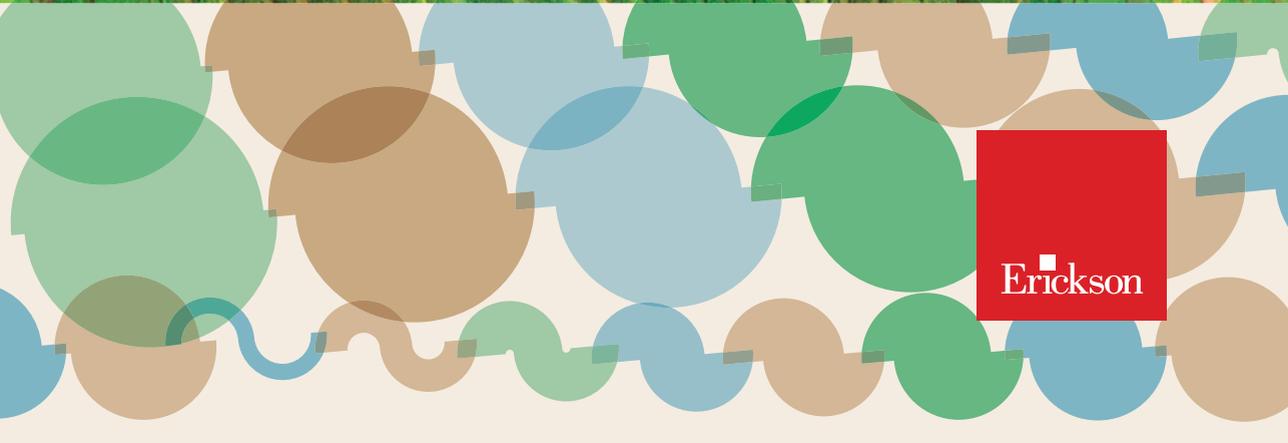
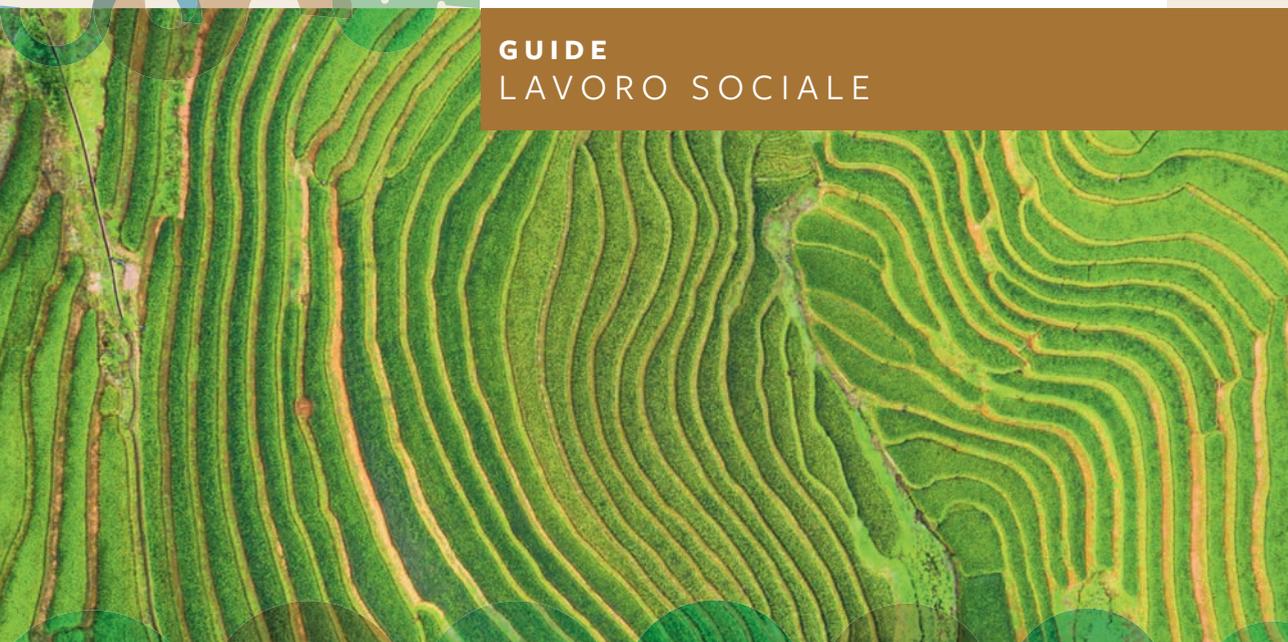

