- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.52 Fri, 11 Jul 2025, 11:16:45

Carico di cura in familiari di pazienti psichiatrici che partecipano a gruppi multifamiliari a orientamento psicodinamico: risultati preliminari di uno studio empirico

Burden in caregivers of psychiatric patients attending psychodynamic multifamily groups: preliminary results of an empirical study

MARIA TERESA GARGANO[1*], GRAZIA SERANTONI[2], FIORELLA CEPPI[3], MARCO D'ALEMA[4], LUISELLA FERRARIS[5], PAOLA INNOCENTE[5], FIORELLA LANZI[4], ANDREA NARRACCI[5], FEDERICO RUSSO[5], MARCELLA VENIER[4]

*E-mail: mariateresagargano@gmail.com

[1]Dipartimento di Psicologia, Università di Palermo

[2]Dipartimento di Psicologia, Sapienza Università di Roma

[3]Gnosis Cooperativa Sociale Onlus, Marino (RM). Laboratorio Italiano di Psicoanalisi Multifamiliare

[4]Dipartimento di Salute Mentale, Azienda Sanitaria Locale Roma 6

[5]Dipartimento di Salute Mentale, Azienda Sanitaria Locale Roma 1 Laboratorio Italiano di Psicoanalisi Multifamiliare

RIASSUNTO. Scopo. Obiettivo principale di questo studio è l'analisi del carico di cura nei familiari di pazienti psichiatrici partecipanti a gruppi multifamiliari a conduzione psicodinamica a lungo termine (18 mesi) attivati in alcuni Servizi di Salute Mentale laziali. Ulteriore obiettivo è quello di verificare se la diminuzione del carico e la partecipazione al gruppo siano associati a una riduzione della sintomatologia psichiatrica nei pazienti. **Metodi.** Il campione è composto da 13 pazienti (10 uomini e 3 donne) con disturbo di personalità grave con almeno un episodio caratterizzato da sintomatologia psicotica e 42 caregiver (15 uomini e 27 donne). Il protocollo psichiatrico ha previsto la somministrazione del MCMI-III ai pazienti e del QRS ai caregiver. **Risultati.** I risultati mostrano una riduzione del carico soggettivo soprattutto nelle madri (F=4,231; sig.=,021). Ulteriori risultati mostrano che la riduzione nei pazienti dei livelli di ansia (F=1,446; p<,001), somatizzazione (F=3,573; p<,001), distimia (F=2,203; p<,001) e disturbo del pensiero (F=2,992; p<,001) è influenzata dalla relazione tra le variabili "tempo trascorso in gruppo" e "diminuzione del carico soggettivo". **Discussione e conclusioni.** Questi risultati suggeriscono una diminuzione del carico, soprattutto nelle caregiver donne, con effetti diretti sui cambiamenti strutturali nel quadro sindromico grave del paziente psichiatrico.

PAROLE CHIAVE: carico familiare, pazienti psichiatrici, gruppo multifamiliare, psicoterapia psicodinamica.

SUMMARY. Aim. The main aim of this study is to investigate the burden in relatives of psychiatric patients attending long-term psychodynamic multifamily groups (18 months) of some Mental Health Departments of Lazio Region. A further aim is to verify if the decrease of the burden and the group participation are associated with a reduction of psychiatric symptoms in patients. **Methods.** The sample consisted of 13 patients (10 men and 3 women) with severe personality disorder with at least one psychotic episode and 42 caregivers (15 men and 27 women). We administered a psychiatric protocol composed of the MCMI-III for the patients and QRS for the caregivers. **Results.** The results show a reduction of the subjective burden especially in mothers (F=4.231; sig.=.021). Further results show that the reduction of anxiety (F=1.446; p<.001), somatoform (F=3.573; p<.001), dysthymia (F=2.203; p<.001) and thought disorder (F=2.992; p<.001) in the patients is influenced by the relationship between the "time spent in group" and the "lower subjective burden". **Discussion and conclusions.** These results suggest a burden decrease, particularly in women caregivers, with direct effects on the structural modifications of the severe syndromes in psychiatric patients.

KEY WORDS: family burden, psychiatric patients, multifamily group therapy, psychodynamic psychotherapy.

INTRODUZIONE

Il carico familiare è una delle variabili più valutate, nell'ambito della patologia grave, poiché emerge una correlazione altamente significativa tra costi annui e carico soggettivo familiare[1].

È un dato ormai certo quello secondo cui le famiglie che vivono a stretto contatto con un paziente portatore di una

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.52 Fri, 11 Jul 2025, 11:16:45

grave patologia mentale sperimentino alti livelli di carico sia oggettivo che soggettivo, e livelli di stress psicologico generalmente più elevati rispetto alla popolazione generale[2-10,a].

Le ricerche che riguardano il carico hanno esplorato diverse variabili predittive e tra queste la diagnosi del paziente è in primo piano. Il dato che sembra essere più rilevante è che i livelli di carico percepiti dai familiari non dipendano tanto da differenze nel tipo di diagnosi (per es., se il paziente è psicotico, con disturbo affettivo o con altra diagnosi grave), o dal livello di funzionamento psicosociale del paziente, quanto dai sintomi negativi, dalla disorganizzazione sintomatologica e dall'ideazione suicidaria (nel caso di pazienti schizofrenici), dalla durata della malattia, dall'iniziale gravità del disturbo psichiatrico in fase acuta, dalla quantità di tempo trascorsa insieme al paziente, dalla convivenza, da strategie di coping focalizzate sulle emozioni, dall'occupazione del familiare, dall'età del familiare[3,13-15,16-18].

Nelle due review più recenti[19,20] emerge come lo stigma, ricadute frequenti, ospedalizzazioni e sintomi pervasivi siano associati a più alti livelli di carico percepiti nei familiari di pazienti bipolari, come l'aggressività del paziente, la mancanza di insight e i problemi finanziari. Più in generale la malattia del paziente bipolare (per es., storia di frequenti ciclicità, un episodio di ricaduta negli ultimi due anni) è ritenuta la principale responsabile dei cambiamenti che riguardano la salute emotiva[21]. Alcuni studi che hanno confrontato familiari di pazienti bipolari e schizofrenici sono arrivati alla conclusione che sono simili sia i livelli di carico percepito[22] sia la qualità della vita e la percezione di utilità da parte del sistema curante[23]. La specifica diagnosi è un valore limitato per la comprensione del carico familiare a causa della natura altamente specifica dei sintomi psichiatrici[24-26].

