

La stesura degli atti è stata curata dalla dott.ssa Sabrina Gazzetta.

Il convegno “Genitorialità e dipendenze” rientra nelle attività previste dal “Progetto Genitori”, progetto che fa parte del Piano Triennale di intervento dell’ULSS 19 di Adria finanziato con il fondo Regionale di Lotta alla Droga anni 2003/5.

Responsabile del progetto: Dott.ssa Sabrina Gazzetta Assistente Sociale del Sert

Antonio Lodo Sindaco Citta' di Adria

Questo convegno su "Genitorialità e Dipendenze" è senz'altro interessante anche per un Amministratore, a mio modo di vedere, non soltanto per l'ovvia ma non meno importante ragione che il tema della tossicodipendenza è di rilevanza sociale notevole, tanto più se considerato nell'ottica dei rapporti familiari oltre che dei suoi aspetti individuali e sociali.

E' interessante anche perché stavolta il "taglio" delle riflessioni è condotto sul rapporto fra genitorialità e tossicodipendenza: da un punto di vista cioè diverso dal più consueto versante della problematica "figlio tossicodipendente vs famiglia e genitori". E lo è perché un Amministratore ha l'obbligo di pensare agli interventi di sostegno e supporto, di supplenza talora, comunque sempre di collaborazione e di facilitazione nei confronti della famiglia (comunque costituita) e delle sue componenti.

Dunque il Convegno è utile per offrire opportune riflessioni che, scaturite dall'ambito familiare, finiscono per investire ambiti largamente sociali: penso alla necessità di sostenere genitori alle prese con loro problemi di tossicodipendenza in vista non solo del loro positivo recupero ma anche della migliore crescita possibile dei figli. C'è molto da fare per tutti i soggetti (sociali, culturali ecc.) possibilmente coinvolti, e anche per gli Enti Locali che accompagnando un'opera complessa e difficile di reintegrazione personale e sociale devono sforzarsi di provvedere a possibili forme di sostegno e facilitazione.

Ringrazio perciò gli Organizzatori e relatori di questo importante contributo e nel porgerVi il saluto più cordiale dell'Amministrazione Comunale di Adria e mio personale, Vi auguro il migliore risultato.

Dott. Alberto Monterosso Direttore Generale Ulss 19

La Dichiarazione Etica contro le Droghe della Regione Veneto alla voce Carta dei Diritti dichiara ai punti 1 e 3:

-punto 1.: Tutti hanno diritto a godere di azioni sociali che promuovono e proteggono la salute, la famiglia, la comunità e l'ambiente di lavoro da incidenti, violenze ed altri effetti dannosi (ivi comprese le patologie diffuse) che possono derivare dal consumo di sostanze psicoattive;

-punto 3. : Tutti i bambini e gli adolescenti hanno diritto a crescere in un ambiente protetto dagli effetti negativi che possono derivare dalla promozione dell'uso di sostanze psicoattive e dal consumo di tali sostanze che, a volte, avvengono mediante l'esplicitazione della sottovalutazione dei rischi e dei danni ad essi correlati.

Questi punti rappresentano un riferimento importante nella programmazione e messa in atto delle attività per fronteggiare i problemi alcool-droga-correlati.

Importante è stato predisporre il "Progetto genitori" all'interno del Piano d'Intervento Triennale-Area Dipendenze anni 2003-05 finanziato con il Fondo Regionale di lotta alla droga, quale ricerca di risposta ad un problema che si sta facendo sempre più pressante ovvero, un aumento di persone che fanno uso di sostanze psicoattive e che sono genitori e per i quali è importante elaborare ed attivare trattamenti riabilitativi adeguati.

La giornata dedicata al tema "Genitorialità e dipendenza" vuole essere un momento di riflessione sia interna che esterna :

- interna, per i diversi Servizi aziendali ed extra-aziendali del territorio , coinvolti nella progettualità;
- esterna, per il confronto con altre realtà importanti a livello regionale ed extra-regionale che si stanno occupando della medesima tematica.

L'alta partecipazione di operatori del sistema delle dipendenze e dei servizi per la famiglia e per i minori sta a dimostrare l'attualità del problema posto, e la peculiarità della ricerca attuata per una risposta adeguata alla complessità che la problematica richiede.

Va sicuramente riconosciuta la capacità di analisi del contesto e di individuazione delle priorità da affrontare, che il responsabile del progetto coadiuvato dal gruppo di lavoro del Ser.T. inserito a sua volta nel Dipartimento per le Dipendenze , ha saputo mettere in atto con una risposta che è espressione di alta professionalità non disgiunta dall'attenzione agli stati di sofferenza per le persone , siano esse minori o adulti, della propria comunità.

Marina Bovolenta Presidente Conferenza dei Sindaci ULSS 19 Adria.

In rappresentanza dei Sindaci dell' ULSS 19 di Adria non posso che compiacermi per il lavoro svolto con questo progetto: infatti, se il problema della dipendenza da sostanze psicoattive è già grande quando colpisce giovani che si trovano nella condizione di "figli", lo stesso problema amplifica socialmente quando le dipendenze riguardano "genitori". I Sindaci sperimentano concretamente a livello comunale il disastro affettivo, sociale ed economico che investe tutto il nucleo familiare interessato ed in modo particolare i soggetti più deboli, i figli. Emergenze di questo tipo sono difficili da risolvere se l' azione dei Comuni si riversa in un ambiente privo di protezioni e supporti in rete con altri enti, come l' ULSS stessa. A questo Progetto quindi il merito di avere non solo affrontato il problema, creando un buon humus culturale, ma va riconosciuta anche la capacità concreta di diventare un supporto utilizzabile a breve termine da parte degli Enti Locali.

Andrea Finessi Direttore Dipartimento per le Dipendenze U.L.S.S.19 Adria (RO)

PERCHE' UN SERT SI DEVE OCCUPARE DI GENITORIALITA'!

Da diversi anni si osserva un aumento del numero delle persone in carico al Servizio per problemi alcool-droga correlati che sono anche genitori di minori .La fascia di età, importante numericamente , tra gli utenti in carico è quella tra i 19 e 28 anni per le sostanze illegali con una percentuale significativa tra i 35-39 anni. Per l'alcool la fascia più rappresentata è quella sopra i 39 anni con una punta significativa tra 25 e 29 anni. Una fascia di età caratterizzata dallo stato di fertilità e da una maggior probabilità di essere genitori di minori.

Le caratteristiche di questa parte di utenza in carico sono definite da diversi e concomitanti aspetti . Negli ultimi anni si assiste alla tendenza da parte dei consumatori di droghe a rendere compatibile l'uso e la dipendenza da sostanze con la conduzione di una vita relativamente " normale", rendendo meno evidenti le situazioni di marginalità e di forte emarginazione conosciute negli anni passati. Questa tendenza è resa possibile anche dall' uso non di una sola sostanza (eroina) come nel passato, ma di più sostanze legali ed illegali che spesso spostano nel tempo lo sviluppo delle difficoltà e della conseguente richiesta d' aiuto. Possono passare diversi anni fra inizio dell' uso e vivere una condizione di disagio con conseguente richiesta d' aiuto , comportando conseguentemente l' innalzamento dell' età di accesso ai servizi. Questa tendenza alla "compatibilità" e al poliuso riguardano sia i nuovi utenti sia quelli già in carico da più tempo. Questa modalità d' uso (più e diverse droghe alternate e/o integrate) sembra rendersi integrabile con una vita fatta di lavoro, di relazioni, e di figli.

Un altro aspetto correlato al precedente è l' abbassamento dell' età di richiesta di aiuto da parte delle persone con problemi alcolcorrelati. Circa 10-15 anni fa gli alcolisti che si rivolgevano ai servizi avevano un' età piuttosto alta, in media attorno ai 55-60 anni e con figli già grandi .D'altro canto si è abbassata l'età media di inizio all'uso problematico degli alcolici nei giovani , con un aumento significativo dei problemi alcoolcorrelati in questa fascia di età. Parallelamente è aumentata la percezione del rischio da parte della comunità locale con un inasprimento delle norme all'uso degli alcolici nella guida e nel lavoro. Tutto ciò, senza escludere una forte attività di sensibilizzazione da parte dei servizi, ha fatto sì che si è reso necessario occuparsi di persone con una fascia di età caratterizzata, oltre che dal problema dell' alcol, anche dalla presenza di una composizione familiare dove l'età dei figli è quasi sempre tale da necessitare di una maggiore tutela.

Al fine di far fronte alla complessità della situazione, è stato necessario ampliare gli ambiti d'intervento attivando azioni di tutela dei minori presenti nelle famiglie in carico.Ciò ha comportato coinvolgere o anche essere coinvolti da servizi come l' Età Evolutiva e il Consultorio Familiare e non solo sui casi più eclatanti, ma attivando più interventi congiunti e con una modalità di lavoro più condivisa. Già dalla fine degli anni 90 si è iniziato a pensare in questo senso ed ad attivare momenti di confronto e di formazione fra gli operatori dei Servizi per le tossicodipendenze per i minori e per la famiglia.

Alla luce delle considerazioni precedenti si è attivato un percorso formativo con la supervisione del Dott. Andrea Mosconi del Centro di Terapia Familiare di Padova.

Il percorso formativo così attivato,in un'ottica sistemica e di implementazione delle reti sociali,si è rivolto non solo agli operatori dell' Azienda U.L.S.S. ,bensì al privato sociale accreditato afferente al Dipartimento per le Dipendenze.

Obiettivi del corso erano:

- a) la costruzione di un patrimonio conoscitivo comune , non più esclusivo di singoli servizi o singoli operatori, ma attento alla complessità che è presente anche se con manifestazioni diverse, in tutte le situazioni familiari conosciute;
- b) la costruzione conseguente di un linguaggio comune e l'attenzione agli aspetti istituzionali per orientarli alla ricerca di modalità di rapporto più funzionale fra i vari servizi e di questi con l'utenza;
- c) la elaborazione e costruzione di prassi comuni e condivise di presa in carico.

Dalla formazione è emersa un'operatività che si è tradotta in protocolli d'intesa e linee guida elaborate congiuntamente che contemplano il funzionamento anche di una interequipe composta da Servizio Tossicodipendenze, Consultorio Familiare e Servizio di Età Evolutiva . L'interequipe, con il compito di valutazione e presa in carico delle situazioni, si è resa necessaria a seguito della constatazione che il tradizionale invio da un servizio all'altro non funzionava, pertanto diventava non solo utile ma indispensabile accompagnare le persone in un percorso pensato ed elaborato prima dagli operatori dei diversi servizi.

La formazione ha prodotto inoltre l'istituzione di un gruppo psicoeducazionale sul tema della genitorialità e dipendenza attivato presso il Servizio Tossicodipendenze. Di seguito le colleghe parleranno di tutti gli aspetti relativi al funzionamento del gruppo. Quello che qui si intende sottolineare è che il gruppo vuole essere un momento di sensibilizzazione al problema genitorialità ,al fine di aiutare le persone a porsi in positivo , come risorsa e non come incapacità, vergogna e paura. Ed ancora, il gruppo non ha obiettivi terapeutici ma appunto di sensibilizzazione .

Il gruppo così inteso diventa un'occasione in più di riflessione accanto alle altre e rappresenta uno strumento in più, utile e forse indispensabile , per le situazioni in esame ,al fine di aumentare nelle persone la consapevolezza della delicatezza del compito genitoriale e parallelamente ad aumentare l'attenzione sui figli. Tale processo può facilitare ed aumentare le capacità dei genitori di rivolgersi agli altri servizi in un percorso di accompagnamento degli operatori del Sert; processo questo altrettanto vero e facilitato anche dagli operatori degli altri servizi pubblici e privati verso il Sert delle famiglie che incontrano.

L'apprendimento fondamentale della formazione condotta è stato quello che quando, similmente ai genitori e famiglie che incontriamo, gli operatori dei diversi servizi migliorano la qualità della loro comunicazione, possono mettere a fuoco non solo le difficoltà ma anche le risorse dei "figli" e sostenerli in un processo di crescita e miglioramento della qualità della vita.

**“GENITORI DI CHI?.....” FAMIGLIA NATURALE E FAMIGLIA ISTITUZIONALE:
ATTORI INSOSTITUIBILI DELLA TERAPIA**

Quando mi è stato proposto di costruire un percorso per gli operatori del Sert e dei consultori per approfondire il tema della genitorialità nelle situazioni di tossicodipendenza, mi si sono immediatamente affollati alla mente alcuni pensieri:

- se i colleghi mi chiedono di aiutarli a riflettere su queste tematiche, ciò forse significa che si trovano nella situazione di dover sollecitare i loro pazienti a scegliere tra tossicodipendenza e genitorialità
- certo saranno situazioni che essi si trovano a co-gestire con altri colleghi
- che rapporto poi si può pensare che vi sia tra tossicodipendenza e genitorialità.
- Certo è impossibile divenire genitori senza aver elaborato ed individuato, almeno un po', le proprie dipendenze. Fare i genitori è riuscire a gestire ed accettare le difficoltà e la responsabilità di accudire qualcuno che è dipendente da noi....e allora?
- Come è possibile tutto ciò se non recuperando un'immagine positiva di sé stessi
- E come è possibile allora dire qualcosa ai colleghi che gli permetta di fare vivere ai loro pazienti un rapporto di dipendenza positivo ed in qualche modo ricostruttore di fiducia in sé stessi e quindi generatore di disponibilità alla genitorialità?

Questi ed altri pensieri mi portavano a pensare che avrei dovuto ad un tempo stimolarli a riflettere su tre livelli:

- la loro idea di genitorialità come l'avevano mutuata dalla propria storia familiare
- la necessità di essere famiglia tra di loro nel senso di costruire relazioni istituzionali complementari attorno al paziente
- avere una visione positiva del paziente e della sua storia

Scelsi perciò di dare al percorso formativo il titolo un po' provocatorio di: "genitori di chi?..." . Esso intendeva sottolineare fin dall'inizio che per parlare con i loro pazienti di genitorialità avrebbero dovuto essere genitori di sé stessi, accudenti nelle relazioni tra colleghi e con i loro pazienti. Il rischio maggiore, infatti, mi sembrava essere quello che essi si mettessero nei confronti degli utenti in posizione di "chi insegna...".

