



CARATTERISTICHE DEI GRUPPI MULTIFAMILIARI IN SALUTE MENTALE



"Caratteristiche dei gruppi multifamiliari nella salute mentale" presenta uno studio di ricerca completo incentrato sui gruppi multifamiliari in Italia, Belgio, Spagna e Portogallo. Questo volume raccoglie i risultati della prima fase del progetto "Multifamily Groups in Mental Health" (FA.M.HE.), sostenuto finanziariamente dall'Unione Europea attraverso il Programma Erasmus+.

I cinque partner del progetto hanno collaborato al suo sviluppo: “ Associação para Investigação e Desenvolvimento da Faculdade de Medicina “ di Lisbona, in qualità di coordinatore della ricerca, “Laboratorio Italiano di Psicoanalisi Multifamiliare” e “Azienda Sanitaria Locale Roma1” di Roma, “Asociación de Psicoterapia Psicoanalítica de Pareja, Familia y Grupo Multifamiliar ” di Bilbao e “University Psychiatric Center Z.ORG KU” di Lovanio.

© 2021-2024 by FA.M.HE. Project “Il sostegno della Commissione Europea alla produzione di questa pubblicazione non costituisce un'approvazione dei contenuti, che riflettono esclusivamente il punto di vista degli autori, e la Commissione non può essere ritenuta responsabile per qualsiasi uso che possa essere fatto delle informazioni in essa contenute”.

INDICE

1.	INTRODUZIONE	1
2.	PROGETTO DI RICERCA.....	3
3.	REPORT ITALIA	6
3.1	SITUAZIONE ITALIANA.....	6
3.2.	SONDAGGIO – CARATTERISTICHE DEI GMF	7
3.2.1.	Contesto istituzionale/organizzativo	7
3.2.2.	Orientamenti Teorici	7
3.2.3.	Conduzione	7
3.2.4.	Partecipanti.....	8
3.2.5.	Struttura e funzionamento	8
3.2.6.	Modalità di Invio	9
3.3.	FOCUS GROUPS.....	9
3.3.1.	Focus group con i conduttori dei GMF.....	9
3.3.1.1.	Partecipanti	9
3.3.1.2.	Metodologia	9
3.3.1.3.	Risultati.....	10
3.3.2.	Focus group con utenti dei GMF.....	11
3.3.2.1.	Partecipanti	11
3.3.2.2.	Metodologia	12
3.3.2.3.	Risultati.....	12
3.3.3.	Conclusioni dei focus groups	13
3.4.	RICERCA BIBLIOGRAFICA	14
3.5.	CONCLUSIONI	14
4.	REPORT BELGIO	17
4.1.	SITUAZIONE BELGA	17
4.2.	SONDAGGIO – CARATTERISTICHE DEI GMF	18
4.2.1.	Contesto istituzionale/organizzativo	18
4.2.2.	Caratteristiche.....	19
4.2.3.	Conduzione	20
4.2.4.	Partecipanti.....	20
4.2.5.	Struttura e funzionamento	20
4.2.6.	Invio	22
4.3.	FOCUS GROUPS.....	22
4.3.1.	Focus group con i conduttori dei GMF.....	22
4.3.1.1.	Partecipanti	22
4.3.1.2.	Metodologia	22
4.3.1.3.	Risultati.....	22
4.3.2.	Ampio gruppo sperimentale con potenziali utenti dei GMF.....	27
4.3.2.1.	Partecipanti	27
4.3.2.2.	Metodologia	27
4.3.2.3.	Risultati.....	27
4.3.3.	Conclusioni dei focus groups	28
4.4.	RICERCA BIBLIOGRAFICA	30
4.5.	CONCLUSIONI	31

5.	REPORT SPAGNA	33
5.1.	SITUAZIONE SPAGNOLA	33
5.2.	SONDAGGIO – CARATTERISTICHE DEI GMF	33
5.2.1.	Contesto istituzionale/organizzativo	33
5.2.2.	Orientamento dei GMF	34
5.2.3.	Conduzione	34
5.2.4.	Partecipanti	35
5.2.5.	Struttura e funzionamento	35
5.2.6.	Invio	36
5.3.	FOCUS GROUPS.....	37
5.3.1.	Focus group con i conduttori dei GMF	37
5.3.1.1.	Partecipanti	37
5.3.1.2.	Metodologia	37
5.3.1.3.	Risultati.....	38
5.3.2.	Focus group con utenti dei GMF.....	39
5.3.2.1.	Partecipanti	39
5.3.2.2.	Metodologia	40
5.3.2.3.	Risultati.....	40
5.3.3.	Conclusioni del focus group	41
5.4.	RICERCA BIBLIOGRAFICA	42
5.5.	CONCLUSIONI	42
6.	REPORT PORTOGALLO	44
6.1.	SITUAZIONE PORTOGHESE.....	44
6.2.	SONDAGGIO – CARATTERISTICHE DEI GMF	45
6.2.1.	Contesto istituzionale/organizzativo	46
6.2.2.	Orientamento dei GMF	47
6.2.3.	Conduzione	47
6.2.4.	Partecipanti.....	47
6.2.5.	Struttura e funzionamento	48
6.2.6.	Invio	48
6.3.	FOCUS GROUPS.....	48
6.3.1.	Focus group con i conduttori dei GMF.....	49
6.3.1.1.	Partecipanti	49
6.3.1.2.	Metodologia	49
6.3.1.3.	Risultati.....	49
6.3.2.	Focus group con utenti dei GMF.....	50
6.3.2.1.	Partecipanti	50
6.3.2.2.	Metodologia	51
6.3.2.3.	Risultati.....	51
6.3.3.	Conclusioni del focus group	52
6.4.	RICERCA BIBLIOGRAFICA	58
6.5.	CONCLUSIONI	58
7.	RISULTATI.....	61
7.1.	INDAGINE: ANALISI	61
7.1.1.	La ricerca: scopo, obiettivi cognitivi e metodologia.....	62
7.1.2.	Esame dei dati della ricerca nei quattro paesi dell'UE.....	63
7.1.3.	Il profilo dei gruppi multifamiliari (GMF)	63
7.1.4.	Caratteristiche degli individui che partecipano ai GMF	70
7.1.5.	Caratteristiche del Gruppo Multifamiliare	74

7.1.6.	Letture comparativa tra i GMF di diversi paesi	80
7.1.7.	Alcune considerazioni finali	83
7.2.	FOCUS GROUPS.....	84
7.2.1.	Struttura del focus group	84
7.2.2.	Pianificazione e metodologie dei focus groups	85
7.2.3.	Risultati e conclusioni dei focus groups	88
7.3.	RICERCA BIBLIOGRAFICA	89
7.3.1.	Metodologia nazionale e internazionale	89
7.3.2.	Analisi quantitativa e qualitativa dei risultati nella lingua dei partner	91
7.3.3.	Ricerca bibliografica internazionale	94
7.3.3.1.	Quadro storico.....	94
7.3.3.2.	Risultati.....	95
7.4.	CONCLUSIONI FINALI – CONCLUSIONI DELL’INTELLECTUAL OUTPUT 1 (I.O.1).....	96
APPENDICI	100
	APPENDICE 1 - BIBLIOGRAFIA ITALIANA E BIBLIOGRAFIA INTERNAZIONALE TRADOTTA IN ITALIANO ..	100
	APPENDICE 2 – BIBLIOGRAFIA BELGA (FRANCESE)	103
	APPENDICE 3 - BIBLIOGRAFIA BELGA (OLANDESE)	107
	APPENDICE 4. BIBLIOGRAFIA SPAGNOLA	108
	APPENDICE 5 –BIBLIOGRAFIA PORTOGHESE.....	111
	APPENDICE 6 - BIBLIOGRAFIA INTERNAZIONALE	115
	APPENDICE 7 – QUESTIONARIO	119
	APPENDICE 8- TABELLE DI CLASSIFICAZIONE DELLA RICERCA BIBLIOGRAFICA	126
	APPENDICE 9 – TABELLE DI CLASSIFICAZIONE DEI FOCUS GROUPS	127

1. INTRODUZIONE

Il ruolo delle famiglie nel trattamento delle persone che affrontano problemi di salute mentale è fondamentale, ma spesso mancano di un sostegno sufficiente da parte dei servizi pubblici e privati che operano in questo campo. Lo stigma, l'isolamento e l'autoisolamento vissuti da coloro che affrontano problemi di salute mentale riguardano anche i membri della famiglia, impedendo una reale inclusione nella società. Riconoscendo questo, gli interventi e gli sforzi di riabilitazione non dovrebbero concentrarsi esclusivamente sull'individuo in difficoltà ma estendersi all'intero nucleo familiare.

Il Piano d'Azione Europeo per la Salute Mentale 2013-2020 ha sottolineato l'importanza del sostegno alle famiglie, evidenziando al tempo stesso gli ostacoli incontrati dai servizi pubblici e privati nel fornire un'assistenza adeguata. Il piano delineava le difficoltà nel sostenere "le famiglie che forniscono assistenza a lungo termine ai loro cari, attraverso formazione, servizi di supporto e benefits appropriati." Si sottolinea inoltre la mancanza di informazione e diffusione di interventi e metodologie mirate al sostegno delle famiglie. Per porre rimedio a questo problema, il Piano mira a coinvolgere le persone, le famiglie e le varie parti interessate, le organizzazioni per la salute mentale e i policymakers coinvolti nelle politiche sociali.

L'influenza della cultura e del contesto sociale ha ampliato il campo di studio della salute mentale fino a comprendere i Gruppi Multifamiliari (GMF). Questi gruppi riuniscono più famiglie, includendo diverse generazioni (minimo 2 generazioni), con un numero variabile di famiglie coinvolte.

L'avvio di questo approccio psicoterapeutico alla salute mentale risale al lavoro pionieristico di Peter Laqueur che, a metà degli anni '50, istituzionalizzò gli incontri tra almeno 5 o 6 famiglie di pazienti schizofrenici nell'Ospedale Psichiatrico dello Stato di New York. Questo approccio innovativo, chiamato "apprendimento per analogia", si è sviluppato progressivamente negli Stati Uniti, in Argentina e successivamente in Europa.

Jorge García Badaracco avviò gli incontri multifamiliari all'inizio degli anni '60 presso l'Ospedale Psichiatrico José T. Borda di Buenos Aires, impiegando un modello innovativo chiamato Psicoanalisi Multifamiliare. Dalla fine degli anni '90, la sua metodologia si è diffusa in tutta Europa, in particolare in Italia, Spagna, Portogallo e, negli ultimi quattro anni, Belgio.

L'approccio sintomatico non è sufficiente per affrontare i bisogni complessi dei pazienti e delle famiglie, dal momento che le problematiche familiari sono spesso molteplici e interconnesse. I gruppi multifamiliari forniscono interventi aperti che favoriscono l'integrazione tra gli approcci terapeutici e sono applicabili in vari contesti clinici, educativi e sociali: gruppi comunitari, programmi di trattamento della tossicodipendenza, interventi sui comportamenti giovanili in contesti educativi, problematiche relative all'identità di genere, alla maternità e alle difficoltà nel comportamento alimentare, oltre alle diverse patologie organiche.

Il progetto "Multifamily Groups in Mental Health" (FA.M.HE) nasce dall'impegno di cinque partner esperti in interventi psicoterapeutici di gruppo con le famiglie e mira a sostenere politiche e azioni sviluppate attraverso solide evidenze scientifiche, la conoscenza di "best practices" e la realizzazione di strumenti a sostegno della diffusione dei gruppi multifamiliari nell'ambito della salute mentale. Si sforza di diffondere la conoscenza, combattere lo stigma sulla salute mentale e aumentare il coinvolgimento degli utenti e delle famiglie.

Il prodotto iniziale del progetto FA.M.HE. è il presente volume "Caratteristiche dei gruppi multifamiliari nella salute mentale", che fornisce informazioni dettagliate su un campione di GMF nei paesi coinvolti, illustrando il funzionamento, le caratteristiche, gli aspetti organizzativi e la distribuzione territoriale dei GMF, indipendentemente dall'orientamento teorico che li contraddistingue. Il requisito principale per essere inseriti nella ricerca è stata la partecipazione al GMF di almeno due generazioni, comprese le persone in trattamento sanitario; inoltre nel gruppo doveva essere prevalente l'intervento psicoterapeutico.

I risultati della ricerca condotta dai partner del progetto sono stati elaborati a partire dall'analisi dei dati ottenuti dalle risposte a un questionario destinato ai referenti pubblici e privati di GMF operanti nei diversi paesi, dalla successiva realizzazione di focus group che hanno coinvolto conduttori e familiari partecipanti ai gruppi, nonché da una ricerca bibliografica su questi temi, condotta in sei lingue.

L'obiettivo finale di queste attività, che nel loro insieme possono essere definite come un'indagine pilota sui GMF, è stata la realizzazione del presente volume, organizzato come una sorta di "guida pratica" rivolta a tutti coloro che a vario titolo desiderano approfondire la conoscenza della metodologia multifamiliare.

Questo volume, pertanto, è indirizzato ad un pubblico ampio (operatori ed utenti dei Servizi di Salute Mentale ma anche studenti e docenti di corsi accademici, Associazioni di Volontariato, Servizi Sociali territoriali) che nel tempo può costituire reti di diffusione e sostegno della cultura multifamiliare oltre che favorire la creazione e le attività di Comunità di Pratica dedicate, attraverso cui scambiare, approfondire e sviluppare l'esperienza multifamiliare.

Il volume è composto da sette capitoli, oltre che dalle appendici finali, strutturati in modo da fornire un quadro di insieme articolato ma di agevole consultazione.

Nel capitolo 2 una breve presentazione della ricerca descrive in modo sintetico il contesto di riferimento, gli strumenti e la metodologia adottati e i tempi di realizzazione.

Le attività svolte da ciascun partner nel proprio paese sono presentate nei capitoli da 3 a 6, secondo un indice comune che permette la loro facile lettura comparativa, comprensiva delle diverse realtà istituzionali e sociali.

I risultati sono presentati nel capitolo 7 attraverso una analisi comparata dei dati raccolti; la loro presentazione in tabelle sintetiche favorisce la descrizione di un modello di intervento effervescente e in crescita, per la pluralità dei servizi che lo adottano, la varietà dei modelli teorici di riferimento, le tipologie organizzative ma anche per l'ampio consenso che riscuote da parte di chi ne fa esperienza diretta.

Il volume si chiude con una serie di appendici: dalla 1 alla 5 vengono presenti i risultati delle ricerche bibliografiche sui GMF svolte dai partner nella propria lingua mentre l'appendice 6 raccoglie i risultati relativi alla bibliografia internazionale. Le appendici da 7 a 9 presentano gli strumenti utilizzati nell'indagine.

2. PROGETTO DI RICERCA

La diffusione dei Gruppi Multifamiliari (GMF), è considerata una delle innovazioni più significative nei servizi pubblici e privati di salute mentale. Emersi dopo gli anni '50, la collaborazione tra pazienti, familiari e operatori attraverso incontri ricorrenti di gruppi multifamiliari dimostrò progressivamente l'efficacia in termini di risultati. Nel nuovo secolo ha guadagnato terreno, evolvendosi parallelamente allo sviluppo congiunto della terapia familiare e dell'approccio sistemico. Oggi comprende vari modelli teorici e costituisce una pratica consolidata, supportata da prove che ne confermano la validità.

Il GMF apre una nuova fase nel trattamento dei disturbi mentali favorendo una dinamica interattiva che rende gli "utenti" e i loro familiari consapevoli dei legami di interdipendenza in cui sono coinvolti. Ciò consente loro di riflettere e confrontare le loro situazioni con quelle degli altri partecipanti.

Questo processo si svolge attraverso incontri collettivi basati su poche regole: tutti gli individui sono "ascoltati, compresi e rispettati nella misura in cui sentono di poter contare l'uno sull'aiuto dell'altro e, quindi, sul parere dell'altro, anche se diverso" dal proprio', tutti di pari valore. All'interno del gruppo "si costruisce una situazione in cui tutti possono guardare dall'esterno il ruolo che svolgono nella propria vita e il modo in cui lo svolgono: figli, genitori e caregiver, loro stessi figli e/o genitori". I temi chiave della partecipazione al GMF includono "condivisione", "confronto", "scambio", "supporto" o "aiuto".

Si instaura un rapporto basato sulla fiducia, sull'empatia, sul rispetto, sull'accettazione di sé e degli altri e sulla spontaneità del contatto umano. Questo clima è influenzato dalle qualità relazionali, soprattutto empatiche, dei caregiver, a partire dal conduttore- facilitatore del gruppo.

Questa figura stimola e regola i dialoghi dando la parola a tutti coloro che ne fanno richiesta, facilitando la rapida circolazione delle idee e favorendo una successione di interventi basati su 'libere associazioni' affinché tutti possano imparare, per analogia o imitazione, dalle esperienze degli altri. Inoltre, i partecipanti possono rispecchiarsi a vicenda nelle esperienze che altri presentano al gruppo.

Il conduttore può essere coadiuvato da altri operatori che si astengono da qualsiasi giudizio nei confronti delle persone sofferenti e dei familiari e abbandonano le loro "certezze cognitive per immergersi nel mondo degli affetti e delle emozioni, accettando di fluttuare liberamente insieme a tutti gli altri"; possono poi discutere in equipe quello che succede per cui l'esperienza dell'apprendimento continuo nel Gruppo accomuna operatori e familiari.

Il GMF rafforza la presa in carico della famiglia come ambito del "paziente designato", la toglie dall'isolamento e la valorizza nella cooperazione terapeutica, come parte attiva dei progetti di recovery. Al tempo stesso stimola la ricerca di "auto aiuto" tra familiari. Non è un caso che la maggior parte dei familiari dei GMF sono presenti anche nei gruppi di auto mutuo aiuto; peraltro questi possono essere anche l'esito di un percorso di gruppi multifamiliari che gradualmente si autonomizzano. E' stato detto che "l'arte del GMF è aiutare le famiglie ad aiutare se stesse" per cui "quando questo accade il gruppo può funzionare da solo".

In ognuno dei quattro paesi dei partner, la ricerca "Multifamily Groups in Mental Health" è stata articolata in diversi passaggi: un'indagine diretta ai conduttori e facilitatori dei GMF, la realizzazione di due o più Focus Group che comprendono conduttori/facilitatori e utenti/famiglie e un'indagine

attraverso il web per analizzare sia la bibliografia nazionale che internazionale relativa all'applicazione dei gruppi multifamiliari in salute mentale.

È stato sviluppato un questionario, realizzato dal partner AIDFM di Lisbona in collaborazione con tutti i partner, attraverso l'integrazione di approfondimenti prodotti dalla revisione della letteratura, di input raccolti dagli scambi con i conduttori di gruppi multifamiliari e di considerazioni basate sugli elementi richiesti da Google Forms, la piattaforma scelta per diffusione del questionario. Prima dell'implementazione, i ricercatori dei quattro paesi hanno rivisto e perfezionato il questionario.

Il questionario si compone di due sezioni principali:

la prima sezione si concentra sull'identificazione dei professionisti che partecipano alla ricerca l'indagine, i dettagli dell'istituzione/organizzazione in cui operano e la sua collocazione territoriale;

la seconda sezione approfondisce le caratteristiche dei GMF, definendone il quadro teorico, le tipologie di intervento, le qualifiche dei team di conduzione, i metodi di supervisione/ intervizione, le caratteristiche dei partecipanti, le caratteristiche dei GMF (tipologia e dimensione del gruppo, uso delle fasi, impatto del COVID-19 sulla continuità, caratteristiche dei locali, ecc.).

Il questionario si conclude invitando gli intervistati a condividere i loro commenti sull'esperienza multifamiliare.

Successivamente, ciascun partner ha tradotto il questionario nelle rispettive lingue – italiano (Italia), francese e olandese (Belgio), spagnolo (Spagna) e portoghese (Portogallo) – e lo ha trasformato in un questionario di Google Forms.

La partecipazione è stata volontaria, offrendo agli intervistati la possibilità di rimanere anonimi.

I partner hanno presentato il progetto attraverso interventi che sollecitavano la partecipazione al questionario, raggiungendo vari gruppi target come agenzie governative, funzionari e operatori attivi nel campo della salute mentale, professionisti esperti in GMF, organizzazioni professionali e associazioni di utenti e familiari. Per l'attività di sensibilizzazione ciascun partner identificato ed elencato attentamente i potenziali partecipanti in relazione allo scopo della ricerca.

Dopo aver concluso l'indagine e ottenuto i risultati definitivi, ogni paese ha condotto un'analisi qualitativa e descrittiva dei dati ottenuti. L' "Associação para a Investigação e Desenvolvimento da Faculdade de Medicina" (AIDFM) di Lisbona si è assunta la responsabilità dell'elaborazione dei dati, codificando le risposte per tradurre le percentuali grezze ottenute tramite Google Forms. Inoltre, i partner hanno evidenziato le intersezioni chiave all'interno delle risposte e AIDFM ha elaborato queste intersezioni significative identificate.

Alla conclusione della ricerca sul campo, come delineato dal progetto, ciascun partner ha condotto focus group diversificati coinvolgendo due gruppi target specifici: da una parte conduttori/facilitatori di GMF e dall'altra utenti/famiglie partecipanti a un GMF. I partner hanno concordato collettivamente una metodologia unificata - l'analisi SWOT - che consente ai partecipanti di articolare i propri punti di vista riguardo all'obiettivo designato. Questo metodo ha esaminato i punti di forza e di debolezza, sia interni che esterni, all'interno del contesto.

Contemporaneamente allo sviluppo del questionario, i partner hanno avviato una revisione completa della letteratura relativa all'intervento multifamiliare in salute mentale. Ciò ha consentito ai partner di stabilire una ricerca web mirata e definita, in linea con gli obiettivi della ricerca e con il

primo intellectual output del progetto. Sono state identificate varie parole chiave come Gruppi multifamiliari, Gruppi di psicoanalisi multifamiliare, Psicoanalisi multifamiliare, Terapia multifamiliare, Terapia di gruppo multifamiliare e Trattamento di gruppo multifamiliare, tradotte nelle rispettive lingue e integrate con termini specifici del paese.

La ricerca è stata condotta in diverse lingue nazionali ed estesa oltre i confini nazionali per ciascuna lingua, comprendendo altri paesi. Google, Google Scholar, PubMed, Hall e Cairn sono stati utilizzati come motori di ricerca e i risultati sono stati raccolti utilizzando il software di gestione Zotero, aderendo allo stile di citazione della VI edizione dell'APA (American Psychological Association).

La ricerca bibliografica internazionale sui gruppi multifamiliari ne ha individuato in modo inequivocabile tre modelli:

- Gruppi psicoeducativi e cognitivo-comportamentali;
- Gruppi sistemici e dinamici;
- Gruppi psicoanalitici.

La metodologia di ricerca è stata meticolosamente ideata in conformità con le direttive del progetto e le linee guida metodologiche concordate stabilite tra i partner, chiarite nel capitolo 6.3.1.

Lo studio bibliografico è stato avviato all'inizio del progetto.

I partner partecipanti sono responsabili dei dati contenuti nel loro rapporto nazionale.

Dopo aver raccolto e analizzato i dati forniti da ciascun partner, il Portogallo ha redatto un rapporto di sintesi, che riassume tutti i risultati e le conclusioni.

3. REPORT ITALIA

3.1 SITUAZIONE ITALIANA

A seguito del significativo processo di deistituzionalizzazione avviato dalla chiusura dei manicomi di salute mentale, l'Unione Europea si è impegnata a creare reti sociali personalizzate per aiutare le persone che affrontano problemi di salute mentale. Questo obiettivo, delineato in documenti come il Libro verde sulla salute mentale (2005), sottolinea il ruolo centrale dei membri della famiglia all'interno di queste reti. Secondo lo studio "User empowerment in mental Health" dell'OMS (2010), il 95% dei caregiver sono familiari di utenti di servizi di salute mentale.

All'interno dell'ultimo "Piano di Azione Europeo per la Salute Mentale 2013-2020" viene in più punti sottolineato il ruolo rilevante svolto dalle famiglie nei trattamenti attivati in Salute Mentale e raccomandato l'utilizzo di interventi terapeutici innovativi a queste ultime rivolti, caratterizzati da compartecipazione, inclusione, facile accessibilità.

Da questo punto di vista in Italia la situazione, all'interno degli interventi attivati nei Servizi per la Salute Mentale, appare ancora poco definita e uniforme benché in più occasioni le attività continuative e supportive rivolte ai nuclei familiari attraversati dalla sofferenza psichica siano state riconosciute come "buone pratiche".

Infatti, dall'analisi dei dati relativi all'Attività Psichiatrica Territoriale contenuti nel Rapporto Salute Mentale pubblicato nel 2021 dal Ministero della Salute, si evidenzia come solo il 5% degli interventi riguardi le famiglie, nonostante che la maggior parte degli utenti (47%) viva in famiglia, di origine o acquisita; di questa così esigua percentuale il 4,2% riguarda colloqui con i familiari, lo 0,7% incontri informativi/ psicoeducazionali mentre solo lo 0.1% psicoterapia familiare.

In particolare gli interventi multifamiliari, in cui diverse famiglie partecipano ad interventi di gruppo, sono assenti da questo rapporto, nonostante la loro presenza di lunga data nella letteratura scientifica. Tuttavia, negli ultimi anni si è assistito ad una graduale ma costante diffusione della cultura multifamiliare, che ha coinvolto a livello clinico e formativo diversi operatori della salute mentale. Ad esempio, nel 2022, cinque DSM su dieci della Regione Lazio hanno avviato corsi di formazione specialistica focalizzati su interventi multifamiliari. I corsi erano aperti a tutti gli operatori dei diversi servizi e hanno partecipato circa 200 persone. Sebbene questi sviluppi siano indicatori iniziali, sottolineano sfide significative derivanti da barriere istituzionali, culturali e ideologiche che continuano a ostacolare la stabilizzazione e l'istituzione formale delle pratiche multifamiliari.

In risposta a queste osservazioni, nel marzo 2022 è iniziato il progetto "Gruppi multifamiliari in salute mentale (FA.M.HE.)". La sua fase iniziale prevede la costruzione di una Guida completa ai gruppi multifamiliari che comprenda le diverse realtà presenti nei paesi partner: Belgio, Italia, Portogallo e Spagna. Il progetto è iniziato con una ricerca sul campo, comprendente la creazione, la distribuzione e l'analisi di un questionario rivolto ai conduttori di GMF attivi in questi paesi.

Scopo della diffusione del Questionario era quello di descrivere il funzionamento dei diversi GMF che operano nei quattro paesi coinvolti nel progetto, indipendentemente dall'orientamento teorico-metodologico, evidenziandone caratteristiche, organizzazione e diffusione. Unico requisito richiesto era che prevedessero la partecipazione di almeno due generazioni, incluse le persone in cura per problemi di salute mentale.

3.2. SONDAGGIO – CARATTERISTICHE DEI GMF

3.2.1. Contesto istituzionale/organizzativo

Nonostante il numero considerevole di contatti avviati, solo pochi tecnici sanitari hanno risposto in modo esauriente. Dei numerosi contatti avuti, sono pervenuti 38 questionari, di cui 35 ritenuti validi e completi. Questo dato, pur meritando un'analisi approfondita (che sarà avviata in una fase successiva), appare connesso ad una generale riluttanza o indifferenza verso la condivisione di esperienze attive tra diversi servizi o ambiti istituzionali, analogamente a precedenti rilevazioni. Sembra che ci sia una sottovalutazione dell'importanza dell'informazione nel campo della salute mentale.

La maggior parte delle strutture coinvolte nella ricerca sono di proprietà pubblica, rappresentando il 72% del campione, mentre il 24% è affiliato a soggetti privati, mentre il restante 4% rappresenta il settore privato. La tipologia di assistenza è prevalentemente ambulatoriale, l'84,8% del totale, suddivisa tra Centri di Salute Mentale (61%) e Associazioni/Organizzazioni del Privato Sociale (24%); il 9% dell'assistenza residenziale è rappresentato da Comunità Terapeutiche, il 6% da reparti ospedalieri (Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura).

3.2.2. Orientamenti Teorici

I questionari, nel loro insieme, sembrano rappresentare i diversi orientamenti teorico-metodologici in Italia, in proporzione a quanto emerso in altri studi. Nello specifico, il questionario ha evidenziato quattro tipologie: 61% Psicoanalisi multifamiliare, 21% Psicoeducazione, 12% Orientamento sistemico, 9% Orientamento psicodinamico e 1 GMF classificato come "Altro". La notevole prevalenza della psicoanalisi multifamiliare riflette non solo la sua effettiva adozione a livello nazionale, ma sottolinea anche l'accresciuto impegno e la motivazione alla ricerca tra i conduttori di GMF associati a LIPsiM. In particolare, LIPsiM si distingue come una delle poche associazioni nazionali attivamente coinvolte nella divulgazione, studio e formazione nel contesto multifamiliare.

3.2.3. Conduzione

Per quanto riguarda il metodo di conduzione, nel 97% dei gruppi rappresentati questa è svolta da un team di conduzione. Tra questi, il 58% prevede un conduttore/facilitatore di gruppo supportato da vari co-conduttori /facilitatori, costituendo una struttura gerarchica, mentre il 39% ha una struttura di squadra non gerarchica con solo co-conduttori/facilitatori. Gli psicoterapeuti costituiscono la maggioranza nei team di conduzione (93% psicologi e 48% psichiatri), insieme ad altri professionisti della salute mentale che ne sono membri stabili (39% infermieri, 30% assistenti sociali, 18% educatori e 6% terapisti della riabilitazione psichiatrica). L'inclusione di diverse figure professionali sottolinea la necessità di percorsi formativi personalizzati per operatori non psicoterapeuti, che prevedano il riconoscimento di qualifiche specialistiche.

La formazione degli psicoterapeuti all'interno di queste équipes si allinea con gli orientamenti teorico-metodologici dei GMF rappresentati. Sottolinea la complessità in quanto diversi conduttori possiedono background formativi diversi: il 45% ha una formazione psicoanalitica, il 52% in psicodinamica, il 24% in gruppoanalisi, il 54% in sistemica familiare e il 36% in psicoterapia cognitivo-comportamentale.

La supervisione, che implica la riflessione e la valutazione del lavoro da parte di un esperto esterno, avviene nel 55% dei GMF. La maggior parte della supervisione avviene internamente, con la partecipazione diretta del supervisore al gruppo (10 GMF). Tre gruppi utilizzano la supervisione esterna (modello classico), mentre cinque gruppi utilizzano entrambi gli approcci. Quasi tutti i GMF

esaminati (93%) si impegnano in intervizioni /incontri post-gruppo, che rappresentano un'ulteriore modalità di supervisione derivata dall'esperienza gruppoanalitica e familiare-sistemica, ideata per scambiare impressioni, emozioni e riflessioni all'interno del team di conduzione.

Queste risposte sembrano essere dati significativi in relazione alla complessità del funzionamento multifamiliare e alla profondità degli scambi di gruppo, che richiedono specifici spazi di meta-riflessione ed elaborazione; inoltre sembrano essere collegate alla necessità di armonizzare/integrare gli interventi attuati in forma multipla dal team di conduzione.

3.2.4. Partecipanti

La maggior parte dei partecipanti rientra nella fascia di età adulta (86%), seguita dalla fascia adolescenziale (26%). Nel 72% dei casi sono presenti due generazioni e nel 27% sono coinvolte tre generazioni.

Il rapporto tra persone in trattamento e loro familiari è figlio/genitore nel 97% dei casi, genitore/figlio nel 91% e con altro membro della famiglia nucleare nel 66%. Questi risultati suggeriscono una maggiore enfasi sul legame figlio/genitore rispetto ad altre relazioni familiari (coniuge, fratelli), dato simile a quanto espresso nelle terapie familiari nucleari.

La maggior parte dei GMF si inserisce nel trattamento di patologie psichiatriche (71%). Sia i gruppi eterogenei che quelli omogenei mostrano una significativa predominanza dei disturbi psicotici, rispettivamente con l'81% e il 90%. Inoltre, i disturbi dell'umore rappresentano il 74%, mentre i disturbi della personalità costituiscono il 67% dei casi. Tradizionalmente utilizzati per patologie psichiatriche gravi, gli interventi multifamiliari si sono ampliati per affrontare le dipendenze patologiche (35%), i disturbi alimentari (26%) e i disturbi psicosomatici (19%).

La maggior parte dei GMF (79%) sono gruppi aperti, che consentono ai partecipanti di entrare o uscire in qualsiasi momento e la cui numerosità è variabile. Il 15% del campione è rappresentato da gruppi chiusi, con data di avvio e di termine predeterminati e senza alcuna modifica nella composizione. Una percentuale più piccola (6%) comprende gruppi semi-aperti, dove i cambiamenti di composizione si verificano solo in casi specifici. Queste percentuali sono strettamente in linea con la presenza di fasi negli incontri del GMF: il 78% non prevede fasi, mentre il 26% sì.

tale dato è presumibilmente collegato all'impostazione metodologica di riferimento che, come nel caso dell'intervento psicoeducativo, preveda una specifica scansione in fasi e quindi la necessità di definire inizio e termine dell'intervento stesso nonché la composizione relativamente fissa dei partecipanti. La maggioranza di questi Gruppi (86.3%) prevede comunque la partecipazione delle persone in trattamento in tutte le fasi dell'intervento.

3.2.5. Struttura e funzionamento

Nel 75% delle risposte, i GMF sono tipicamente costituiti da un gruppo di medie dimensioni che varia da 10 a 30 partecipanti e nel 78% dei casi è richiesta la partecipazione in presenza. La maggioranza si riunisce con cadenza settimanale (56%) o bimensile (37,5%), mentre solo il 6% si riunisce mensilmente. La durata di questi incontri è comunemente di 90 minuti (58%) o 120 minuti (39%), con un solo gruppo della durata di un'ora. Questi approfondimenti quantitativi potrebbero fornire linee guida operative, evidenziando fattori nel contesto che potrebbero migliorare il funzionamento ottimale dei GMF, costituendo potenzialmente una serie di "buone pratiche".

Per quanto riguarda gli spazi dedicati alle riunioni del GMF, le risposte suggeriscono un'adeguatezza complessiva degli ambienti fisici. Circa il 67% avviene in sale polivalenti e il 24% in sale attività, il 97% ne riconosce l'idoneità in termini di dimensioni e comfort. Privacy e riservatezza sono garantite nel 94% dei casi e il 96% utilizza una disposizione circolare dei posti a sedere, essenziale per favorire lo scambio e l'inclusività nel contesto multifamiliare. L'attenzione a questi aspetti tangibili dell'ambiente fisico sembra cruciale per stabilire un clima di sicurezza e comfort all'interno delle complessità delle dinamiche multifamiliari.

La durata dei GMF nel tempo appare molto variabile e solo in parte legata alla metodologia di riferimento, come i GMF Psicoeducativi. La maggior parte dei gruppi non sembra avere una fine definitiva e le interruzioni o sospensioni sono principalmente associate ai recenti vincoli pandemici (77%) e, in misura minore, alle limitazioni delle risorse umane (32%). Queste cause esterne non sono necessariamente attribuibili a scelte metodologiche interne agli stessi GMF.

3.2.6. Modalità di Invio

L'elemento finale del questionario affronta un aspetto cruciale riguardante la funzionalità dei Gruppi Multifamiliari nei rispettivi contesti. Approfondisce il tema del Referral, argomento cardine emerso durante le due discussioni parallele dei focus group e spesso evidenziato in letteratura. La maggior parte delle segnalazioni (82%) proviene dall'interno dell'istituzione, mentre il 36% proviene da fonti esterne. Questi dati possono suggerire un forte radicamento dei GMF nel contesto di appartenenza. Tuttavia, potrebbe anche significare un'interazione limitata con la più ampia comunità esterna, indicando potenzialmente una mancanza di conoscenza o di riconoscimento di questa metodologia di trattamento oltre i confini dell'istituzione.

3.3. FOCUS GROUPS

3.3.1. Focus group con i conduttori dei GMF

3.3.1.1. Partecipanti

Come concordato in fase di definizione progettuale tra tutti i partners, una volta concluse la diffusione e la compilazione del questionario, è stato organizzato un focus group indirizzato ad un campione rappresentativo dei conduttori aderenti alla ricerca; la costituzione del campione è avvenuta su base volontaria attraverso una richiesta di disponibilità inviata tramite mail a tutti i colleghi che avevano precedentemente compilato il questionario

3.3.1.2. Metodologia

Il Focus Group 1 si è svolto il 27 gennaio 2023, condotto online tramite la piattaforma Zoom dalle 9:30 alle 12:30 ed è stato completamente registrato. Dieci colleghi su trentaquattro hanno accettato l'invito, nove dei quali presenti alla sessione; un collega ha dovuto affrontare un'emergenza professionale e non ha potuto partecipare nella data indicata. Il campione selezionato rappresentava diversi orientamenti teorico-metodologici e rispecchiava la distribuzione geografica del bacino generale dei partecipanti, comprendendo esperienze provenienti sia dal settore pubblico che da quello privato. La sessione è stata facilitata da un coordinatore e comprendeva due osservatori.

La metodologia utilizzata è stata l'analisi SWOT, che ha permesso a ciascun partecipante di identificare, sulla base della propria esperienza, punti di forza ed elementi problematici/difficoltà all'interno della propria realtà e incrociarli con opportunità e possibili ostacoli generati dal contesto

esterno. L'analisi si è concentrata su tre elementi significativi comuni alla maggior parte delle esperienze dei GMF evidenziate nei questionari:

- Partecipazione di almeno due generazioni, comprese le persone in trattamento per disagio mentale;
- Presenza di un team di conduzione;
- Attivazione di uno spazio di scambio tra conduttori immediatamente successivo alla riunione del GMF (Post-Gruppo).

3.3.1.3. Risultati

Ecco un riepilogo dei risultati di ciascun focus:

Focus 1: Partecipazione di almeno due generazioni

Punti di forza:

- Superare le opposizioni difensive noi/tu, genitori/figli, malati/sani;
- Confronto approfondito e possibilità di mirroring;
- Inclusione e senso di appartenenza.

Punti deboli:

- Discontinuità nella partecipazione dell'intero nucleo;
- Difficoltà nell'espressione di sé;
- Paura del conflitto.

Opportunità:

- Risparmio di risorse (umane ed economiche);
- Canalizzazione e ridefinizione delle richieste/rivendicazioni familiari;
- Conoscenza e condivisione del modello di intervento.

Difficoltà:

- Difficoltà nell'invio; viene privilegiato l'invio dei genitori rispetto al nucleo;
- Preoccupazioni per l'eccessiva stimolazione del "paziente";
- Persistenza della prospettiva psichiatrica classica focalizzata sull'individuo.

Focus 2: Presenza di un team di conduzione

Punti di forza:

- Migliore gestione degli scambi e maggiore contenimento;
- Sostegno reciproco, ripartizione del "carico emotivo";
- Continuità dell'intervento;
- Diluizione delle proiezioni.

Punti deboli:

- Rischio di disarmonia o incoerenza;
- Potenziale delega ad un unico 'terapeuta'.

Opportunità:

- Condivisione rafforzata del Progetto Terapeutico Individualizzato;
- Superare l'isolamento e l'integrazione tra i contesti;
- Integrazione tra professionisti.

Difficoltà:

- Carenza di personale;
- Resistenza istituzionale;
- Mancanza di conoscenza del metodo.

Focus 3: Post -Gruppo

Punti di forza:

- Meta-riflessione sull'esperienza e condivisione delle criticità;
- Integrazione di diversi punti di vista;
- Verifica di coerenza tra modello e intervento.

Punti deboli:

- Incapacità di riconoscere gli elementi critici da parte dei partecipanti.

Opportunità:

- Formazione continua e accreditamento;
- Possibilità di riorganizzazione del team.

Difficoltà:

- Difficoltà a riconoscere questo momento come integrato nel lavoro dei GMF;
- Mancato rispetto del confine, intrusioni istituzionali ed emergenze;
- Implementazione limitata della pratica riflessiva in altri spazi istituzionali.

3.3.2. Focus group con utenti dei GMF

3.3.2.1. Partecipanti

È stato progettato un focus group comprendente un campione composto da 10 a 15 partecipanti coinvolti nel GMF per vari motivi (pazienti, genitori, familiari, caregiver). Durante questa sessione sono stati valutati argomenti simili a quelli affrontati nel focus group che ha coinvolto i conduttori dei GMF. Il confronto e il potenziale allineamento delle risposte di entrambi i focus group potrebbero essere utilizzati per convalidare i risultati della ricerca.

Per facilitare la partecipazione in presenza è stata effettuata una prima selezione coinvolgendo esponenti dei GMF operanti nella provincia di Roma. Successivamente il campione è stato costituito attraverso inviti diretti rivolti dai conduttori agli utenti abituali di questi gruppi.

3.3.2.2. Metodologia

Il focus group si è svolto l'8 febbraio 2023, dalle 09:30 alle 12:30 presso la sede LIPsiM in presenza. Sono stati invitati diciotto utenti e dodici hanno partecipato alla riunione. Il campione era rappresentativo delle diverse figure di utenti dei GMF operanti sia nel settore pubblico che nel privato sociale. La sessione ha coinvolto un coordinatore e due osservatori.

Similmente al focus group per i conduttori del GMF, l'incontro ha utilizzato il metodo dell'analisi SWOT. L'analisi è stata condotta utilizzando due dei tre temi definiti per il confronto tra conduttori, ritenuti maggiormente valutabili dagli utenti:

- Partecipazione di almeno due generazioni, comprese le persone in trattamento per disagio mentale;
- Presenza di un team di conduzione.

Il terzo focus proposto al campione di conduttori/facilitatori, riguardante l'attivazione di una sessione post-gruppo, si è rivelato sfidante per la valutazione da parte degli utenti, in quanto prevede tipicamente un momento all'interno dell'incontro multifamiliare riservato al team di gestione.

3.3.2.3. Risultati

Di seguito è riportato un riepilogo dei risultati di ciascun focus:

Focus 1: Partecipazione di almeno due generazioni

Punti di forza:

- Maggiore empatia tra i membri della famiglia;
- Il dialogo è reso possibile in circostanze altrimenti difficili;
- Contenimento delle emozioni espresse;
- Mirroring e riconoscimento reciproco;
- Possibilità di riconoscersi in ruoli diversi;
- Aiuta a stabilire i confini dei genitori.

Punti deboli:

- Partecipazione limitata di nuclei familiari completi;
- Preoccupazioni per potenziali danni;
- Riluttanza a esporsi di fronte ai familiari.

Opportunità:

- Affrontare e rispondere ai bisogni della famiglia;
- Offre un'opportunità conveniente.

Difficoltà:

- Informazioni limitate sui GMF;
- Formazione insufficiente per gli operatori;
- Conflitti organizzativi all'interno del Servizio che potrebbero impedire l'efficacia del GMF.

Focus 2: Presenza di un team di conduzione

Punti di forza:

- Facilitazione nella circolarità degli scambi;
- Meno direttività nella conduzione;
- La conduzione come modello per l'intero Gruppo;
- Stimolo al dialogo.

Punti deboli:

- Costi eccessivi;
- Rischio di frammentazione/confusione.

Opportunità:

- Integrazione tra diverse figure professionali;
- Meno 'personalizzazione' dell'intervento.

Difficoltà:

- Carenza di personale;
- Difficoltà a mantenere l'impegno a causa di carichi di lavoro eccessivi.

Una nota aggiuntiva: Al termine dell'incontro, i partecipanti hanno suggerito di organizzare in futuro simili momenti di scambio e confronto, ritenendoli utili per approfondire le proprie esperienze e valorizzare le pratiche multifamiliari.

3.3.3. Conclusioni dei focus groups

Il confronto avvenuto tra i partecipanti ha consentito di approfondire i vari aspetti connessi ai focus proposti che, pur partendo dall'evidenza quantitativa emersa dall'analisi dei risultati del questionario, non venivano sufficientemente valutati nella loro complessità qualitativa.

È stato raggiunto un consenso tra i partecipanti riguardo alla prevalenza dei punti di forza, percepiti come potenzialità interne, in contrapposizione alle criticità percepite più come iniziali resistenze all'intervento multifamiliare che come veri e propri aspetti negativi. Nello specifico, la presenza simultanea di più generazioni, membri della famiglia e utenti dei servizi di salute mentale è apparsa come l'aspetto più critico durante i primi contatti con il GMF. La presenza di più generazioni era considerata l'elemento caratterizzante che influenzava gli scambi e il clima prevalente all'interno del Gruppo, aumentandone la complessità e facilitando il raggiungimento degli obiettivi. Considerazioni simili sono emerse per quanto riguarda la presenza di un gruppo di conduzione, che sembrava costituirsi come un processo graduale piuttosto che attraverso un atto formale. Anche attraverso varie accezioni (conduttore principale con facilitatori, gruppo di co-gestione, coordinatore con osservatori), i punti deboli identificati relativi a questo focus sembrano risolversi nel corso della pratica, in particolare per quanto riguarda la distribuzione dei carichi emotivi e l'ottimizzazione degli scambi.

Per quanto riguarda il terzo focus proposto ai conduttori, i partecipanti convergono nel riconoscere l'importanza di un momento riflessivo comune in relazione all'intervento attuato; tale momento, programmato come parte integrante del GMF garantirebbe la necessaria armonizzazione/coerenza

alla conduzione attuata in forma plurale. E' da sottolineare come non sia stato ravvisato alcun elemento di criticità interna rispetto a questo contenuto.

Rispetto agli ostacoli del contesto esterno, sembra emergere, come dato trasversale, una difficoltà culturale/ideologica nel proporre un intervento clinico che avvicini sia i familiari che gli utenti. Questa sfida è stata amplificata e supportata dalla mancanza di conoscenza delle esperienze multifamiliari. Di conseguenza, la progettazione di interventi formativi multifamiliari dovrebbe comprendere specifiche azioni preparatorie mirate alla cultura e al funzionamento dei contesti istituzionali.

Accanto alle evidenti differenze teorico-metodologiche che caratterizzano le diverse esperienze, appare significativa una forte convergenza sui temi proposti, che possono essere considerati elementi comuni caratterizzanti l'esperienza multifamiliare. La partecipazione simultanea di almeno due generazioni, la presenza di un team di gestione e l'attivazione di momenti di riflessione dedicati sembrano assumere il ruolo di buone pratiche e variabili di processo imprescindibili nella realizzazione di interventi di Salute Mentale definiti Gruppi Multifamiliari.