Se prendiamo in considerazione la famiglia del paziente borderline, troviamo, tra i fattori predittivi del carico, le difficoltà relative alla comunicazione intra-familiare, l'elevata conflittualità e l'ostilità tra i membri del nucleo familiare[27], la giovane età del familiare[3]. Più recentemente uno studio che ha preso in considerazione 280 familiari di pazienti borderline ha mostrato che il carico era influenzato dall'eccessivo coinvolgimento emotivo[17]. Al di là delle specificità nei fattori predittivi (che comunque in molte ricerche coincidono, a prescindere dal tipo di diagnosi), l'aspetto più rilevante è che i livelli di carico sono molto elevati, indipendentemente dal tipo di diagnosi e che la diagnosi non è tra i fattori predittivi.

Uno dei trattamenti particolarmente efficaci nel ridurre il carico in famiglie con pazienti gravi è il Gruppo Multifamiliare di tipo psicoeducazionale (GMFpe)[b,31-37].

La partecipazione a GMFpe può ridurre il carico percepito nei familiari di pazienti gravi (schizofrenici, con disturbo affettivo e bipolari, borderline) e può influenzare la qualità di vita di entrambi, pazienti e caregiver, migliorando l'esito nei pazienti (funzionamento globale sintomatologico), riducendo così il numero di ricadute e di ospedalizzazioni[38-51].

Nonostante il dato secondo cui il carico non dipenda dal tipo di diagnosi "grave", le ricerche hanno riguardato prevalentemente gruppi "omogenei" per patologia, composti da famiglie con pazienti schizofrenici (o psicotici o schizoaffettivi), bipolari (o con disturbo dell'umore grave), borderline. Riteniamo importante che le ricerche, più che soffermarsi sulle singole diagnosi, provino a indagare in che modo la riduzione del carico incida su eventuali cambiamenti riscontrati nei pazienti, come la gravità clinica. Inoltre, quegli studi che hanno dimostrato quanto la partecipazione a GMF riduca il carico riguardano dispositivi psicoeducazionali prevalentemente a breve termine. Mancano, dunque, lavori che valutino nel lungo termine, l'efficacia dell'intervento e che mettano in relazione il carico familiare con la gravità clinica del paziente.

Non ci sono ricerche che hanno esplorato la specificità del gruppo GMF, di ispirazione psicodinamica, come quello di psicoanalisi multifamiliare[52,53]. Questo tipo di dispositivo, sviluppatosi soprattutto in Sudamerica, prevede, in Italia, la compresenza di familiari e pazienti gravi, solitamente non omogeneo per patologia, aperto, a lungo termine. I Gruppi Multifamiliari a conduzione psicodinamica (GMFpd) seguono un modello teorico che attraversa saperi diversi, da quello della pragmatica a quelli psicoanalitici; in questo dispositivo l'interazione tra i componenti di uno stesso nucleo familiare e tra nuclei familiari differenti favorisce lo sviluppo di processi di "rispecchiamento" e di "transfert multipli". Questi aspetti del setting si costituiscono come fattori terapeutici specifici che facilitano l'elaborazione di aspetti scissi e dissociati di ognuno[54]. La conduzione è attiva e guidata dal dialogo multidisciplinare rappresentato dalla presenza dell'équipe sanitaria (medico psichiatra, psicoterapeuta, infermiere, tecnico della riabilitazione psichiatrica, assistente sociale) con almeno un referente per ciascun paziente (un operatore può essere referente di più pazienti partecipanti al gruppo); la diversificazione dei ruoli favorisce la comunicazione su aspetti diversi della cura (non solo istanze interne ma anche questioni legali, farmacologiche, professionali, ecc.). La cadenza set-

[a] Il carico è storicamente concettualizzato come un costrutto multidimensionale, perché i problemi che i familiari dei pazienti psichiatrici devono affrontare includono aspetti economici, legati alla quantità di tempo trascorsa con il paziente e al tempo libero, alla disorganizzazione dei ruoli e della routine quotidiana, e anche a sofferenze psicologiche ed emotive[11]. Il carico familiare è frequentemente suddiviso in carico oggettivo e soggettivo. Il carico oggettivo riguarda l'impatto negativo che la malattia mentale ha su aspetti fattuali e concreti. Il carico soggettivo si riferisce all'impatto emozionale sentito dalla famiglia e alla sofferenza psicologica[10,12].

[b] Il GMF è un dispositivo terapeutico che fa incontrare individui legati da legami di filiazione (famiglie con un membro sintomatico) e di alleanza (più famiglie insieme e operatori di riferimento) al fine di creare, all'interno dell'istituzione, una rete sociale di supporto al cambiamento[28]. Nello specifico, il GMFpe è un gruppo: chiuso, a tempo breve e determinato, perlopiù monosintomatico che utilizza tecniche cognitivo-comportamentali per implementare nei partecipanti le strategie di coping, il problem solving, ecc.[29]. Il GMFpd è un gruppo: aperto, a lungo termine, perlopiù eterogeneo che utilizza tecniche proprie del framework teorico psicoanalitico e sistemico-relazionale per lavorare sulla rottura delle interdipendenze patologiche e patogene, sul rispecchiamento e sulla mente ampliata[30].

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.52 Fri, 11 Jul 2025, 11:16:45

timanale dei GMFpd permette un costante monitoraggio del processo di cura e una maggiore circolarità di informazioni tra i diversi professionisti che garantisce una maggiore coerenza del progetto terapeutico individualizzato del paziente.

MATERIALI E METODI

Obiettivi e strumenti

Per individuare gli obiettivi di seguito descritti è stato necessario, in parte, fare riferimento a quanto emerso dalla letteratura (con le dovute cautele, vista la totale mancanza di studi empirici relativi ai GMFpd) ma, soprattutto, avviare una prima indagine esplorativa e conoscitiva delle possibili variabili specifiche da analizzare in un futuro studio sperimentale sulla valutazione di efficacia del dispositivo GMFpd.

