

L'intervento psicoeducativo familiare: l'esperienza italiana

Psychoeducational family intervention: the Italian experience

LORENZA MAGLIANO

Dalla fine degli anni '50, il ruolo attribuito ai familiari dei pazienti affetti da disturbi psichiatrici gravi si è gradualmente modificato, cosicché la famiglia, prima considerata causa della patologia del congiunto, è stata poi riconosciuta come risorsa fondamentale di miglioramento clinico e sociale. Si è cioè passati dal concetto di famiglia che ha bisogno di terapia a quello di nucleo familiare che ha risorse per funzionare come fattore terapeutico e che richiede l'aiuto di operatori esperti per svolgere tale compito in maniera appropriata.

Tali cambiamenti, stimolati e sostenuti dall'introduzione degli psicofarmaci e dalle ricerche sull'impatto dell'ambiente familiare sull'*outcome* clinico e sociale dei disturbi psichiatrici (Brown *et al.*, 1972; Vaughn & Leff, 1976), hanno favorito la messa a punto di modelli di intervento, definiti psicoeducativi, proposti come trattamento di elezione per la gestione territoriale di disturbi psichiatrici gravi. Tali modelli si caratterizzano per il fatto di tener conto dei fattori biologici e psicologici implicati nella genesi e nello sviluppo delle malattie mentali e di essere finalizzati non solo al controllo clinico ma, soprattutto, al miglioramento della qualità di vita del paziente e del suo nucleo familiare.

Pur differenziandosi per alcune modalità di applicazione, tali interventi condividono alcune caratteristiche fondamentali e cioè: 1) l'inquadramento delle malattie mentali all'interno del modello stress-vulnerabilità (Zubin *et al.*, 1992), che considera la comparsa dei sintomi come legata al superamento di una soglia individuale di adattamento per l'azione concomitante di fattori stressanti e di una vulnerabilità biologica. In quest'ottica, un intervento efficace de-

ve sia favorire la riduzione della tensione ambientale che aumentare le capacità dell'individuo vulnerabile di fronteggiarla; 2) l'interesse non solo per l'aspetto clinico ma anche per quello riabilitativo dell'intervento psichiatrico; 3) il coinvolgimento attivo nella gestione del disturbo mentale dell'intero nucleo familiare, considerato una potente risorsa nel processo di assistenza e riabilitazione del paziente (come osservato da Wing, 1987, infatti, i familiari dei pazienti, se aiutati e sostenuti, possono diventare altamente competenti nel creare un ambiente accogliente per il paziente, offrire un livello ottimale di stimolazione sociale, imparare a fronteggiare sintomi negativi, deficit nel funzionamento sociale e comportamenti disturbanti); 4) l'attenzione alla valutazione dei bisogni dei familiari dei pazienti in termini di informazione sulla malattia del congiunto, riduzione del carico assistenziale, fronteggiamento delle situazioni di crisi; 5) l'obiettivo di ridurre la tensione ambientale attraverso il miglioramento delle abilità di comunicazione e delle capacità familiari di *problem solving*; 6) l'integrazione dell'intervento familiare con altri tipi di intervento, sociali e farmacologici, di provata efficacia.

A tutt'oggi sono stati pubblicati i risultati di sette studi clinici controllati sull'efficacia degli interventi psicoeducativi con le famiglie dei pazienti schizofrenici (De Jesus Mari & Streiner, 1994). I dati attualmente a disposizione attestano una percentuale di ricadute psicotiche a 9 mesi-un anno tra il 6 e il 23% nel gruppo di famiglie trattate con la psicoeducativa vs. 40-53% nei controlli e del 17-44% vs. 59-83% a due anni.

Dai dati di tali studi si osserva che l'efficacia dell'intervento nel prevenire le ricadute si riduce nel tempo. Probabilmente ciò dipende dal fatto che il trattamento psicoeducativo è in grado di ritardare le ricadute, ma non direttamente di prevenirle. Tuttavia il metodo, attraverso l'individuazione e il moni-

Indirizzo per la corrispondenza: Dr.ssa L. Magliano, Clinica Psichiatrica, Seconda Università di Napoli, Largo Madonna delle Grazie, 80138 Napoli.

