METODO ARCA

APPUNTI E MATERIALI DI FORMAZIONE

- PRIMA SEZIONE: SULLA COMUNITA'
- SECONDA SEZIONE: IL COLLOQUIO , IL PROGETTO INDIVIDUALIZZATO E L' OPERATORE DI RIFERIMENTO COME IMPIANTO BASE DELLA INTERIORIZZAZIONE
- TERZA SEZIONE: I GRUPPI E L' ORGANIZZATA

PREMESSA

La storia dell' ARCA di Como , come del resto quella di tante altre comunità terapeutiche per tossicodipendenti, è caratterizzata dal fatto di essere articolata in una serie di successive fasi legate ovviamente all' evolvere del fenomeno stesso della tossicodipendenza e dei "bisogni" e delle sofferenze delle persone e delle famiglie coinvolte, ma correlata anche ai cambiamenti legislativi, alla progressiva modificazione del sistema dei servizi e delle loro caratteristiche .

Anche l' ARCA vive fino ai primi anni Ottanta la sua fase "pionieristica" , caratterizzata dall' iniziativa di un sacerdote diocesano, don Aldo Fortunato, che con l' aiuto di giovani volontari, di parrocchiani del suo oratorio e di familiari dei ragazzi avvia alcune prime informali iniziative di accoglienza e di aiuto per i tossicodipendenti della città.

In una successiva seconda fase , intuendo la complessità di cui la tossicodipendenza è spesso rivelatrice, l' ARCA, prima o tra le prime in Italia a cogliere questa esigenza, sente la necessità di attrezzarsi con il supporto di competenze professionali mediche, psichiatriche e psicoterapeutiche già consolidate ricorrendo ad alcuni affermati professionisti locali per dare al proprio intervento riabilitativo una credibilità metodologica e scientifica. E' quanto avviene con notevole profitto a partire dalla seconda metà degli anni Ottanta per proseguire per tutto il decennio Novanta e poi fino ad oggi .

In tutti questi anni la crescita e l' evoluzione delle CT ARCA è caratterizzata , rispetto alla più parte delle altre comunità per tossicodipendenti, dalla presenza della competenza psicoterapeutica che ha finito per costituire il riferimento fondamentale del processo riabilitativo , a fronte di "equipe educative" che, anche per i profili più operativi e di provenienza dal volontariato di chi le costituiva, gestiva prevalentemente o esclusivamente la dimensione "alberghiera", la organizzazione quotidiana, il lavoro e il rispetto dei regolamenti .

Da una dozzina d' anni a questa parte e, in particolare, dalla entrata in vigore della delibera sugli standards funzionali del 1999, i profili formativi, i curricula e le competenze dei membri delle équipes educative sono progressivamente divenuti sempre più qualificati, articolati e complessi. Molti educatori "spontanei" della "prima ora" si sono ri-qualificati e molti sono stati sostituiti da personale giovane, con titoli di laurea e anche di specializzazione post lauream , facendo sì che , ad oggi, le "equipes educative" vedano al loro interno la presenza di Educatori Professionali, laureati in Scienze dell' Educazione e lauree d' indirizzo, assistenti sociali, psicologi e psicoterapeuti. Ne deriva un patrimonio di competenze multidisciplinari ad ampio spettro e tuttavia già integrate dalla comune appartenenza allo staff delle CT. Se vent' anni fa si poteva pensare al personale educativo delle équipes come ad un gruppo di volontari , portatori di valori, ma con poche competenze professionali, in questa ultima terza fase della vicenda quasi trentennale dell' ARCA tale percezione appare come decisamente dissonante rispetto al dato di realtà.

La consapevolezza delle potenzialità insite in questa ormai avvenuta evoluzione del personale educativo delle équipes delle quattro comunità, ha spinto la dirigenza dell' ARCA a ritenere che vi fossero le premesse

per dare forte impulso alla riscoperta del principio secondo cui “...è la comunità che cura”, secondo la visione metodologica di De Leon .

Questa la visione “storica” generale da cui si è partiti nella impostazione di un percorso che fosse insieme formativo e di definizione di una identità metodologica qualificante e condivisa, nella convinzione che fosse ormai venuto il momento di fare delle équipes educative il perno centrale di un METODO ARCA fondato sulla centralità della dimensione pedagogica nella terapeuticità della CT . Vi era la certezza che vi fosse ormai un “patrimonio implicito” di tutto rilievo, ma che occorresse dare organicità e dignità di scrittura a tutto questo, a partire dalle esperienze consolidate e da una loro rilettura sistematica svolta in gruppo dagli stessi operatori .

Si è ritenuto in questo modo di dare corpo alla definizione e al perseguimento di alcuni obiettivi generali, condivisi con il Presidente e con il Gruppo di Direzione, che si possono così riassumere:

- rinforzare la consapevolezza “riflessa” delle diverse équipes operative degli educatori in ordine alla propria “centralità” nel processo terapeutico della CT
- fornire elementi teorici condivisi in grado di fondare l’operato quotidiano nei colloqui, nei gruppi, nella impostazione generale delle comunità
- omologare all’interno di ciascuna équipe i livelli di competenza e di consapevolezza nell’utilizzo degli strumenti
- definire ed esplicitare un “METODO ARCA” il più possibile condiviso tra le quattro comunità
- ridefinire il rapporto tra dimensione pedagogica — educativa, dimensione ergoterapica, intervento psicoterapico.
- Avere un testo di riferimento scritto da mettere a disposizione dei nuovi operatori assunti in servizio, dei tirocinanti , degli operatori del settore in cui fosse dato conto in modo circostanziato e approfondito della metodologia educativa e terapeutica adottata .
- Avere una metodologia di base scritta e definita che potesse divenire riferimento per i processi di supervisione dei casi e delle dinamiche delle équipes

PRIMA SEZIONE . Una prima parte del lavoro svolto ha avuto per oggetto l’esplicitazione e la rivisitazione delle caratteristiche generali dello strumento della Comunità Terapeutica così come emerge dalla letteratura in materia messa a confronto con il dato della sua realizzazione presso l’ARCA di Como. Lo scopo era quello di arrivare a rileggere in concreto i meccanismi che, secondo le équipes, avrebbero dovuto essere agenti determinanti nel processo evolutivo e riabilitativo degli utenti. Per ogni et si è costruito un quadro dettagliato di tipo descrittivo degli strumenti in uso e poi , al di là della descrizione “fenomenologica”, dei fattori terapeutici . La dimensione teorica e la dimensione concreta e storico — esperienziale sono state continuamente raccordate attraverso momenti di formazione e di studio, alternati ad altri di dibattito e di confronto tra i gruppi di lavoro delle diverse comunità dell’ARCA che hanno così avuto modo di approfondire la propria visione di comunità terapeutica e di avviare e realizzare un faticoso , ma interessante lavoro di sintesi metodologica sui meccanismi terapeutici in cui ciascuna comunità ritiene di riconoscersi, sintesi che costituisce il contenuto di questa PRIMA SEZIONE . Per dare ulteriore

strumentazione metodologica concreta si è poi concordato di proseguire il lavoro attraverso due percorsi fondamentali, uno sui colloqui e l'altro sui gruppi che costituiscono la SECONDA e la TERZA SEZIONE

SECONDA SEZIONE. La riflessione metodologica sui “colloqui all'interno della CT” all'interno della ct ha portato a ridefinire il metodo e il quadro operativo, ma soprattutto il “senso” degli stessi, distinguendo tra i colloqui informali (prima prevalenti in modo pressochè esclusivo) e i colloqui strutturati (prima pressochè assenti). La parte formativa – teorica è consistita nel passaggio a tutti gli operatori Arca del metodo del colloquio psicoeducativo di Carkhuff, modellato sull'approccio centrato sul cliente e sull'approccio della programmazione del cambiamento, in modo da fornire un riferimento comune. Questa metodologia è parte costitutiva di questa stessa SECONDA SEZIONE in cui è stata integralmente riportata perchè la si ritiene importante e determinante allo scopo di accompagnare e rinforzare il processo di “Interiorizzazione” del cambiamento, senza il quale si rischia che l'adesione al programma comunitario sia fondata solo su un precario “adattamento” che diventa poi frequentemente la premessa di possibili ricadute. L'adozione di questa modalità di gestione del colloquio si è poi inserita in un complesso lavoro di reimpostazione terapeutica che ha strettamente legato questa metodologia ad altri due elementi:

- la delineazione della figura e dei compiti dell' “OPERATORE DI RIFERIMENTO”
- la finalizzazione alla progressiva co-costruzione con l'utente del suo PROGETTO INDIVIDUALIZZATO anche tramite il ricorso allo strumento del “quaderno personale”. Tale Progetto Individualizzato si va poi significativamente a correlare con l'utilizzo (e la sua eventuale rivisitazione) dello strumento, tradizionale presso l'ARCA, della VERIFICA che, per essere efficace e interiorizzata dall'utente non può trasformarsi in un “giudizio” che rischierebbe di essere, in quanto tale, rifiutato dall'utente.