Ma vorrei, a questo punto, aprire questo mio intervento narrando una piccola storia che ha a che fare con la genitorialità:

La intitolero:

“GIOVANI E VECCHI PERC...ORSI”

“C'era una volta un vecchio orso che viveva in una foresta sulla collina insieme ad un giovane orso. Al giovane orso piaceva molto giocare nella foresta, dare la caccia agli scoiattoli e godersi il sole. Invece il vecchio orso amava più di ogni altra cosa passare gran parte del suo tempo a dormire nella sua grotta preferita. Un giorno il giovane orso, che si sentiva solo e desiderava un compagno di giochi, corse nella grotta e cercò di convincere il vecchio orso a svegliarsi.

"Sveglia, sveglia, vecchio orso" disse, "ti prego, vieni a giocare con me nella foresta. Vieni a dare la caccia agli scoiattoli e a rotolarti nel sole."

"Vattene, lasciami dormire" disse il vecchio orso. "E' presto per alzarsi".

"Ma quando ti decidi ad alzarli?" chiese il giovane orso, battendo con la zampa sulla schiena pelosa del vecchio, che rispose:

"Solo quando arriva la primavera."

¹ Dott. A.Mosconi Psichiatra, Psicoterapeuta, Didatta del Centro Milanese di Terapia della Famiglia, Co-Direttore del Centro Padovano di Terapia della Famiglia
Indirizzo: Centro Padovano di Terapia della Famiglia – via Martiri della libertà n.1 – Padova – tel.e fax 049/8763778
e-mail: info@cptf.org

"Ma come fai a sapere quando arriva la primavera?" chiese il suo giovane compagno.

"Quando il sole è alto nel cielo, e sento una calda brezza gentile che mi accarezza la pelliccia" replicò il vecchio orso. "Allora saprò che la primavera è arrivata sul serio."

Il giovane orso, che moriva dalla voglia di avere un compagno di giochi, dipinse un sole immenso sul soffitto della caverna dove dormiva il vecchio e, usando i rami dei pioppi, vi fece arrivare una brezza gentile dall'imboccatura.

"Sveglia, sveglia, vecchio orso!" disse. "Guarda, il sole è alto e soffia il venticello. La primavera è arrivata."

Ma il vecchio orso non si mosse.

"Vattene lasciarmi dormire. Io so che stai cercando di imbrogliarmi. Non è ancora tempo di svegliarsi."

"Ma insomma, quando ti alzi?" chiese il giovane orso, che cominciava a diventare impaziente.

"Solo quando sarò sicuro che la primavera è arrivata sul serio" disse il vecchio orso.

Il giovane orso uscì dalla caverna e cominciò a camminare tutto triste verso la foresta, ma appena arrivò fuori sentì in lontananza le grida di alcuni uomini, abbaiare dei cani, degli spari. Allarmatissimo tornò nella caverna.

"Ti prego, ti prego, svegliati, vecchio orso!" urlò. "Ascolta! I cacciatori vengono a cercarci. Dobbiamo andarcene dalla grotta prima che ci trovino!"

In un lampo il vecchio orso si alzò.

"Molto bene, giovane orso" disse. "Lo so che questo non è uno scherzo. Adesso sono sicuro che è arrivata la primavera".

Come il vecchio orso sia con i figli che con i pazienti è interessante saper attendere che la stagione sia arrivata prima di muoversi e ci vuole conoscenza dei segnali giusti e del contesto.

Esporrò, dunque di seguito, i concetti principali che hanno fatto parte del percorso fatto.

La teoria di riferimento che ha guidato le mie mosse è la Teoria Sistemica. Essa mi è sembrata particolarmente adatta per un insieme di motivi:

- la visione positiva che ha dell'uomo come ricercatore di soluzioni nelle proprie relazioni e dei problemi come situazioni di transizione verso un cambiamento.
- la primarietà del concetto di contesto nella comprensione del comportamento umano. Affermare infatti che: "ogni cosa risulta comprensibile se si esamina il suo contesto relazionale" è affermare la possibilità di rendere comprensibile anche ciò che ad una prima occhiata sembra non esserlo.
- la riflessione sulla comunicazione come costruttrice dei comportamenti che suggerisce un'idea fortemente indirizzata alle soluzioni dei problemi
- la possibilità di sollecitare gli operatori a condividere un'idea unitaria della mente che non scindesse gli aspetti individuali dalle caratteristiche della comunicazione nella rete relazionale significativa per l'individuo

I primi concetti esposti sono stati relativi alle premesse fondamentali dell'Ottica Sistemica e alle loro evoluzioni nel tempo fino a comporre quello che ho chiamato: "IL QUADRILATERO SISTEMICO".

Le premesse irrinunciabili dell'ottica sistemica, a nostro avviso, erano e sono:

- la relazione MENTE/CONTESTO: i processi mentali non stanno DENTRO, ma TRA
- il COMPORTAMENTO/COMUNICAZIONE che sposta il focus di ogni indagine sulla relazione reciproca tra INTENZIONI INDIVIDUALI e EFFETTI PRAGMATICI dei comportamenti sulla comunicazione e sulla definizione della relazione tra i componenti di un sistema
- la CIRCOLARITÀ e reciprocità delle comunicazioni: che annulla radicalmente ogni principio di attribuzione di COLPA, CAUSA e PATOLOGIA individuale

e sul piano degli interventi

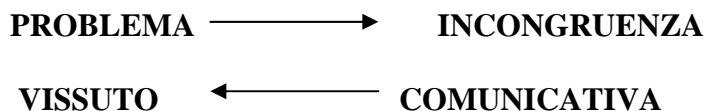
- la necessità che ogni INTERVENTO per la risoluzione dei problemi individuali debba comprendere anche un cambiamento delle relazioni

Evoluzione delle teorie patogenetiche nell'Ottica Sistemica

La PRIMA IPOTESI fu quella del DOPPIO LEGAME. Essa tentò di essere un'ipotesi tanto generale quanto esaustiva dell'origine di ogni problema. L'articolo di Sluski e Veron (1979) "Il doppio legame come teoria patogena universale" ne è una suggestiva testimonianza. In esso gli autori formulano anche le prime ipotesi sulle diverse caratteristiche dei doppi legami facenti parte dei contesti di apprendimento nei disturbi d'ansia. Su questo torneremo in seguito.

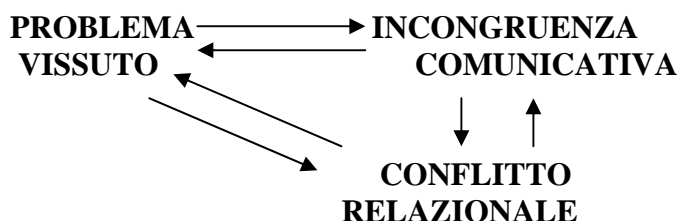
Le caratteristiche del doppio legame sono note e così riassumibili: l'avere l'esperienza, in una relazione vitale, del disagio creato da un'incongruenza nella comunicazione (verbale e non-verbale), senza che vi sia la possibilità di metacomunicare su di essa. Essa ha al suo centro l'ipotesi di una mente elaboratore di informazioni che vengono dalla relazione. Tali informazioni verrebbero immagazzinate secondo la teoria dei tipi logici in insiemi omogenei al fine di costruire la propria identità e trovare, così, il proprio posto nelle relazioni. L'incongruenza dei livelli verbale e non verbale, vissuti nella relazione, creerebbe una difficoltà della tipizzazione logica dei messaggi e quindi un'indecidibilità dei processi mentali e dell'identità stessa.

Si pone, quindi una prima correlazione.



La SECONDA IPOTESI fu quella della TRIANGOLAZIONE PREVERSA (Haley J. 1975). In essa il doppio legame entra a fare parte di un "gioco a tre" e si rende comprensibile come parte di un conflitto relazionale (agito per la maggior parte nella coppia) nel quale viene coinvolto un terzo che diverrà il paziente designato (spesso un figlio). Questa formulazione muta radicalmente il modo di costruire ipotesi patogenetiche dal punto di vista sistemico. Essa potrebbe essere, a buon diritto, chiamata la prima ipotesi sistemica. In essa, infatti, è per la prima volta presente, come principio esplicativo, un sistema a tre e viene incluso un principio gerarchico. Si ipotizza cioè che, in un sistema, noi cataloghiamo i messaggi anche a seconda della fonte di emissione. Secondo gli assiomi, infatti, ogni messaggio contiene un aspetto di definizione della relazione che connota la posizione che i partecipanti occupano nel sistema e quindi di potere nella relazione. Si viene a definire, così, una totale reciprocità tra: a) chiarezza e congruenza dei messaggi/ b) definizione delle regole relazionali/ c) definizione della gerarchie del sistema. Da questo momento in poi la stabilità dell'identità personale viene legata alla stabilità delle regole e della gerarchia del sistema. Benessere personale e buona organizzazione del sistema vengono così a sovrapporsi. Noi siamo il sistema che abbiamo introiettato!

Si aggiunge così una nuova correlazione allo schema precedente:



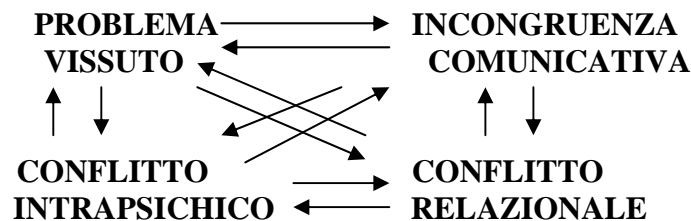
L'ipotesi della triangolazione permette di accedere alla fase successiva.

La TERZA IPOTESI è chiamata dei "GIOCHI RELAZIONALI". Essa è sostanzialmente una complessificazione dell'ipotesi della triangolazione su scala addirittura tri-generazionale (Selvini Palazzoli, M. e coll. 1988). Si comincia, così, a parlare ufficialmente di IPOTESI SISTEMICA, intesa come ipotesi che concerna tutto il funzionamento del sistema, iscrivendo le strategie

individuali nelle regole di insieme. Da questo momento formulare ipotesi sistemiche assume una posizione centrale nella ricerca e nella terapia. Se ne evidenziano, così, due funzioni principali: a) garantire l'attività del terapeuta e b) introdurre struttura ed informazione nel sistema familiare. Viene distinta, cioè, una "funzione investigativa" da una "funzione narrativa" (Mosconi A. e coll.1997 Gonzo G. e coll. 1999). Sarà questa seconda funzione ad assumere, nel tempo, un'importanza sempre maggiore. Il terapeuta sistemico si accorgerà, cioè, che, interessandosi alle dinamiche dell'intero sistema, alla ricerca delle triangolazioni dovute a conflittualità non risolte, deve reintrodurre nelle proprie categorie: TEMPO, STORIA, DESCRIZIONI INDIVIDUALI e LINGUAGGIO. La famiglia che narra la storia. "narra la sua storia" e porta con sé descrizioni, miti, premesse ecc.....e l'ipotesi sui giochi familiari per specifica che possa essere è pur sempre una descrizione che bisogna condividere (.Mosconi A. e coll.1997). Essa, quindi, deve essere aderente anche alle premesse individuali.

La QUARTA IPOTESI sarà, quindi, quella dei SIGIFICATI CONDIVISI (Cronen V.E. e coll. 1989) e delle POLARITÀ SEMANTICHE (Ugazio V. 1984). Si cercherà di rientrare nella "scatola nera" dell'individuo per cogliere in maniera più raffinata come le descrizioni dei propri conflitti intrapsichici si coordinino con quelle dei conflitti relazionali.

Si chiude così il quadrilatero



(Mosconi A. 2004)

Le ipotesi sistemiche, quindi, a mio avviso, permettono di connettere questi quattro livelli. Ogni sintomo, infatti, è coordinato con la cultura e la semantica e le regole relazionali del proprio sistema.

Il quadrilatero sistemico permette inoltre di connettere anche le diverse ottiche di lavoro degli operatori. Esse, infatti si possono collocare ad uno degli angoli del quadrilatero a seconda che lavorino maggiormente sull'individuo o sulle relazioni.

Questo ci permette di accedere ad altri concetti fondamentali che hanno fatto parte del nostro percorso.

- la famiglia dell'individuo come risorsa della terapia
- la famiglia istituzionale come contesto che dà significato e forza agli interventi
- l'intervento terapeutico come luogo privilegiato della relazione tra l'utente e la sua famiglia, da un lato, l'operatore e la sua famiglia istituzionale, dall'altro

Se pensiamo alla posizione che ognuno di noi ha occupato nella propria famiglia di origine e come ad essa sia legata la nostra identità ci risulta poi difficile pensare che possiamo prenderci carico di qualcuno senza vedere nella comprensione della sua famiglia una risorsa fondamentale. La nostra identità è particolarmente condizionata dalla funzione che abbiamo assunto nei conflitti del nostro sistema di appartenenza. Diverso, infatti, sarà il nostro vissuto relazionale se abbiamo respirato una atmosfera di serenità o di timore e pericolo, oppure se ci siamo fatti carico di mettere pace o sostenere un genitore visto come vittima. Tutto ciò condiziona la libertà con cui ci muoveremo nei rapporti con gli altri. Le storie dei nostri pazienti sono dense di vicende come queste ed è necessario conoscerle e condividerle con loro per restituire comprensibilità ai loro comportamenti. Questo rende necessario che non lasciamo le famiglie fuori dalle porte degli ambulatori, ma che vediamo nella possibilità di lavorare con le famiglie una risorsa che rende assai più incisivo il nostro intervento. Quando, infatti, interveniamo su di una intera famiglia suscitiamo energie che seguiranno il paziente a casa propria e si esprimeranno nel tempo anche in nostra

assenza. La famiglia è dotata di una energie propria data dai legami affettivi che la caratterizzano. Essi sono il vero motore della vita dei suoi componenti e per il loro mantenimento o per la loro modificazione tutti si daranno da fare dopo un nostro intervento. Questo impone agli operatori la conoscenza delle basi della ipotesi relazionale e familiare dei problemi per poter coordinare i propri interventi attorno alle variabili principali delle relazioni familiari. Famiglia del paziente e famiglia istituzionale si devono muovere in modo coordinato secondo le medesime premesse per la soluzione dei problemi. Il concetto che riteniamo fondamentale è quello che chiamiamo: “COORDINAMENTO STRATEGICO DEGLI INTERVENTI” Esso suggerisce all’operatore due livelli di maturazione: da un lato l’ottica con cui egli guarda l’utente nel suo contesto, dall’altra l’allargamento del proprio campo di osservazione per percepire non tanto il contenuto della propria ottica di lavoro, quanto, piuttosto, il livello di integrazione tra ottiche e tipologie di intervento diverse al fine di essere in grado di suscitare una migliore integrazione tra Servizi.