3.4. RICERCA BIBLIOGRAFICA

La ricerca bibliografica condotta da LIPsiM relativa al contesto italiano ha evidenziato le parole chiave che hanno consentito di indicizzare meglio i contenuti, sia quantitativamente che qualitativamente: Gruppi Multifamiliari, Psicoanalisi Multifamiliare e Terapia Multifamiliare. Tale ricerca ha portato alla selezione delle voci bibliografiche ricorrenti all'interno di un primo indice, successivamente suddiviso in due elenchi (vedi Appendice 1).

1 - Bibliografia italiana: questo specifico compito del LIPsiM ha evidenziato la presenza di articoli, monografie, libri e capitoli di libro. La maggior parte delle voci riguardano la Psicoanalisi Multifamiliare e l'unico manuale operativo è un testo sull'intervento psicoeducativo multifamiliare.

2 - Bibliografia in italiano: questa raccolta raccoglie pubblicazioni straniere tradotte in italiano, ritenute particolarmente rappresentative dei modelli di intervento multifamiliare in Italia. Si è ritenuto opportuno conservare queste voci, che, nella versione originale, appariranno nella bibliografia internazionale, con l'obiettivo di fornire informazioni facilmente accessibili ai destinatari finali della Guida ai Gruppi Multifamiliari.

3.5. CONCLUSIONI

L'obiettivo primario della ricerca "Caratteristiche dei Gruppi Multifamiliari in Salute Mentale", primo Intellectual Output del progetto "FA.M.HE.", è quello di migliorare la comprensione dei diversi gruppi multifamiliari nella salute mentale. Ciò comprende la loro diffusione territoriale, i modelli esistenti e le caratteristiche. In questo senso, il primo dato significativo emerso da questa ricerca riguarda la conferma della differenziazione dell'esperienza multifamiliare in due ambiti principali:

1. Gruppi multifamiliari psicoeducativi, focalizzati sui problemi di salute mentale, che forniscono informazioni sulla loro gestione.
2. Gruppi Terapeutici Multifamiliari, riconoscendo la sofferenza psichica all'interno del contesto familiare e non solo della persona che manifesta problemi di salute mentale, cercano di capire e superare le difficoltà che si presentano attraverso il contributo di ciascun partecipante.

Una percentuale predominante all'interno del secondo filone riguarda i Gruppi di Psicoanalisi Multifamiliari (GPMF), come già sottolineato in fase di analisi dei risultati. Allo stato attuale è opportuno evidenziare non solo la maggiore effettiva diffusione di tale metodologia sul territorio nazionale (al momento sono circa 60 GPMF attivi in diverse regioni), ma anche il continuo lavoro di confronto, ricerca e formazione portato avanti da LIPsiM.

L'esistenza di una struttura associativa, che fornisca una rete di sostegno, stimolo e approfondimento nell'utilizzo del GMF nel trattamento del disagio psichico, sembra quindi essere un fattore determinante per la diffusione e il corretto sviluppo di uno strumento di intervento così complesso. Anche in relazione alla organizzazione di adeguati percorsi formativi per i conduttori/facilitatori di GPMF (secondo Intellectual Output del progetto Fa,M,He.) , un'azione utile agli obiettivi del progetto potrebbe essere proprio la creazione di una struttura associativa europea che supporti e metta in rete tale programma.

Per quanto riguarda la progettazione di percorsi formativi adeguati, va tenuto in considerazione come i dati del questionario e le discussioni dei focus group evidenzino che i GMF sono, nella quasi totalità dei casi, realizzati da un team di gestione, la cui composizione è spesso eterogenea, comprendendo background professionali diversificati in formazione accademica, ruoli ed esperienza clinica. Questa situazione rappresenta una sfida avvincente nell'ideazione di programmi di formazione che devono considerare non solo le diverse dimensioni della conduzione ma anche l'integrazione creativa delle diverse competenze mostrate dalle diverse figure professionali. Un aspetto cruciale appare quindi essere la definizione delle competenze trasversali indispensabili per costituire un team di conduzione solido e coerente, accanto alla precisa costruzione di un quadro teorico di riferimento.

Altro elemento caratterizzante le diverse esperienze multifamiliari descritte nel questionario è la presenza di uno spazio di riflessione immediatamente successivo all'incontro del GMF, dedicato al confronto tra conduttori; come evidenziato nell'analisi dei dati raccolti, pur essendo utilizzato dalla totalità dei conduttori come momento fondamentale e parte integrante del lavoro multifamiliare, questo spazio trova molti ostacoli nell'essere tutelato e fatica ad essere riconosciuto dal contesto istituzionale. Infatti, l'analisi delle risposte fornite dai conduttori presenti al focus group a loro dedicato evidenzia come i conduttori, mentre non ravvisano alcuna criticità interna relativa a questa pratica ma solo vantaggi, riportano una serie di ostacoli esterni riconducibili alle resistenze nel contesto istituzionale: mancato rispetto del confine attraverso intrusioni istituzionali e urgenze cliniche accanto alla poca attitudine all'interno dei Servizi di Salute mentale alla pratica riflessiva.

Dalle discussioni dei focus group sono emerse significative riflessioni sulla partecipazione di almeno due generazioni e sull'inclusione delle persone che affrontano maggiori difficoltà, prerequisito per il coinvolgimento nella ricerca. Indipendentemente dall'orientamento teorico-metodologico, questi elementi vengono percepiti come fondamentali all'interno delle esperienze multifamiliari, qualificando aspetti significativi dell'intervento. Le complessità intrinseche affrontate nella gestione di questi elementi sono considerate naturali, mentre gli ostacoli esterni, spesso organizzativi o strutturali, sono attribuiti a un'autentica resistenza istituzionale.

Per migliorare la comprensione e la diffusione del lavoro multifamiliare, diventa cruciale considerare queste difficoltà culturali/ideologiche quando si progettano interventi clinici che uniscano familiari e utenti. I percorsi formativi multifamiliari dovrebbero integrare momenti preparatori focalizzati sulla cultura e il funzionamento dei contesti di cura e supporto in salute

mentale; un intervento informativo/formativo così articolato dovrebbe abbracciare molteplici livelli che coinvolgano singoli operatori, gruppi di lavoro e contesti istituzionali.

4. REPORT BELGIO

4.1. SITUAZIONE BELGA

Il Belgio ha tre lingue ufficiali (olandese, francese e tedesco). Il Paese è organizzato in diversi livelli di autorità: lo Stato federale, gli Stati federati (tre Regioni basate sul territorio e tre Comunità basate sulla lingua) e gli enti locali (province e comuni). La competenza sul sistema sanitario è divisa tra il governo federale e gli stati.

Il Servizio Pubblico Federale (FPS) Sanità Pubblica è responsabile dell'organizzazione e della pianificazione complessiva del sistema sanitario. A livello federale, l'Istituto nazionale per l'assicurazione sanitaria e per l'invaldità (NIHDI) amministra l'assicurazione sanitaria obbligatoria attraverso i contributi di previdenza sociale.

Gli Stati sono le principali autorità competenti per l'assistenza alla salute mentale, l'assistenza agli anziani, l'assistenza ai disabili, l'assistenza primaria e domiciliare, la riabilitazione, la promozione della salute e la prevenzione delle malattie. Per facilitare la cooperazione tra il governo federale e gli Stati vengono organizzate regolari conferenze interministeriali.

Il budget per l'assicurazione malattie e la politica sanitaria viene stabilito durante le trattative tra i rappresentanti delle autorità, i pazienti (tramite le casse malattia), i datori di lavoro, i dipendenti e i lavoratori autonomi. Gli operatori sanitari sono coinvolti nelle decisioni sulle tariffe e sui rimborsi dei servizi medici. Queste decisioni sono disciplinate da convenzioni nazionali o da convenzioni tra i rappresentanti degli operatori sanitari e le casse malattia.

Organizzazione dell'assistenza sanitaria mentale

L'assistenza sanitaria mentale in Belgio è principalmente caratterizzata da una struttura verticale con i seguenti attori principali:

- La sanità pubblica federale FPS;
- L'amministrazione federale NIHDI;
- Le amministrazioni statali (Comunità e Regioni).

Tali organismi – in collaborazione con le Piattaforme di Consultazione della Salute Mentale – si occupano della gestione dell'assistenza sanitaria psichiatrica in strutture prevalentemente residenziali:

- Gli Ospedali Psichiatrici (PZ);
- I Dipartimenti Psichiatrici degli Ospedali Generali (PAAZ);
- Le Case di Cura Psichiatrica (PVT);
- Le iniziative di vita protetta (IBW);
- I Centri per la Salute Mentale (CGG).

Parallelamente a queste istituzioni, esistono non poche strutture sanitarie convenzionate NIHDI, come i centri di riabilitazione psicosociale e i centri di crisi.

In Belgio, la situazione della salute mentale è piuttosto complessa. Ad esempio, il governo federale è responsabile del finanziamento degli psichiatri e dei reparti psichiatrici negli ospedali, mentre le

comunità e le regioni sono responsabili dell'organizzazione e del finanziamento dell'assistenza ambulatoriale per la salute mentale.

Deistituzionalizzazione

Come nella maggior parte dei paesi industrializzati, il settore della salute mentale in Belgio è stato riformato più volte dalla fine del XX secolo. Queste riforme miravano a trattare le persone con problemi di salute mentale quanto più possibile nel loro ambiente e nella loro struttura sociale, consentendo ai pazienti di rimanere nel loro ambiente familiare il più a lungo possibile.

L'attenzione è stata quindi posta sulla crescente integrazione dell'assistenza nell'ambiente di vita piuttosto che nelle istituzioni psichiatriche (deistituzionalizzazione).

Iniziative sanitarie innovative

L'articolo 107 della Legge sugli ospedali è una tecnica di finanziamento che consente di disattivare i letti degli ospedali generali e psichiatrici e di investire i fondi così autorizzati in iniziative assistenziali innovative come le équipes mobili. Il personale liberato dalla smantellamento dei posti letto può essere impiegato nell'offerta di accoglienza eterofamiliare. In pratica, si tratta di squadre mobili per l'assistenza specializzata in ambito domiciliare o per l'intensificazione dell'assistenza residenziale.

4.2. SONDAGGIO – CARATTERISTICHE DEL GMF

4.2.1. *Contesto istituzionale/organizzativo*

Il questionario è stato distribuito a 4 gruppi target:

Il primo gruppo era formato da "esperti" di GMF. Sono stati definiti "esperti" i ricercatori che avevano pubblicato su Multifamily Groups in Belgio. Sulla base dello studio bibliografico, sono stati selezionati quattro esperti per le Fiandre e tre esperti per la Vallonia. Gli esperti sono stati contattati via mail con l'invito a incontrarsi telefonicamente/zoom/di persona (nel settembre 2022) e cinque di loro hanno accettato l'invito. Successivamente, il progetto è stato presentato verbalmente ed è stato chiesto loro di distribuire una lettera di presentazione alla loro rete, ed è stata sondata la loro disponibilità a completare il questionario una volta pronto. Dopo un mese, gli esperti hanno ricevuto il link al questionario su Google Forms (nell'ottobre 2022). Nelle Fiandre hanno risposto tre esperti e due risposte dalla loro rete. In Vallonia sono pervenute le risposte di due esperti.

Un secondo gruppo target era costituito dagli ospedali psichiatrici. Sono stati elencati tutti gli ospedali psichiatrici, inclusi 32 ospedali nelle Fiandre e 26 ospedali in Vallonia. Gli ospedali psichiatrici sono stati contattati telefonicamente e richiesto il responsabile/coordinatore del servizio terapeutico/psicologico interno all'ospedale (a settembre 2022). Questi manager/coordinatori sono stati introdotti verbalmente al progetto e hanno chiesto di distribuire una lettera di presentazione al proprio personale (nell'ottobre 2022). Dopo un mese, i responsabili/coordinatori sono stati ricontattati via e-mail, con un promemoria a partecipare al progetto e un link al questionario su Google Forms (a novembre 2022). Dei 32 ospedali contattati nelle Fiandre, 12 di essi non hanno ricevuto risposta. Si è scoperto che 11 ospedali non avevano alcuna esperienza o conoscenza riguardo ai GMF. Due ospedali hanno dichiarato di aver avuto un gruppo in passato, ma non adesso: un gruppo ha comunque compilato un questionario. Alla fine, sono stati ricevuti un totale di 16 questionari compilati da 7 diversi ospedali. I gruppi familiari nelle Fiandre sono sparsi nelle 5 province. Tutti i GMF (tranne uno in uno studio associato ambulatoriale)

sono organizzati da un ospedale psichiatrico. Sette dei diciotto gruppi fiamminghi sono ospitati in strutture residenziali, mentre sei gruppi si trovano in un reparto che offre sia day Hospital/ambulatorio che assistenza residenziale. Inoltre, 4 gruppi beneficiano solo di cure ambulatoriali ospedaliere. A Bruxelles è stato individuato 1 GMF presso l'Ospedale Generale dell'Università, che si svolge in un reparto residenziale dove è possibile anche una terapia ambulatoriale. Dei 26 ospedali della Vallonia, 8 non hanno dato alcuna risposta. Inoltre, 9 ospedali hanno riferito di non avere esperienza o conoscenza dei GMF e 2 ospedali hanno indicato di non avere tempo per collaborare – uno di questi ultimi non ha specificato se conosceva i GMF mentre l'altro ha dichiarato di averne esperienza. Alla fine, sono stati identificati 6 gruppi multifamiliari in 6 diversi ospedali. Tutti i questionari provenienti dalla Vallonia provenivano da centri psichiatrici sparsi nelle 5 province. È stato osservato che 3 gruppi valloni su 6 offrivano sia cure ambulatoriali che residenziali, 1 gruppo offriva solo cure residenziali e 2 gruppi offrivano solo cure ambulatoriali ospedaliere.

Sulla base di un sondaggio web è stato generato un elenco di 44 organizzazioni, associazioni e istituzioni professionali. Le organizzazioni professionali hanno ricevuto una e-mail con una breve spiegazione del progetto, una lettera di presentazione e un link al questionario su Google Forms (nell'ottobre 2022). Inoltre, è stato chiesto loro di distribuire queste informazioni ai loro membri. Né nelle Fiandre né in Vallonia è arrivata una risposta attraverso un organismo professionale.

Un quarto gruppo target era costituito da 29 organizzazioni familiari, 16 delle quali nelle Fiandre e 13 in Vallonia, entrambe trovate attraverso un sondaggio web. Le organizzazioni familiari sono state contattate telefonicamente o via e-mail e hanno ricevuto una breve spiegazione del progetto. Hanno ricevuto la lettera di presentazione e il collegamento al questionario su Google Forms (nell'ottobre 2022) ed è stato chiesto loro di diffondere queste informazioni ai propri membri. Né nelle Fiandre né in Vallonia sono pervenute risposte da parte delle organizzazioni familiari.

In conclusione, sono stati identificati 18 GMF di lingua olandese e 6 GMF di lingua francese.

4.2.2. Caratteristiche

Nelle Fiandre il 66,7% (12/18) dei gruppi parte da una visione sistemica. Tra questi, il 27,8% (5/18) utilizza esclusivamente un background sistemico, mentre il 27,8% (5/18) combina la terapia sistemica con un background psicoeducativo (come la terapia comportamentale o il modello Maudsley). Inoltre, l'11,1% (2/18) combina un approccio sistemico con un background psicoanalitico (psicodinamico o García Badaracco). Inoltre, l'11,1% (2/18) dei gruppi si affida esclusivamente al modello Maudsley, il 5,6% (1/18) applica solo la psicoeducazione, il 5,6% (1/18) si affida esclusivamente alla terapia comportamentale e il 5,6% (1/18) segue esclusivamente il modello García Badaracco. Nelle Fiandre, l'83,3% (15/18) dei gruppi ha obiettivi di psicoterapia e il 61,1% (11/18) desidera offrire psicoeducazione. Nel 55,6% (10/18) dei casi il gruppo spera di offrire sostegno reciproco.

In Vallonia, l'83,3% (5/6) dei gruppi parte da una visione terapeutica sistemica. Nel 33,3% (2/6) dei casi questa è abbinata ad un background di terapia di gruppo, nel 33,3% (2/6) ad una visione psicoeducativa (di cui una secondo il modello di Maudsley), e nel 16,7% (1/6) dei casi con visione psicodinamica. Solo il 16,7% (1/6) lavora esclusivamente secondo un modello psicodinamico. In Vallonia, tutti i gruppi indicano che si concentrano sul fornire sostegno e auto-aiuto ai coetanei. La maggior parte dei gruppi ha obiettivi terapeutici, tranne un gruppo che dichiara esplicitamente di non voler offrire terapia. Inoltre, il 66,7% (4/6) dei gruppi vuole offrire psicoeducazione.

4.2.3. Conduzione

Nelle Fiandre il 61,1% (11/18) dei gruppi lavora solo con co-terapeuti, mentre nel restante 38,9% (7/18) sono presenti uno (o due) capigruppo. In tutti i gruppi fiamminghi è presente uno psicologo (o pedagogo) che, nel 55,6% dei casi (10/18), collabora con un infermiere. Inoltre nel 33,3% (6/18) dei gruppi è presente un assistente sociale, nel 27,8% (5/18) uno psichiatra, nel 22,2% (4/18) un terapeuta psicomotorio, nell'11,1% (2/18) 18) dei casi un dietologo, un creativo o un drammaterapeuta, o un esperto per esperienza. In un gruppo (6%) partecipa un educatore.

In Vallonia il 66,7% (4/6) dei gruppi lavora solo con co-terapeuti, mentre nel restante 33,3% (2/6) è presente un capogruppo. Nella maggior parte dei GMF valloni (83,3% ovvero 5/6), l'asse centrale è un medico-infermiere, affiancato nel 50% da uno psicologo o un educatore e nel 16,7% (1/6) da un assistente sociale. Solo 1 gruppo (16,7% del totale) è seguito da un solo psicologo.

Nelle Fiandre, ci sono 29 tipi di background di terapeuti, il 48,3% del totale (14/29) sono terapisti sistemici, il 20,7% (6/29) sono terapisti cognitivo-comportamentali, il 10,3% (3/29) sono terapisti psicodinamici, 6,9% (2/29) sono psicoanalisti, il 3,4% (1/29) sono terapeuti di gruppo e il 10,3% (3/29) sono altri tipi di terapeuti.

In Vallonia, ci sono 15 tipi di background di terapeuti, il 33,3% del totale (5/15) sono terapisti sistemici, il 26,7% (4/15) sono terapisti cognitivo-comportamentali, il 13,3% (2/15) sono terapisti psicodinamici, 13,3% (2/15) sono terapisti di gruppo e il 13,3% di loro (2/15) sono altri tipi di terapeuti.

4.2.4. Partecipanti

Il questionario mirava a garantire che tutti i gruppi accogliessero almeno due generazioni. Nelle Fiandre i pazienti sono assenti nell'11,1% (2/18) dei gruppi, mentre in Vallonia ciò avviene nel 50% (3/6) dei gruppi. Il campione di 24 GMF può essere classificato in cinque gruppi in base alla patologia e alla fase di età:

1. Per quanto riguarda i disturbi alimentari, tutti i gruppi, sia in Vallonia (1) che nelle Fiandre (5), si concentrano sugli adolescenti e sui giovani adulti.
2. Per quanto riguarda l'assistenza alle dipendenze, nelle Fiandre esistono 2 gruppi per adolescenti/giovani adulti e 2 gruppi per adulti. In Vallonia non è stato trovato alcun gruppo specifico nell'ambito della cura delle dipendenze.
3. Per quanto riguarda la cura della psicosi, 2 gruppi su 3 nelle Fiandre si concentrano sull'età di transizione (dai 15 ai 30 anni). In Vallonia non è stato trovato alcun GMF nel trattamento delle psicosi.
4. Concentrandosi sui disturbi affettivi, sono stati individuati 1 gruppo familiare fiammingo e 1 vallone.
5. Mentre in Vallonia i gruppi eterogenei si rivolgono prevalentemente ad un pubblico adulto (3, oltre a 1 gruppo rivolto ad adolescenti/giovani adulti), nelle Fiandre 4 gruppi eterogenei si trovano esclusivamente tra adolescenti/giovani adulti.

4.2.5. Struttura e funzionamento

Intorno ad una particolare patologia possono essere raggruppati diversi tipi di gruppi:

1. Il 25% (6/24) dei gruppi si concentra sui disturbi alimentari, di cui 5 nelle Fiandre e 1 in Vallonia. Si tratta principalmente di gruppi chiusi, ad eccezione di un gruppo ad apertura

lenta. Tra questi, 4 gruppi (3 fiamminghi e i valloni) traggono ispirazione dal modello di Maudsley, fondato su principi cognitivi. Questi gruppi si riuniscono da 8 a 10 volte al giorno, con frequenza decrescente durante tutto l'anno. Nonostante segua lo stesso modello, ciascun gruppo varia nella frequenza e nella distribuzione delle sessioni. I restanti due gruppi fiamminghi che affrontano le questioni alimentari adottano una prospettiva sistemica. Uno si riunisce settimanalmente per due mesi, mentre l'altro si riunisce ogni due settimane per 2 o 3 ore.

2. Il 16,7% (4/24) costituisce gruppi chiusi di trattamento delle dipendenze, strutturati in serie ricorrenti da 4 a 5 sedute. Le sessioni durano da 1,5 a 2 ore su base quindicinale.
3. Il 12,5% (3/24) dei gruppi si concentra sulla cura della psicosi. Un gruppo segue il modello psicoeducativo di McFarlane, condotto in un ambiente chiuso con una serie predeterminata di sei sessioni. Queste sessioni iniziano ogni due settimane, poi continuano mensilmente, seguite da un intervallo di tre mesi. Due gruppi sono influenzati dall'approccio di Garcia Badaracco, ciascuno con formati distinti: uno opera con un gruppo fisso in quattro sessioni, incontrandosi ogni tre settimane (le prime tre sono online e l'ultima riunione si svolge di persona). L'altro gruppo è aperto e si riunisce per un'ora e mezza ogni due settimane.
4. L'8,3% (2/24) dei gruppi si concentra sulla cura dei disturbi affettivi. Il gruppo fiammingo adotta un approccio psicoeducativo in un contesto di apertura lenta, consentendo la partecipazione a sessioni settimanali in base alle indicazioni. Intanto è aperto il gruppo vallone, che si riunisce mensilmente per due ore.
5. Il 29,2 % (7/24) dei gruppi è eterogeneo e molto diversificato. Nelle Fiandre, un gruppo si riunisce trimestralmente per "serate familiari" con un obiettivo psicoeducativo. Un altro gruppo ad apertura lenta, mirato alla doppia diagnosi di dipendenza e disturbi della personalità, si incontra ogni due settimane per 1,75 ore. Inoltre, un terzo gruppo è chiuso per sei sessioni e si riunisce ogni due settimane, mentre un quarto gruppo è aperto e si riunisce ogni due settimane. In Vallonia, tre gruppi aperti condividono un profilo simile ispirato al lavoro di Serge Mertens de Wilmars . Questi gruppi si rivolgono agli adulti e si riuniscono mensilmente per 2 ore. Un altro gruppo eterogeneo in Vallonia è in fase di formazione, con l'intenzione di costituire un gruppo mensile chiuso.

Sia nelle Fiandre che in Vallonia, due terzi dei gruppi sono di medie dimensioni, mentre il restante 33,3% è di piccole dimensioni. Tuttavia, un gruppo nelle Fiandre si distingue con più di 30 partecipanti. Indipendentemente dalle dimensioni, le sedi sono progettate su misura per accogliere il gruppo e garantire la riservatezza. I partecipanti tipicamente si dispongono in un cerchio concentrico, tranne che in quattro gruppi fiamminghi sulla dipendenza e nel gruppo affettivo psicoeducativo in cui si siedono a un tavolo.

Il più antico tra i gruppi è il gruppo affettivo psicoeducativo fiammingo, fondato nel 2000. In seguito si è verificato un notevole aumento dei gruppi che si occupano di problemi alimentari, con il primo nel 2003, seguito da due nel 2007 (uno vallone e uno fiammingo). Successivamente, c'è stata un'emergenza graduale, con un gruppo che ha iniziato ogni anno negli ultimi dieci anni, e attualmente tre gruppi sono nelle loro fasi iniziali.

Per quanto riguarda le interruzioni, il 44,4% (8/18) dei gruppi nelle Fiandre e il 33,3% (2/6) in Vallonia non hanno mai subito interruzioni. Al contrario, a causa della pandemia, il 33,3% (6/18) dei gruppi nelle Fiandre e il 66,6% (4/6) in Vallonia hanno dovuto sospendere le attività. Inoltre, il 22,2% (4/18) dei gruppi fiamminghi ha subito interruzioni a causa di carenza di personale.

Dopo la pausa, la maggior parte dei gruppi ha ripreso le riunioni in loco. Tuttavia, un gruppo ha richiesto la pre-registrazione dei partecipanti, mentre un altro ha continuato a utilizzare il mezzo online. Una percentuale minore, l'8,3% (2/24) dei gruppi, non ha ancora potuto ripartire.

4.2.6. Invio

Nei gruppi fiamminghi, i rinvii interni sono la norma esclusiva, ad eccezione del gruppo ambulante. Tuttavia, nei gruppi valloni, esiste uno schema distinto: solo un gruppo si affida esclusivamente a referenti interni, mentre gli altri quattro gruppi accolgono sia partecipanti interni che esterni.

4.3. FOCUS GROUPS

4.3.1. Focus group con i conduttori dei GMF

4.3.1.1. Partecipanti

A seguito del completamento della diffusione e compilazione del questionario, come concordato in fase di definizione del progetto, è stato organizzato un focus group rivolto ad un campione rappresentativo di conduttori coinvolti nella ricerca. Gli esperti di ciascuna regione (francese e olandese) sono stati contattati via e-mail e le date sono state programmate in base alla loro disponibilità. Il focus group iniziale per i partecipanti di lingua francese si è svolto il 10 gennaio e per i partecipanti di lingua olandese il 13 gennaio 2023, ogni sessione è durata 90 minuti. Gli inviti sono stati successivamente inviati per posta a tutti i rispondenti al questionario: 18 dalle Fiandre e 9 dalla Vallonia. Agli intervistati è stata data la libertà di invitare i colleghi dei GMF, risultando in un gruppo di 14 partecipanti per le Fiandre e 16 per la Vallonia, compreso il moderatore e due osservatori.

Per il successivo focus group approfondito con i terapeuti GMF, sia gli esperti che gli intervistati sono stati nuovamente invitati. La sessione in lingua francese era prevista per il 20 febbraio e quella in lingua olandese per il 21 febbraio 2023, anch'essa della durata di 90 minuti. Gli intervistati sono stati incoraggiati a invitare essi stessi i colleghi dei GMF. Inoltre, è stato invitato un ulteriore esperto francese per il gruppo vallone e un terapeuta esperto GMF per il gruppo fiammingo. Di conseguenza, il gruppo fiammingo comprendeva 13 partecipanti, mentre il gruppo vallone era composto da 10 partecipanti, compreso il moderatore e due osservatori.

4.3.1.2. Metodologia

Sono stati organizzati due focus group in ciascuna regione, con un intervallo di circa un mese tra loro, per un totale di quattro incontri che hanno coinvolto i terapeuti di GMF (due in olandese, due in francese). Durante il primo incontro è stata condotta un'analisi SWOT sulla base dei risultati del questionario. Nel secondo incontro si è svolto un approfondimento dei risultati del primo focus group. Ciascun focus group è stato condotto da un moderatore esterno, accompagnato da due osservatori. Gli incontri sono stati condotti tramite Zoom e registrati. Una trascrizione anonima delle registrazioni è stata creata e inviata ai partecipanti.

4.3.1.3. Risultati

Ecco un riepilogo dei risultati di ciascun focus:

Focus group 1: Lingua francese, analisi SWOT:

Punti di forza:

- Gli GMF si allineano con un cambiamento di paradigma nell'ambito dell'assistenza sanitaria mentale, in cui alle famiglie viene data la massima attenzione, insieme ai pazienti e agli operatori sanitari;
- Aiuta nella destigmatizzazione, facilitando le connessioni all'interno e all'esterno della psichiatria sia per i membri della famiglia che per gli altri assistenti sociali coinvolti;
- Il GMF nasce da un'etica relazionale, affrontando le preoccupazioni reciproche;
- Abbraccia un approccio comunitario, creando un microcosmo che mobilita il sostegno collettivo;
- I partecipanti sperimentano il sostegno reciproco e la solidarietà all'interno del gruppo;
- I pari spesso mostrano una maggiore apertura verso gli altri che verso i consulenti, con conseguente riduzione delle barriere difensive e maggiore ricettività all'apprendimento emotivo;
- Impegnarsi in un ruolo di "aiuto" per gli altri all'interno del gruppo spesso porta a nuove intuizioni sulla propria situazione;
- La molteplicità delle prospettive permette agli individui di riconoscersi negli altri e di differenziarsi dagli altri. Attraverso il processo di identificazione e differenziazione, si acquisisce una visione approfondita delle loro situazioni uniche;
- Facilita la divisione intergenerazionale delle responsabilità: i genitori si concentrano sulle proprie competenze genitoriali, mentre i bambini si impegnano nei loro compiti evolutivi di separazione/individuazione;
- Enfatica il dialogo trans e intergenerazionale, favorendo la comunicazione in tempo reale;
- Offre un'ampia gamma di metodologie all'interno dei GMF:
 - Dinamiche di gruppo: chiusi per la sicurezza, aperti alla diversità;
 - Focus patologico: omogeneo per coesione, eterogeneo per libertà;
 - Evoluzione del processo: parallelo per la speranza (evoluzione collettiva simile), divergente per la fecondazione incrociata (punto diverso nell'evoluzione);
 - Obiettivi terapeutici: diretti e chiaramente dichiarati, o indirettamente generati dal quadro degli effetti terapeutici.
- Integra altre forme terapeutiche come la terapia individuale, la terapia familiare individuale e la terapia di gruppo ;
- Fornisce preziose opportunità di apprendimento per gli operatori umanitari.

Punti deboli:

- Non tutto può essere lavorato in gruppo: a volte è necessario organizzare in parallelo incontri familiari individuali;
- Difficoltà nel gestire l'indicazione in gruppi potenzialmente ampi e diversificati;
- Potenziale di amplificazione o di atto di colpa all'interno delle dinamiche di gruppo;
- Variazioni nei progressi dei partecipanti, come ricadute o sviluppi negativi, possono influenzare negativamente gli altri.

•

Opportunità:

- Esplorare il potenziale ruolo dei GMF nell'ambito delle cure primarie.

Minacce:

- Processo dispendioso in termini di tempo per incorporare la cultura del GMF all'interno di un'organizzazione;
- Sfide organizzative come trovare sedi adeguate, terapisti dei GMF aggiuntivi e programmazione;
- Richiedono sforzi attenti per coinvolgere efficacemente le famiglie nell'ambito dell'impostazione al GMF.

Focus group 2: Olandese, analisi SWOT:

Punti di forza:

- Si allinea con la tendenza attuale di concentrarsi sia sul paziente che sul sistema nella consulenza, posizionando la consulenza come un "ponte" piuttosto che un "muro";
- Contrasta i sentimenti di impotenza dei membri della famiglia in mezzo alla malattia favorendo un senso di trattamento collettivo;
- Agisce come una forma di empowerment, consentendo alle famiglie di evidenziare attributi positivi l'uno nell'altro;
- Incoraggia il sostegno reciproco tra pari, garantendo loro più autorità nel fornire consulenza rispetto ai consulenti;
- Facilita la guarigione attraverso il legame, (h) il riconoscimento e la condivisione di esperienze all'interno del contesto del GMF;
- Offre opportunità di apprendimento indiretto osservando altre famiglie, stimolando l'introspezione e apprendendo la propria situazione a un ritmo confortevole;
- Incoraggia la cura di sé e la definizione dei confini all'interno della struttura familiare, migliorando l'allineamento intergenerazionale;
- Fornisce una piattaforma per affrontare le dinamiche familiari stagnanti, consentendo alle persone di sentirsi ascoltate e comprese in modi nuovi da altri genitori/giovani;
- Abbraccia la diversità nel coinvolgimento dei pazienti/di seconda generazione:
 - Paziente invitato ma assente;
 - Paziente come parte invitante;
 - Partecipazione della famiglia legata al coinvolgimento del paziente;
 - Il paziente è sollevato dal fatto che la famiglia abbia uno spazio separato a cui non è necessario partecipare.

Parte superiore del formulario

Punti deboli:

- Il tempismo è cruciale per la partecipazione al GMF, potenzialmente inadatto in caso di limitazioni di capacità personali (ad esempio, durante crisi o situazioni travolgenti, esposizione a storie pesanti da parte di altri);
- Richiede un'attenta indicazione e una distinta demarcazione del gruppo (età, stadio della malattia) per il riconoscimento, la coesione, evitando immagini croniche per i partecipanti più giovani e impedendo ai partecipanti più anziani di affrontare il lutto correlato alla perdita;
- Il GMF potrebbero favorire il confronto tra pari, portando ad un'intensificazione delle emozioni espresse;
- Pone il rischio di esacerbare i conflitti sottostanti.

Opportunità:

- Integrazione dei GMF all'interno del convegno degli psicologi;
- Offre una sostanziale efficienza dei costi per le istituzioni.

Minacce:

- Potenziali conflitti per i terapeuti che interagiscono anche individualmente con pazienti o famiglie;
- Richiede almeno due terapeuti, potenzialmente un terzo in base alle dimensioni del gruppo;
- Rischio associato a gruppi eccessivamente grandi;
- Implicazioni finanziarie: incapacità di addebitare il sistema se il paziente non partecipa;
- Importanza di collegare i GMF con un contesto più ampio di salute mentale per prevenire l'isolamento.

Focus group 3: Olandese, analisi approfondita:

Focus 1: Gestire diverse richieste di aiuto all'interno di 1 sistema:

- Alcuni luoghi richiedono l'accordo del paziente per invitare le reti all'ammissione;
- Modelli specifici utilizzati:
 - Psicoeducazione: fornisce struttura e fasi per affrontare varie domande.
 - Modello di terapia familiare basata sull'attaccamento: focus iniziale sul legame/connesione/ripristino della fiducia, prima di lavorare sui sintomi;
 - Fase iniziale: esplicitare diverse domande di aiuto personale; seconda fase: scegliere 1 domanda di aiuto su cui si focalizzerà il gruppo;
 - Utilizzo di una "scatola delle preoccupazioni": presentazione anonima di argomenti, estratti casualmente per la discussione.
- Terapia individuale (familiare) come complemento:
 - Si prepara alla partecipazione del GMF, eliminando la resistenza sia della famiglia che dei pazienti e allineando le richieste di aiuto congiunte;
 - Funziona parallelamente ai GMF per affrontare richieste di aiuto eccessivamente specifiche della famiglia.
- Sessioni informative per le reti per interpretare il quadro GMF;
- Discussioni all'interno dei GMF sugli effetti degli impegni dei partecipanti.

Focus 2: Resistere all'impegno del GMF:

- Da pazienti/familiari:
 - Recupera il ritardo tramite: preparazione motivazionale nelle discussioni familiari individuali, uso di tecniche non verbali durante i GMF e sollecitazione di feedback durante le discussioni familiari individuali.
- Il dialogo diretto può portare alla tensione:
 - Specifico dei GMF è l'uso della comunicazione indiretta: i coetanei di età/ruolo/lotto possono aiutare a rispondere a domande su cui la comunicazione diretta non è ancora possibile all'interno della famiglia.
- Dai terapeuti:
 - Se alcuni temi non appartengono ai GMF, ritenuti troppo personali o intimi per essere discussi.

Focus 3: Necessità di supervisione/ intervizione:

- Valutazione con i partecipanti:
 - Domande sul GMF: 'Come hanno vissuto tutti questa esperienza?';
 - Utilizzo di moduli di feedback, compilati dagli utenti al termine della sessione.
- 'Debriefing' tra i co-terapeuti:
 - Discutere gli aggiustamenti e i riaggiustamenti necessari per il futuro;
 - Allineamento tra co-terapeuti;
 - Riconoscimento dei lati personali, familiari e vulnerabili.

Focus 4: Attuali esigenze GMF:

- Scambio di esempi pratici, buone pratiche, tecniche ed esercizi;
- Come raccogliere un numero sufficiente di partecipanti: afflusso stabile;
- Come comportarsi con i figli adulti.

Focus group 4: La lingua francese, approfondimento:

Focus 1: Gestire diverse richieste di aiuto all'interno di 1 sistema:

- Libertà di lavorare con diverse richieste di aiuto da parte di diversi membri di un sistema;
- Non è richiesto che due generazioni siano presenti all'interno di un sistema, ma piuttosto che due generazioni siano presenti all'interno del gruppo per amore dell'importanza delle identificazioni "attraversamento del sistema"/inter- e trans-generazionali: età/ruolo/compagni possono aiutare a distinguere tra i propri sentimenti e quelli dei familiari;
- Il gruppo come luogo in cui parlare del significato dei familiari assenti.

Focus 2: Resistere all'impegno del GMF:

- Da pazienti/familiari:
 - Malattia psichiatrica/stigma ospedaliero, che crea vergogna e senso di colpa:
 - La regola della "riservatezza" del gruppo ("ciò che si dice all'interno del gruppo resta nel gruppo") è l'abbassamento della soglia: mette le persone a proprio agio più velocemente;
 - Enfatizzare l'orizzontalità/equivalenza tra paziente – famiglia – caregiver: incontrarsi qui come 'esseri umani'!
 - Paura che i membri della famiglia "utilizzino" i GMF in funzione del loro avere ragione: paura che i GMF rinforzino le dinamiche familiari;
 - Paura di rivelare tabù o segreti familiari;
 - Ansia quando non vengono fornite risposte immediate e concrete.
- Dai terapisti:
 - Paura delle forze distruttive:
 - Escalation di aggressioni o conflitti che non possono essere sopportati dal gruppo;
 - Uso di sostanze prima dei GMF in modo che sotto l'influenza.

Focus 3: Necessità di supervisione/ intervizione :

- 'Debriefing' tra co-terapeuti:
 - Come ti sentivi all'inizio della sessione e come ti senti adesso?
 - Cosa ti ha toccato? Cosa è stato difficile?
 - Hai trovato il tuo posto nel tuo gruppo?
 - Con cosa te ne vai?
- Passare dal 'debriefing' seguendo il gruppo al 'dentro' il gruppo: chiudere la sessione con una breve riflessione sulle domande di cui sopra;
- Impatto dei GMF nel contesto più ampio (équipe, ospedale, comunità);
- Intervisione come opportunità di apprendimento con terapeuti di diversi GMF.

Focus 4: Attuali esigenze dei GMF:

- Richiesta di intervento per terapeuti GMF di diversi GMF;
- Modello formativo Garcia Badaracco:
 - I GMF non fanno parte di un curriculum universitario, poiché vengono insegnati come un breve modulo nel corso di Terapia Sistemica.
- Struttura per accogliere i terapeuti di GMF in formazione:
 - Creare una rete per i tirocini;
 - Gruppo aperto a ricevere terapeuti di GMF in formazione;
 - Impegno minimo: partecipazione a 3 GMF consecutivi.

4.3.2. Ampio gruppo sperimentale con potenziali utenti di GMF

4.3.2.1. Partecipanti

Il folto gruppo di pazienti, familiari e terapeuti è stato riunito dai partecipanti alla Giornata di studio dei Paesi Bassi dell'ISPS (il 27 gennaio ²⁰²³). Il gruppo era composto da 2 moderatori e 94 partecipanti. Questo grande gruppo era solo in olandese.

4.3.2.2. Metodologia

Il grande gruppo comprendeva un pubblico misto in cui tutti i partecipanti erano invitati a condividere domande, commenti ed esperienze sui GMF, senza domande che li guidassero. È stato condotto dai due ricercatori. L'incontro è stato ibrido, tramite Zoom e di persona, ed è stato registrato. Della registrazione è stata effettuata una trascrizione anonima.

4.3.2.3. Risultati

Questi argomenti compaiono spontaneamente:

- Cambiamento di mentalità nella cura della salute mentale: la domanda non è più: 'Come possiamo far partecipare la famiglia', ma piuttosto: 'Come possiamo partecipare a qualcosa che è già lì?'

- È importante partire da chi ha la richiesta, che spesso è la famiglia (mentre il paziente con psicosi è spesso un rifiutante):
 - Anche la famiglia ha diritto alle cure;
 - La famiglia può parlare con il proprio nome (di se stessa) - questo garantisce la sicurezza del paziente;
 - Anche il paziente ha diritto ai confini: se la psicosi è intesa come assorbimento di pezzi generazionali non elaborati, allora la distanza è necessaria per diventare se stessi;
 - Dal contatto con i parenti può sorgere indirettamente una domanda con coloro che rifiutano le cure.
- È importante coinvolgere la famiglia fin dall'inizio, o per dirla in altro modo, è evidente che il counselor, in quanto "esterno alla famiglia", lavora con il sistema nel suo insieme, sia con la famiglia che con il paziente:
 - Al fine di prevenire una crisi/escalation/crollo della fiducia;
 - Ruolo della fiducia con la famiglia (non è necessario violare il segreto professionale);
 - Essere attento/sensibilizzazione;
 - Spesso da un punto di vista non terapeutico :
 - Infermiere: visita in reparto, visita a domicilio;
 - Attività: fare cose insieme;
 - Psicoeducazione;
 - tra pari: similitudini o gruppo familiare centralizzato (senza pazienti);
 - Casa Soteria.
- Quale potrebbe essere la resistenza da parte delle famiglie a partecipare ad attività terapeutiche (conversazione in dialogo aperto, gruppo multifamiliare)?
 - Vergogna;
 - Paura del confronto, di affrontare qualcosa;
 - Dover essere vulnerabile.
- Rottura, distanza e confini non devono essere radicali:
 - Temporaneo: affinché una crisi possa attenuarsi;
 - Allo stesso tempo, da un lato, distanziarsi fisicamente e dall'altro di "mantenere una linea aperta" in altri modi;
 - Utilizzo di diverse funzioni/ruoli all'interno di un team interdisciplinare.
- Importanza di essere in contatto con la propria vulnerabilità/pezzi generazionali non elaborati come consulente.

4.3.3. Conclusioni dei focus groups

Durante quattro focus group e un ampio gruppo sperimentale con potenziali utenti di GMF, in due lingue nazionali (olandese e francese), sono stati raggiunti 5 esperti di GMF, oltre a 22 operatori sanitari con esperienza nei GMF e un gruppo di 94 operatori sanitari interessati, pazienti e familiari. È stata condotta un'analisi SWOT e un'analisi approfondita su alcune questioni chiave dei GMF. I gruppi multifamiliari si allineano con un cambiamento di paradigma nell'ambito dell'assistenza sanitaria mentale, in cui alle famiglie viene data la massima attenzione, insieme ai pazienti e agli operatori sanitari.

La tecnica terapeutica dei GMF dimostra un'ampia applicabilità in diversi quadri terapeutici, metodologie, gruppi target e contesti di trattamento. Il suo potenziale è promettente grazie alle seguenti opportunità che offre:

- Significativa efficienza dei costi per le istituzioni;
- Fattibilità dell'attuazione dei GMF nell'ambito delle cure primarie (articolo 107);
- Fattibilità dell'integrazione dei GMF nelle convenzioni degli psicologi.

Tuttavia, l'attuazione del GMF deve affrontare diverse sfide esterne:

- Stabilire una cultura di GMF all'interno di un'organizzazione richiede tempo;
- Le sfide organizzative includono la garanzia di luoghi adeguati, il reclutamento di ulteriori terapisti GMF e la pianificazione di orari convenienti per tutti i partecipanti;
- Coinvolgere le famiglie richiede un'attenzione mirata;
- Le implicazioni finanziarie sorgono quando il paziente non partecipa, influenzando la capacità del sistema di essere addebitato.

I GMF operano a partire da una meta-psicologia ed etica relazionale, affrontando la psicopatologia nel suo contesto relazionale. Promuove uno spazio comune in cui gli individui possono riunirsi, favorendo il sostegno reciproco e la solidarietà. Tale impostazione contribuisce alla destigmatizzazione, estendendo il suo impatto oltre il GMF per influenzare il reparto, l'istituzione e la comunità più ampia.

Il dialogo trans e intergenerazionale è centrale per i GMF. Il quadro dà origine a diversi tipi di relazioni (trasmissioni): connessioni orizzontali tra i partecipanti (multi e transgenerazionali), interazioni verticali verso i terapeuti e un impegno olistico diretto al gruppo nel suo insieme.

L'apprendimento esperienziale all'interno dei GMF è caratterizzato da:

- Una situazione di apprendimento in vivo, in cui imparare a comunicare è centrale;
- Un processo di apprendimento indiretto: invece del confronto o della comunicazione diretta, vengono spesso offerti intuizioni ed esperienze alternative attraverso coetanei di altra età/ruolo/potenzialità. Da un lato, la molteplicità delle prospettive consente ai partecipanti di riconoscersi negli altri. D'altra parte, garantisce agli individui la capacità di differenziarsi dagli altri. Attraverso questo processo di identificazione e differenziazione, si acquisisce una maggiore comprensione dell'unicità della propria situazione personale. Poiché ogni partecipante può sviluppare e appropriarsi di queste intuizioni al proprio ritmo, ciò può comportare una maggiore apertura e ricettività all'apprendimento emotivo;
- Il processo di apprendimento coinvolge tutti i partecipanti: paziente, famiglia e caregiver.

Tuttavia, le insidie intrinseche ai GMF meritano attenzione:

- Soglia: difficoltà nella partecipazione dovuta a vergogna, senso di colpa e stigma tra pazienti e familiari;
- Diverse domande di aiuto all'interno dello stesso sistema, che sollevano dubbi sul consenso o sul rifiuto del paziente riguardo alla partecipazione della famiglia;
- Contenuti sensibili: crisi o argomenti impegnativi potrebbero essere difficili da affrontare in un contesto di gruppo più ampio, portando a potenziali sfide come segreti familiari o tabù;

- Dinamiche: modelli familiari distruttivi possono essere rafforzati all'interno del gruppo (aumento dell'EE); le differenze nell'evoluzione dei partecipanti (ad esempio dovute a ricadute, evoluzione negativa) possono influenzare negativamente gli altri partecipanti;
- Sfide organizzative: i GMF aperti potrebbero portare a gruppi ampi e diversificati privi di coesione (ad esempio, i partecipanti giovani potrebbero essere scoraggiati da un'immagine cronica, oppure i partecipanti anziani potrebbero affrontare il lutto per ciò che è andato perduto).