Questa complessa operazione di rinnovamento metodologico è proseguita con un periodo di circa otto mesi di monitoraggio – supervisione delle innovazioni apportate, lavoro che ha dato esiti di positiva e attenta collaborazione e che è stato costruttivamente condiviso; questo lavoro sul colloquio necessita di proseguire con alcuni momenti di supervisione di casi per consolidare e mettere a punto il processo di sedimentazione della metodologia nelle diverse équipes.

TERZA SEZIONE. Il lavoro sui gruppi ha preso le mosse, come quello sul colloquio, da un percorso teorico, fondante il senso e il metodo del lavoro per gruppi nella comunità terapeutica a partire soprattutto dalle teorizzazioni di Yalom e di Rogers rivisitate da De Leon; si è lavorato anche qui a partire dalla recensione e dalla riflessione sui gruppi esistenti per poi effettuare una rilettura sistematica dei diversi fattori terapeutici e della loro collocazione all'interno del setting comunitario.

Alla luce degli spunti teorici condivisi si è poi messo mano alla revisione / definizione di quello che è stato chiamato “IL GRUPPO BASE” della CT (a partire dal gruppo che nella tradizione ARCA veniva generalmente denominato “Organizzata”, presente, seppur in varie forme, in tutte le quattro comunità), intendendo con questo il gruppo condotto dalla équipe educativa che vedesse la partecipazione di tutta la “famiglia” dei residenti allo scopo di condividere spunti emergenti dalla quotidianità. Si è preso atto delle profonde diversità esistenti in proposito e si è avviato un lavoro di riflessione condivisa finalizzato, almeno su questo strumento grupale di base, ad arrivare ad alcune linee chiare e caratterizzanti il “METODO ARCA”. La

risposta è stata “faticosa”, ma positiva e ha dato risultati buoni e costruttivi la cui sintesi scritta è oggetto della TERZA SEZIONE; in questo lavoro le diverse équipes hanno mostrato di comprendere il senso ed il valore dell’ impegno proposto e sono arrivate a concordare scelte profondamente innovative rispetto al passato. Queste scelte si sono tradotte nella intensificazione della cadenza di tale strumento nel planning settimanale di tutte le 4 CT e nella adozione di linee di conduzione condivise . Non è stata ancora messa mano alla rivisitazione degli altri gruppi esistenti ed operanti, compito cui si attenderà nel prosieguo dei lavori di formazione e supervisione.

Ci sentiamo ad oggi di dare (provvisoria) forma al lavoro di rielaborazione e di ridefinizione metodologica relativo a queste prime tre sezioni (su cui comunque continueranno il monitoraggio e l’ implementazione metodologica). Altre tematiche importanti sono attualmente in corso di lavorazione e di rivisitazione : la prima riguarda il ruolo e i compiti della “PSICOTERAPIA” e la sua collocazione rispetto al lavoro delle équipes educative, facendo chiarezza in particolare sulla distinzione tra i processi diagnostici-valutativi finalizzati alla formulazione della Diagnosi Multidisciplinare Integrata e la dimensione psicoterapica trattamentale propriamente detta; la seconda riguarda il ruolo e i compiti della ERGOTERAPIA e la sua collocazione rispetto al lavoro delle équipes educative;

Marino Catella
gennaio 2013

METODO ARCA

PRIMA SEZIONE: SULLA COMUNITA'

L' ARCA E LA REALTA' DELLE SUE COMUNITA' OLTRE GLI STEREOTIPI Troppe volte, soprattutto con frequenza crescente in questo ultimo quindicennio, le comunità terapeutiche sono state viste come un tassello subalterno del sistema di cura delle dipendenze, quasi avessero solo una funzione contenitiva e sociale e fossero, invece, prive di una metodologia di cui dare conto con fondamento e di una dimostrabile e dimostrata efficacia terapeutica nei confronti dei disturbi di addiction. Ancora oggi è facile sentire affermazioni da parte di importanti attori del sistema delle dipendenze italiano secondo cui ad un disturbo sempre più letto in chiave medicalizzata o clinicizzata, si dovrebbe rispondere solo con strumenti medico – farmacologici, al più completati da supporti psicoterapici; in questa “vision” il ruolo delle comunità residenziali, più che di “curare” la dipendenza, sarebbe quello di contenere i casi cronici o socialmente disturbanti.

Noi crediamo che questo modo di vedere soffra, oltre che di preclusioni ideologiche dure ad essere estirpate (in alcuni), anche di una scarsa conoscenza di merito della metodologia e della ricchezza clinica delle comunità terapeutiche così come oggi si presentano nel panorama italiano del sistema di cura dei disturbi di addiction. Per questo sentiamo l'esigenza di fare chiarezza sulla peculiarità dello strumento della “comunità terapeutica educativa” così come viene inteso dall' ARCA, affermando che essa non accetta di essere svilita a semplice mezzo di contenimento (una sorta di “riduzione del danno sociale”) per tossicodipendenti cronici.

Il testo è frutto di un'attività di formazione interna alle comunità dell' ARCA di Como; nasce, quindi, in origine come uno strumento di lavoro formativo e di supervisione . Lo strumento si è via via arricchito del contributo di discussione e di riflessione che le diverse équipe coinvolte hanno saputo produrre e si presenta, quindi, oggi come il prodotto di un'elaborazione progressivamente cresciuta nel tempo col contributo di tanti.

L'assunto da cui partiamo e del quale ci proponiamo di dare ragione è che la Comunità Terapeutica Educativa non vada confusa con altri contesti di ricovero, di assistenza o di terapia che possono solo in apparenza presentare caratteri di somiglianza o di assimilabilità: in questi altri contesti, pur così diversi, esiste un'impalcatura socioassistenziale che garantisce l'espletamento delle esigenze quotidiane (sistemazione degli ambienti, cucina, pulizie, vestiario, biancheria, necessità logistiche, ecc.) e che viene sostenuta da personale apposito all'interno di uno schema dettagliato di mansioni; su questa impalcatura si innesta la gamma ampia e variegata degli interventi e delle prestazioni alla quale sola viene attribuita la valenza terapeutica che connota la struttura (prestazioni mediche e infermieristiche, prestazioni specialistiche di vario genere, interventi chirurgici, prescrizioni farmacologiche, fisioterapia, riabilitazione psicomotoria, psicoterapia individuale o di gruppo, attività animative, laboratori di espressività, ecc.); i due piani, della “quotidiana” e della “terapeuticità” convivono senza integrarsi e ambedue tendono a considerare l'ospite-paziente come un destinatario di prestazioni.

La “Comunità Terapeutica Educativa” presenta, invece, tre caratteristiche che la differenziano in maniera peculiare:

- in primo luogo, la CTE fornisce un tipo di trattamento sistematico che è guidato da una lettura originale sulla natura dei disturbi di dipendenza, sulla persona e su quello che alcuni autori (G. De Leon,

1996) chiamano “ processo di guarigione”¹ e “corretto modo di vivere”. Per questo la gestione della vita quotidiana e gli interventi di tipo più specifico e specialistico (che potrebbero in teoria, se singolarmente presi, anche coincidere con quelli di una clinica o di un reparto ospedaliero) sono costantemente saldati in una circolarità che non presenta soluzioni di continuità.

- in secondo luogo, il principale “terapeuta” nella CTE è la comunità stessa, con il suo contesto sociale, i pari, e il personale che, come modello di ruolo del cambiamento positivo della persona, funge da guida nel processo di guarigione.

- da ultimo, la comunità è sia il luogo dove si verifica il cambiamento, sia il metodo e lo strumento per facilitare il cambiamento e l’ospite, di conseguenza, non è mai visto solo come il destinatario di prestazioni e interventi, ma come co-operatore di un processo che si avvale di competenze diversificate e di strumenti diversi (le attività animative, i gruppi, la psicoterapia, i laboratori di lavoro, la gestione della quotidianità, ecc.), ma tutte continuamente le rimanda a quel composito intreccio tra responsabilità individuale e responsabilità reciproca che bene è riassunto nell’espressione “auto-mutuo aiuto” .