È necessario perciò suddividere gli interventi in due livelli:

- cambiamento 1 o di primo livello: tutti gli interventi che agiscono a livello della riduzione di intensità del problema
- cambiamento 2 o di secondo livello: tutti gli interventi che modificano le premesse individuali e relazionali che sostengono il problema

inoltre mi sembra utile riflettere attorno ai seguenti concetti:

- gli interventi proposti da una servizio non sono una somma di proposte, ma anche per essi funziona la regola sistemica della : “TOTALITÀ”
- ogni intervento si definisce in relazione agli altri, per differenza
- tutti gli interventi offerti da un servizio costituiscono perciò un sistema di comunicazioni che vengono date al paziente
- essi informano:
 - a) sul funzionamento interno del servizio
 - b) sulla funzione che esso svolge nel sistema più ampio
 - c) sulla relazione che intende stabilire con le altre agenzie del territorio (differenza tra “mission” e “funzione” p.es. ricovero vs. assistenza e/o controllo e/o emarginazione)
- gli interventi sono quindi dei patterns di comunicazione che hanno un aspetto di “contenuto” ed un altro di “definizione della relazione con l’utente”

E proprio dal punto di vista della “definizione della relazione con l’utente” si possono fare alcune osservazioni particolarmente interessanti. Gli interventi, infatti, si possono descrivere secondo queste variabili:

- a) A quale livello di cambiamento agiscono come detto più sopra: sul cambiamento 1 (diminuzione e controllo del sintomo) o sul cambiamento 2 (modificazione delle modalità di pensiero e delle regole relazionali)?
- b) Quale parte del sistema coinvolgono: solo l’individuo o altri (famiglia, rete sociale, ecc...)?
- c) Quale idea della patologia passano:
 - “dentro” al paziente o nelle relazioni “tra”?
 - “deficit” del paziente o “ricerca di comprensione di sé” nelle relazioni
- d) Quale relazione tendono a stabilire con gli utenti: in particolare è importante considerare se mettono il paziente e/o le persone coinvolte in posizione passiva (ricevere) o attiva (collaborazione, riflessività)?

La riflessione su queste variabili ci può portare a lavorare per costruire contesti di intervento che tengano conto dell’effetto di insieme di ciò che proponiamo ai pazienti e che li sollecitino ad avere una posizione attiva rispetto ai loro problemi ed alla cura.

E così torniamo alla genitorialità verso noi stessi ed i nostri utenti pensando alla terapia, ad ogni terapia come luogo dell’aiuto, certamente, ma soprattutto del confronto, della crescita e della costruzione condivisa delle soluzioni.

Il buon intervento per eccellenza è costruire sinergie congruenti.

Ma per alleggerire il peso di tante considerazioni, voglio concludere con un'altra storia a sfondo umoristico sempre sul tema dell'utilità di conoscere il contesto dei problemi. L'intitolerò:

LA REALTÀ DIPENDE DAI PUNTI DI VISTA

(se non si tiene conto del contesto)

Nello scompartimento di un treno ci sono: una vecchia, una ragazza, un sergente ed un soldato semplice.

Il treno entra in una galleria e nel buio si sente risuonare uno schiaffone.

Quando il treno esce dalla galleria.

- La vecchia signora pensa: "Uno di quei due mascazzoni ha baciato la signorina e la signorina ha risposto con un ceffone. Brava!".
- La ragazza pensa: "Uno di quei militari voleva baciarmi, ha baciato la vecchia e si è preso una bella sberla".
- Il sergente pensa: "Accidenti, il soldato ha baciato la ragazza... ma lo schiaffo me lo sono preso io!".
- Il soldato pensa: "Speriamo che ci sia un'altra galleria, così mi bacio ancora il dorso della mano e rifilo un altro schiaffone al sergente!"

Ci può essere utile avere sempre una visione d'insieme dei problemi e delle soluzioni per non rischierete di ricevere qualche schiaffone senza sapere da dove viene o peggio di darne senza averne coscienza.

È tutto.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Bateson, G. (1979) *Mind and nature a necessary unity*. New York, Dutton.(trad it. *Mente e Natura a: un'unità necessaria*. Adelphi Milano 1984)
- 2) Cronen, V.E., Johnson, K.M., Lannuamann, J.W., (1982) *Paradoxes, Double Binds, Reflexive Circuits: An Alternative And Theoretical Perspective*. Family Process, 20: 91-112. (trad. it. in *Terapia Familiare*, 14: 87-121, 1983)
- 3) Gonzo, M., Mosconi A., Tirelli M. (1999), *L'intervista nei servizi sociosanitari*. Raffaello Cortina, Milano
- 4) Haley J. (1975) *Verso una Teoria dei Sistemi Patologici* in Zuk G.H., Borszormenyi-Nagy I. (1975) *La Famiglia*, Roma, Armando Armando
- 5) Mosconi, A., Tirelli, M. (1997) *Dalla Scheda Telefonica alla Cartella Dati*. Ecologia della Mente, 2: 67-93.
- 6) Mosconi A. (2004) *Terapia relazionale-sistemica con l'individuo. Una sfida per l'integrazione di diverse ottiche di lavoro* in *Terapia Familiare* n.76 – pagg.64 - 68
- 7) Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A.M. (1988) *I giochi psicotici nella famiglia*. Milano, Cortina.
- 8) Sluzki C. e Veron E. (1979); *Il doppio legame come situazione patogena universale* in Sluzki e Ransom (1979), *Il doppio legame* Astrolabio Roma
- 9) Ugazio V.(1998) *Storie permesse Storie proibite* Bollati Boringhieri Torino

**Gazzetta Sabrina (Assistente Sociale), responsabile del “Progetto genitori”
Palli Annalisa (Psicologo psicoterapeuta) Consulente SERT ULSS 19 Adria.**

IL GRUPPO PSICO-EDUCAZIONALE CON GENITORI DIPENDENTI

1 Perché realizzare un Progetto-Gruppo-Spazio genitori all'interno di un SERT?

Perché ci si è resi conto che la genitorialità è sempre più presente nei pazienti del Sert; considerando i dati relativi agli anni 2002-2003, periodo in cui si è iniziato a considerare l'eventualità di occuparsi in maniera più specifica o diversa della genitorialità dei pazienti e dei loro figli, risultava che il 14% degli alcolisti e il 24% dei tossicodipendenti avevano figli nella fascia d'età 0-15 e di questi il 45% era già segnalato o in carico alle unità operative Consultorio Familiare o Età Evolutiva ed Handicap.

Questi dati ci parevano confermare l'indicazione della utilità di intervenire sulla genitorialità in termini di prevenzione del disagio per i minori.

Altra considerazione di base alla realizzazione del progetto era quella che la genitorialità, come funzione essenziale di ogni individuo, giocasse un ruolo importante sia nel percorso della dipendenza che in quello terapeutico (ad es. spesso dai racconti degli utenti emerge la coincidenza tra l'evento nascita di un figlio e una ricaduta nell'uso della sostanza); un supporto alla genitorialità migliora la condizione tossicomantica e il benessere dei bambini e viceversa.

Sono conseguentemente anche aumentati i rapporti tra servizi e istituzioni che si occupano di minori. Nell'Ulss 19 da tempo si sta lavorando sulla complessità delle situazioni cercando di avere in mente che non è più possibile lavorare isolatamente: si è così strutturato un progetto finanziato con il Fondo Lotta alla Droga che prevedesse da prima una formazione congiunta tra le Unità Operative SERT, Consultorio Familiare e Età Evolutiva ed Handicap, è stato predisposto un Protocollo d'Intesa che tracciasse le linee guida di presa in carico per le situazioni familiari nelle quali in contemporanea a problemi di dipendenza fossero presenti dei minori, si è formalizzata l'inter-equipe tra le suddette unità operative.

Più in generale si riscontra che la dipendenza appare sempre più “compatibile” con la normalità della vita: la persona dipendente è sempre più “normale”, più “dentro” la società; si tratta cioè spesso di persone che hanno un lavoro, una famiglia, dei figli (e per le quali un figlio rappresenta un mezzo per essere uguale agli altri).

Appare quindi sempre più opportuno garantire una attenzione specifica alla funzione genitoriale nel Sert, offrire uno spazio di pensiero sul ruolo e le specificità genitoriali di questi pazienti.

E' importante individuare modalità più specifiche di presa in carico di questa casistica ponendo maggiore attenzione alle relazioni oltre che al singolo.

Il Progetto sulla genitorialità viene finanziato dalla L. 309 negli anni 2003-5. La responsabilità del progetto è affidato all'Assistente Sociale del Sert che è poi la promotrice del progetto stesso e viene chiesta una collaborazione in rapporto di convenzione alla dott.ssa Palli Psicologo Psicoterapeuta con esperienza in ambito di dipendenze e collaboratrice del Consultorio Familiare della stessa ULSS.

2 Fasi del progetto:

2.1 All'avvio del progetto si è reso necessario ricercare esperienze simili al progetto avviato per uno scambio e confronto e per una prima taratura del progetto stesso: è stato piuttosto difficile per noi riuscire ad individuare servizi pubblici nei quali la tematica “rapporto genitorialità- dipendenza” venga affrontata tramite interventi terapeutici specifici, ovvero il trattamento di tali situazioni è spesso demandata alle Comunità Terapeutiche.

2.2 La Formazione effettuata ha avuto un orientamento Sistemico Relazionale con la collaborazione del dr. Mosconi Andrea del Centro di Terapia Familiare di Padova. Poiché il Sert collabora anche

l'associazione dei Club degli Alcolisti in Trattamento, nella formazione sono stati coinvolti anche gli Operatori(-servitori-insegnanti) dei CAT. La formazione congiunta aveva lo scopo di formare gli operatori sul delicato rapporto tra genitorialità e dipendenza e sulla presa in carico di tali situazioni al fine di fornire ai genitori che vivono il problema della dipendenza da sostanze psicotrope stupefacenti un contesto informativo ed esperienziale per attivare le proprie competenze genitoriali (comunicative e relazionali), prevenire disfunzionalità familiari. Inoltre partendo dal presupposto che la dipendenza incide sempre sulle capacità genitoriali, orientare gli operatori partecipanti alla formazione a pensare al gruppo psico-educazionale come una risorsa da attivare ed utilizzare quale strumento di sensibilizzazione per l'affronto delle situazioni stesse.

2.3 Dopo la conoscenza e l'analisi delle esperienze già effettuate e la formazione, il progetto è stato ulteriormente dettagliato.

Il target individuato: si è scelto di sperimentare il gruppo-psico-educazionale con situazioni stabilizzate sul versante della dipendenza sia da alcool che da droghe illegali con figli fino ai 15 anni.

Il reclutamento delle persone è avvenuto tramite colloquio motivazionale incontrando tutte le situazioni in carico al Sert che rientrassero nel target. Il colloquio o i colloqui iniziali sono serviti anche da approfondimento della valutazione psico-diagnostica già effettuata in precedenza essendo situazioni già in carico. Quindi approfondimento delle storie personali e familiari, valutazione delle risorse relazionali anche tramite l'utilizzo del FACES.

Per l'avvio del progetto ci si è avvalsi della supervisione teorica del dott. Mosconi.

3 Il gruppo psico-educazionale

Lo scopo è quello di offrire uno spazio di discussione e confronto tendente a de-patologizzare e de-colpevolizzare, dando risalto alle competenze, alle risorse, attivando capacità di analisi e soluzione di problemi oltre che promuovere una ricerca personale e superare l'isolamento spesso caratterizzante la tipologia di questi pazienti.

Le finalità del gruppo sono:

- aumentare la consapevolezza del rischio inerente la connessione dipendenza-genitorialità
- prevenire il disagio nei minori
- offrire un supporto al superamento della dipendenza.

La proposta di inserimento nel gruppo è parte del progetto terapeutico complessivo integrato nel percorso già in atto per la situazione.

Gli obiettivi del gruppo sono:

- informare
- rendere collaborativi e competenti
- far riflettere

La durata del percorso in gruppo è di 10-12 incontri, che si svolgono presso il Sert ogni 15 giorni, il giovedì dalle h.18.30 alle 20.00.

La conduzione è congiunta: psicologo, assistente sociale.

Gli incontri sono strutturati con una prima parte a carattere informativo-formativo e una seconda parte a carattere interattivo con discussione e confronto.

I temi principali che si affrontano sono:

- riflessione sull'essere genitori inteso come presa di coscienza sui propri bisogni, del proprio modo di agire, uscendo da schemi rigidi e ampliando la gamma delle proprie possibili azioni educative.
- relazione tra lo stato di dipendenza del genitore e i figli
- riflessione sull'educare inteso come un dinamismo di crescita che coinvolge entrambi
- l'autorevolezza
- la comunicazione in famiglia

- l'ascolto attivo
- il ciclo vitale della famiglia; i modelli genitoriali interiorizzati che più o meno consapevolmente vengono ripetuti
- la fiducia e la sua promozione
- affrontare i conflitti: usare il conflitto come strumento di crescita; le strategie per affrontarlo positivamente, l'analisi dei bisogni, le scelte condivise.
- aiutare la crescita: appartenenza e separazione
- competenze genitoriali e rapporti con i servizi (Consultorio familiare, Tribunale dei Minori)

3.1 Il lavoro nel gruppo:

le strategie utilizzate (depatologizzare, stimolare la circolarità della comunicazione, l'allargamento cognitivo, introdurre differenze, la connotazione positiva) hanno l'obiettivo di fornire una lettura funzionale ai comportamenti e alle scelte compiute, stimolare la ricerca di soluzioni alternative, valorizzare le potenzialità individuali.