Fax (+ 39) 081-5666523.

toraggio dei segni precoci di ricaduta, permette in alcuni casi un intervento tempestivo impedendo un aggravamento della crisi. Non ci sono al momento evidenze scientifiche per credere che gli interventi psicoeducativi familiari curino i pazienti schizofrenici nel senso della guarigione, ma, senza dubbio, risultano efficaci in aree diverse da quelle cliniche, quali il funzionamento sociale del paziente, la percezione della schizofrenia da parte dei familiari, gli svantaggi sociali e la stigmatizzazione. Inoltre, va ricordato che in una percentuale di casi, la schizofrenia ha, comunque, un decorso cronico-invalidante e pertanto richiede un intervento, farmacologico e psicosociale a lungo termine. Come sottolineato anche da De Jesus Mari & Streiner (1994), l'obiettivo primario dell'intervento psicoeducativo è la riduzione delle disabilità e delle conseguenze sociali dovute alla malattia e non direttamente la riduzione delle ricadute.

Negli ultimi tre anni, l'Istituto Superiore di Sanità di Roma in collaborazione con la Clinica Psichiatrica del Secondo Ateneo di Napoli, ha promosso un vasto programma di diffusione dell'approccio psicoeducativo familiare nei servizi di salute mentale (Magliano *et al.*, 1993a). Sono state coinvolte anche figure professionali diverse da quelle mediche, nell'ottica di favorire il lavoro territoriale di équipe e di rispondere a bisogni espressi ripetutamente dagli stessi operatori quali:

1) mobilitazione di risorse attualmente sottoutilizzate: gli infermieri, la famiglia, il paziente come esperto dei disturbi;

2) acquisizione di tecniche per il lavoro territoriale con i pazienti psicotici da parte di figure professionali non mediche (infermieri e operatori della riabilitazione);

3) creazione di un linguaggio comune finalizzato ad una migliore pianificazione degli interventi;

4) apprendimento di tecniche di comunicazione e di risoluzione dei problemi utili nel lavoro con gli utenti e con le loro famiglie.

Sono state adottate le linee-guida proposte nell'intervento psicoeducativo messo a punto da Falloon (1993), in quanto tale metodo, essendo molto strutturato, consente un apprendimento di base piuttosto rapido, è particolarmente orientato all'intervento domiciliare ed è inoltre fornito di un manuale di lavoro in italiano. Il piano di diffusione dell'approccio ha previsto:

1) conferenze divulgative sulla gestione territoriale dei disturbi mentali gravi tenute da Falloon; 2) seminari brevi informativi; 3) esperienze di formazione per tutto il personale dei DSM di Benevento (Ma-

gliano *et al.*, 1993b) e S.Daniele del Friuli. Tali esperienze sono state finalizzate nel primo caso alla conduzione di uno studio clinico randomizzato controllato di efficacia del metodo nel trattamento della schizofrenia, e nel secondo a valutare la possibilità di organizzare un intero dipartimento sul modello di assistenza integrata messa a punto da Stein & Test (1985); 4) corsi di formazione intensivi della durata di 10 giorni attualmente tenuti in 10 regioni d'Italia con la collaborazione dello stesso Falloon. I corsi sono stati rivolti a operatori dei servizi di salute mentale, a medici interessati al trattamento dei disturbi psichiatrici sul territorio e ai membri delle associazioni dei familiari che volevano rendersi conto in maniera dettagliata delle strategie di intervento proposte e delle loro possibilità di aiuto concreto per le famiglie.