Con il termine “comunità” si indica, infatti, un contesto educativo dove la vita in comune viene utilizzata per sviluppare un trattamento che possa alleviare il disagio psicologico e sociale delle persone che vi sono inserite. Le caratteristiche utili al trattamento del disagio e che costituiscono elementi di forza, che rendono la comunità stessa uno strumento, sono principalmente:

- l’ambiente strutturato e definito, con la sua valenza di ri-costruzione dei parametri spazio – temporali e la sua capacità di rispondere al bisogno primario che E. Berne definisce di “strutturazione del tempo”, un sistema di relazioni protette, che consente una maggiore esplorazione di sé e dei propri problemi e conduce a rimettere in circolo le proprie energie;

- il confronto e l’intensità del trattamento, in cui tutto è educativo, dagli aspetti più quotidiani e ordinari a quelli più specifici, come i gruppi, che fanno sì che il clima terapeutico sia non-stop;

- la forza del gruppo che si avvale del concetto di auto-aiuto, secondo cui una persona, anche in una situazione di grave disagio, può aiutare gli altri oltre che se stessa, in un processo di crescita continuo all’interno di un contesto di forte e intensa reciprocità;

- fondamentale è quindi il sistema di relazione permanente; la relazione consente un campo di definizione del sé e costituisce anche un campo di esperienza del concetto di sé.

Va detto peraltro che negli ultimi quindici anni sulla spinta della progressiva necessità di venire incontro a bisogni sempre più complessi (quali: comorbilità psichiatrica, alcolismo, poliassunzione, scalaggio di farmaci sostitutivi e concorrente compensazione tramite psicofarmaci, complessità della definizione diagnostica, cronicità, ecc.) le **COMPETENZE CLINICHE E SANITARIE** sono entrate a pieno titolo nella realtà delle unità di offerta dell’ ARCA; il fenomeno però non ha riguardato solo gli utenti dei moduli specialistici (alcol/poliassunzione e mamma/bambino di cui è titolare la Cooperativa) dove la presenza di queste

¹ Precisiamo che nel linguaggio di De Leon il termine “guarigione” che lasciamo nella sua traduzione letterale per non forzare il pensiero dell’ autore e, per questo, scriviamo in virgolettato non presenta affatto la stessa accezione medico – clinica che è invalsa nel lessico base della lingua italiana.

E’ da intendersi piuttosto , così come del resto la successiva espressione “corretto modo di vivere” come termine tipico di una lettura esistenziale della questione in cui la dipendenza è vista come una risposta distruttiva e disfunzionale e il processo di riabilitazione realizzato nella Comunità Terapeutica è da considerarsi come una sorta di progressiva formazione ad una modalità di vita più funzionale che porta la persone ad un più sano epositivo “essere nel mondo”(“guarigione”).

professionalità e di queste prestazioni era richiesta e dovuta, bensì ha toccato anche una considerevole percentuale degli altri utenti, perchè il profilo del bisogno delle persone inviate nella comunità presenta spesso profili non riconosciuti di complessità. Si pensi per esempio alla evidente impossibilità di verificare lo stato psichico di un paziente che venga inviato in CTE con sostanza sostitutiva a scalare prima dello scalaggio stesso che avverrà appunto nell'arco dei primi mesi di residenzialità; è evidente che la CTE deve essere attrezzata con competenze psicodiagnostiche e psichiatriche proprie per valutare l'eventuale emergere di psicopatologie o di scompensi e per realizzare l'accompagnamento psicofarmacologico reso necessario dalla progressione dello scalaggio. I campi disciplinari della CLINICA e, in particolare quelli afferenti alle competenze mediche, infermieristiche, psichiatriche e psicoterapeutiche non sono quindi affatto esclusi dall'orizzonte terapeutico in cui si è mossa e si muove l'ARCA; questa ricchezza di potenzialità potrebbe tra l'altro essere più adeguatamente valorizzata se si riconoscessero e si affidassero formalmente alle CT alcune delle prestazioni che attualmente risultano in capo ai servizi territoriali, ma che comunque le CT si ritrovano a dovere svolgere con risorse proprie.

A seguito di questa complessa evoluzione frutto soprattutto di questi ultimi vent'anni, la *comunità terapeutica educativa* dell'ARCA di Como si presenta dunque oggi non più come una coraggiosa armata di "visionari su macchine volanti", bensì come un modello originale di cura in cui ai tradizionali interventi previsti dagli standards di accreditamento, si affiancano altre più ampie e diversificate prestazioni fino a giungere a definire una composita "cassetta degli attrezzi" di cui diamo un parziale inventario nelle righe che seguono:

- Rapporti di rete con i Servizi
- Lavoro pre ingresso con serie di colloqui motivazionali
- Diagnostica multidimensionale in regime di residenzialità. Assumendo una prospettiva di diagnosi come processo e dunque di valutazione in itinere, sia del decorso della patologia di dipendenza, sia del percorso individuale di crescita ed autonomia dell'utenza, si sono andati delineando alcuni aspetti caratterizzanti ed alcune potenzialità tipiche delle strutture terapeutico-riabilitative residenziali. In primo luogo si sottolinea l'aspetto temporale a medio- lungo termine all'interno del quale è possibile sviluppare il processo di valutazione qui intesa come valutazione di esito (attraverso il costante monitoraggio delle condizioni dell'utenza). In secondo luogo aggiungiamo la caratteristica fondamentale della continua e costante possibilità di osservazione clinica del soggetto in contesti e momenti di vita quotidiana differenti (tipicità che differenzia non poco dai processi di valutazione dei servizi i quali "purtroppo" non hanno questa occasione). Infine l'utilizzo oramai diffuso, anche nelle unità d'offerta del privato sociale, dei più comuni strumenti di valutazione standardizzati.
- Gestione della disintossicazione e dello scalaggio dei farmaci sostitutivi su delega dei SerT con compensazione psicofarmacologica su prescrizione e monitoraggio dello psichiatra anche dove la figura non è richiesta
- Impostazione del progetto individualizzato, operatore di riferimento, case-manager
- Gestione della vita quotidiana e gestione dei ruoli e della gerarchia interna
- Gruppi di vario tipo. L'attività di gruppo, come è già stato più volte sottolineato, è la base fondante del lavoro in comunità per cui risulta necessario che tutto parta e ritorni lì. All'interno delle diverse attività

di gruppo si possono più in dettaglio distinguere: Gruppi educativi variamente nominati finalizzati alla gestione della quotidianità comunitaria e con funzione di “specchio” per il singolo; Gruppi di rielaborazione dei sentimenti e del proprio vissuto; Gruppi tematici: alcool, sostanze, gioco, sessualità, genitorialità, ecc.; Gruppi a carattere culturale, con lo scopo di favorire il recupero della scolarità o la crescita complessiva della persona tenuti da insegnanti e formatori esterni; Gruppi di psicoterapia.

- Colloqui individuali educativi di tipo strutturato
- Attività di laboratorio di lavoro, attività ergoterapiche
- Impostazione del percorso di reinserimento (abitativo, lavorativo, formazione professionale)
- Presenza dell’infermiere professionale per la gestione delle terapie sostitutive e psicofarmacologiche
- Psicoterapia di gruppo per gli utenti anche nei moduli non specialistici
- Trattamento delle famiglie con gruppi di auto aiuto e con psicoterapia di coppia e della famiglia
- Recupero di percorsi scolastici interrotti a livello di scolarità di base e avvio di percorsi di formazione professionale (mirata al lavoro protetto nelle cooperative B e, in particolare, nella cooperativa florovivaistica “Humus” che fa parte del SISTEMA ARCA)
- Utilizzo di linguaggi terapeutici espressivi (arte, teatro)
- Supporto specialistico di tipo sociale: avvocati per consulenze legali, counselor orientatore al lavoro e case manager, animatore sociale...
- Formazione/supporto alla genitorialità, in particolare per le donne, ma anche e sempre più diffusamente per i padri
- Interventi in carcere per ingaggio terapeutico e motivazionale
- Accompagnamento dell’utenza con personale adeguato a tutte le visite ospedaliere, le convocazioni di carattere burocratico, sociale e giudiziario. Il personale impiegato in queste incombenze diurne è evidentemente in più rispetto a quello in organico che deve garantire la presenza e le attività in struttura.

LA COMUNITÀ TERAPEUTICA EDUCATIVA DELL’ ARCA COME STRUMENTO PEDAGOGICO DI CURA DELLA DIPENDENZA. UNA CULTURA DEI “SIGNIFICATI” CONTRO LA PSEUDOCULTURA DELL’ “INTRATTENIMENTO” .