Tecniche di counseling nei contesti socio-sanitari

Strumenti e metodi per
una comunicazione efficace
con utenti e caregiver

Federica Taddia

GUIDE
LAVORO SOCIALE



Erickson

IL LIBRO

TECNICHE DI COUNSELING NEI CONTESTI SOCIO-SANITARI

Quando cambia un letto, quando assiste la persona durante il pasto, la veste, persino quando le fornisce semplicemente delle informazioni di carattere pratico, l'operatore socio-sanitario svolge molto più di un compito o di una prestazione: stabilisce una relazione di cura in cui saper fare e saper essere dovrebbero sempre fondersi.

Attraverso gli esempi di caso, le schede di valutazione e i numerosi suggerimenti metodologici forniti in questo libro, gli operatori socio-sanitari impareranno a instaurare relazioni interpersonali proficue con pazienti e familiari e a raggiungere un maggior benessere emotivo, riconoscendo i fattori di stress e prevenendo burnout.

Forte di una lunga e riconosciuta esperienza sul campo, l'autrice illustra come padroneggiare competenze trasversali quali l'empatia, l'ascolto attivo, l'autoconsapevolezza e l'autoefficacia in contesti professionali differenti (in ospedale, in residenza o a casa), per rispondere tempestivamente e con efficacia ai bisogni di utenti e caregiver.

L'empatia,
l'autenticità,
la consapevolezza
dei propri valori,
la disponibilità verso
l'altro sono i tasselli
fondamentali per
costruire la relazione,
senza cui lo scambio
si svuota e si
tecnicizza.

L'AUTRICE



FEDERICA TADDIA

Esperta in pedagogia della terza età, specializzata in interventi non farmacologici per la demenza, da 25 anni lavora nelle strutture per anziani «Villa Ranuzzi» e «Villa Serena» di Bologna come responsabile delle attività socio-educative. È formatrice in ambito socio-sanitario e professore a contratto presso l'Università di Bologna, dove conduce laboratori sulle terapie non farmacologiche.

€ 19,50



www.erickson.it

Indice

<i>Presentazione</i> (R.A. Ciarrocchi)	7
<i>Introduzione</i>	11
PRIMA PARTE	
Il counseling in ambito socio-sanitario: principi e fondamenti	
CAPITOLO 1	
Ascolto, accoglienza e comprensione nelle relazioni di cura	19
CAPITOLO 2	
Le competenze comunicative	35
CAPITOLO 3	
Problem solving counseling e informative counseling	49
SECONDA PARTE	
Le tecniche di counseling nella relazione con l'utente e il familiare	
CAPITOLO 4	
L'ascolto attivo: metodi e tecniche	59
CAPITOLO 5	
A casa, in ospedale, in residenza: quali abilità per quali contesti	69
CAPITOLO 6	
La comunicazione con l'utente: promuovere l'adattamento, l'accettazione e l'autonomia	85
CAPITOLO 7	
Le tecniche di counseling con la persona con demenza	95
CAPITOLO 8	
La relazione con il caregiver: dare risposte adeguate e accompagnare al cambiamento	115
APPENDICE	
Esempi di caso	127
Schede di autovalutazione	137
<i>Bibliografia</i>	143

Introduzione

Scopo del counseling è quello di consentire all'individuo una visione realistica di sé e dell'ambiente sociale in cui si trova ad operare, in modo da poter meglio affrontare le scelte.