Queste insidie possono essere evitate sviluppando e rafforzando le competenze specifiche dei GMF:

- Utilizzando tecniche terapeutiche specifiche e un quadro chiaro, è possibile creare un clima sicuro e aperto in cui possono essere soddisfatte le diverse richieste di aiuto. Queste tecniche possono essere collocate in un continuum: si va da un quadro altamente strutturato (applicazione della psicoeducazione, sessioni informative, ecc.), in cui il terapeuta occupa una posizione verticale come esperto, a un quadro incentrato sulla diversità. Quest'ultima comprende la libertà di partecipazione dei membri della famiglia nella funzione di regolazione della distanza/prossimità e del pubblico eterogeneo, tra gli altri, con il terapeuta in posizione orizzontale come partecipante alla pari;
- Aumentando la capacità di carico dei GMF, le sessioni familiari individuali parallele sono meno necessarie: le crisi e i temi difficili possono essere affrontati e elaborati dal gruppo. Di conseguenza, il terapeuta GMF cade meno nella confusione dei ruoli, pur essendo allo stesso tempo un terapeuta individuale (familiare);
- Il potenziale di un GMF ampio e diversificato può svilupparsi attraverso un team sufficientemente ampio di terapisti di GMF.

Per lo sviluppo delle competenze del terapeuta di GMF, si evidenziano i seguenti bisogni:

- Necessità di istruzione e formazione teorica;
- Necessità di tirocini clinici, con un quadro chiaro per i terapisti GMF in formazione;
- Piuttosto che la supervisione, viene citata la necessità e il valore aggiunto dell'intervisione , in cui si riuniscono terapisti di diversi GMF;
- Il debriefing tra i terapisti che seguono i GMF è una pratica comune, in cui vengono sondate le esperienze personali dei terapisti ;
- In alcuni GMF, la sessione termina in gruppo con una riflessione sul processo e/o l'opportunità di feedback individuale (tramite un modulo). Ciò può fornire ai terapisti gli strumenti per perfezionare ulteriormente tecniche e metodologie.

Parte superiore del formulario

4.4. RICERCA BIBLIOGRAFICA

In Belgio, l'attenzione si è concentrata sulle lingue francese e olandese (vedi Appendice 2 per il francese e Appendice 3 per l'olandese), escluso il tedesco.

Per la lingua francese, l'ambito di applicazione comprendeva la Vallonia (Belgio) e la Francia, esclusi gli altri paesi francofoni. Nella lingua olandese, l'accento è stato posto sulle Fiandre (Belgio) e sui Paesi Bassi, esclusi gli altri paesi di lingua olandese.

Nella ricerca francese, termini come 'Thérapie Multi- Famille (TMF)', 'Thérapie Multi- Familiale ', 'Le Groupe Multifamilial (GMF)', 'La Consultation Multi- Familiale (CMF)' e 'La Thérapie Sociale Multi- Familiale (TSM)'. Articoli, monografie, libri e capitoli di libri e tesi di dottorato sono stati raccolti da Belgio, Francia, Canada e Svizzera.

Per la ricerca olandese sono stati utilizzati termini come " Multiloog ", " Meergezinsbehandeling ", " Groepsgezinstherapie " e " Familiediscussiegroep ". Articoli, monografie, libri e capitoli di libri e tesi di dottorato sono stati raccolti dal Belgio e dai Paesi Bassi. In particolare, molte pubblicazioni di ricercatori olandesi sono state pubblicate in inglese e questi riferimenti sono stati inclusi nella ricerca bibliografica internazionale condotta dai colleghi italiani (vedi Appendice 6).

4.5. CONCLUSIONI

L'obiettivo primario della ricerca "Gruppi multifamiliari nella salute mentale", primo risultato intellettuale del progetto FA.M.HE., è quello di aumentare la conoscenza dei diversi Gruppi Multifamiliari nel campo della salute mentale. L'attenzione si concentra sulla loro diffusione territoriale, sui diversi modelli esistenti e sulle loro caratteristiche specifiche.

In Belgio, 24 gruppi multifamiliari sono distribuiti in tutte le province, principalmente affiliati agli ospedali psichiatrici. I terapeuti GMF adottano prevalentemente un approccio terapeutico sistemico. Regolarmente, questo è integrato da prospettive cognitive o psicoeducative, mentre una frazione più piccola incorpora un punto di vista psicoanalitico. Sebbene tutti i gruppi menzionino l'organizzazione della supervisione tra pari, la supervisione effettiva non viene implementata.

Si notano differenze nette tra le Fiandre e la Vallonia. Nelle Fiandre, le sessioni GMF sono sempre supervisionate da uno psicologo, spesso in tandem con un'infermiera. Al contrario, in Vallonia, le sessioni GMF sono solitamente guidate da una coppia medico-infermiere. Inoltre, nelle Fiandre, il lavoro viene spesso svolto attorno a una patologia omogenea e spesso con un pubblico adolescente. Ad esempio, i gruppi che si occupano di disturbi alimentari applicano il modello Maudsley, mentre la cura delle psicosi utilizza il modello McFarlane o Garcia Badaracco e la cura delle dipendenze implementa il modello psicoeducativo. Al contrario, la Vallonia tende ad avere gruppi più eterogenei rivolti agli adulti, seguendo la metodologia delineata da Serge Mertens. Un'osservazione interessante è che tutti i gruppi fiamminghi si affidano esclusivamente a referenze interne, mentre in Vallonia la maggior parte dei gruppi accetta referenze di partecipanti sia interni che esterni.

Il consenso comune tra conduttori, partecipanti e familiari evidenzia che i GMF si allineano con un cambiamento di paradigma nell'assistenza alla salute mentale, in cui alle famiglie viene data la massima attenzione, insieme ai pazienti e agli operatori sanitari. I GMF partono da una metapsicologia ed etica relazionale: la psicopatologia viene affrontata nel suo contesto relazionale. I gruppi multifamiliari creano una comunità in cui le persone possono incontrarsi, sperimentare sostegno reciproco e solidarietà. Un luogo del genere ha un effetto antistigmatizzante, estendendo la sua influenza oltre l'immediata sfera del GMF per avere un impatto sui reparti, sulle istituzioni e sulla comunità più ampia.

I gruppi multifamiliari, come tecnica terapeutica, mostrano un'ampia applicabilità in vari quadri terapeutici, metodologie, gruppi target e contesti di trattamento. È interessante notare che le sessioni di GMF sono spesso condotte da operatori sanitari provenienti da contesti professionali diversi. Le difficoltà esterne affrontate nell'attuazione degli incontri dei GMF riguardano principalmente i livelli organizzativi.

Nonostante le diverse pratiche, ci sono molte competenze che tutti i terapeuti GMF sembrano condividere. Per lo sviluppo delle competenze del terapeuta GMF, si evidenziano i seguenti bisogni:

- Necessità di istruzione e formazione teorica;
- Necessità di tirocini clinici, con un quadro chiaro per i terapeuti GMF in formazione;
- Piuttosto che la supervisione, viene citata la necessità e il valore aggiunto dell'intervisione , in cui si riuniscono terapeuti GMF di diversi GMF;
- Il debriefing tra i terapeuti GMF che seguono il GMF è una pratica comune, in cui vengono sondate le esperienze personali dei terapeuti GMF;
- In alcuni GMF, la sessione termina in gruppo con una riflessione sul processo e/o l'opportunità di feedback individuale (tramite un modulo). Ciò può fornire ai terapeuti GMF gli strumenti per perfezionare ulteriormente tecniche e metodologie.

5. REPORT SPAGNA

5.1. SITUAZIONE SPAGNOLA

I Gruppi Multifamiliari (GMF) sono stati introdotti in Spagna verso la fine del 1984 nel comune di Guecho vicino a Bilbao, nella provincia di Biscaglia. Questa iniziativa si è svolta nel Day Hospital di un Centro Sperimentale (Consorcio Uribe Costa de Salud Mental), dove sono stati implementati trattamenti innovativi, in particolare quelli ideati da García Badaracco per le strutture di salute mentale (Comunità Terapeutica Psicoanalitica a Struttura Multifamiliare). Grazie alla collaborazione tra la Fondazione Basca per la Ricerca sulla Salute Mentale (OMIE) di Bilbao e l'Istituto di Psicoanalisi Multifamiliare di Buenos Aires, questo approccio si è diffuso in Spagna e ha riunito numerose famiglie. Negli ultimi anni si è assistito a una proliferazione di tali gruppi con diversi orientamenti teorici nei diversi paesi europei. Il progetto "Gruppi multifamiliari in salute mentale (FA.M.HE.)" è attivamente coinvolto nella costruzione di una "Guida ai gruppi multifamiliari" basata sulle esperienze dei paesi partner del progetto: Italia, Belgio, Portogallo e Spagna.

5.2. SONDAGGIO – CARATTERISTICHE GMF

5.2.1. Contesto istituzionale/organizzativo

Il questionario è stato distribuito a diverse associazioni con esperienza significativa nei GMF, come l'Associazione di Psicoterapia Psicoanalitica di Coppia, Famiglia e Gruppo Multifamiliare (APyF), il Centro Studi Jorge García Badaracco, l'Associazione Basca per la Salute Mentale (OME-AEN), il Google Multifamily Group e 38 coordinatori di GMF provenienti da istituzioni pubbliche e private. Una seconda area target comprendeva 5 associazioni professionali (psichiatri, psicologi, psicoanalisti, ecc.), 14 associazioni sociali e 424 associazioni di familiari e utenti psichiatrici. Infine, il questionario è stato diffuso anche negli ospedali e nei centri di cura ambulatoriali pubblici e privati (day Hospital, comunità terapeutiche, centri di salute mentale, ambulatori di assistenza psichiatrica).

Dopo numerosi contatti con i conduttori/coordinatori dell'GMF, sono stati ricevuti 28 questionari, alcuni dei quali compilati dai professionisti che supervisionavano diversi GMF. Durante la revisione di ogni questionario sono stati osservati errori nella comprensione di alcune domande, che hanno influenzato i risultati percentuali. Per far fronte a questo, sono state apportate correzioni attraverso le nuove risposte fornite dai coordinatori/conduttori contattati telefonicamente. In sintesi, in Spagna sono stati raccolti 28 questionari. Per quanto riguarda la distribuzione geografica, si è riscontrata una concentrazione irregolare di GMF, con un'elevata concentrazione in alcune province e un'assenza nella maggioranza. Nove GMF sono stati rinvenuti a Madrid (4 nella comunità e 5 nella città di Madrid), 9 GMF in Biscaglia (6 a Bilbao e 3 a Guecho), 2 GMF a Granada (1 nella provincia e 1 nella capitale), 2 GMF a Barcellona (città), 2 GMF a Elche (1 in città e 1 online per la comunità), 1 GMF a Malaga (Marbella), 1 a Navarra (Pamplona) e 1 ad Alicante (città).

L'osservazione significativa in Spagna è che, su 50 province e 2 città autonome, i GMF si trovano solo in 8 province, nonostante l'evidenza che i GMF siano condotti anche in altre province. Lo squilibrio territoriale è attribuito, secondo gli operatori, allo scarso interesse delle istituzioni ad incorporare questa risorsa terapeutica per ragioni ideologiche. La maggior parte delle istituzioni tende a favorire un orientamento biomedico, supportato dalla psicologia cognitivo-comportamentale, che esclude il pensiero psicoanalitico. Inoltre, durante il debriefing del focus group, i partecipanti hanno notato che il numero effettivo di GMF esistenti è molto più elevato rispetto ai 28 che hanno risposto al questionario, stimando circa 60 GMF. Non erano sicuri delle

ragioni dell'assenza di molti colleghi, poiché la maggior parte partecipa al gruppo Google su GMF in cui le informazioni sono state condivise. Per quanto riguarda la struttura amministrativa delle istituzioni/organizzazioni che conducono GMF, esiste un equilibrio tra soggetti pubblici (46%) e privati (54%). Per quanto riguarda la tipologia dei servizi e delle cure, la maggioranza sono istituzioni che forniscono cure ambulatoriali (26 su 28), come Centri di Salute Mentale, Centri Sociali, Day Hospital e Consultori Privati. Sono state segnalate solo due istituzioni che offrono servizi residenziali (ospedali).

5.2.2. Orientamento del GMF

In Spagna, l'orientamento teorico e metodologico dei GMF è principalmente allineato al quadro della Psicoanalisi Multifamiliare sviluppato da J. García Badaracco (89%). Nel 64% dei casi (18 su 25) questo modello è l'esclusivo riferimento, mentre nel 25% (7 su 25) è abbinato ad altri orientamenti, come quello sistemico, psicodinamico, interfamiliare, di gruppo operativo, ecc. Il quadro teorico Interfamily è stato menzionato come unica opzione in 3 risposte. Va notato che, anche se la Psicoanalisi Multifamiliare è il modello dominante, essa può implicitamente incorporare elementi provenienti da altri approcci psicoanalitici e da altre discipline.

5.2.3. Conduzione

In termini di titoli accademici degli intervistati, il 57% possiede una qualifica in psichiatria, il 43% in psicologia e il 7% in assistenza sociale. Tutti i gruppi incorporano interventi psicoterapeutici, combinati con altri tipi di interventi, come gruppi di sostegno (50%), psicoeducativi (21%), consulenza (21%) e auto-aiuto (11%). Queste proporzioni possono essere attribuite all'attenzione predominante della maggior parte delle istituzioni/organizzazioni nel campo della salute mentale.

Il team responsabile della conduzione delle sessioni comprende vari membri provenienti da team multidisciplinari di professionisti della salute mentale. La leadership può essere intrapresa da uno o due individui e include la co-terapia. Alcuni gruppi includono "osservatori" che documentano le attività della sessione e successivamente condividono le loro osservazioni durante le riunioni post-gruppo, fungendo da prezioso strumento di apprendimento. Per quanto riguarda i titoli accademici delle figure professionali coinvolte nel GMF, si registra una presenza predominante di psicologi (85%) e psichiatri (79%). Seguono altre specialità sanitarie, con il 35% infermieri, il 28% assistenti sociali e il 35% rappresentanti varie specialità educative e sociali.

Per quanto riguarda la formazione dell'équipe conduttrice, è evidente un'eterogenea gamma di esperienze psicoterapeutiche, con una notevole prevalenza di terapie derivate dalla psicoanalisi (80%). Questi includono la psicoanalisi multifamiliare, l'analisi di gruppo, le terapie psicodinamiche, i gruppi operativi, ecc. Inoltre, un quadro teorico della famiglia sistemica è osservato in 12 gruppi e gli approcci cognitivo-comportamentali sono presenti in 4 GMF. Questo modello sottolinea l'efficacia delle terapie di origine psicoanalitica nel comprendere i fenomeni familiari e di gruppo.

Per quanto riguarda la composizione del team di conduzione, è interessante notare che il 35% dei team opera con un conduttore del gruppo insieme ai co-terapeuti, il 21% collabora con diversi conduttori del gruppo in co-terapia e il 35% si impegna in co-terapia senza un gruppo designato. In termini di vigilanza prevale la preferenza per la vigilanza interna, che rappresenta il 43%, rispetto alla vigilanza esterna che ammonta al 25%. In alcuni casi vengono utilizzate entrambe le procedure di controllo (10%), mentre un sostanziale 43% non è sottoposto ad alcuna forma di controllo. Quasi tutti i gruppi eseguono l'intervisione (96%), tranne un GMF nel campione. Questo tipo di supervisione si allinea con una tradizione nella coterapia psicoanalitica di gruppi e famiglie,

in cui i professionisti coinvolti nella sessione si riuniscono dopo il gruppo per scambiare impressioni sul procedimento. Serve come metodo alternativo di supervisione delle attività.

5.2.4. Partecipanti

Nel 64% dei GMF non esiste una fascia di età specifica, che comprende i partecipanti dai 16 anni alla vecchiaia. Al contrario, il 36% dei gruppi delinea una fascia di età specifica per i partecipanti, con una parte sostanziale costituita da gruppi di adulti (32%) e l'8% da gruppi di adolescenti e bambini. È interessante notare che alcune risposte indicano potenziali interpretazioni errate riguardo alla fascia di età specificata dei partecipanti.

In termini di composizione generazionale di questi gruppi, la maggioranza coinvolge due generazioni attuali (70%), mentre il 30% coinvolge tre generazioni, caratterizzando la diversità dei partecipanti.

Il collegamento tra le persone in cura ed i loro parenti evidenzia la prevalenza dei legami filiali paterni (100%), seguiti a ruota dai rapporti fraterni (93%). In misura minore sono coinvolti altri membri del nucleo familiare (57%), accanto ai membri della famiglia allargata (64%) e ai parenti stretti (37%). Questa sezione sottolinea la profonda dedizione familiare agli individui in cura. Questi legami emotivi, caratterizzati da interdipendenze, spesso ostacolano l'autonomia e lo sviluppo dei bambini. Tuttavia, il coinvolgimento delle famiglie nel processo di trattamento è fondamentale per affrontare le situazioni che hanno intrappolato i bambini e generato un'intensa sofferenza.

Per quanto riguarda i gruppi eterogenei, è evidente una gamma diversificata di patologie, con casi prominenti di disturbi affettivi (85%) e disturbi di personalità (81%). Seguono a ruota i disturbi psicotici (73%), i disturbi d'ansia (73%), i disturbi psicosomatici (61%), i disturbi alimentari (58%), i disturbi da stress post-traumatico (50%), i disturbi da dipendenza (39%), i disturbi ossessivi compulsivi (69%) e patologie non psichiatriche (27%). Inoltre sono incluse altre patologie (27%). L'impegno con un ampio spettro di condizioni cliniche, che comprende l'intera gamma delle malattie psichiatriche, sottolinea il riconoscimento che i problemi di fondo, relativi alle connessioni interpersonali (interdipendenze), esistono in ogni patologia. Affrontare questi problemi è essenziale per migliorare il benessere delle famiglie, andando oltre le diagnosi psicopatologiche.

Per quanto riguarda i GMF omogenei, si osserva che sono limitati, poiché anche i gruppi classificati in base all'età del paziente (ad esempio, famiglie con adolescenti o bambini) presentano patologie diverse. Si segnala l'identificazione di soli due gruppi specificatamente centrati su una sola patologia (1 GMF focalizzato sulla Psicosi e 1 sul comportamento violento).

5.2.5. Struttura e funzionamento

Proseguendo con le caratteristiche dei GMF, per quanto riguarda la tipologia di gruppo, si osserva una distribuzione quasi uguale tra gruppi aperti (50%) e gruppi ad apertura lenta (46%), con un solo gruppo chiuso (4%). Questa distribuzione è attribuita alla dimensione media e grande di questi gruppi, che tende a persistere nel tempo, consentendo alle famiglie di entrare e uscire a seconda delle proprie esigenze. A queste condizioni si conformano anche i gruppi semiaperti, caratterizzati da un inserimento delle famiglie più misurato e regolato. Dall'indagine e dai successivi chiarimenti si chiarisce che la durata di tutti i gruppi è a tempo indeterminato (100%). Una volta costituiti, questi gruppi si istituzionalizzano e perdurano nel tempo, sostenuti dall'impegno costante delle famiglie partecipanti.

Per quanto riguarda la frequenza di questi gruppi, la maggioranza si riunisce con cadenza quindicinale (39%), seguita da quella settimanale (32%) e mensile (29%). Generalmente, la frequenza dipende dalla disponibilità dei professionisti e dalle politiche dell'istituzione. Nel sondaggio, il 30% degli intervistati ha inizialmente affermato di lavorare con fasi di sviluppo. Tuttavia, da un chiarimento avvenuto in un successivo contatto telefonico è emerso che un solo gruppo opera per fasi. Per quanto riguarda la durata delle sessioni GMF, l'intervallo va dai 60 ai 120 minuti. La durata più comune è di 90 minuti (71%), seguita dal 14% dei gruppi che operano per 75 minuti, dall'11% per 120 minuti e da un gruppo che conduce sessioni di 60 minuti. La durata della sessione è generalmente influenzata dalla disponibilità dei terapeuti.

I gruppi si svolgono durante la giornata lavorativa dei professionisti nell'82% dei casi e fuori dall'orario lavorativo nel 18%. Quest'ultimo è attribuito ai diversi orari dei membri del team. Nel 94% dei GMF sono rappresentate almeno due generazioni. I casi di mancata partecipazione sono legati all'assistenza gratuita e a situazioni specifiche che impediscono la partecipazione. Per quanto riguarda la dimensione del gruppo, il 64% rientra nella categoria media (con un massimo di 30 partecipanti), mentre il 36% è considerato grande (con più di 30 partecipanti). Questa distribuzione è influenzata principalmente dalle caratteristiche del luogo in cui si svolgono questi gruppi e dal flusso delle famiglie partecipanti.

Per quanto riguarda la sala gruppi, il 70% utilizza sale polivalenti, mentre altri utilizzano diversi spazi a disposizione, come una sala di psicoterapia (14%), una sala attività (1%) e 1 gruppo si svolge online. La maggioranza afferma l'idoneità delle sale per quanto riguarda il livello sonoro (96%) e la capienza in base al numero dei partecipanti (100%). Solo una stanza è segnalata come non idonea. Le condizioni di privacy e riservatezza sono ritenute ideali in tutte le risposte, garantendo la tutela della privacy dei partecipanti. La disposizione prevalente dei posti è a cerchio unico (85%), mentre in alcuni casi i posti a sedere sono organizzati in cerchi concentrici in base alle dimensioni della sala e al numero dei partecipanti (19%). Altre disposizioni sono considerate irrilevanti.

Prima della pandemia, tutti i GMF venivano condotti di persona (100%). Nell'era post-COVID, con l'allentamento delle restrizioni legate alla pandemia, l'82% dei gruppi ha ripreso le sessioni in presenza, segnando per il 19% dei gruppi un declino della modalità online che aveva temporaneamente sostituito numerose presenze in presenza. Inoltre, l'11% dei gruppi prosegue con una modalità mista. Per quanto riguarda l'esistenza e la continuità di questi gruppi nel corso degli anni, è interessante notare che essi operano senza una data di fine predeterminata. La durata va dai 38 anni (risalenti al primo gruppo di questo genere a Guecho, nel 1984) a 1 anno (per il gruppo più recente). Il notevole numero di anni e l'esperienza accumulata servono a convalidare l'efficacia di questa risorsa terapeutica.

Nel corso del tempo la maggior parte dei gruppi ha subito interruzioni (64%), mentre il 35% è riuscito a mantenere la continuità adottando la modalità online. I motivi principali delle interruzioni sono stati attribuiti principalmente alla pandemia (89%) o occasionalmente a motivi istituzionali (1%). La durata delle interruzioni è sostanzialmente in linea con la durata delle restrizioni pandemiche, variando da 7 mesi a circa 2 anni. Coloro che hanno continuato online hanno vissuto una breve pausa di 2 mesi durante l'estate.

5.2.6. Invio

La maggior parte dei pazienti e delle famiglie (93%) provengono dall'interno dell'organizzazione. Alcuni GMF ricevono esclusivamente partecipanti esterni all'organizzazione, mentre altri hanno un

mix di riferimenti interni ed esterni. Questo modello indica un'accoglienza positiva all'interno del contesto organizzativo e un relativo riconoscimento al di fuori dell'istituzione.

Come osservazione conclusiva sull'indagine, si osserva una somiglianza nelle risposte qualitative e una variazione negli aspetti formali delle azioni di questi gruppi (risposte quantitative). Le somiglianze nei metodi di lavoro possono essere attribuite all'influenza fondamentale delle idee di García Badaracco sullo sviluppo di questo approccio in Spagna. A partire dalle prime esperienze di Guecho (Vizcaya) ed Elche, questi metodi si sono diffusi in un territorio significativo. Le variazioni negli aspetti formali si allineano alle caratteristiche delle istituzioni e alle possibilità pratiche di conduzione di questi gruppi (come ubicazione, disponibilità di professionisti, ecc.). Indubbiamente, la pandemia ha modificato in modo significativo il modo in cui questi gruppi operavano in precedenza, passando dalla partecipazione di persona a quella online. La tendenza attuale indica un ritorno verso il ripristino della partecipazione in presenza.

5.3. FOCUS GROUPS

5.3.1. Focus group con i conduttori dei GMF

5.3.1.1. Partecipanti

Dopo la compilazione dei questionari è stato organizzato un focus group centrato sulle risposte. A questa fase dell'indagine hanno partecipato 14 dei 23 professionisti invitati, mentre i restanti sono esonerati per impegni professionali.

5.3.1.2. Metodologia

Il focus group si è svolto tramite videoconferenza il giorno 6 febbraio 2023, dalle ore 16:00 alle ore 18:30, utilizzando la piattaforma Zoom. La sessione è stata registrata con il consenso esplicito di tutti i partecipanti. L'incontro è stato moderato da un coordinatore e un osservatore.

Il campione era composto da professionisti impegnati nei GMF, basandosi sulle idee e sulle esperienze sostenute dalla Psicoanalisi Multifamiliare (J. García Badaracco). Questi professionisti hanno arricchito la loro pratica con altri contributi teorici (Gruppoanalisi, Teoria Generale dei Sistemi, Teoria dell'Attaccamento, Dialogo Aperto, ecc.). L'uniformità del quadro teorico di base è attribuita all'estensione dei gruppi multifamiliari in Spagna, originata dall'esperienza inaugurale di Bilbao (Vizcaya) nel novembre 1984. Questa espansione è continuata attraverso la diffusione dei corsi offerti dalla Fondazione basca per la ricerca sulla salute mentale (OMIE) e l'Istituto di Psicoanalisi Multifamiliare di Buenos Aires. Negli ultimi due decenni, più di 600 professionisti spagnoli (Mires e Pires) hanno ricevuto una formazione in questo approccio.

Per la valutazione di questa attività, compresi i suoi punti di forza e di debolezza, nonché le potenziali opportunità e minacce, è stata utilizzata un'analisi SWOT. Questa analisi si basa sulla vasta esperienza dei conduttori/coordinatori nel settore.

La discussione si è incentrata su tre argomenti principali, in linea con le risposte qualitative del questionario:

- Partecipazione di due o più generazioni, che comprende individui sottoposti a trattamento psichiatrico.
- Il funzionamento del team di conduzione del Gruppo Multifamiliare (GMF).
- Lo scambio tra conduttori dopo la sessione (post-gruppo).

Una premessa: i partecipanti fanno riferimento all'importanza del clima emotivo, aspetto non esplicitamente affrontato nel questionario, e alla tipologia degli interventi, privilegiando la 'conversazione' rispetto alle interpretazioni volte a svelare l'inconscio.

5.3.1.3. Risultati

Sono stati raccolti i seguenti risultati:

Focus 1 : La partecipazione di almeno due generazioni.

Punti di forza:

Per quanto riguarda la partecipazione di due o più generazioni, la maggior parte dei direttori/coordinatori concorda nel ritenere che si tratti di una forza notevole risiede nella dinamica distinta e arricchita dei Gruppi Multifamiliari (GMF) rispetto ai gruppi composti esclusivamente da parenti senza pazienti. In questi gruppi, solitamente psicoeducativi, l'attenzione tende a concentrarsi sulla malattia degli "assenti", cioè dei pazienti designati, contribuendo inavvertitamente alla stigmatizzazione della malattia mentale. Al contrario, nei GMF in cui sono coinvolte due o più generazioni, le relazioni tossiche (interdipendenze patogene) in cui i membri della famiglia sono "intrappolati" diventano chiare nel momento presente dell'incontro. Ciò consente un'esplorazione e un lavoro approfonditi su queste complesse dinamiche familiari.

La partecipazione di più generazioni è nota anche per aver portato alla luce una diversità di modelli familiari, contribuendo al crollo degli stereotipi consolidati. Si osserva che i gruppi medi e grandi mostrano una maggiore resilienza emotiva, facilitando l'affrontare situazioni più impegnative e traumatiche.

Punti deboli:

I professionisti evidenziano la discontinuità nella partecipazione dell'intera famiglia e i comportamenti dirompenti mostrati da alcuni membri, che spaventano gli altri partecipanti.

Opportunità:

I professionisti identificano il potenziale di risparmio delle risorse umane ed economiche. Inoltre, sottolineano che una più ampia diffusione dei Gruppi Multifamiliari (GMF) potrebbe estendere i benefici a un numero maggiore di individui.

Minacce:

Le minacce identificate ruotano attorno alla mancanza di consapevolezza riguardo al potenziale terapeutico di questa risorsa tra colleghi e amministratori della salute mentale. Questa mancanza di consapevolezza è attribuita ad una prevalente influenza di altri modelli centrati sull'individuo, in particolare nell'ambito della psichiatria classica.

Focus 2 : Presenza di un team di conduzione

Punti di forza:

In termini di prestazioni di conduzione dei GMF, i professionisti concordano sul fatto che la forza risiede nel lavoro di squadra e nella coterapia. Questo approccio collaborativo consente la condivisione del "carico emotivo" derivante da situazioni difficili all'interno del gruppo, in particolare quando emergono situazioni traumatiche. Il sostegno reciproco tra i membri del team

contribuisce ad un maggiore “contenimento” delle ansie e favorisce la creazione di un clima emotivo caratterizzato da fiducia e sicurezza.

Punti deboli:

I team possono sperimentare una perdita di coerenza, portando a rivalità e lotte interne. Un altro fattore negativo identificato è la dipendenza da un approccio di leadership unico.

Opportunità:

Per quanto riguarda le opportunità offerte dalla leadership condivisa, viene riconosciuta la diversità delle prospettive portate avanti dai professionisti. Questa diversità può essere integrata in un insieme coeso, contribuendo al processo terapeutico e potenzialmente superando le controversie associate ai diversi orientamenti psicoterapeutici.

Minacce:

La minaccia a questa modalità di lavoro spesso deriva da sfide quali la carenza di personale, una comprensione inadeguata di questa risorsa terapeutica e la mancanza di ricerca in questo campo. Questi fattori contribuiscono alla resistenza tra professionisti e istituzioni.

Focus 3: Post-Gruppo

Punti di forza:

La forza dello scambio post-gruppo è evidenziata da professionisti che concordano sull'importanza dell'intervisione o della supervisione interna/esterna. La sessione post-gruppo facilita una riflessione immediata e 'calda' su vari aspetti, tra cui le dinamiche di gruppo, il clima emotivo, i temi emergenti, il coinvolgimento del gruppo dirigente e la natura degli interventi. Questo scambio consente inoltre l'integrazione di diversi punti di vista dei membri del team e fornisce una piattaforma per affrontare le emozioni provate dai membri del team.

Punti deboli:

I punti deboli osservati nel contesto post-gruppo includono la presenza di punti di vista diversi e un potenziale malinteso sugli argomenti discussi. Nello specifico, i punti deboli individuati includono la mancanza di un modello di integrazione unificato e l'assenza di critiche costruttive.

Opportunità:

I professionisti riconoscono il potenziale di una riflessione continua sul compito, sottolineando la necessità di una formazione continua. Inoltre, l'impostazione post-gruppo offre l'opportunità di un lavoro speciale nel team di guida.

Minacce:

Le minacce spesso corrispondono alla pressione delle presenze e alla mancanza di una pratica riflessiva abituale all'interno delle istituzioni.

5.3.2. Focus group con utenti di GMF

5.3.2.1. Partecipanti

L'incontro faccia a faccia ha avuto luogo con il Gruppo Multifamiliare (GMF) del Day Hospital del Centro di Salute Mentale Uribe Costa, tenutosi nell'Aula di Cultura della Città di Guecho. Questo GMF è stato avviato da un team di 5 membri (3 psichiatri, 1 psicologo e 1 infermiere) nel novembre

1984 presso il Centro di Salute Mentale e, a causa del numero considerevole di partecipanti, è stato trasferito alcuni anni fa nell'Aula di Cultura. Il gruppo continua a riunirsi il lunedì dalle 12:30 alle 14:00. È interessante notare che questo gruppo ha un significato storico particolare, essendo il primo del suo genere avviato in Spagna e in Europa, secondo alcuni autori, seguendo il modello di García Badaracco (Psicoanalisi Multifamiliare).

5.3.2.2. Metodologia

Si è ritenuto opportuno condurre questo focus group all'interno di un Gruppo Multifamiliare operativo (GMF). La seduta si è svolta il 6 febbraio 2023, nella sede consueta, nel giorno e nell'ora sopra indicati. Ai partecipanti è stato chiesto di fornire il proprio consenso per rispondere alle domande. Circa 60-70 persone frequentano regolarmente questo gruppo, facilitato da un autista, un copilota e numerosi psicologi praticanti. Tutte le sessioni del gruppo sono state registrate con il consenso esplicito di tutti i partecipanti.

Sono state poste tre domande:

- Quali aspettative avevi quando ti è stato offerto di partecipare al GMF e quali vantaggi hai ottenuto dalla partecipazione?
- Come intendi la malattia mentale? In che modo i GMF possono contribuire al miglioramento della salute mentale?
- I cambiamenti all'interno della famiglia si riferiscono a miglioramenti nella situazione familiare?

5.3.2.3. Risultati

Focus 1: Quali aspettative avevi quando ti è stato offerto di partecipare al GMF e quali vantaggi hai ottenuto dalla partecipazione?

I 10 partecipanti che hanno risposto a questa domanda hanno espresso di essersi avvicinati al gruppo con un senso di disperazione influenzato da trattamenti precedenti che trasmettevano la nozione di incurabilità e enfatizzavano principalmente i farmaci. Questi individui avevano idee sbagliate sulla malattia, mancando di consapevolezza del ruolo centrale della famiglia - sia nei suoi aspetti negativi, come contributore all'incomprensione del malato e come contribuente alla sua apparente impasse, sia negli aspetti positivi, come una situazione di stallo. partecipante attivo al processo di trattamento riconoscendo le sfide e acquisendo una prospettiva diversa sulla loro situazione attuale.

I partecipanti hanno evidenziato i benefici che ne hanno tratto, tra cui una maggiore comprensione dei comportamenti considerati "malati", una maggiore tolleranza per la diversità e una maggiore consapevolezza del proprio coinvolgimento in situazioni relazionali. Anche la prospettiva di guarigione è stata menzionata come un risultato positivo. Al contrario, la mancata partecipazione è stata attribuita a problemi di pianificazione legati al lavoro e a sfide personali che hanno impedito loro di affrontare situazioni difficili.

Focus 2: Come intendi la malattia mentale? In che modo i GMF possono contribuire al miglioramento della salute mentale?

Per quanto riguarda la seconda domanda, i partecipanti hanno discusso del "tabù" che circonda la malattia mentale e dello stigma sociale che essa comporta. Un partecipante ha affermato: "La diagnosi è una lastra". Il processo di "universalizzazione" dei problemi e di condivisione di preoccupazioni e ansie ha permesso loro di affrontare situazioni molto difficili, fornendo sollievo dalla sofferenza familiare. Alcuni partecipanti hanno notato che il gruppo ha contribuito alla loro crescita personale, rendendoli individui più compassionevoli, favorendo la tolleranza per prospettive diverse e aumentando il loro sostegno per gli altri in difficoltà. Consideravano anche l'accesso a questa risorsa pubblica come un "privilegio". Tuttavia, hanno evidenziato aspetti negativi, tra cui la percezione di "perdita" di tempo nello scoprire questo trattamento dopo una sofferenza prolungata e la diffusione limitata del metodo, che potrebbe avvantaggiare un numero maggiore di individui.

Focus 3 : I cambiamenti all'interno della famiglia si riferiscono a miglioramenti nella situazione familiare?

La terza domanda indagava se i partecipanti percepivano cambiamenti nelle relazioni familiari che contribuivano al miglioramento sia della situazione familiare che di quella del paziente "designato". La maggior parte dei partecipanti che hanno condiviso le loro prospettive hanno sottolineato che, senza questo aiuto, sarebbe impossibile per le famiglie trasformarsi. Inizialmente, il paziente designato viene spesso attribuito come la fonte della "sfortuna" della famiglia e nessuno si sente responsabile della situazione prevalente. Col passare del tempo, i partecipanti arrivano a rendersi conto che ciò che accade all'interno della famiglia riguarda tutti. Un partecipante ha affermato che il gruppo ha spinto lui e la sua famiglia a vedere le cose in modo diverso, portandoli ad una vita migliore e armoniosa. Diversi partecipanti hanno affermato di aver acquisito la capacità di ascoltare: "Ascoltare è imparare", ha detto la madre di un paziente del Day Hospital, che ha aggiunto di essere venuta con idee preconcepite che si sono modificate man mano che prestava attenzione agli altri genitori. Molti hanno espresso rammarico per non aver conosciuto prima questa esperienza di "grande famiglia", riconoscendone il contributo, la solidarietà e la speranza che trasmette.

5.3.3. Conclusioni del focus group

Nei focus group con i conduttori dei GMF, la maggior parte dei coordinatori ha convenuto che lavorare con 2 o più generazioni genera una dinamica ricca e diversa rispetto alle situazioni in cui i parenti sono assenti dal trattamento. Hanno affermato che questo contesto consente l'osservazione e l'esplorazione delle relazioni tossiche (interdipendenze patologiche) in cui i membri della famiglia sono "intrappolati". Inoltre, hanno evidenziato il positivo rapporto costo-efficacia in termini di risorse umane ed economiche per soddisfare le esigenze di numerose persone, i pazienti e i loro parenti. I coordinatori hanno sottolineato che il lavoro di squadra e il rispecchiamento sono gli approcci più efficaci per affrontare la situazione. Sottolineano l'importanza che i professionisti che si prendono cura di se stessi condividano esperienze di "alta tensione" (contenimento), creando così un clima di sicurezza e fiducia. Gli incontri post-gruppo (intervizione) sono identificati come il metodo più efficace per acquisire opinioni e punti di vista diversi dei membri del team riguardo al compito svolto e per condividere la mobilitazione emotiva prodotta dal compito.

Nel focus group con gli utenti dei GMF, è emerso che quando i parenti partecipano per la prima volta, attraverso le domande viene espresso un senso di disperazione. Questa prospettiva è sostenuta da precedenti esperienze nel campo della salute mentale, in cui spesso viene trasmessa

l'idea di incurabilità e l'utilizzo dei farmaci come unico mezzo di miglioramento. È stata riferita una mancanza di consapevolezza riguardo all'importanza della famiglia, sia nella genesi dei problemi che nella loro risoluzione. È stato evidenziato il tabù associato alla malattia mentale e il suo stigma sociale. La diagnosi venne descritta come "un peso difficile da sopportare". Al gruppo multifamiliare è stato riconosciuto il merito di consentire ai partecipanti di essere più tolleranti verso gli altri, di promuovere il rispetto per le differenze e di coltivare la solidarietà con la sofferenza degli altri. Gli utenti hanno fatto riferimento al privilegio di far parte di quella 'grande famiglia', che ha permesso loro di migliorare i rapporti familiari, rendendo la convivenza più soddisfacente. La maggior parte dei partecipanti ha riconosciuto con rammarico che il GMF come risorsa terapeutica non sia stato scoperto prima.

5.4. RICERCA BIBLIOGRAFICA

Per la ricerca bibliografica in lingua castigliana sono state utilizzate due piattaforme: Google General e Google Scholar, ed è stato consultato il portale bibliografico Dialnet . Le parole chiave erano:

- Gruppo Multifamiliare (GMF);
- Psicoanalisi Multifamiliare (PMF);
- Gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare (GPMF);
- Terapia multifamiliare (TMF);
- Gruppo di Terapia Multifamiliare (GTMF);
- Trattamento di gruppo multifamiliare (TGMF).

Sono state raccolte un totale di 68 citazioni da più di un centinaio di fonti. La selezione si è basata su diverse sezioni: teoria ed esperienza clinica. Sono state escluse le tesi di laurea e le specializzazioni post-laurea. Sono state escluse tesi di laurea e lavori post-laurea e non sono stati trovati lavori di ricerca o studi comparativi con altre risorse terapeutiche. La maggior parte degli studi sono esplorativi, data la mancanza di ricerche precedenti a sostegno del lavoro con questi gruppi. Il loro lavoro mira ad analizzare questi tipi di gruppi, formando ipotesi partendo dalle osservazioni e dalle percezioni dei partecipanti, comprese sia famiglie che professionisti. Vengono inoltre descritte le caratteristiche della popolazione partecipante, quali tipologia familiare, patologie, età, livello socio-economico, ecc. Alcuni lavori tentano di analizzare e spiegare i fenomeni osservati da una specifica prospettiva teorica, portando a conclusioni e previsioni che migliorano la comprensione e la pratica. La maggior parte dei lavori sono stati influenzati dalle idee di García Badaracco (Psicoanalisi Multifamiliare). Questa influenza è stata predominante sia in America Latina che in Spagna dagli anni '60 nella lingua castigliana. Al momento, un numero significativo di ricercatori continua a sviluppare e ad approfondire questo influente corpus di lavoro.

La bibliografia raccoglie lavori che coprono varie tematiche, tra cui gli albori dei GMF e il loro sviluppo, la varietà delle patologie trattate, la competenza dei conduttori/coordinatori, gli aspetti teorici a supporto dell'attività, ecc. (vedi Appendice 4).

5.5. CONCLUSIONI

In Spagna, sulla base dei dati disponibili, i gruppi multifamiliari sono costituiti esclusivamente da un minimo di 2 generazioni, includendo la persona in trattamento. Questi gruppi seguono principalmente l'orientamento della psicoanalisi multifamiliare, integrata da altri approcci

psicoterapeutici (sistemico, gruppoanalitico, dinamico, cognitivo-comportamentale, interfamiliare, ecc.). I gruppi psicoeducativi sono stati esclusi poiché non coinvolgevano soggetti in trattamento.

Come evidenziato in altre sezioni del rapporto, si nota che quasi tutti questi gruppi si affidano alla psicoanalisi multifamiliare. Questa situazione risale alla prima esperienza condotta in territorio spagnolo a Bilbao nel 1984, successivamente diffusa attraverso i corsi offerti dalla Fondazione Basca per la Ricerca sulla Salute Mentale (OMIE) a Bilbao a partire dal 1985. Inoltre, l'Istituto di Psicoanalisi Multifamiliare di Buenos Aires ha svolto un ruolo significativo, avendo accolto oltre 600 specializzandi in psichiatria e psicologia provenienti dalla Spagna dal 2000. Molti professionisti con orientamenti diversi hanno adottato l'approccio della Psicoanalisi Multifamiliare e lo hanno arricchito con la loro esperienza.

Per quanto riguarda la formazione dei professionisti, esiste una certa uniformità in riferimento alla psicoanalisi multifamiliare. Tuttavia, si osservano diverse forme operative che evidenziano la necessità di una formazione formale che includa lo sviluppo individuale dei conduttori, il lavoro di squadra e il contesto socio-culturale in cui vengono condotti i GMF.

6. REPORT PORTOGALLO

6.1. SITUAZIONE PORTOGHESE

In Portogallo, i fondamenti della politica e dell'organizzazione nazionale della salute mentale sono definiti dalla legge n. 36/98 del 24 luglio, successivamente affermata nel Piano Nazionale di Salute Mentale (PNSM). Secondo l'ordinanza n. 1605/2018 del 30 gennaio, il PNSM ha il compito di:

- Promuovere e facilitare il monitoraggio della salute mentale della popolazione portoghese, concentrandosi sugli indicatori chiave di morbilità e di utilizzo dei servizi.
- Promuovere l'attuazione di programmi volti a migliorare il benessere e la salute mentale della popolazione, nonché la prevenzione, il trattamento e la riabilitazione delle malattie mentali.
- Facilitare il coordinamento dell'assistenza sanitaria specializzata in salute mentale con l'assistenza sanitaria di base e altri settori rilevanti per l'efficace attuazione del Piano nazionale di salute mentale.
- Sviluppare la *Rede Nacional de Cuidados Continua Integrados* (RNCCI) (Rete Nazionale per l'Assistenza Continua Integrata) per la Salute Mentale in linea con il Coordinamento Nazionale per la Riforma del Servizio Sanitario Nazionale in RNCCI.
- Incoraggiare il coinvolgimento attivo degli utenti e degli operatori sanitari nella riabilitazione e nell'integrazione sociale delle persone che affrontano gravi problemi di salute mentale.

Le implicazioni pratiche della sua applicazione includono:

- La promozione dell'assistenza sanitaria mentale continua e integrata e l'istituzione dei primi servizi e programmi residenziali in questo settore.
- La creazione di nuove unità e una rete di riferimento ampliata nel campo della salute mentale dei bambini e degli adolescenti.
- L'avvio di programmi innovativi che facilitino l'integrazione della salute mentale negli sforzi contro la violenza domestica, fornendo sostegno ai senzatetto e assistendo i giovani che affrontano sfide di adattamento e inclusione sociale in collaborazione con i settori sociale, della giustizia, dell'istruzione e dell'occupazione.

Per migliorare l'accesso alle cure di salute mentale, è fondamentale intervenire sui suoi determinanti, affrontando questioni quali:

- Stigma e ignoranza riguardo alla malattia mentale.
- Carenza di risorse umane e strutturali.
- Organizzazione inappropriata dei servizi psichiatrici concentrati in grandi istituzioni centralizzate con scarsa integrazione con l'assistenza sanitaria di base.
- Formazione continua per professionisti della salute mentale.

