tale da poter esercitare le funzioni proprie del "genitore simbolico" nei confronti dell'ospite, attraverso principi educativi basati sulla "tenerezza, proposta e fermezza" (Cagnoni et al., 2004). La tenerezza, considerata associata alla primaria richiesta di soddisfare bisogni di tipo biologico (Sullivan, 1962), genera salute psichica perché si gratificano bisogni primari di affetto-amore, accettazione, protezione, appartenenza, sicurezza, stima,

rispetto (Horney, 1981; Rogers, 1970; Maslow, 1982; Allport, 1974) e si rafforzano il riconoscimento e l'accettazione dei tratti autentici del Sé (Watzlawick, Beavin, Jackson, 1971). La capacità di proporre una modalità alternativa di affrontare le abitudini e le sfide della quotidianità, si esprime nell' "essere con" e "nel fare con" l'ospite piuttosto che "fare per". Tale disposizione relazionale fa assumere al caregiver il ruolo di "base sicura", facilitando l'interiorizzazione nell'ospite dei "modelli operativi interni" (Bowlby, 1982; 1989) che rispecchiano il sé in base a come viene percepito nella relazione ovvero degno di essere accolto e accettato, dando al soggetto quel sostegno affettivo e pratico di cui ha bisogno per affrontare momenti di difficoltà. Attraverso la rivitalizzazione delle abitudini nella quotidianità, intesa come "l'insieme dell'esperienze della vita" che avvengono "con una certa regolarità" (Correale, Rinaldi, 1997), si favorisce la riacquisizione della realtà psichica condivisa anche per quei pazienti "cronicizzati" che hanno bisogno di una maggiore stabilità ambientale (Re, Del Soldato, 2004). In questo modo la percezione della sintonia emotiva si attua nell'ottica minimalista della sana interazione a distanza, nella comprensione verbale e simbolica (Held, 1989; Kouth, 1986): si rispetta il bisogno di privacy del paziente, consentendogli allo stesso tempo di essere integrato in famiglia.

Tuttavia, in ogni famiglia, una buona tenuta della convivenza, passa anche attraverso momenti di tensione emotiva e difficoltà pratiche. La frustrazione dei bisogni patogeni che promuove la crescita, è perciò stimolata dalla "normalizzazione" (Wolfensberger 1970; Mosher, Burti, 2002) ovvero dall'aderenza al *modus vivendi* della famiglia e alle sue regole responsabilizzanti, misurate sulla persona, che incentivano la capacità di fare scelte responsabili e autonome. Tutt'altro che irrilevante è quindi la dimensione del conflitto nella nuova famiglia. Qui l'ospite sperimenta che "senza conflitto non c'è convivenza" e quindi litigare può servire, poiché "il conflitto si fonda sull'alterità e sta alla base dello scambio e della reciprocità" (Carli, 2003).

In molti casi inoltre, la natura dialettica emergente nella regolazione di tali conflitti, promuove la possibilità che il paziente accolga una nuova esperienza all'interno della propria frammentata realtà psichica, sperimentando nella relazione la permanenza dell'altro come "oggetto totale" (Klein, 2007), nonostante il tentativo "cannibalico" operato dalla sua fantasia distruttiva, di annientarlo nello scontro. Così anche le prime risposte aversive di rabbia e impotenza, bloccate ad uno sviluppo evolutivo primario, possono evolversi nell'interazione ospite-caregiver, in risposte strategiche e flessibili, producendo effetti desiderati come piacevole sollievo e senso d'efficacia (Fossage, 1998), funzionali a far rientrare nella continuità esperienziale anche episodi disturbanti, al fine di riappropriarsi di parti scisse di sé e proiettate nell'oggetto (McGlashan, Levy, Carpenter, 1975; Soskis, Bowers, 1969; Mosher, Burti, 2002).

La vicinanza culturale, intesa come facilità comunicativa indotta dal contesto comune di appartenenza, sia a livello cognitivo che emotivo, può agevolare la rela-

zione tra ospite e caregiver, secondo il principio di “contestualizzazione”, per cui la condivisione dello stesso ambiente socio-culturale promuove un “buon compromesso tra realtà oggettiva, storica, sociale e la realtà del loro vissuto soggettivo” (Mosher, Burti, 2002). È proprio attraverso il sostegno familiare infatti, che si manifesta l’esistenza di una “interazione dialettica” tra il sistema motivazionale di attaccamento-affiliazione e di quello esplorativo-assertivo (Lichtenberg et al., 2000): l’aspetto terapeutico per l’ospite, potrà quindi essere tanto maggiore, quanto più le esperienze di successo e di insuccesso sono accolte e partecipate dai caregiver.