Vengono usati diversi stimoli per la riflessione e la discussione: il genogramma, il gioco delle foto e proposte di lavoro tratte da "Progetto genitori", P. Milani ed. Erickson e da "Genitori efficaci" Gordon.

3.2 Caratteristiche dei figli dei pazienti in gruppo.

Gran parte di essi vive in famiglia (solo con i genitori o comunque all'interno della famiglia d'origine); raramente vengono allontanati con provvedimenti del TM.

Per quanto riguarda la nostra realtà, molti, e soprattutto quelli nella fascia d'età 0-6, sono in carico anche ad altri servizi, sembrano invece sfuggire all'attenzione dei servizi i minori pre-adolescenti o già adolescenti.

3.3 Strumenti di valutazione del gruppo:

Come stabilire se funziona? Come valutare l'efficacia in rapporto agli obiettivi?

Indicativamente dopo 10-12 incontri viene effettuato un colloquio di verifica tramite una scheda di valutazione; si tratta di un momento di scambio tra le nostre e le loro impressioni sulla partecipazione al gruppo con lo scopo di:

- riflettere e valutare il percorso svolto, progettarne il proseguimento
- determinare l'indice di gradimento del percorso
- valutare il cambiamento personale percepito, in termini di acquisizione di nuove abilità-competenze e capacità di auto-osservazione.

Da questa valutazione finora emerge:

- l'importanza di usufruire di spazi di riflessione sul rapporto tra genitorialità e dipendenza e quindi una maggiore consapevolezza dell'influenza dell'una sull'altra
- il ruolo dell'influenza della propria esperienza come figli nello svolgere le funzioni di genitore, dei modelli che si ripresentano
- di possedere delle competenze e quindi la possibilità del cambiamento
- sentono che viene loro riconosciuta una parte di "normalità": che non sono considerati- e di conseguenza non si considerano- sempre e solo tossicodipendenti, ma anche genitori

Tenendo presenti gli obiettivi di un gruppo psico-educazionale, ci pare che l'esperienza sia sufficientemente efficace e soprattutto vada incontro ad un bisogno reale.

Uno degli strumenti di valutazione utilizzati è il FACES. Si tratta di un questionario che valuta due dimensioni del funzionamento familiare: la coesione (il tipo di legame emotivo esistente tra i membri della famiglia, che può andare dal disimpegno all'invischiamento) e l'adattabilità (la capacità della famiglia di produrre cambiamenti rispetto a ruoli, funzioni, regole). Il questionario dà informazioni sia circa la percezione di ogni membro in rapporto alla situazione attuale sia circa la rappresentazione ideale, cioè aspettative e aspirazioni di cambiamento; la discrepanza tra le due dà inoltre un indice del livello di soddisfazione.

Dai dati in nostro possesso pare emergere una certa tendenza, dei partecipanti al gruppo, all'invischiamento per quel che riguarda i legami emotivi e all'estrema flessibilità (quasi caotica) per quel che riguarda l'adattabilità.

Un problema emerso è quello che le situazioni che a noi sembravano più a rischio non aderivano alla proposta del gruppo. Su suggerimento del Supervisore teorico si è cercato di esplorare meglio tramite un intervista strutturata il "come mai" della non adesione.

Dall'interviste sottoposte emerge scarsa consapevolezza del rapporto genitorialità-dipendenza e una sorta di negazione di tale rapporto, quasi un tentativo di proteggere i figli, tenerli lontani, non volere in nessun modo associarli alla dipendenza, alla sofferenza.

Videoregistrazioni: hanno rappresentato uno dei momenti di riflessione più efficaci per osservarci e osservare dall'esterno il gruppo, cogliere nuove sfumature, ottenere ulteriore materiale conoscitivo per orientare i gruppi successivi. Si osservano i contenuti, i ruoli (chi e quanto parla, interscambi più o meno spontanei, chi tende a raccontarsi, chi tende a chiedere), il non verbale (come indice di benessere- malessere e partecipazione).

L'Equipe ha rappresentato in diverse occasioni non solo un valido strumento di valutazione sull'andamento del progetto e del gruppo, ma soprattutto un reale momento di condivisione e sostegno di un progetto che non può essere solo di chi lo fa ma momento di arricchimento e formazione reciproca nell'affronto di situazioni emotivamente molto coinvolgenti.

3.4 Evoluzione del progetto

C'è stata una generale maggiore elasticità e adattamento alle richieste del gruppo, in particolare si è passati da un'idea di gruppo con un inizio ed una fine uguali per tutti i partecipanti ad un gruppo aperto nel quale i nuovi inserimenti potevano avvenire in qualsiasi momento del percorso psico-educazionale e ciò per evitare che coloro ai quali venisse fatta la proposta dovessero aspettare qualche mese prima del reale inserimento.

Man mano che si procedeva si è vista la necessità di ridurre gli input teorici per dare più spazio alla discussione di gruppo, così come nel procedere c'è stata una distinzione meno netta tra informazione e discussione utilizzando le discussioni che spontaneamente emergono dal gruppo per le puntualizzazioni degli aspetti informativi.

Nell'evoluzione del progetto c'è stata via via una maggiore messa in rete e pubblicizzazione del progetto proprio perché vista la portata della tematica e degli interventi strutturati non andassero perse la formazione, l'esperienza e le competenze acquisite.

Un altro aspetto evolutivo del progetto è stato la creazione di uno "Spazio-sportello genitori": rivolto a chi non aderisce al gruppo perché avesse comunque la possibilità di avere uno spazio singolo o di coppia che tentasse comunque di affrontare il tema della genitorialità.

4 Alcune considerazioni sull'esperienza di gruppo.

La prima riflessione riguarda la difficoltà di adesione al gruppo poiché la scarsa consapevolezza del rapporto genitorialità dipendenza riguarda in parte anche chi decide di far parte del percorso.

Alla base di questa difficoltà ci sono:

- scarsa motivazione (che certamente non ci sorprende ma che è servita a riflettere sulla necessità di tentare di capirne meglio le ragioni e sensibilizzare alla problematica);
- scarsa consapevolezza del rapporto genitorialità dipendenza: pare di notare che l'influenza dell'una sull'altra viene ammessa o riconosciuta solo in rapporto a fasi acute, a eventi critici (grossi conflitti familiari che si verificano nelle fasi di uso massiccio, carcerazione, affidamento o intervento del Tribunale dei Minori), mentre il cosiddetto uso moderato o comunque lo stile di vita di chi usa sostanze non viene riconosciuto affatto influente sul rapporto coi figli.

Tra le difficoltà rileviamo anche una sorta di reazione difensiva, di evitamento o fuga: a volte la riflessione sulle problematiche della genitorialità invece che come occasione di aiuto viene vissuta

come ulteriore testimonianza di inadeguatezza genitoriale oltre che personale e attiva il meccanismo evitante: pensare può attivare della sofferenza alla quale si può reagire con la negazione (delle proprie responsabilità o sensi di colpa e inadeguatezza). Alcuni esplicitano il desiderio di non “mescolare” stato di dipendenza e figli, probabilmente con l’intento di proteggerli.

Altra difficoltà che emerge nel gruppo riguarda la capacità di riflessione e pensiero, che ricalca lo stile tossicomaniaco dove l’agire tende a togliere spazio al pensare, dove pare manchi l’“allenamento” alla riflessione.

Difficile è spesso anche il rapporto di coppia: oltre ai conflitti, alle separazioni sembra emergere uno “stile” relazionale particolare, spesso idealizzato, dove la compagna riveste spesso un ruolo materno nei confronti del compagno; si tratta spesso di coppie “chiuse” che vivono in maniera invasiva l’intervento dei servizi ma anche dei familiari.

Circa la rappresentazione del loro essere genitori osserviamo una certa difficoltà di investimento sui figli intesa come instabilità o intermittenza nel modo di stare con i propri figli, nel modulare le distanze: a volte sono assolutamente assenti, altre volte “troppo” presenti. Questa discontinuità può rappresentare un fattore di rischio per un bambino poiché la discontinuità delle cure può corrispondere discontinuità nello sviluppo relazionale, affettivo, nella costruzione di sé.

Sembra di cogliere una sorta di amplificazione dello scarto (che normalmente c’è) tra rappresentazione del bambino e bambino reale; spesso è presente una rappresentazione distorta del figlio (come prolungamento narcisistico di sé, che tramite meccanismi di idealizzazione funge da “riparatore”). Questa distanza tra ideale e reale si esprime generalmente col fatto che a questi figli vengono riconosciute competenze e abilità tipiche di bambini più grandi rispetto alla loro età reale.

I padri sembrano tendere a mettersi in vesti amicali nei confronti dei figli, favorendo una certa inversione di ruolo e tentando di dare un’immagine di sé come genitore ideale, molto positiva.

A volte questi genitori sembrano tendere ad adeguarsi (o meglio sentono la pressione che viene fatta loro ad adeguarsi) ad un cliché di ruolo del quale si deve rispondere a nonni, operatori, autorità; sentono la costrizione ad essere come gli altri, chiedono o credono sia giusto fare il genitore, senza cioè che vi sia una scelta di ruolo personale.

Ancora rileviamo l’oscillazione tra idealizzazione del rapporto con i figli e la tendenza a non rilevare gli aspetti positivi dell’essere genitore: non appare molto la dimensione del piacere, emerge piuttosto la fatica, la paura, le difficoltà e la tendenza ad affrontare i sentimenti di inadeguatezza descrivendo un rapporto molto buono.

Emerge una certa difficoltà nella progettualità: è difficile per i genitori prefigurarsi il futuro sviluppo del figlio e del rapporto con lui.

Generalmente si evidenzia l’assenza di barriere generazionali definite e una certa confusione dei ruoli: è difficile porre confini chiari con le famiglie d’origine (questi genitori restano sempre un po’ figli e i loro genitori tendono sempre a volersi sostituire loro).

Si osservano meccanismi di triangolazione sia tra Padre-Madre-Figlio che tra genitori- nonni- figlio; meccanismi di questo tipo emergono sia nelle storie familiari passate.

Ci pare che emerga che dipendenza e “inadeguatezza” genitoriale siano espressioni diverse di una stessa particolare situazione di sofferenza di tipo relazionale; non perché legate da un rapporto di causa-effetto ma da una comune radice di disagio.

Si evidenziano particolari pattern relazionali di funzionamento familiare: meccanismi di triangolazione, padri marginali, madri iper-protettive, storie nelle quali ritornano spesso difficoltà di gestione del dolore e di comunicazione del disagio.

4.1 I temi ricorrenti che emergono nel gruppo:

- l’autorità: il difficile rapporto con essa; sia nel rapporto con i propri figli che con i propri genitori; le regole sembrano gestite in modo ambivalente (è permesso tutto o tutto è proibito); i problemi e le responsabilità vengono spesso spostati verso l’esterno (es. “sarei un bravo genitore se solo il Tribunale dei Minori e i Servizi mi lasciassero in pace”)

- la fiducia: questi genitori sentono che non viene accordata loro la fiducia di essere in grado di allevare i propri figli a causa della dipendenza e del loro stile di vita; sensazione che crea loro moltissima sofferenza.
- la comunicazione: spesso in gruppo si discute della relazione tra tipo di comunicazione e tipo di relazione: di come l'una rispecchi e influenzi l'altra.
- l'adolescenza: come fase che rimette in moto gli elementi dell'infanzia e dell'organizzazione del sé, che obbliga il genitore a fare i conti con se stesso, a chiedersi quanto è diventato adulto e quanto è rimasto figlio.

4.2 Il clima generale del gruppo.

Appare sostanzialmente buono: c'è curiosità, interesse, un buon livello di coinvolgimento e condivisione (numerosi interventi, interazioni e racconti di esperienze personali). Alcuni esplicitano chiaramente la soddisfazione per l'occasione di riflessione e la valenza trasformativa.

Pare che il gruppo sappia cogliere alcune idee per noi fondamentali:

- il senso dell'educare: l'essere genitore come ricerca che coinvolge genitori e figli in un processo di cambiamento.
- l'importanza del confronto.
- la relatività della verità: è importante porsi delle domande ricercare soluzioni; creare, rilevare, prospettare delle differenze, considerare diversi punti di vista, nuove prospettive, scelte e soluzioni; questo serve ad introdurre possibilità di cambiamenti, un allargamento cognitivo.

Nelle dinamiche del gruppo si evidenziano i meccanismi di trasmissione inter-generazionale e la consapevolezza delle fasi critiche del ciclo di vita: emerge la consapevolezza dell'influenza dei modelli genitoriali interiorizzati che vengono "ripetuti", il fatto cioè che alcuni aspetti delle modalità relazionali e dell'organizzazione del comportamento tendono a ripresentarsi e influenzare lo svolgimento delle funzioni genitoriali attuali: frequenti sono nelle discussioni del gruppo i rimandi alla famiglia d'origine.

Ci pare venga colta la visione della famiglia come qualcosa che vive, evolve e che a seconda della fase in cui si trova deve affrontare compiti diversi e riorganizzarsi, in termini di confini, ruoli.

4.3 Ruolo e sentimenti degli operatori.

Un cenno al ruolo e ai sentimenti degli operatori (ma anche alle strategie e ai fattori "terapeutici"): dobbiamo prestare attenzione continua a non assumere un ruolo troppo genitoriale, che scatenerrebbe dinamiche angoscienti (l'operatore vissuto come figura genitoriale che attiva sensi di colpa e inadeguatezza), bloccando la prospettiva di cambiamento e mantenendoli figli.

Si cerca costantemente di non stare dalla parte del genitore o del figlio ma di lavorare per il sostegno della relazione, e quindi nell'interesse comune; si punta a valorizzare le risorse potenziali e a connotare positivamente le scelte, a depatologizzare dando un senso relazionale agli eventi, ai "sintomi". Si cerca di stimolare l'allargamento cognitivo a considerare cioè nuove prospettive e introdurre la possibilità del cambiamento.