Il Portogallo ha attivato miglioramenti nell'assistenza sanitaria mentale attraverso diverse iniziative, tra cui il decentramento dei servizi, la creazione di centri di salute mentale in tutti i distretti, l'integrazione con l'assistenza sanitaria primaria, l'inclusione della salute mentale nel sistema sanitario generale, lo spostamento dell'assistenza specializzata verso l'assistenza sanitaria generale e ospedali comunitari e lo sviluppo di programmi e strutture di riabilitazione psicosociale. Un

articolo pubblicato sull'*International Review of Psychiatry* fornisce un'analisi storico-descrittiva e critica della situazione dell'assistenza psichiatrica in Portogallo, descrivendone in dettaglio l'emergenza e l'evoluzione fino ai giorni nostri (Palha & Marques-Teixeira, 2012). Nel 2006 sono stati formalmente istituiti programmi di riabilitazione e la Rete nazionale di assistenza integrata continua (Rede Nacional de Cuidados Continua Integrados - RNCCI), contribuendo alla modernizzazione della salute mentale in Portogallo. Il 9 ottobre 2019 è stato varato il Piano Sanitario Nazionale 2021-2030, con i seguenti obiettivi:

- Promuovere una predisposizione positiva a considerare la salute pubblica come un impegno sociale.
- Creare reti di collaborazione e rapporti di fiducia.
- Mobilitare le risorse interne ed esterne.
- Promuovere pratiche di comunicazione partecipativa e collaborativa.
- Co-creare e coinvolgere più stakeholder.
- Attivare e favorire il senso di appartenenza.
- Condividere la conoscenza per la resilienza della comunità.

Nell'aprile 2001, il Portogallo ha aperto il suo primo Gruppo Multifamiliare (Garcia Badaracco, 2000) presso il Day Hospital del Servizio Psichiatrico del CHULN-HSM (Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte - Hospital de Santa Maria), un ospedale pubblico generale e universitario a Lisbona. Questo evento ha segnato una pietra miliare terapeutica significativa e da allora è stato parte integrante della struttura del Day Hospital psichiatrico. Il Day Hospital ha un significato storico, essendo la prima Unità di Ricovero istituita nel Servizio Psichiatrico dell'HSM (Hospital de Santa Maria) nel 1957. Dal maggio 2023, l'attuale Day Hospital dell'HSM, che si distingue per il suo modello psicoanalitico e gruppoanalitico, ha festeggiato 46 anni di attività. Nel corso degli anni, il Day Hospital è emerso come un'importante unità terapeutica e formativa in Portogallo, particolarmente noto per la sua applicazione dei principi gruppoanalitici e psicoanalitici negli interventi di salute psichiatrica e mentale. Il Day Hospital attira persone e istituzioni da tutto il Paese sia per scopi terapeutici che formativi.

6.2.SONDAGGIO – CARATTERISTICHE DEI GMF

È stato compilato un elenco di istituzioni, associazioni e comunità terapeutiche portoghesi nel campo della salute mentale, per inviare la lettera di presentazione del progetto e fornire il collegamento al questionario. Lo studio è iniziato dopo il parere positivo del Comitato Etico per la Salute del Centro Accademico di Medicina di Lisbona. Il presidente del comitato etico dell'*Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT)*¹ (Amministrazione sanitaria regionale di Lisbona e della Valle del Tago) ha fornito indicazioni sulla legislazione prevalente in Portogallo. Ciò ha portato all'indagine di nuovi casi e alla richiesta di nuovi pareri da parte del *Comissão de Ética para a Saúde (CES)* (Comitati Etici per la Salute). Questi comitati etici abbracciano l'intero Portogallo e sono associati alle amministrazioni sanitarie regionali del Portogallo.

1. *Amministrazione regionale di Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP*
2. *Amministrazione regionale di Saude do Centro IP*
3. *Amministrazione regionale di Saúde do Alentejo, IP*

¹ARSLVT - organo collegiale e multidisciplinare che funziona come comitato consultivo del Consiglio di amministrazione dell'ARSLVT, IP, in particolare nelle questioni relative all'etica della cura e della ricerca.

4. *Amministrazione regionale di Saúde do Algarve, IP*
5. *Administração Regional de Saúde do Norte, IP* (non ha ancora risposto)
6. *Administração Regional de Saúde do Alentejo* (non ha ancora risposto)
7. *Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira* (questo servizio ha risposto che in quel territorio non ci sono GMF)
8. *Direção Regional de Saúde da Região Autónoma dos Açores* (Questo servizio ha risposto che in quel territorio non ci sono GMF)

Il processo è stato lungo poiché ciascuno di questi comitati richiedeva documenti diversi. Sono stati necessari anche incontri per chiarire dubbi e dettagliare tutte le procedure del progetto. Alla fine sono arrivate alcune risposte, ma non tutti i Comitati Etici Sanitari hanno risposto. La mancanza di risposta da parte di alcuni Comitati Etici ci ha impedito di includere queste regioni in questo studio. Fortunatamente i gruppi multifamiliari inseriti fanno parte delle regioni i cui Comitati Etici hanno risposto. Dopo le necessarie autorizzazioni, sono stati presi contatti (105), via telefono/e-mail, con istituzioni pubbliche e private su tutto il territorio nazionale. Sono pervenute cinque risposte da:

- Tre istituzioni a Lisbona
- Una istituzione a Fátima (regione centrale del Portogallo)
- Una istituzione a Estremoz (Alentejo , regione sudorientale del Portogallo).

Si presume che in Portogallo esistano diversi gruppi multifamiliari psicoeducativi all'interno di varie istituzioni pubbliche e private (IPSS) ². Tuttavia, non è chiaro se questi gruppi coinvolgano solo una o due generazioni. In particolare, attualmente ci sono solo due gruppi di psicoanalisi multifamiliari attivi. Nello specifico, per quanto riguarda i gruppi di psicoanalisi multifamiliare (GPMF) in Portogallo, esistono due gruppi con sede a Lisbona, che operano all'interno di due Day Hospital affiliati a distinti Servizi Psichiatrici negli ospedali pubblici. I restanti tre GMF riuniscono due generazioni, incorporando individui sottoposti a trattamento ma si discostano dalla struttura del gruppo di psicoanalisi multifamiliare. Includono 1) un reparto psichiatrico in un ospedale pubblico; 2) una comunità terapeutica per le dipendenze (IPSS) a Fátima (regione centrale del Portogallo); e 3) un istituto privato (IPSS) a Estremoz (regione sudorientale dell'Alentejo) . Le strutture di questi gruppi sono costituite, rispettivamente, da due gruppi psicoeducativi cognitivo-comportamentali e da un gruppo di psicoterapia integrativa su base dialogica e relazionale.

Le sfide incontrate nella diffusione del questionario, principalmente a causa della lunga durata dell'ottenimento delle autorizzazioni da parte dei vari comitati etici sanitari, hanno impedito di ottenere risultati più tempestivi ed estesi.

6.2.1. Contesto istituzionale/organizzativo

Per quanto riguarda la struttura amministrativa delle istituzioni/organizzazioni che ospitano questi gruppi, due appartengono a istituzioni private/IPSS e tre sono associate a istituzioni pubbliche (ospedali pubblici). In termini di tipologia di servizi e cure fornite, tutte le istituzioni offrono cure

²IPSS (Istituzione Privada de Solidariedade Social) - Le istituzioni private di solidarietà sociale sono istituzioni o organizzazioni costituite esclusivamente su base privata e senza scopo di lucro, che mirano a promuovere l'uguaglianza e la giustizia sociale. Le IPSS operano nel quadro dell'economia sociale e il loro obiettivo principale è la solidarietà sociale, con particolare attenzione a settori quali la sicurezza sociale, l'istruzione e la sanità. Queste istituzioni lavorano a stretto contatto con la popolazione e in collaborazione con lo Stato per affrontare i problemi sociali emergenti all'interno delle comunità in cui operano.

ambulatoriali, comprendendo centri di salute mentale, centri sociali, ospedali diurni e consulti privati. Inoltre, due di queste istituzioni ammettono pazienti provenienti da strutture residenziali (ospedali). Per quanto riguarda la distribuzione geografica, si osserva una notevole prevalenza di gruppi nella parte meridionale del Paese. Nello specifico, c'è un gruppo situato a Fátima (regione centrale), tre a Lisbona e uno a Estremoz (regione dell'Alentejo).

6.2.2. Orientamento dei GMF

Per quanto riguarda l'orientamento teorico e metodologico dei GMF, la maggior parte dei gruppi ha riferito di utilizzare più di un quadro. Due gruppi hanno menzionato specificamente l'utilizzo del quadro della Psicoanalisi Multifamiliare sviluppato da J. García Badaracco. Inoltre, tre gruppi hanno indicato l'applicazione di quadri alternativi, come sistemico, psicodinamico, interfamiliare, gruppo operativo, ecc. Inoltre, due gruppi hanno riferito di utilizzare quadri psicoeducativi e cognitivo-comportamentali. In termini di titoli accademici, gli intervistati presentavano background diversi. Due (40%) erano psichiatri , due psicologi (40%) e due infermieri (20%).

Per quanto riguarda gli obiettivi degli interventi, i GMF perseguono comunemente obiettivi combinati. Tre gruppi hanno menzionato la conduzione di interventi psicoterapeutici, due hanno riferito di concentrarsi su interventi psicoeducativi, due gruppi hanno sottolineato il sostegno, due hanno menzionato la consulenza e un gruppo ha specificato che l'obiettivo primario era promuovere l'auto-aiuto.

6.2.3. Conduzione

Per quanto riguarda le caratteristiche dei gruppi conduttori/co-terapeuti, essi sono costituiti da équipe multidisciplinari. Tre dei gruppi hanno riferito di avere sia un conduttore che dei co-terapeuti, mentre due gruppi hanno menzionato di designare solo co-terapeuti.

Esaminando le qualifiche accademiche dei professionisti coinvolti nei GMF, si osserva che tre gruppi hanno riferito di avere psichiatri, tre psicologi e tre infermieri nel team. Inoltre sono stati menzionati gli assistenti sociali (2), i terapisti occupazionali (1), gli educatori (1) e altri professionisti con specialità educative e sociali (1). Per quanto riguarda la formazione dell'équipe conduttrice, esiste un'ampia gamma di esperienze psicoterapeutiche, con prevalenza di terapie derivate dalla psicoanalisi, come gruppoanalisi (1), terapie psicodinamiche (4), gruppi operativi, ecc. Due gruppi hanno riferito di aver seguito percorsi sistemici teoria della famiglia e un gruppo ha menzionato la terapia cognitivo-comportamentale. Per quanto riguarda la qualifica del conduttore (quando designato), solo due gruppi hanno fornito informazioni: uno aveva uno psichiatra e l'altro uno psicologo.

Per quanto riguarda la supervisione, è interessante notare che la maggior parte dei gruppi non ha segnalato alcuna supervisione (4), con un gruppo che ha menzionato sia la supervisione diretta/interna che quella indiretta/esterna. Quasi tutti i gruppi si impegnano nell'intervisione (4), con un solo gruppo che non partecipa.

6.2.4. Partecipanti

Per quanto riguarda l'età dei partecipanti, tutti i gruppi accettano adulti e tre gruppi includevano anche adulti più anziani (più di 65 anni).

Per quanto riguarda le generazioni che partecipano a questi gruppi e che li caratterizzano, quattro GMF hanno riportato la presenza di due generazioni e un gruppo ne comprendeva più di due.

Le relazioni tra gli individui in trattamento e i loro parenti hanno rivelato che tutti i gruppi includevano persone con legami paterni (5) e altri membri del nucleo familiare che convivevano con il paziente (5). Quattro gruppi includevano figli maschi, quattro includevano altri membri della famiglia allargata e quattro accettavano anche altri individui non appartenenti alla famiglia.

6.2.5. Struttura e funzionamento

Tutti i gruppi hanno riportato eterogeneità per quanto riguarda la diagnosi dei loro partecipanti, includendo tutti disturbi affettivi, disturbi di personalità, disturbi psicotici e disturbi d'ansia. Erano presenti anche altre patologie, vale a dire il Disturbo Psicossomatico (2), il Disturbo Alimentare (1), il Disturbo Post-traumatico da Stress (2), il Disturbo da Dipendenza (3) e il Disturbo Ossessivo-Compulsivo (3).

Per quanto riguarda il tipo di gruppo, la maggioranza (3) erano aperti, 1 era chiuso e 1 era ad apertura lenta. La durata dei gruppi variava da un minimo di 60 minuti ad un massimo di 120 minuti.

Per quanto riguarda l'utilizzo delle fasi di sviluppo, tutti i gruppi hanno dichiarato di non seguire questo metodo.

Considerando la dimensione dei gruppi, 1 aveva una dimensione piccola (meno di 10 partecipanti), 3 aveva una dimensione media (fino a 30 partecipanti) e 2 riportavano più di 30 partecipanti. La frequenza dei gruppi variava da quindicinale (2) a mensile (3). La maggior parte delle sessioni si è svolta durante l'orario di lavoro (4), mentre solo una si è svolta al di fuori dell'orario di lavoro. La maggior parte dei GMF operava in una sala di gruppo, mentre solo una utilizzava una sala polivalente. Quattro partecipanti hanno risposto che le condizioni della stanza erano considerate adeguate. La privacy e la riservatezza sono state considerate appropriate da 4 degli intervistati e non è stata fornita alcuna risposta da uno dei gruppi. Nella maggior parte dei gruppi i posti sono disposti in cerchio (3), mentre solo un gruppo siede attorno ad un tavolo. Altre disposizioni sono state ritenute irrilevanti.

Per quanto riguarda l'esistenza e la continuità in anni dei gruppi, essa variava da 1,5 a 22, con un tempo medio di 8,5 anni. Tutti i gruppi hanno segnalato qualche interruzione, con 4 gruppi interrotti a causa della pandemia e 1 gruppo a causa di limitazioni delle risorse umane. Tre gruppi hanno segnalato un cambiamento nella modalità dei gruppi, passando dalla modalità di persona a quella online. Due gruppi non hanno segnalato alcun cambiamento dopo l'interruzione, anche se un gruppo ha menzionato l'aggiunta dell'opzione di partecipazione online alla modalità di presenza. Il tempo di interruzione variava da 3 mesi a 18 mesi, principalmente durante la fase più critica della pandemia.

6.2.6. Invio

Per quanto riguarda l'invio dei partecipanti ai GMF, tutti i gruppi includono partecipanti provenienti dall'interno dell'organizzazione, 3 includono anche partecipanti provenienti da istituzioni esterne e 2 hanno inserito persone che si erano autoproposte.

6.3. FOCUS GROUPS

Sono stati condotti due focus group, seguendo le raccomandazioni del programma e utilizzando la metodologia condivisa con i partner. Il primo gruppo target comprendeva conduttori e co-terapeuti esperti in GPMF Il secondo gruppo target comprendeva familiari di ex pazienti del Day Hospital, insieme a terapisti che avevano familiarità con GMF ma privi di esperienza con GPMF. È stata

applicata un'analisi SWOT e la stessa serie di quattro domande è stata rivolta ai partecipanti di entrambi i gruppi.

6.3.1. Focus group con i conduttori di GMF

6.3.1.1. Partecipanti

Gli inviti sono stati estesi via e-mail e telefono a dodici (12) conduttori e co-terapeuti esperti in GPMF. Tuttavia, solo sei (6) hanno potuto partecipare al gruppo, composto da quattro psichiatri, uno psicologo e un professore universitario formato in psicoterapia con un tirocinio di due anni presso il GPMF del Day Hospital. Il gruppo aveva un moderatore e due osservatori.

6.3.1.2. Metodologia

Modalità: Sessione condotta (e registrata) attraverso la piattaforma Zoom

Durata della sessione: 90 minuti - dalle 09:00 alle 10:30

La sessione è iniziata con un breve benvenuto, esprimendo gratitudine ai presenti, seguito da una concisa presentazione del progetto "FA.M.HE." e dei suoi obiettivi generali. Successivamente, il gruppo ha ricevuto informazioni sulla metodologia e sugli obiettivi della sessione del Focus Group, insieme ad una spiegazione dei ruoli del moderatore e degli osservatori. È stato chiarito che sarebbero state poste quattro domande sui GPMF, basate sulla metodologia SWOT. Il moderatore ha chiesto il consenso dei partecipanti e ha ottenuto il loro consenso alla registrazione della sessione. Con consenso unanime, la sessione è iniziata e i partecipanti si sono presentati al gruppo. Sono state poi poste le domande successive.

6.3.1.3. Risultati

Domanda 1: Punti di forza (vantaggi): quali caratteristiche di un GMF lo rendono un dispositivo psicoterapeutico vantaggioso rispetto ad altri interventi psicoterapeutici (interni - famiglie/équipe/servizio; ed esterni - istituzione/comunità)?

- 1) Estensione dei problemi del paziente a tutta la famiglia - presenza di più generazioni.
- 2) Velocità della diagnosi.
- 3) Osservazione diretta della psicopatologia relazionale – intergenerazionalità e transgenerazionalità.
- 4) Rapido miglioramento del paziente in trattamento.
- 5) Apprendimento tra pari.
- 6) Cambiamento del concetto di ammalarsi: l'individuo non si disorganizza da solo, si disorganizza nell'ambiente familiare.
- 7) Possibilità di osservare i modelli relazionali e comunicativi dei diversi componenti della famiglia.
- 8) Tutela del paziente: Il terapeuta come lo ausiliario del paziente; la possibilità di mettersi alla prova in un ambiente protetto: i GPMF sono come un'anticamera della realtà sociale.
- 9) Facilitare una comunicazione aperta tra la famiglia, il paziente e l'équipe, evitando che la famiglia parli alle spalle del paziente.
- 10) Formazione e formazione degli operatori sanitari.
- 11) Costo/beneficio per il sistema sanitario – riduce le riospedalizzazioni e gli accessi al pronto soccorso.
- 12) Efficacia a lungo termine: miglioramenti per una durata più lunga.
- 13) Diminuzione della cronicità: tratta il problema alla radice invece di camuffarlo.

Domanda 2: Punti deboli (svantaggi): quali caratteristiche mettono il GPMF in una posizione di svantaggio rispetto ad altri dispositivi psicoterapeutici? (Interno - famiglie/équipe/servizio; ed Esterno - istituzione/comunità).

- 1) Non è sufficiente come dispositivo terapeutico – necessita di altri dispositivi per integrarlo (psicoterapia individuale in alcuni casi).
- 2) La difficoltà che a volte si presenta quando è necessario ripartire più o meno equamente il tempo di parola.
- 3) Logistica: necessità di più di un terapeuta; necessità di una stanza con spazio sufficiente e condizioni di privacy.
- 4) Necessità di un'adeguata formazione dei terapeuti – Il GPMF è un gruppo che implica conoscenze/esperienze tecniche specifiche.
- 5) Necessità di disponibilità, costanza e continuità dei terapeuti nelle sedute – nelle istituzioni può essere difficile mantenere questa continuità.

Domanda 3: Opportunità: quali aspetti dovrebbero essere enfatizzati nel GPMF, come approccio psicoterapeutico alla salute mentale, per facilitare l'adesione ad esso? Oppure, in che misura lavorare con il GPMF può contribuire alla trasformazione di: famiglie/équipe/servizio; e istituzione/comunità?

Dovrebbe essere sottolineata la rilevanza degli effetti positivi dei GMF sull'assistenza sanitaria pubblica e su altre istituzioni sociali.

- 2) Numerose opportunità per sviluppare identificazioni nuove e più strutturanti/sane, consentendo la crescita personale di pazienti, famiglie e terapeuti.
- 3) Opportunità formative per i tecnici: nuove esperienze professionali e un nuovo sguardo alla psichiatria.
- 4) La possibilità di utilizzare mezzi a distanza - raggiungere più persone (distanza e tempo).
- 5) La possibilità di ampliare la comprensione dei problemi del paziente: coprire varie fasi del ciclo di vita del paziente e della famiglia (transgenerazionalità) - attraverso le narrazioni dei diversi membri della famiglia.
- 6) L'opportunità di migliorare l'efficacia in termini di costi a lungo termine: miglioramenti più duraturi, meno crisi e meno assenteismo dal lavoro.

Domanda 4: Minacce: in che modo il GPMF può rappresentare una minaccia (interna/esterna)?

- 1) Resistenze culturali e psicologiche: per molti ciò che è sconosciuto o insolito è minaccioso.
- 2) Difficoltà poste dalle istituzioni che considerano il numero di tecnici coinvolti uno spreco di risorse.
- 3) Mancanza di professionisti specializzati.
- 4) Stanchezza dei tecnici sanitari nell'affrontare gli ostacoli posti dalle istituzioni.
- 5) Difficoltà nel garantire che i contenuti espressi nel gruppo rimangano privati.

6.3.2. Focus group con utenti GMF

6.3.2.1. Partecipanti

Sedici (16) inviti via telefono ed e-mail sono stati inviati a psicoterapeuti sanitari e operatori sanitari con conoscenza del GMF ma senza esperienza in GPMF, nonché a familiari di ex pazienti dei GPMF. Al gruppo potevano partecipare solo sette (7) persone: due psicologi che sono anche

psicoterapeuti, tre tirocinanti psichiatrici senza esperienza di psicoterapia (tutti senza esperienza in PMF) e due madri di ex pazienti. Il gruppo è stato moderato da una persona ed erano presenti due osservatori.

6.3.2.2. Metodologia

Modalità: La sessione è stata condotta (e registrata) attraverso la piattaforma Zoom.

Durata della sessione: 90 minuti - 09:00 - 10:30

Analogamente al Focus Group 1, il moderatore ha dato il benvenuto e ringraziato i presenti. È stata fornita una breve presentazione del progetto "FA.M.HE". e dei suoi obiettivi generali, insieme agli obiettivi della sessione e informazioni sulla metodologia dell'incontro. È stato spiegato il ruolo del moderatore e degli osservatori. In secondo luogo, è stato chiarito che sarebbe stata applicata la metodologia dell'analisi SWOT, prevedendo quattro domande sui punti di forza, di debolezza, di opportunità e di rischi del GPMF. Come nel Focus Group 1, il moderatore ha chiesto ai partecipanti se erano d'accordo e ha dato il loro consenso alla registrazione della sessione. Con il consenso di tutti, la sessione è iniziata con la presentazione dei partecipanti al gruppo. Successivamente sono state poste le seguenti domande.

6.3.2.3. Risultati

Domanda 1: Punti di forza (vantaggi): quali sono le caratteristiche del GPMF che lo rendono un dispositivo psicoterapeutico vantaggioso rispetto ad altri interventi psicoterapeutici (interni - famiglie/équipe/servizio; ed esterni - istituzione/comunità)?

- 1) Il ruolo del terapeuta come fattore stabilizzante: superare difficoltà di comunicazione, conflitti e variazioni linguistiche.
- 2) Possibilità di superare paure, inibizioni e tabù dopo l'adattamento al gruppo.
- 3) Transgenerazionalità – La presenza di più di una generazione consente l'identificazione di modelli transgenerazionali, affrontando gli attori del conflitto e risolvendo le incomprensioni.
- 4) Possibilità di rettificare/trasformare la comunicazione: chiarimento della comunicazione, risoluzione di incomprensioni e comprensione dei comportamenti.
- 5) Sviluppo del pensiero e del sentimento – imparare a pensare a se stessi attraverso gli altri.
- 6) Ampliamento della mente: molti individui possono iniziare a riflettere su se stessi solo quando ascoltano le descrizioni degli altri partecipanti, favorendo la creatività e nuove prospettive.
- 7) Universalità dei problemi psicologici e relazionali e possibilità di individuare soluzioni: l'ascolto dell'altro rompe l'isolamento familiare, facilitando il superamento dei problemi.
- 8) Sviluppo dell'empatia, inizialmente con gli altri e poi con i membri della propria famiglia.
- 9) Possibilità di comprendere i problemi da una nuova prospettiva, cercare soluzioni innovative e contribuire attivamente al recupero dei membri della famiglia.
- 10) Gerarchia della gravità del problema: la capacità di identificare a quali situazioni dare priorità, determinandone l'importanza.

Domanda 2: Punti deboli (svantaggi): quali caratteristiche mettono il GPMF in una posizione di svantaggio rispetto ad altri dispositivi psicoterapeutici? (Interno - famiglie/équipe/servizio; ed Esterno - istituzione/comunità)

- 1) Differenze generazionali: problemi diversi tra generazioni diverse possono ostacolare la comunicazione e l'empatia.
- 2) Necessità di terapisti ben formati.
- 3) Difficoltà nell'affrontare situazioni traumatiche in un gruppo numeroso.
- 4) Durata del gruppo e gestione del tempo in un gruppo numeroso.
- 5) L'adesione iniziale alla terapia di gruppo non è sempre facile.
- 6) Coesione di gruppo – ad esempio, alleanza terapeutica: la partecipazione irregolare dei membri a un gruppo terapeutico non favorisce lo sviluppo di un'alleanza terapeutica/coesione di gruppo. Se ci sono obiettivi terapeutici, è fondamentale impegnarsi a frequentare, poiché i legami e l'intimità che si formano tra i partecipanti devono essere basati sulla continuità.

Domanda 3: Opportunità: quali aspetti dovrebbero essere enfatizzati nel GPMF, come approccio psicoterapeutico alla salute mentale, per facilitare l'adesione ad esso? D'altra parte, in che misura lavorare con il GPMF può contribuire alla trasformazione di: famiglie/équipe/servizio; e istituzione/comunità?

- 1) Consapevolezza dell'impatto sugli altri: opportunità per migliorare la comunicazione e l'empatia.
- 2) Il GPMF guarisce le relazioni e i disallineamenti tra genitori e figli; e promuove la pace e la comprensione. Le persone in cura sentono la presenza dei loro familiari nel GPMF come una dimostrazione di cura e amore.
- 3) Aderenza ai farmaci e miglioramento della malattia
- 4) Speranza: il progresso degli altri mostra come sia possibile la ripresa.
- 5) Conoscenza di sé: è un'opportunità per i membri della famiglia di conoscere se stessi attraverso ciò che sperimentano nel gruppo.

Domanda 4: Minacce: in che modo il GPMF può rappresentare una minaccia (interna/esterna)?

- 1) Sfiducia e resistenza al trattamento in un gruppo numeroso.
- 2) Date le dimensioni del gruppo, tempo insufficiente per consentire a tutti di parlare.
- 3) I conflitti che sorgono nel gruppo potrebbero non essere completamente risolti entro il tempo disponibile.
- 4) Le assenze dal gruppo potrebbero essere percepite come una debolezza, portando a una sensazione di non essere integrati da coloro che sono assenti. Potrebbe incoraggiare gli altri ad essere assenti e l'assenza di membri della famiglia può essere percepita come una minaccia al trattamento.
- 5) Paura di fughe di notizie/violazioni della riservatezza.

6.3.3. Conclusioni del focus group

Analizzando il contenuto delle risposte ricevute alle quattro domande poste nei focus group 1 e 2, alcune erano simili, mentre altre erano diverse. L'obiettivo era confrontare le risposte dei terapisti con esperienza nel GMF con le risposte dei terapisti senza esperienza nel GMF e dei parenti di ex pazienti. Per facilitare il riepilogo e trarre conclusioni da questa analisi SWOT, sono state create diverse categorie in base al tipo di risposte ricevute (vedere di seguito, nella tabella 1).

Per la domanda 1 sono state create le seguenti categorie:

- Transgenerazionalità /presenza di più generazioni;
- Benefici per famiglie e terapisti;

- Possibilità di trasformazione;
- Vantaggi clinici e istituzionali.

Per la domanda 2 sono state create le seguenti categorie:

- Possibili difficoltà generate dalle differenze generazionali;
- Problemi di spazio e formazione;
- Difficoltà presentate per essere un gruppo (grande);
- Coesione di gruppo/Alleanza terapeutica.

Per la domanda 3 sono state create le seguenti categorie:

- Opportunità per pazienti e famiglie;
- Opportunità per gli operatori sanitari e le istituzioni.

Per la domanda 4 sono state create le seguenti categorie:

- Resistenze delle famiglie;
- Difficoltà delle istituzioni;
- Problemi con l'essere un (grande) gruppo.

Le risposte alla prima domanda sono state molto simili nei due focus group: entrambi hanno evidenziato l'importanza della presenza di più generazioni nella risoluzione dei problemi attuali, nonché la rilevanza della transgenerazionalità. Entrambi i gruppi hanno evidenziato i molteplici vantaggi dei GMF per le famiglie, i tecnici sanitari e le istituzioni.

La seconda domanda sottolineava la necessità di una formazione specifica dei terapisti e l'importanza di altri dispositivi terapeutici a complemento dei GMF; alcune difficoltà legate alla dimensione del gruppo e al divario generazionale; ed è stata evidenziata anche l'importanza della costanza nelle presenze, sia terapisti che familiari.

Per quanto riguarda le opportunità, il focus group 1 evidenzia le opportunità per i tecnici e le istituzioni di ridurre i tempi di trattamento con vantaggi in termini di costi-benefici, mentre il focus group 2 evidenzia le opportunità di crescita e sviluppo familiare.

Infine, nella domanda 4, minacce rispetto al GPMF, entrambi i gruppi evidenziano le resistenze e le difficoltà poste dai partecipanti e dalle istituzioni, e l'urgente necessità di una cultura di gruppo per combattere la resistenza psicologica a ciò che è sconosciuto o insolito.

Di seguito si riporta una tabella riepilogativa dei risultati ottenuti dai due focus group.

Tabella 1. Domande / categorie SWOT .

SWOT – DOMANDE		
Domanda 1: Punti di forza (vantaggi): Quali caratteristiche del GPMF lo rendono un dispositivo psicoterapeutico vantaggioso rispetto ad altri interventi psicoterapeutici (interni - famiglie/équipe/servizio; ed esterni - istituzione/comunità)?		
CATEGORIE	GRUPPO FOCUS 1	GRUPPO FOCUS 2
Transgerazionalità /presenza	1) Estensione dei problemi del	3) Transgenerazionalità – La

<p>di più generazioni</p>	<p>paziente a tutta la famiglia - presenza di più generazioni. 3) Osservazione diretta della psicopatologia relazionale – intergenerazionale e transgenerazionale .</p>	<p>presenza di più di una generazione consente l'identificazione di modelli transgenerazionali, affrontando gli attori del conflitto e risolvendo le incomprensioni.</p>
<p>Benefici per famiglie e terapisti</p>	<p>5) Apprendimento tra pari. 6) Cambiamento del concetto di ammalarsi: l'individuo non si disorganizza da solo, si disorganizza nell'ambiente familiare. 10) Formazione e formazione degli operatori sanitari.</p>	<p>5) Sviluppo del pensiero e del sentimento: imparare a pensare a se stessi attraverso gli altri. 6) Ampliamento della mente: molti individui possono iniziare a riflettere su se stessi solo quando ascoltano le descrizioni degli altri partecipanti, favorendo la creatività e nuove prospettive. 8) Sviluppo dell'empatia, inizialmente con gli altri e poi con i membri della propria famiglia.</p>
<p>Possibilità di trasformazione</p>	<p>7) Possibilità di osservare i modelli relazionali e comunicativi dei diversi componenti della famiglia. 8) Tutela del paziente: Il terapeuta come lo ausiliario del paziente; la possibilità di mettersi alla prova in un ambiente protetto: i GPMF sono come un'anticamera della realtà sociale. 9) Facilitazione di una comunicazione aperta tra la famiglia, il paziente e l'équipe, evitando che la famiglia parli alle spalle del paziente.</p>	<p>1) Il ruolo del terapeuta come fattore stabilizzante: superare difficoltà di comunicazione, conflitti e variazioni linguistiche. 2) Possibilità di superare paure, inibizioni e tabù dopo l'adattamento al gruppo . 4) Possibilità di rettificare/trasformare la comunicazione - chiarimento della comunicazione, risoluzione di incomprensioni e comprensione dei comportamenti. 7) Universalità dei problemi psicologici e relazionali e possibilità di individuare soluzioni: l'ascolto dell'altro rompe l'isolamento familiare, facilitando il superamento dei problemi. 9) Possibilità di comprendere i problemi da una nuova prospettiva, cercare soluzioni innovative e contribuire</p>

		attivamente al recupero dei membri della famiglia. 10) Gerarchia della gravità del problema: la capacità di identificare a quali situazioni dare priorità, determinandone l'importanza.
Vantaggi clinici e istituzionali	2) Velocità della diagnosi. 4) Rapido miglioramento del paziente in trattamento. 11) Positivo rapporto costi/benefici per il sistema sanitario – riduce le riospedalizzazioni e gli accessi al pronto soccorso. 12) Efficacia a lungo termine: miglioramenti per una durata più lunga. 13) Diminuzione della cronicità: tratta il problema alla radice invece di camuffarlo.	
Domanda 2: Punti deboli (svantaggi): quali caratteristiche mettono il GPMF in una posizione di svantaggio rispetto ad altri dispositivi psicoterapeutici? (Interno - famiglie/équipe/servizio; ed Esterno - istituzione/comunità)		
Possibili difficoltà generate dalle differenze generazionali		1) Differenze generazionali: problemi diversi tra generazioni diverse possono ostacolare la comunicazione e l'empatia.
Problemi di spazio e formazione	3) Logistica: necessità di più di un terapeuta; necessità di una stanza con spazio sufficiente e condizioni di privacy. 4) Necessità di un'adeguata formazione dei terapisti – GPMF è un gruppo che implica conoscenze/esperienze tecniche specifiche.	2) Necessità di terapisti ben formati.
Difficoltà presentate per essere un gruppo (grande).	1) Non è sufficiente come dispositivo terapeutico – necessita di altri dispositivi per integrarlo (psicoterapia	3) Difficoltà nell'affrontare situazioni traumatiche in un gruppo numeroso.

	<p>individuale in alcuni casi).</p> <p>2) A volte può essere difficile dividere equamente il tempo di parola.</p>	
Coesione di gruppo/Alleanza terapeutica	<p>5) Necessità di disponibilità, costanza e continuità dei terapeuti nelle sedute – nelle istituzioni può essere difficile mantenere questa continuità.</p>	<p>6) Coesione di gruppo – ad esempio, alleanza terapeutica: la partecipazione irregolare dei membri a un gruppo terapeutico non favorisce lo sviluppo di un'alleanza terapeutica/coesione di gruppo. Se ci sono obiettivi terapeutici, è fondamentale impegnarsi a frequentare, poiché i legami e l'intimità che si formano tra i partecipanti devono essere basati sulla continuità.</p>

Domanda 3: Opportunità: quali aspetti dovrebbero essere enfatizzati nel GPMF, come approccio psicoterapeutico alla salute mentale, per facilitare l'adesione ad esso? Oppure, in che misura lavorare con il GPMF può contribuire alla trasformazione di: famiglie/équipe/servizio; e istituzione/comunità?

Opportunità per pazienti e famiglie	<p>2) Numerose opportunità per sviluppare identificazioni nuove e più strutturanti/sane, consentendo la crescita personale di pazienti, famiglie e terapeuti.</p> <p>4) La possibilità di utilizzare mezzi a distanza - raggiungere più persone (distanza e tempo).</p>	<p>1) Consapevolezza dell'impatto sugli altri: opportunità per migliorare la comunicazione e l'empatia.</p> <p>2) Il GPMF cura le relazioni e i disallineamenti tra genitori e figli; promuove la pace e la comprensione. Le persone in cura sentono la presenza dei loro familiari nel GPMF come una dimostrazione di cura e amore.</p> <p>3) Aderenza ai farmaci e miglioramento della malattia</p> <p>4) Speranza: il progresso degli altri mostra come sia possibile la ripresa.</p> <p>5) Conoscenza di sé: è un'opportunità per i membri della famiglia di conoscere se stessi attraverso ciò che sperimentano nel gruppo.</p>
--	---	--

<p>Opportunità per gli operatori sanitari e le istituzioni</p>	<p>1) Dovrebbe essere sottolineata la rilevanza degli effetti positivi dei GMF sull'assistenza sanitaria pubblica e su altre istituzioni sociali.</p> <p>3) Opportunità formative per i tecnici: nuove esperienze professionali e un nuovo sguardo alla psichiatria.</p> <p>5) La possibilità di ampliare la comprensione dei problemi del paziente: coprire varie fasi del ciclo di vita del paziente e della famiglia (transgenerazionalità) - attraverso le narrazioni dei diversi membri della famiglia.</p> <p>6) L'opportunità di migliorare l'efficacia in termini di costi a lungo termine: miglioramenti più duraturi, meno crisi e meno assenteismo dal lavoro.</p>	
---	---	--

Domanda 4: Minacce: in che modo il GMF può rappresentare una minaccia (interna/esterna)?

<p>Resistenze delle famiglie</p>	<p>1) Resistenze culturali e psicologiche: per molti ciò che è sconosciuto o insolito è minaccioso.</p>	<p>1) Sfiducia e resistenza al trattamento in un gruppo numeroso.</p> <p>4) Le assenze dal gruppo potrebbero essere percepite come una debolezza, portando a una sensazione di non essere integrati da coloro che sono assenti. Potrebbe incoraggiare gli altri ad essere assenti e l'assenza di membri della famiglia può essere percepita come una minaccia al trattamento.</p>
<p>Difficoltà delle istituzioni</p>	<p>2) Difficoltà poste dalle istituzioni che considerano il numero di tecnici coinvolti uno spreco di risorse.</p> <p>3) Mancanza di professionisti specializzati.</p>	

	4) Stanchezza dei tecnici sanitari nel far fronte agli ostacoli posti dalle istituzioni.	
Problemi con l'essere un (grande) gruppo	5) Difficoltà nel garantire che i contenuti espressi nel gruppo rimangano privati.	2) Date le dimensioni del gruppo, non c'è tempo per parlare. 3) Conflitti che sorgono nel gruppo e vengono risolti entro il tempo a disposizione del gruppo. 5) Paura di fughe di notizie/violazioni della riservatezza.

6.4. RICERCA BIBLIOGRAFICA

Parallelamente allo sviluppo del questionario, è stata avviata una revisione completa della letteratura sull'intervento multifamiliare nella salute mentale. Questa revisione ha consentito ai partner del progetto di perfezionare e focalizzare la propria ricerca basata sul web in linea con gli obiettivi di ricerca e il primo risultato intellettuale del progetto. Sono stati utilizzati più motori di ricerca, tra cui Google, Google Scholar, PubMed, Hall e Cairn, con risultati organizzati utilizzando il software di gestione Zotero. È stato applicato lo stile di citazione dell'edizione APA VI.

Le parole chiave concordate, stabilite durante gli incontri transnazionali, includono:

- Psicoanalisi multifamiliare
- Terapia multifamiliare
- Gruppo multifamiliare
- Gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare
- Terapia di gruppo multifamiliare
- Trattamento di gruppo multifamiliare

Questi termini di ricerca sono stati tradotti nelle lingue nazionali pertinenti e integrati con termini specifici del paese. Il consenso tra i partner ha portato a ricerche in varie lingue nazionali, estendendosi oltre i confini nazionali per ciascuna lingua e comprendendo ulteriori paesi.

La ricerca bibliografica condotta in Portogallo ha rivelato che parole chiave come Gruppo Multifamiliare, Psicoanalisi Multifamiliare e Terapia Multifamiliare hanno prodotto un indice di contenuto più completo e qualitativo. La bibliografia in lingua portoghese comprendeva in particolare articoli, monografie, libri e capitoli di libri (fare riferimento all'Appendice 5 per i dettagli).

6.5. CONCLUSIONI

L'obiettivo primario del progetto "Gruppi multifamiliari nella salute mentale", che prevede la caratterizzazione dei modelli e la mappatura dei gruppi multifamiliari esistenti nella salute mentale in Portogallo, non è stato pienamente realizzato a causa dei vincoli delineati nel capitolo precedente (5.2), che hanno portato a ritardi nella consegna dei risultati dei questionari e dei Focus Group.

Sono stati ottenuti solo cinque questionari, in rappresentanza di cinque istituzioni. Questi risultati comprendono entrambi i tipi di GMF delineati negli obiettivi del progetto: 1) Gruppi multifamiliari psicoeducativi, che affrontano problemi di salute mentale e forniscono informazioni sulla loro gestione; e 2) Gruppi Psicoterapeutici Multifamiliari, che includono Gruppi di Psicoanalisi Multifamiliari. Quest'ultima tipologia comprende il Day Hospital del Servizio Psichiatrico del CHULN-HSM, fondato nel 2001 e pioniere in Portogallo (Lisbona), e il Day Hospital del Servizio Psichiatrico del CHLO, esistente dal 2016.

Come spiegato in precedenza, il Day Hospital, essendo parte di un ospedale universitario affiliato alla Facoltà di Medicina dell'Università di Lisbona (FMUL), ha costantemente incluso una componente formativa. Ciò ha facilitato la formazione di numerosi tecnici sanitari attraverso programmi di tirocinio istituzionale. Oltre ai tirocinanti istituzionali, il Day Hospital ha ospitato anche altri tecnici sanitari - psichiatri, psichiatri infantili, psicologi, infermieri - che, pur non essendo tirocinanti ufficiali, hanno espresso interesse ad apprendere il modello psicoanalitico e gruppoanalitico del Day Hospital. Questo interesse è cresciuto in modo significativo dopo l'avvio dei GMF nel 2001. Fino a qualche anno fa, molti colleghi, venuti a conoscenza dell'esistenza del GMF, chiedevano all'amministrazione CHULN-HSM l'autorizzazione a svolgere tirocini di osservazione/formazione volontari e non retribuiti della durata di diversi mesi. Alcuni di questi psicoterapeuti sanitari hanno successivamente replicato il modello del GMF del Day Hospital nelle istituzioni in cui erano impiegati ³. Tuttavia, negli ultimi anni, le nuove norme attuate dall'amministrazione CHULN-HSM hanno impedito ai tecnici sanitari che non fanno parte del sistema di tirocinio di formarsi presso il Day Hospital del CHULN-HSM.

Diversi fattori contribuiscono alla limitata diffusione dei Gruppi di Psicoanalisi Multifamiliari in Portogallo. La resistenza istituzionale e la necessità pragmatica di condizioni adeguate, come spazio fisico e psicoterapeuti formati, rappresentano sfide significative. Le resistenze istituzionali derivano da pregiudizi culturali e psicologici, disinformazione e pregiudizi riguardo ad alcuni approcci psicoterapeutici, in particolare alle psicoterapie di gruppo basate sulla dinamica. Questa resistenza può essere attribuita a dubbi, insicurezze, preferenze per approcci classici/farmacologici, false convinzioni sul rapporto costo-efficacia e preoccupazioni sull'utilizzo delle risorse. Affermazioni economiche e legate alle risorse, come lo spreco percepito di risorse umane a causa del numero di tecnici coinvolti nelle psicoterapie di gruppo, sono state identificate come minacce ai gruppi multifamiliari dai conduttori dei GMF nei focus group.

Affrontare queste sfide richiede lo sviluppo di una "cultura di gruppo" per contrastare la resistenza psicologica all'ignoto o al non convenzionale. Inoltre, la natura burocratica delle istituzioni portoghesi pone ulteriori ostacoli, ostacolando l'implementazione di approcci nuovi e diversi a causa di varie procedure e vincoli.

³ 1) Day Hospital del Servizio Psichiatrico dell'Ospedale Fernando da Fonseca di Amadora, distretto di Lisbona; 2) Day Hospital del Servizio Psichiatrico del CHLO; 3) Centro Diurno dell'Istituto sulle Droghe e le Dipendenze (IDT), attualmente Servizio di Intervento sulle Dipendenze e Dipendenze (SICAD); il primo e il secondo gruppo si sono conclusi alcuni anni fa.

Sebbene alcuni partecipanti al Focus Group abbiano riconosciuto il potenziale dei gruppi multifamiliari come contesto prezioso per la formazione degli operatori sanitari, hanno anche sottolineato la necessità di una formazione specifica per i terapisti GMF. Per quanto riguarda il valore aggiunto dei GMF, i partecipanti hanno sottolineato l'importanza della presenza di più di una generazione come vantaggio nella risoluzione dei conflitti attuali. Entrambi i Focus Group hanno sottolineato i numerosi benefici dei GMF per le famiglie, i tecnici sanitari e le istituzioni.

7. RISULTATI

7.1. INDAGINE: ANALISI

ADIFM (Associação para Investigação e Desenvolvimento da Faculdade de Medicina , Portogallo) si è assunta la responsabilità di presentare i risultati del progetto Intellectual Output I per i quattro paesi coinvolti. Dopo aver compilato il rapporto e ricevuto rapporti dai partner in Italia, Belgio e Spagna, ha prodotto il rapporto finale per i quattro paesi, come presentato di seguito.

La diffusione delle psicoterapie di gruppo, in particolare dei Gruppi Multifamiliari (GMF), è considerata una delle innovazioni più significative nei servizi di salute mentale. Sebbene la “psicoterapia di gruppo” abbia una lunga storia, ⁴la pratica della psicoterapia multifamiliare è emersa negli anni '70, principalmente seguendo l'approccio psicoanalitico introdotto dallo psichiatra argentino García Badaracco. Lo adottò per la prima volta negli anni '60 presso l'Ospedale Psichiatrico di Buenos Aires, dove il lavoro di collaborazione con pazienti ricoverati e familiari dimostrò la possibilità di dimettere individui dalla struttura di asilo. Il GMF ha iniziato a guadagnare terreno nel nuovo secolo, evolvendosi parallelamente allo sviluppo congiunto della terapia familiare e dell'approccio sistemico. Oggi comprende vari modelli teorici e costituisce una pratica psicoterapeutica consolidata, supportata da prove che ne confermano l'efficacia in termini di risultati.⁵

Il GMF facilita la creazione di un clima terapeutico, spesso caratterizzato da una forte intensità emotiva, coinvolgendo persone con sofferenza psichica, i loro familiari/parenti o figure vicine e professionisti provenienti da contesti diversi. Tipicamente coinvolge un gran numero di persone (da 30 a 90) che rappresentano almeno due generazioni. Con il suo approccio psicodinamico, il gruppo si caratterizza come un'esperienza trasformativa per tutti i soggetti coinvolti, “sia per la ricchezza dell'esperienza umana che per la qualità dell'apprendimento reciproco che si sperimenta”.⁶

Il GMF apre una nuova fase nel trattamento dei disturbi psichiatrici favorendo una dinamica interattiva che rende gli “utenti”, soprattutto quelli affetti da psicosi, e i loro familiari, consapevoli dei legami di interdipendenza patologici in cui sono coinvolti. Ciò consente loro di riflettere e confrontare le loro situazioni con quelle degli altri partecipanti.

Questo processo si svolge attraverso incontri collettivi basati su poche regole: tutti gli individui sono "ascoltati, compresi e rispettati nella misura in cui sentono di poter contare l'uno sull'aiuto dell'altro e, quindi, sul parere dell'altro, anche se diverso". dal proprio', tutti di pari valore. All'interno del gruppo “si costruisce una situazione in cui tutti possono guardare dall'esterno il ruolo che svolgono nella propria vita e il modo in cui lo svolgono: figli, genitori e caregiver, loro stessi figli e/o genitori”. Oltre al valore intrinseco della dimensione interiore, esiste la dimensione relazionale dell'incontro tra persone: «non si è più figlio, genitore o psichiatra. Ci si sente alla pari con l'altro', mentre il dialogo tra utenti e familiari non può fare a meno di 'guardarsi negli occhi' e di favorire il

⁴Questa definizione ha avuto origine negli anni '30, attribuita a JL Moreno.