Inoltre la presenza di bambini nella famiglia favorisce la terapeuticità dell’ambiente (Linn, Klett, Caffey, 1980), poiché stimola il paziente ad assumere un ruolo familiare affettivamente significativo come “nonno/a”, “zio/a” o “fratello/sorella” maggiore. Questo riveste una grande importanza, poiché la modalità di comunicazione coinvolgente del bambino fa percepire l’ospite come affettivamente vicino e responsabile nei suoi confronti. Perciò un buon grado di integrazione sociale della famiglia (Konrad, Schmidt-Michel, 1993) può costituire una qualità positiva per l’esperienza di convivenza dell’ospite.

La vicinanza del paziente ad una rete socio-relazionale sana può incrementare il recupero e lo sviluppo di abilità relazionali (Aluffi, 2011), benefiche anche in quanto destigmatizzanti. In questa dimensione di contiguità tra follia e normalità, relativa ad un servizio caratterizzabile come “etico o dialettico”, il marchio del malato lascia il posto al ruolo di cittadino, mentre nei “servizi clinici o ermeneutici” in cui si “sancisce una cesura incolmabile tra malattia e disagio psichico” (Galluccio, 2011) questa dimensione spazio-temporale di normalità viene concessa raramente e solo con dosi massicce di controllo.

Il ruolo dell’“ambiente non umano”²

“Isolato dal mondo, il corpo diventa oggetto (...) senza riferimento al mondo, il corpo ricade nella condizione di cosa (...). Solo la presenza o l’assenza del mondo decidono le sorti del corpo, il suo esistere come potenza operativa nel mondo o come cosa del mondo.” (Galimberti, 2009).

La cura dell’ambiente in una “dimensione totale” comprende anche elementi non umani, che possono essere utilizzati terapeuticamente nel trattamento delle psicosi, nella misura in cui si comprenda l’importanza che rivestono per l’identità del paziente. Se infatti si considera che nella psicosi una mancata individuazione psicologica si manifesta come “sovradipendenza inconsapevole dell’individuo dal proprio ambiente” (Searles, 2004), popolato in modo cospicuo dall’elemento non

² Il concetto di “ambiente non umano” fa riferimento a quanto teorizzato da H. F. Searles (Searles 2007)

umano, si può ben capire che la perdita dell'oggetto-ambiente sia vissuta come perdita del senso del sé (Galimberti, 2009). La maggiore sensibilità dello psicotico all'ambiente non umano con cui spesso si fonde, necessita dell' "abbellimento" della sua nuova stanza, della possibilità di scegliere come farlo e di potersi percepire come degno di essere protetto da una moltitudine di stimoli e oggetti non-sé vissuti spesso come depersonalizzanti e confondenti:

"la perdita della possibilità di definire i confini del proprio corpo nei confronti (...) del mondo in cui siamo immersi è la premessa perché le cose del mondo siano vissute come dominatrici e come aggressive nella loro corsa sfrenata ad allargare e a sommergere il corpo che non ci appartiene più. Corpo mondanizzato, corpo che si fa cosa del mondo". (Borgna, 2001)

Tenendo conto di questa modalità di esperire sé stessi nel mondo, nello IESA, differentemente da quanto solitamente accade in altre soluzioni residenziali e comunitarie, viene garantito il diritto all'ospite di portare con sé durante la convivenza presso la nuova famiglia oggetti personali o animali domestici. Nella misura in cui riuscirà la differenziazione dall'ambiente, per l'ispessimento di quella "pelle psichica" (Anzieu, 1987) che funge da contenitore del sé, con le sue funzioni di protezione e di comunicazione questa può essere considerata un'azione terapeutica.

Analogamente, la terapeuticità dell'ambiente può essere rinforzata dalla presenza nella famiglia ospitante di animali domestici (Held, 1989; Aluffi, 2001).

Questo dato è confermato da più ricerche internazionali che rilevano come attraverso il trattamento di pet-terapy di pazienti psicotici (Barak et al., 2001; Kovaks et al., 2004; Nathans-Barel et al., 2005) oppure depressi e con vissuti intensi di ansia (Barker et al., 2003), si ottenga maggiore motivazione a svolgere attività di comunicazione e di movimento nel tempo libero, nella cura del sé e dell'igiene personale, nell'area delle attività domestiche con riduzione di ansia e di anedonia. La relazione con un animale attualizzata nel "qui ed ora" aiuta il paziente nell'integrazione di aspetti affettivi, corporei e relazionali di sé. A ciò si somma l'importanza del feedback di tipo corporeo istintuale che l'animale restituisce nel movimento al paziente che, nel ruolo di caregiver, viene sollecitato nell'accudimento.

Tra i due si sviluppa una dinamica di dipendenza che stimola una motivazione ad "esserci", a condividere lo spazio della relazione come luogo della cura di sé attraverso l'altro-da-sé. Aprendo alla realtà su un piano concreto e oggettivo, l'animale assume il ruolo di quell'"oggetto transizionale" (Winnicott, 2007) attraverso il quale si riattiva quel debole meccanismo di separazione-individuazione che stimola un maggiore coinvolgimento nel mondo affettivo e relazionale umano.