Questo modo di intervenire, l'uso di queste strategie, hanno l'effetto di far sentire alle persone di essere considerate- e di considerarsi- capaci, in grado di occuparsi dei loro figli (come se sentissero che viene loro riconosciuta finalmente una parte di "normalità").

Spesso è necessario ribadire l'obiettivo di fondo: non siamo qui per diventare genitori perfetti ma per riconoscere i limiti che si hanno, saperli accettare e tentare di modificarli; la genitorialità è un processo in continuo divenire del quale prendere coscienza.

Il gruppo è certamente un nuovo contesto che riattiva le dinamiche relazionali individuali, che stimola l'identificazione tra membri, le proiezioni, l'apprendimento per analogia, che fornisce contenimento emotivo.

I sentimenti degli operatori sono diversi, a volte contrastanti: oscillano tra il pregiudizio e le fiducia, tra pensieri di inadeguatezza e desiderio di riparare, tra la speranza che un bambino possa stimolare gli aspetti più adulti della personalità di questi genitori innescando quindi un cambiamento, e il timore che un bambino possa viceversa destabilizzare, o rappresentare un carico troppo difficile da sopportare.

Non rinunciamo comunque a pensarli genitori: non crediamo sia ragionevole aspettarsi che queste persone rinuncino alla genitorialità o ai figli; così come siamo convinti che la genitorialità, essendo funzione essenziale di ogni individuo, giochi un ruolo importante sia nel percorso della dipendenza che in quello terapeutico, intendendo la dipendenza come sintomo di una sofferenza di tipo relazionale, così come può esserlo l'inadeguatezza genitoriale.

In conclusione ci pare di poter affermare che in gruppo è come indossare occhiali che permettono di osservare ed esprimere aspetti che forse non erano emersi prima, in altri contesti, soprattutto in termini di risorse o potenzialità inaspettate; ci capita spesso in gruppo di sorprenderci della capacità di riflessione su di sé di alcuni o dell'emergere della preoccupazione e del senso di colpa da parte di altri.

Il gruppo diventa un ulteriore strumento di conoscenza e orientamento per gli interventi futuri.

Un partecipante al gruppo ha espresso la seguente riflessione che piace riportare: "Qui nessuno ti insegna a crescere tuo figlio ma ti stimola a crescere insieme a lui".

Concludiamo dicendo che "E' DIFFICILE DIRE CHE SONO GENITORI COME GLI'ALTRI" ma è altrettanto "DIFFICILE DIRE CHE NON SONO O NON POTRANNO MAI ESSERE GENITORI COME GLI ALTRI", nel mezzo collochiamo il gruppo psico-educazionale sulla genitorialità e lo spazio genitori creato mentalmente negli operatori e fisicamente negli spazi fisici dell'edificio che ospita il Sert.

Bibliografia:

- Gildoni – Euticchio-Nizzoli, *Attaccamento e genitorialità nei soggetti tossicodipendenti*, in Trattato completo Degli Abusi e delle Dipendenze, a cura di Nizzoli – Pissacroia, ed. Piccin;
- Gordon's parents effectiveness training, *Genitori efficaci*, Istituto Aprocchio Centrato sulla persona IACP.
- Giussani Luigi, *Il rischio educativo*, ed. SEI;
- ITACA, *Genitorialità e tossicodipendenza*, anno 2/1998 n°6, ed Cedis;
- ITACA quaderni di, a cura di A. Lo Russo –M. Coletti, *Genitorialità e Tossicodipendenza*, ed. Cedis;
- Maioli Sanese Vittoria, *Ho sete, per piacere*, ed Marietti;
- Mosconi A – Magni, *La Terapia familiare multipla: ricerca di una sintesi*, in Rivista dei Servizi psichiatrici dell'Ulss 21 di Padova, anno 1986 n°4;
- Mosconi A., *Suggerimenti sistemiche per un lavoro terapeutico di gruppo in strutture comunitarie*, in Connessioni gruppi storie persone, ottobre 2001, ed Centro Terapia della famiglia (Mi)
- Milani Paola, *Progetto genitori*, ed. Erickson;
- Nizzoli – Vaccari (a cura di), *I tossicodipendenti e i loro figli*, ed Verso l'Utopia;
- NOUMEN rivista di ricerca psicosociale, "Padri", anno 12° numero 29;
- Peruzzi – Viario – Mosconi, *Terapia familiare ed etiologia della schizofrenia*, in Terapia Familiare n° 45/1994
- Risè Claudio, *Il padre l'assente inaccettabile*, ed. San Paolo;
- Terza Conferenza nazionale sui problemi connessi con la diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope – sessione "tossicodipendenza femminile e genitorialità", Genova 2000
- Vizziello – Simonelli, *La tossicodipendenza tra genitori e bambini*, in Trattato completo Degli Abusi e delle Dipendenze, a cura di Nizzoli – Pissacroia, ed. Piccin;

Bortolamasi Marilena Medico Sert Ulss 9 Treviso

IL PADRE TOSSICODIPENDENTE: L'ESPERIENZA DI UN GRUPPO TERAPEUTICO AL SERVIZIO DIPENDENZE DI MOGLIANO VENETO ULSS 9.

L'esperienza che abbiamo realizzato nel nostro Servizio, un gruppo terapeutico per genitori tossicodipendenti, che è stato condotto dalla Dott.ssa Ancilla Dal Medico, trae origine dall'interesse sempre, nel tempo, rivolto ai nostri pazienti per quanto attiene all'aspetto della genitorialità, dall'evoluzione delle caratteristiche della tossicodipendenza e dalla particolare collocazione del Servizio presso la sede del Distretto.

Il primo studio sui figli dei tossicodipendenti, al quale ho collaborato come medico del CMAST di Treviso, risale al 1984 ed è stato realizzato dal Dott. Bottacin, psicologo della nostra ulss allora coordinatore delle funzioni relative all'art. 23 del DPR 616/77, riguardante la tutela dei minori, che presentò l'indagine al Convegno "droga e minori" (Venezia 22-24 novembre 1984). Si tratta del primo lavoro che ha tenuto conto degli aspetti psicosociali della problematica; il Dott. Bottacin evidenziando già allora che "quello dei figli dei tossicodipendenti, pur non essendo particolarmente rilevante in termini numerici assoluti, non può essere considerato un sotto-insieme marginale o trascurabile del problema generale delle tossicodipendenze"; e che "sia l'opinione degli operatori che i lavori teorici (Olivenstein per la prospettiva psicoanalitica e Stanton per quella sistemica) concordano nel ritenere questi soggetti come appartenenti ad una fascia ad alto rischio sia generico che specifico"; riteneva "che i tempi siano ormai maturi (era l'ormai lontano 1984!) per avviare un lavoro sia di ricerca che organizzativo teso a definire le linee di un progetto di prevenzione secondaria e di intervento, di cui questi minori sembrano particolarmente abbisognare"; aggiungendo che "anche l'uscita dei genitori dalla tossicodipendenza non sembra di per sé un fattore sufficiente a considerare il bambino fuori dalla fascia di rischio".

Nelle sue conclusioni a commento della ricerca il Dott. Bottacin sottolineava inoltre: "un tale progetto non potrà eludere alcuni nodi storici dei Servizi italiani: l'integrazione del sociale con il sanitario; l'eredità dell'intervento per competenze piuttosto che sulla persona (i Servizi perciò tendono a intervenire in modo scoordinato e da un'ottica monofocale), il rapporto fra aiuto e controllo (quindi i rapporti con il Tribunale per i Minorenni), la dimensione extrafamigliare della prevenzione, e quindi il rapporto e le iniziative congiunte non solo con la scuola, ma anche con Enti diversi da quello cui si riferisce istituzionalmente il Servizio". Di conseguenza riteneva "l'ottica multifocale la più valida per elaborare seri progetti di intervento quando siano presenti contemporaneamente problemi significativi nei genitori e nel bambino ed in generale quando ci si trova ad operare all'interno di reti complesse. Ora, riuscirà certamente molto difficile raggiungere questo risultato se non ci si impegnerà per migliorare il livello sia quantitativo che qualitativo della comunicazione fra i diversi Servizi... per identificare chiaramente il proprio utente (e parallelamente il proprio Servizio) come parte di un sistema che permette punti di vista differenti e di pari dignità".

I dati raccolti in questa indagine, effettuata su 291 pazienti, 28 dei quali genitori, evidenziavano l'età giovanissima dei 26 figli minori (da pochi mesi agli 11 anni), correlata ovviamente, essendo i primi anni '80, alla iniziale diffusione della tossicodipendenza, ma soprattutto il fatto che la dipendenza dei bambini dalla famiglia estesa e in particolare dai nonni era quasi totale: solo 4 bambini su 20 (di 6 non era stato possibile rilevare il dato) appartenevano infatti a un nucleo familiare indipendente, anche per abitazione, dalla famiglia di origine.

La successiva ricerca del 1996, stimolata proprio dalla Dott.ssa Dal Medico, che allora lavorava al Ser.T. di Treviso, sui tossicodipendenti con figli in carico al Servizio. nei 3 anni precedenti, nasceva dalla rilevazione che nel suddetto periodo ben 8 situazioni avevano richiesto interventi impicanti

l'Autorità Giudiziaria e i Consultori Familiari (e avevano portato all'allontanamento del minore). Nello scritto che accompagnava la presentazione dei dati, la Dott.ssa Dal Medico sottolineava come al Ser.T. si era considerato opportuno "porre attenzione alla totalità dei tossicodipendenti genitori, in quanto il fatto che non emergano situazioni pesanti, non esclude la necessità di valutare, se non il danno, il rischio per i minori";

partendo dall'ipotesi che, "se i tossicodipendenti sono stati bambini carenti, una volta divenuti genitori

tendono a riproporre le stesse modalità carenti", obiettivo per il Ser.T. diveniva l'operare al fine di "interrompere questo ciclo e considerare come suo target non solo il tossicodipendente, ma anche il bambino, che spesso viene portato al Servizio dal genitore ed esibito come simbolo di disagio e di confusione"; fare quindi "acquisire visibilità, al di là delle emergenze, a questi bambini "invisibili" (come li definisce la Prof. Fava Vizziello)"; individuare, se possibile "indicatori di rischio per i minori che costituiscano la base di un intervento coordinato tra Ser.T. e Servizi Consultoriali; pensare a una situazione in cui il Ser.T. si fa carico anche di valenze e problemi genitoriali (rapporto genitori e figli) e i Servizi per la famiglia si fanno anche carico della sofferenza dei genitori all'interno di una dimensione di scambio, collaborazione e coevoluzione fra Servizi".

Il dato più significativo della rilevazione sui 69 pazienti genitori in carico al Ser.T. nei tre anni considerati evidenziava infatti come il luogo di vita dei figli fosse ormai prevalentemente presso il/i genitori: questo infatti valeva per 40 figli su 68.

In quella occasione fu concordata con l'ULSS, per i Servizi sopracitati, la supervisione di situazioni in trattamento (in presenza di minori) a cura del Dott. Cirillo del Centro del Bambino Maltrattato di Milano, che realizzò anche una giornata di formazione e aggiornamento integrata per i Servizi implicati (Ser.T., Consultori familiari, Servizio Sociale dei Comuni).

Dall'attenzione, mantenuta nel tempo, all'aspetto della genitorialità, si è attivato l'attuale intervento di sostegno alla funzione genitoriale, e per esteso quindi di prevenzione nei confronti dei figli, che siamo riusciti a realizzare nell'ambito del Progetto "Proximity" del Piano Triennale - Area Dipendenze - Fondo Lotta alla droga anni 2003-2005, nel Servizio dove attualmente lavoro (Servizio Dipendenze di Mogliano Veneto).

La valutazione della presenza, tra i nostri pazienti, di un numero considerevole di giovani adulti ormai genitori, ancor più "normalizzati" che in passato, in quanto a percorsi esistenziali (lavoro, famiglia, inclusione sociale, ecc.), e l'intrecciarsi di questa "normalizzazione" di vita con la frequente cronicizzazione della dipendenza (legata più alla recidiva che alla continuità) ha trovato nell'attivazione di un Servizio per le Dipendenze in un Distretto, anzi nella sede stessa del Distretto (dove sono già presenti da sempre Consultorio, SDIEE, le attività di Igiene Pubblica, i prelievi, ecc.) la possibilità di accedere al Servizio in maniera discreta e decorosa senza rendere palese ad altri la propria particolare situazione problematica.

Da parte di noi operatori si è trattato perciò non tanto di effettuare una ulteriore indagine quanto di valutare la realtà emergente, a cui è seguita la decisione di provare a dare voce, ascolto e sostegno ai nostri pazienti sensibili all'aspetto della propria funzione genitoriale.

Dalla nostra rilevazione, i tossicodipendenti genitori in carico dal maggio 2002 (apertura del Servizio presso il Distretto) al maggio 2005, su un totale di 659 pazienti noti, sono stati 35 (24 maschi, 11 femmine); aspetti interessanti sono la normalità dell'età dei genitori, non giovanissimi (0 tra 18 e 25 anni), lo stato civile (ben 21 sono coniugati o convivono), la presenza di un lavoro stabile in 24 persone; mentre per quanto attiene ai figli (35, di cui 19 maschi e 16 femmine), è da rilevare l'età adolescenziale (25 tra i 10 e i 19 anni), e il fatto che 14 vivono con entrambi i genitori e 9 con un solo genitore, ma soltanto 7 con genitori appoggiati a parenti.

Particolare del gruppo che così si è costituito è il "genere": si tratta infatti di un gruppo di padri tossicodipendenti, e questo a nostro parere è dovuto non soltanto alla prevalenza di maschi nella tossicodipendenza, ma anche al fatto che, eccettuati i casi di grave compromissione sociale, la presenza di un problema di dipendenza solo nel padre sfugge, alla nascita del bambino (a differenza

di quanto avviene in caso di madre tossicodipendente, per le quali sono peraltro attivi da anni specifici programmi di intervento di tipo residenziale).

Il gruppo, in media 5/7 persone, dal marzo 2003 si è incontrato con gli operatori ogni due settimane, il giovedì sera, per un'ora e mezza alla volta, interrompendosi solo per la pausa estiva.