⁵La letteratura e le testimonianze contenute in questa ricerca evidenziano vari benefici, tra cui il miglioramento delle relazioni familiari e la riduzione dei ricoveri TSO e della terapia farmacologica. Come osservato, 'Quanto più aumenta la competenza della famiglia e tra famiglie, la terapia farmacologica può essere ridotta di 3 o 4 volte in modo graduale e coerente ed il miglioramento delle relazioni familiari'. Cfr. Canevaro A., Bonifazi S. (2011), *Il gruppo multifamiliare. Un approccio esperienziale*, Armando Editore, Roma, p. 49.

⁶Cfr. di G. Villa (2016), *Il Gruppo Multifamiliare tra funzione migrante e apprendimento*, 'In Gruppo: omogeneità e differenze, rivista online Argo6.

contatto emotivo nello 'spazio drammatico' dell'incontro. I temi chiave della partecipazione al GMF includono "condivisione", "confronto", "scambio", "supporto" o "aiuto"⁷ stabilire un clima terapeutico basato sulla fiducia, sull'empatia, sul rispetto, sull'accettazione di sé e degli altri e sulla spontaneità del contatto umano. Questo clima è influenzato dalle qualità relazionali, soprattutto empatiche, dei caregiver, a partire dal conduttore/coordinatore. Questa figura stimola e regola i dialoghi dando la parola a tutti coloro che ne fanno richiesta, facilitando la rapida circolazione delle idee e favorendo una successione di interventi basati su 'libere associazioni' affinché tutti possano imparare, per analogia o imitazione, dalle esperienze degli altri. Inoltre, i partecipanti possono rispecchiarsi a vicenda.

Il conduttore è coadiuvato da altri operatori che si astengono da qualsiasi giudizio nei confronti delle persone sofferenti e dei familiari e abbandonano le loro "certezze cognitive per immergersi nel mondo degli affetti e delle emozioni, accettando di fluttuare liberamente insieme a tutti gli altri"⁹; possono poi discutere in equipe quello che succede per cui l'esperienza dell'apprendimento continuo nel Gruppo accomuna operatori e familiari.

Il GMF rafforza la presa in carico della famiglia come ambito del "paziente designato", la toglie dall'isolamento e la valorizza nella cooperazione terapeutica, come parte attiva dei progetti di recovery. Al tempo stesso stimola la ricerca di "auto aiuto" tra familiari. Non è un caso che la maggior parte dei familiari dei GMF sono presenti anche nei gruppi di auto mutuo aiuto¹⁰; peraltro questi possono essere anche l'esito di un percorso di gruppi multifamiliari che gradualmente si autonomizzano. È stato detto che "l'arte del GMF è aiutare le famiglie ad aiutare se stesse" per cui "quando questo accade il gruppo può funzionare da solo"¹¹.

7.1.1. La ricerca: scopo, obiettivi cognitivi e metodologia

L'obiettivo principale di questa prima ricerca esplorativa era quello di migliorare la comprensione delle esperienze e del funzionamento dei GMF in quattro paesi europei, ciascuno con storie e percorsi differenti nella transizione dalla psichiatria alla salute mentale. Sebbene queste esperienze siano relativamente recenti, non ancora molto diffuse o uniformi e ancora in evoluzione, tuttavia rappresentano una strada convincente per affrontare il disagio da una prospettiva sistemica, familiare e comunitaria, che vada oltre le prestazioni specialistiche e le terapie individuali.

La ricerca si è sviluppata in due fasi sequenziali:

1) Una prima indagine che mirava a raccogliere informazioni sulle caratteristiche generali, organizzative e operative dei GMF, attraverso la compilazione di un questionario da parte dei partecipanti. Gli obiettivi cognitivi specifici comprendono i seguenti insiemi di indicatori:

- Aspetti generali: momento della nascita, ente promotore e attivatore del servizio, orientamento teorico-metodologico.
- Elementi logistici e organizzativi: idoneità della sala riunioni e organizzazione degli spazi, modalità di riunione, frequenza, durata e orario.
- Risorse umane coinvolte: entità, qualifiche, background formativo specifico e composizione del team.
- Aspetti operativi del gruppo: dimensione, apertura-chiusura, fasi e sessioni, supervisione e intervensione, interruzioni, cambiamenti nel tempo e impatti della pandemia COVID-19.
- Caratteristiche dei partecipanti: canale di invio, fascia di età e patologie prevalenti.

⁷Cfr. (a cura di) R. Frisanco (2016), Reti di cura e disagio psichico. Utenti, famiglie e servizi di salute mentale a Roma, Palombi Editori, Roma.

2) Un successivo studio qualitativo approfondito sui GMF condotto in ciascun Paese, con due interviste focalizzate di gruppo: il primo focus group ha coinvolto una rappresentanza dei conduttori del gruppo mentre il secondo ha coinvolto un piccolo campione di utenti. Insieme, hanno facilitato una prima valutazione soggettiva del fenomeno osservato, individuando punti di forza, debolezza, opportunità e ostacoli.

Il “valore aggiunto” di questa indagine sta nella comparazione delle esperienze dei quattro Paesi, evidenziandone disparità e aspetti originali, integrati dalle riflessioni dei diretti interessati.

Da un punto di vista metodologico, lo studio ha mostrato prevalentemente le caratteristiche (e i limiti) di un sondaggio esplorativo: la prima fase iniziale ha utilizzato un questionario strutturato di 36 domande chiuse e risposte alternative, somministrato online tramite Google Forms.

La successiva fase qualitativa ha previsto interviste a piccoli gruppi di conduttori e utenti (Focus Group), guidate da domande specifiche per facilitare discussioni collettive approfondite sugli aspetti chiave dei GMF (“focus”).

7.1.2. Esame dei dati della ricerca nei quattro paesi dell'UE

Nei quattro paesi sono stati esaminati 92 gruppi multifamiliari, un numero inferiore a quello previsto. Questa situazione è degna di nota, soprattutto se si considera che, ad eccezione del Portogallo, l'adozione diffusa dei GMF avrebbe potuto consentire l'esplorazione di un campione di casi più ampio. Queste esperienze non sono ancora ben consolidate e stabili, data la loro relativamente recente integrazione nel sistema dei servizi di salute mentale. È interessante notare che, anche in luoghi dotati di un sistema informativo sulla salute mentale, come l'Italia, i dati su questo approccio terapeutico non vengono raccolti, riflettendo una mancanza di riconoscimento neanche come aspetto innovativo.

7.1.3. Il profilo dei gruppi multifamiliari (GMF)

I Gruppi Multifamiliari (GMF) esaminati nelle quattro aree nazionali hanno durata di attività diversa. La loro “anzianità” media è complessivamente di 8,5 anni, ma il valore temporale mediano più accurato è di poco superiore ai 6 anni. I GMF più affermati si trovano in Spagna, con una media di 10,6 anni di attività, seguita da Italia e Portogallo (8,6 anni). La comparsa dei GMF nei servizi di salute mentale in Belgio è relativamente recente, con una media di 6,1 anni. L'Italia ha l'esperienza più lunga, con GMF attivi da 45 anni, mentre in Spagna 9 gruppi sono attivi da almeno 15 anni, di cui il più anziano è stato fondato 38 anni fa. In Belgio, il gruppo più anziano ha un track record di 23 anni. È evidente che i GMF da più tempo attivi hanno adottato il modello di psicoanalisi multifamiliare di García Badaracco, presente principalmente in Spagna e Italia. Questi gruppi sono attivi da 9 anni, soprattutto in Spagna, dove l'anzianità media dei GMF di impronta psicoanalitica è di quasi 11 anni.

Per quanto riguarda i compilatori, questa responsabilità è stata assunta in prevalenza dagli psicologi (53,3%), soprattutto in Italia e Belgio (più nelle Fiandre), mentre in Spagna hanno avuto un ruolo più importante gli psichiatri. La prevalenza degli psicologi rispetto ad altri ruoli indica sia la loro diversa presenza numerica nei gruppi, sia il loro diseguale coinvolgimento nella conduzione terapeutica dei GMF. Infermieri e assistenti sociali, figure ausiliarie dei servizi di salute mentale, hanno avuto un ruolo marginale nella compilazione del questionario (Tabella 2).

Tabella 2. Ruolo professionale degli operatori che hanno risposto al questionario.

DESCRIZIONE	Totale media %		I	S	B	P
Psicologo	49	53.3	18	11	18	2
Psichiatra	37	40.2	15	15	5	2
Infermiera	1	1.1	0	0	0	1
Operatore della previdenza sociale	2	2.2	0	2	0	0
Altro	3	3.2	2	0	1	0
Totale	92	100	35	28	24	5

Fonte: ricerca FA.M.HE 2023. av = valore assoluto; % = valore relativo.

Le strutture che avviano GMF sono prevalentemente pubbliche (57,6%), con distribuzioni variabili nei diversi paesi. In Italia e Portogallo si registra un coinvolgimento più marcato delle istituzioni sanitarie, mentre in Spagna prevalgono leggermente le iniziative degli enti amministrativi privati (o del terzo settore), analogamente alla situazione del Belgio (Tabella 3).

Tabella 3. Tipo di struttura amministrativa.

***Strutture private sia del mondo associativo che privato profit; **10 appartengono al settore privato profit e 5 sono enti del terzo settore affiliati al pubblico; ***Organizzazioni senza scopo di lucro.**

DESCRIZIONE	Totale av (%)		I	S	B	P
Pubblico	53	57.6	26	13	11	3
Privato	38	41.3	9*	15**	13***	1
Partenariato pubblico-privato	1	1.1	0	0	0	1
Totale	92	100	35	28	24	5

Fonte: ricerca FA.M.HE 2023. av = valore assoluto; % = valore relativo.

Il tipo di servizio che la maggior parte sostiene e utilizza un GMF è il servizio territoriale di salute mentale (34,8%). Questo modello prevale in Italia e Spagna, dove la rete di tali servizi è più estesa. In Belgio, l'ospedale psichiatrico tradizionale svolge ancora un ruolo significativo, anche se ha la capacità di abbracciare approcci innovativi come i GMF. L'aspetto significativo dell'esperienza belga risiede nella capacità di valutare l'efficacia del gruppo nel processo di superamento di queste strutture più tradizionali. Tuttavia, sia nelle Fiandre che in Vallonia, i Centri di salute mentale sono del tutto estranei alla gestione dei GMF, evidenziando una situazione caratterizzata da responsabilità frammentate per i servizi di salute mentale tra governi federali e locali. L'esperienza portoghese è in qualche modo simile, con i pochi gruppi analizzati presenti esclusivamente nelle strutture di degenza psichiatrica dell'Ospedale Generale e nelle strutture residenziali (Comunità Terapeutica, Tabella 4).

Tabella 4. Tipologia di contesto/struttura in cui sono condotte le sessioni.

DESCRIZIONE	Totale av (%)		I	S	B	P
Centro sanitario comunitario	32	34.8	19	13	0	0
Ospedale psichiatrico	23	25.0	0	1	22	0
Ospedale Generale/Reparto Psichiatrico	7	7.6	2	1	1	3
Organizzazione comunitaria	12	13.0	7	5	0	0
Comunità terapeutica	6	6.5	2	2	0	2
Ospedale diurno	5	5.4	0	5	0	0
Altro	7	7.6	5	1	1	0
Intervistati totali	92	100	35	28	24	5

Fonte: ricerca FA.M.HE 2023. av = valore assoluto; % = valore relativo.

Tuttavia, i GMF a vocazione territoriale, di tipo non esclusivamente sanitario, costituiscono la maggioranza dei casi esaminati (53,3%). Questa proporzione sale al 74,3% tra quelli esaminati in Italia, indicando una crescente enfasi sulla concezione e sulla pratica “relazionale” nell'approccio terapeutico alla salute mentale. L'approccio sistemico-familiare introdotto dai GMF, ovunque operino, significa un allontanamento dal tradizionale approccio psichiatrico centrato su farmaci e letti. Afferma invece un nuovo paradigma operativo nei servizi di salute mentale.

In sintesi, si osserva che i GMF sono considerati una risorsa indispensabile per l'attività terapeutica in qualsiasi tipologia di servizio, sia esso territoriale, ospedaliero, residenziale o diurno, ciascuno con i suoi ambiti e obiettivi peculiari. In altre parole, in qualunque tipo di organizzazione terapeutica il GMF ha una missione distinta, soprattutto quando è aperto e investe nella sua continuità nel tempo.

Per quanto riguarda la tipologia assistenziale predominante nelle strutture con gruppo multifamiliare, l'assistenza ambulatoriale-territoriale è la più diffusa (57,6%). Tuttavia, questa prevalenza è concentrata in Italia e Spagna, dove quasi 8 casi su 10 rientrano in questa categoria. Al contrario, nelle due regioni del Belgio e in Portogallo, i GMF servono principalmente pazienti ricoverati nei reparti psichiatrici dell'Ospedale Generale o nel Day Hospital (che costituiscono il 69% delle forme di assistenza) (Tabella 5).

Tabella 5. Tipologia del servizio di assistenza.

DESCRIZIONE	Totale av (%)		I	S	B	P
Ambulatorio	53	57.6	22	20	10	1
Ospedale diurno	25	27.2	2	8	13	2
Reparto di degenza	21	22.8	1	1	18	1
Assistenza residenziale	8	8.7	4	1	2	1
Altro	14	15.2	9	3	2	0
Risposte totali	121	131,5	38	33	45	5
Intervistati totali	92	100	35	28	24	5

Fonte: ricerca FA.M.HE 2023. av = valore assoluto; % = valore relativo.

Tra gli obiettivi dell'intervento all'interno del GMF, quello prevalente è l'obiettivo psicoterapeutico, indicato in quasi 9 risposte su 10. In media, questo obiettivo psicoterapeutico è accompagnato da un altro, più comunemente quello di fornire supporto ai partecipanti o favorire un focus psicoeducativo. Il "sostegno" è strettamente legato agli interventi psicoterapeutici o psicoeducativi, facilitando questi obiettivi creando un ambiente di accettazione, comprensione delle esperienze e condivisione della sofferenza. I pochi gruppi che non danno priorità all'obiettivo psicoterapeutico sono quelli orientati all'auto-aiuto, alla consulenza e/o al semplice supporto, o ad un'azione psicoeducativa probabilmente periferia rispetto ad un intervento terapeutico. In media, i GMF belgi implementano più obiettivi di intervento (2,9), con alcune variazioni tra Fiandre e Vallonia (dove c'è maggiore enfasi sull'auto-aiuto e sulla consulenza), a differenza dei GMF italiani (1,8) (Tabella 6).

Tabella 6. Obiettivi dell'intervento GMF, sulla base degli intervistati e delle risposte.

DESCRIZIONE	Totale		I	S	B	P	
	v (%) ¹	(%) ²					
Psicoterapeutico	79	39,9	85,9	27	28	20	4
Supporto	42	21.2	45.6	12	14	16	0
Psicoeducativo	36	18.2	39.1	13	6	15	2
Autoaiuto	20	10.1	21.7	8	3	9	0
Consulenza	15	7.6	16.3	2	6	7	0
Altro	6	3.0	6.5	1	2	2	1
Intervistati totali	92	100	-	63	59	69	7
Risposte totali	198	-	215.1	35	28	24	5

Fonte: ricerca FA.M.HE 2023. av = valore assoluto; %¹ = valore relativo considerando il totale degli intervistati; %² = valore relativo considerando il numero totale di risposte.

La distribuzione dei GMF rispetto al loro quadro teorico di riferimento rivela una preferenza predominante per una delle quattro teorie principali: psicoanalitica, psicoeducativa, psicodinamica e sistemica. Si tratta tuttavia di approcci non strettamente esclusivi, spesso caratterizzati da punti di contatto, ibridazioni e proceduralità tecnico-operative condivise. Nel campione dei quattro paesi europei, l'approccio teorico prevalente è la psicoanalisi multifamiliare (52%), introdotta da J. García Badaracco. Questo approccio è quasi esclusivo delle esperienze di gruppo in Italia e Spagna, che costituiscono il 92% del totale. Seguono in ordine di frequenza la teoria sistemica della famiglia e l'approccio psicoeducativo, entrambi particolarmente presenti nell'esperienza belga. Infine, solo il 15% dei gruppi, limitatamente a Italia e Belgio, adotta l'approccio psicodinamico.

È essenziale notare le risposte "altre", che indicano esperienze locali (come i gruppi terapeutici) o una miscela di teorie e tecniche diverse. Un esempio illustrativo è quello di Javier Sempere in Spagna, che ha avviato il Gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare e ha sviluppato il proprio modello di Terapia Familiare, incorporando la teoria dell'attaccamento (Bowlby) e l'approccio del dialogo aperto (Seikkula). Altri esempi di sperimentazione si possono trovare in Belgio (modello basato su principi cognitivi di Maudsley e modello psicoeducativo di McFarlane) e in Italia con il Gruppo Multifamiliare di Psicoanalisi Integrativa (Mandelbaum). Questo panorama diversificato riflette la vivacità nel plasmare le tecniche terapeutiche applicate alle famiglie (Tabella 7).

Tabella 7. Background teorico dei GMF.

DESCRIZIONE	Totale		I	S	B	P
	av	(%)				
Psicoanalisi multifamiliare	48	52.2	21	23	2	2
Psicoeducazione	18	19.6	7	0	9	2
Teoria sistemica	24	26.1	4	4	16	0
Teoria dinamica	14	15.2	4	6	4	0
Altro background teorico	17	18.5	3	8	5	1
Risposte totali	121	131,5	37	41	36	5
Più di uno sfondo	27	29.4	2	13	12	0
Intervistati totali	92	100	35	28	24	5

Fonte: ricerca FA.M.HE 2023. av = valore assoluto; % = valore relativo.

In totale, ci sono 261 membri del team nei 92 GMF, con una media di 2,8 professionisti per unità, senza differenze significative osservate tra i quattro paesi.

Esaminando i titoli di studio, i dati sottolineano una presenza predominante di laureati in psicologia, riscontrata in 9 GMF su 10, con una rappresentanza coerente in tutti e quattro i paesi. Anche i laureati in psichiatria sono ben rappresentati nella maggior parte dei gruppi, leggermente indietro rispetto agli psicologi, tranne che in Spagna dove sono presenti in 8 casi su 10. Gli infermieri emergono come il terzo gruppo professionale più diffuso, in particolare in Belgio, dove i gruppi sono più attivi nei ⁸contesti ospedalieri psichiatrici. Seguono gli assistenti sociali, mentre gli educatori hanno una presenza minore. Le ultime due figure sono relativamente più comuni nei GMF italiani, spesso integrando l'esperienza di psicologi o psichiatri, occasionalmente con l'inclusione di terapisti della riabilitazione. Cifre simili, tra cui 17 "altri" caregiver, si osservano anche in Belgio (Tabella 8).

⁸Si può fare una distinzione in Belgio, tra le Fiandre, dove lavorano più psicologi e assistenti sociali, e la Vallonia, che ha una percentuale più alta di psichiatri e infermieri; queste situazioni sembrano caratterizzare due modelli di approccio terapeutico in salute mentale.

Tabella 8. Titolo di studio dei membri del GMF.

* terapeuti riabilitazione psichiatrica ** Altri terapeuti (11), Professionista di esperienza (2), Altro (4).

DESCRIZIONE	Totale		I	S	B	P
	av	(%)				
Psicologi	82	89.1	33	24	22	3
Psichiatri	52	56,5	17	22	10	3
Infermieri	41	44.6	13	10	15	3
Operatore dei servizi sociali	29	31.5	12	8	7	2
Educativo	12	13.0	6	1	4	1
Terapista occupazionale	10	10.9	2	7	0	1
Altro	35	38.0	13*	4	17**	1
Risposte totali	261	283,7	96	76	75	14
Valore medio	2.8	-	2.7	2.7	2.8	2.8
Intervistati totali	92	100	35	28	24	5

Fonte: ricerca FA.M.HE 2023. av = valore assoluto; % = valore relativo.

Un'indagine pertinente riguarda il background formativo psicoterapeutico dei membri dell'équipe, complementare sia alla formazione universitaria, dove viene posta particolare attenzione alla persona, sia alla formazione specialistica, dove si trattano al massimo famiglie nucleari. Lavorare con un gruppo numeroso può indurre il caregiver a "sperimentare abitualmente la sensazione di perdita del controllo terapeutico con la conseguente insorgenza di ansia e comportamenti di evitamento".⁹ Di conseguenza, si ritiene essenziale che la formazione di coloro che sono coinvolti nei GMF, in particolare di coloro che li conducono, comprenda la psicoterapia individuale, di gruppo e sistemico-familiare, insieme alla familiarità con lo psicodramma e i gruppi di Gestalt, indipendentemente dall'orientamento teorico del gruppo.

Per quanto riguarda il background formativo dei conduttori dei gruppi partecipanti allo studio, sono state individuate sei aree principali : psicoterapia cognitivo-comportamentale, terapia familiare sistemica, psicoanalisi, analisi di gruppo, altre terapie di gruppo e terapia psicodinamica. Si nota una notevole enfasi sulla formazione nella " terapia familiare sistemica" (citata dal 57,5% dei caregiver) e, secondariamente, sulla "terapia psicodinamica" (46,7%). Quattro facilitatori di GMF su dieci hanno effettuato una formazione in psicoanalisi, allineandosi con l'approccio teorico di un numero significativo di gruppi. In media, vengono menzionati 2,5 argomenti di formazione specifici , con la Spagna che riporta una media più alta di 3,1, dove vengono riconosciuti anche campi di formazione aggiuntivi. Il Belgio, invece, registra una media più bassa, pari a 1,8, con un focus specifico sugli approfondimenti in ambito sistemico e cognitivo-comportamentale (Tabella 9).

⁹Cfr. Canevaro A. e Bonifazi S. (2011), Il gruppo multifamiliare. Un approccio esperienziale , Roma, Armando Editore .

Tabella 9. Tipo di background psicoterapeutico dei membri del team dei GMF.

DESCRIZIONE	Totale		I	S	B	P
	av	(%)				
Terapia sistemica	53	57,5	20	12	19	2
Terapia psicodinamica	43	46.7	18	16	5	4
Psicoanalisi	36	39.1	16	16	2	2
Analisi di gruppo	29	31.5	8	20	0	1
Psicoterapia cognitivo-comportamentale	27	29.3	12	4	10	1
Altre terapie di gruppo	22	23.9	7	12	3	0
Altro	22	23.9	7	8	5	2
Risposte totali	232	252.2	88	88	44	12
Valore medio	2.5		2.5	3.1	1.8	2.4
Intervistati totali	92	100	35	28	24	5

Fonte: ricerca FA.M.HE 2023. av = valore assoluto; % = valore relativo.

Altro aspetto distintivo del profilo operativo del gruppo è la sua conduzione : l'assunzione del coordinamento terapeutico con la responsabilità del mantenimento della funzionalità del GMF. Gli autori che studiano i GMF confermano che un gruppo dovrebbe avere almeno una coppia di terapisti, uno che guida il gruppo e l'altro (o altri) che agisce come co-terapeuta(i), svolgendo un ruolo complementare, impegnato nell'osservazione partecipante delle dinamiche di gruppo. . Soprattutto nei gruppi più grandi è consigliabile avere più di un conduttore e diversi co-terapeuti. Il ruolo dei conduttori e dei terapeuti riveste un significato strategico, in particolare durante gli incontri iniziali e le fasi di transizione all'interno del gruppo, con l'obiettivo di incoraggiare l'interazione tra tutti i membri, stabilire un'atmosfera favorevole e contenere le manifestazioni emotive e psicologiche delle ansie familiari. Intervengono inoltre costantemente con un approccio coesivo per connettere narrazioni ed eventi, attribuendo così significato e prospettiva alle esperienze dei partecipanti. Nella maggior parte dei 92 gruppi censiti (54,3%) esiste una conduzione strutturata di coordinamento congiunto a livello più terapeutico , che può essere svolta da diverse figure professionali (in 42 GMF). Si notano alcune variazioni tra i quattro paesi: la prevalenza di conduttori è più alta tra i GMF italiani (63 %) e i pochi GMF portoghesi, in diminuzione in Spagna (57%) e significativamente ridotta in Belgio (37,5%). dove i GMF sono guidati dalla coppia psicologo-infermiere (nelle Fiandre) o dalla coppia psichiatra-infermiere (in Vallonia, Tabella 10).

Tabella 10. Composizione del team GMF.

DESCRIZIONE	Totale		I	S	B	P
	av	(%)				
1 conduttore e co-terapeuti	42	45.6	21	10	8	3
Solo co-terapeuti (nessun conduttore)	42	45.6	13	12	15	2
2 o 3 conduttori o più co-terapeuti	8	8.7	1	6	1	0
Totale	92	100	35	28	24	5

Fonte: ricerca FA.M.HE 2023. av = valore assoluto; % = valore relativo.

Gli operatori e le équipes coinvolte in tutte le attività psicoterapeutiche devono monitorare la condotta e i progressi del gruppo attraverso una specifica metodologia di controllo. Inizialmente si ricorre alla supervisione che, nel caso del GMF, può avvenire in tempi e con modalità differenti: con un monitoraggio continuo condotto dalla stessa équipe dopo ogni seduta; attraverso riunioni periodiche del team di servizio, comprese discussioni sul trattamento dei singoli casi; e attraverso una valutazione esterna dei progressi del gruppo. La supervisione esterna può integrare la supervisione interna.

In totale, poco meno della metà dei gruppi (49%) prevede una supervisione interna e/o esterna. Gli italiani mostrano la più alta propensione verso questa pratica (57,1%), seguiti da spagnoli e belgi (50%), mentre in Portogallo un gruppo su cinque si avvale di tale supervisione. In alcuni casi, come indicato nei rapporti nazionali, sembra che venga condotta la “supervisione tra pari”, che prevede un confronto tra terapisti che conducono o partecipano al gruppo.

Al contrario, l'intervisione è praticata quasi universalmente, con variazioni trascurabili. Questo approccio facilita il monitoraggio dei singoli utenti del servizio che sono anche partecipanti al gruppo; i casi vengono discussi in modo collaborativo e vengono scambiati idee e suggerimenti. In sostanza, funziona come un metodo di “apprendimento attraverso la pratica”, consentendo la definizione di approcci efficaci per lavorare su casi individuali e informando le pratiche per gestire situazioni simili (Tabella 11).

Tabella 11. Supervisione e intervisione sul GMF.

SUPERVISIONE	Totale		I	S	B	P
	av (%)					
Interno	23	25.0	12	9	2	0
Esterno	12	13.0	3	4	5	0
Interno ed esterno	9	9.8	5	3	0	1
Nessuna supervisione	47	51.1	15	12	16	4
Omesso	1	1.1	0	0	1	0
Risposte totali	92	100	35	28	24	5
INTERVISIONE						
Sì	88	95,7	33	27	24	4
NO	4	4.3	2	1	0	1
Intervistati totali	92	100	35	28	24	5

Fonte: ricerca FA.M.HE 2023. av = valore assoluto; % = valore relativo.

7.1.4. Caratteristiche degli individui che partecipano ai GMF

Una serie di domande riguardava il profilo dei partecipanti, comprendendo la loro origine, fascia di età, dati generazionali, relazioni e diagnosi. Nel 70% dei casi, i partecipanti ai gruppi provengono da due generazioni, una condizione imposta dalla definizione della ricerca, mentre nel restante 30%, ci sono casi di tre generazioni (vedi Tabella 12).

Tabella 12. Numero di generazioni coinvolte nei GMF.

DESCRIZIONE	Totale av (%)		I	S	B	P
2 generazioni	64	69.6	25	19	16	4
più di 2 generazioni	28	30.4	10	9	8	1
Intervistati totali	92	100	35	28	24	5

Fonte: ricerca FA.M.HE 2023. av = valore assoluto; % = valore relativo.

Ciascuna famiglia partecipante, quindi, comprende due o più membri che rappresentano almeno due generazioni e tipicamente coinvolge ulteriori parenti come fratelli, zie, zii o nonni degli utenti o delle persone in cura.

Per quanto riguarda la provenienza degli utenti che partecipano ai GMF, si osserva che, in 7 casi su 10, si tratta di soggetti in carico nella stessa istituzione o servizio che ha istituito il GMF. Viceversa, solo in 1 caso su 10 si tratta di individui inviati da altri servizi, enti o organizzazioni, oppure provenienti da fonti esterne. Il restante 20% dei gruppi presenta una composizione ibrida, comprendendo utenti sia del servizio che gestisce il GMF sia quelli provenienti da fonti esterne. Si può dedurre che questi gruppi sono relativamente ben riconosciuti e apprezzati nel loro contesto, rispondendo principalmente alle esigenze di copertura terapeutica dei servizi che li avviano, favorendo così la continuità delle cure per i loro utenti (vedi Tabella 13).

Tabella 13. Fonte di invio per i pazienti.

DESCRIZIONE	Totale av (%)		I	S	B	P
Riferimenti interni	64	69.6	22	22	15	5
Riferimenti esterni	9	9.8	7	1	1	0
Sia interno/esterno	19	20.6	6	5	8	0
Intervistati totali	92	100	35	28	24	5

Fonte: ricerca FA.M.HE 2023. av = valore assoluto; % = valore relativo.

I gruppi analizzati mostrano prevalentemente omogeneità per quanto riguarda la fascia di età degli individui affidati alle loro cure. Il 63% opera su una specifica classe anagrafica che nella maggior parte dei casi è quella "adulta" (53,4%); quest'ultima è l'utenza di un terzo dei GMF, con una incidenza maggiore in Italia (il 40%), all'opposto del Belgio (25%). Non mancano Gruppi relativi alle classi anagrafiche infantile-adolescenziale fino alla prima giovinezza (circa il 22%, in particolare in Belgio), mentre è pressoché marginale il gruppo di anziani che in alcuni casi si inseriscono nei gruppi per adulti (Tabella 14).

Tabella 14. Spettro di età dei pazienti coinvolti nel GMF.

*Ci sono 2 gruppi da 0 a 18 anni.

DESCRIZIONE	Totale av (%)		I	S	B	P
Fino a 12 anni	3	3.3	2	1	0	0
13-18 anni (adolescenti)	16	17.4	5	5	6*	0
Adulti	31	33.7	14	9	6	2
Anziani (più di 65 anni)	3	3.3	1	2	0	0
Altri (es. sotto i 25 anni o 15-25 anni)	5	5.4	1	1	3	0
Risposte totali	58	63.0	23	18	15	2
Gruppi di età diversi	34	37.0	12	10	9	3
Intervistati totali	92	100	35	28	24	5

Fonte: ricerca FA.M.HE 2023. av = valore assoluto; % = valore relativo.

Interessante è l'esame dei partecipanti ai gruppi riguardo al loro ruolo familiare o alla vicinanza alla famiglia del paziente. La presenza dei genitori del paziente è evidente praticamente in tutti i gruppi, predominante nella stragrande maggioranza (98,9%). Inoltre, è degno di nota il coinvolgimento di altri parenti, come fratelli o nonni conviventi, e membri della famiglia allargata, che rappresentano 49 casi su 100. In particolare, oltre un terzo dei partecipanti è costituito da individui non imparentati con la famiglia.

Significativamente, nel 65,2% dei gruppi sono contemporaneamente presenti sia parenti stretti conviventi con la persona con disturbo mentale, sia parenti non conviventi e soggetti esterni alla famiglia. In media, ciascun GMF rappresenta 3,4 componenti diversi delle categorie sopra menzionate, che salgono a 4,4 nei cinque gruppi esaminati in Portogallo (Tabella 15).

Tabella 15. Tipo di relazioni familiari nei GMF.

DESCRIZIONE	Totale av (%)		I	S	B	P
Genitori	91	98,9	34	28	24	5
Figli	86	93,5	32	26	24	4
Altri membri che vivono con il paziente	64	69.6	23	16	20	5
Altri membri della famiglia allargata	45	48.9	11	18	12	4
Persone che non appartengono alla famiglia	32	34.8	7	10	11	4
Risposte totali	318	345.6	107	98	91	22
Membri sia interni che esterni alla famiglia	60	65.2	33	10	12	5
Valore medio	3.4	-	3.1	3.5	3.8	4.4
Intervistati totali	92	100	35	28	24	5

Fonte: ricerca FA.M.HE 2023. av = valore assoluto; % = valore relativo.

A queste diagnosi seguono, in una posizione intermedia della graduatoria dei valori quantitativi, disturbi dell'ansia, disturbi di tipo ossessivo-

Esaminando le diagnosi dei partecipanti, si riscontra una prevalenza di gruppi con diversi tipi di disturbi psichiatrici, pari a 73, in contrasto con 19 GMF che mostrano un'utenza selezionata esclusivamente su un singolo disturbo. I gruppi che comprendono uno spettro più ampio di diagnosi sono presenti in modo prominente in tutti i paesi, con un minimo di 9 gruppi su 10 che mostrano questa caratteristica, tranne che in Belgio, in particolare nelle Fiandre. In questa regione del Belgio prevalgono i GMF che si rivolgono ad un'utenza omogenea, concentrandosi in particolare sulle diagnosi legate alla tossicodipendenza e ai disturbi alimentari, che spesso coinvolgono una popolazione più giovane, in particolare gli adolescenti (10 gruppi nelle Fiandre). La Vallonia, invece, si distingue per avere gruppi più eterogenei per quanto riguarda le diagnosi.

Le diagnosi prevalenti che caratterizzano gli utenti di GMF in generale sono quelle più gravi ¹⁰, tra cui psicosi, gravi disturbi affettivi e disturbi della personalità, tutti con frequenze comparabili ¹¹. Nella distribuzione dei valori quantitativi seguono i disturbi d'ansia, i disturbi ossessivo-compulsivi e il disturbo da stress post-traumatico, che occupano una posizione intermedia (Tabella 16).

¹⁰La Vallonia presenta il coefficiente più alto tra le categorie dei partecipanti ai gruppi, attestandosi a 4,7. Inoltre, dimostra una maggiore presenza di membri familiari sia interni che esterni.

¹¹Secondo MacFarlane WR (2002) in "Gruppi multifamiliari nel trattamento dei disturbi psichiatrici gravi", The Guilford, New York-Londra, il GMF è considerato l'intervento psicoterapeutico a lungo termine più efficace per la schizofrenia. MacFarlane sostiene che il ripristino dei legami familiari è un compito impegnativo ma essenziale, in particolare per gli psicotici cronici.

Tabella 16. Composizione dei partecipanti al gruppo multifamiliare: eterogeneità (Ht) e omogeneità (Hm) nelle diagnosi.

DESCRIZIONE	Totale		I		S		B		P	
	H	Uhm	H	Uhm	H	Uhm	H	Uhm	H	Uhm
Non psichiatrico	21	2	11	2	7	0	3	0	0	0
Psicotico	54	13	26	9	19	1	4	3	5	0
Disturbi affettivi	57	11	23	9	22	0	7	2	5	0
Disturbi d'ansia	46	3	15	3	19	0	7	0	5	0
Disturbo post-traumatico da stress	33	4	11	4	13	0	7	0	2	0
Disturbi della personalità	55	6	22	6	21	0	7	0	5	0
Disturbo ossessivo-compulsivo	38	3	11	3	18	0	6	0	3	0
Disturbi da uso di sostanze	28	9	12	5	10	0	3	4	3	0
Problemi alimentari	28	9	8	3	15	0	4	6	1	0
Disturbi Psicosomatico	28	2	6	2	16	0	4	0	2	0
Altro	10	0	1	0	7	1	2	0	0	0
Risposte totali	398	62	146	46	167	2	54	15	31	0
Più di un tipo di disturbo psichiatrico	73		33		26		9		5	
Un tipo di disturbo psichiatrico		19		2		2		15		0
Intervistati totali	92		35		28		24		5	

Fonte: ricerca FA.M.HE 2023.

7.1.5. Caratteristiche del Gruppo Multifamiliare

Una caratteristica primaria del GMF risiede nella sua dinamica di apertura-chiusura relativa alla possibilità di ingresso e/o uscita in qualsiasi momento dell'esistenza del gruppo. Il GMF potrà essere aperto, consentendo agli utenti e alle famiglie di entrare liberamente per tutta la sua durata. In questo caso, pur facilitando l'evoluzione degli utenti e dell'équipe nel tempo e nelle varie sessioni, rimane una componente stabile di un'organizzazione terapeutica. In alternativa, un gruppo può adottare una organizzazione chiusa, limitando gli ingressi a quelli concordati all'inizio dell'esperienza. In questo caso tende ad essere temporaneo, concludendosi in un tempo definito. Ne sono un esempio i GMF con l'obiettivo prestabilito di trasformarsi in un gruppo di auto-aiuto oppure quelli che operano in tempi brevi (15-20 sedute) con un gruppo omogeneo in termini di diagnosi.

Alcuni gruppi mostrano caratteristiche diverse, come osservato in questa indagine, facendo riferimento a vari modelli e orientamenti terapeutici, a contesti operativi particolari o alle diverse caratteristiche dei partecipanti a questo dispositivo terapeutico. Questi gruppi possono operare ai margini o al di fuori del sistema dei servizi di salute mentale (ad esempio, affrontando la dipendenza da sostanze o il gioco d'azzardo patologico nell'ambito di programmi dedicati) pur

contribuendo al perseguimento della salute mentale come parte integrante della salute e del benessere generale, come definito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

Nella maggioranza dei casi esaminati, il GMF adotta un modello 'aperto', un modello più diffuso nelle esperienze italiana (80%) e portoghese (4 su 5) rispetto a quella spagnola (50%) e soprattutto belga (29 %) esperienza, osservata principalmente nelle Fiandre. La Spagna si distingue per la presenza di molte realtà "slow-open" (62%) (Tabella 17).

Tabella 17. Configurazioni dei GMF rispetto alla dinamica apertura/ chiusura.

DESCRIZIONE	Totale		I	S	B	P
	av (%)					
Aperto	53	57.6	28	14	7	4
Chiuso	18	19.6	5	1	12	0
Semiaperto	21	22.8	2	13	5	1
Intervistati totali	92	100	35	28	24	5

Fonte: ricerca FA.M.HE 2023. av = valore assoluto; % = valore relativo.

Al contrario, non più di un terzo di tutti i GMF comprendono fasi in cui hanno luogo modifiche nella partecipazione, nei metodi operativi o in altri aspetti. Di questi casi, la metà (15) prevede un numero prestabilito di sedute per ciascuna fase. In particolare, nella maggior parte di questi casi (67%), gli utenti hanno partecipato attivamente a ogni fase (Tabella 18, Tabella 18.1 e Tabella 18.2).

Tabella 18. Presenza di fasi nel GMF

DESCRIZIONE	Totale		I	S	B	P
	av (%)					
Sì	30	32.6	8	7	15	0
NO	50	54.3	19	17	9	5
Omesso	12	13.0	8	4	0	0
Totale	92	100	35	28	24	5

Fonte: ricerca FA.M.HE 2023. av = valore assoluto; % = valore relativo.

Tabella 1. (Se sì) Esiste un numero fisso di sessioni?

DESCRIZIONE	Totale		I	S	B	P
	av (%)					
Sì	15	50,0	3	0	12	0
NO	15	50,0	5	7	3	0
Totale	30	100	8	7	15	0

Fonte: ricerca FA.M.HE 2023. av = valore assoluto; % = valore relativo.

Tabella 2. (Se sì) I pazienti sono presenti in ogni fase?

DESCRIZIONE	Totale		I	S	B	P
	av (%)					
Sì	20	66.7	8	0	12	0
NO	10	33.3	0	7	3	0
Totale	30	100	8	7	15	0

Fonte: ricerca FA.M.HE 2023. av = valore assoluto; % = valore relativo.

Per quanto riguarda l'attuale modalità operativa del gruppo a seguito dell'emergenza COVID, si nota una notevole preferenza per gli incontri in presenza (74%), indicando una leggera deviazione rispetto al periodo pre-COVID (76%), con nessuna variazione significativa osservata tra i diversi paesi. Indubbiamente la sperimentazione di nuove modalità di incontro agevolate dalla tecnologia digitale ha comportato alcuni cambiamenti rispetto all'era pre-pandemia. Attualmente, 19 GMF utilizzano strumenti online o alternano modalità online e di persona. Sebbene la modalità online si riveli utile in caso di emergenza, potrebbe non essere la scelta ottimale per questo tipo di incontro, dove le espressioni non verbali e le reazioni emotive degli individui sono probabilmente penalizzate (Tabella 19).

Tabella 19. Modalità degli incontri GMF, pre e post-Covid.

DESCRIZIONE	Totale		I		S		B		P	
	Pre-Post-Covid	Pre-Post-Covid	Pre-Post-Covid	Pre-Post-Covid	Pre-Post-Covid	Pre-Post-Covid	Pre-Post-Covid	Pre-Post-Covid	Pre-Post-Covid	Pre-Post-Covid
Di persona (faccia a faccia)	70	68	26	25	24	20	17	23	3*	0
online	5	9	4	4	0	5	1	0	0	0
Misto	1	10	1	6	0	3	0	1	0	0
Omesso	16	5	4	0	4	0	6	0	2	5
Intervistati totali	92		35		28		24*		5	

Fonte: ricerca FA.M.HE 2023

Considerando le dimensioni del gruppo in termini di numero di partecipanti, i GMF con meno di 10 persone sono poco frequenti e quelli con più di 30 utenti sono ancora più scarsi (costituendo meno del 20%). La predominanza della dimensione media, compresa tra 10 e 30 partecipanti, è rilevata tra i gruppi di ciascun paese (65%). Questa dimensione rappresenta un equilibrio, essendo abbastanza piccola da favorire un'atmosfera positiva di spontaneità e riservatezza tra i presenti, ma abbastanza grande da non risentire della potenziale, anche momentanea, assenza di alcuni partecipanti. I gruppi più numerosi si riscontrano nell'esperienza spagnola, che vanta anche una storia più lunga. La situazione italiana occupa una posizione intermedia, mentre il Belgio (con un contributo significativo dei Gruppi Valloni) si colloca in una posizione medio-bassa. I 5 GMF portoghesi si collocano in una fascia medio-alta (Tabella 20).

Tabella 20. Numero di partecipanti per GMF.

DESCRIZIONE	Totale	I	S	B	P	
	av (%)					
Meno di 10	17	18.5	8	0	8	1
dalle 10 alle 30	60	65.2	25	18	15	2
Più di 30	15	16.3	2	10	1	2
Intervistati totali	92	100	35	28	24	5

Fonte: ricerca FA.M.HE 2023. av = valore assoluto; % = valore relativo.

La frequenza e la durata degli incontri rappresentano un altro aspetto di significativa variabilità tra i diversi gruppi multifamiliari. Predomina una periodicità breve, con incontri settimanali o, al massimo, quindicinali in 7 gruppi su 10. Due GMF su dieci seguono programmi di incontri relativamente meno frequenti, in particolare ogni mese. A questo proposito sono evidenti le

differenze tra i paesi: l'Italia comprende i gruppi che si incontrano più frequentemente, settimanalmente (54%) o quindicinalmente (34%), seguita dalla Spagna. Al contrario, il Belgio (soprattutto la Vallonia) e il Portogallo mostrano incontri meno frequenti (vedi Tabella 21).

Tabella 21. Frequenza delle sessioni e durata media (in minuti).

*Esclusi 5 gruppi che organizzano incontri della durata di una giornata.

DESCRIZIONE	Totale		I	S	B	P
	av	(%)				
settimanalmente	30	32.6	19	9	2	0
Quindicinale	34	37.0	12	11	9	2
Ogni 3 settimane	3	3.3	0	1	2	0
Mensile	19	20.6	3	7	6	3
Altro	5	5.4	0	0	5	0
Omesso	1	1.1	1	0	0	0
Intervistati totali	92	100	35	28	24	5
Durata sessione (media in minuti)	100	-	98	91	106*	90

Fonte: ricerca FA.M.HE 2023. av = valore assoluto; % = valore relativo.

Ai modelli teorico-operativi di riferimento possono essere attribuite frequenze di incontro diverse. I GMF che adottano una prospettiva sistemico-relazionale si incontrano generalmente mensilmente, mentre quelli che adottano un approccio psicoeducativo optano per incontri bisettimanali; i gruppi di psicoanalisi multifamiliari si riuniscono in prevalenza con cadenza settimanale.

Altrettanto interessanti sono i risultati riguardanti la durata degli incontri del GMF. La letteratura esistente suggerisce che questi durano tipicamente da un'ora e mezza a due ore, in linea con la durata media registrata in questa ricerca – circa 100 minuti con piccole variazioni tra i quattro paesi. I GMF del Portogallo presentano la durata più breve, mentre i gruppi del Belgio hanno tempi più lunghi.

Gli orari dedicati agli incontri di Gruppo sono, in una cospicua maggioranza di casi (68,5%), quelli della giornata lavorativa - in particolare in Spagna (82%) - piuttosto che in orari diversi post-lavorativi, che pur consentirebbero presumibilmente a più persone interessate di partecipare. Il Paese più vicino a tale posizione è il Belgio, in particolare la regione della Vallonia (Tabella 22).

Tabella 22. Orari degli incontri dei GMF.

DESCRIZIONE	Totale		I	S	B	P
	av	(%)				
Orario lavorativo	63	68,5	25	23	11	4
Orari post-lavoro	28	30.4	10	5	12	1
Omesso	1	1.1	0	0	1	0
Totale	92	100	35	28	24	5

Fonte: ricerca FA.M.HE 2023. av = valore assoluto; % = valore relativo.

Un aspetto essenziale per il buon funzionamento del GMF è quello di avere un luogo di incontro spazioso, confortevole e adattabile alle dinamiche che emergono nello spazio “emotivo” delle sessioni collettive. Le domande rivolte ai rappresentanti dei GMF ruotano attorno alle caratteristiche del loro spazio di incontro: è sufficientemente dimensionato e attrezzato per

garantire il comfort e la partecipazione di tutti? Può garantire la riservatezza? Le risposte indicano in generale una situazione adeguata : per 6 GMF su 10 si tratta di uno spazio polivalente, non connotato in senso sanitario, confortevole e dalle dimensioni appropriate , con ampi posti a sedere e adatto a garantire condizioni di privacy e riservatezza. Il Belgio, in particolare la regione delle Fiandre, si distingue a questo riguardo, con molti casi in cui è stata prevista una sala dedicata per questi incontri (vedere Tabella 23).