Obiettivi di questo studio, dunque, sono:

- la verifica della riduzione dei livelli di carico percepiti dai caregiver che partecipano a un GMFpd a lungo termine;
- l'analisi delle eventuali differenze di genere, nei caregiver, nei livelli di carico percepiti;
- la verifica che il livello di carico soggettivo nei caregiver influisca sulla diminuzione della gravità clinica dei pazienti e/o dal tempo;
- la rilevazione delle aree sindromiche nelle quali si rileva un cambiamento (in termini di miglioramento) nei pazienti con disturbi psichiatrici gravi partecipanti al GMFpd.

È stato scelto, per la sostanziale convergenza diagnostica con i più importanti strumenti di valutazione dei livelli di organizzazione della personalità[55,56], per la diagnosi dimensionale e categoriale di personalità, il Millon Clinical Multiaxial Inventory III - MCMI-III[57]; del questionario autosomministrato composto da 175 item a doppia alternativa di risposta "vero-falso" – fondato sulla teoria evoluzionista della personalità con formato multiassiale e perfetta convergenza con il DSM-IV TR[58] – è stato scelto di riportare i risultati relativi alle:

- sindromi cliniche (a ansia; h somatizzazione; n bipolare: mania; d distimia; b dipendenza da alcol; t dipendenza da droghe; r disturbo post-traumatico da stress);
- sindromi cliniche gravi (ss disturbo del pensiero; cc depressione maggiore; pp disturbo delirante).

Per la valutazione del carico di cura soggettivo e oggettivo è stato scelto lo Strumento di Valutazione del Supporto Sociale – QRS[59] per la sua efficace taratura su popolazione italiana e per la sua agilità d'uso.

Partecipanti, criteri di inclusione e procedura di somministrazione

In linea con i vincoli etici imposti dalla ricerca in psicoterapia e psicologia clinica[60], dalle linee-guida indicate dalla Dichiarazione di Helsinki[61] e dopo aver ricevuto l'approvazione dei Comitati Etici delle Aziende Sanitarie Locali capofila della ricerca[c], i criteri di inclusione dei partecipanti con patologia psichiatrica grave e dei loro caregiver – che hanno volontariamente firmato il consenso informato per la partecipazione alla ricerca – sono stati scelti sulla base di ciò che la letteratura chiama "studio di efficacia clinica". L'analisi dell'efficacy, quindi, prevede una focalizzazione sulla validità interna dello studio al fine di individuare le variabili e le caratteristiche del setting più idonee a uno studio successivo di effectiveness (al fine di testare la validità esterna del GMFpd)[d].

I criteri di inclusione prevedevano l'analisi dei dati rilevati su caregiver con pazienti che partecipano o meno al gruppo: nel secondo caso, sono stati inclusi caregiver di pazienti che hanno avuto contatto con i servizi e che hanno sperimentato almeno un episodio di crisi e/o ospedalizzazione, su base di disturbo di personalità grave. Per quanto riguarda i criteri di inclusione dei 13 pazienti (10 uomini e 3 donne) partecipanti, sono state considerate le seguenti caratteristiche comuni: come da protocollo condiviso, partecipazione a diversi setting terapeutici con la presenza, nel GMFpd, di un curante referente che controllasse la reale continuità e coerenza del processo di cura[e], regolare accesso alle cure ambulatoriali standard dei Servizi, esperienze passate di cure residenziali o semi-residenziali, entrata in GMFpd corrispondente con l'inizio dell'avvio del gruppo e della ricerca.

Importante chiarire che i soggetti che hanno partecipato al T0 e che, alla fine, non sono stati inseriti nella ricerca [4 pazienti (2 uomini e 2 donne) e 9 genitori (6 donne e 3 uomini)] non possono essere ritenuti drop out *stricto sensu*, poiché: o i pazienti e/o familiari venivano, nel frattempo, coinvolti in GMFpd di altre realtà terapeutiche (Centri Diurni, Comunità Terapeutiche, case famiglia, ecc.), o il curante referente aveva ritenuto più opportuno privilegiare altri dispositivi terapeutici (setting individuale terapeutico o psichiatrico, terapia famiglia, ecc.). La responsabilità del processo di cura, comunque, rimaneva all'interno del Servizio o veniva condivisa con altri setting di cura. La partecipazione al GMFpd può, infatti, facilitare l'accompagnamento verso dispositivi terapeutici più adeguati alla fenomenologia del disturbo in atto.

Il campione, dunque, è composto da 13 pazienti (10 uomini e 3 donne) di età media pari a 33,46 anni (ds=13,25) e 42 caregiver (15 uomini e 27 donne) di età media pari a 60,57 (ds=8,89). Del campione di pazienti: il 41% vive a casa con i familiari/partner, il 24% è ospitato in case-famiglia e il restante 35% partecipa a programmi riabilitativi in strutture residenziali terapeutico-riabilitative. Del campione di pazienti, il 69% presenta un disturbo di personalità grave e ha avuto almeno un episodio caratterizzato da sintomatologia psicotica; il campione totale dei pazienti presenta come diagnosi primaria, effettuata secondo i criteri diagnostici del DSM-IV-TR[58], nel 47% dei casi, un disturbo bipolare di tipo I, nel 40% dei casi un disturbo borderline di personalità e nel restante 13% un disturbo paranoide di personalità (Tabella 1).

Del gruppo di caregiver, infine, il 64% partecipa con il familiare affetto da patologia psichiatrica.

Tutti i partecipanti sono stati reclutati in servizi psichiatrici delle Aziende Sanitarie Locali del Servizio Sanitario Nazionale della Regione Lazio.

[c] Con l'assunzione che altri tipi di gruppi di confronto (come quelli alternativi) permettono di affrontare una serie di problematiche più complesse che riguardano anche la validità di costrutto, nel senso che aiutano a interpretare le basi del tipo di impatto che caratterizza l'intervento[62].

[d] La ricerca è stata svolta in collaborazione con il Laboratorio Italiano di Psicoanalisi Multifamiliare (http://www.lipsim.com/).