Ad ogni ospite la sua casa di cure

“Abbiamo bisogno di un radicale cambiamento di prospettiva: da un modello centrato sulla collocazione spaziale del provider (ospedale, ambulatorio, clinica) ad uno centrato sulla dimensione temporale del cliente. Acuto e cronico sono condizioni,(...) e possiamo immaginare di affrontare disturbi acuti e disturbi cronici a livello di comunità invece che a livello ospedaliero.” (Saraceno, 2004)

Nello IESA, la proposta di un ambiente familiare terapeutico viene fatta all'ospite sulla base della “stimolazione ottimale” (Ciompi, 1994) a cui può essere sottoposto: per i pazienti sensibili e con ridotta capacità di elaborazione, in cui la recidiva psicotica acuta può essere favorita dalla sovrastimolazione, l'ambiente familiare deve essere di piccole dimensioni, gli spazi ben strutturati, si deve favorire un'elevata interazione dell'ospite con persone sane e il suo coinvolgimento nelle decisioni; l'accento sull'autonomia deve essere sostenuto da aspettative positive dei curanti che, con autorevolezza e rispetto, focalizzano l'interazione su problemi pratici (Mosher, Gunderson, 1979). In un'ottica terapeutico-riabilitativa ci si aspetta che i pazienti che possono beneficiare di tali interventi, siano giovani che possano acquisire migliori capacità personali, relazionali e socio-lavorative e ambiscano ad una vita in un'abitazione autonoma. I pazienti che sono inseriti da molto tempo nel sistema di salute mentale, in cui spesso la patologia si è cronicizzata, sono stati spesso ipostimolati: per loro sono necessari una chiara definizione dei comportamenti specifici che richiedono un cambiamento, un programma orientato all'azione e ben strutturato, aspettative ragionevoli che inducono una graduale responsabilizzazione, continuità delle cure nel programma terapeutico con le stesse persone e la costruzione di una rete sociale per stimolare la socializzazione (Paul, 1969; Paul, Lentz, 1977; Kresky-Wolf et al., 1984; Lamb, Lamb, 1984; Weisman, 1985a-b). Nella conduzione di progetti a lungo termine (Aluffi, 2003), l'intervento di cura dello IESA favorisce l'opportunità di riconsiderazione e di riposizionamento rispetto alla propria esistenza, “per aggiustare forme proprie o improprie di adattamento, per realizzare quell'integrazione di contenuti (consci ed inconsci) e di significati della malattia che la rendono esperienza vitale” (Meneghel, 2006). A tal proposito, la scelta dell'abbinamento tra ospite e famiglia deve tener conto della differenza tra un ambiente familiare “materno” accogliente e protettivo, che può favorire nei pazienti con psicosi e ansia acuta un'atmosfera di calma e di distensione e quello “paterno”, benevolo ma assertivo, che pone limiti flessibili ed è capace di stimolare pazienti per i quali è concordato un progetto riabilitativo (Ciompi, 1994).

Oltre a considerazioni cliniche dell'equipe, anche le preferenze personali dell'ospite vengono prese in considerazione per l'inserimento in famiglia, a differenza delle strutture residenziali o delle comunità che sfruttano il troppo spesso inadeguato meccanismo del “posto libero”, per cui la scelta del luogo terapeutico non

tiene in considerazione la soggettività decisionale del paziente. Questo aspetto conferma che lo spettro del controllo sociale e dello stigma agiscono ancora nell'istituzione psichiatrica, celati da programmi che si pongono come obiettivo principale la riduzione dei sintomi attraverso un'esternalizzazione (farmacologica) delle cure, causando talvolta una iatrogena regressione del paziente. Eppure sono molte le evidenze terapeutiche a favore di un trattamento che rispetti il diritto della "negoziatura della cura" tra paziente e curante, che considera fondamentali gli aspetti interpersonali (Burns, 2007), la qualità di vita (Priebe, 2007) e il funzionamento psicosociale (Naber et al., 2002; Kozma et al., 2010).

L'effetto terapeutico del potere sulle proprie scelte è di favorire l'*empowerment*, un'immagine di sé riscattata dalla dimensione stigmatizzante di malato e una motivazione attiva verso il progetto terapeutico-riabilitativo. È ben noto infatti che la *compliance* sia una questione di rapporto, che la resistenza al trattamento terapeutico avrebbe quasi sempre anche un significato interpersonale (Wallin, 2007) e potrebbe essere vista come il risultato della collusione tra paziente e terapeuta per assicurarsi che non accada nulla di inaspettato (Fava et al., 2010). Per favorire l'aderenza alla terapia quindi, è necessario che i pazienti vengano informati e che abbiano la possibilità di esprimersi sul trattamento cui si sottoporranno, ascoltati e accompagnati nell'accettazione di questo, da figure affettivamente significative (Emsley, 2010). Tuttavia per stimolare la fiducia dell'essere aiutati è necessario che si sviluppi una "relazione interpersonale reale" (Gelso, 2002), fondata sull'autentico incontro nella realtà "del qui ed ora", che implica la comune partecipazione e il riconoscimento che ogni persona viene modificata dall'altra all'interno di questo processo, favorendo quei meccanismi introiettivi che permettono l'acquisizione di nuove rappresentazioni e capacità personali (Gelso, 2004; 2009). A conferma di ciò, un effetto significativo realizzato durante il progetto IESA è la riduzione dell'assunzione di benzodiazepine (Aluffi, 2011), interpretabile come decremento del bisogno di far proteggere al farmaco quelle parti strutturalmente più fragili che, attraverso la vita in famiglia, si è appreso a contenere da sé.