Dr.ssa Ancilla Dal Medico psicologa psicoterapeuta
Istituto Veneto di Terapia Familiare
Consulente Sert, ULSS 9, sede di Mogliano

IL PADRE TOSSICODIPENDENTE

Che cosa accade nelle menti degli operatori quando nasce un figlio a un giovane tossicodipendente, che ha tre possibilità o di essere in coppia con una donna tossicodipendente, o di essere in coppia con una donna non tossicodipendente, oppure, terza possibilità, che il giovane abbia un figlio senza essere in coppia?

Nel primo caso sono complicità, ma sicuramente il pensiero si concentra sulla madre e sulla relazione con il nascituro, da tutelare.

Nel secondo caso la preoccupazione per il bambino lascia abbastanza velocemente le menti degli operatori, perché si confida nella parte sana (?) della coppia, la madre.

Nel terzo caso la paternità ancor più scompare, come aspetto di complessità, perché lontano dalla realtà operativa.

In tutti e tre i casi nascerà comunque un bambino da un padre che ha avuto e forse avrà sempre problemi di tossicodipendenza e questo inciderà in maniera precisa sul tipo di relazioni che saranno tessute intorno al bambino e sulla qualità di queste.

Volendo dare una definizione della paternità del tossicodipendente, nella difficoltà a procedere a un riconoscimento di paternità, parlerei di **paternità misconosciuta e paternità disertata**.

Il misconoscimento nasce dal pensiero condiviso del tossicodipendente, della sua famiglia e degli operatori che si stia realizzando un paradosso, in quanto appare impossibile che un tossicodipendente possa diventare realmente padre, perché la sua struttura psichicamente vulnerabile e dipendente, il suo ruolo di eterno figlio, i suoi aspetti di narcisismo e di depressione sono fortemente contrastanti con la funzione di padre.

Per questo il td non ritiene di dover realmente cambiare i suoi comportamenti tossicomani per esercitare la paternità, per questo la famiglia evita di farsi delle domande importanti sul futuro del bambino e per questo gli operatori, in genere, parlano poco significativamente di questo passaggio con lui.

Tutti colludono nell'accettare un comportamento paterno che mima di fatto la paternità.

La diserzione nasce dal forte senso di colpa che caratterizza la vita di queste persone e quindi del principio di indegnità. Allontanarsi fisicamente ed emotivamente ripara il figlio dalle parti dannose di sé.

Fare un gruppo per tossicodipendenti è una proposta controparadossale, perché li considera veri padri e tratta con loro di veri figli, favorendo una operazione di espressione e di confronto di ciò che comunque c'è nella mente dei padri tossicodipendenti intorno alla relazione, padre-figlio, più di quello che il paradosso e la diserzione definiscono.

L'esperienza che noi abbiamo fatto si è svolta presso il Sert dell'ULSS 9 sede di Mogliano Veneto (Treviso). Abbiamo costituito un gruppo formato da tossicodipendenti padri, alcuni hanno partecipato in coppia, e con incontri quindicinali da marzo 2003 a luglio 2005 abbiamo conosciuto i loro pensieri, le loro paure e le loro speranze.

Nei lucidi vengono mostrate alcune di queste rappresentazioni, attraverso delle immagini che sono state create dai partecipanti al gruppo e che mostrano i punti di partenza e le difficoltà percepite ed espresse intorno al legame della paternità.

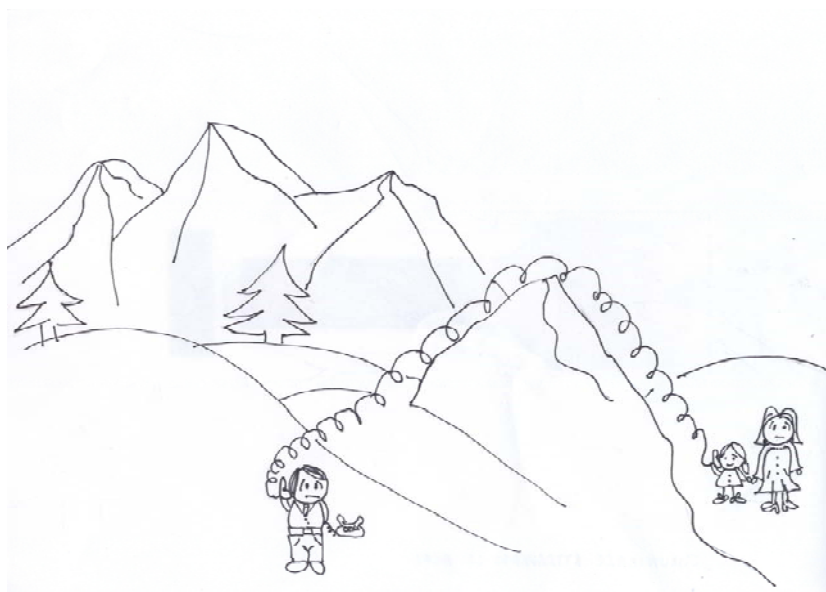
Da questi punti di partenza si è potuto lavorare per cercare di concretizzare dei piccoli passaggi di paternità reale.

Le rappresentazioni riguardano:

- la difficoltà a mantenere una membrana che difenda la coppia dalle invasioni delle famiglie di origine, giustificate dalla dipendenza dei figli,
- la posizione di figlio per sempre, addirittura figlio del proprio figlio se diventa figlio della madre o marito della moglie,
- la difficoltà a distinguere il proprio sé bambino dal bambino reale,
- la confusione tra il padre reale, quello immaginario e quello ideale,
- il timore di incrociare il figlio sullo stesso terreno, l'adolescenza

Inserisco due immagini per dare l'idea dei temi trattati:

LE ALPI TRA PADRE E FIGLIA



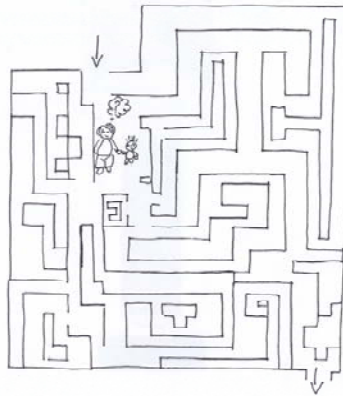
La montagna tra padre e figlia mostra la difficoltà del padre a raggiungere la figlia sia attraverso la comunicazione che nella realtà.

Si tratta di un padre che ha potuto stare con la bambina ben poco tempo , impedito dalla carcerazione e dal percorso di comunità. Nel frattempo si è strutturata la relazione, madre-figlia, in maniera molto stretta e l'accesso a questa diade sembra comportare una scalata delle Alpi.

“Dagli Apennini alle Ande” era il titolo di una lacrimevole storia di un bimbo alla ricerca della propria madre ,ma qui si tratta di trovare le possibilità comunicative e i reali sistemi di avvicinamento per coprire almeno una parte della distanza,senza attendersi che la bambina vada alla ricerca del padre.

Il gruppo si è confrontato con il tema della lontananza e della fatica che si deve assumere il padre,perché a lui spetta e non al figlio l'impresa della scalata.

L'IMPEGNO E LA PAURA



Si tratta di un padre divenuto tale in età precoce e che solo ora che il figlio ha otto anni può stare con lui e godere della sua vicinanza, ma ancora non sa se ha qualcosa di buono da passargli.

Chi ha più paura? Chi dà più coraggio all'altro? Nessuno dei due conosce la via, ma uno , il padre , deve guidare

Il gruppo in questo caso può mettere dei segnali lungo il percorso affinché non sia così angosciante l'impresa e infondere in questo modo speranza.

Ci sembra che con questa esperienza presso il SERT di Mogliano (Treviso) si sia tentato di superare l'antico dilemma che tende a dividere gli operatori di servizi diversi, del parteggiare per i figli o per i genitori, sperimentando la coincidenza di interesse tra genitore e figlio.

Entrando poi nel paradosso della paternità del tossicodipendente, l'abbiamo veramente pensata e facendo questo, siamo usciti dal modello, abbiamo fatto qualcosa di diverso e attraverso queste azioni diverse, abbiamo cercato un cambiamento nei nostri pazienti.

Dott.ssa Maria Grazia Nalin

Dott.ssa Lorena Pavanato

Psicoterapeuta U.O. Età Evolutiva Handicap Ulss19

PARENT TRAINING. UN AIUTO ALLA GENITORIALITA'.

Il presente lavoro ha lo scopo di portare una riflessione:

- sulla pratica clinica negli ultimi 10 anni;
- sulla modificazione della domanda sugli aspetti sintomatici dei bambini;
- sulla modificazione epidemiologica della psicopatologia nell'infanzia.

I disturbi del comportamento e della condotta stanno diventando un problema sempre più importante per i Servizi Territoriali. Essi coinvolgono diversi Servizi, quali: l'Età Evolutiva per gli aspetti clinici, il Consultorio Familiare per gli aspetti di tutela dei minori, altri servizi che si occupano di problematiche psicopatologiche in età adulta, il CIM ed il SERT.

Negli ultimi anni si assiste ad una domanda sempre maggiore di intervento per bambini ed adolescenti che manifestano, soprattutto in ambito scolastico, disturbi della condotta e caratteristiche di antisocialità; disturbi che venivano genericamente definiti come disagio scolastico e o socio-ambientale.

Talvolta si assiste ad una vera e propria mobilitazione sociale sia da parte dei rappresentanti istituzionali che da parte della comunità, la quale talvolta mette in atto comportamenti marcatamente ostili, di rifiuto ed espulsivi.

In una posizione diametralmente opposta si pone sovente la famiglia di questi bambini, la quale, al di là dell'evidenza dei fatti, continua a negare la presenza e la portata di tali manifestazioni comportamentali.

Negli ultimi dieci anni si registra un aumento sempre più crescente delle richieste di intervento di personale aggiuntivo in ambito scolastico per far fronte ai numerosi problemi di comportamento caratterizzato da marcate forme di aggressività presenti in alcuni bambini.

Una decina di anni fa le richieste di intervento al nostro Servizio per tali problematiche, formulate attraverso il canale dell'assistenza scolastica, prevista per i bambini portatori di handicap, rappresentavano il 10% delle richieste e sono andate via via aumentando.

Parallelamente si registra un aumento della presa in carico dei bambini affetti da tale patologia, spesso associata a disturbi dell'apprendimento o dell'umore o comunque della sfera affettivo - relazionale.

Molti di questi ragazzi, abbandonano la scuola senza avere concluso l'iter, avendo solo raggiunto il limite di età previsto dall'obbligo scolastico.

A tal proposito occorre rilevare che la maggior parte delle certificazioni di handicap ai sensi della Legge 104 è costituito da diagnosi di deficit di attenzione ed iperattività associato ad altri disordini della sfera emozionale.

Quello che colpisce nella storia di questi bambini è l'espressione di tutta una serie di manifestazioni che a partire dalla prima infanzia e fino all'adolescenza si caratterizzano come una costellazione di sintomi che vanno, secondo le classificazioni 0-3 e DSM IV, dai disturbi della regolazione, dell'attenzione, delle abilità scolastiche senza evidenti deficit cognitivi, comportamenti ipercinetici fino ad arrivare in preadolescenza e adolescenza alle condotte devianti, caratterizzate dalla tendenza frequente all'acting - out, all'uso di sostanze e ai disordini nella sfera della sessualità.

Tali manifestazioni sono principalmente espresse dai maschi. Nella casistica presa in esame le femmine sono in numero molto esiguo.

Un altro elemento che li accomuna è il cambiamento, durante l'iter scolastico di una o più scuole.

In passato di tali problematiche sono state fatte letture un po' superficiali che hanno portato alla scotomizzazione di una vasta gamma di disturbi psichiatrici ad esordio nell'infanzia.

S. Fraiberg mette in guardia gli operatori nel formulare una diagnosi basata solo sul funzionamento sociale perché ciò può essere pericolosa nel campo della salute mentale. Una teoria del funzionamento sociale e dell'adattamento sociale che non tenga in considerazione i processi mentali interni che operano per l'adattamento può metterci nella posizione di manipolatori dei ruoli sociali.

Il progetto presentato nel 99 "Tutela minori in ambito scolastico che vivono in famiglie con problemi alcol-droga correlati" inserito nel piano triennale "Lotta alla droga" di cui alla Legge 309/90 è nato come collaborazione con il SERT ed il Consultorio Familiare per seguire i bambini con disturbi del comportamento o della sfera emozionale figli di pazienti in carico al Servizio per le tossicodipendenze.

Gli obiettivi del progetto erano:

- supportare nella crescita i bambini con genitori dipendenti da sostanze;
- prevenire l'uso di sostanze ed il comportamento deviante in età adolescenziale ed adulta.

Le aree d'intervento su cui si è focalizzato il progetto erano relative a:

- presa in carico terapeutico- riabilitativa dei minori e delle loro famiglie;
- interventi educativi a favore dei minori;
- interventi a favore dei genitori (Parent training)
- collaborazione con i servizi SERT e Consultorio Familiare;
- Collaborazione con la Scuola (Corso di formazione "Diagnosi e trattamento del deficit di attenzione e disturbo del comportamento nell'infanzia".

Il corso di formazione congiunto con la scuola sulle problematiche relative al bambino DDAI ed il gruppo di Parent training voleva occuparsi di una patologia emergente : molta parte della casistica in carico al nostro servizio presenta sintomi del disturbo di attenzione ed iperattività, patologia tra l'altro presente nella popolazione scolastica in una percentuale che va dal 3 al 5 %, sintomi che nella maggior parte dei casi sono collegati a situazioni familiari complesse , spesso inoltre i genitori o uno di essi sono portatori di problemi legati all'uso di sostanze il più delle volte negato e non riconosciuto.

Il presente contributo vuole focalizzare l'attenzione sulla tecnica del Parent Training in quanto pensiamo che questa opportunità possa aiutare a comprendere il proprio ruolo genitoriale e fornisca strumenti pratici di comprensione ed aiuto nel prendersi cura del proprio bambino.