[e] Un ringraziamento speciale a tutti gli operatori e a tutti i partecipanti ai GMFpd coinvolti e, in particolare, alle dott.sse Maria Letizia Ferrandino, Lucrezia Lopolito, Morena Spinello e Silvia Tarallini che, attraverso il loro costante supporto e la loro indispensabile collaborazione, hanno reso possibile l'applicazione del protocollo di ricerca.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.52 Fri, 11 Jul 2025, 11:16:45

Metodologia statistica

Le elaborazioni dei dati sono state effettuate con il pacchetto statistico *SPSS 22.0* per *Windows*, utilizzando sia punteggi grezzi sia BR (Base Rate) e calcolando, per le variabili continue, i parametri di statistica descrittiva curtosi e asimmetria per verificare il carattere gaussiano della distribuzione dei dati. Prima di testare i disegni di analisi della regressione multipla, differenziati per tempo di somministrazione, sono state effettuate analisi della varianza univariata (ANOVA) e della differenza tra medie con tecnica non parametrica test U di Mann-Whitney.

RISULTATI

Al fine di poter individuare le variabili da testare come predittori nei disegni di analisi della regressione multipla oltre alla variabile "tempo" (come predittore del possibile cambiamento sintomatologico e della diminuzione del livello di carico soggettivo) si è provveduto a effettuare analisi statistiche descrittive e analisi delle differenze tra medie per le variabili prese in esame sia nel gruppo di genitori sia nel gruppo di pazienti.

Per quanto riguarda il gruppo di genitori, l'analisi della varianza univariata mostra un decremento statisticamente significativo per quanto riguarda i livelli di carico soggettivo (F=5,149; sig.=,027; media al T0=13,5 e ds=3,88; media al T1=11,3 e ds=3,27) e punteggi minori, ma non statisticamente significativi, per quanto riguarda i livelli di carico oggettivo (media al T0=17,8 e ds=5,55; media al T1=16,7 e ds=7,17).

In accordo con la letteratura scientifica[2,21,63], si è provveduto ad analizzare i punteggi relativi al carico soggettivo differenziandoli per genere: al T0 le madri evidenziano punteggi più elevati (media=14,1 e ds=4,04) di carico soggettivo rispetto ai padri (media=12,7 e ds=3,51) e, al T1, sono le sole che evidenziano una diminuzione statisticamente significativa nella variabile oggetto d'analisi (F=4,231; sig.=,021; media al T0=14,1 e ds=4,04; media al T1=10,8 e ds=2,93). Significativo aggiungere, infine, che i risultati delle analisi dei livelli di carico sia soggettivo sia oggettivo nei genitori non differiscono pur dividendo questi ultimi in sottocampioni caratterizzati dalla presenza o meno del figlio/paziente psichiatrico nel GMFpd.

Come da protocollo seguito da Ghisi et al.[55], si è provveduto a calcolare, per quanto riguarda il gruppo dei pazienti, i punteggi BR e le deviazioni standard del campione totale nei due tempi di somministrazione per le scale:

- *Sindromi cliniche*: ansia; somatizzazione; bipolare: mania; distimia; dipendenza da alcol; dipendenza da droghe; disturbo post-traumatico da stress;
- *Sindromi cliniche gravi*: disturbo del pensiero; depressione maggiore; disturbo delirante.

Infatti, come emerso anche nel presente campione, pur in presenza di punteggi medi BR non superiori alla soglia critica di 75, la presenza di punteggi molti elevati di deviazione standard sono indice di una costellazione psicopatologica ampiamente differenziata.

Nello specifico, i pazienti del gruppo, al T0 riportano i seguenti punteggi: ansia (media=72,38 e ds=30,917); somatizzazione (media=53,69 e ds=24,363); bipolare: mania (media=57,31 e ds=22,703); distimia (media=64,27 e ds=26,699); dipendenza da alcol (media=59,25 e ds=14,234); dipendenza da droghe (media=52,88 e ds=19,085); disturbo post-traumatico da stress (media=67,44 e ds=20,491); disturbo del pensiero (media=58,18 e ds=37,629); depressione maggiore (media=55,31 e ds=26,469); disturbo delirante (media=47,06 e ds=31,510).

Nel T1, invece, i punteggi risultano essere: ansia (media= 62,73 e ds=43,720); somatizzazione (media=48,09 e

Tabella 1. Caratteristiche anagrafiche del campione di pazienti (N=13) e caregiver (N=42).

Pazienti (N=13)			
Sesso	Maschio	10	
	Femmina	3	
Età (in anni)		Media 33,46	*ds* 13,25
Residenza	A casa con genitori/partner Case-famiglia Strutture Residenziali Terapeutico-Riabilitative	41% 24% 35%	
Diagnosi	Disturbo di personalità grave con episodi psicotici Disturbo di personalità grave senza episodi psicotici	69% 31%	
Disturbo di personalità	Disturbo bipolare di tipo I Disturbo borderline di personalità Disturbo paranoide di personalità	47% 40% 13%	
Genitori/partner (N=42)			
Sesso	Maschio Femmina	15 27	
Caratteristiche rispetto alla partecipazione al gruppo	Genitori/partner di pazienti partecipanti Genitori/partner di pazienti non partecipanti	64% 36%	
Età (in anni)		Media 60,57	*ds* 8,89

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.52 Fri, 11 Jul 2025, 11:16:45

ds=27,631); bipolare: mania (media=51,09 e ds=27,271); distimia (media=51,69 e ds=34,444); dipendenza da alcol (media=52,45 e ds=23,556); dipendenza da droghe (media=48,27 e ds=23,533); disturbo post-traumatico da stress (media=54,55 e ds=35,325); disturbo del pensiero (media=54,69 e ds=24,792); depressione maggiore (media=46,45 e ds=31,427); disturbo delirante (media=39,55 e ds=32,718).

Pur evidenziandosi decrementi in tutti le scale sindromiche, al confronto tra T0 e T1 con il test U di Mann-Whitney, i punteggi di scala che risultano decrescere in maniera statisticamente significativa (per p<,050) sono: ansia, somatizzazione, distimia e depressione maggiore.

Sono state condotte, infine, tre analisi regressive per valutare quanto la variabile tempo di somministrazione possa risultare predittiva; sono state considerate misure-criterio: il punteggio totale del livello di carico soggettivo per i genitori e, per il gruppo di pazienti, le sindromi cliniche e cliniche gravi.