Nella pedagogia della comunità ci si attiene a regole e valori considerati essenziali nell’impegno personale per la propria “GUARIGIONE”², per l’apprendimento sociale, per la crescita personale e per l’elaborazione di una visione costruttiva della vita. Alcune regole indirizzano particolarmente l’individuo a dare priorità e significato all’impegno personale per la propria guarigione e, per esempio, sottolineano il presente (qui ed ora) contrapposto al passato (prima e allora).

Il comportamento e le circostanze passate vengono analizzate soltanto per spiegare le modalità attuali del comportamento disfunzionale, gli atteggiamenti e il modo di vedere negativi. Gli individui vengono sollecitati e avviati a diventare personalmente responsabili della loro vita attuale e del loro destino futuro. In indiretta dialettica con orientamenti improntati ad eccessi “psicologistici-interpretativi” si ritiene infatti che un’accentuata enfasi sul “passato” e sulle “cause” possa colludere con la predisposizione della

² Rimandiamo alla nota 1) per le precisazioni semantiche su questo termine e sull’ utilizzo che ne viene proposto qui.

personalità dipendente a manipolare qualunque elemento per giustificare e, quindi, confermare la propria condizione negativa nei confronti dell'esistenza. Di conseguenza si vuole evitare che un' enfasi eccessiva sull' "insight", lungi dall' avere una funzione terapeutica, funga da strumento di conferma e rafforzamento del sintomo tossicomane. Come dire: "...con quella storia, non posso che essere così".

La sottolineatura della dimensione del presente e del futuro, poste a bilanciare quella del passato, mobilita la responsabilità personale per un verso e, per l'altro, la fiducia nella praticabilità e nella possibilità di un cambiamento, sottolineando la forza di un atteggiamento di autostima positiva contrapposta a ogni improduttivo determinismo psicologico o sociologico.

Sta in questa "posizione" epistemologica di fondo, in questo primato, per così dire, del FINALISTICO sull'EZIOLOGICO la ragione più essenziale che porta a collocare in modo prioritario il "sapere di riferimento della CTE" nel territorio della pedagogia, piuttosto che in quello della psicologia o della medicina.

Questi due ultimi campi disciplinari non sono affatto esclusi dall'orizzonte terapeutico delle comunità; sono però da considerarsi competenze complementari e integrative rispetto ad un campo che, nella sua struttura portante, si propone come schiettamente pedagogico, in quanto segnato dalla proposizione di una Weltanschauung positiva cui si affida la mission centrale del processo di ricostruzione della personalità.

Le considerazioni fatte si propongono di dare ragione e fondamento epistemologico a un approccio metodologico che altrimenti potrebbe apparire (e tale è stato spesso giudicato dalla koinè psichiatrica – psicoterapeutica) come una giustapposizione non sufficientemente integrata tra impostazioni diverse, come un frettoloso "sincretismo pratico" non curante di collocare tradizioni tra loro incompatibili nel medesimo Olimpo. Come potrebbero coabitare la direttività di Watson e di Skinner con la programmatica non-direttività rogersiana, o il primato cognitivista della rappresentazione mentale con l'attenzione al dialogo interno propria della Analisi Transazionale berniana?

Critiche e domande più che sensate e congruenti che restano senza adeguata risposta fino a che non si sappia o non si voglia cogliere l' assunto epistemologico fondamentale del PRIMATO DELLA CARATTERIZZAZIONE PEDAGOGICA della Metodologia della CTE che significa tra l'altro, come detto sopra, primato della dimensione finalistica su quella eziologico-storica; all'interno del vasto, articolato e diversificato contenitore esperienziale ed educativo della CTE le diverse "scuole di pensiero" psicologico-psicoterapeutico così come le competenze medico-cliniche concorrono come "saperi alti", ma ausiliari, ad una sintesi che è ultimamente di pertinenza pedagogica in quanto centrata sul primato delle risorse dell' "Io" e sulla scelta consapevole della persona in ordine ad un cambiamento positivo del proprio "schema esistenziale".

L' ARCA COME LUOGO DI "FORMAZIONE" E "STRUTTURAZIONE": CURARE ATTRAVERSO L' EQUIPE DI LAVORO CHE COSTRUISCE NUOVE COMPETENZE ESISTENZIALI E STRUTTURA UN NUOVO SPAZIO – TEMPO. Abbiamo già definito la *comunità terapeutica educativa* come un contesto in cui tutto concorre a promuovere il recupero e lo sviluppo della crescita personale/sociale dell'individuo, come un ambiente strutturato che ha una cultura propria, dei modelli, delle norme ed un progetto terapeutico. In questo senso la ct, secondo alcuni autori, è anche e, forse soprattutto, un contesto di formazione.

Essa ha la funzione di:

- creare un ambiente che "riproduca" il contesto sociale esterno, mettendo però l'utente in condizione di "provarsi" rispetto a temi e dinamiche problematiche;
- dare fiducia a persone che vivono in una situazione di difficoltà, se non di vuoto, rispetto alla possibilità di cambiare stile di vita o al fatto di non avere un'alternativa valida;
- contenere e "proteggere" le persone all'interno di un contesto in cui "non possa accadere loro nulla di pericoloso", garantendo sempre e comunque degli ambiti in cui esprimersi;
- fornire un codice valoriale positivo che la persona possa fare proprio;
- aiutare la persona ad apprendere modalità e regole di convivenza sociale riconosciute all'interno del gruppo e nel contesto esterno;
- identificare criteri e modalità per valutare atteggiamenti, comportamenti e il proprio cambiamento rispetto ad essi tramite il confronto con gli altri e la capacità di avere un feedback costante di quanto viene agito.

Ne deriva un insieme di interventi volti a rinforzare o a sanzionare i comportamenti che vanno, rispettivamente, appresi o disappresi. In sintesi essa fornisce un'alternativa concreta alla "cultura" e allo stile di vita precedente e, quindi, la possibilità di un cambiamento che dia anche nuovi confini spazio – temporali ad una personalità che, spesso, si è rivelata estremamente fragile, confusiva e problematica.

Il clima dell' ARCA è volto ad accogliere la persona per quello che è, e la fa sentire una persona accettata e valorizzata e che tende a sviluppare un atteggiamento di maggiore cura e interesse verso se stessa. In CT, inoltre, ogni aspetto del programma ha la funzione di far emergere e potenziare le risorse dell'individuo, perché questo sia consapevole della realtà che sta affrontando e di se stesso di fronte a difficoltà e opportunità di uscire dallo stato di disagio e nel costruire una situazione di vita più soddisfacente.

La relazione è la modalità attraverso cui emergono queste risorse: in essa vengono veicolati tutti i fattori di cambiamento (fiducia, condivisione, stima, sostegno, ecc.). Le relazioni che si creano in ct sono primariamente di due tipi:

- tra il residente e l'operatore e viceversa;
- tra residenti, cioè: tra pari nella struttura gerarchica, tra persone che hanno un ruolo diverso, tra persone che hanno problemi ed esperienze uguali. Le relazioni interpersonali sono una costante di tutta la vita del residente: sono rari i momenti in cui la persona si trova da sola, forse solo quando si tratta di un intervento deciso dallo staff. I rapporti hanno poi un importante significato a livello emotivo, poiché oltre a costituire un'esperienza in genere gratificante garantiscono "scambi" proprio dal punto di vista affettivo.

Un'altra caratteristica significativa da sottolineare è la struttura gerarchica con i diversi ruoli che una persona assume nel corso del cammino comunitario: tra queste possiamo citare la gestione organizzativa delle responsabilità e delle mansioni che gli competono, la responsabilità (richiesta dal ruolo e dalla crescita) del cammino delle persone che fanno parte del suo settore, l'equilibrio che deve raggiungere nella gestione del suo ruolo in relazione a sé e agli altri. Tutto ciò comporta l'approfondimento della conoscenza di sé e un costante stimolo a superare situazioni di conflitto, difficoltà concrete ed emotive.

La "scalata" dei ruoli gerarchici non è però assolutamente fine a sé stessa e men che meno alla "produttività" rispetto alle incombenze pratiche e alle "cose da fare"; il suo significato è prettamente ed esclusivamente educativo e consiste nel fornire al residente uno strumento tangibile del suo cambiamento e del suo progredire nella propria crescita, costituendo, quindi, un rinforzo alla maturazione; consente

inoltre di affrontare le difficoltà in maniera progressiva secondo quanto la persona può dare in quel momento.