Tabella 23. Caratteristiche dello spazio utilizzato: luogo, adeguatezza, capacità e condizioni di privacy.

DESCRIZIONE DELLA STANZA	Totale		I	S	B	P
	av	(%)				
Sala gruppi/sala psicoterapeutica	19	20.7	1	4	12	2
Studio medico	2	2.2	0	0	0	2
Sala attività	12	13.0	9	2	0	1
Sala polivalente	54	58.7	23	21	10	0
Altro	5	5.4	2	1	2	0
Intervistati totali	92	100	35	28	24	5
ADEGUATEZZA						
Sì	88	95,6	33	26	24	5
NO	4	4.4	2	2	0	0
DIMENSIONE						
Sì	91	98,9	35	27	24	5
NO	1	1.1	0	1	0	0
CONDIZIONI DI PRIVACY ADEGUATE						
Sì	89	96,7	33	27	24	5
NO	3	3.3	2	1	0	0

Fonte: ricerca FA.M.HE 2023. av = valore assoluto; % = valore relativo.

Altrettanto importante è una disposizione dei posti a sedere che faciliti la comunicazione tra tutti i partecipanti. Infatti, indipendentemente dalle dimensioni del gruppo, c'è un forte coinvolgimento con una o due famiglie alla volta che utilizza la "potenza emotiva" di tutti partecipanti che, anche quando non partecipano attivamente, trasmettono comunque emozioni in modo non verbale. Inoltre, si possono interiorizzare le situazioni e le esperienze degli altri, favorendo un processo riflessivo. Nel 78% dei casi le sedie sono disposte in cerchio , e talvolta in due o più cerchi concentrici (15%). Meno frequentemente le persone si siedono attorno a un tavolo e raramente vengono utilizzate file di sedie (Tabella 24).

Tabella 24. Come sono posizionate le sedie?

DESCRIZIONE	Totale		I	S	B	P
	av	(%)				
In un unico cerchio	72	78.3	28	23	17	4
Due o più cerchi concentrici	14	15.2	7	5	2	0
Intorno a un tavolo	11	12.0	4	1	5	1
Altro	3	3.3	2	1	0	0
Risposte totali	100	108,7	41	30	24	5
Intervistati totali	92	100	35	28	24	5

Fonte: ricerca FA.M.HE 2023. av = valore assoluto; % = valore relativo.

I GMF presentano una durata media leggermente superiore agli 8 anni, ma il dato mediano nella distribuzione dell'anzianità indica una durata non superiore ai 6 anni. Pertanto, questa esperienza è ancora in fase di consolidamento. D'altro canto, il 65% di questi gruppi riferisce di aver sperimentato un'interruzione ad un certo punto della propria storia (vedi Tabella 25).

Tabella 25. C'è stata qualche interruzione dall'inizio?

DESCRIZIONE	Totale		I	S	B	P
	av (%)					
SÌ	60	65.2	23	18	14	5
NO	32	34.8	12	10	10	0
Intervistati totali	92	100	35	28	24	5

Fonte: ricerca FA.M.HE 2023. av = valore assoluto; % = valore relativo.

Mentre la ragione prevalente di queste interruzioni forzate è attribuita al periodo di emergenza COVID-19 (80%), un terzo delle risposte indica altre cause, tra cui la scarsità di risorse umane è la più significativa. Queste interruzioni hanno avuto un impatto anche sul contesto o sulle caratteristiche dei gruppi nel 63% dei casi. Dei 34 rappresentanti che spiegano i cambiamenti causati dalle interruzioni, 16 citano l'effetto COVID-19. Questo effetto ha comportato alterazioni nelle modalità di interazione, passando dalle interazioni faccia a faccia a quelle a distanza, che hanno avuto un impatto anche sulla diminuzione della partecipazione. In alcuni casi, due o più gruppi sono stati unificati e, in un caso, il gruppo è passato a un formato online permanente. Altri motivi minori di interruzione includono una riduzione dei partecipanti, che porta al loro allontanamento dal gruppo (7 risposte), indicativo di una certa precarietà. I cambiamenti nelle sale riunioni in sale più spaziose e confortevoli, le rotazioni dei conduttori, le transizioni da gruppi chiusi a semi-aperti, o l'evoluzione da un vecchio gruppo che chiude di fatto la sua attività per far posto a un nuovo gruppo sono ulteriori fattori che contribuiscono alle interruzioni (Tabella 25.1, Tabella 25.2).

Tabella 1. Se sì, quali sono state le ragioni?

DESCRIZIONE	Totale		I	S	B	P
	av (%)					
Vincoli di spazio fisico	0	0	0	0	0	0
Limitazione delle risorse umane	12	20.0	7	0	4	1
Pandemia	48	80,0	17	16	11	4
Altro	7	11.7	4	2	1	0
Risposte totali	67	111.7	28	18	16	5
Intervistati totali	60	100	23	18	14	5

Fonte: ricerca FA.M.HE 2023. av = valore assoluto; % = valore relativo.

Tabella 2. Queste interruzioni hanno cambiato il contesto/caratteristiche del gruppo?

DESCRIZIONE	Totale		I	S	B	P
	av	(%)				
SÌ	38	63.3	12	15	8	3
NO	22	36.7	11	3	6	2
Intervistati totali	60	100	23	18	14	5

Fonte: ricerca FA.M.HE 2023. av = valore assoluto; % = valore relativo.

7.1.6. Lettura comparativa tra i GMF di diversi paesi

Una tabella sinottica finale delinea il profilo dei GMF per ciascuno dei quattro paesi, riassumendo le risposte prevalenti per il confronto (Tabella 26).

Tabella 26. Confronto tra i GMF di diversi paesi.

DESCRIZIONE	ITALIA	SPAGNA	BELGIO	PORTOGALLO
Anni di attività (media)	8.6	10.6	6.1	8.6
Struttura (amministrativa)	Pubblico	Privato	Privato	3 Pubblico (2 privati)
Tipo di struttura	Centro di Salute Mentale	Centro di Salute Mentale	Ospedale psichiatrico	3 Ospedale Generale - Servizio Psichiatrico
Tipologia del servizio di assistenza	ambulatoriale	ambulatoriale	Reparto di degenza Ospedale diurno	Reparto di degenza Ospedale diurno
Obiettivi del GMF	Psicoterapeutico	Psicoterapeutico	Supporto Psicoeducazione	Psicoterapeutico
Titoli di studio	Psicologo Assistenti sociali	Psichiatra	Infermieri	Psicologo, Psichiatra, Infermieri
Numero medio di terapeuti/figure presenti nei GMF	2.7	2.7	3.1	2.8
Background teorico del GMF	Psicoanalisi multifamiliare	Psicoanalisi multifamiliare	Teoria sistemica Psicoeducazione	Psicoanalisi multifamiliare e altri
Tipo di background psicoterapeutico dei membri dell'équipe	Terapia sistemica, terapia psicodinamica e psicoanalisi	Gruppoanalisi, psicoanalisi e altre terapie di gruppo	Terapia sistemica e psicoterapia cognitivo comportamentale e	Terapia psicodinamica
Composizione del team GMF	1 conduttore e co-terapeuti	2-3 conduttori o più co-terapeuti	Solo co-terapeuti	Conduttori e co-terapeuti
Supervisione	Interno e/o esterno	Interno e/o esterno	Nessuna supervisione	Supervisione (1)
Classe di età dei	Adulti	Adulti	Adulti e	Adulti

pazienti			adolescenti	
Tipo di rapporto familiare	Genitori, figli e membri che convivono con il paziente.	Membri della famiglia allargata	Membri che vivono con il paziente Persone che non appartengono alla famiglia	Membri che vivono con il paziente
Numero di familiari, parenti e non familiari	3.1	3.5	3.8	4.4
Tipo di gruppo	Aperto	Semi-aperto	Chiuso	Chiuso, aperto e semi -aperto
Il gruppo ha delle fasi?	NO	NO	Sì	NO
Numero di pazienti per gruppo	da 10 a 30	Più di 30	da 10 a 30	30 o più
Frequenza della sessione	settimanale	Quindicinale	Ogni 3 settimane o mensile	Mensile (3)
Durata della sessione (media, in minuti)	98	91	106	60-120
Periodo della giornata	Durante l'orario di lavoro	Durante l'orario di lavoro	Dopo il lavoro	Durante l'orario di lavoro
Luogo o stanza del gruppo	Sala polivalente	Sala polivalente	Sala psicoterapeutica	Sala psicoterapeutica o sala polivalente
Come sono posizionate le sedie?	Cerchio	Cerchio	Cerchio	Cerchio
C'è stata qualche interruzione dall'inizio?	Sì	Sì	Sì	Sì
Fonte di invio per i partecipanti	Invio interno	Invio interno	Invio interno (solo Vallonia)	Invio interno ed esterno

Fonte: ricerca FA.M.HE 2023

Italia

I GMF operano prevalentemente all'interno del Centro di Salute Mentale dell'istituzione pubblica, che fornisce assistenza ambulatoriale territoriale fortemente improntata sull'intervento psicoterapeutico. L'inclusione degli psicologi è fondamentale e la loro presenza è la più numerosa, coadiuvati più che altrove dagli assistenti sociali. In media, i GMF italiani coinvolgono 2,7 figure professionali, più che negli altri Paesi, e sono guidati da almeno un facilitatore/conduttore oltre ai co-terapeuti, soggetti a supervisione interna e/o esterna.

Sebbene l'approccio teorico dei GMF sia principalmente psicoanalitico, i terapeuti includono nella loro pratica anche elementi terapeutici sistemici e psicodinamici. La tipologia degli utenti è costituita principalmente da adulti con gravi disturbi mentali, che rappresentano l'utenza

prevalente dei centri di salute mentale. I GMF italiani mostrano eterogeneità nella composizione rispetto alle diagnosi degli utenti, adottano una struttura aperta e generalmente stabile senza fasi specifiche. Tengono incontri ravvicinati- con una frequenza maggiore rispetto ad altri paesi - con una durata media di 98 minuti.

La partecipazione dei familiari a questi gruppi è prevalentemente da parte di membri conviventi. In termini di numero di partecipanti, i gruppi italiani rientrano in una fascia di dimensioni “medie”, includendo da 10 a 30 unità. Le riunioni si svolgono durante l'orario di lavoro in una sala ampia e confortevole, con una disposizione dei posti a sedere che favorisce la comunicazione circolare. I gruppi hanno vissuto inevitabili interruzioni dovute ai vincoli pandemici e, leggermente più che in altri contesti, hanno risentito di una riduzione delle risorse umane.

Spagna

In media, la Spagna si distingue come il paese in cui i GMF si sono affermati da più tempo, con una durata media di quasi 11 anni. Gestiti prevalentemente da entità giuridiche private, spesso organismi profit, queste realtà sono attivamente impegnate in strutture ambulatoriali all'interno della regione, dando priorità alle risposte psicoterapeutiche. La figura cardine del GMF è lo psichiatra, che in media collabora con altri due professionisti. L'approccio teorico guida si allinea con la psicoanalisi multifamiliare, condividendo punti comuni con l'esperienza italiana. Il background formativo comprende l'analisi di gruppo, la psicoanalisi e vari altri approcci teorici.

I GMF spagnoli sono facilitati da più conduttori e/o co-terapisti, che impiegano una supervisione interna e/o esterna. Gli utenti dei gruppi sono interni al servizio, composti da adulti alle prese con patologie gravi, che partecipano insieme ai membri della famiglia allargata. I GMF spagnoli adottano una struttura semi-aperta, priva di cicli distinti, e sono notevolmente i più grandi in termini di partecipanti medi, senza che nessun gruppo ne abbia meno di 10.

Le riunioni si svolgono con una frequenza relativamente ravvicinata, generalmente bimensile, con durate leggermente inferiori alla media generale di 91 minuti. Le sessioni sono programmate durante l'orario di lavoro e si svolgono in una confortevole sala riunioni con disposizione dei posti a sedere circolare.

Belgio

In questo paese, i dati comprendono due aree geografiche distinte, Fiandre e Vallonia, ciascuna governata da diverse politiche di salute mentale, con conseguenti notevoli differenziazioni nell'organizzazione e nella gestione dei GMF, le più significative delle quali sono state segnalate nel commento di ogni singolo indicatore. Il Belgio rappresenta l'esperienza multifamiliare più giovane, forse in riferimento alla storia della sua psichiatria ancora alle prese con il prevalere delle strutture degenziali o diurne ospedaliere. Infatti il GMF fa capo alla struttura psichiatrica tradizionale, il tipo di assistenza è quella tipica del reparto ospedaliero e obiettivo dell'intervento è più che altrove quello psicoeducativo. Un ruolo importante nel gruppo lo riveste la figura dell'infermiere che coopera con altre due figure (ma molto più lo psicologo che lo psichiatra).

I gruppi belgi operano con una visione terapeutica sistemica, una componente significativa della formazione del personale insieme alla psicoterapia cognitivo-comportamentale. In particolare, questi gruppi sono guidati da coppie di co-terapeuti senza un conduttore designato e non sono sottoposti ad alcuna forma di supervisione, fatta eccezione per la supervisione occasionale tra pari.

Questi gruppi belgi si caratterizzano particolarmente per l'omogeneità dei loro utenti, che spesso affrontano dipendenze, disturbi alimentari (secondo un modello psicoeducativo) o problemi

dell'umore. A differenza di altre regioni, i loro utenti non sono esclusivamente adulti. Operando come gruppi "chiusi", mantengono una base di utenti stabile, partecipano a cicli e sono inseriti nella istituzione che gestisce il gruppo. Sebbene questi gruppi abbiano subito diverse interruzioni, queste erano fondamentalmente legate all'emergenza pandemica. La frequenza temporale delle riunioni tende ad essere allungata (ogni tre settimane o mensile), con durate medie superiori ai 100 minuti. Gli incontri sono programmati fuori dall'orario di lavoro per facilitare la partecipazione dei familiari e degli altri parenti stretti degli utenti. Si svolgono in stanze di psicoterapia dedicate, queste sessioni adottano un'atmosfera più professionale, favorendo il dialogo faccia a faccia tra tutti i partecipanti.

Portogallo

I GMF di questo Paese sono solo 5 per cui vi è un problema di comparabilità con gli altri, e una scarsa emersione delle peculiarità. Attivi da poco meno di 9 anni, collocati in strutture pubbliche, per lo più il reparto psichiatrico dell'Ospedale generale, hanno un obiettivo prettamente psicoterapeutico. Le figure professionali impegnate nei Gruppi sono pressoché tre e, come quelli belgi (anch'essi incorporati in strutture di ricovero) non si avvalgono della supervisione. I gruppi sono aperti e senza cicli particolari, costituiti dagli utenti dei servizi in cui si collocano, tutti con disturbi gravi, e ne fanno parte non solo i familiari conviventi, ma tutta la cerchia parentale (mediamente 4.4. figure diverse di partecipanti). Gli incontri sono mensili, della durata di 90 minuti in una sala dove possono comunicare "guardandosi negli occhi" e si svolgono durante le ore di lavoro.

7.1.7. Alcune considerazioni finali

Al termine di questo excursus sui dati relativi all'esperienza dei 92 Gruppi Multifamiliari si può provare a fare un primo bilancio di un fenomeno recente e non ancora preso in esame da ricerche ampie e rappresentative di aree geografiche e di modelli. Di certo la sua conoscenza andrebbe approfondita anche per poi definire qualche linea di indirizzo che stabilisca confini e regole interne ai Gruppi e li aiuti ad uscire da una situazione di sperimentaltà. E oggi ci sono le basi per farlo data l'ampia tipologia di esperienze che emergono anche da questo primo sondaggio.

Infatti i dati qui esaminati descrivono i GMF come un fenomeno effervescente e in crescita negli ultimi anni, per la pluralità dei servizi che lo adottano, la varietà dei modelli teorici di riferimento, le tipologie organizzative, le specializzazioni su specifici disturbi. Tali dispositivi terapeutici si riscontrano in tutti i presidi di salute mentale: non solo quelli territoriali, ma anche quelli diurni, residenziali, degenziali e sono emanazione sia di enti pubblici che privati, profit e non profit. E' un presidio che integra e innova le cure tradizionali, basate su prestazioni e prescrizioni e una presa in carico individuale o tuttalpiù duale (figlio e genitore). Esso considera la persona sofferente nel suo contesto di vita e di relazioni per lavorare su queste in un setting capace di liberare dinamiche familiari, tensioni emotive, blocchi evolutivi, ma anche risorse di "auto mutuo aiuto" tra tutti i partecipanti alle riunioni orientate da una linea terapeutica e basate su una comunicazione circolare.

I modelli teorici che sostengono i gruppi sono vari e spesso ibridi, permeabili tra di loro. Anche il background formativo degli operatori si avvale di una eclettica offerta di tecniche e di modelli terapeutici.

Molte sono anche le modalità di funzionamento dei Gruppi che definiscono un denominatore comune: la psicoterapia come intervento cardine; la pervasività della figura dello psicologo (presente in 9 GMF su 10); la cura della conduzione collettiva dei gruppi per la presenza di almeno

due figure professionali; una dimensione media gestibile (fino a 30 persone, operatori esclusi); l'adozione di sale di incontro ampie e attrezzate per favorire la comunicazione; l'aggregazione di tre figure della famiglia (utente, familiare convivente e non convivente); la frequente cadenza degli incontri (settimanali o quindicinali in prevalenza); l'apertura o semi apertura dei gruppi e quindi la loro caratterizzazione di gruppi permanenti. I Gruppi chiusi riguardano per lo più utenze con specifici problemi, ovvero omogenei per tipo di diagnosi e/o per classe di età (spesso giovanile). Nella loro ancora breve storia hanno conosciuto una interruzione forzata per l'emergenza pandemica, in pochi casi altri sono intervenuti fattori ostativi diversi. Meno diffuso è invece l'esercizio di una supervisione interna o esterna salvo quella che avviene informalmente tra gli stessi operatori coinvolti. Anche la classe di età degli utenti riflette quella dei servizi a cui sono spesso in carico; è prevalentemente adulta come lo è l'utenza dei servizi di salute mentale ed è in larga misura connotata da diagnosi severe. Il fatto che i servizi assecondino la domanda terapeutica dell'utenza interna è indicativo di quanto il Gruppo sia considerato un fattore terapeutico integrativo e non alternativo nella cura.

La ricerca fa emergere alcune differenze tra i gruppi dei diversi Paesi, e anche all'interno dello stesso Paese - come in Belgio tra Fiandre e Vallonia - a rimarcare il peso delle esperienze locali per quanto riguarda i modelli di intervento e teorici adottati, la composizione dei gruppi e il tipo di utenza presa in carico rispetto ai bisogni del contesto. Sono accentuazioni o variazioni di un modello di GMF che appare nell'insieme condiviso nella pluralità delle esperienze.

7.2. FOCUS GROUPS

Dopo aver diffuso e compilato i risultati del questionario, i quattro partner hanno condotto due tipi di Focus Group (FG): uno coinvolgendo i terapisti e l'altro coinvolgendo gli utenti dei GMF (pazienti e famiglie).

7.2.1. Struttura del focus group

Il focus group è un'intervista condotta da un moderatore, talvolta accompagnato da un osservatore, della durata media di due ore. Il numero dei partecipanti può variare; quanto più grande è il gruppo (ad esempio, da dieci a dodici partecipanti), tanto più diverse emergono opinioni, il che si traduce in una maggiore ricchezza di idee. Al contrario, nei gruppi più piccoli, c'è un maggiore potenziale di analisi approfondita e apertura, in particolare quando si affrontano questioni delicate. Un focus group presenta sia vantaggi che svantaggi:

Benefici:

- Velocità ed efficienza dei costi;
- Stimolazione reciproca tra i partecipanti;
- Interazione tra i partecipanti.

Svantaggi:

- Potenziale creazione di inibizioni tra i partecipanti;
- Raccolta di approfondimenti più numerosi ma meno dettagliati rispetto alle interviste individuali;
- La necessità di garantire che tutti possano parlare.

Il gruppo deve essere omogeneo in termini di stratificazione sociale e culturale e i partecipanti non devono lavorare insieme. Domande di stimolo specifiche guidano la conversazione, consentendo un approfondimento su argomenti specifici e mantenendo la discussione all'interno dei temi di ricerca. Un focus group è condotto da un moderatore e prevede la partecipazione di due osservatori, ciascuno con ruoli specifici:

Ruolo del moderatore:

- Condurre la conversazione;
- Incoraggiare la discussione tra tutti i partecipanti;
- Facilitare la partecipazione di tutti;
- Evitare che la discussione sia dominata da un conduttore;
- Mantenere una posizione di neutralità;
- Astenersi dall'esprimere opinioni e valutazioni personali.

Ruolo dell'osservatore:

- Gestire l'accoglienza dei partecipanti;
- Registrazione dell'incontro;
- Scrivere appunti su questioni rilevanti che si presentano;
- Supportare il moderatore secondo necessità.

Ciascun partner ha pianificato e preparato i Focus Group nei rispettivi paesi, determinando date, orari, luoghi/modalità e stabilendo obiettivi e metodologia. Gli inviti sono stati estesi a un numero maggiore del necessario per tenere conto di eventuali assenze.

7.2.2. Pianificazione e metodologie dei focus group

I quattro partner hanno deciso all'unanimità di adottare una metodologia comune, ovvero l'analisi SWOT. Questo approccio ha consentito a ciascun partecipante di articolare le proprie prospettive, analizzando i punti di forza e di debolezza dei GMF, sia internamente che esternamente al contesto. All'interno della struttura SWOT e attingendo ai risultati principali del questionario, ciascun partner ha formulato dichiarazioni/argomenti che fungessero da guida durante tutta la conversazione.

Le sessioni dei vari Focus Group (FG) sono state condotte in tre modalità: in presenza, online (tramite la piattaforma Zoom) e una in modalità ibrida (esclusivamente a cura del partner belga). Le sessioni Zoom sono state registrate con la consapevolezza e il consenso di tutti i partecipanti.

I FG in Italia e Portogallo avevano ciascuno un moderatore e due osservatori. I FG belgi erano guidati da moderatori esterni e includevano due osservatori. L'FG1 spagnolo aveva un conduttore e un osservatore, mentre l'FG2 spagnolo aveva un conduttore e un co-conduttore come moderatori, con diversi psicologi praticanti che fungevano da osservatori. Italia e Portogallo hanno organizzato ciascuno due Focus Group, uno per i terapisti e un altro per gli utenti. Il FG2 portoghese, rivolto agli utenti dei GMF, non includeva pazienti ma coinvolgeva terapisti e familiari di ex pazienti. Sia nelle Fiandre che in Vallonia, sono state organizzate due sessioni di Focus Group con un intervallo di circa un mese, con FG2 che ha avuto un pubblico misto (pazienti, familiari e terapisti), per un totale di cinque Focus Group condotti in due lingue nazionali (olandese e francese). Durante l'incontro iniziale è stata condotta un'analisi SWOT sulla base dei risultati del questionario. Nel secondo incontro si è svolto un esame più approfondito di quanto emerso dal primo Focus Group. Dalle sessioni registrate è stata creata una trascrizione anonima.

Di seguito sono riportate due tabelle che presentano rispettivamente: la pianificazione dei focus group (tabella 27) e le metodologie e gli argomenti dei focus group seguiti dai quattro paesi (tabella 28).

Tabella 27. Pianificazione di focus group. *Il FG2 spagnolo è stato moderato da un conduttore e un co-conduttore, e gli osservatori erano diversi psicologi praticanti.

Paese	F.G	Modalità	Lunghezza (min)	Partecipanti/Inviti	Invitato	Presente	Moderatore /Osservatori
Italia	FG1	On-line (piattaforma Zoom)	180	Conduttori GMF che avevano compilato il questionario.	34	9	1 moderatore 2 osservatori
	FG2	Di persona (sede LIPsiM)	180	Utenti GPMF (pazienti, genitori, familiari e operatori sanitari del settore pubblico e privato sociale).	18	12	1 Esterno Moderatore 2 osservatori
Belgio	FG1	On-line (piattaforma Zoom)	90	Esperti (coloro che hanno pubblicato) e rispondenti al questionario. FG1 è stato suddiviso in 4 gruppi: FG1.1 - Fiandre FG1.2 - Vallonia FG1.3 - Vallonia (approfondimento) FG1.4 - Fiandre (analisi approfondita)	FG1.1 - 11 FG1.2 - 13 FG1.3 - 9 FG1.4 - 12	FG1.1 - 11 FG1.2 - 13 FG1.3 - 9 FG1.4 - 10	1 moderatore 2 osservatori
Spagna	FG1	On-line (piattaforma Zoom)	180	Professionisti che lavorano in GPMF, avvalendosi delle idee e delle esperienze fornite dalla Psicoanalisi Multifamiliare (J. García Badaracco) e da altri contributi teorici (Gruppoanalisi, Teoria Generale dei Sistemi, Teoria dell'Attaccamento, Dialogo Aperto, ecc.).	23	14	1 moderatore 1 osservatore
	FG2	Di persona (Day Hospital del Centro di Salute Mentale Uribe Costa)		FG con utenti GMF: un conduttore, un co-conduttore, diversi psicologi in studio e famiglie.		60 - 70	2 moderatori Diversi osservatori*
Portogallo	FG1	On-line (piattaforma Zoom)	90	Conduttori GMF con esperienza GPMF	12	6	1 moderatore 2 osservatori
	FG2	On-line (piattaforma Zoom)	90	Membri della famiglia GPMF e terapisti con conoscenza GMF, ma senza esperienza GPMF	16	7	1 moderatore 2 osservatori

Fonte: ricerca FA.M.HE 2023

Tabella 28. Metodologia del focus group e punti focali.

Paese	F.G	Metodologia	Tem
Italia	FG1	Analisi SWOT – Tre argomenti sono emersi come elementi significativi e determinanti della maggior parte delle esperienze GMF rappresentate nei questionari.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Coinvolgimento di almeno due generazioni, compresi gli individui attualmente in cura per problemi di salute mentale. 2. Presenza di un gruppo dirigente. 3. Attivazione di uno spazio di scambio tra conduttori immediatamente successivo alla riunione del GMF (Post-Gruppo).
	FG2	Analisi SWOT - L'esame è stato condotto utilizzando <u>due</u> degli argomenti ritenuti maggiormente valutabili dagli utenti. Il terzo tema proposto al campione di conduttore/facilitatore (attivazione di un post-gruppo) è apparso di difficile valutazione da parte degli utenti in quanto riguarda un momento dell'incontro multifamiliare solitamente riservato al management team.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Coinvolgimento di almeno 2 generazioni, compresi gli individui attualmente in cura per problemi di salute mentale. 2. Presenza di un gruppo dirigente.
Belgio	FG1	<p>Sono stati condotti due focus group, con un intervallo di circa un mese, nelle regioni delle Fiandre e della Vallonia. Si sono svolti quattro incontri con i terapeuti GPMF (2 in olandese e 2 in francese).</p> <p>Durante il primo incontro, corrispondente al FG1 (FG1.1; FG 1.2; FG 1.3; FG 1.4), è stata effettuata un'analisi SWOT, basata sui risultati del questionario. Nel secondo incontro, FG2, ha avuto luogo un esame approfondito dei risultati del primo focus group (FG1). Dalla sessione registrata è stata generata una trascrizione anonima.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gestire diverse richieste di aiuto all'interno di un unico sistema. 2. Resistenze a lavorare con un GPMF. 3. Necessità di supervisione/intervisione . 4. Esigenze attuali relative al GPMF.
Spagna	FG1	<p>Analisi SWOT basata sulla vasta esperienza dei conduttori/coordinatori. La discussione si è incentrata su 3 temi chiave, che corrispondono alle risposte qualitative del questionario.</p> <p>Nota preliminare: I partecipanti fanno riferimento all'importanza del clima</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Coinvolgimento di almeno 2 generazioni, compresi gli individui attualmente in cura per problemi di salute mentale. 2. Funzionamento del team di conduzione del GMF. 3. Lo scambio tra conduttori dopo

		emotivo, fattore non esplicitamente affrontato nel questionario, e alla tipologia degli interventi, privilegiando la 'conversazione' rispetto alle interpretazioni volte a svelare l'inconscio.	l'incontro (post-gruppo)
	FG2	Nel loro spazio abituale (GPMF) e nel giorno e all'ora prestabiliti, i partecipanti sono stati invitati a prendere decisioni su tre argomenti.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Quali erano le tue aspettative quando sei stato invitato a partecipare al GMF e quali vantaggi hai tratto dalla partecipazione? 2. Come concettualizzi la malattia mentale e quali contributi può apportare il GMF al miglioramento? 3. I cambiamenti nelle dinamiche familiari sono correlati ai miglioramenti della situazione familiare?
Portogallo	FG1	Quattro domande sono state rivolte ai partecipanti, a seguito dell'analisi SWOT.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Punti di forza (vantaggi): quali caratteristiche del GPMF lo rendono un dispositivo psicoterapeutico vantaggioso rispetto ad altri interventi psicoterapeutici (interni - famiglie/équipe/servizio; ed esterni - istituzione/comunità)? 2. Punti deboli (svantaggi): quali caratteristiche mettono il GPMF in una posizione di svantaggio rispetto ad altri dispositivi psicoterapeutici? (Interno - famiglie/équipe/servizio; ed Esterno - istituzione/comunità). 3. Opportunità: quali aspetti dovrebbero essere enfatizzati nel GPMF, come approccio psicoterapeutico alla salute mentale, per facilitare l'adesione ad esso? Oppure, in che misura lavorare con il GPMF può contribuire alla trasformazione di: famiglie/équipe/servizio; e istituzione/comunità? 4. Minacce: in che modo il GPMF può rappresentare una minaccia (interna/esterna)?
	FG2	Quattro domande sono state rivolte ai partecipanti, a seguito dell'analisi SWOT.	Ai partecipanti al FG2 sono state poste le stesse domande dei partecipanti al FG1.

Fonte: ricerca FA.M.HE 2023

7.2.3. Risultati e conclusioni del focus group

In tutti i paesi, i Focus Group (FG) hanno prodotto un consenso sul fatto che i gruppi multifamiliari (GMF) offrono vantaggi ma presentano anche sfide che richiedono una risoluzione. Questi risultati

si applicano a tutti i partecipanti ai GMF, compresi gli operatori sanitari, le famiglie e le persone sottoposte a trattamento. Un dato comune è l'importanza attribuita alla presenza di più di una generazione coinvolta nei GMF, identificato come il vantaggio principale di questi gruppi grazie al suo ruolo fondamentale nel facilitare l'accesso ai nodi transgenerazionali.

Inoltre, esiste un accordo unanime sui vari benefici sperimentati dai partecipanti, comprese le famiglie (pazienti inclusi), i terapisti e le istituzioni. La Spagna sottolinea il contributo dei GMF al rafforzamento della tolleranza, del rispetto per la diversità e della solidarietà con coloro che soffrono. L'Italia evidenzia lo sviluppo dell'empatia, la capacità di stabilire e mantenere confini sani e di esprimere emozioni. Belgio e Portogallo sottolineano il potenziale trasformativo dei GMF, in particolare nello sviluppo di identificazioni nuove e più sane, in particolare nello sviluppo e nella trasformazione di modelli patologici nelle relazioni e nella comunicazione intrafamiliare. Tutti e quattro i paesi affermano che i GMF offrono chiari vantaggi da un punto di vista clinico, sia dal punto di vista diagnostico che in termini di tempi di recupero, rendendoli un intervento conveniente per le istituzioni.

Per quanto riguarda le sfide incontrate, Belgio e Portogallo menzionano potenziali difficoltà come la mancanza di spazi adeguati per le sessioni di gruppo e la formazione insufficiente dei terapisti. L'Italia aggiunge preoccupazioni per l'informazione inadeguata sui GMF, la formazione specifica limitata per gli operatori (tecnici sanitari/terapisti/operatori sanitari) e potenziali impedimenti o resistenze da parte delle istituzioni. I partecipanti provenienti da Belgio e Portogallo hanno anche affermato che, essendo gruppi numerosi, i GMF potrebbero creare difficoltà ad alcuni individui, in particolare a coloro che hanno difficoltà ad esprimersi o affrontano questioni che innescano vergogna, senso di colpa e stigma. Affrontare i segreti e i tabù familiari può rappresentare una sfida, a causa della paura di esporsi alla propria famiglia, come evidenziato dalle osservazioni dell'Italia. Varie forme di resistenza possono emergere sia dai partecipanti che dalle istituzioni, riflettendo un continuo scetticismo nei confronti delle psicoterapie di gruppo. Per quanto riguarda i gruppi aperti, chiusi o ad apertura lenta, Belgio e Portogallo sottolineano che un gruppo aperto potrebbe portare alla formazione di sottogruppi ampi e diversificati, rendendo difficile garantire la presenza coerente dei partecipanti.

La consistenza della presenza dei partecipanti influenza la coesione del gruppo. Dato che la coesione di gruppo è analoga all'alleanza terapeutica nella psicoterapia individuale, è auspicabile stabilire una forte coesione per creare un clima di fiducia che faciliti l'adesione, l'attaccamento e la comunicazione efficace dei partecipanti.

In sintesi, i partecipanti ai focus group in tutti i paesi concordano sul fatto che i gruppi multifamiliari offrono più vantaggi e punti di forza rispetto agli svantaggi o ai rischi percepiti.

7.3. RICERCA BIBLIOGRAFICA

7.3.1. Metodologia nazionale e internazionale

È stata condotta una revisione critica della letteratura relativa all'intervento multifamiliare nella salute mentale, per guidare i partner nella definizione e delimitazione della ricerca web, in linea con gli obiettivi della ricerca e il primo risultato intellettuale del progetto. Sono state identificate e utilizzate parole chiave comuni, applicate da tutti i partner, tra cui Gruppi multifamiliari, Gruppo di psicoanalisi multifamiliare, Psicoanalisi multifamiliare, Terapia multifamiliare, Terapia di gruppo multifamiliare e Trattamento di gruppo multifamiliare. Questi termini di ricerca sono stati tradotti nelle lingue di ciascun paese e integrati con termini pertinenti specifici del paese. I partner hanno

deciso collettivamente di condurre ricerche nelle rispettive lingue nazionali, estendendo la ricerca oltre i confini nazionali per ciascuna lingua. La ricerca bibliografica internazionale ha abbracciato più paesi, utilizzando parole chiave inglesi per la ricerca. Un estratto della ricerca bibliografica è riportato nell'Appendice 6.

Per la ricerca sono stati utilizzati motori di ricerca come Google, Google Scholar, PubMed, Hall e Cairn. In Spagna è stato consultato anche il portale bibliografico Dialnet (Tabella 29)

Gli elementi bibliografici ricorrenti comuni a tutti i partner comprendono articoli, libri e capitoli di libri. La bibliografia dalla Spagna esclude le tesi di laurea e il lavoro post-laurea. Al contrario, le bibliografie di Belgio, Francia, Canada, Svizzera e Portogallo comprendono monografie, tesi di laurea e di dottorato.

Tabella 29. Metodologia .

Paese	Parole chiave comuni	Parole chiave specifiche	Motori di ricerca
Belgio	Gruppi Multifamiliari (GMF); Psicoanalisi multifamiliare (MFP); Terapia Multifamiliare (TMF).	Consultazione Multifamiliare (CMF); Terapia Sociale e Multifamiliare (TSM).	Google; Google Scholar; PubMed; Sala e Cairn.
Italia	Gruppi Multifamiliari (GMF); Psicoanalisi multifamiliare (MFP); Terapia Multifamiliare (TMF).		Google; Google Scholar; PubMed; Sala e Cairn.
Portogallo	Gruppi Multifamiliari (GMF); Psicoanalisi multifamiliare (MFP); Terapia Multifamiliare (TMF).	Gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare (MPG); Gruppo di Terapia Multifamiliare (GTMF); Trattamento di gruppo multifamiliare (TGMF).	Google; Google Scholar; PubMed; Sala e Cairn.
Spagna	Gruppi Multifamiliari (GMF); Psicoanalisi Multifamiliare (MFP); Terapia Multifamiliare (TMF).	Gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare (MPG); Gruppo di Terapia Multifamiliare (GTMF); Trattamento di gruppo multifamiliare (TGMF).	Google; Google Scholar; PubMed; Sala Cairn; Dialnet .
Internazionale	Gruppi Multifamiliari (GMF); Psicoanalisi multifamiliare (MFP); Terapia Multifamiliare (TMF).	Gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare (MPG); Gruppo di Terapia Multifamiliare (GTMF); Trattamento di gruppo multifamiliare (TGMF).	Google; Google Scholar; PubMed; Sala e Cairn.

7.3.2. Analisi quantitativa e qualitativa dei risultati nella lingua dei partner

A seguito dell'indagine bibliografica condotta da ciascun Paese, è stato effettuato un esame approfondito del contenuto di ciascuna voce, per classificare le informazioni in base all'orientamento teorico e all'applicazione pratica. La bibliografia combinata dei quattro partner ha prodotto 177 voci per le parole chiave selezionate. Di queste voci circa il 70% è costituito da articoli pubblicati su riviste, bollettini, giornali, periodici e pubblicazioni online, mentre le restanti voci sono costituite da libri, capitoli di libri e monografie. Gli argomenti trattati nella bibliografia sono diversi e sono stati classificati in Guida teorica (Tabella 30) e Applicazione pratica (Tabella 1).

Tabella 30. Argomenti trattati in bibliografia - Orientamento teorico.

Psicoanalisi multifamiliare

Terapia Multifamiliare, aspetti teorici e tecnici influenzati dalle idee di García Badaracco

Spiegazione completa dei fenomeni osservati nel quadro teorico del modello García Badaracco e della Psicoanalisi Multifamiliare.

Terapia di Gruppo Multifamiliare, aspetti teorici e tecnici

Il gruppo come agente terapeutico

Intergenerazionalità

Prospettive di pazienti, familiari, partner, terapisti e osservatori che hanno partecipato a gruppi multifamiliari.

Fonte: ricerca FA.M.HE 2023

Tabella 1. Argomenti trattati in bibliografia – Applicazione pratica.

Esperienze rappresentative nell'implementazione del modello di intervento con gruppi multifamiliari.

Approccio psicoeducativo familiare

Riabilitazione psicosociale

Riabilitazione ad orientamento sistemico e Gruppi Multifamiliari.

Applicazioni cliniche di terapie e approcci multifamiliari

Base di prove per la terapia multifamiliare

Funzione terapeutica e formazione

Sessione di psicoterapia multifamiliare condotta online

Fonte: ricerca FA.M.HE 2023

Gli interventi riguardano i contesti Giustizia, Educativo, Comunitario e Sanitario (Tavola 31). Questi comprendono popolazioni diverse tra cui adulti, adolescenti e bambini (Tabella 32); individui senza condizioni o problemi psichiatrici e pazienti psichiatrici in trattamento (pazienti ricoverati in reparti e day Hospital, nonché pazienti ambulatoriali) (Tabella 32.1). Diversi gruppi sono stati oggetto di interventi terapeutici (Tabella 33). La bibliografia corrispondente è presentata nell'Appendice 6. Inoltre, parte della bibliografia citata nel Testo introduttivo, che si riferisce ad opere non ampiamente indicizzate sui motori di ricerca, è accessibile nell'Appendice 7.

Tabella 31. Intervento Contesto .

Contesto di giustizia

Contesto educativo

Contesto comunitario

Contesto sanitario Ospedali generali, servizi di salute mentale e ospedali psichiatrici.

Fonte: ricerca FA.M.HE 2023

Tabella 32. Popolazione negli interventi - I

Adulti

Adolescenti

Bambini

Fonte: ricerca FA.M.HE 2023

Tabella 1. Popolazione negli interventi - II.

Popolazione generale, condizioni non psichiatriche e problemi

Popolazione in cura dei disturbi psichiatrici: ricoverati e day-hospital, ambulatori.

Fonte: ricerca FA.M.HE 2023

Tabella 33. Gruppi target da interventi terapeutici.

Bambini con difficoltà psicologiche

Adolescenti con disturbi alimentari

Rifiuto scolastico ansioso negli adolescenti

Adolescenti transgender

Delinquenti sessuali su adolescenti

Grave depressione

Anoressia nervosa

Malattia cronica

Dolore cronico

Maternità

Psicosi cronica

Schizofrenia

Disturbo bipolare

Dipendenza da alcol e famiglia

Pazienti che abusano di sostanze e i loro figli

Famiglie e abusi sessuali

Fonte: ricerca FA.M.HE 2023

In conclusione, la ricerca bibliografica nel paese di ciascun partner ha rivelato un interesse in evoluzione per i gruppi multifamiliari. Questa evoluzione è attribuita alla traduzione dell'opera di Jorge García Badaracco, che ha portato allo studio e allo sviluppo dei suoi modelli teorici e pratici basati sull'esperienza collettiva del lavoro con le famiglie in ciascun paese. Allo stesso tempo, l'applicabilità del modello si è estesa a diversi gruppi di popolazione, vari contesti sociali e comunitari e diversi ambienti di salute e malattia. Questa inclusività comprende interventi relativi alla malattia psichiatrica, alla patologia organica e alla psicopatologia relazionale, favorendo ulteriori progressi nella sua attuazione.

7.3.3. Ricerca bibliografica internazionale

7.3.3.1. Quadro storico

Nel fornire una panoramica internazionale della bibliografia relativa ai Gruppi Multifamiliari, si possono distinguere tre grandi categorie:

- GMF a carattere psicoeducativo e cognitivo-comportamentale
- GMF di origine sistemica e dinamica
- GMF psicoanalitici

Per quanto riguarda i gruppi psicoeducativi, questi presentano una diffusione capillare a livello mondiale, con la maggior parte dei lavori scientifici pubblicati disponibili in lingua inglese.

Eia Asen, docente presso il Centro Nazionale Anna Freud, è considerato il creatore di gruppi sistemici e dinamici. I suoi contributi includono lo sviluppo del "Trattamento basato sulla mentalizzazione con le famiglie", un approccio empiricamente basato su studi di efficacia condotti in collaborazione con Peter Fonagy.

I contesti culturali in cui i GMF psicoanalitici, seguendo il modello argentino, si sono sviluppati maggiormente sono quelli dell'Europa (Italia, Spagna, Portogallo e, più recentemente, Belgio) e del Sud America, in particolare in Argentina e Uruguay.

Per quanto riguarda i campi di applicazione, si possono individuare gruppi prevalentemente omogenei, orientati alla specifica diagnosi, al decorso della patologia, alle fasce di età e al contesto di cura. Questa categoria è principalmente associata ai GMF psicoeducativi. Per quanto riguarda i gruppi sistemici, dinamici e psicoanalitici, esistono approcci orientati alla diagnosi e approcci meno selettivi, a cui hanno accesso pazienti con disturbi prevalentemente gravi.

GMF sistemici e dinamici e GMF psicoanalitici per disturbi gravi

I GMF sistemici e dinamici, così come i GMF psicoanalitici, fanno risalire le loro origini a due rami distinti. Gli sviluppi iniziali per entrambi i rami risalgono agli anni '60. Hanno avuto origine da esperienze condotte in istituti psichiatrici per individui con gravi condizioni psicotiche.

Buenos Aires

L'attività di Jorge García Badaracco iniziò presso l'Ospedale Borda nel 1960, le sue origini risalgono al dipartimento da lui diretto al ritorno dal periodo di formazione a Parigi nel 1958. Alcune biografie di García Badaracco collocano la fondazione nel 1962 del suddetto dipartimento, segnando l'inizio del primo gruppo da lui definito psicoanalisi multifamiliare. Tuttavia, dettaglia i cambiamenti apportati dai gruppi nel clima del reparto a partire dal 1964: *' la sala comune del mio reparto divenne la più rumorosa, a differenza di quelle degli altri reparti dell'ospedale psichiatrico, che erano caratterizzati da autismo e isolamento '* (García Badaracco, 1989). García Badaracco ha individuato una fase di significativa resistenza tra i pazienti. Osservava poi che *« le situazioni tipicamente infantili cominciano a manifestarsi non appena si crea un clima di fiducia di base e di sicurezza emotiva, cioè quando la comunità diventa un contenitore psicologico adeguato per i pazienti che abbandonano atteggiamenti difensivi, rinunciando all'onnipotenza patologica». e accettare di prendere parte, in qualche modo, alla nuova esperienza»* (García Badaracco, 1989). In questa fase si è verificato il cosiddetto inserimento della famiglia nel contesto di cura, integrando anche lavori ed esperienze che avevano dato origine alla terapia familiare e sistemica a partire dagli

anni Cinquanta. *' Abbiamo scoperto che le famiglie dei pazienti, anche se avevano sufficienti capacità adattative, che li facevano apparire idonei alla vita sociale, erano esseri immaturi, che nelle situazioni di gruppo presentavano importanti difficoltà psicologiche a livello emotivo, in particolare nelle relazioni interpersonali'* . Tutte le successive osservazioni e sviluppi teorici hanno portato alla prima monografia di García Badaracco nel 1989, poi tradotta in italiano nel 1997 dalla casa editrice Franco Angeli. I gruppi di psicoanalisi multifamiliari descritti da García Badaracco si distinguono per la loro attenzione specifica al trattamento di disturbi gravi, tra cui psicosi e disturbi di personalità, coprendo diverse diagnosi e sofferenze umane, insieme alla diversità dei pazienti e dei familiari coinvolti. I numerosi casi clinici descritti da García Badaracco testimoniano l'efficacia dei suoi gruppi e il processo terapeutico avviato durante le sedute di psicoanalisi multifamiliare.