L'analisi della regressione multipla (regressione lineare stepwise, metodo forward) effettuata sul predittore (tempo) del carico soggettivo, ha evidenziato un coefficiente R=,557 (R-quadrato=,310) che spiega il 56% della varianza della misura criterio "tempo" (F=3,46 e sig.=,004).

Il predittore "tempo" assume un peso significativo nella predizione del carico soggettivo per il gruppo dei genitori (Beta=,310; t=2,44; p<,001).

La stima dei parametri del modello lineare generalizzato effettuato sui predittori (tempo*carico soggettivo) delle sindromi cliniche ha evidenziato, come predittore la relazione tempo trascorso nel gruppo e livello di carico soggettivo, nel gruppo dei pazienti:

- dell'ansia (F=1,446; p<,001);
- della somatizzazione (F=3,573; p<,001);
- della distimia (F=2,203; p<,001);
- della modifica del livello nella sindrome clinica grave "disturbo del pensiero" nel gruppo dei pazienti (F=2,992; p<,001) (Tabella 2).

Tabella 2. Predittività del tempo trascorso in gruppo e del carico soggettivo familiare in relazione alle variabili indagate.

Misura-criterio (variabile relativa al gruppo di genitori)	R	Predittori	Beta	F
Carico soggettivo	.557	Tempo	.310	p<.001
Misura-criterio (variabile relativa al gruppo di pazienti)	**R^2**	**Predittori**	**F**	**Sig.**
Ansia	.426	Tempo* Carico soggettivo	1,446	p<.001
Somatizzazione	.549		3,573	p<.001
Distimia	.490		2,203	p<.001
Disturbo del pensiero	.467		2,992	p<.001

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Questi risultati mostrano nelle caregiver donne un livello di carico soggettivo più alto rispetto agli uomini, confermando una parte dell'ampia letteratura in merito. Come sottolineato da Hoffman et al.[40], storicamente nella ricerca che ha riguardato il legame tra malattia mentale e famiglia, l'attenzione si è focalizzata sull'esperienza vissuta in particolare dalle donne. Negli ultimi anni le ricerche hanno rivelato risultati contraddittori: da un lato una progressiva assunzione di responsabilità e di coinvolgimento da parte di tutti i membri della famiglia[2,5,20,22,64-66]; dall'altro maggiori livelli di carico nei familiari donne di pazienti con differente diagnosi psichiatrica[16,19,21,40,67,68].

In linea con i risultati del secondo gruppo, in questo studio il carico soggettivo si rileva come la variabile su cui c'è un cambiamento statisticamente significativo e riguarda proprio le donne, anche se negli uomini si riscontra una diminuzione, seppur non significativa, dei livelli di carico. Si conferma, dunque, quanto riportato principalmente da Fallahi et al.[38], cioè, una diminuzione del carico, soprattutto nei caregiver che passano maggior tempo con i pazienti. Si potrebbe anche ipotizzare che il coinvolgimento del partner al lavoro del gruppo riduca il senso di solitudine delle donne e le aiuti ad affrontare la malattia del figlio con un minore carico emotivo.

Al termine delle rilevazioni, i livelli di carico soggettivo si appaiano nei due sessi, raggiungendo valori non clinicamente gravi. Pur evidenziando la necessità di ulteriori approfondimenti empirici, si può ipotizzare che il carico soggettivo – che sembra avere un peso maggiore poiché in parte slegato da aspetti anagrafici e dalla qualità del supporto sociale – migliori sensibilmente attraverso un intervento terapeutico di gruppo di media-lunga durata. L'analisi degli item suggerisce, sulla base dei risultati emersi, che i membri della famiglia si sentono incoraggiati a prendersi cura dei propri bisogni emotivi riducendo la preoccupazione e il senso di colpa. Diminuisce così il senso di solitudine e aumenta la consapevolezza di potere affrontare con minore carico emotivo (tristezza ecc.) la malattia del figlio/a. La partecipazione dei ricercatori al lavoro clinico favorisce l'ipotesi che le caregiver donne, pur dichiarandosi all'inizio più impegnate nella gestione emotiva del figlio/a, possono poi beneficiare del coinvolgimento del partner al lavoro del gruppo.

Collegando l'inferenza clinica con gli elementi teorici sviluppati dagli autori del metodo, la compresenza di familiari e pazienti (sia della stessa famiglia sia di famiglie diverse) che vivono fasi cliniche diverse, potrebbe facilitare il riconoscimento di aspetti "sani" in ogni partecipante, ed eventuali trasformazioni nelle "credenze patogene"[f] riguardanti la malattia e la sua evoluzione. Osservare nel qui e ora della seduta le interazioni dei pazienti tra di loro, con i familiari e con gli operatori della salute mentale, facilita nei parenti una maggiore consapevolezza di eventuali cambiamenti, attraverso

[f] Per "credenza patogena", Badaracco intende «[…] l'espressione di un tipo di interdipendenze patogene vissute in passato con le figure familiari e che hanno, nel cosiddetto mondo interno, una validità attualizzante che mantiene il potere patogeno che queste interdipendenze avevano allora»[52].

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.52 Fri, 11 Jul 2025, 11:16:45

un lavoro di elaborazione emotiva e di riduzione del carico. Il partner può ascoltare le emozioni vissute dal familiare così come il figlio, creando un circolo virtuoso di riconoscimento affettivo[71]. Le inferenze cliniche elicitate da questi risultati dovranno essere, successivamente, supportate, dall'analisi dei dati derivanti dalla valutazione dei processi di gruppo e delle dinamiche familiari valutati attraverso le ulteriori indagini empiriche effettuate sui gruppi afferenti a questo campione[g].

Tornando alla lettura dei risultati, al T2 registriamo un appaiamento anche nei valori del carico oggettivo, quasi a mostrare una progressiva distribuzione più equilibrata di ruoli e funzioni familiari (nella coppia) nel corso di un tempo medio-lungo, a fronte di una più marcata differenziazione di ruoli nella prima rilevazione.

Nella nostra ricerca i due ruoli, quello femminile, storicamente associato all'accudimento e al supporto e quello maschile, più associato ad aspetti manageriali, concreti e vicini al carico oggettivo[72-74], diventano più equilibrati.