La mediazione degli operatori

"Così come non può esistere lo IESA senza famiglie che accolgano, (...) oggi giorno non vi possono essere famiglie ospitanti senza il supporto dell'èquipe del servizio IESA". (Cèbula, 2000).

Dal punto di vista clinico, la presenza dell'operatore IESA e il sostegno telefonico permanente 24 ore su 24, intervengono a supporto delle naturali capacità contenitive della famiglia ospitante nella gestione della vita quotidiana, tra le quali possono talvolta collocarsi anche momenti di crisi. Questa assicurata presenza del professionista tuttavia, non si traduce in un abuso di richieste di intervento, ma

piuttosto in un coordinamento e in una supervisione della relazione tra ospite e famiglia, con i quali viene ad instaurarsi un legame significativo. Nello IESA infatti, il servizio si interfaccia con l'ospite, la famiglia ospitante e la comunità locale, per cui "devono necessariamente trovare spazio interventi multilivello in grado di far fronte complessivamente alle contingenze specifiche del fenomeno psicopatologico" (Meneghel, 2006). È proprio l'"instabilità della clinica" introdotta dalla complessità ambientale, che necessita di un'aperta equità nella personalizzazione del prendersi cura dei bisogni del paziente. Ciò significa che il ruolo dell'operatore consiste nell'operazione di decodifica dei sintomi in bisogni reali, nel profondo rispetto della persona, animata spesso da aspettative realistiche e positive. Per far sì che ciò avvenga è necessario un lavoro d'equipe in cui siano condivisi obiettivi e progettualità. L'approccio terapeutico non implica un intervento esclusivamente medico, ma riconosce un ruolo di fondamentale importanza nella cura alle famiglie ospitanti. Queste, come risorse informali della società, sono attori terapeutici secondo il principio guida della "Community Care" per cui "le persone bisognose di cure e aiuti nella quotidianità dovrebbero ricevere questi aiuti rimanendo dentro il perimetro "normale" della loro vita e non in istituzioni ad hoc" (Meneghel, 2006).

Il supporto della convivenza da parte degli operatori IESA consiste in gran parte nell'azione minimale di predisporre appoggi concreti, supportando nelle questioni quotidiane il nuovo nucleo familiare, e di essere affettivamente coinvolti per poter favorire una regolazione della patologia in un ambiente umano e istituzionale trasformato, garantendo all'ospite standard minimi di benessere attraverso una libertà dalla disabilità. Tali tecniche di intervento si oppongono all'"helping" che si configura come un intervento intensivo di attivismo, tipico della cura nel reparto ospedaliero, focalizzato ad eliminare i sintomi e il senso esistenziale che veicolano (Mosher, Burti, 2002) e al "rapporto tutorio" tra utente e operatore (Catelfranchi et al. 1995).

Nello IESA, si evita questa iatrogena modalità di relazione, perché si è consapevoli che "l'abilità è una relazione tra persona e contesto" e "una persona è abile o inabile a seconda delle aspettative del contesto" (Catelfranchi et al. 1995). Le aspettative con cui l'ospite si può identificare quindi, non sono solo quelle degli operatori, ma soprattutto quelle dell'ambiente eterofamiliare in cui vive e si sperimenta. Perciò, per operare in maniera professionale, l'equipe IESA deve favorire anche un'integrazione tra servizi pubblici e privati, tra interventi formali e informali a partire dall'organizzazione e dal coinvolgimento delle comunità locali, costituite da quell'insieme di persone che partecipano alla vita dell'ospite, supportando quelle dinamiche comunitarie che vedono le risorse informali come necessarie per il raggiungimento del "Welfare Sociale" e per l'eliminazione dello stigma del paziente psichiatrico. La finalità e al contempo conseguenza pratica del lavoro degli operatori, includono anche la sensibilizzazione al tema della marginalità sociale, che fa dell'esclusione sociale e relazionale il vero problema della riabilitazione del paziente psichiatrico (Saraceno, 2004), per cui la pre-condizione per la cura, è l'inclusione nella cittadinanza.