Nei corsi sono stati seguiti i principi della didattica per adulti esplicitati da Gilbert (1981) e della metodologia di formazione adottata dalla McMaster University. In particolare, la formazione degli operatori ha previsto: 1) l'esplicitazione degli obiettivi didattici; 2) il coinvolgimento attivo dei discenti; 3) la sostituzione delle lezioni magistrali con il lavoro in piccolo gruppo; 4) l'uso di tecniche di apprendimento cognitivo-comportamentali; 5) le esercitazioni al di fuori del corso con famiglie reali e la revisione del lavoro con gli operatori più esperti; 6) la valutazione dell'apprendimento dei partecipanti e dell'impatto dei corsi sulla pratica territoriale. Stando ai primi dati sulla diffusione del metodo forniti dalla Regione Lombardia, lo stesso è stato adottato con le famiglie di 63 pazienti (età media di 33.2 ± 9.8 anni e durata media di malattia di 5.7 ± 4.8 anni) con diagnosi di schizofrenia nel 62% dei casi e di sindrome affettiva nel 20% dei casi.

Tra i principali vantaggi dell'uso del metodo riportati dagli operatori coinvolti nella gestione di tali casi vanno segnalati: 1) il miglioramento dei rapporti con gli utenti e con le loro famiglie e tra i membri dell'équipe; 2) il miglioramento della pratica territoriale in termini sia di più attenta pianificazione degli interventi domiciliari che di motivazione per ciò che si fa o si potrebbe fare a casa del paziente; 3) la professionalizzazione del personale infermieristico attraverso l'acquisizione di strumenti di lavoro pratici; 4) buoni risultati clinici.

Anche se la diffusione dell'approccio ha creato problemi soprattutto di tipo organizzativo (carenza di personale, orario di servizio, inserimento nelle attività quotidiane di servizio), la situazione attuale sembra essere incoraggiante. Infatti, la nostra espe-

rienza nei seminari e nei corsi informativi e i primi dati ci hanno convinto che l'approccio è valido anche per le famiglie italiane e che il suo grande vantaggio è rappresentato dalla capacità di coinvolgimento degli utenti e degli operatori in tutti i contesti.

Molto resta da fare per valutare l'efficienza del metodo sia in riferimento agli utenti che in termini di impatto sugli operatori. Studi di *follow up* possono, in tal senso, dare importanti indicazioni su come utilizzare al meglio un modello di importazione nella realtà socio-culturale e sanitaria del nostro Paese.

BIBLIOGRAFIA

- Brown G.W., Birley J.L.T. & Wing J.K. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication. *British Journal of Psychiatry* 121, 241-258.
- De Jesus Mari J. & Streiner D.L. (1994). An overview of family interventions and relapse on schizophrenia: meta-analysis of research findings. *Psychological Medicine* 24, 565-578.
- Falloon I.R.H. (1993). *Intervento Psicoeducativo Integrato in Psichiatria*. Erickson: Trento.
- Gilbert J. J. (1981). *Guide Pedagogique*. OMS: Ginevra.
- Magliano L., Morosini P.L., Veltro F., Lora A., Mastroeni A. & Falloon J.R.M. (1993a). Description of an inter-regional training programme in behavioural family therapy. Relazione presentata al IV Congresso dell'Associazione Mondiale di Riabilitazione Psicosociale, Dublino.
- Magliano L., Veltro F. & Morosini P.L. (1993b). L'approccio psicoeducativo territoriale. Un'esperienza di formazione integrata per gli operatori di un servizio di salute mentale. *Rivista Sperimentale di Freniatria* 4, 562-579.
- Stein L.I. & Test M.A. (1985). *The Training in Community Living Model: A Decade of Experience*. Jossey-Bass: San Francisco.
- Vaughn C. & Leff J. (1976). The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. *British Journal of Psychiatry* 129, 125-137.
- Wing J.K. (1987). Psychosocial factors affecting the long-term course of schizophrenia. In *Psychosocial Treatment in Schizophrenia* (ed. J.S. Strauss, W. Boker and H.D. Brenner), pp.13-29. H. Huber Publishers: Toronto.
- Zubin J., Steinhauer R.S. & Condray R. (1992). Vulnerability to relapse in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, Supplementum No. 18, vol.16, pp. 13-18.