Umberto Galimberti

Il sostantivo *counseling* deriva dal verbo inglese *to counsel*, che risale a sua volta dal verbo latino *consulo-ĕre*, traducibile in «consolare», «confortare», «venire in aiuto». In italiano la traduzione più comune dall'inglese è «consulenza», che tuttavia non è corretta perché esiste un altro termine inglese, *consulting*, che è più idoneo a esprimere quest'ultimo concetto. Molto spesso però non viene tradotto rappresentando l'accezione generale di «confortare, andare in aiuto, sostenere».

Il counseling è un intervento relativamente giovane. Le sue origini si possono rintracciare nei primi anni del 1900 negli Stati Uniti, quando alcuni operatori sociali adottano il termine per definire l'attività di orientamento per la scelta scolastica e professionale (*vocational counselling*) e successivamente per indicare l'intervento rivolto allo sviluppo delle potenzialità globali dell'individuo (*educational counselling*) e ai problemi sociali (Ministero della salute, 2019).

In Italia, intorno agli anni venti del Novecento, si possono rintracciare attività affini al counseling grazie agli spunti offerti dall'assistenza sociale. Queste

iniziative avevano tuttavia carattere filantropico, volontario e si basavano su progettualità personali.

In Europa si sviluppa, sul finire degli anni Cinquanta del secolo scorso, come servizio di orientamento pedagogico e come strumento di supporto nei servizi sociali e nel volontariato. Sempre tra gli anni Cinquanta e Sessanta, grazie anche all'impulso del movimento della psicologia umanistico-esistenziale, il counseling prende forza, nasce la figura professionale del counselor e viene pubblicata la prima rivista di psicologia del settore, il «*Journal of Counselling Psychology*».

In questo periodo si affermano alcuni temi promossi dal movimento esistenzialista, come la libertà di scelta dell'individuo, l'importanza del dialogo, l'impegno del singolo, la responsabilità. Per questo movimento il focus è sul vissuto individuale e l'osservazione del fenomeno, ossia ciò che accade nel qui e ora nella relazione.

Parallelamente, in quegli anni, Carl Rogers, esponente della corrente umanistica della psicologia, afferma un concetto importante per il processo di counseling: «Se una persona si trova in difficoltà, il miglior modo di venirle in aiuto non è dirle cosa fare, quanto piuttosto aiutarla a comprendere la sua situazione e a gestire il problema assumendo da sola e pienamente le responsabilità delle scelte eventuali» (Rogers, in Bruzzone, 2007). Per cui la centralità del cliente, del suo punto di vista e l'ottimismo verso le sue capacità in termini di autodeterminazione sono alcuni tra i capisaldi della teoria rogersiana.

Per Rogers, gli esseri umani sono dotati di una naturale tendenza a conoscere, a capire e ad apprendere (*motivazione cognitiva*). Dunque vi è apprendimento di un processo, di un contenuto nel momento in cui questo viene vissuto come rilevante per la soddisfazione dei propri bisogni e per la realizzazione delle proprie finalità personali. Si tratta di una motivazione intrinseca che promuove un maggiore senso di controllo sulle attività che si svolgono, riducendo le pressioni estrinseche. Per Rogers, l'individuo è un continuo campo di esperienze, ma nel momento in cui smarrisce il nesso della continuità con se stesso non realizza in pieno i propri ideali di vita e le proprie potenzialità, è un individuo bisognoso di terapia che si configura in termini di una relazione di aiuto. Il compito dell'operatore socio-sanitario diviene quindi quello di rendere rilevante il percorso che la persona sta compiendo, stabilendo con lei una relazione basata sul riconoscimento delle sue competenze — in qualsiasi modo essere si esprimano.

Queste riflessioni rogersiane si allargheranno anche all'ambito educativo e Rogers, quando inizierà a lavorare presso l'università dell'Ohio, estenderà

la sua terapia ai processi educativi degli alunni, come vedremo nel paragrafo successivo.