Anche il lavoro assume dei significati variegati: esso educa alla costanza e alla responsabilità; sollecita l'utente a gestirlo in modo da non dedicargli un'attenzione smisurata a scapito di se stessi (spesso in ct il lavoro costituisce un rifugio per chi non vuole "scoprirsi" e ci si "butta a capofitto") o da non sottovalutarne l'importanza; esso è considerato anche uno specchio del periodo che la persona sta vivendo, del proprio cambiamento o del suo eventuale arresto.

La quotidianità permette una crescita in un contesto ricco di stimoli, che ponga la persona sempre davanti a situazioni da affrontare, a scelte, e che non permetta di accontentarsi di un cambiamento minimo.

Tutto questo rappresenta anche una sorta di allenamento a risolvere problemi, ad agire comportamenti adeguati a sé e alla realtà in vista del reinserimento nel contesto sociale esterno.

La vita quotidiana della *comunità terapeutica educativa* è scandita da un ritmo ben preciso di tempi, orari, attività... Viene data molta importanza al rispetto degli orari, dei tempi e della distinzione tra i vari momenti di lavoro, di condivisione, di tempo libero... Ciò responsabilizza le persone e stimola uno stile di vita attivo e "ordinato", che risulti in netta antitesi con quello precedente in cui i parametri spazio-temporali erano andati smarriti.

La Comunità aiuta la persona a porsi in un atteggiamento di ricerca e di domanda rispetto a sé e a quanto accade per comprendere e ricercare il significato rispetto a ciò che viene fatto o si vuole fare (vedi ad es. quando una persona si pone degli obiettivi e agisce per questo).

L' EQUIPE E IL PRIMATO DEL "PROCESSO" SUL "PRODOTTO" NEL LAVORO EDUCATIVO E NELLA DIMENSIONE PEDAGOGICA . Occorre mantenere costantemente aperta la riflessione delle équipes su come viene gestita nelle varie ct la gerarchia. Sia a MV1 sia a MV2 c'è correlazione tra ruoli operativi e anzianità, nel senso che ad utenti "giovani" di ct non vengono mai assegnate certe responsabilità destinate ad essere ricoperte dagli "anziani". Alla Cappelletta e alla Costa, invece, questa differenza non esiste. Le responsabilità vengono inoltre utilizzate come strumento terapeutico per stimolare il superamento di alcune difficoltà degli utenti; eventuali retrocessioni gerarchiche, invece, vengono spiegate a livello di gruppo in un contesto strutturato.

Si condivide però l'idea che il vero salto di qualità non stia tanto nella gestione di responsabilità crescenti in ct, ma nel passaggio al reinserimento: il passaggio al reinserimento deve essere usato in maniera consapevole da parte delle strutture residenziali in quanto si ritiene inutile esporre gli utenti a rischi e sovraesposizione che sappiamo non saranno capaci di gestire.

L'equipe della Cappelletta afferma, d'altro canto, che la CT di Reinserimento sta facendo molti sforzi per migliorare la propria offerta e che non deve essere sempre il rientro ad adattarsi al prodotto della comunità, ma deve poter fare anche delle richieste.

Le "cose da fare" in comunità terapeutica sono molte ma è necessario che siano tutte congruenti con le finalità della comunità, pena il rischio che diventino solo dei riempitivi o comunque attività che hanno lo scopo di "intrattenere" i presenti. Importante che non si perda mai di vista il senso di questi interventi e soprattutto la possibilità se non la necessità di una rielaborazione della quotidianità con il processo di

significati che le sta dietro e che non deve essere dato troppo per scontato, soprattutto dagli utenti e quindi costantemente ripreso.

La comunità terapeutica , per esempio, deve avere un suo regolamento ma, anche in questo caso, non ci si deve appiattare su questo, ma piuttosto i significati vanno rielaborati in una situazione di confronto, emotivamente carica di vicinanza. Necessario quindi non tanto preoccuparsi che i vetri siano puliti, ma che ognuno abbia fatto la sua parte e se questo non avviene ci deve essere uno spazio possibile di approfondimento in ambito relazionale (“...perché hai fatto il lavoro di altri? Solo perché te lo hanno chiesto?...” “... perché hai fatto lavorare altri al tuo posto?) Importante quindi riprendere ciò che la comunità terapeutica determina in ambito di relazioni.

A seguito di questa riflessione sulla CT come “custode dei significati” , nelle comunità ARCA si lamenta che gli educatori abbiano poco spazio di controllo su quello che avviene nell’ambito lavorativo, che pure costituisce una parte consistente della giornata, a causa di una carenza di rapporto con i maestri di lavoro; anche in questo caso quindi non principalmente per vedere lo svolgimento del lavoro, ma per vedere quello che succede. Lo stesso si ripresenta per le attività (gruppi o laboratori) che vengono svolte da persone che non fanno direttamente parte dell’equipe per cui si perdono non tanto le parole ma soprattutto i *fatti educativi* , cioè gli eventi significativi della convivenza quotidiana . Importante quindi che non si interrompa mai la ricerca del modo corretto affinché l’equipe possa riappropriarsi della quotidianità, trovando gli strumenti giusti per far convivere queste necessità con le esigenze pressanti di tutti i giorni, ma anche per individuare e valorizzare spazi (come il Gruppo Base di comunità) per discutere di come sia stata vissuta una situazione della giornata .

Perché questo complesso meccanismo funzioni il profilo della *EQUIPE* risulta un fattore decisivo e imprescindibile, per questo è importante che vi sia la capacità degli operatori di fare contatto con sé stessi e con le proprie dinamiche di gruppo. Per esempio tra coloro che lavorano in comunità si possono distinguere due tipologie; gli anziani (di lavoro) che credono in questi principi ispiratori, ma che molto spesso hanno vissuto una sorta di senso di inferiorità nei confronti delle figure cliniche. Per contro gli operatori giovani hanno una formazione personale con un curriculum di studi ma mancano di tutta una serie di esperienze “fondanti” che non permettono loro di far sì che le conoscenze acquisite in fase di studio possano avere una traduzione pratica. Questo porta spesso alla decisione di abbandonare il lavoro in quanto apparentemente poco congruente con le proprie aspettative, soprattutto perché si fatica a cogliere la peculiarità educativa della comunità terapeutica.

Gli interventi di alcuni educatori (durante i gruppi di formazione) hanno sottolineato come il nucleo storico avesse, per parecchio tempo, finito per “tritare” i nuovi entrati mentre negli ultimi anni la situazione è stata di una maggiore integrazione e attualmente si tratta di un gruppo che ben compensa i due aspetti.. L’equipe è una squadra che si regge sull’aiuto reciproco; c’è stata un grosso lavoro da fare per superare le difficoltà di relazione personali, ma anche di metodo in quanto gli anziani erano partiti da una situazione di condivisione “totale” con gli utenti (lavoro ma anche camera) mentre per gli altri la questione era più basata su atteggiamenti “professionali”..

Si evidenzia anche come sia estremamente difficile far passare i principi ispiratori della comunità agli utenti in quanto molto spesso si chiudono dietro a discorsi difensivi del tipo: “.. c'è incoerenza, chi me lo fa fare...”; in questo senso la comunità dovrebbe diventare un momento di costante FORMAZIONE per cui è fondamentale che l'aria che si respira sia sempre piena di questi concetti così da portare le persone a un cambiamento dei VALORI e di conseguenza anche dei COMPORAMENTI (altrimenti il rischio è quello di generare solo adattamenti)

Sempre riflettendo attorno all'equipe la stessa viene vista nella sua funzione di trasmissione di modelli; necessario qualcosa che lega gli elementi per cui il modello diventa l'equipe e non i singoli componenti; l'educatore potrebbe essere vittima di simpatie e antipatie e l'equipe ha proprio la funzione di riequilibrare il tutto permettendo il miglioramento delle relazioni

A questo proposito si ribadisce l'importanza di fare in modo che l'equipe sappia trasmettere la possibilità di esprimere conflitti, a condizione che poi ci sia modo di lavorarci sopra, utilizzando gli strumenti che si propongono all'utenza. Necessario quindi che gli operatori siano presenti con le loro competenze (studi, esperienza), ma ancora più importante che trovino anche la misura per essere presenti come persone; questo non significa affatto essere sempre e totalmente disponibili se questo non è utile alla cura dell'utente, bensì essere disposti a mettersi in gioco come persone nella relazione .