IL PARENT TRAINING

Osservazione di se stessi e del proprio figlio

- individuare i pattern comportamentali negativi che sviluppano delle inappropriate relazioni tra genitori e figli.

Insegnamento di tecniche

- primo passo è insegnare ad osservare meglio il bambino e se stessi nelle loro reciproche relazioni, allo scopo di individuare i segni che possono far scatenare delle relazioni inadeguate e dei comportamenti problematici.

Altre tecniche hanno lo scopo di facilitare l'apprendimento di abilità di gestione del figlio iperattivo;

- il riconoscimento di specifici comportamenti positivi del bambino che devono essere rinforzati con premi e gratificazioni;

- l'identificazione di comportamenti negativi che devono essere ridotti con comandi espliciti;
- domande sui motivi che hanno indotto il bambino a comportarsi in quel modo e attraverso al non prestare attenzione agli episodi moderatamente negativi.

Automonitoraggio

Ai genitori viene insegnato :

- come osservarsi meglio;
- come ridurre le manifestazioni negative;
- come aumentare quelle positive.

Per raggiungere questi obiettivi è necessario pianificare dei momenti in cui i genitori fanno esercizi di auto-osservazione di quanto spesso emettono un certo comportamento e quanto cercano di ridurre i comportamenti negativi e aumentare quelli positivi.

Comportamenti bersaglio

- vanno individuati e rinforzati i comportamenti bersaglio;
- abolite le istruzioni inefficaci e poco specifiche;
- individuati comandi chiari, semplici, precisi e direttivi.

Costo della risposta e contratto comportamentale

- Il bambino si impegna a non manifestare certi comportamenti negativi, pena la perdita di alcuni privilegi acquisiti.

Strutturazione dell'ambiente

- una buona organizzazione dell'ambiente domestico serve a contenere i comportamenti negativi del bambino;
- viene insegnato ai genitori come creare: abitudini, regole, segnali che aiutino il figlio a capire cosa ci si aspetta da lui in un determinato momento della giornata.

Osservare e gratificare

- Gratificare il bambino quando è orientato al compito.

Problem – Solving

- Far esercitare i genitori nella risoluzione di ipotetici problemi quotidiani.

OBIETTIVI DEGLI INCONTRI CON I GENITORI

Formare aspettative realistiche riguardo agli incontri proposti

- Offrire ai genitori la possibilità di imparare nuove tecniche, o di approfondire quelle già conosciute, per affrontare le difficoltà collegate con il DDAI.
- Far luce sui problemi, cercare di risolverli insieme, individuando le circostanze ed i comportamenti legati a situazioni difficili le cause che le mantengono.

- ricercare la soluzione migliore.

Creare un quadro equilibrato delle potenzialità e delle qualità dei bambini

Il bambino con DDAI:

- difficoltà nell'autoregolare: comportamento, attenzione, difficoltà scolastiche, di socializzazione
- non è meno intelligente o meno dotato dei coetanei,
- difficoltà a riflettere, a concentrarsi, scegliere
- occorre ricordare che fa un po' più fatica a trovare la via giusta,
- I fattori esterni sono per lui fonte di disturbo
- Per avere il massimo rendimento occorre richiederli né troppo né troppo poco.

Dare strumenti per la gestione del comportamento del bambino

- valutare insieme l'efficacia e la quotidiana applicabilità di alcune regole comportamentali ed educative.
- individuare percorsi di risoluzione e/o di prevenzione delle difficoltà e dei conflitti

STRUTTURA DEGLI INCONTRI

Scambio di informazioni

- Accanto alla cornice teorica, fornita dall'operatore, i genitori possono restituire preziose informazioni riguardo ai comportamenti del bambino.
- molto produttivo lo scambio di esperienze ed eventuali soluzioni trovate spontaneamente.

Gestione della modalità di ragionamento del bambino

- genitori e operatori possono ricercare i modi migliori per guidare il bambino verso un metodo di pianificazione più efficace.
- offrire al bambino un modello adulto di buon risolutore di problemi.

Gestione del comportamento del bambino

- individuare insieme all'operatore alcuni principi comportamentali ed educativi di base da utilizzare con costanza,
- individuare particolari piani d'azione applicabili a specifici comportamenti negativi, che debbono cessare,
- ricercare e promuovere modi di agire corretti,

Il lavoro con i genitori coprirà questi tre ambiti (scambio di informazioni, gestione della modalità di gestione di ragionamento del b/o, gestione del comportamento) che si andranno alternando durante tutti gli incontri.

Il gruppo di Parent training era composto da genitori con figli che presentavano disturbi legati alla regolazione, al comportamento, al deficit di attenzione ed iperattività, alcuni dei quali trattati anche farmacologicamente.

Il gruppo era costituito da 8 coppie di genitori;

altre 2 coppie erano state invitate, ma non hanno partecipato all'iniziativa.

Di queste 10 coppie, solo 2 erano in carico al servizio SERT, degli altri genitori si ipotizza che uno o entrambi i genitori avessero un problema di dipendenza da sostanze che però non era da loro riconosciuto.

L'attività si è articolata in 8 incontri della durata di 3 ore ciascuno.

Gli elementi salienti ed emergenti di questa esperienza possono essere così sintetizzati:

- l'esperienza è stata complessivamente positiva, i partecipanti hanno sempre frequentato il gruppo con assiduità;
- l'interesse ed coinvolgimento emotivo hanno mobilitato lo svolgimento dei compiti durante il gruppo ed anche le riflessioni a casa sui contenuti delle sedute, per poi portare le loro elaborazioni all'incontro successivo;
- la coesione è stata sempre maggiore tra le coppie di genitori; essi si sono organizzati per preparare l'incontro di chiusura che coincideva con le vacanze di natale;
- si è abbassato il senso di solitudine che vivevano nell'affrontare la loro sofferenza;
- è aumentato il livello di autostima legato al maggiore senso di competenza genitoriale;
- il desiderio di discutere e di parlare delle proprie esperienze, anche personali, era molto elevato al punto che un intero incontro è stato dedicato alla discussione sui problemi dei loro figli e sul loro ruolo genitoriale;
- il desiderio di voler continuare a vedersi periodicamente.

L'ultima riflessione che ci sentiamo di portare in questo incontro rispetto al tema "Genitorialità e Dipendenze" è che un'esperienza di gruppo di genitori al di fuori del servizio per le tossicodipendenze abbia avuto il vantaggio di farli sentire genitori dei loro figli in rapporto ad altri genitori con problematiche analoghe piuttosto che sentirsi solo pazienti con problemi di dipendenza. Il Piano di Lotta alla Droga elaborato nel triennio successivo, continuando la tematica sulla genitorialità ci ha permesso di continuare la collaborazione tra Servizi e poter usufruire di una formazione congiunta tenuta dal dr. Mosconi che si è rivelata preziosa per la possibilità di comunicazione tra operatori e discussione delle situazioni multiproblematiche cosa peraltro molto difficile da attuare in ambito istituzionale.

TOSSICODIPENDENZA E GENITORIALITA': TRA COMPULSIONE E LIBERTA'

Abstract

La valutazione legata ad un intervento sia di tipo clinico che di ricerca su soggetti tossicodipendenti che sono anche genitori impone un approfondimento su **più** assi che si intrecciano in ambito relazionale e dell'attaccamento: tossicodipendenza-genitorialità, **compulsione-libertà, valutazione- formazione.**

Il tossicodipendente attraverso l'uso compulsivo della sostanza perde la capacità di scelte libere e attraverso un figlio può ricercare modelli genitoriali con una riedizione di quelli precedentemente appresi **attuando ancora uno stile compulsivo patologico.**

Pensiamo sia indispensabile **per i Servizi porsi come agenzie di formazione tra Società e individuo** e pre-occuparsi di questi genitori **per identificare attraverso** una valutazione adeguata dei modelli preesistenti di (pattern d'attaccamento, stile affettivo, modelli relazionali) che identifichino aspetti disfunzionali e/o funzionali alla genitorialità.

Gli strumenti per la valutazione pensati sono: Adult Attachment Interview; Scale di Valutazione percettiva Sè-altro, Adult Attachment Style, Parental Bonding Instrument, Family Assessment Device.

Introduzione

La tossicodipendenza può essere considerata come una modalità di autocura, come una ricerca disperata e continua di emozioni, come una modalità etero ed auto aggressiva, come modo per riuscire a relazionarsi agli altri in maniera più adeguata, come sedativo verso relazioni-emozioni troppo attivanti o traumatiche.

La genitorialità che può derivare ma anche prescindere da una relazione di coppia che già di per se attiva ed implica una serie di importanti modificazioni dinamico-relazionali nell'individuo/i (come aspetti di proiezione superegoica per O. Kernberg 1993, di un "uso" dell'altro in termini difensivi e/o riparativi secondo Balint, di complementarità di pattern d'attaccamento per la Carli 1995), può essere intesa come un impulso biologico di trasmissione di geni (generatività), come adeguamento funzionale ad una forma di pressione sociale, come fase del ciclo evolutivo della famiglia, come possibilità di creare uno spazio comune di elaborazione della scena primaria, come attivazione di un modello motivazionale di accudimento e cura, come riparazione attraverso il figlio di relazioni fallite.

L'elemento fondante ed unificante di tutti questi processi legati alla tossicodipendenza ed alla genitorialità è, secondo il nostro punto di vista, un bisogno che trova la sua matrice in un complesso intreccio bio-psico-sociale (Gildoni 2002) di esigenze intra ed inter personali che hanno una valenza fortemente legata ad un inarrestabile e compulsivo (nell'accezione più legata alla mancanza di consapevolezza che alla ripetitività nell'individuo), sentimento di anelazione ad una libertà da modelli, situazioni, sentimenti ed aspettative che paradossalmente costringono ad una riedizione di stili e pattern comportamentali che se non compresi, elaborati ed interiorizzati costringono ad una sofferta mancanza di "vera" libertà.

Il tossicodipendente attraverso l'uso compulsivo della sostanza perde la capacità di scelte libere da questo vincolo e attraverso un figlio può sperare di interiorizzare più adeguatamente modelli genitoriali attraverso una riedizione di quelli precedentemente appresi. Come con la sostanza cerca disperatamente un riavvicinamento (sia con atteggiamenti imitativo-compulsivi nel caso abbia avuto dei genitori abusanti sessualmente e/o fisicamente o con atteggiamenti reattivi di richiamo nel caso di genitori assenti e/o svalutanti) ad una figura d'attaccamento sia pure disfunzionale, con un figlio può, sempre compulsivamente, rimanere intrappolato in un tentativo di riavvicinamento ad una base sicura "usando" il ponte del richiamo della nuova generazione come fonte di riparazione.

RELAZIONE SIGNIFICATIVA TRA:

- ➔ **PATTERN DI ATTACCAMENTO**
- ➔ **STILI AFFETTIVO-RELAZIONALI**
- ➔ **RAPPRESENTAZIONI DEI GENITORI**
- ➔ **TRASMISSIBILITÀ INTERGENERAZIONALE SUI FIGLI**
- ➔ **SCELTA DI COPPIA**

07 Ottobre 2005

7

Pensiamo sia quindi importantissimo pre-occuparsi di questi genitori (Nizzoli 1999 b), che come tutti coloro che diventando genitori per gioco e accorgendosi solo dopo quanto sia invece un lavoro difficoltoso (Winnicott 1965), rischiano di ri-cadere in un circuito vizioso di ricerca di una identità di genitore senza avere avuto la possibilità di sentirsi veramente figli, in relazione cioè ad una base sicura dalla quale partire per esplorare le loro proprie capacità; tornare quindi ad essere compusivamente schiavi di un modello imitativo (di genitore o di figlio) ripetitivo e non mentalizzato.

Progetto

Vari studi e relative pubblicazioni (Doane e Diamond 1994; Van Ijzendoorn 1994, Fonagy e Target 1995, Oliver 1993, Parker 1982, Collins 1994) riportano avendo verificata la relazione significativa tra pattern di attaccamento, stili affettivo-relazionali, rappresentazioni dei genitori, trasmissibilità intergenerazionale sui figli, attaccamento e scelta di coppia. La conoscenza quindi il più possibile approfondita delle caratteristiche legate all'attaccamento (pattern, Internal Working Model), agli stili relazionale ed alla scelta di coppia possono essere di fondamentale aiuto nell'individuare un modello di intervento il più adeguato possibile alla situazione genitoriale.