New York

Peter Laqueur , nei suoi lavori pubblicati tra il 1964 e il 1980, fa riferimento al suo primo gruppo di terapia multifamiliare. La sua descrizione delle origini è la seguente: *' Nel 1951, quando ero direttore di un reparto per il trattamento clinico di pazienti schizofrenici, di età compresa tra 12 e 52 anni, in un grande ospedale nell'area di New York, ogni domenica i genitori, e talvolta i fratelli e le sorelle, gli zii, le zie, ecc., di questi pazienti visitavano l'ospedale, e durante l'orario di visita mi vedevano, ciascuno a turno, per qualche minuto perché potessi rassicurarli, dare loro speranza, e cercare di spiegare le tecniche ed i farmaci utilizzati per modificare lo stato psicotico dei pazienti .'* . Quando abbiamo scoperto questi sentimenti nel gruppo, abbiamo deciso di fare qualcosa che all'epoca era del tutto tabù: abbiamo chiesto a tutti i pazienti e a tutti i loro visitatori di unirsi a noi per due o due ore e mezza in una discussione aperta su tutte le questioni relative alla schizofrenia, ai metodi di cura, ai problemi durante la degenza dei pazienti in ospedale, e quelle del futuro quando i pazienti torneranno a casa, al loro lavoro, alle loro possibilità di sposarsi e di avere figli, ecc . Abbiamo percepito che a volte i cosiddetti "sani" delle famiglie erano malati quasi quanto i pazienti stessi, con la differenza principale che i pazienti erano stati i primi ad essere ricoverati in ospedale. Per evitare il frequente ritorno dei nostri pazienti in ospedale dopo essere tornati a casa, si è reso necessario curare anche le loro famiglie. Abbiamo formato gruppi di quattro o cinque pazienti ricoverati e le loro famiglie e li abbiamo incontrati settimanalmente in sessioni terapeutiche durante tutta la permanenza del paziente in ospedale. In 17 anni di lavoro con i pazienti ospedalizzati e le loro famiglie, siamo riusciti a ridurre dell'80% il numero di nuovi ricoveri in ospedale. A volte i pazienti dimessi e le loro famiglie continuavano a partecipare a queste sessioni di terapia familiare multipla e gradualmente, man mano che il nostro metodo diventava sempre più conosciuto, si formavano più gruppi di terapia familiare in cliniche e uffici con pazienti ambulatoriali e le loro famiglie (Lewis, 2021). È dagli sforzi di Laqueur che si è evoluto, integrando le sue osservazioni con quelle dei familiaristi , da un lato, e con l'approccio psicoeducativo di McFarlane, dall'altro. Il modello intensivo di terapia multifamiliare confluisce in diverse esperienze, tra cui quella sviluppata da Alain Cooklin nel 1982 al Marlborough Family Service di Londra. Sviluppi successivi hanno portato a specializzazioni del metodo nel campo dei disturbi alimentari (Scholz e Asen 2002; Dare e Eisler 2000; Scholz e Asen 2001; Slagerman e Yager 1989; Wooley e Lewis 1987), alcol e sostanze (Schaefer 2008), disturbi alimentari cronici malattie sistemiche (Steinglass , 1998), malattia di Huntington (Murburg *et al.* 1988) e bambini abusati (Asen *et al.* , 1989).

7.3.3.2. Risultati

Da questa esaustiva ricerca internazionale emerge un modello chiaro: l'approccio multifamiliare ha suscitato un notevole interesse tra ricercatori e professionisti. Queste persone hanno incorporato le

loro esperienze personali e la loro formazione in questo metodo per affrontare i disturbi mentali e il disagio psicologico.

Nel tempo la dimensione di gruppo ha acquisito sempre più rilievo in termini di efficacia terapeutica, evolvendo in una modalità di lavoro dinamica e progressiva. Il concetto di “gruppalità”, incentrato sulla famiglia come membro costitutivo piuttosto che focalizzarsi esclusivamente sull'individuo, ha un significato innovativo. Introduce l'idea che la sofferenza, il disagio mentale e il disordine non sono limitati a un individuo ma esistono all'interno di un sistema di relazioni, spesso incapsulato dalla famiglia, che, a sua volta, è interconnessa con il suo ambiente e la sua storia.

Nonostante 70 anni di esperienza nel settore, che hanno dato vita a metodologie di lavoro diverse e difficili da sistematizzare e integrare, questo approccio è ancora considerato innovativo. L'analisi della letteratura scientifica e dei libri pubblicati ha portato alla categorizzazione dei risultati in tre sezioni principali:

- a) Bibliografia ragionata sulla psicoanalisi multifamiliare.
- b) Bibliografia ragionata sui gruppi multifamiliari sistemici e dinamici :
Questa sezione comprende una vasta gamma di lavori scientifici e monografie a causa della mancanza di differenze tra i lavori basati su un modello puramente psicoanalitico, quelli radicati in un modello psicodinamico e quelli allineati con un approccio sistemico.
- c) Studi sui Gruppi Multifamiliari Psicoeducativi 2020-2022:
La scelta di concentrarsi sugli ultimi due anni è attribuita alla natura vasta e diversificata della bibliografia internazionale. Durante la ricerca sul web di sondaggi riguardanti i GMF, sono stati trovati sette risultati.

7.4.CONCLUSIONI FINALI – CONCLUSIONI DELL'INTELLECTUAL OUTPUT 1 (I.O.1)

Questo studio segna la conclusione della prima fase del progetto “Fa.M.He” (IO1), condotto dai quattro partner. Il documento si è concentrato principalmente sul miglioramento della comprensione dei gruppi multifamiliari (GMF) esistenti nel campo della salute mentale. La ricerca ha comportato un esame meticoloso di vari modelli operanti in regioni distinte e a livello internazionale, per diffondere le informazioni raccolte.

Per il presente progetto sono stati considerati due tipi di gruppi multifamiliari, entrambi comprendenti almeno due generazioni, indipendentemente dalle metodologie impiegate: gruppi di Psicoeducazione Multifamiliare e gruppi di Psicoanalisi Multifamiliare, questi ultimi, radicati nelle teorie di JG Garcia Badaracco. Questi gruppi sono progettati per affrontare i problemi di salute mentale concentrandosi sul contesto familiare piuttosto che concentrarsi esclusivamente sull'individuo che manifesta più chiaramente problemi di salute mentale.

Sulla base delle relazioni dei partner, si può concludere che gli obiettivi principali del primo risultato intellettuale sono stati raggiunti. Tutti i paesi hanno condotto un'indagine, prevedendo lo sviluppo, la distribuzione e l'analisi di un questionario progettato per esplorare le caratteristiche dei GMF. Inoltre, ogni paese ha organizzato due tipi di focus group, uno con i conduttori e l'altro con gli utenti degli MGF. I quattro paesi hanno eseguito ricerche bibliografiche a livello nazionale e l'Italia è stata responsabile specificatamente della conduzione della ricerca bibliografica internazionale. I dettagli di questa ricerca possono essere trovati nei rapporti sopra.

Nella discussione successiva vengono evidenziati i risultati più rilevanti dei quattro paesi. Per quanto riguarda la tipologia di gruppo esistente in ciascun Paese:

- L'Italia conferma la presenza di due tipologie di GMF (GMF di Psicoeducazione e di Psicoanalisi), con una percentuale prevalente attribuita ai Gruppi di Psicoanalisi Multifamiliari (circa 60 GPMF attivi in varie regioni). La diffusa adozione di questa metodologia a livello nazionale è da attribuire al continuo impegno di confronto, ricerca e formazione portato avanti dal LIPsiM . In quanto struttura associativa, il LIPsiM funge da rete di supporto, incoraggiamento e analisi approfondita dell'applicazione dei GMF nel trattamento del disagio psicologico.
- Secondo il rapporto del Belgio, ci sono 24 GMF distribuiti in tutte le province del paese, principalmente associati agli ospedali psichiatrici. Questi gruppi operano tipicamente all'interno di un quadro sistemico, integrato da un approccio cognitivo o psicoeducativo, con meno enfasi sulla prospettiva psicoanalitica.
- La Spagna ha riferito dell'esistenza di 28 GMF nel paese. Tuttavia, vi è stata una distribuzione geografica non uniforme, che indica una concentrazione di GMF in alcune province mentre sono assenti in altre. È interessante notare che i GMF sono stati identificati solo in 8 delle 50 province spagnole e in 2 città autonome, nonostante le prove suggeriscano l'esistenza di GMF in altre province. Una potenziale spiegazione per questo squilibrio territoriale potrebbe essere la mancanza di interesse da parte di alcune istituzioni, dove un focus predominante sulle prospettive farmacologiche e cognitivo-comportamentali potrebbe escludere un approccio più dinamico. I GMF menzionate nel questionario hanno coinvolto un minimo di 2 generazioni, inclusa la persona sottoposta al trattamento. Per questi GMF, il quadro si è basato essenzialmente sulla psicoanalisi multifamiliare, arricchita da altri approcci psicoterapeutici (sistemico, gruppoanalitico, dinamico, cognitivo-comportamentale, interfamiliare, ecc.). I gruppi psicoeducativi sono stati esclusi da questa indagine in quanto non includevano individui in trattamento.
- Il Portogallo ha segnalato un numero limitato di gruppi multifamiliari (GMF), con un totale di 5 identificati. Tra questi, 3 erano gruppi di Psicoeducazione associati ad altre strutture e solo 2 erano gruppi di Psicoanalisi Multifamiliare. Questa cifra è notevolmente piccola considerando la dimensione territoriale del paese e rispetto agli altri paesi partecipanti. Le ragioni di questo numero basso, come sottolineato nella relazione portoghese, sono principalmente attribuite alle difficoltà incontrate nella diffusione del questionario. Inoltre, la resistenza istituzionale agli approcci terapeutici che si discostano dalla prospettiva psichiatrica/ortodossa convenzionale, spesso strettamente legata alla farmacologia, può contribuire alla mancanza di risposte ai questionari. Pur riconoscendo l'esistenza di GMF psicoeducativi in varie istituzioni portoghesi, non è chiaro se questi gruppi includano più di una generazione.

In termini di resistenza istituzionale, l'Italia ha riferito di aver incontrato ostacoli esterni, rilevando una serie di sfide all'interno del contesto istituzionale. Inoltre, il Belgio sottolinea che le difficoltà esterne nell'implementazione dei gruppi multifamiliari (GMF) sono principalmente a livello organizzativo. È quindi essenziale tenere conto di queste sfide istituzionali culturali e ideologiche. Investire in una formazione adeguata, che affronti la cultura e il funzionamento della cura della salute mentale e dei contesti di sostegno, può aiutare a superare le "menti chiuse" (Garcia Badaracco 2009). Tali sforzi hanno il potenziale per ampliare le prospettive e facilitare l'accettazione dell'approccio innovativo dei gruppi di psicoanalisi multifamiliari.

Per quanto riguarda le caratteristiche dei gruppi, il Belgio osserva variazioni significative tra le regioni delle Fiandre e della Vallonia. Queste differenze comprendono quadri terapeutici,

metodologie, popolazioni target, contesti e forme di riferimento. Nonostante queste distinzioni regionali, tutti i partecipanti al GMF, sia l'équipe tecnica che i familiari, concordano nel ritenere che il GMF rappresenti un cambio di paradigma nella cura della salute mentale, dove la famiglia assume un ruolo di primo piano e la psicopatologia è gestita all'interno di un contesto relazionale/familiare.

La formazione dei Conduuttori è risultata un aspetto di grande rilevanza riconosciuto all'unanimità da tutti i partner. Sebbene esista un terreno comune nei gruppi di psicoanalisi multifamiliari dei quattro paesi, sono stati osservati approcci operativi distinti. Questa divergenza sottolinea la necessità di una formazione completa che dia priorità alla formazione individuale dei Conduuttori, promuova il lavoro di squadra e consideri il contesto socio-culturale all'interno del quale operano i GMF.

Si è registrato un consenso riguardo all'urgente necessità di istituire solidi programmi di formazione specifica per i conduuttori dei GMF. Ciò è in linea con un altro obiettivo chiave del progetto: rafforzare il ruolo e la figura dei Conduuttori e dei Facilitatori dei GMF nei contesti della salute mentale. L'obiettivo è progettare un curriculum formativo europeo basato su abilità e competenze essenziali, attingendo alle esperienze collettive dei partner. Un corso di formazione per i conduuttori dei GMF dovrebbe comprendere non solo le competenze essenziali ma anche l'adattamento dei corsi ai diversi background accademici e alle esperienze cliniche degli operatori sanitari che compongono il team. Quando si sviluppano programmi di formazione, è fondamentale considerare non solo il profilo desiderabile di un conduuttore ma anche le diverse competenze possedute. Tutti i partner hanno concordato sull'importanza della formazione dei conduuttori di GMF, sottolineando che lo sviluppo delle loro competenze dovrebbe essere radicato in una solida formazione teorica e tecnica, incorporando una componente clinica esperienziale. Ulteriori approfondimenti su questo tema saranno sviluppati nelle fasi successive del progetto.

La pratica del debriefing tra i terapisti che partecipano ai gruppi multifamiliari (GMF) dopo le sessioni di gruppo è stata identificata come una pratica comune in tutti i paesi. Questo debriefing funge da strumento di analisi e riflessione, contribuendo al continuo affinamento di tecniche e metodologie. Inoltre, è riconosciuto come un prezioso complemento formativo per i terapisti in formazione.

In termini di valore aggiunto dei GMF, vi è una chiara enfasi sull'importanza della presenza di più di una generazione. Questo è considerato un vantaggio di questi gruppi e una strategia efficace per risolvere i conflitti familiari. L'inclusione di più generazioni porta gli elementi coinvolti faccia a faccia alla presenza del gruppo, che funge da entità sicura, empatica e di supporto.

In un Gruppo Multifamiliare tutti ne traggono beneficio, comprese le famiglie, gli operatori sanitari e le istituzioni.

Il GMF funge da ponte che collega l'istituzione con la comunità, creando un luogo comunitario in cui gli individui possono riunirsi, condividere sostegno reciproco e sperimentare la solidarietà. Tutti i partecipanti e i familiari hanno convenuto che i GMF implicano un cambiamento di paradigma nel campo della cura della salute mentale, in cui la famiglia assume una posizione di rilievo, accanto al paziente e ai caregiver. Questo cambiamento contribuisce a ridurre al minimo lo stigma e ad espandere il potenziale sano di ogni persona.

Le informazioni raccolte finora indicano un'attuazione diffusa dei GMF nei quattro paesi. Ciò offre l'opportunità di far avanzare la metodologia ed espandere la portata di questo intervento nella salute familiare a una popolazione ancora più ampia. Per raggiungere questo obiettivo è necessario

diffondere le informazioni sull'esistenza dei Gruppi Multifamiliari e formare tecnici specializzati nel settore.

APPENDICI

APPENDICE 1 - BIBLIOGRAFIA ITALIANA E BIBLIOGRAFIA INTERNAZIONALE TRADOTTA IN ITALIANO

Bibliografia in Italiano

AA.VV., (2017) *Tra l'Il Dire e il fare, esercizi di Psicoanalisi Multifamiliare*, Il Vaso di Pandora, Vol XXV, Erga Edizioni .

<https://erga.it/catalogo/il-vaso-di-pandora-vol-xxv-n-2-2017/>

AA.VV. (2008) *Clinica e ricerca psicoanalitica su individuo – coppia – famiglia*, *Interazioni*, Franco Angeli 29,1. - <https://doi.org/10.3280/INT2008-001001>

García Badaracco J., - A . Narracci (2011), *La psicoanalisi multifamiliare in Italia*, Antigone .

https://www.ibs.it/psicoanalisi-multifamiliare-in-italia-libro-jorge-e-garcia-Garcia_Badaracco-andrea-narracci/e/9788895283692

Barone R.(2020) *Teorie e pratiche mentali di comunità dialogiche Benessere e democratiche*, Franco Angeli .

Bello F., Tombolini L., (2018) *Essere in gruppo*, FrancoAngeli .

<https://www.francoangeli.it/Libro/Essere-in-gruppo.-Modelli-e-interventi?Id=24402>

Boccaro , P., *Psicoanalisi nelle Istituzioni . Intervista ad Andrea Narracci ., Psiche*, 7 (2), 579–592.

Bruschetta, S. , Barone. R. (2014). *Gruppi di psicoanalisi multifamiliare per l'età pre-adolescente (GPMF/10-13 anni)*. *Rivista Plesso*, 8 .

Bruschetta S. (2014). *Il Gruppo di psicoanalisi multifamiliare per il trattamento di minori con grave patologia mentale in Comunità Terapeutica*, *Rivista Plesso*, 9 .

Canevaro, A., Bonifazi, S. (2011). *Il gruppo plurifamiliare . Un approccio esperienziale*. Armando Editore.

https://www.ibs.it/gruppo-multifamiliare-approccio-esperienziale-libro-alfredo-canevaro-stefano-bonifazi/e/9788860818713?lgw_code=1122-B9788860818713&gclid=EAlaIqObChMIwL_4z4bj_QIVUguiAx2NzgAZEAYASABEgKM_1fD_BwE

Coderoni G., *Il Gruppo Psicoanalitico Multifamiliare per l'Età Evolutiva come garante meta nella prevenzione del malessere sociale in adolescenza*, *Psicoanalisi sociale* .

<https://www.psicoanalisi-sociale.it/il-gruppo-psicoanalitico-multifamiliare-per-leta-evolutiva-come-garante-meta-nella-prevenzione-del-malessere-sociale-in-adolescenza-giovanni-coderoni/>

Falloon Fallon Ian(2001) *Intervento psicoeducativo integrato in psichiatria . Guida al lavoro con le famiglie*, - Erickson

https://www.ibs.it/intervento-psicoeducativo-integrato-in-psichiatria-libro-falloon-ian/e/9788879460828?gclid=EAlaIqObChMI3cyznrXm_QIV4CoGAB0m2QPCEAAYAiAAEgLclFD_BwE

García Badaracco J., (2007). *La virtualità sana nella psicosi*. *Interazioni*, Franco Angeli

<https://doi.org/10.3280/INT2007-002003>

García Badaracco J., - A . Narracci (2011), *La psicoanalisi multifamiliare in Italia*, Antigone .

https://www.ibs.it/psicoanalisi-multifamiliare-in-italia-libro-jorge-e-garcia-Garcia_Badaracco-andrea-narracci/e/9788895283692

Gargano, MT, Serantoni , G., Ceppi , F., D'Alema , M., Ferraris , L., Innocente , P., Lanzi , F., Narracci , A., Russo, F., & Venier , M (2016). *Carico di cura in familiari di pazienti psichiatrici che partecipano a gruppi multifamiliari a orientamento psicodinamico : Risultati preliminari di uno studio empirico* . *Rivista di Psichiatria*, 51 (4), 135–142.

Grossi, L., Gómez, F. (2018) *Il gruppo multifamiliare all'interno di un centro diurno per le dipendenze patologiche ' Area 3 cuadernos de temas grupales institucionales n.3.*

Lampronti , L., Domenichetti , S.. *Relazioni di cura: Dal rapporto individuali ai gruppi terapeutici e multifamiliari . L'esperienza in un Servizio di Salute Mentale* , Nuova Rassegna di Studi Psichiatriche 16-2018.

Mondelbaum E ., *Teoria e pratica dei gruppi multifamiliari dal punto di vista della Psicoanalisi integrativa*, Nicomp Laboratorio ed., 2017 .

<https://www.libreriauniversitaria.it/teoria-pratica-gruppi-multifamiliari-punto/libro/9788897142843>

Narracci , A., Antonucci A., (2022). *Io principale punti di riferimento teorici della Psicoanalisi Multifamiliare* , Interazioni , Franco Angeli . <https://doi.org/10.3280/INT2022-001004>

Narracci , A., Cammarota , A., Fiori, G., & Rainer, ML (2021). *Da oggetto di intervento a soggetto della propria trasformazione . Per un coinvolgimento attivo di tutti i protagonisti della salute mentale : Pazienti , familiari e operatori* . Mondadori Bruno.

Narracci , A., Ceppi F. (2011). *In ricordo di Jorge Garcia Badaracco , Terapia Familiare* , Franco Angeli . <https://doi.org/10.3280/TF2011-095009>

Narracci A., *La Psicoanalisi Multifamiliare e il cambiamento: Istituzioni, operatori, persone* , Interazioni, 46/2017.

<https://www.psicoanalisi Coppia e famiglia.it/interazioni/826-2/>

Narracci, A. (2009). *L'uso della psicoanalisi multifamiliare con i pazienti in diversi contesti di cura: Interazioni* , 2008/1 . <https://doi.org/10.3280/INT2008-001005>

Narracci A. (2015) *Psicoanalisi Multifamiliare come esperanto*, Antigone , <https://www.libroco.it/dl/aa.vv/Antigone-Edizioni/9788898205240/Psicoanalisi-multifamiliare-come-esperanto/cw590123056747868.html>

Neri C., (2021) *Il gruppo come cura* - Raffaello Cortina

<https://www.raffaellocortina.it/scheda-libro/claudio-neri/il-gruppo-come-cura-9788832853148-3473.html>

Tirelli M, Mosconi A, Gonzo M, (2016) *Manuale di psicoterapia sistemica di gruppo* , Franco Angeli . <https://www.libraccio.it/libro/9788891729262/manuela-tirelli-andrea-mosconi-mauro-gonzo/manuale-di-psicoterapia-sistemica-di-gruppo.html>

Veltro F. e coll .,(2014) *Manuale per l'intervento psicoeducativo multifamiliare basato sul 'problem solving '* , Alpes ed.

. <https://www.riabilitazionepsicosociale.it/manuale-per-lintervento-psicoeducativo-multifamiliare-basato-sul-problem-solving-di-franco-veltro-e-coll-alpes-ed-2014/>

Patussi , V., Ceccanti , M., Codenotti , T., Fanucchi , T., & Magri , G. (sd). *Dai problemi alcol correlati alla promozione della salute* .

Tabasso , C., Franco, LD, Neri , G., Paciucci , G., & Vaccaro , MV (2017). *Dialoghi tra istituzioni , Gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare e stanza d' analisi* . Interazioni , Franco Angeli , 2017/2 , <https://doi.org/10.3280/INT2017-002005>

Bibliografia internazionale tradotta in Italiano

Fallon Ian(2001) *Intervento psicoeducativo integrato in psichiatria . Guida al lavoro con le famiglie* , Erickson

https://www.ibs.it/intervento-psicoeducativo-integrato-in-psichiatria-libro-falloon-ian/e/9788879460828?gclid=EAlaIqobChMI3cyznrXm_QIV4CoGAB0m2QPCEAAAYAAEgLclFD_BwE

García Badaracco J.,(2004), *Psicoanalisi Multifamiliare* , Bollati Boringhieri . <https://www.bollatiboringhieri.it/libri/jorge-e-garcia-Garcia-Badaracco-psicoanalisi-multifamiliare-9788833957081/>
<https://libri/jorge-e-garcia-Garcia-Badaracco-psicoanalisi-multifamiliare-9788833957081/>

García Badaracco J., (1997) *La comunità terapeutica psicoanalitica di struttura multifamiliare*, Franco Angeli . <https://www.libreriauniversitaria.it/comunita-terapeutica-psicoanalitica-struttura-multifamiliare/libro/9788846400888>

Grossi, L., Gómez, F. (2018) Il gruppo multifamiliare all'interno di un centro diurno per le dipendenze patologiche ' Area 3 cuadernos de temas grupales institucionales n.3.

Mondelbaum E ., *Teoria e pratica dei gruppi multifamiliari dal punto di vista della Psicoanalisi integrativa*, Nicomp Laboratorio ed., 2017.

APPENDICE 2 – BIBLIOGRAFIA BELGA (FRANCESE)

- Almosnino, A. (2003, Mai). *La thérapie multifamiliale (TMF)*. 6ième congrès du GREPFA, Annecy, France. Retrieved from <https://www.grepfa.fr/download.php?lng=fr&pg=65&ppt=1>
- Almosnino, A. (2004). Thérapie multifamiliale. In *Guérir les souffrances: 50 spécialistes répondent* (pp. 806-813). PUF Paris.
- Bacqué, M.-F., Bertschy, G., Nicot, C., Beraldin, R., Thévenot, A., & Metz, C. (2019). Un dispositif multi-groupe original en France. Articulation d'un grand groupe de partage d'expériences et de petits groupes thérapeutiques. Fonction thérapeutique et de formation. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 72(1), 163-175.
- Garcia Badaracco, J. G. (1999). *Psychanalyse multifamiliale. La communauté thérapeutique psychanalytique à structure familiale multiple*. PUF Paris.
- Garcia Badaracco, J. (2003). *Psychanalyse multifamiliale*. In Press.
- Garcia Badaracco, J. (2007). Psychanalyse multifamiliale: Comment soigner à partir de la 'virtualité saine'? In *Thérapies multifamiliales* (pp. 81-112). Erès.
- Benoit, J. C., Daigremont, A., Kossmann, L., Pruss, P., & Roume, D. (1980). Groupe de rencontre multifamilial dans un pavillon de malades chroniques. *Annales Médico-psychologiques*, 192(10), 1253-1259.
- Bonneton, S. (2020). Partenariats écoles-secteur infanto-juvénile: Quel impact sur la trajectoire d'enfants qui présentent des difficultés psychiques ? *Enfances & Psy*, 84(4), 56-60.
- Bromet-Camou, M. (1996). Approche systémique du désir d'enfant: Un groupe multifamilial hebdomadaire en maternité. *Thérapie familiale*, 17(1), 69-76.
- Brunaux, F., & Cook-Darzens, S. (2008). La thérapie multifamiliale Une alternative à la thérapie unifamiliale dans le traitement de l'anorexie mentale de l'enfant et de l'adolescent ? *Thérapie familiale*, 29(1), 87-102.
- Carpentier, L., Bardou, D., & Urbain, J. (2021). « Savate bien? », mise en place d'un atelier thérapeutique parents-adolescents dans deux structures de soins du Grand Ouest. *Thérapie familiale*, 43(1), 65-78.
- Cassen, M., & Delile, J.-M. (2022). Thérapies familiales et addictions: Nouvelles perspectives. *Psychothropes*, 13(3-4), 229-249.
- Castano Blanco, A. (2021). Thérapie multifamiliale psychanalytique Variations sur un thème de García Garcia Badaracco. *Le divan familial*, 46(1), 145-158.
- Cazas, O. (1994). Groupe de parole avec les familles en pratique psychiatrique. *Annales de psychiatrie*, 9(3).
- Chambon, O., Deleu, G., & Marie-Cardine, M. (2004). Approche psychoéducative de la famille dans la psychose chronique. In *Guérir les souffrances familiales: 50 spécialistes répondent* (pp. 705-728). PUF Paris.
- Cook-Darzens, S. (2007a). *Thérapies multifamiliales*. Erès. Retrieved from <https://www.cairn.info/therapies-multifamiliales--9782749207094.htm?contenu=sommaire>
- Cook-Darzens, S. (2007b). *Thérapies multifamiliales, des groupes comme agents thérapeutiques*. Eres.
- Cook-Darzens, S. (2014). Groupes multifamiliaux et groupes de parents. In *Approches familiales des troubles du comportement alimentaire de l'enfant et de l'adolescent* (pp. 233-256). Erès.
- Cook-Darzens, S. (2016). Les thérapies multifamiliales (TMF). In *Les thérapies de couple et de famille Modèles empiriquement validés et applications cliniques*. Mardaga. Retrieved from <https://www.cairn.info/les-therapies-de-couple-et-de-famille--9782804703158.htm>
- Cook-Darzens, S. (2022). *Approches multifamiliales*. Erès. Retrieved from <https://www.cairn.info/approches-multifamiliales--9782749274720.htm?contenu=sommaire>

- Cook-Darzens, S. (2003). Nouvelles tendances dans l'approche familiale de l'anorexie mentale de l'enfant et de l'adolescent: Un modèle thérapeutique basé sur les ressources de la famille. *Générations - Revue de la Société française de la thérapie familiale*, 29, 51-57.
- Cook-Darzens, S., & Criquillion-Doulet, S. (2022). *Les Thérapies multifamiliales appliquées aux troubles des conduites alimentaires*. Elsevier.
- Cook-Darzens, S., Doyen, C., Brunaux, F., Rupert, F., Bouquet, M.-J., Bergametti, F., & Mouren, M.-C. (2005). Thérapie multifamiliale de l'adolescent anorexique. *Thérapie familiale*, 26(3), 223-245.
- Criquillion-Doulet, S., & Laugier, F. (n.d.). Les groupes de familles de patients ayant un trouble des conduites alimentaires. *Générations - Revue de la Société française de la thérapie familiale*. Retrieved from <http://www.sftf.net/wp-content/uploads/2016/07/Criquillion-Doulet-S-les-groupes-de-familles-de-patients-ayant-un-trouble-des-conduites-alimentaires.pdf>
- Delbaere-Blervacque, C., Courbasson, C. M. A., & Antoine, C. (2009). L'impact des troubles du comportement alimentaire sur les proches: Une revue de la littérature. *Psychothropes*, 15(3), 93-111.
- Diatkine, G. (n.d.). ' Psychanalyse multifamiliale. La communauté thérapeutique psychanalytique à structure familiale multiple ' de Jorge García Garcia Badaracco. *Revue française de psychanalyse*, 65(1), 279-288.
- Diatkine, G. (n.d.). L'équipe thérapeutique. *Perspectives Psy*, 51(3), 256-262.
- Doba, K., & Nandrino, J.-L. (2015). Les thérapies familiales systémiques dans l'accompagnement de l'anorexie mentale: Évaluation du fonctionnement familial et de l'efficacité des thérapies familiales. In *L'Anorexie mentale* (pp. 285-321). Dunod.
- El Farricha, M. (2001). La thérapie sociale multifamiliale. *Générations*, 24, 17-21.
- Elkaïm, M. (1979). Thérapie multifamiliale avec des familles présentant des problèmes communs et appartenant au même milieu socio-économique et culturel. In *Thérapies familiales, institutions, quartiers*. Gamma.
- Framo, J. L. (1979). Thérapie de couple en groupe. In *Techniques de base en thérapie familiale* (pp. 153-170). Delarge.
- Frankhauser, A. (2015). *Thérapie multifamiliale et schizophrénie: Comment complexifier les représentations* [Médecine Lyon]. Retrieved from https://bibnum.univ-lyon1.fr/nuxeo/nxfile/default/bbdda2b6-a251-4076-92cd-df575eddb931/blobholder:0/THM_2015_FRANKHAUSER_Adeline_Elisabeth.pdf
- Gammer, C. (2007). Revue des livres—Titre recensé: 'Thérapies multifamiliales: Des groupes comme agents thérapeutiques', Solange Cook-Darzens (sous la dir. De), Éditions Érès, Ramonville St-Agne. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 43(2), 261-268.
- Garcia Menendez, J., Bossuroy, M., & Moro, M. R. (n.d.). Le pont des langues. Le groupe multifamilial « Langues ». *Cliniques Méditerranéennes*, 103(1), 107-120.
- Gelin, Z. (2016). *La Thérapie Multifamiliale Basée sur la Famille comme traitement de l'anorexie mentale de l'adolescent Etude d'un processus thérapeutique* [UMons]. Retrieved from https://www.researchgate.net/profile/Zoe-Gelin/publication/315837790_La_therapie_multifamiliale_basee_sur_la_famille_comme_traitement_de_l'anorexie_mentale_de_l'adolescent_Etude_d'un_processus_therapeutique/links/58eb558ba6fdcc96576754ac/La-therapie-multifamiliale-basee-sur-la-famille-comme-traitement-de-lanorexie-mentale-de-ladolescent-Etude-dun-processus-therapeutique.pdf
- Gelin, Z., Bzurovski, J., Simon, Y., & Hendrick, S. (2014). Thérapie multifamiliale et rite de passage: Quand l'appartenance à une communauté sociale soigne le lien familial. *Thérapie familiale*, 35(4), 463-473.

- Gelin, Z., Simon, Y., & Hendrick, S. (2015). Comment donnons-nous sens à notre vécu d'événements significatifs de vie ? *Thérapie familiale*, 36(1), 133-147.
- Harf, A., Sibeoni, J., Genis, C., Crandclerc, S., Hellier, E., Minassian, S., Roué, A., Snegaroff, C., Skandrani, S., & Moro, M. R. (2022). Une nouvelle proposition de soins pour les refus scolaires anxieux à l'adolescence: La thérapie multifamiliale. *La psychiatrie de l'enfant*, 65(1), 37-51.
- Hiers, S. (n.d.). L'enfant en crise et la fonction du groupe multifamilial. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 76(1), 89-101.
- Hiers, S. (2018). Présence à distance et coprésence. Une séance de psychothérapie multifamiliale animée par Skype. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 70(1), 115-126.
- Igody, P. (1983). La thérapie d'un groupe de familles et sa mise en pratique d'après Peter Laqueur. *Thérapie familiale*, 4(1), 81-97.
- La Belle, F. (2014). Vue d'ailleurs et autrement Le comment. *Psychothropes*, 13(3-4), 267-274.
- Lafaye, G. Les approches familiales. In *Addictions et comorbidités*. Dunod. Retrieved from <https://www.cairn.info/addictions-et-comorbidites--9782100713011-page-385.htm?contenu=plan>
- Laqueur, H. P. (1973). Thérapie multifamiliale: Questions et réponses. In *Techniques de base en thérapie familiale*. Delarge.
- M'Bailara, K., & Gard, S. (2013). Un groupe de psychoéducation pour les patients bipolaires et leur entourage. *Le journal des psychologues*, 313(10), 42-45.
- Marchand, D. (2008). « À propos de la parution de l'ouvrage Thérapies multifamiliales, Des groupes comme agents thérapeutiques, sous la direction de Solange Cook-Darzens, Érès, coll. 'Relations', 2007. : Entretien avec Solange Cook-Darzens ». *Santé mentale au Québec*, 33(1), 157-167.
- Martin, B., Rochet, C., Félius, D., & Félius, M. (2014). Réhabilitation et groupes multifamiliaux à orientation systémique. *L'information psychiatrique*, 90(6), 477-484.
- Mascaro Masri, N. (2011). Hommage à Jorge García Badaracco. *Le divan familial*, 26(1), 165-168.
- Miermont, J. (2002). L'approche psycho-éducationnelle et multifamiliale de William R. McFarlane Introduction et commentaires. *Thérapie familiale*, 23(2), 105-120.
- Miermont, J. (2010). Thérapies familiales et psychiatrie. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 168(1), 75-83.
- Migerode, L., Lemmens, G., Hooghe, A., Brunfaut, E., & Meynckens-Fourez, M. (2005). Groupes de discussion de jeunes adultes dépressifs hospitalisés avec leurs familles. *Thérapie familiale*, 4(26), 365-390.
- Mille, C., Boudailliez, B., & Naepels, B. (2016). Groupes d'anorexiques, groupes de parents: Penser le trouble ensemble et autrement ? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 64(7), 417-426.
- Naeyaert, E., Sabbe, B., Heireman, M., & Lemmens, G. (1998). Multiple family therapy en familiediscussiegroep: Ontwikkeling en een voorbeeld van toepassing in dagbehandeling. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 24, 231-252. Retrieved from https://lib.ugent.be/nl/catalog/pug01:522283?i=16&q=%22M+Heireman%22&search_field=author.
- Narraci, A. (2012). Le groupe de psychanalyse multifamiliale (GPMF). In *Quels toits pour soigner les personnes souffrant de troubles psychotiques ?* (pp. 115-123). Érès. Retrieved from <https://www.cairn.info/quels-toits-pour-soigner-les-personnes-souffrant--9782749216218-page-115.htm?contenu=plan>
- Onderwater, K., & Molders, H. (2001). Multiloog une initiative néerlandaise pour une meilleure communication. *Génération*, 23.
- Podlipski, M.-A., Laviolle, J., Gonzales, B., Georgin, C., Leclerc, S., Lasfar, M., Dubos, C., Bazin, K., Gayet, C., Marguet, C., & Gerardin, P. (2015). Le repas familial thérapeutique Un outil de soin pour les adolescentes anorexiques hospitalisées et leurs familles. *Perspectives Psy*, 54(1), 20-29.

- Rabain, N. (2014). *Scarifications à l'adolescence et groupes thérapeutiques multifamiliaux*. Colloque international d'Athènes, Athènes, Grèce. Retrieved from <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01445730>
- Rabain, N. (2015). *L'adolescent, ses parents et la psychanalyse multifamiliale* [Sorbonne Paris Cité]. Retrieved from <https://www.theses.fr/2015USPCC019>
- Rabain, N. (2018). *Psychanalyse multifamiliale et roman familial de l'adolescent*. VIIIe Congrès International de l'AIPCF, J, Lyon. Retrieved from <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02533827/document>
- Rabain, N. (2019). *Groupes thérapeutiques multifamiliaux Expériences internationales Contribution au déploiement de la psychanalyse multifamiliale en France*. Retrieved from <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-03776868>
- Rabain, N. (2021). Contribution au déploiement de la psychanalyse multifamiliale en France. *Le divan familial*, 46(1), 159-171.
- Rabain, N. (2017). La psychanalyse multifamiliale pour adolescents à Buenos Aires. *Revue française de psychanalyse*, 81(4), 1146-1153.
- Rabain, N. (2020). Les adolescent·e·s transgenres et leurs parents Abord groupal de la transition. *Recherches en psychanalyse*, 30(2), 140-146.
- Rabain, N. (2018). Pourquoi la psychanalyse multifamiliale? *Enfances & Psy*, 79(3), 32-39.
- Rabain, N., Bourvis, N., & Cohen, D. (2016). Les groupes analytiques multifamiliaux pour adolescents. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 64(5), 317-323.
- Rabain, N., Briancesco, M. E., Ragatke, S., & Toporosi, S. (n.d.). De la mise en scène à la mise en récit: Confrontation intergénérationnelle et psychanalyse multifamiliale. *Dialogue*, 236(2), 31-47.
- Roques, M., Rousselet, C., & Sinanian, A. (2020). Théâtre de l'opprimé et groupe multifamille: Un dispositif de prise en charge original. *Le journal des psychologues*, 382(10), 31-37.
- Salem, G. (1985). L'approche multifamiliale à l'hôpital psychiatrique. *Archives Suisses de Neurologie, Neurochirurgie et de Psychiatrie*, 136(6), 67-71.
- Salem, G. (2001). Exposition, confrontation, légitimation, apprentissage : quatre mots-clefs pour la thérapie multifamiliale. *Génération - Revue de la Société française de la thérapie familiale*. Retrieved from [http://www.sftf.net/wp-content/uploads/2016/07/Salem-G.TMF .pdf](http://www.sftf.net/wp-content/uploads/2016/07/Salem-G.TMF.pdf)
- Sauvaget, O., & Smaniotto, B. (2013). Anorexie et relations incestuelles. *Bulletin de psychologie*, 524(2), 159-165.
- Schiavone, A. (2015). *La thérapie multifamiliale: En quoi l'approche multifamiliale apporte-t-elle un élément supplémentaire à la thérapie familiale?* [UCLouvain]. Retrieved from <https://dial.uclouvain.be/memoire/ucl/fr/object/thesis:3087>
- Scliffet, D. (2020). *Intérêt de la thérapie multifamiliale dans la prise en charge de l'anorexie mentale*. [Université de Lille - faculté de médecine]. Retrieved from https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2020/2020LILUM211.pdf
- Sheffield, M. (2007). Groupes multifamilles avec des patients abuseurs de substances et leurs enfants: Programme de développement et résultats. *Génération*, 23, 17-20.
- Tamian, I. (2017). Famille et alcool. In *Le conjugal et le familial face à la problématique alcoolique Approche centrée sur l'entourage et l'alcoolodépendance*. Chronique sociale. Retrieved from <https://www.cairn.info/le-conjugal-et-le-familial-face-a-la-problematique--9782367171067.htm>
- Woodbury, M. A., & Woodbury, M. (1969). Psychiatrie communautaire à Paris: Création d'un service pilote d'urgence, d'hospitalisation à domicile, et de thérapie familiale dans le treizième arrondissement. *L'information psychiatrique*, 45(10).
- Zanouy, L., M'Bailara, K., & Minois, I. (2013). Penser un groupe multifamilial en psychiatrie adulte. *Le journal des psychologues*, 313(10), 37-41.

APPENDICE 3 - BIBLIOGRAFIA BELGA (OLANDESE)

- Cornelis, E., & Lemmens, G. (2016). De effectiviteit van groepsgezinstherapie bij psychiatrische aandoeningen: Een review [The effectiveness of group family therapy in psychiatric disorders: A review] [Ugent]. Retrieved from https://libstore.ugent.be/fulltxt/RUG01/002/272/773/RUG01-002272773_2016_0001_AC.pdf
- Hilliger, E. (2015). Meergezinsbehandeling voor veteranengezinnen. *Systeemtherapie*, 25(2). Retrieved from https://www.tijdschriftsysteemtherapie.nl/inhoud/tijdschrift_artikel/ST-25-2-57/Meergezinsbehandeling-voor-veteranengezinnen
- Lemmens, G., Eisler, I., Heireman, M., Migerode, L., & Demyttenaere, K. (2008). Groepsgezinstherapie. In *Handboek systeemtherapie*. Utrecht, Nederland: De Tijdstroom. Retrieved from https://lib.ugent.be/nl/catalog/pug01:528924?i=17&q=%22M+Heireman%22&search_field=author
- Lemmens, G., Eisler, I., Heireman, M., Migerode, L., & Demyttenaere, K. (2014). Groepsgezintherapie. In *Handboek systeemtherapie*. Utrecht, Nederland: De Tijdstroom. Retrieved from https://lib.ugent.be/nl/catalog/pug01:5848811?i=5&q=%22M+Heireman%22&search_field=author
- Lemmens, G., Heireman, M., Naeyaert, E., & Sabbe, B. (1999). Familiediscussiegroep: Een netwerk van verbindingen. *Tijdschrift voor familietherapie*, 6(2), 21-34. Retrieved from https://lib.ugent.be/nl/catalog/pug01:522306?i=15&q=%22M+Heireman%22&search_field=author
- Lemmens, G., Heireman, M., & Sabbe, B. (2001). Familiediscussiegroepen: Methodiek en processen. *Systeemtherapie*, 13(2), 72-85. Retrieved from https://lib.ugent.be/nl/catalog/pug01:523056?i=11&q=%22M+Heireman%22&search_field=author
- Lemmens, G., Migerode, L., Heireman, M., Eisler, I., & Demyttenaere, K. (2006). Therapeutische factoren in groepsgezinstherapie bij depressieve patiënten en hun partners. In *Als liefde niet volstaat*. Leuven: Lannoo Campus. Retrieved from https://lib.ugent.be/nl/catalog/pug01:523654?i=9&q=%22M+Heireman%22&search_field=author
- Migerode, L., Hooghe, A., Brunfaut, E., & Lemmens, G. (2006). Groepsgezinstherapie met opgenomen depressieve jongvolwassenen en hun gezin. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 32, 150-160.
- Naeyaert, E., Sabbe, B., Heireman, M., & Lemmens, G. (1998). Multiple family therapy en familiediscussiegroep: Ontwikkeling en een voorbeeld van toepassing in dagbehandeling. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 24, 231-252. Retrieved from https://lib.ugent.be/nl/catalog/pug01:522283?i=16&q=%22M+Heireman%22&search_field=author
- Overbeek, M., Gudde, L., Rijnberk, C., Hempel, R., Beijer, D., & Maras, A. (2021). Multiprobleemgezinnen in intensieve specialistische meergezinstherapie: Een theoretische beschrijving en verslag van een casestudy. *Gezinstherapie wereldwijd*, 32, 409-424.
- Van Tricht, K., Lemmens, G., & Demyttenaere, K. (2008). Groepsgezinstherapie bij verslaafden binnen een urgentiepsychiatrische dienst'. *Systeemtherapie*, 20(1), 5-19.
- Vanhooren, F., Simons, A., Janssens, A., Glazemakers, I., & Deboutte, D. (2013). Multi Familie Dagbehandeling (MFD) bij kinderen en jongeren met anorexia nervosa: Een pilootstudie. *Tijdschrift voor orthopedagogiek, kinderpsychiatrie en klinische kinderpsychologie*, 38(1), 14-30.

APPENDICE 4. BIBLIOGRAFIA SPAGNOLA

- Arroyo Guillamón, R. (n.d.). Los poderes del trabajo multifamiliar. *Psicoanálisis Multifamiliar*. Revista on line de divulgación científica. Retrieved from <miradamultifamiliar.com.ar>.
- Ayerra, J. M. (2019). El Grupo Multifamiliar. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39(136).
- Ayerra, J. M., & López Atienza, J. L. (2003). El Grupo Multifamiliar: Un espacio sociomental.
- Bar, G. (n.d.). Multifamiliar por sistema de video-conferencia. *Psicoanálisis Multifamiliar*. Revista on line de divulgación científica. Retrieved from <miradamultifamiliar.com.ar>.
- Berardinis, M. (2019). Los Grupos Multifamiliares. *Área 3*, 23, 1-12.
- Blanqué, J. M. (2005). El grupo multifamiliar aplicado al tratamiento de familias con experiencias psicóticas. *Temas de psicoanálisis*, 10, 25.
- Dobner, G. (2014). *Repensando el psicoanálisis. Multifamiliares (Vol. 1-1)*. Compañía editora de La Matanza.
- Domínguez Vázquez, I. (2020). La mente ampliada: Descripción y análisis de un grupo multifamiliar. *Avances en salud mental relacional*, 19.
- Estrada, A. (2020). Psicoterapia multifamiliar en la psicosis incipiente: Un enfoque interdisciplinar y comunitario. *Inf. psiquiátr.*
- García Badaracco, J. (2007). De sorpresa en sorpresa. *Revista de Psicoterapia Analítica Grupal de la Asociación de Psicoterapia Analítica Grupal*, 2, 59-73.
- García Badaracco, J. E. (1990). Comunidad terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar (1a). *Tecnicpublicaciones S. A. Colección Continente/Contenido84-86104-30-0*.
- García Badaracco, J. E. (2000). *Psicoanálisis Multifamiliar. Los otros en nosotros y el descubrimiento del sí mismo (1a)*. Paidós. *Psicología Profunda*.
- García Badaracco, J. (2005). *Psicoanálisis Multifamiliar para curar la enfermedad mental desde la Virtualidad Sana*. *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina*, LXII, 919-936.
- García Badaracco, J. (2012a). ¿Cómo se comienza un grupo multifamiliar? *Teoría y Práctica Grupoanalítica. Grupos Multifamiliares*, 2(1), 21-24.
- García Badaracco, J. (2012b). *Psicoanálisis Multifamiliar. Teoría y Práctica Grupoanalítica. Grupos Multifamiliares*, 2(1), 25-34.
- García de Bustamante, E. (2012). La función por hacer. *Comedia da fare. Teoría y Práctica Grupoanalítica. Grupos Multifamiliares*, 2(1), 137-146.
- Girau Valero, G., Martín Barahona, P., & Muñoz González, R. (2019). El equipo de conducción y su incidencia en el clima emocional del grupo multifamiliar. *Asociación para el estudio de temas grupales, psicosociales e institucionales*, 23, 9.
- Godinho, P., Centeno M. J., Fialho, T., Neto, I. M. (2012). El grupo multifamiliar y el síndrome de puertas abiertas: Del diagnóstico a la terapéutica. La contribución portuguesa. *Teoría y Práctica Grupoanalítica. Grupos Multifamiliares*, 2(1), 123-136.
- Jánez Álvarez, M. (2021). Análisis de un grupo multifamiliar, desde la perspectiva sociodramática. *Clínica e Investigación Relacional. Revista electrónica de Psicoterapia*, 15(2), 419-435.
- López Atienza, José L. y Blajakis, María I. (s. f.). Los GMF: una mirada para la reconstrucción humana del sufrimiento mental.
- López Atienza, José L. y Blajakis, María I.B. (2003). Tratamiento Multigrupal en la Adolescencia. *Exposición y reflexiones de una experiencia clínica realizada a partir de la integración de un grupo pequeño y un grupo multifamiliar. Boletín de la Asociación de Psicoterapia Analítica Grupal*, 29.
- López Atienza, José L. y Blajakis, María I.B. (2012). El clima emocional en los grupos multifamiliares: Su construcción y contribución al cambio. *Iniciativas grupales*, 2(1).