Non accettare questo comporta il rischio che l'equipe risulti fredda e distaccata. In questo senso occorre “essere modello” : si possono creare rotture, ma altrettanto riparazioni delle stesse

Fondamentale risulta capire che la Comunità chiede di mettere al servizio le diverse formazioni e orientamenti dei membri dell'equipe curante. Le storie e i percorsi formativi diversi sono al servizio della comunità ed è importante , se l'equipe ha giustamente l'idea di essere il contenitore di competenze diverse , che però tenga bene presente che tutto ciò è in funzione dell'obiettivo/contenitore finale e più allargato che è la Comunità, come metodo e strumento! La comunità terapeutica ha un patrimonio culturale condiviso, è un sapere specifico che adotta uno strumento operativo specifico. Fondamentale che l'educatore sviluppi la “capacità di sorvegliarsi” in questo tipo di consapevolezza del proprio lavoro e nella relazione terapeutica.

Da ciò che è stato finora rilevato si può affermare che all'interno della *comunità terapeutica educativa* agiscono fattori definibili terapeutici che agiscono in un contesto prevalentemente educativo e sono veicolati da tecniche e dispositivi educativi. Dall'osservazione della realtà comunitaria emerge, quindi, che i fattori terapeutici agiscono innanzitutto nel “setting pedagogico”; mentre nel “setting psicoterapeutico” costituiscono uno strumento di completamento, di rielaborazione e di rinforzo: fattori come l'infusione della speranza, l'altruismo, l'identificazione, il transfert sono elementi essenziali e propri anche della relazione quotidiana di realtà.

Nasce da questa constatazione la scelta compiuta in questi anni di tentare una rilettura sistematica dei dispositivi, delle metodologie e, soprattutto, dei FATTORI TERAPEUTICI³ che possono dare ragione (e quindi anche consentire una verificabilità, una rilettura dei fallimenti, una valutazione di follow-up) dei “percorsi

³ Si fa riferimento a questo proposito al concetto di “Fattore terapeutico” nei gruppi così come è stato evocato e approfondito in: L.D. Yalom, “Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo”, ed. Boringhieri 1974.

“Teoria e pratica della

di guarigione” che le CT indubbiamente realizzano, ma che rischiano di rimanere prigionieri e /o di AUTOCONFINARSI IN UNA DIMENSIONE di “IN-EFFABILITA” e di “IN-DICIBILITA” che poco giova all’accreditamento scientifico e clinico di questa stessa metodologia.

Certo tentare la “nominazione” dei fattori terapeutici di un setting educativo implica l’accettazione sul piano epistemologico del concetto di “CLINICITÀ-TERAPEUTICITÀ DEI DISPOSITIVI PEDAGOGICI” sul quale, almeno al presente, non può essere dato per acquisito il consenso unanime della koinè scientifica di estrazione medica/psicoterapica. Forse è a questa questione metodologica di fondo, mai apertamente messa a tema e dibattuta nel rispetto di un autentico reciproco credito scientifico, che vanno fatte risalire le difficoltà che spesso si riscontrano all’interno del sistema stesso delle dipendenze nel dibattito tra i presidi di natura ambulatoriale e quelli di tipo comunitario — residenziale.

LA CENTRALITÀ DELL’INTERAZIONE TRA PARI COME DISPOSITIVO PEDAGOGICO PORTANTE E’ importante che la Comunità venga intesa come luogo di apprendimento di una nuova dimensione di VITA, che si contrappone con il “fuori” di prima.

È e deve essere una dimensione formativa attraverso la trasmissione di valori; in questo senso la Ct deve insegnare anche la tolleranza alle frustrazioni che necessariamente il soggetto incontrerà un domani nella realtà sociale.

La comunità quindi come un’esperienza di un “sapere”...di crescita, fatto di competenze ed esperienze, perché gli/le utenti della ct sono persone che devono rifare un percorso di crescita improduttivo e disfunzionale. In questo senso è importante che venga trasmesso il senso della ct come ambito di formazione.

Ciò che distingue la *comunità terapeutica educativa* da altri approcci di trattamento è l’uso intenzionale della vita in comune come metodo primario per facilitare il cambiamento sociale e psicologico degli individui. Tutte le attività, perciò, sono progettate per produrre cambiamenti terapeutici ed educativi nei partecipanti, e tutti i partecipanti sono mediatori di questi cambiamenti educativi e terapeutici.

Gli individui contribuiscono direttamente a tutte le attività della vita quotidiana nella quale vengono fornite opportunità di apprendimento attraverso l’assunzione di una varietà di ruoli sociali (per esempio, quello di pari, di “fratello”, di coordinatore, di tutor). Gli individui, quindi, sono partecipanti attivi nel processo di cambiamento di sé stessi e degli altri, tanto che l’uso dei feedback proveniente dai membri della CTE si può considerare la fonte primaria di insegnamento e di sostegno nel processo di cambiamento dell’individuo e la responsabilità condivisa di tutti i partecipanti è quella di tener conto delle osservazioni e delle reazioni autentiche tra pari. Insieme alle loro responsabilità di dare un feedback agli altri rispetto a ciò in cui devono cambiare, i membri devono anche fornire esempi di come possano cambiare: ciascun partecipante si sforza di costituire un modello di ruolo nel processo di cambiamento.

Attività educative, di formazione e terapeutiche si verificano nei gruppi, negli incontri, nei seminari, nelle attività di lavoro e ricreative: l’apprendimento e le esperienze di recupero, quindi, che sono essenziali per la guarigione e per una crescita personale si rivelano nel contesto sociale e attraverso rapporti sociali.

Regole, regolamenti e norme sociali tutelano sia la sicurezza fisica che psicologica della comunità. Tuttavia, al di là delle regole e delle norme, ci sono credenze e valori che fungono da linee guida chiare per

un impegno personale alla propria guarigione e per un corretto modo di vivere. Queste linee guida sono espresse nel gergo e nella cultura di ciascuna CT e sono reciprocamente rinforzate dai membri.

L'organizzazione di compiti (per esempio le varie mansioni di lavoro, le attività di routine, e le attività di gestione) necessari per mantenere le attività quotidiane della struttura è il principale strumento educativo per la crescita personale. L'apprendimento si verifica non solo attraverso l'addestramento di specifiche abilità, ma aderendo all'organizzazione di procedure e sistemi, accettando e tenendo in considerazione la supervisione, e comportandosi come un membro responsabile della comunità da cui altri dipendono.

La natura pubblica delle esperienze messe in comune è usata a scopi terapeutici. La vita privata intima, i sentimenti e i pensieri dell'individuo sono questioni di rilievo nel processo di recupero e di cambiamento, non solo per l'individuo, ma anche per gli altri membri. Di conseguenza ogni esperienza personale alla fine viene condivisa.

Gli interventi educativi o i trattamenti devono essere forniti nell'ambito del gruppo dei pari per essere efficaci. Ad eccezione del counselling individuale, perciò, tutte le attività sono programmate in contesti di gruppo. In queste attività sono comprese il preparare, il servire e il consumare insieme i pasti; l'elenco giornaliero dei gruppi, degli incontri e seminari; le attività di lavoro di gruppo e l'organizzazione di momenti ricreativi e di svago; cerimonie e ricorrenze (per esempio, i compleanni e i momenti di passaggio attraverso le diverse fasi del programma).

La strutturazione della giornata va letta in rapporto alla prospettiva della *comunità terapeutica educativa*, in particolar modo alla sua visione della persona e della "guarigione". Le attività di routine, regolamentate, contrastano con la vita di questi pazienti tipicamente disordinata e li distraggono da pensieri negativi e noiosi che possono predisporre alla "nostalgia" della sostanza. Le attività strutturate della comunità facilitano nell'individuo anche l'apprendimento di una autoregolamentazione per gestire i tempi, per pianificare, per contestualizzare e raggiungere gli obiettivi e per assumersi le responsabilità generali. Di conseguenza, senza badare alla durata, ciascuna giornata ha un programma prefissato delle varie attività terapeutiche ed educative con forme prestabilite, orari fissi e procedure di routine.

Gli ospiti che manifestano i comportamenti attesi ed esprimono i valori e gli insegnamenti della comunità sono considerati come modelli di comportamento. Tuttavia, la forza della comunità come un luogo di apprendimento sociale è in rapporto al numero e alla qualità dei suoi modelli di ruolo. Ci si aspetta che tutti i membri della comunità rappresentino dei modelli di ruolo: i compagni di stanza; i residenti più giovani e i più anziani; il personale dei diversi livelli e quello direttivo. Le CTE richiedono questi molteplici modelli di ruolo per mantenere l'integrità della comunità e per assicurare la diffusione degli effetti dell'apprendimento sociale. Coerentemente con l'approccio di auto-aiuto, tutti gli ospiti sono responsabili della gestione quotidiana della comunità (per esempio, il preparare e servire i pasti, le attività di manutenzione e di pulizia, gli acquisti, la sicurezza, il coordinamento dei programmi e il lavoro preparatorio per l'organizzazione dei gruppi, degli incontri, dei seminari e delle attività). I vari ruoli lavorativi mediano gli effetti terapeutici ed educativi essenziali. Le funzioni lavorative rafforzano l'affiliazione al programma attraverso la partecipazione, forniscono opportunità per l'acquisizione di abilità e incoraggiano l'auto-valutazione e la crescita personale, sfidando l'individuo a conseguire i risultati e a impegnarsi nel programma.