I dati preliminari evidenziano che una diminuzione del carico soggettivo influenza direttamente alcuni aspetti importanti di gravità clinica del paziente, lungo il tempo: il risultato più rilevante è che un lavoro sistematico e continuo sulle emozioni provate dai familiari, riduce non solo la distimia, ma anche la depressione maggiore nei pazienti. I costrutti misurati dagli item, quindi, indicano che non solo diminuiscono gli aspetti malinconici legati a questo quadro sindromico, ma anche l'ideazione suicidaria, la sensazione di sentirsi senza forze, sfiduciato rispetto al futuro, confuso per motivazioni difficili da simbolizzare.

Questi importanti cambiamenti richiedono che tutta la famiglia faccia un lavoro su di sé per un arco di tempo mediolungo.

A supporto, inoltre, dell'efficacia del gruppo multifamiliare con famiglie e pazienti con patologia psichiatrica cronica grave[29], questi dati sollecitano una riflessione sull'importanza del duplice contenimento favorito dalla partecipazione al gruppo (da parte sia dell'istituzione sia del gruppo stesso) sugli aspetti ansioso-depressivi e colpevolizzanti dei familiari; questi ultimi, abbassandosi, favoriscono un miglioramento significativo in alcuni aspetti della sintomatologia clinica, specialmente ansioso-depressiva, del paziente.

Svincolando la permanenza in gruppo dalla diminuzione del carico soggettivo, la sola variabile tempo si rivela un buon predittore della diminuzione della gravità della sindrome clinica disturbo del pensiero nel paziente, migliorando il contatto con il mondo reale, trovando una maggiore vicinanza con l'esperienza del qui e ora, allontanando da sé pensieri che girano ripetutamente in testa, di cui si ha la sensazione che non vadano più via. Inoltre, il tempo trascorso in gruppo predice anche il miglioramento nella sindrome clinica *ansia*. Questo elemento clinico, trasversale ai diversi cluster di personalità, è anche una delle variabili in cui si misura un miglioramento tra il T0 e T1; un ultimo aspetto sintomatologico del paziente che migliora al T1 è la somatizzazione (non a caso, nel modello teorico di riferimento, livelli alti di ansia sono associati a reazioni somatiche).

Oltre alle modifiche positive che possono rilevarsi nei livelli di carico di cura, la partecipazione ai gruppi multifamiliari sembra favorire un miglioramento nei pazienti che va oltre un abbassamento del livello sintomatologico nell'*hic et nunc*, promuovendo anche cambiamenti strutturali nel quadro sindromico grave del paziente (non solo ansia, somatizzazione e distimia ma anche depressione maggiore e disturbo del pensiero). Queste modificazioni strutturali, dunque, sembrano essere elicitate dalla capacità, del dispositivo terapeutico, di contenimento e facilitazione dell'elaborazione emotiva di tutti i partecipanti. In conclusione, è necessario sottolineare che questi dati dovranno essere supportati e rafforzati: da un lato, da ulteriori approfondimenti sulla loro tenuta nel tempo – attraverso, per esempio, studi di follow-up; dall'altro, da un confronto empirico tra le variabili di esito e di processo gruppale.

In mancanza di dati derivanti dalla letteratura, al fine di poter analizzare l'efficacia del GMFpd, attraverso uno studio sperimentale con gruppo di confronto, analisi di processo e follow-up (sia per i familiari sia per i pazienti), questo lavoro preliminare si è reso necessario per iniziare a definire le variabili specifiche da misurare. Tuttavia, nonostante i limiti segnalati, questa rilevazione ha reso possibile una prima indagine sulle caratteristiche del carico di cura familiare e le sue possibili relazioni con il quadro sintomatologico dei pazienti psichiatrici gravi.

[g] Le caratteristiche di questo lavoro sono più aderenti a ciò che la letteratura chiama "valutazione di efficacia clinica". In un'ottica ecologica, guardando oltre gli studi di efficacy (focus sulla validità interna) o effectiveness (focus sulla validità esterna)[62,69], la valutazione di efficacia clinica del trattamento psicoterapeutico permette di comprendere non solo gli obiettivi del trattamento ma anche le strategie e i setting più adeguati nel favorire questi cambiamenti (con l'integrazione delle valutazioni di esito e di processo), attraverso sia l'analisi dei risultati statistici sia degli elementi clinici.

BIBLIOGRAFIA

1. Percudani M, Cerati G. Social costs and outcome evaluation in schizophrenia. Costi sociali e valutazione dell'esito nella schizofrenia. J Med Per 2006; 4.
2. Bauer R, Gottfriedsen G, Binder H, et al. Burden of caregivers of patients with bipolar affective disorders. Am J Orthopsychiat 2011; 8: 139-48.
3. Hoffman PD, Buteau E, Hooley JM, Fruzzetti AE, Bruce ML. Family members' knowledge about borderline personality disorder: correspondence with their levels of depression, burden, distress, and expressed emotion. Fam Process 2003; 42: 469-78.
4. Goodman M, Patil U, Triebwasser J, Hoffman P, Weinstein ZA, New A. Parental burden associated with borderline personality disorder in female offspring. J Pers Disord 2011; 25: 59-74.
5. Heru AM, Ryan CE. Burden, reward and family functioning of caregivers for relatives with mood disorders: 1-year follow-up. J Affect Disorders 2004; 83: 221-5.
6. Ostman M. The burden experienced by relatives of those with a severe mental illness differences between those living with and those living apart from the patient. J Psychiat Int C 2007; 3: 3543.
7. Madigan K, Egan P, Brennan D, et al. A randomised controlled trial of carer-focused multi-family group psychoeducation in bipolar disorder. Eur Psychiat 2012; 27: 281-4.
8. Martino F, Lia L, Bortolotti B, et al. La famiglia del paziente con disturbo borderline di personalità: carico della malattia e interventi destinati ai caregiver. Riv Psichiatr 2014; 49: 199-206.
9. Scheirs JG, Bok S. Psychological distress in caretakers or relatives of patients with borderline personality disorder. Int J Soc Psychiatr 2007; 53: 195-203.
10. Van der Sanden Remko LM, Stutterheim SE, Pryor JB, Kok G, Bos Arjan ER. Coping with stigma by association and family bur-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.52 Fri, 11 Jul 2025, 11:16:45