Manchado Flores, Miguel Ángel. (2021). Los grupos multifamiliares en la rehabilitación psicosocial de personas con trastorno mental desde la mirada del Trabajo Social con grupos multi-family. *Trabajo Social Hoy*, 94, 49-73.

Mandelbaum, Eduardo. (2015). *Teoría y práctica del grupo multifamiliar. Desde el psicoanálisis integrativo (Vol. 1-1)*. Ediciones del Candil.

Marín Arévalo, Arturo. (2016). Explorando el Psicoanálisis Multifamiliar. Reflexiones en torno a la forma de entender el sufrimiento de los pacientes. *Clínica e Investigación Relacional. Revista electrónica de Psicoterapia*, 10(1).

Markez, Iñaki. (2009). Potencial del Psicoanálisis Multifamiliar. Entrevista a Jorge García Badaracco. *Revista Norte de Salud Mental*, 34, 85-93.

Martínez García de Castro, M., Fernández Gil, J., Perles Rosselló, F. (2020). Vínculos y Palabras en un GMF. *Psicoterapia y Meditación. Revista online*. <psicoterapiaymeditacion.com>.

Martinez González Alejandro, Bonnel Garcia, Lars, Sempere Pérez, Javier y Fuenzalida Muñoz, Claudio. (2021). Contribuciones para mejorar la eficacia de la conducción de grupos multifamiliares. Una revisión sistemática. *LASALLE, centro universitario*, 21, 33-60.

Maruottolo Sardella, C. (2009). El Grupo de Psicoanálisis Multifamiliar como dispositivo hipercomplejo. *Avances en Salud Mental Relacional*, 8(2).

Mascaró Landolfi, Andrés, Juan Mendivil y otros. (2006). El GMF en el contexto de una Escuela de Padres de una Ikastola. *Revista de la Asociación de Psicoterapia Analítica Grupal*, 1, 105 a 115.

Mascaró Masri, Norberto. (s. f.). Homenaje a Jorge García Badaracco. *Asociación Franco-Argentina de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital Sainte Anne. París. Octubre de 2020. Psicoanálisis Multifamiliar. Revista online de divulgación científica*. <miradamultifamiliar.com.ar>.

Mascaró Masri, Norberto. (2008). Crisis y Contensión: El GMF. En *Crisis y contención. Del estrés al equilibrio psíquico*. Autores José Guimón, Ricardo Dávila, Antonio Andreoli (Eds.) (Ediciones Eneida. Puntos de Vista/12, p. 252). Eneida.

Mascaró Masri, Norberto. (2011). La transferencia: Nuevas perspectivas en la clínica del grupo de psicoanálisis multifamiliar. *Avances en Salud Mental Relacional*, 10(3).

Mascaró Masri, Norberto. (2012). El Grupo de Psicoanálisis Multifamiliar. *Teoría y Práctica Grupoanalítica. Grupos Multifamiliares*, 2(1), 35 a 43.

Mascaró Masri, Norberto. (2015). El Grupo de Psicoanálisis Multifamiliar. Contextualizando la experiencia. En *Un cuarto de siglo de Psiquiatría Dinámica*. Coordinador José Guimón (p. 222). Eneida.

Mascaró Masri, Norberto. (2018). El Grupo Multifamiliar: Un campo dinámico interactivo. En *La psicoterapia de grupo en los servicios de salud mental*. Autoras: De Castro Oller, M. J.; Gomez Esteban, R.; De La Hoz Martínez, A. (pp. 155-162). *Asociación Española de Neuropsiquiatría - Estudios-61*.

Matthews, S., Spector, C., Suarez Johnson, L. (s. f.). GMF intercultural (MIC): Migración e interculturalidad, encuentros de experiencias subjetivas. *Psicoanálisis Multifamiliar. Revista online de divulgación científica*. <miradamultifamiliar.com.ar>.

Mitre, María Elisa. (s. f.). *Intervenir en los GPMF: cómo, cuándo, por qué y para qué*.

Mitre, María Elisa. (2016). *Las voces del silencio. Por qué se curan los pacientes que se curan (Vol. 1-1)*. Sudamericana.

Moneo Martín, Florencio. (2008). El Grupo Multifamiliar: Un análisis antropológico. *Revista de la Asociación de Psicoterapia Analítica Grupal*, 3, 41 a 48.

Murelaga, María Jesús y Barrenetxea, Olatz. (2006). El GMF, instrumento facilitador de la dinámica adolescente. *Revista de la Asociación de Psicoterapia Analítica Grupal*, 1, 127 a 133.

Narracci, Andrea. (s. f.). *El poder de la vivencia*.

Palleiro, Eva. (2012). "Psicoanálisis Multifamiliar, asambleas y rehabilitación." *Teoría y Práctica Grupoanalítica. Grupos Multifamiliares*, 2(1), 95-108.

Rabin Lebovici, Nicolás; D'Agostino Ermacora, Sebastián; Benaym, Liza; Mascaró Masri, Norberto. (2018). "Grupos multifamiliares: Un nuevo abordaje terapéutico en la adolescencia." *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y Adolescente*, 65.

Rabin Nicolás. (s. f.). "Contribución al despliegue del psicoanálisis multifamiliar en Francia." *Le Divan Familiar*, 46(1), 159-1712021.

Ramos, L.; De Miguel, S. (2017). "Grupo multifamiliar en un hospital de día de trastornos de la conducta alimentaria." *Avances en Salud Mental Relacional*, 16(1).

Salomón Martínez, Jesús; Simond Hernán. (2013). "Grupos de terapia multifamiliar. ¿Qué son, cómo funcionan, qué ventajas ofrecen?" *Asociación Española de Neuropsiquiatría- Estudios-52*.

Sempere, Javier. (2012). "Nexos del modelo de psicoanálisis multifamiliar con otros enfoques terapéuticos. Consideraciones acerca de una nueva epistemología." *Teoría y Práctica Grupoanalítica. Grupos Multifamiliares*, 2(1), 11-20.

Sempere, Javier; Fuenzalida, Claudio. (2017). "Terapias multifamiliares. El modelo interfamiliar: La terapia hecha por todos." *Psimática Editorial, S.L.*

Sempere Pérez, J. (2018). "Terapia interfamiliar: Potenciando la terapia multifamiliar a través del grupo multifamiliar." En *La Psicoterapia de Grupo en los Servicios de Salud Mental* (María Jesús de Castro Oller, Rosa Gómez Esteban y Angela de la Hoz Martínez, editoras), 1, 279. *Asociación Española de Neuropsiquiatría-*.

Sempere Pérez, Javier. (2016). "Terapia interfamiliar: Análisis y descripción de la aplicación de un nuevo modelo de terapia multlfamiliar." Tesis (proyecto de investigación), Facultad de Medicina, Universidad de Murcia.

Sempere Pérez, Javier; F., Claudio. (2022). "Terapia Interfamiliar. El poder de los grupos multifamiliares en contextos sociales, sanitarios y educativos." *Editorial Desclée De Brouwer*.

Sempere Pérez, Javier, J. (2005). "El grupo multifamiliar en un hospital de día para adolescentes." *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 5, 93-101.

Simond, Hernán. (2012). "El «Esquema de Articulaciones» de Jorge García Badaracco y su relación con el esquema reversible de la mente." *Teoría y Práctica Grupoanalítica. Grupos Multifamiliares*, 2(1), 45-63.

Soler Sánchez. M.M. (2018). "Los grupos multifamiliares en España." En *La Psicoterapia de Grupos en los Servicios de Salud Mental* (pp. 173-186). *Asociación Española de Neuropsiquiatría- Estudios-61*.

Toporosi,S.; Regatke,S.; Rabin,N.; Briancesco, M.E. (2015). "Grupo terapéutico multifamiliar con adolescentes: Un dispositivo para que se despliegue la confrontación generacional." *Revista Topía*.

Vilariño Besteiro, P.; Unzueta Conde, B.; Uría Rivera, T.; Pérez Franco, C.; Guerra Gomez, E. (2019). "Aunando esfuerzos: GMF en el abordaje de los trastornos de alimentación." *Clínica Contemporánea. Revista de Diagnóstico Psicológico, Psicoterapia y Salud Mental*, 10(2), 1-18.

Visona, Federica. (2017). "El grupo de psicoanálisis multifamiliar. Una experiencia formativa en un contexto terapéutico de hospitalización." *Journal de Psychosocial Systems (Revista online de Sistemas Sociales)*.

APPENDICE 5 –BIBLIOGRAFIA PORTOGHESE

- Narvaz, M. G. (2010). Grupos multifamiliares: história e conceitos. *Contextos clínicos*, 3(1), 1-9.
- Costa, L. F., Almeida, M. C. D., Ribeiro, M. A., & Penso, M. A. (2009). Grupo multifamiliar: espaço para a escuta das famílias em situação de abuso sexual. *Psicologia em Estudo*, 14, 21-30.
- Costa, L. F., Penso, M. A., & Almeida, T. M. C. D. (2005). O grupo multifamiliar como um método de intervenção em situações de abuso sexual infantil. *Psicologia Usp*, 16, 121-146.
- Ponciano, E. L. T., Cavalcanti, M. T., & Féres-Carneiro, T. (2010). Observando os grupos multifamiliares em uma instituição psiquiátrica. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 37, 43-47.
- Jaeger, M. A. D. S., Seminotti, N., & Falceto, O. G. (2011). O grupo multifamiliar como recurso no tratamento dos transtornos alimentares. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 33, 20-27.
- Costa, L. F. (2011). Participação de famílias no Grupo Multifamiliar de adolescentes ofensores sexuais: vergonha e confiança. *Psicologia clínica*, 23, 185-201.
- Santos, M. A., Leonidas, C., & de Souza Costa, L. R. (2016). Grupo multifamiliar no contexto dos transtornos alimentares: A experiência compartilhada. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 3(68), 43-58.
- Costa, L. F. (1999). Possibilidade de criação de um contexto educativo: grupos multifamiliares. *Linhas Críticas*, 4(7-8), 159-174.
- Souza, L. V., & Santos, M. A. D. (2009). A construção social de um grupo multifamiliar no tratamento dos transtornos alimentares. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22, 483-492.
- Seadi, S. M. S., & Oliveira, M. D. S. (2009). A terapia multifamiliar no tratamento da dependência química: um estudo retrospectivo de seis anos. *Psicologia Clínica*, 21, 363-378.
- Ribeiro, M. A., Costa, L. F., Penso, M. A., de Almeida, T. M. C., & Nogueira, H. F. (2010). O grupo multifamiliar em parceria com a ação psicossocial forense. *Interação em Psicologia*, 14(1).
- Tavares, A. S., Mesquita, N., & Montenegro, S. (2019). Intervenção psicossocial com adolescentes que cometeram ofensa sexual e suas famílias: o grupo multifamiliar. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 28(64), 82-104.
- Brito, M. L. D. S. (2011). Grupos psicoeducativos multifamiliares: uma forma de aprender a viver com a esquizofrenia.
- Pozzobon, M., & Marin, A. H. (2021). Recursos expressivos e desempenho escolar: intervenção em grupo multifamiliar. *Revista de psicología (Santiago)*, 30(2), 10-24.
- Costa, L. F., & Mejias, N. P. (1998). Reuniões multifamiliares: uma proposta de intervenção em psicologia clínica na comunidade.
- Tommasi, M. C. F. (1996). Uma experiência institucional com grupos multifamiliares no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. *Rev. psiquiatr. clín.(São Paulo)*, 33-40.
- Nicoletti, M., Gonzaga, A. P., Modesto, S. E. F., & Cobelo, A. W. (2010). Grupo psicoeducativo multifamiliar no tratamento dos transtornos alimentares na adolescência. *Psicologia em estudo*, 15, 217-223.
- Soares, L. V., & Penso, M. A. (2014). Proposta de intervenção com grupo multifamiliar com famílias nomeadas pela escola como violentas. *Revista Brasileira de Psicodrama*, 22(2), 15-24.
- Centeno, M. J., Godinho, P., Fialho, T., Teixeira, A. L., & Neto, I. M. (2010). A 'síndrome das portas abertas'-um diagnóstico a partir do grupo multifamiliar. *Vínculo-Revista do NESME*, 7(2), 15-22.
- Ribeiro, M. A., Nogueira, H. F., Cavalcante, A. B., & da Silva, M. M. (2013, March). Obesidade e família: o Grupo Multifamiliar na pesquisa e intervenção com famílias de crianças e adolescentes obesos. In *Trabalho publicado nos anais do V Congresso Internacional de Psicopatologia*

Fundamental [http://www. Psicopatologia fundamental. org/pagina-mesasredondas-712](http://www.Psicopatologia_fundamental.org/pagina-mesasredondas-712). Acesso em (Vol. 20)

Da costa, R. F., & de Souza, j. A. (2012). Grupos multifamiliares em dependência química. *Unifunec científica multidisciplinar*, 2(3).

Ribeiro, M. A., Nogueira, H. F., Melo, V. D. A. A., & Valadares, F. S. A. (2013). Pesquisa e intervenção com famílias de crianças e adolescentes com obesidade utilizando a metodologia do Grupo Multifamiliar. *Relações interpessoais e saúde*, 55.

Valentin, F. (2018). 'Não é porque eu sou pobre que eu não posso sonhar': contribuições da musicoterapia em um grupo multifamiliar vulnerado pela pobreza.

Berwanger, C., Rosa, M. I., & Narvaz, M. (1999). Abuso sexual infantil: compartilhando dores na esperança de reescrever uma nova história: uma experiência com grupos multifamiliares. *Texto & contexto enferm*, 330-333.

de Figueiredo, M. S. (2017). Tecendo histórias, fortalecendo vínculos: a experiência com genogramas em um grupo multifamiliar. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 26(59), 87-99.

Contel, J. O. B., & Villas-Boas, M. A. (1999). Psicoterapia de grupo de apoio multifamiliar (PGA) em hospital-dia (HD) psiquiátrico. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 21, 225-230.

de Lima, h. G. D. (2006) Grupos multifamiliares como uma possibilidade de intervenção na justiça. Construindo caminhos para a intervenção psicossocial no contexto da justiça. *Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios*, 106.

De Souza, j. A., & da Costa, r. F. (2012). Grupos multifamiliares em dependência química. *Anais do fórum de iniciação científica do unifunec*, 3(3).

Holzmann, M. E. F. (2006). Jogos espontâneo-criativos nos processos de desenvolvimento da comunicação, autonomia e integração: uma proposta de intervenção sistêmica para grupo multifamiliar em situação de risco.

Valentin, F., do Nascimento, S. R., Ferreira, E. A. D. B. F., & Teixeira, C. M. F. S. (2015). Grupo Multifamiliar e Musicoterapia: métodos de prevenção ao uso de drogas na escola. *ABRAMD: Compartilhando Saberes*, 72.

Maria, A. M. F. P. A., & Pincolini, F. (2017). Grupos multifamiliares para responsáveis de adolescentes em conflito com a lei: Relato de experiência e proposta de intervenção. *Revista SocioEducação*, 1(01), 49-65.

Costa, L. F., Penso, M. A., Rufini, B. R., de Alcântara Mendes, J. A., & Borba, N. F. (2007). Família e abuso sexual: silêncio e sofrimento entre a denúncia e a intervenção terapêutica. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 59(2), 245-255.

Santos, L. A. (2014). Terapia cognitivo-comportamental familiar por meio de grupos multifamiliares no tratamento para o transtorno relacionado a substâncias.

Moreira, M. S. S. (2004). A dependência familiar. *Revista da SPAGESP*, 5(5), 83-88.

Vilela, L., dos Santos, M. A., de Andrade Moura, F. E. G., Brustelo, T. N. C., & Saviolli, C. M. G. (2010). Fatores terapêuticos em um grupo de apoio multifamiliar no tratamento da anorexia e bulimia. *Revista da SPAGESP*, 11(2), 41-50.

Costa, L. F., & Brandão, S. N. (2005). Abordagem clínica no contexto comunitário: uma perspectiva integradora. *Psicologia & Sociedade*, 17, 33-41.

Saraiva, L. F. D. O. (2018). O atendimento a queixas escolares no CRAS. *Psicologia Escolar e Educacional*, 22, 215-217.

Bastos, K. R. P., Mesquita, N., Montenegro, S., Siqueira, G. M., Stroher, L. M. C., Setubal, C. B., ... & Costa, L. F. (2019). Grupo Multifamiliar: Uma proposta de intervenção psicossocial com adolescentes autores de violência sexual. In *Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais 2019* (Vol. 16, No. 1).

- Penso, M. A., Costa, L. F., de Almeida, T. M. C., & Ribeiro, M. A. (2009). Abuso sexual intrafamiliar na perspectiva das relações conjugais e familiares. *Aletheia*, (30), 142-157.
- Costa, L. F., Penso, M. A., & de Almeida, T. M. C. (2006). Nos bastidores da pesquisa: Dificuldades no procedimento metodológico em situações-limite. *Psico*, 37(2).
- Nery, M. D. P., Costa, L. F., & Conceição, M. I. G. (2006). O sociodrama como método de pesquisa qualitativa. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 16, 305-313.
- Cavalcante, A. B. (2018). Adolescentes com bulimia nervosa e suas famílias: pesquisa e intervenção por meio do grupo multifamiliar.
- da Silva Brito, M. L. (2011). *Grupos Psicoeducativos Multifamiliares: Uma Forma De Aprender a Viver Com a Esquizofrenia* (Doctoral dissertation, Universidade de Lisboa (Portugal))
- Nogueira, H. F. (2017). Intervenção psicossocial com famílias de crianças obesas por meio do grupo multifamiliar: vivências e percepções dos participantes.
- Penso, M. A., Legnani, V., Costa, L. F., & Antunes, C. (2005). O grupo multifamiliar com famílias de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual no contexto da crise. *LF Costa & TMC de Almeida, Violência no cotidiano: do risco à proteção*, 87-105.
- Gonçalves-Pereira, M., Xavier, M., Neves, A., Barahona-Correa, B., & Fadden, G. (2006). Intervenções familiares na esquizofrenia. Dos aspectos teóricos à situação em Portugal. *Acta médica portuguesa*, 19(1), 1-8.
- Almeida, T. M. C. D., Penso, M. A., & Costa, L. F. (2009). Abuso sexual infantil masculino: o gênero configura o sofrimento e o destino?. *Estilos clin*, 46-67.
- Seadi, S. M. S. (2007). *A terapia multifamiliar e a dependência química* (Master's thesis, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul).
- Caetano, L. A. O., da Silva, F. S., & Silveira, C. A. B. (2017). Alzheimer, sintomas e grupos: uma revisão integrativa. *Vínculo-Revista do NESME*, 14(2), 84-93.
- Patrão, I., & Rita, J. S. (2013). Intervenção Multifamiliar com Adolescentes com Alterações de Comportamento: Proposta de um Programa de Intervenção. *Psychology, Community & Health*, 2(3).
- Cabral, R. R. F., & Chaves, A. C. (2005). Conhecimento sobre a doença e expectativas do tratamento em familiares de pacientes no primeiro episódio psicótico: um estudo transversal. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 27, 32-38.
- Costa, L. F. (2004). Grupos multifamiliares: construindo uma metodologia para a psicologia clínica na comunidade. *Família e problemas na contemporaneidade: reflexões e intervenções do Grupo Socius*, 123-156.
- Cobelo, A. W., & Nicoletti, M. (2019). Grupo psicoeducativo multifamiliar no tratamento dos Transtornos Alimentares. *Transtornos alimentares na infância e na adolescência: Uma visão multidisciplinar*.
- Costa, L. F., Penso, M. A., & Conceição, M. I. G. (2015). Manual de grupos multifamiliares. *Brasília, DF: Central de Produções Gráficas e Editora*.
- Penso, M. A., Costa, L. F., Conceição, M. I. G., & Carreiro, T. C. O. C. (2013). As mães dos adolescentes que cometeram ato infracional social e de natureza sexual. *Interações*, 9(25).
- Zaranza, N. I. D. C. (2008). Autismo e família: estudo dos aspectos familiares e sociais.
- FERRARINI, A. (1998). A construção social da terapia: Uma experiência com redes sociais e grupos multifamiliares. *Porto Alegre: Metrópole*.
- Tapia, L. E. R., Ribeiro, B. D. O. L., & Contel, J. O. B. (2000). Grupo de apoio multifamiliar e avaliação do funcionamento social de pacientes em hospital-dia psiquiátrico universitário. *J. bras. psiquiatr*, 395-398.
- Cobelo, A. W., Saikali, M. O., & Schomer, E. Z. (2004). A abordagem familiar no tratamento da anorexia e bulimia nervosa. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 31, 184-187.

Costa, L. F., & Penso, M. A. (2013). A percepção de profissionais sobre o atendimento a adolescentes ofensores sexuais. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 16(2), 227-240.

Narvaz, M., Berwanger, C., Moraes, R., & Rosa, M. I. (2000). Abuso sexual infantil: Compartilhando dores na esperança de reescrever uma nova história: uma experiência com grupos multifamiliares. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 18(9), 31-38.

APPENDICE 6 - BIBLIOGRAFIA INTERNAZIONALE

- Asen, E. (2002). Multiple family therapy: An overview. *Journal of Family Therapy*, 24(1), 3–16.
- Asen, E., & Schuff, H. (2006). Psychosis and multiple family group therapy. *Journal of Family Therapy*, 28(1), 58–72.
- Asen, E., Dawson, N., & McHugh, B. (A c. Di). (2019). *Multiple Family Therapy: The Marlborough Model and Its Wider Applications*. Routledge.
- Asen, K., George, E., Piper, R., & Stevens, A. (1989). A systems approach to child abuse: Management and treatment issues. *Child Abuse & Neglect*, 13(1), 45-57.
- Barbagelata, N. (2018). The Multifamily Group in Severe Psychiatric Pathologies. In R. Pereira & J. L. Linares (A c. Di), *Clinical Interventions in Systemic Couple and Family Therapy* (pp. 177–190). Springer International Publishing.
- Baudinet, J., Eisler, I., Dawson, L., Simic, M., & Schmidt, U. (2021). Multi-family therapy for eating disorders: A systematic scoping review of the quantitative and qualitative findings. *The International Journal of Eating Disorders*, 54(12), 2095–2120.
- Borgogno, F. V. (2010). Working with 'Difficult' Patients: An Interview with Jorge García Badaracco. *The American Journal of Psychoanalysis*, 70(4), 341–360.
- Borgogno, F. V., Franzoi, I. G., Barbasio, C. P., Guglielmucci, F., & Granieri, A. (2015). Massive Trauma in A Community Exposed to Asbestos: Thinking and Dissociation among the Inhabitants of Casale Monferrato. *British Journal of Psychotherapy*, 31(4), 419–432.
- Brady, P., Kangas, M., & McGill, K. (2017). 'Family Matters': A Systematic Review of the Evidence For Family Psychoeducation For Major Depressive Disorder. *Journal of Marital and Family Therapy*, 43(2), 245–263.
- Buckmaster, R., Guerin, S., O'Leary, T., & McNulty, M. (2021). Exploration of family dynamics in adults who self-harm: A multi-perspective approach. *Journal of Family Therapy*, 43(4), 665–686.
- Castillo, I. G. D., García, S. L., & Balaguer, A. P. (2022). Multifamily therapy in first episodes of psychosis: A pilot study. *European Psychiatry*, 65(S1), S783–S784.
- Dare, C., & Eisler, I. (2000). A multi-family group day treatment programme for adolescent eating disorder. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 8(1), 4-18.
- Domínguez Vázquez, I., Nuño Gómez, L., Freixa Fontanals, N., Hidalgo Arjona, C., Cervera, G., Corominas Díaz, A., & Balcells-Oliveró, M. (2023). Multifamily therapy in the community mental health network: A pragmatic randomized and controlled study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 49(1), 205–221.
- Gale, J., Realpe, A., & Pedriali, E. (2013). *Therapeutic Communities for Psychosis: Philosophy, History and Clinical Practice*. Routledge.
- García Badaracco, J. (1989). Comunidad terapéutica de estructura multifamiliar.
- García Badaracco, J. E. (2004). Ferenczi: His position in the realm of psychiatry. *International Forum of Psychoanalysis*, 13(1–2), 93–104.
- García del Castillo, I., López García, S., Pérez-Balaguer, A., Varillas Delgado, D., Fuenzalida Muñoz, C., & Sempere Pérez, J. (2022). Multifamily therapy in first psychotic episodes: A pilot study. *Psychosis*, 0(0), 1–9.
- García, M. P., Barbero, J. A. J., García, S. T., & Sempere, J. (2016). *Terapia Grupal Multifamiliar En El Abordaje De La Problemática Conductual Y Emocional Del Adolescente*.
- Gelin, Z., Cook-Darzens, S., & Hendrick, S. (2018). The evidence base for Multiple Family Therapy in psychiatric disorders: A review (part 1): Evidence base for psychiatric MFT. *Journal of Family Therapy*, 40(3), 302–325.

- Guglielmucci, F., Franzoi, I. G., Barbasio, C. P., Borgogno, F. V., & Granieri, A. (2014). Helping traumatized people survive: A psychoanalytic intervention in a contaminated site. *Frontiers in Psychology*, 5.
- Guimón, J. (2016). Overcoming the decline of psychoanalysis in psychiatric institutions. *International Forum of Psychoanalysis*, 25(3), 169–178.
- Hellems, S., De Mol, J., Buysse, A., Eisler, I., Demyttenaere, K., & Lemmens, G. M. D. (2011). Therapeutic processes in multi-family groups for major depression: Results of an interpretative phenomenological study. *Journal of Affective Disorders*, 134(1–3), 226–234.
- Jewell, T. D., & Lemmens, G. M. (2018). Multiple family therapy: Forever promising? Commentary on Gelin et al.(2018) and Cook-Darzens et al.(2018), the evidence base for multiple family therapy in psychiatric and non-psychiatric conditions: A review (parts 1 and 2). *Journal of Family Therapy*, 40(3), 344–348.
- Kaufman, E., & Kaufmann, P. (1981). Multiple Family Therapy with Drug Abusers. In A. J. Schecter (A c. Di), *Drug Dependence and Alcoholism: Volume 1 Biomedical Issues* (pp. 107–118). Springer US.
- Kuppersmith, J., Blair, R., & Slotnick, R. (2009). Training Undergraduates as Co-Leaders of Multifamily Counseling Groups. *Teaching of Psychology*.
- Laqueur, H. P. (1970). Multiple family therapy and general systems theory. *International Psychiatry Clinics*, 7(4), 99–124.
- Laqueur, H. P. (1973). Multiple family therapy: Questions and answers. *Seminars in Psychiatry*, 5(2), 195–205.
- Laqueur, H. P., & Laburt, H. A. (1964). Family Organization In A Modern State Hospital Ward. *Mental Hygiene*, 48, 544–551.
- Laqueur, H. P., & Lebovic, D. (1968). Correlation between multiple family therapy, acute crises in a therapeutic community and drug levels. *Diseases of the Nervous System*, 29(5), Suppl:188-192.
- Laqueur, H. P., Laburt, H. A., & Morong, E. (1964). Multiple Family Therapy. *Current Psychiatric Therapies*, 4, 150–154.
- Laqueur, H. P., Wells, C. F., & Agresti, M. (1969). Multiple-family therapy in a state hospital. *Hospital & Community Psychiatry*, 20(1), 13–20.
- Leichter, E., & Schulman, G. L. (2015). Interplay of Group and Family Treatment Techniques in Multifamily Group Therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*.
- Lewis N. Foster. (2021). Peter Laquer, the Father of Multiple Family Therapy- the First Model. - Speech at Catholic University of Leuven in 1977. Retrieved from <http://www.multiplefamilygrouptherapy.com/H%20Peter%20Laqueur%20Model%20Of%20MFGT.htm>
- Manso Neto, I., Fialho, T., Godinho, P., & Centeno, M. J. (2010). Treating and Training: A 30 Year Experience of a Team with a Group-Analytic Framework: Part I. *Group Analysis*, 43(1), 50–64.
- Maone, A., D'Avanzo, B., Russo, F., Esposito, R. M., Goldos, B. L., Antonucci, A., Ducci, G., & Narracci, A. (2021). Implementation of Psychodynamic Multifamily Groups for Severe Mental Illness: A Recovery-Oriented Approach. *Frontiers in Psychiatry*, 12.
- McClendon, R. (1976). Multiple family group therapy with adolescents in a state hospital. *Clinical Social Work Journal*, 4(1), 14–24.
- McFarlane, W. R. (2004). *Multifamily Groups in the Treatment of Severe Psychiatric Disorders*. Guilford Press.
- Mehl, A., Tomanová, J., Kuběna, A., & Papežová, H. (2013). Adapting multi-family therapy to families who care for a loved one with an eating disorder in the Czech Republic combined with a follow-up pilot study of efficacy. *Journal of Family Therapy*, 35(S1), 82–101.

- Millard, J., & McLagan, J. R. (1972). Multifamily Group Work: A Hopeful Approach to the Institutionalized Delinquent and his Family. *Comparative Group Studies*, 3(1), 117–127.
- Murburg, M. M., Price, L. H., & Jalali, B. (1988). Huntington's disease: Therapy strategies. *Family Systems Medicine*, 6(3), 290.
- Narracci, A. (2018). A «bridge» between psychoanalysis and psychiatry. In *Psychoanalysis and Psychiatry*. Routledge.
- Pérez-García, M., Sempere-Pérez, J., Rodado-Martínez, J. V., Pina López, D., Llor-Esteban, B., & Jiménez-Barbero, J. A. (2020a). Effectiveness of multifamily therapy for adolescent disruptive behavior in a public institution: A randomized clinical trial. *Children and Youth Services Review*, 117(C).
- Pérez-García, M., Sempere-Pérez, J., Rodado-Martínez, J. V., Pina López, D., Llor-Esteban, B., & Jiménez-Barbero, J. A. (2020b). Effectiveness of multifamily therapy for adolescent disruptive behavior in a public institution: A randomized clinical trial. *Children and Youth Services Review*, 117, 105289.
- Raasoch, J., & Laqueur, H. P. (1979). Learning multiple family therapy through simulated workshops. *Family Process*, 18(1), 95–98.
- Rabain, N. (2017). Multifamily Psychoanalysis for Adolescents in Buenos Aires. *Revue française de psychanalyse*, 81(4), 1146–1153.
- Rabain, N. (2021, diciembre 1). Transference and Countertransference Dynamics in a Multifamily Group for Transgender Adolescents (world) [Research-article]. <https://doi.org/10.1521/Prev.2021.108.4.457> ; Guilford.
- Rhodes, R. M., & Zelman, A. B. (1986). An Ongoing Multifamily Group in a Women's Shelter. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56(1), 120–130.
- Ruiz-Íñiguez, R., Carralero-Montero, A., Martínez-González, A., Méndez-Parra, E., Valdés-Díaz, Y., & Sempere, J. (2021). Interfamily Therapy, a multifamily therapy model settled in infant-juvenile mental health services of Havana (Cuba): A qualitative study from participants' perspectives. *Journal of Marital and Family Therapy*, 47(4), 843–863.
- Schaefer, G. (2008). Multiple family group therapy in a drug and alcohol rehabilitation centre. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 29(1), 17-24.
- Scholz, M., & Asen, E. (2001). Multiple family therapy with eating disordered adolescents: Concepts and preliminary results. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 9(1), 33-42.
- Scholz, M., Asen, E., Gantchev, K., Schell, B., & Süß, U. (2002). A family day clinic in child psychiatry. The Dresden model--concepts and first experiences. *Psychiatrische Praxis*, 29(3), 125-129.
- Sempere, J., & Fuenzalida, C. (2021). Interfamily therapy: Application of dialogical practices in the multifamily group. In *Open Dialogue for Psychosis*. Routledge.
- Slagerman, M., & Yager, J. (1989). Multiple family group treatment for eating disorders: a short term program. *Psychiatric Medicine*, 7(4), 269-283.
- Steinglass, P. (1998). Multiple family discussion groups for patients with chronic medical illness. *Families, Systems, & Health*, 16(1-2), 55.
- Stuart, B. K., & Schlosser, D. A. (2009). Multifamily Group Treatment for Schizophrenia. *International Journal of Group Psychotherapy*, 59(3), 435–440.
- Tantillo, M., McGraw, J. L. S., & Grange, D. L. (2020). *Multifamily Therapy Group for Young Adults with Anorexia Nervosa: Reconnecting for Recovery*. Routledge.
- Tarallo, F., Matarrese, A., D'Alessandro, M., Griffio, S., Marino, G., Marazzi, M., Riggio, F., Sangiovanni, L., Scardigli, M. I., & Nicolò, G. (2020). [Cognitive-Behavioural group interventions and Multifamily Psychoanalysis group in a Psychiatric Ward]. *Rivista di psichiatria*, 55(4), 222–226.

Wooley, S. C., & Lewis, K. G. (1987). Multi-family therapy within an intensive treatment program for bulimia.

APPENDICE 7 – QUESTIONARIO

QUESTIONARIO – GRUPPI MULTIFAMILIARI IN SALUTE MENTALE

I - PARTE PRIMA - DATI GENERALI

1. DETTAGLI DELL'INTERVISTA

1.1. Codice di compilazione

1.2. Partner/Paese _____

1.3. Data della compilazione _____

1.4. Intervistatore__

1.4.1 Nome (acronimo) _____

1.4.2. Ruolo professionale

1.4.2.1. Psichiatra

1.4.2.2. Psicologo

1.4.2.3. Infermiera

1.4.2.4. Assistente sociale

1.4.2.5. Altro

1.5. Intervistato

1.5.1. Nome (acronimo) _____

1.5.2. Allenamento professionale

1.5.2.1. Psichiatra

1.5.2.2. Psicologo

1.5.2.3. Infermiera

1.5.2.4. Assistente sociale

1.5.2.5. Altro

1.6. Dati raccolti tramite

1.6.1. Faccia a faccia

1.6.2. Telefono

1.6.3. Video conferenza

1.6.4. E-mail

1.6.5. Altro

2. IDENTIFICAZIONE DELL'ISTITUZIONE/ORGANIZZAZIONE

2.1. Sede dell'Istituzione/Organizzazione

2.1.1. Paese: _____

2.1.2. Città: _____

2.2. Nome dell'istituzione/organizzazione

2.3. Contatti Istituzione/Organizzazione

2.3.1. Telefono/i _____
2.3.2. E-mail/e _____

2.4. Struttura amministrativa dell'Istituzione/Organizzazione

2.4.1. Pubblico
2.4.2. Privato

2.5. Tipo di istituzione/organizzazione

2.5.1. Ospedale Generale (Servizio Psichiatrico):

2.5.1.1. Ambulatorio
2.5.1.2. Reparto
2.5.2.3. Ospedale diurno
2.5.2. Ospedale generale (altro servizio)
2.5.3. Ospedale psichiatrico:
2.5.3.1. Ambulatorio
2.5.3.2. Reparto
2.5.3.3. Ospedale diurno
2.5.4. Centro di salute mentale
2.5.5. Istituzione/Organizzazione educativa
2.5.6. Istituzione/Organizzazione sociale/comunitari
2.5.7. Altro

Quale? _____

II - PARTE SECONDA - GRUPPI MULTIFAMILIARI

3. IDENTIFICAZIONE E QUADRO DEL GRUPPO MULTIFAMILIARE

3.1. Nome/Denominazione del Gruppo Multifamiliare (se pertinente)

3.2. Quadro teorico del gruppo multifamiliare

3.2.1. Psicoeducativo
Quale? _____
3.2.2. Psicodinamico
Quale? _____
3.2.4. Psicoanalisi Multifamiliare (Garcia Badaracco)
3.2.5. Altro
Quale? _____

3.3. Intervento di gruppo multifamiliare:

3.3.1. Psicoterapeutico
3.3.2. Psicoeducativo
3.3.3. Autoaiuto
3.3.4. Supporto
3.3.5. Consulenza
3.3.6. Altro

4. COMPOSIZIONE DEL GRUPPO MULTIFAMILIARE

4.1. Il gruppo è pensato per una fascia d'età particolare?

4.1.1. NO

4.1.2. Sì

4.2. Se hai risposto "Sì" quale?

4.2.1. Bambini (sotto i 12 anni)

4.2.2. Adolescenti (dai 12 ai 18 anni)

4.2.3. Adulti

4.2.4. Anziani (fino a 65 anni)

4.2.5. Altro

Se hai risposto "Altro", chiarisci _____

4.3. Numero di generazioni presenti nel gruppo

4.3.1. Due

4.3.2. Più di due

4.4. Rapporto tra le persone in cura e i loro familiari (Si prega di selezionare tutto ciò che si applica)

4.4.1. Genitori

4.4.2. Figli/Figlie

4.4.3. Altri parenti

4.4.4. Figure vicine (non familiari)

4.4.5. Altri

4.5. Quali sono i titoli accademici dei terapisti?

4.5.1. Psicologi Quanti _____

4.5.2. Medici (Psichiatra/altri) Quanti _____

4.5.3. Terapisti occupazionali Quanti _____

4.5.4. Infermieri Quanti _____

4.5.5. Assistenti Sociali Quanti _____

4.5.6. Educatori Quanti _____

4.5.7. Altri Quanti _____

Chi? _____

4.5.8. Partecipanti non professionisti della salute mentale: figure familiari/altre persone con esperienza con malattie mentali Quanti? _____

Chi? _____

4.6. Qual è la formazione psicoterapeutica del terapeuta?

4.6.1. Psicoanalisi Quanti _____

4.6.2. Analisi di gruppo Quanti _____

4.6.3. Altre Psicoterapie Dinamiche Quanti _____

Quale? _____

- 4.6.4. Terapia sistemica Quanti _____
- 4.6.5. Psicoterapia cognitivo-comportamentale Quanti _____
- 4.6.6. Altro Quanti _____

Quale? _____

4.7. Conduttore/Co-terapeuti:

- 4.7.1. Un conduttore di gruppo + co-terapeuti
- 4.7.2. Solo Co-terapeuti (senza Conduttore del Gruppo)
- 4.7.3. Di solito Quanti Co-terapeuti sono presenti? _____

5. CARATTERISTICHE DEL GRUPPO MULTIFAMILIARE

5.1. Gruppo eterogeneo (i membri hanno diagnosi/patologie diverse):

- 5.1.1. Patologie psichiatriche
- 5.1.2. Patologie non psichiatriche

5.2. Gruppo omogeneo (i membri hanno la stessa diagnosi/patologia)

Si prega di indicare la diagnosi/patologia principale

- 5.2.1. Disturbi psicotici
- 5.2.2. Disturbi affettivi
- 5.2.3. Disturbi d'ansia
- 5.2.4. Traumi + disturbi da stress
- 5.2.5. Disturbi della personalità
- 5.2.6. Disturbi ossessivo-compulsivi
- 5.2.7. Disturbi da dipendenza
- 5.2.8. Problemi alimentari
- 5.2.9. Disturbi somatici
- 5.2.10. Altri
- 5.2.11. Patologie non psichiatriche

5.3. Tipo di gruppo

5.3.1. Gruppo aperto
(I membri possono unirsi o lasciare il gruppo in qualsiasi momento; la composizione del gruppo solitamente varia nel tempo e può variare durante le sessioni)

5.3.2. Gruppo chiuso
(I nuovi membri non sono ammessi al gruppo dopo che è iniziato)

5.3.3. Gruppo semi-aperto
(Assenza di date fisse di inizio o di fine; i nuovi membri sostituiscono quelli che hanno abbandonato il gruppo; il numero dei membri del gruppo può rimanere invariato per qualche tempo).

5.4. Dimensione del gruppo

- 5.4.1. Piccolo (meno di 10 partecipanti)
- 5.4.2. Medio (fino a 30 partecipanti)
- 5.4.3. Grande (più di 30 partecipanti)

5.5. Modalità di gruppo

- 5.5.1. Faccia a faccia

5.5.2. in linea

5.5.3. In presenza + Online (alcune sessioni sono in presenza e altre online)

5.6. Frequenza del gruppo

5.6.1. settimanalmente

5.6.2. Quindicinale

5.6.3. Mensile

5.6.4. Altro

Quale _____

5.7. Orario/Durata del gruppo

5.7.1. Orario della sessione (in minuti) _____

5.7.2. Durata del gruppo (se si tratta di un gruppo chiuso, quanti anni/mesi/sessioni sono previsti?)

5.8. Ora del giorno

5.8.1. Durante l'orario di lavoro

5.8.2. Orario dopo il lavoro

5.9. Luogo/stanza del gruppo

5.9.1. Sala delle attività

5.9.2. Sala medica/psicoterapia

5.9.3. Sala polivalente

5.9.4. Altro

5.10. Sono garantite le necessarie condizioni di privacy e riservatezza?

5.10.1. SÌ

5.10.2. NO

Osservazioni _____

5.11. Gruppo Idoneità della sala (dimensioni della camera/insonorizzazione/comfort soddisfacenti)

5.11.1. SÌ

3.11.2. NO

Osservazioni _____

5.12. Capacità della sala (ci sono posti per tutti?)

5.12.1 Sì

Se hai risposto "sì" quanti posti a sedere? _____

5.12.2 No

5.13. Disposizioni dei posti a sedere

5.13.1. In cerchio

5.13.2. Cerchi concentrici

5.13.3. Altro (per favore spiegare)

5.14. Fasi di gruppo

5.14.1. Il gruppo multifamiliare è organizzato in fasi (nelle quali si verificano cambiamenti, ad esempio la presenza o l'assenza di alcuni partecipanti)?

5.14.1.1. Sì

5.14.1.2. NO

5.14.2. Se hai risposto "Sì", esiste un numero fisso/pianificato di sessioni per ciascuna fase?

5.14.2.1. Sì

5.14.2.2. NO

Se sì, quanti? _____

Osservazioni _____

5.14.3. I pazienti saranno presenti in tutte le fasi?

5.14.3.1. Sì

5.14.3.2. NO

5.14.4. Se hai risposto "No", in quali fasi dovrebbero essere presenti i pazienti?

6. ESISTENZA/CONTINUITÀ/DISCONTINUITÀ DEL GRUPPO MULTIFAMILIARE

6.1. Esistenza del gruppo (da quando? / da quanto tempo?)

6.2. Nel corso della storia del gruppo ci sono state interruzioni? _____

6.3. Se sì, quali sono state le ragioni di tali interruzioni?

6.3.1. Vincoli di spazio fisico?

6.3.2. Vincoli in termini di risorse umane?

6.3.3. Vincoli pandemici?

6.3.4. Altri?

Quale? _____

6.4. Per quanto? _____

6.5. Queste interruzioni hanno modificato le impostazioni/caratteristiche/ecc. del gruppo? (ad esempio, passare da un gruppo faccia a faccia a un gruppo online)? Spiega per favore

6.6. Modalità di impostazione del gruppo pre-Covid:

- 6.6.1. Faccia a faccia
- 6.6.2. in linea
- 6.6.3. Di persona + Online

6.7. Modalità di impostazione del gruppo attuale (post-Covid).

- 6.7.1. Faccia a faccia
- 6.7.2. in linea
- 6.7.3. Di persona + Online

Osservazioni _____

7. INVIO AL GRUPPO

- 7.1. **Interno** (dall'interno dell'istituzione/organizzazione)
- 7.2. **Esterno** (da altri enti, sia pubblici che privati)

8. SUPERVISIONE/INTERVISIONE

8.1. Supervisione

- 8.1.1. Diretto/Interno: (incontro con un supervisore che è presente nel gruppo)
- 8.1.2. Indiretto/Esterno: (supervisione 'classica' - incontro con un supervisore esterno)

8.2 Intervisione : (incontro post-gruppo tra i conduttori e co-terapeuti presenti nel gruppo)

Considerazioni finali

APPENDICE 8- TABELLE DI CLASSIFICAZIONE DELLA RICERCA BIBLIOGRAFICA

TABELLE DI CLASSIFICAZIONE DELLA RICERCA BIBLIOGRAFICA

Argomenti trattati - Guida teorica

Principale orientamento teorico

Argomenti trattati – Applicazione pratica dei gruppi multifamiliari

Contesto di intervento

Tipologie di contesti: educativo, giudiziario, sanitario, ecc

Popolazione-I

Fascia di età

Popolazione–II

Popolazione con patologie psichiatriche o non psichiatriche

Gruppi di patologie

APPENDICE 9 – TABELLE DI CLASSIFICAZIONE DEI FOCUS GROUP

TABELLE DI CLASSIFICAZIONE DEI FOCUS GRUPPI

Pianificazione di focus group

Paesi	FG	Modalità	Durata	Partecipanti/ Inviti	Inviti	Presente	Moderatore /Osservatori

Metodologia e argomenti del focus group

Paesi	FG (1, 2, 3, 4)	Metodologia – Analisi SWAT	Argomenti/punti focali (Domande)