LA CLASSIFICAZIONE DEI DISPOSITIVI EDUCATIVI - TERAPEUTICI Nella *comunità terapeutica educativa* tutte le attività sono programmate con lo scopo di produrre effetti terapeutici ed educativi. Queste attività, da sole e in differenti combinazioni, costituiscono i **DISPOSITIVI TERAPEUTICI** che direttamente e indirettamente influenzano l'individuo nel processo di cambiamento ed è l'uso di ogni attività come momento educativo o di recupero l'elemento che caratterizza la metodologia .

Tentando una classificazione della gamma delle attività e una descrizione delle loro caratteristiche, G. De Leon distingue e raduna le diverse attività che sono essenziali al modello della ct in tre principali categorie di interventi: i gruppi terapeutici ed educativi, la gestione degli aspetti clinici e comunitari, gli interventi di promozione della comunità.

I *gruppi terapeutici ed educativi* hanno la funzione di promuovere l'espressione di emozioni, cambiano la direzione di acting out negativi, consentono la discussione sui sentimenti, risolvono questioni personali e sociali, aumentano la comunicazione e le abilità interpersonali, esaminano e confrontano il comportamento e gli atteggiamenti e offrono indicazioni di modalità alternative di comportamento. I principali gruppi sono i gruppi di incontro, i gruppi di auto-aiuto e di confronto, i gruppi seminariali e le maratone. Queste attività possono essere ulteriormente sviluppate da speciali gruppi che lavorano per temi che approfondiscono questioni legate alla dimensione storica , al sesso e all'età.

Nella *gestione degli aspetti e dei dispositivi quotidiani comunitari* rientrano le attività che salvaguardano la sicurezza fisica e psicologica dell'ambiente e garantiscono che la vita dell'ospite sia tranquilla e produttiva. Esse proteggono la comunità nel suo complesso e la rafforzano come contesto di apprendimento sociale. Le principali attività/interventi sono i privilegi, le sanzioni disciplinari, la sorveglianza della comunità .

Le attività di *promozione della comunità* facilitano l'assimilazione degli individui nella comunità e ne rafforzano la loro percezione e quindi le sue potenzialità educative e curative. Esse includono i principali momenti di incontro aperti a tutti i membri della comunità: gli incontri del mattino, i seminari, le riunioni giornaliere, e le riunioni generali che vengono richieste quando è necessario. Rientrano in questa categoria anche le cerimonie e i rituali che hanno la funzione di valorizzare l'appartenenza: i compleanni, i momenti di passaggio attraverso le diverse fasi del programma nonché le promozioni scolastiche, l'accesso al lavoro, eventi familiari, le giornate di "casa aperta" e i momenti di completamento del programma.

Esiste poi un programma strutturato per insegnare la prospettiva della CTE, in particolar modo per quanto riguarda i suoi concetti relativi all'impegno personale per la propria "*guarigione*" e la sua visione del "*corretto modo di vivere*". I concetti, i messaggi e le lezioni di questo programma sono ripetuti nei vari gruppi, incontri, seminari e conversazioni tra pari così come nelle letture, nei messaggi e negli scritti personali; pertanto il principale strumento è il gruppo di incontro ordinario tra pari che scandisce la ordinarietà della vita quotidiana ed ha come obiettivo minimale quello di accrescere la consapevolezza personale e collettiva rispetto a specifici atteggiamenti o modelli comportamentali che dovrebbero essere modificati. L'andamento, dei gruppi di incontro può variare a seconda del livello direttivo dello staff e dell'intensità che dipende dai tipi di utenti (per esempio: adolescenti, detenuti, sieropositivi, o pazienti con doppia diagnosi).

Il *Gruppo d'Incontro*, come tutti gli interventi terapeutici ed educativi, determina nell'individuo un aumento di consapevolezza dell'influenza che la condotta e gli atteggiamenti personali esercitano su se

stesso e sull'ambiente sociale e, viceversa, dell'influenza che i comportamenti e gli atteggiamenti degli altri hanno su se stessi e sull' ambiente sociale.

Raggiungere gli obiettivi di crescita personale e di socializzazione significa insegnare agli individui il modo in cui riconoscere i sentimenti, esprimerli in modo appropriato, e gestirli in modo costruttivo in base alle esigenze interpersonali e sociali della vita di comunità.

La trattazione del “sistema dei gruppi” nella CTE non trova spazio in questo contributo ; si è voluto però fare cenno qui al *Gruppo d’Incontro* ordinario per sottolineare come la dimensione del rapporto con i pari , il meccanismo del rispecchiamento, della reciproca confrontazione e dell’auto-aiuto siano la struttura metodologica portante del contenitore pedagogico portante della Metodologia, in quanto danno forma e trama relazionale all’ordito di quei valori/obiettivi di cambiamento che, senza la loro declinazione quotidiana nei rapporti con gli altri , resterebbero un assunto troppo teorico per divenire efficace ed incidente fattore di mutamento. E’ talmente centrale il ruolo dei pari nel sistema terapeutico della *comunità terapeutica educativa* che costituisce (o dovrebbe costituire) dispositivo fondante anche nella fase ultima del Reinserimento dell’utente nella vita sociale, quando altri dispositivi e strumenti vengono progressivamente abbandonati. Esiste dunque una *ct quotidiana* che esige una costante “*cognizione*” ; perché però i significati delle relazioni quotidiane abbiano effetto “*terapeutico*” occorre che si proponga una opportunità regolare e frequente di “*meta-cognizione*” della comunità che è il *Gruppo di Incontro* degli utenti, condotto da membri dello staff e centrato sugli eventi della quotidianità che diventano “*materiale grezzo*”, pre-testo e stimolo per rileggere e reimpostare i propri *schemi di riferimento* in una chiave più funzionale e costruttiva. La cognizione senza la meta-cognizione rischia di produrre solo adattamento e compiacimento comportamentale; l’ insight slegato dalla concretezza della quotidianità non valorizza e non mette a frutto le opportunità che la CTE appositamente costruisce.

CLASSIFICAZIONE E ARTICOLAZIONE DEGLI INTERVENTI NELLE CT ARCA: l’ equipe deve custodire il significato di tutti gli interventi e darne un feed back costante agli utenti. Occorre evitare l’ ansia da intrattenimento e l’ automatismo senza consapevolezza riflessa . Le attività possono essere programmate o no, verificarsi in contesti designati o arbitrari, ed essere condotte dal personale o dagli ospiti. Le tipiche attività programmate sono l'organizzazione dei gruppi e degli incontri, e le sedute di counselling individuali condotte dagli operatori di riferimento.

Molti interventi sono non programmati e si verificano informalmente nelle interazioni quotidiane tra i pari. Ci si aspetta che gli ospiti controllino e istruiscano gli altri ospiti in materia di valori , di ruoli, di regole, di, aspettative sui modelli di ruoli, sulle norme e forme di convivenza civile. Infine, la comunicazione e la condivisione delle esperienze personali sono momenti di intervento spontanei e ricorrenti.

Anche se tutti gli interventi hanno l'obiettivo di cambiare l'individuo, alcuni possono essere rivolti direttamente alla persona e altri indirettamente alla comunità. Gli interventi rivolti alla comunità nel suo complesso, comprendono il piano delle attività programmate e dirette a tutti gli ospiti in generale, tra i quali gli incontri, i gruppi, i seminari, gli incarichi di lavoro, e i pasti ai membri della comunità. Queste attività non sono condizionate da alcun evento o problema specifico nella comunità, e il loro effetto dipende dalla partecipazione quotidiana dei residenti .

Vi sono anche interventi diretti alla comunità nel suo complesso che sono da considerarsi straordinari e che dipendono in modo specifico dai bisogni della comunità. Per esempio, vengono realizzati "momenti di pausa" (con funzioni di richiamo all'appartenenza comunitaria), momenti di "esperienza", assemblee generali, speciali eventi ricreativi e occasioni di riflessione aperti per affrontare problemi della comunità in generale o per riaffermare principi e obiettivi. Questi interventi specifici possono essere sollecitati da situazioni reali o possibili nella quotidianità comunitaria quali abbandoni del programma inattesi, violenza, uso di droghe, scarsa partecipazione, abbassamento della tensione collettiva.