Proseguendo in questo *excursus*, tra gli anni Sessanta e Settanta il counseling prende slancio come professione grazie alla legge («Community Mental Health Act»), che negli Stati Uniti sanciva la riorganizzazione territoriale dei servizi psichiatrici, passando da un modello centrato sulla malattia a un modello orientato alla salute della persona (Ministero della salute, 2019).

Dal 1970 in poi l'attività di counseling si sviluppa ulteriormente con il contributo di molti movimenti professionali e in corrispondenza della diffusione della «psicologia del benessere», basata su una concezione sostanzialmente positiva della persona. Alla fine degli anni Settanta, anche grazie alla Legge n. 180/1978 che promuove lo sviluppo di un approccio olistico alla persona basato su un modello biopsicosociale di salute e malattia, si affermano sul territorio italiano le prime scuole di formazione al counseling inteso come specifico intervento professionale.

Il modello biopsicosociale pone sullo stesso piano sia gli aspetti riguardanti la salute della persona sia gli aspetti di partecipazione sociale, mettendoli in relazione ai fattori ambientali.

Negli anni Novanta si parla poi di una seconda importante matrice teorica del counseling: quella sistemica, i cui i temi principali sono il processo, l'individuo visto come parte di un complesso intreccio di relazioni che dà vita a sistemi di diverso ordine e apprendimento, lo sviluppo del singolo nei suoi sistemi (familiare, professionale...) e la ricerca delle connessioni tra disagio individuale e le caratteristiche specifiche del contesto in cui esso si manifesta. Parlare di counseling sistemico vuol dire spostare il focus dalla persona alle relazioni, dedicando particolare attenzione all'ambiente e alla complessità delle interconnessioni fra tutti gli elementi che compongono un sistema.

Alla fine degli anni Ottanta l'OMS definisce il counseling come un processo che, attraverso il dialogo e l'interazione, aiuta le persone a risolvere e gestire problemi e a prendere decisioni; il processo coinvolge un cliente e un counselor: il primo è un soggetto che sente il bisogno di essere aiutato, il secondo è una persona esperta, imparziale, non legata al cliente, preparata all'ascolto, al supporto e alla guida.

In ambito sanitario, il counseling comincia a diffondersi all'inizio degli anni Novanta con l'avvio della campagna informativa sull'Aids; la sua pratica in contesti socio-sanitari si è affermata con la Legge n. 135/1990, che ha sancito l'importanza dei colloqui di counseling prima e dopo il test per l'Hiv avviando la formazione degli operatori coinvolti. Il counseling ha poi trovato possibilità

di applicazione nei diversi ambiti del contesto sanitario, nella mediazione tra il paziente e il contesto, nella promozione della salute e nella prevenzione della malattia, nella comunicazione della diagnosi, nella costruzione di un piano terapeutico, nella gestione di situazioni di crisi e nell'adattamento funzionale alla patologia, nella preparazione all'inabilità e alla morte e anche come supporto per gli stessi operatori. Gli stessi corsi di Laurea in Scienze infermieristiche e Medicina hanno attivato master di Counseling. Negli stessi anni nascono infine le prime associazioni di counseling e nel 2000 il Cnel, il Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro, inserisce il counseling tra le professioni non regolamentate.

Caratteristiche e mission

Quanto delineato fino ad ora riguarda approcci che propongono un intervento volto al prendersi cura (*care*) ancora prima del curare (*cure*), caratterizzati da una visione che contempla gli aspetti pragmatico, educativo, pedagogico e preventivo.

Negli ultimi anni, si è arrivati a comprendere che il counseling affianca la persona che si trova in un momento di *impasse* e/o in un temporaneo passaggio evolutivo critico — fisiologici nei processi evolutivi che caratterizzano naturalmente lo sviluppo degli esseri umani — nell'aiutarla a riorganizzare le proprie risorse personali e relazionali e aumentando l'autoconsapevolezza e l'autodeterminazione. Il counseling promuove quindi una maggiore autonomia rispetto alle scelte di vita, fa riscoprire le risorse di cui la persona può essere portatrice, aiuta a ritrovare la consapevolezza di sé intesa come opportunità di esplorare e riconoscere i propri schemi di comportamento, di pensiero e di controllo sulle scelte di vita personali, sulle decisioni e le azioni da prendere.