Negli ultimi anni, hanno incominciato ad apparire bambini che accompagnano ai SERT i genitori tossicodipendenti, così negli operatori inizia a scomparire lo scotoma verso questi piccoli spesso così adulti; si apre uno spazio mentale per considerare la funzione genitoriale come fondamentale nella valutazione e nell'intervento con i tossicodipendenti che, di fatto, hanno grandi responsabilità verso i figli, così grandi da essere negate dai Servizi. A un primo esame delle cartelle, mirato a capire l'entità del fenomeno che improvvisamente prendeva forma, ci si è accorti che i figli dei tossicodipendenti (come del resto succedeva con le cartelle dei pazienti psichiatrici) non erano spesso neppure menzionati in modo vago oppure solo come dato anagrafico; praticamente inesistenti le vicissitudini delle relazioni spesso complesse e travagliate con essi. La funzione genitoriale non faceva parte della loro storia. Quando descriviamo i nostri pazienti dovremmo anche interrogarci sul tipo di relazione da stabilire con loro per offrire soluzioni più qualificate. Dovremmo considerare gli effetti che tali relazioni possono avere sul nostro modo di lavorare, sulla nostra professionalità e sulle nostre abilità. Non diciamo nulla di realmente nuovo ma sottolineiamo questo tentativo di atteggiamento interdisciplinare (Nizzoli 1999 a). La ricerca biennale fatta dal SERT di RE nel '96 a livello provinciale sulla relazione figli-genitori tossicodipendenti, ha cercato di superare il limite di una eccessiva settorializzazione e frammentarietà degli approcci seguiti in letteratura riguardo un approfondimento in modo spesso assai interessante di alcuni aspetti della problematica genitoriale in un contesto tossicomano. Questa funzione di accudimento è spesso

VALUTAZIONE CLINICA

STRUMENTI:

INSTRUMENT	HOW	WHAT	WHY
AAI Adult Attachment Interview	Interview	Attachment pattern: Free, Entangled, Dismissing	Intergenerational transmission, Predictor of relationship between partners
AAQ Adult Attachment Questionnaire	Questionnaire	Relationship self report Choice of Partner	Attachment Theory -based Relationship Predictor
PBI Parental Bonding Instrument	Questionnaire	Relationship with parents in adolescent. Father and mother attachment position	Secure and not secure base of attachment (overprotection vs care), intergenerational transmission
FAD Family Assessment Device	Questionnaire	Family style	Correlation between family style and attachment pattern
Self Report Scale	Questionnaire	Self, partner and children representation	Correlation between self representation, attachment pattern and couple menage

07 Ottobre 2005

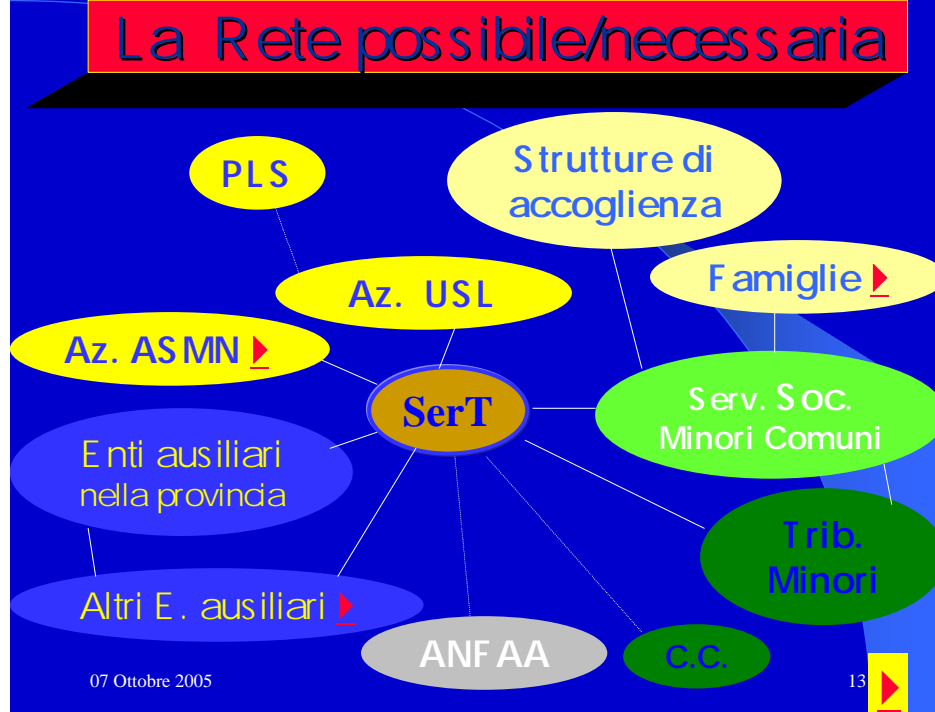
11

carente nel caso dei tossicodipendenti anche perché **essi appartengono quasi sempre a fasce deboli della popolazione** o ne entrano a far parte una volta raggiunta la condizione di tossicodipendenza. Partendo quindi dall'assunto che un approccio monodisciplinare non sia adeguato a comprendere la problematica in oggetto in tutte le sue sfaccettature, **si è reso necessario un approccio di tipo multidisciplinare ed integrato**, per l'intreccio complesso di elementi causali che concorrono a determinare in modo non semplice né lineare la relazione genitoriale in siffatti contesti familiari. Era opportuno un tentativo di integrazione fra aspetti bio-psicologici, psicopatologici e socio-antropologici: è ciò che abbiamo cercato di fare a partire dall'assunzione di un approccio interazionista che considera la tossicodipendenza come una particolare strategia di adattamento alla realtà. Infatti la relazione genitoriale primaria non si sviluppa mai nel vuoto pneumatico, ma è il risultato di un contesto familiare ed extrafamiliare-sociale più ampio.

Finalità

del Progetto è di potenziare la capacità dell'intervento di sostegno alla genitorialità creando i **presupposti perché si crei una costante e mirata collaborazione tra i Servizi coinvolti (SerT, Servizio Minori, Servizi Sociali e Comunità Terapeutiche)** nella laboriosa operazione, sia appunto di sostegno alla genitorialità che di tutela dei minori. Questo obiettivo può essere raggiunto solo creando un flusso comunicativo costante anche attraverso una formazione continua all'interno di un circuito di qualità (Martellucci 2000). L'operatore/trice si confronta con funzioni e reazioni date per scontate in condizioni "normali", ma talvolta addirittura negare in casi di genitori tossicodipendenti che attivano sentimenti difficilmente esprimibili e/o comunicabili. E' attraverso il miglioramento quindi dei processi di gruppo e l'acquisizione di maggiore competenze comunicative tra le varie parti in causa, utilizzando un "linguaggio" comune, intelligibile e fruibile come può essere quello della teoria dell'attaccamento, che si è in grado di intervenire sia in ambito bio, che psico, che sociale. Lo scopo è quindi quello di:

- I. Migliorare la conoscenza e la consapevolezza sulle problematiche e le possibili modalità d'intervento coordinandole ed integrandole tra i vari Servizi;
- II. Creare un momento ed un luogo di elaborazione, scambio e diffusione dei dati raccolti e delle emozioni evidenziatesi in itinere d'intervento.
- III. Confrontare le politiche d'intervento attuate anche in altri Servizi e Comunità Terapeutiche del territorio sul problema della genitorialità dei tossicodipendenti



Percorso

I punti emergenti per una presa in carico adeguata sono:

1. una presa in carico del nucleo familiare e non più del singolo soggetto tossicodipendente come condizione per un intervento non settorializzato, isolato e dunque scarsamente efficace: il che implica la possibilità per l'operatore di utilizzare strumenti informativi e comunicativi adeguati a raccogliere le informazioni necessarie ad intervenire con conoscenza di causa;
2. una presa in carico interprofessionale quale necessario requisito per poter intervenire sui diversi aspetti: aspetti psicologici, ma anche sociali, economici, neuropsichiatrici, educativi, ecc., il che implica la necessità di costituire dei momenti di raccordo e di confronto tra le diverse Istituzioni, Servizi e professionalità coinvolte al fine di riuscire a coordinare i diversi interventi sul medesimo caso familiare;
3. la necessità di una maggiore promozione delle reti sociali di riferimento quale momento indispensabile di una strategia di valorizzazione delle capacità residue presenti nel nucleo familiare e nella rete sociale di appartenenza, a partire da una attenta valutazione di tali potenzialità e delle competenze genitoriali delle persone alle cui cure il bambino è affidato: il che implica l'utilizzo di strumenti adeguati che consentano all'operatore di ricostruire quella genealogia dell'esclusione che in molti casi caratterizza l'ambiente di riferimento del bambino; in secondo luogo, la promozione di eventuali momenti di sostegno (gruppi di auto e mutuo-aiuto) che favoriscano sia il processo di risocializzazione genitoriale che il suo rapporto con l'ambiente circostante.

Modalità di intervento

a) Costruzione di una "rete interprofessionale" aziendale. L'obiettivo è quello di dare avvio ad una forma continuativa e strutturata di collaborazione tra operatori di Servizi Pubblici Territoriali ed Ospedalieri quali operatori del Dipartimento Dipendenze Patologiche, del Dipartimento Materno Infantile e del Dipartimento Assistenziale e Socio-Sanitario e i medici di Medicina di Base e di Pediatria di Base. Il risultato atteso è di produrre una efficace capacità di intervento precoce ed organico.

b) Consulenze a: -Azienda Ospedaliera reparti: -ginecologia ed ostetricia
 -neonatologia
 -pediatria
 -malattie infettive
 -Comunità per tossicodipendenti
 -Istituti comunitari per madri con bambini.

Risorse

1 Psicologo esperto in teoria dell'attaccamento

1 Neuropsichiatra infantile
1 Educatrice professionale
1 Assistente sociale

FOGLIO DI NOTAZIONE A.A.I.

ESPERIENZE PASSATE

- LOVING
- REJECT
- ROLE-REVERSING
- PUSH TO ACHIEVE
- NEGLET

MADRE

PADRE

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

STATO EMOTIVO SUL PASSATO

- IDEALIZATION
- INVOLVING ANGER
- DEROGATION

_____	_____
_____	_____
_____	_____

07 Ottobre 2005

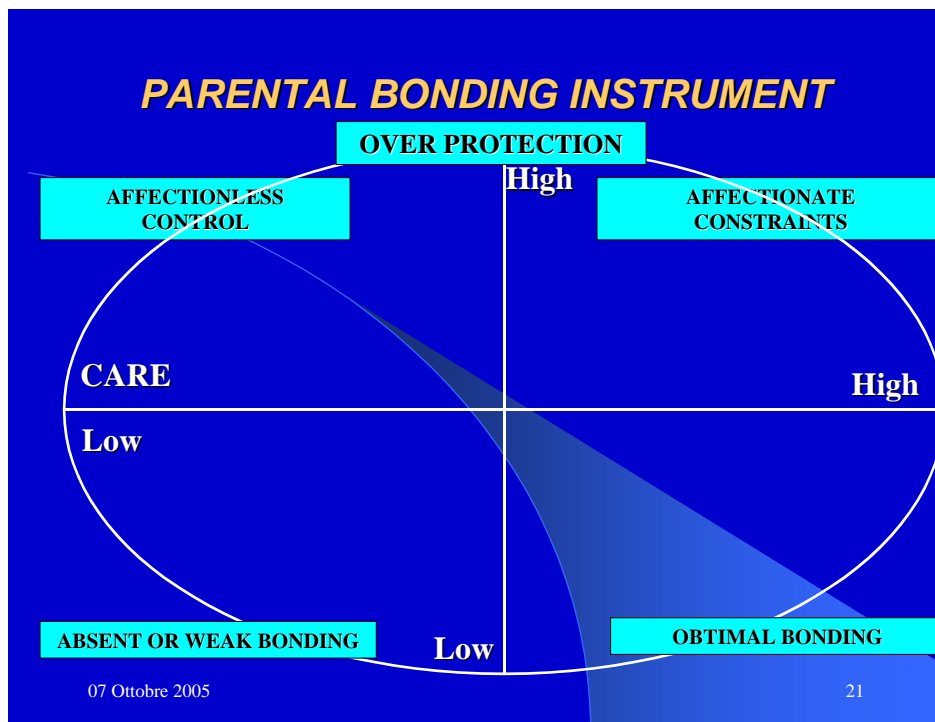
19

STATO ATTUALE DELLA MENTE

- OVER DEROGATION
- LACK OF MEMORY
- META-COGNITION
- PASSIVITY
- FEAR OF LOSS
- UNRESOLVED LOSS
- UNRESOLVED TRAUMA
- COHERENCE OF TRANSCRIPT
- COHERENCE OF MIND

07 Ottobre 2005

20



FAMILY ASSESSMENT DEVICE																	
						Items								Total score	Ponderate score	Cut off	Deviat.
Problem solving	02	12	24	38	50	60									X/6	2,2	
Communication	03	14*	18	22*	29	35*	43	52*	59						X/9	2,2	
Roles	4*	8*	10	15*	23*	30	34*	40	45*	53*	58*				X/11	2,3	
Affective responsiveness	9*	19*	28*	39*	49	57									X/6	2,2	
Affective Involvement	5*	13*	25*	33*	37*	42*	54*								X/7	2,1	
Behaviour control	7*	17*	20	27*	32	44*	47*	48*	55						X/9	1,9	
General functioning	1*	6	11*	16	21*	26	31*	36	41*	46	51*	56			X/12	2,0	

07 Ottobre 2005

29

Bibliografia

- Carli L.**; 1995, a c.d. *Attaccamento e rapporto di coppia*, Raffaello Cortina Editore, Milano
- Collins N.L.**; 1994, *Adult Attachment Stiles and explanations for relationship events*, Tesi di dottorato, University of Southern California, Dissertation Abstract International, 51 (11)
- Doane J.A.**, Diamond D.; 1994, *Affect and Attachment in the Family*, Basic Books Division of Harper Collins Publishers, Inc.
- Fonagy P.**, Steele M., Steele H., Leigh T., Kennedy R., Mattoon C., Target M.; 1995, *Attachment: the Reflective Self and borderline state* by Goldberg S., Muir R., Kerr J.: *Attachement, Theory Social Development and Clinical Perspectives*, Hillsdale, Analytic Press
- Gildoni G.**, Euticchio R., Nizzoli U.; 2002, in *Prendersi cura della famiglia*, Programma di intervento focalizzato sul problema della genitorialità, A cura di Cigoli V., Franco Angeli, Milano
- Kernberg O.F.**; 1993, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, Vol. 41, n° 3
- Martellucci P.M.**, Euticchio R.; 2000, *La formazione alla valutazione della qualità all'interno di Servizi per le tossicodipendenze ed alcolodipendenze*, *Personalità/Dipendenze*, vol. 6, Fascicolo 2, Mucchi Editore, Modena
- Nizzoli U.**, Euticchio R.; 1999 a, A Cura di, *Psychopathological comorbidity in the field of drugs abuse*, Les cahiers: Papers from the international seminar, Copybook of T3E (Toxicomanie Europe Ecanges Etudes), n° 4, Vittorio Saponaro's Center copy, Reggio Emilia
- Nizzoli U.**, Vaccari C.; 1999 b, a cura di: *I tossicodipendenti e i loro figli*. Editrice Verso l'Utopia, Ravenna.
- Oliver J.E.**; 1993, *Intergenerational transmission of child abuse*, *American Journal of Psychiatry*, 150
- Parker G.**, Fairley M., Greenwood J., Jurd A., Splove D.; 1982, *Parental representations of schizophrenics and their associations with onset and course of schizophrenia*, *British Journal of Psychiatry*, 141
- Van Ijzendoorn M.H.**; 1994, *Intergenerational Trasmission of Attachment*, Clarke Conference of Attachment and Psychopathology, Toronto
- Winnicott D.W.**; 1965, *The Family and the Individual Development*, Tavistock, London