den among family members of people with mental illness. J Nerv Ment Dis 2014; 202: 710-7.
11. Schene AH, Tessler RC, Gamache GM. Caregiving in severe mental illness: conceptualization and measurement. In: Knudsen HC, Thornicroft G (eds). Mental health service evaluation. Cambridge, MA: Cambridge University Press, 1996.
12. Tsang HWH, Tam PKC, Chan F, Chang WM. Sources of burdens on families of individuals with mental illness. Int J Rehabil Res 2003; 26: 123-30.
13. Wolthaus JED, Dingemans PMAJ, Schene AH, et al. Caregiver burden in recent-onset schizophrenia and spectrum disorders: The influence of symptoms and personality traits. J Nerv Ment Dis 2002; 190: 241-7.
14. McDonell M, Short R, Berry C, Dyck D. Burden in schizophrenia caregivers: impact of family psychoeducation and awareness of patient suicidality. Fam Process 2003; 42: 91-103.
15. Moller-Leimkuhler AM. Burden of relatives and predictors of burden. Baseline results from the Munich 5-year-follow-up study on relatives of first hospitalized patients with schizophrenia or depression. Eur Arch Psy Clin N 2005; 255: 223-31.
16. Caqueo-Urízar A. Burden of care in families of patients with schizophrenia. Qual Life Res 2006; 15: 719-24.
17. Bailey RC, Grenyer BFS. The relationship between expressed emotion and wellbeing for families and carers of a relative with Borderline Personality Disorder. Personal Ment Healt 2015; 9: 21-32.
18. Hadry T, Adamowski T, Kiejna A. Mental disorder in Polish families: is diagnosis a predictor of caregiver's burden? Soc Psych Psych Epid 2011; 46: 363-72.
19. Van derVoort TY, Goossens PJJ, Van der Bijl JJ. Burden, coping and needs for support of caregivers for patients with a bipolar disorder: a systematic review. J Psychiatr Ment Health Nurs 2007; 14: 679-87.
20. Titus AA, Beentjes RN, Peter JJ, Goossens RN, Poslawsky IE. Caregiver burden in bipolar hypomania and mania: a systematic review. Perspect Psychiatr C 2012; 48: 187-97.
21. Reinares M, Vieta E, Colom F, et al. What really matters to bipolar patients' caregivers: sources of family burden. J Affect Disord 2006; 94: 157-63.
22. Chadda RK, Singh TB, Ganguly KK. Caregiver burden and coping. A prospective study of relationship between burden and coping in caregivers of patients with schizophrenia and bipolar affective disorder. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2007; 42: 923-30.
23. Ogilvie AD, Morant N, Goodwin GM. The burden on informal caregivers of people with bipolar disorder. Bipolar Disord 2005; 7: 25-32.
24. Mueser KT, Webb C, Pfeiffer M, Gladis M, Levinson DF. Family burden of schizophrenia and bipolar disorder: perceptions of relatives and professionals. Psychiatr Serv 1996; 47: 507-11.
25. Perlick D, Clarkin JF, Sirey J. Burden experienced by caregivers of persons with bipolar affective disorder. Br J Psychiatry 1999; 175: 56-62.
26. Nehra R, Chakrabarti S, Kulhara P. Caregivercoping in bipolar disorder and schizophrenia: a re-examination. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2005; 40: 329-36.
27. Gunderson JG, Lyoo IK. Family problems and relationships for adults with borderline personality disorder. Harv Rev Psychiatry 1997; 4: 272-8.
28. Canevaro A, Bonifazi S. Il gruppo multifamiliare. Un approccio esperienziale. Roma: Armando Editore, 2011.
29. McFarlane WR. Multifamily groups in the treatment of severe psychiatric disorders. New York: Guilford Press, 2002.
30. Badaracco Garcia JE. Psicoanalisi multifamiliare. Gli altri in noi e la scoperta di noi stessi. Milano: Bollati Boringhieri, 2004.
31. Chien WT, Wong MP. A family psychoeducation group program for Chinese people with schizophrenia in Hong Kong. Psychiatr Serv 2007; 58: 1003-6.
32. Corcoran J, Phillips J. Family treatment with schizophrenia. In: Corcoran J (ed). Evidence-based social work practice with families: a lifespan approach. New York: Springer Publishing Company, 2004.
33. Hazel NA, McDonell MG, Short RA. Impact of multiple-family groups for outpatients with schizophrenia on caregivers' distress and resources. Psychiatr Serv 2004; 55: 35-41.
34. Hugen B. The effectiveness of a psychoeducational support service to families of persons with a chronic mental illness. Res Soc Work Pract 1993; 3: 137-54.
35. Jeppesen P, Petersen L, Thorup A, et al. Integrated treatment of first-episode psychosis: effect of treatment on family burden. Brit J Psychiat 2005; 187: 85-90.
36. Kuipers E, Bebbington PE. Research on burden and coping strategies in families of people with mental disorders: problems and perspectives. In: Sartorius N, Leff J, Lopez I, JJ, Maj M, Okasha A (eds). Families and mental disorders: From burden to empowerment. New York: John Wiley & Sons, 2005.
37. Nasr T, Kausar R. Psychoeducation and the family burden in schizophrenia: a randomized controlled trial. Ann Gen Psychiatry 2009; 8: 17.
38. Fallahi Khoshknab M, Sheikhona M, Rahgouy A, Rahgozar M, Sodagari F. The effects of group psychoeducational programme on family burden in caregivers of Iranian patients with schizophrenia. J Psychiatr Ment Health Nurs 2014; 21: 438-46.
39. Gunderson JG, Berkowitz C, Ruiz-Sancho A. Families of borderline patients: a psychoeducational approach. Bull Menninger Clin 1997; 61: 446-57.
40. Hoffman PD, Fruzzetti AE, Buteau E. Understanding and engaging families: an education, skills and support program for relatives impacted by borderline personality disorder. J Ment Health 2007; 16: 69-82.
41. Kopelowicz A, Zarate R, Wallace CJ, Liberman RP, Lopez SR, Mintz J. The ability of multifamily groups to improve treatment adherence in Mexican Americans with schizophrenia. Arch Gen Psychiat 2012; 69: 265-73.
42. Lincoln TM, Wilhem K, Nestoriuc Y. Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: a meta-analysis. Schizophr Res 2007; 96: 232-45.
43. Magliano L, Fiorillo A, Malangone C, De Rosa C, Maj M. Patient functioning and family burden in a controlled, real world trial of family psychoeducation for schizophrenia. Psychiatr Serv 2006; 57: 1784-91.
44. Madigan K, Egan P, Brennan D, et al. A randomised controlled trial of carer-focused multi-family group psychoeducation in bipolar disorder. Eur Psychiat 2012; 27: 281-4.
45. Perlick DA, Hohenstein JM, Clarkin JF. Use of mental health and primary care services by caregivers of patients with bipolar disorder: a preliminary study. Bipolar Disord 2005; 7: 126-35.
46. Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, Garety P, Geddes J, Orbach G. Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive therapy. Psychol Med 2002; 32: 763-82.
47. Pitschel-Walz G, Leucht S, Baeuml J, Kissling W, Engel RR. The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia: a meta-analysis. Schizophrenia Bull 2001; 27: 73-92.
48. Rea MM, Miklowitz DJ, Thompson MC. Familyfocused treatment versus individual treatment for bipolar disorder: results of a randomized clinical trial. J Consult Clin Psych 2003; 71: 482-92.
49. Reinares M, Colom F, Sanchez-Moreno J, et al. Impact of caregiver group psychoeducation on the course and outcome of bipolar patients in remission: a randomized controlled trial. Bipolar Disord 2008; 10: 511-9.
50. Rummel-Kluge C, Kissling W. Psychoeducation for patients with schizophrenia and their families. Expert Rev Neurother 2008; 8: 1067-77.
51. Whitehurst T, Ridolfi ME, Gunderson J. Multiple family group treatment for borderline personality disorder. In: Hofmann SG, Tompson MC (eds). Treating chronic and severe mental disorders: a handbook of empirically supported interventions. New York: Guilford Press, 2002.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.52 Fri, 11 Jul 2025, 11:16:45