Non solo: il counseling, come abilità/competenza, può essere lo strumento nelle mani degli operatori socio-sanitari che devono rispondere, in modo adeguato, alle richieste e necessità delle persone di cui si prendono cura nei diversi ambiti in cui operano, siano essi comunità o contesti di cura quali gli ospedali.

Da quanto finora descritto, si possono recuperare molte suggestioni di natura psico-pedagogica che nel tempo si sono ampliate e che, dall'ambito dell'infanzia e dell'adolescenza, si sono aperte a quelle della età adulta e della terza età.

Le opportunità delle tecniche di counseling per l'operatore socio-sanitario

In questo testo si parlerà nello specifico di abilità/tecniche di counseling intese come competenze trasversali relazionali-comunicative acquisite dalle diverse professionalità dell'ambito socio-sanitario basate sull'*empatia*, sull'*ascolto attivo*, sull'*accettazione incondizionata*, sulla congruenza tra linguaggio verbale e non verbale, sull'*autoconsapevolezza*, sulla *centralità dell'altro nel processo di cura* e del suo protagonismo volto alla stimolazione della motivazione e della autodeterminazione, per poter stabilire un dialogo con competenza, in modo strutturato e mirato, uscendo dalla logica della conversazione/risposta fine a se stessa o standardizzata.

L'operatore può quindi apprendere a lavorare secondo una modalità progettuale: si comunica e si va verso l'altro con un obiettivo di crescita, di mantenimento, di soddisfacimento di una informazione specifica, per supportarlo nei momenti di impasse e affrontare uno specifico problema nel qui e ora.

Alla luce di quanto emerso fin qui, in questo testo cercheremo, da una parte, di guardare al counseling con l'obiettivo di aiutare l'altro integrando gli ambiti del cognitivo, dell'affettivo e del comportamentale per promuovere la consapevolezza delle scelte e responsabilità e per saper stare e muoversi in un contesto nuovo e/o divenuto estraneo e, dall'altra, di fornire agli operatori socio-sanitari gli strumenti per imparare a utilizzare la comunicazione, verbale e non verbale, come un mezzo attraverso il quale prende vita la relazione.

Tutti gli operatori socio-sanitari sono chiamati a rispondere alle diverse richieste delle persone di cui si prendono cura. Qualsiasi richiesta di ascolto rispetto a un bisogno immediato deve essere accolta e compresa adeguatamente. Per questo apprendere le tecniche di counseling permette a ogni professionista della salute di rispondere tempestivamente e con competenza alle sollecitazioni emerse, valutando anche se la domanda a lui rivolta possa poi essere indirizzata a un altro operatore/professionista.

Per accompagnare il lettore lungo il percorso di acquisizione delle tecniche di counseling, il presente testo proporrà una prima parte teorica relativa ai principi e ai fondamenti del counseling in ambito socio-sanitario, per comprenderne le radici e le peculiarità e per permettere di apprendere come «saper stare» nella relazione di cura. In questo senso, i temi relativi all'ascolto, all'accoglienza e alla comprensione dell'altro diventeranno gli aspetti trasversali su cui tutto il libro si muoverà, ognuno dei quali verrà poi declinato nelle diverse competenze comunicative, nel problem solving e nell'informative counseling.

A casa, in ospedale, in residenza: quali abilità per quali contesti

Premessa

Per introdurre questo capitolo attingeremo ad alcuni insegnamenti che rientrano nel panorama dell'attivismo pedagogico, già citati nella prima parte del volume, per comprendere come le competenze di counseling possano sviluppare un contesto, inteso come spazio fisico e relazionale, in cui affrancarsi dai modi consueti del conoscere, per abbandonare modalità stereotipate di risposta ai bisogni dell'altro e per lasciare che ognuno sia compreso nelle sue necessità.