L'ambiente ambivalente: famiglia d'origine e famiglia IESA

“Diviso tra « le sue due famiglie », l'ospite è sottoposto a un conflitto interno, spesso alimentato dalla rivalità tra famiglia biologica e famiglia ospitante che si radica all'interno della doppia appartenenza immaginaria nella quale egli è preso.” (Cèbula, 2000)

La possibilità del paziente di intraprendere un percorso nell'“altrove” dal nucleo omofamiliare, può indurre un disturbante senso di colpa sia nell'ospite che nella famiglia d'origine, qualora fosse ancora presente nella vita del paziente, figurata come luogo inidoneo alla sua salute mentale. Tutto ciò potrebbe incrementare un “conflitto di lealtà” (Campisi, 2004) verso la famiglia originaria, che rende difficoltosa la mobilitazione di motivazione del paziente nella partecipazione al progetto. Sarà un obiettivo della convivenza quello di elaborare questa sofferenza attraverso la costruzione di affettivi e autentici legami sociali che integrino e trasformino quei legami biologici disfunzionali, per favorire la crescita del paziente. Accettando che da un punto di vista psicoterapeutico questa elaborazione è molto difficoltosa e non sempre realizzabile, da un punto di vista psico-sociale il modello IESA si riscatta, non istituendo dei surrogati materni e paterni, ma, facendosi promotore del legame sociale, ridona vigore e significato ai luoghi ordinari dell'esperienza, della sofferenza e della sua cura, attraverso la scelta di semplici famiglie a protagonisti sociali nella gestione della sofferenza (Beneduce, 2006).

Inoltre, con il riscatto sociale della “famiglia” come luogo di cura, si afferma implicitamente che anche la famiglia del paziente, seppur mancante di reali risorse per essere terapeutica, non è per ciò demonizzabile come “la” causa della malattia. Essendo pur presente una carenza strutturale nella famiglia d'origine, questa è da ricercare in un terreno transgenerazionale ed appartiene a quel “romanzo familiare” troppo complesso da decifrare, tanto che non si può più continuare a scriverlo.

Tuttavia, per poterne trarre un significativo senso, necessita di una nuova rilettura intrapsichica e interpersonale da parte dell'ospite. Per questa ragione, attraverso il progetto IESA, il legame psicologico con la famiglia d'origine non viene né reciso, né colpevolizzato, ma, a partire dalla volontà e tutela dell'ospite, in maniera residua, entra a far parte di una più estesa dimensione ambientale, nella misura in cui può essere modulato attraverso gli interventi degli operatori e reinterpretato dalla nuova prospettiva offerta dal vivere nella nuova famiglia.

Conclusioni

“Per rendere possibile una regressione feconda che permetta di liberarsi degli stereotipi imprigionanti, occorre un contesto favorevole, un terreno sicuro su cui camminare tranquilli, un'aria non inquinata per allargare il respiro della mente”. (Balint, 1967).

I principi terapeutici ambientali dello IESA prospettano in ultima analisi la tutela del senso d'identità e la realizzazione di sé del paziente, per riscattare una vita

talvolta costellata di mancanze e sofferenze. La sfida che propone lo IESA è quella di portare alla luce “la possibilità che è nell’essenza di ogni esistenza: la possibilità della co-esistenza” (Galimberti, 2009) che richiede semplicemente la presenza partecipata di qualcuno, secondo il principio terapeutico di “essere riconosciuti per potersi riconoscere”.

Seppure nella pratica realizzazione di un progetto IESA si incontrino difficoltà di vario tipo legate agli aspetti più distruttivi della patologia, a quelli più disfunzionali dell’ambiente familiare, ad eventuali limiti professionali, il rischio di provarci è direttamente proporzionale al valore che si vuol dare alla salute mentale. La cura deve essere pensata come un percorso di cui fanno parte anche gli ostacoli e le rotture degli assetti faticosamente raggiunti, attraverso un complesso meccanismo di massicce resistenze e precarie transizioni. Perciò, anche nei progetti non andati a buon fine, non si può parlare di un fallimento, perché già nella primaria e non professionale forma di accoglienza, c’è un tentativo terapeutico di avvicinamento all’esperienza soggettiva del paziente. L’accoglienza è già una dimensione di contatto, di relazione e di disponibilità verso l’altro che apre alla costruzione di un mondo comune di significati condivisibili.

Così, con la diminuzione della distanza tra follia e normalità, lo IESA propone un’alternativa alla patologia e fornisce prospettive al paziente, motivandolo a fare del suo meglio, a ridarsi un senso, sollecitandolo a portare avanti il proprio percorso di *recovery* (Coleman, 2001). Il coinvolgimento nel progetto terapeutico-riabilitativo dell’ospite, delle famiglie ospitanti e degli operatori, qualifica il modello IESA come strumento di trasformazione nella modalità di cura, dal momento in cui mette a disposizione le conoscenze professionali, estendendo all’intera società la possibilità di dare un significativo contributo nella gestione della salute mentale, impegno troppo oneroso per delegarlo alla sola psichiatria.