52. Badaracco Garcia JE. Psicoanalisi multifamiliare. Gli altri in noi e la scoperta di noi stessi. Milano: Bollati Boringhieri, 2003.
53. Gargano MT, Serantoni G, Russo F, Narracci A, Bruschetta S, Barone R. La valutazione empirica sui gruppi multifamiliari: una rassegna internazionale e la presentazione di un protocollo di ricerca italiano. In: Bruschetta S, Barone R, Frasca A (eds). La ricerca sui gruppi comunitari in salute mentale. Milano: Franco Angeli, 2014.
54. Narracci A. Psicoanalisi Multifamiliare come Esperanto. Torino: Antigone, 2015.
55. Ghisi M, de Girolamo G, Dorz S, Novara C, Sanavio E. Millon Clinical Multiaxial Inventory-III: validità convergente. In: Zennaro A, Ferracuti S, Lang M, Sanavio E (eds). L'adattamento italiano del MCMI-III. Studi di validazione, pp. 27-58. Firenze: OS-Organizzazioni Speciali, 2009.
56. Zennaro A, Ferracuti S, Lang M, Sanavio E (eds). L'adattamento italiano del MCMI-III. Studi di validazione. Firenze: OS-Organizzazioni Speciali, 2009.
57. Millon T. MCMI-III: Millon Clinical Multiaxial Inventory - III. Firenze: OS-Organizzazioni Speciali, 2008.
58. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., TR). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2000.
59. Gigantesco A, Rossi L, Morosini P, Flisi E. QRS: un nuovo strumento di valutazione del supporto sociale. App Psych Bull 1995; 214: 37-44.
60. Goodheart CD, Kazdin AE, Sternberg RJ. Psicoterapia e prova di evidenza. Roma: Sovera, 2007.
61. World Medical Association. World Medical Association declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. JAMA 2013; 310: 2191-4.
62. Kazdin AE. Evidence-based treatment and practice. Am Psychol 2008; 63, 146-59.
63. Bauer R, Döring A, Schmidt T, Spießl H. "Mad or bad?": burden on caregivers of patients with personality disorders. J Pers Disord 2012; 26: 956-71.
64. Brown MS, Powell-Cope G. Themes of loss and dying in caring for a family member with AIDS. Res Nurs Health 1993; 16: 179-91.
65. Eisner LR, Johnson SL. An acceptance-based psychoeducation intervention to red. Behav Ther 2008; 39: 375-85.
66. Kaye LW, Applegate JS. Men as elder caregivers: a response to changing families. Am J Orthopsychiat 1990; 60: 86-95.
67. Cuijpers P, Stam H. Burnout among relatives of psychiatric patients attending psychoeducational support groups. Psychiatr Serv 2000; 51: 375-9.
68. Dore G, Romans SE. Impact of bipolar affective disorder on family and partners. J Affect Disorders 2001; 67: 147-58.
69. Hunsley J, Lee CM. Research-informed benchmarks for psychological treatments: efficacy studies, effectiveness studies, and beyond. Prof Psychol Res Pr 2007; 38: 21-33.
70. Jones EE. L'azione terapeutica. Una guida alla terapia psicoanalitica. Milano: Raffaello Cortina, 2008.
71. Gargano MT, Serantoni G, Ferraris L, Innocente P. La dialettica omogeneità-eterogeneità. Dai gruppi per soli genitori ai gruppi multifamiliari, tra clinica e ricerca empirica. In: Vasta FN, Girelli R, Gullo S (eds). Quale omogeneità nei gruppi? Elementi di teoria, clinica e ricerca. Roma: Alpes Italia, 2012.
72. Lefley HP. The family's response to mental illness in a relative. New Dir Ment Health Serv 1987; 3-21.
73. Maurin JT, Boyd CB. Burden of mental illness on the family: a critical review. Arch Psychiat Nurs 1990; 4: 99-107.
74. Cook J, Pickett S, Cohler BJ. Families of adults with severe mental illness. The next generation of research: Introduction. Am J Orthopsychiat 1997; 67: 220-30.