Il contesto che si viene a creare mira a scoraggiare il rischio di assumere, nella quotidianità, un fare insensato, dove le routine divengono la ripetizione di gesti automatici e dove si conferisce più importanza a ciò che *si-fa* rispetto a ciò che *si-è*. Per questo diventa importante formarsi seguendo un percorso esperienziale che coinvolga e che promuova un pensiero aperto e flessibile tramite la condivisione.

In questa direzione la pedagogia montessoriana ci può venire in aiuto proprio perché Maria Montessori — aspetto meno conosciuto del suo percorso professionale — si era interessata, anche se per breve tempo, ai temi della formazione degli adulti, a come coinvolgerli, soprattutto quelli più emarginati (donne e persone non scolarizzate), per i quali era importante apprendere in un contesto relazionale stimolante e attento alle esigenze individuali. Negli anni, la pedagogia montessoriana si è poi effettivamente allargata anche all'ambito

della formazione degli adulti e diversi progetti, a livello internazionale, si sono ampliati e sviluppati con ricadute molto interessanti sul piano dell'apprendimento e della continuità formativa.

In quest'ultimi vent'anni, come docente, ho sempre applicato questi principi per permettere di promuovere un apprendimento centrato sul ritmo e necessità individuali. L'idea di base, per riprendere anche gli insegnamenti di John Dewey, è quella di avere presente che non è possibile fare formazione trasmettendo un pensiero o una idea, soprattutto nell'ambito dell'apprendimento delle tecniche di counseling, come «idea» da una persona all'altra. È la comunicazione e lo scambio che possono stimolare l'altra persona a capire la situazione da sé, a elaborare una idea simile a quella dell'altro, a vivere una esperienza ampia e di cambiamento, ad avere una mente che pensa. In termini rogersiani, la formazione deve promuovere un apprendimento autonomo inteso come processo personale che coinvolge l'intera personalità individuale.

Questi aspetti, a evidenza di quanto poi si andrà a delineare nei prossimi paragrafi, possono tradursi nello schema rappresentato in figura 5.1.

Nella prima parte del testo si è detto che l'operatore, tramite le competenze di counseling, apprende a lavorare secondo una modalità progettuale che volge lo sguardo verso l'altro perseguendo obiettivi di crescita, di mantenimento o di soddisfacimento di una informazione specifica, per supportarlo in momenti di impasse e/o per affrontare uno specifico problema legato a una situazione che vive nel qui e ora. Ovviamente, la progettualità terrà conto del contesto nel quale ci si dovrà muovere: domicilio, ospedale, struttura residenziale, strutture semi-residenziali.

L'intervento domiciliare

Nell'intervento domiciliare, l'operatore entra nel contesto familiare/privato, nei suoi equilibri o disequilibri. L'intervento domiciliare è spesso attivato per sopperire ad alcune mancanze assistenziali e alle carenze dovute a competenze non adeguate a far fronte alle necessità richieste. Questi aspetti possono portare l'operatore socio-sanitario non solo a ricoprire un'area circoscritta al bisogno assistenziale ma ad assumere un ruolo di sostegno e supporto per permettere alla persona e al suo ambiente di accettare l'intervento.

Nell'entrare in un contesto privato, egli si trova a dover gestire non solo la persona per la quale è stato chiamato ma anche il sistema che la circonda. L'esempio che segue può aiutare a riflettere su quanto appena espresso.

La relazione con il caregiver: dare risposte adeguate e accompagnare al cambiamento

Accogliere e creare supporto

I diversi caregiver (utilizzeremo questo termine in un'accezione molto ampia: tutti coloro che si prendono cura di qualcuno, chiunque sia coinvolto, a qualsiasi titolo, nella cura di una persona), in particolare i familiari, sono molto «attenti» alla gestione del proprio congiunto e spesso manifestano una richiesta di maggiore presa in carico, un intervento che realizzi e rappresenti una continuità affettiva tra il contesto familiare e quello della cura, soprattutto se si tratta di un contesto residenziale o semi-residenziale.