Per rendere possibile ciò, ricordando le parole di Franco Basaglia, è di rilevanza fondamentale la presa di coscienza del curante “della sua personale libertà: il superamento cioè di un rapporto oggettivo con il paziente, nel quale non può vedere solo un isolato oggetto di studio (...), ma un soggetto in cui può riconoscere la sua personale soggettività e libertà” (Basaglia, 1979).

La quintessenza dello IESA consiste nella possibilità di condividere l’esperienza di cura in un ambiente sociale connotato affettivamente, favorendo il graduale passaggio da una dimensione intrapsichica ed esistenziale “simbiotica” ad una “edipica”. Proponendo al paziente una molteplicità di significati condivisibili, vengono fornite alternative possibili al suo reinserimento nella vita sociale, permettendogli al contempo di beneficiare del *fattore terapeutico ambientale*.

Bibliografia

- Allport, G.W., (1974). *Divenire*. Firenze: Giunti.
- Aluffi, G., (2000). Premessa teorica. Storia e diffusione dello IESA. In P.M. Furlan, G. Aluffi, E. Cristina, I. Olanda (ed). *Atti del 1° Convegno Nazionale sull'Inserimento Eterofamiliare Supportato di Adulti sofferenti di disturbi psichici (I.E.S.A.)* (pp. 16-29). Torino: ANS edizioni.
- Aluffi, G., (2001). *Dal manicomio alla famiglia. L'inserimento etero familiare supportato di adulti sofferenti di disturbi psichici*. Milano: Franco Angeli.
- Aluffi, G. (2003). Réponses familiales à des sujets souffrant de troubles psychiques. *L'accueil familial en revue n°15* (pp. 80-86). Paris: Ed. IPI.
- Aluffi, G., (2004). Prefazione. In G. Aluffi e L. Cagnoni (ed). *Atti del 2° Convegno Nazionale sull'Inserimento Eterofamiliare assistito di persone con disturbi psichici* (pp. 9-10). Torino: ANS edizioni.
- Aluffi, G., (2006). Il rogetto IESA: l'esperienza di Collegno (To). L'Accoglienza Familiare. In G. Bressaglia (ed). *Atti del 3° Convegno Nazionale e Rete Europea dell'Inserimento Eterofamiliare di Adulti (IESA)* (pp. 161-175). Conegliano: Arti grafiche.
- Aluffi, G., Zuffranieri, M., Amistà, E., Furlan, P. M., Picci, R. L., (2011). La diffusione dell'Inserimento Eterofamiliare Supportato di Adulti (IESA) nella psichiatria italiana. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 19, 4, 2010 (pp. 348-351).
- Aluffi, G., (2011). Bwf in italien: Situation und Perspektiven. Vortrag auf der BWF Jahrestagung Inklusion leben! In Wesel an Rhein. From <http://www.spix-ev.de/wohnen/inklusion-leben.html>
- Anzieu, D., (1985). *L'Io-pelle*. Roma: Borla 1987.
- Balint, M., (1967). Il difetto fondamentale. In M. Balint, E. Balint (ed). *La regressione*. Milano: Cortina.
- Barak, Y., Savorai, O., Mavashev, S., Beni, A., (2001). Animal-assisted therapy for elderly schizophrenic patients: A one-year controlled trial. *American Journal of Geriatric Psychiatry* Vol. 9(4) (pp. 439-442).
- Barker, S.B., Pandurangi, A. K., Best, A. M., (2003). Effects of animal-assisted therapy on patients' anxiety, fear, and depression before ECT. *Journal of ECT* Vol. 19(1) (pp. 38-44).
- Basaglia, F., (1979). *L'utopia della realtà*. Milano: RCS libri S.p.A 2005.
- Beneduce, R., (2006). Luoghi e legami: pensare antropologicamente all'esperienza dell'accoglienza. In G. Bressaglia (ed). *Atti del 3° Convegno Nazionale e Rete Europea dell'Inserimento Eterofamiliare di Adulti (IESA)* (pp. 44-54). Conegliano: Arti grafiche.
- Bertini, M., (2008). Dal "modello malattia" al "modello salute": difficoltà del passaggio e insufficienza delle parole. *Psicologia della salute* 3 (pp. 107-140).
- Borgna, F., (2001). *L'arcipelago delle emozioni*. Milano: Feltrinelli.
- Bowlby, J., (1982). *Costruzione e rottura dei legami affettivi*. Milano: Cortina.