Le strutture residenziali o semi-residenziali sono sempre più l'esito di una scelta fatta successivamente a vari tentativi di gestione domiciliare: questo porta il caregiver a nutrire aspettative sempre più elevate nei confronti degli operatori, oltre che a desiderare un sempre maggiore coinvolgimento e considerazione all'interno del processo di cura.

I sensi di colpa, le relazioni conflittuali, i rapporti irrisolti e/o di dipendenza, i distacchi e le preoccupazioni legati a queste dinamiche richiedono infatti un intervento attento e mirato che renda partecipe anche il caregiver, il quale deve essere ascoltato e sostenuto nel suo percorso.

Diverse volte mi è capitato di osservare gruppi informali di caregiver che si ritrovavano in giardino, nel corridoio o nei vari saloni polivalenti per condividere preoccupazioni, perplessità e difficoltà di gestione del proprio

congiunto. Credo che questi incontri, voluti e ricercati dagli stessi familiari, servano a costruire buone pratiche e stemperare tensioni ma anche, alle volte, a influenzarsi a vicenda, a creare i situazioni stagnanti e/o di lamentela fine a se stessa senza uno scambio di mutualità reciproca.

Mettere in campo abilità/competenze di counseling richiede di non frammentare le relazioni e le persone con le quali si viene a contatto ma di considerarle in rapporto tra loro (in modo formale o informale), mantenendo gli elementi considerati (in questo caso gli anziani, la loro malattia e l'occuparsi di loro) e cambiando il modo di assemblarli e, quindi, la loro analisi.

L'intervento da perseguire deve quindi volgere l'attenzione non tanto al livello tecnico quanto a quello relazionale. L'attenzione deve essere sulla costruzione dei significati e quindi sul valore che l'intervento viene ad assumere nella vita delle persone.

Questi aspetti ci possono aprire due possibili scenari:

- esercitare tecniche/abilità di counseling che accolgano il caregiver nell'inserimento e nel suo percorso di accompagnamento quotidiano;
- creare gruppi di supporto al percorso quotidiano del caregiver.

Esercitare tecniche/abilità di counseling che accolgano il caregiver nel suo percorso quotidiano

In questo caso, si intende fare riferimento alla necessità di accogliere e comprendere i bisogni del caregiver che si possono manifestare anche tramite:

- l'esercizio di alcuni meccanismi di difesa utili a fronteggiare la situazione stressante che i familiari stanno vivendo (negazione della situazione patologica, creazione di moti aggressivi nei confronti della organizzazione e gestione della persona di cui ci si occupa, proiettare sugli altri i peggioramenti e le difficoltà emerse);
- sensi di colpa, senso di solitudine, abbassamento del tono dell'umore o anche, di contro, partecipazione attiva nelle scelte di vita quotidiana del contesto.

Per fronteggiare questi atteggiamenti, le tecniche/abilità di counseling che l'operatore socio-sanitario deve mettere in atto devono considerare un percorso che parte dall'accoglienza e dall'approfondimento delle motivazioni altrui per arrivare al consolidamento delle competenze reciproche.

Nei contesti di cura assistiamo spesso, da parte degli operatori — e alcune ricerche qualitative lo evidenziano (Formenti, 2012) —, a un atteggiamento di distanziamento/allontanamento dal familiare, oppure a una modalità correttiva rispetto ad alcune pratiche non condivise di gestione della persona di

cui ci si occupa; in questo caso le domande lineari e strategiche sono utilizzate per la maggiore perché l'intento è più «investigativo», ovvero il processo di accoglienza/approfondimento/consolidamento è sbilanciato tutto a favore del consolidamento delle competenze dell'operatore, che deve «educare» o «rieducare» il familiare negligente.

Questo atteggiamento non farà altro che aumentare i meccanismi di difesa del caregiver, il quale intensificherà la sua presenza in struttura, la richiesta di partecipazione alle scelte quotidiane, all'organizzazione e gestione del proprio caro nonché la richiesta di informazioni a ogni operatore che incontra o con frequenti telefonate.

I dialoghi che spesso innescano questi meccanismi potrebbero svolgersi come descritto negli esempi che seguono.

«Adesso ci occuperemo noi di sua madre, non si preoccupi, noi sappiamo come trattare “queste” situazioni».

«Sa quante volte abbiamo gestito una cosa così?»

«Ma secondo lei non sarebbe stato meglio se l'avesse portata prima qui da noi?»

Partire dall'accoglienza, invece, vuol dire impostare dei dialoghi che, in linea con le riflessioni dei capitoli precedenti, hanno tutt'altra impostazione; vediamone un esempio.

«Mi faccia comprendere, allora, se ho capito bene, lei, quando sua madre urlava, faceva in questo modo? Per noi è importante capire cosa faceva per tranquillizzare sua madre. E lei, come reagiva?»

Oppure, per dare valenza all'azione compiuta dal familiare:

«La fermo su un punto importante di cui mi stava parlando...»

«Capisco... è importante quello che lei mi sta dicendo»

«Se sua madre potesse esprimersi, cosa pensa che le direbbe?»

In entrambi i dialoghi, il familiare si sentirà legittimato e competente sul piano relazionale, utile al contesto e più disposto e disponibile verso le argomentazioni dell'operatore, il quale poi potrebbe continuare dicendo:

«Ho capito... Allora lei quando si rivolgeva a sua madre parlandole lentamente vedeva che si tranquillizzava. Anche noi riteniamo che parlare in questo modo sia importante proprio per gli stessi motivi che ci ha spiegato. In alcune circostanze, che potremo valutare assieme, riteniamo sia necessario anche proporre alcuni stimoli mirati che, se vuole, le potremo mostrare strada facendo, tenendola informata rispetto agli sviluppi».

In questo modo l'operatore tiene in considerazione la conoscenza e la competenza del familiare proponendo anche un ulteriore approccio grazie alla sua professionalità, che metterà il caregiver nella condizione di essere più predisposto ad ascoltarlo.

Creare gruppi di supporto al percorso quotidiano del caregiver

Gli incontri con i familiari impostati secondo le tecniche/abilità di counseling descritte in questo volume devono prefiggersi i seguenti obiettivi:

- approfondimento degli aspetti relazionali con il familiare;
- approfondimento degli aspetti relazionali legati al dover comunicare al familiare una maggiore permanenza in struttura;
- condividere le difficoltà ad accettare il cambiamento dovuto alla patologia del familiare;
- comunicare e condividere le emozioni legate al cambiamento del familiare;
- fornire supporto descrivendo i problemi in modo non patologizzante;
- migliorare le abilità di coping del familiare tramite la relazione.

L'ipotesi di partenza di questi incontri è quella di farli vivere dal gruppo come occasioni e momenti di promozione (*pro-moveo*: andare verso una cosa ambita) reciproca, spostando il focus dalla causa degli eventi alle conseguenze, riflettendo su quello che si mette in atto e sul processo che ognuno attiva e fa emergere nel momento in cui ragiona sulle cause. In questo modo può cambiare il modo di percepire il problema, introducendo un nuovo punto di vista grazie alla condivisione con altri e innescando un movimento positivo. In pratica, dare parola alle difficoltà per consentire di vedere quello che prima era nascosto.

In questi gruppi non si porta la competenza della struttura residenziale nel fornire assistenza alla persona anziana inserendo scissioni tra esperti e utenti, con il rischio che nella relazione diadica anziano/familiare quest'ultimo possa percepirsi come inadeguato e rifiutare l'incontro o porvisi in modo oppositivo, ma si mira a coinvolgere la competenza e il vissuto del caregiver.