- Bowlby, J., (1988). Dalla teoria dell'attaccamento alla psicopatologia dello sviluppo. *Rivista di Psichiatria* 2.
- Bowlby, J., (1989). *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*. Milano: Cortina.
- Burns, T., (2007). Evolution of outcome measures in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 191(50).
- Cagnoni, L., Ferroni, G., (2004). L'affidamento eterofamiliare di pazienti psichiatrici: tipologia, esiti, connotazioni delle persone affidate, delle persone affidatarie e delle loro famiglie. In G. Aluffi e L. Cagnoni (ed). *Atti del 2° Convegno Nazionale sull'Inserimento Eterofamiliare Assistito di persone con disturbi psichici* (pp. 117-182). Torino: ANS edizioni.
- Campisi, P., (2004). Incontri di storie familiari. Il ruolo delle risorse formali in psichiatria. In G. Aluffi e L. Cagnoni (ed). *Atti del 2° Convegno Nazionale sull'Inserimento Eterofamiliare Assistito di persone con disturbi psichici* (pp. 43-59). Torino: ANS edizioni.
- Carli, R., Paniccia, R. M., (2003). *Analisi della domanda. Teoria e intervento in psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino.
- Castelfranchi, C., Henry, P., Pirella, A., (1995). *L'invenzione collettiva*. Torino: Gruppo Abele.
- Cèbula, J. C., (2000). *Guide de l'Accueil Familial*. Paris: Dunod.
- Ciampi, L., (1982). *Logica affettiva. Una ricerca sulla schizofrenia*. Milano: Feltrinelli 1994.
- Coleman, R., (2001). *Guarire dal male mentale*. Roma: Manifestolibri.
- Correale, A., Rinaldi, L., (1997). *Quale Psicoanalisi per la psicosi?*. Milano: Cortina.
- Emsley, R., (2010). Il costo reale della non aderenza nella schizofrenia. *Mind & brain, the journal of psychiatry* 1(2) (pp. 17-21).
- Fasolo F., Ambrosiano I., Cordioli A., *Sviluppi della soggettualità nelle reti sociali. Psicoterapie di gruppo e carte di rete in psichiatria di comunità*. Padova, Cleup, 2005;
- Fava, E., Zuglian, P., Ferrario, D., Taino, D., Conte, M., Cadeo, F., (2010). *Memories and Futures. Storia e sviluppi di un gruppo di ricerca italiano: dagli studi di efficacia alle analisi delle resistenze al cambiamento*. Ricerca in Psicoterapia/Research in Psychotherapy, 2 (13) (pp. 53-77), <http://www.researchinpsychotherapy.net>;
- Fianco, A., Valle, G., Mazzeo, D., Torreira, M., Delle Fave, A., (2012). *Qualità della vita e disabilità nei caregiver: la percezione di risorse personali e di comunità*. In S. Alfieri, F. Fattori e M. Pozzi (ed). 9° Convegno Nazionale S.I.P.CO. - Società Italiana di Psicologia di Comunità: Rilanciare i legami sociali, attivare partecipazione, promuovere cambiamento (pp. 36-37). Milano, 2012.
- Fosshage, J. L., (1998). On aggression: Its Forms and Functions. *Psychoanalytic Inquiry*, 18 (pp. 45-54).
- Galimberti, U., (2009). *Psichiatria e fenomenologia*. Milano: Feltrinelli.
- Galluccio, R., (2011). Il servizio psichiatrico territoriale: mutamento istituzionale e nuova operatività. *Rivista Sperimentale di Psichiatria n. 1 Vol. CXXXV*.

- Gelso, C. J., (2002). Real relationship: The something more of psychotherapy. *Journal Of Contemporary Psychotherapy* 32 (pp. 35-41).
- Gelso, C. J., (2004). A theory of the real relationship in psychotherapy. *Paper presented at the International Conference of the SPR Italy*. Rome: Society of Psychotherapy Research.
- Gelso, C. J., (2009). The real relationship in a postmodern world: theoretical and empirical exploration. *Psychotherapy Research* 19(3) (pp. 253-264).
- Goffman, E., (1961). *Asylums*. Torino: Einaudi 1968.
- Held, T., (1989). *Psychiatrische Familienpflege*. Stuttgart: Enke.
- Horney, K., (1981). *Nevrosi e sviluppo della personalità*. Roma: Astrolabio.
- Klein, M., (1955). *Sull'identificazione*. In M. Klein, P. Heimann, R. Money-Kyrle (ed). *Nuove vie della psicoanalisi*. Milano: RCS Libri S.p.a 2007.
- Konrad, M., Schmidt-Michel P. O., (1993). *Die zweite Familie*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Kouth, H., (1984). *La cura psicoanalitica*. Torino: Bollati Boringhieri 1986.
- Kovacs, Z., Kis, R., Rozsa, S., Rozsa, L., (2004). Animal-assisted therapy for middle-aged schizophrenic patients living in a social institution. A pilot study. *Clinical Rehabilitation, Vol.18(5)* (pp. 483-486).
- Kozma, C. M., Dirani, R. G., Canuso, C. M., Mao, L., (2010). Predicting hospital admission and discharge with symptom or function scores in patients with schizophrenia: pooled analysis of a clinical trial extension. *Ann Gen Psychiatry* 2(9)24.
- Kresky-Wolf, M., Matthews, S., Kalibat, F., Mosher, L., (1984). Crossing Place: a residential model for crisis intervention. *Hospital and Community Psychiatry* 35 (pp. 153-154).
- Lamb, H.R., Lamb, D. M., (1984). A nonhospital alternative to acute hospitalization. *Hospital and Community Psychiatry* 35 (pp. 728-730).
- Levinas, E., (1971). *Totalità e Infinito*. Milano: Jaka Book 1990.
- Lichtenberg, J. D., Lachmann, F. M., Fossage, J.L., (1992). *Il Sé e i sistemi motivazionali. Verso una teoria della tecnica psicoanalitica*. Roma: Astrolabio 2000.
- Linn, M.W., Klett, C.J., Caffey, E.M., (1980). Foster home characteristics and psychiatric patient outcome. *Arch. Gentile. Psychiatry Vol. 37*.
- Maslow, A. H., (1982). Motivazione e personalità (pp. 98-99; 247-292). Roma: Armando.
- McGlashan, T.H., Levy, S.T., Carpenter, W.T., (1975). Integration and sealing over: clinically distinct recovery styles from schizophrenia. *Archives of General Psychiatry* 32. (pp. 1269-1272).
- Meneghel, T., (2006). La presa in carico: il C.S.M. e lo I.E.S.A. In G. Bressaglia (ed). *Atti del 3° Convegno Nazionale e Rete Europea dell'Inserimento Eterofamiliare di Adulti (IESA)* (pp. 112-123). Conegliano: Arti grafiche.
- Mosher, L.R., Gunderson, J. G., (1979). Group, family, miliey and community support system treatment for schizophrenia. In L. Bellack (ed). *Disorders of the Schizophrenic Syndrome*. New York: Grune & Statton.

- Mosher, L. R., Burti, L., (1994). *Psichiatria territoriale*. Torino: Centro Scientifico 2002.
- Naber, D., Karow, A., (2002). Psychosocial outcomes in patients with schizophrenia: quality of life and reintegration. *Curr Opin Psychiatry* 15 (pp. 31-36).
- Nathans-Barel, I., Feldman, P., Berger, B., Modai, I., Silver, H., (2005). Animal-assisted therapy ameliorates anhedonia in schizophrenia patients. A controlled pilot study. *Psychotherapy & Psychosomatics Vol. 74(1)* (pp. 31-35).
- Paul, G.L., (1969). The chronic mental patient: current status-future directions. *Psychological Bulletin* 71 (pp. 81-94).
- Paul, G.L., Lentz, R. J., (1977). *Psychosocial treatment of chronic mental patients. Milieu vs. social-learning programs*. Cambridge: Harvard University Press.
- Priebe, S., (2007). Social outcome in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 191 (50).
- Re, F., Del Soldato, A., (2004). Processi ed aspetti terapeutici dell'inserimento etero familiare assistito. In G. Aluffi, L. Cagnoni (ed). *Atti 2° Convegno Nazionale sull'Inserimento Eterofamiliare Assistito di persone con disturbi psichici* (pp. 185-191). Torino: ANS edizioni.
- Rogers, C.R., (1970). La terapia centrata sul cliente (pp. 288-293). Firenze: Martinelli.
- Rosenhan, D.L., (1973). Sani in manicomio. In L. Forti (ed.). *L'altra pazzia*. Feltrinelli 1975.
- Saraceno, B., (2004). Mental health: scarce resources need new paradigms. *World Psychiatry* 1 (pp. 3-5).
- Searles, H.F., (1960). *L'ambiente non umano nello sviluppo normale e nella schizofrenia*. Torino: Einaudi 2004.
- Soskis, D.A., Bowers, M. B., (1969). The schizophrenic experience: a follow-up study of attitude and post hospital adjustment. *Journal of Nervous and Mental Disease* 149 (pp. 443-449).
- Sullivan, H.S., (1953). *La teoria interpersonale della psichiatria*. Milano: Feltrinelli 1962.
- Tronick, E.Z., (2008). Autoregolazione e regolazione reciproca, formazione del significato ed espansione diadica della coscienza. *Regolazione emotiva: nello sviluppo e nel processo terapeutico* (pp. 351-374). Milano: Cortina.
- Wallin, D.J., (2007). *Attachment in Psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., Jackson, D. D., (1967). *Pragmatica della comunicazione umana*. Roma: Astrolabio 1971.
- Weisman, G., (1985a). Crisis houses and lodges: residential treatment of acutely disturbed chronic patients. *Psychiatry Annals* 15 (pp. 642-644; 647).
- Weisman, G., (1985b). Crisis-oriented residential treatment as an alternative to hospitalization. *Hospital and Community Psychiatry* 36 (pp. 1302-1305).
- Winnicott, D.W., (1954). *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Firenze: Martinelli 1975.
- Winnicott, D.W., (1971). *Gioco e realtà*. Milano: RCS Libri S.p.A. 2007.

- Wolfensberger, W., (1970). The principle of normalization and its implications to psychiatric services. *American Journal of Psychiatry* 127 (pp. 291-297).
- World Health Organization, (2001). *The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*. World Health Organization: Geneva.

RICERCHE E INTERVENTI