Tutta un'ampia gamma di interventi dipende poi dal comportamento dell'individuo ed è a quest'ultimo specificamente rivolta. Questi interventi rivolti all'individuo possono essere offerti dal gruppo dei pari come momenti di pausa, di confronto, di affermazione, di suggerimenti o come indicazioni che si verificano sia dentro che fuori i gruppi clinici. Possono anche essere offerti dallo staff sotto forma di privilegi, di cambiamenti delle mansioni, di cambiamenti delle fasi, di sedute di counseling lunghe o brevi a confronto diretto, di richiami verbali diversamente graduati per intensità o di sanzioni disciplinari varie. Bisogna ricordare inoltre che si può aumentare, ritardare o moderare l'effetto di particolari interventi a seconda della loro interazione con le altre attività. Per esempio, i messaggi trasmessi nei seminari possono essere chiariti durante le conversazioni informali con i pari che precedono o fanno seguito ai seminari, oppure l'accettazione da parte di un individuo dell'osservazione fatta nei gruppi di incontro può non verificarsi finché non ha osservato e confrontato lo stesso comportamento in altri membri della comunità nei gruppi di incontro successivi. Di conseguenza, sono necessarie combinazioni diversificate e separate delle attività della stessa durata, intensità e frequenza atte a produrre il cambiamento individuale.

Le comunità sono abitualmente strutturate su una divisione di fasi e l'assegnazione di compiti (responsabilità); questo assume diversi valori:

- Organizzazione
- Responsabilità
- Equilibrio nella gestione del tempo stesso

Ogni cosa ha un significato proprio dietro la scelta di un intervento. È utile interrogarci su quanto investiamo energie nel definire il senso di questo alle utenti.

L'equilibrio è il punto più formativo: in che modo riesco a monitorare me stesso in funzione del raggiungimento di un equilibrio??

Ci si può utilmente interrogare su quanto questi tre aspetti siano presenti anche in noi... Occorre imparare a scegliere e dare priorità, perché questo migliora la mia capacità lavorativa e mi dà, a fine giornata, un senso di compiutezza. Gestire la dimensione educativa significa sorvegliare tutto questo.

In Comunità tutto è pubblico!!...perché anche le intenzioni a dire diventano pubbliche perché si dicono o perché non si dicono, in quanto circolano comunque. La privatezza della relazione è un concetto che in comunità va tutto ridefinito! Non è un limite questo, ma un'opportunità... Occorre educarsi sempre più ad aver fiducia del lavoro fatto nei gruppi...

Va tuttavia tenuto ben presente che *anche gli interventi indirizzati a individui specifici sono comunque sempre forniti in un contesto-setting comunitario* (lo si voglia o no, dunque, finiscono per avere questa risonanza); il coinvolgimento dei pari fa sì che sia gli interventi occasionali, sia quelli correttivi

acquisiscano il valore di insegnamento per tutta la comunità. In questo modo, l'individuo, il gruppo dei pari e i membri della comunità in generale sono tutti insieme responsabili dell'andamento della comunità.

LA DIMENSIONE *OGGETTIVA* DEL PROCESSO TERAPEUTICO: I SIGNIFICATI DEL CAMBIAMENTO COMPORTAMENTALE Scomporre il programma della *comunità terapeutica educativa* in interventi distinti è un procedimento alquanto artificioso e corrisponde a quello di disarticolare l'unitarietà dell'individuo in dimensioni separate. Di conseguenza, una completa descrizione del cambiamento della persona nel suo complesso include sia le dimensioni comportamentali oggettive che i cambiamenti soggettivi che si riflettono nell'autopercezione e nelle esperienze.

La dimensione della socializzazione si riferisce all'evoluzione dell'individuo come membro appartenente alla società allargata e i suoi indicatori comportamentali esprimono la gamma delle abilità sociali principali, degli atteggiamenti e dei valori dell'individuo. La maggior parte degli utenti delle ct ha rifiutato uno stile di vita normale, non lo ha mai acquisito, o lo ha distrutto a causa dell'uso continuato di droghe: di conseguenza, la vita nella CTE è funzionale all'acquisizione o alla riacquisizione di uno stile di vita normale.

La dimensione dello sviluppo personologico, a sua volta, si riferisce all'evoluzione degli individui dal punto di vista della loro crescita personale ed è rappresentata da due aspetti collegati, quelli della maturità e della responsabilità. Gli indicatori comportamentali di questa area si basano sull'autocontrollo (ad esempio, gli impulsi e il differimento della gratificazione), sulla gestione sociale (la relazione con lo staff e con l'autorità, la relazione con i pari e quella con la comunità) e sulla coerenza nel tenere fede agli impegni presi verso se stessi e gli altri.

Da ultimo, la dimensione degli aspetti psicologici fa riferimento alle capacità cognitive ed emotive fondamentali che sono alla base del cambiamento nelle altre precedenti dimensioni. Gli indicatori comportamentali di queste abilità sono raggruppati in due aree, quella delle abilità cognitive (consapevolezza, giudizio, insight, senso di realtà, capacità decisionale) e quella delle abilità emotive (comunicazione e gestione degli stati emotivi). Senza un miglioramento delle carenti capacità cognitive ed emotive, l'affiliazione come membro della comunità, il sopportare il cambiamento ai fini della socializzazione e la maturità evolutiva non sono possibili.

E' necessario che si verifichi un cambiamento o un miglioramento in tutte le dimensioni precedentemente elencate per garantire una "guarigione" duratura. Va tuttavia sottolineata la complessità delle differenze individuali e la natura dinamica del processo di cambiamento stesso. Per questo occorre precisare che le dimensioni descritte vanno considerate tra loro come strettamente interconnesse, interattive, asimmetriche e individualizzate.

I diversi aspetti di ciascuna dimensione, infatti, hanno in comune degli indicatori comportamentali. Per esempio, alcuni indicatori del modellamento di ruolo coincidono con quelli della maturità, e alcuni indicatori della maturità coincidono con quelli della socializzazione. Tuttavia, è l'organizzazione degli indicatori che definisce i campi e le distinzioni tra tutte le dimensioni e queste ultime possono influenzarsi reciprocamente: i cambiamenti dei membri della comunità (e con essi il modellamento dei ruoli) possono facilitare i cambiamenti delle dimensioni evolutive (per esempio, la maturità), così come un aumento della

consapevolezza (una competenza di base nella sfera psicologica), costituisce un prerequisito per il cambiamento in tutte le altre dimensioni.

In questo campo, inoltre, vi è una variabilità sia nell'entità del cambiamento, sia nella sua velocità. Nell'area della maturità, per esempio, l'ospite può ridurre l'uso di imprecazioni contro lo staff, ma, nello stesso tempo, continuare a ribattere verbalmente. Nell'area psicologica, si può raggiungere la consapevolezza riguardante le conseguenze del comportamento negativo prima che cambi il comportamento stesso.

Tra le aree e le dimensioni, la velocità del cambiamento non è necessariamente correlata e può darsi che l'ospite migliori sotto l'aspetto del modellamento di ruolo più velocemente che non rispetto a quello della maturità.

Le differenze individuali, insomma, sono la regola perché non tutti gli ospiti iniziano dallo stesso punto di partenza, né fanno progressi in modo uniforme, per cui, anche se ci si aspetta che i partecipanti raggiungano un certo stadio nel processo di trattamento, i tassi individuali dell'entità e della velocità del processo di cambiamento variano. Queste differenze possono essere mantenute e convivere con l'unitarietà del programma perché la metodologia è centrata sul fatto in sé che ci sia un cambiamento e sulla disponibilità dell'individuo a continuare il processo di trattamento piuttosto che sull'ampiezza del cambiamento stesso.

LA DIMENSIONE SOGGETTIVA DEL PROCESSO TERAPEUTICO: LE PERCEZIONI SOGGETTIVE ESSENZIALI Dopo aver tentato una codificazione dei processi comunitari di tipo "oggettivo" attorno a cui ruota il programma ARCA, centriamo l'attenzione su una disamina dei fattori e delle percezioni di tipo soggettivo; infatti, anche se la ct appare prevalentemente all'osservatore esterno attraverso la sua struttura base più visibile costituita da dispositivi e indicatori di tipo comportamentale, il processo di cambiamento è concepito dai partecipanti in termini soggettivi, di percezioni e di esperienze.

Gli individui si impegnano attivamente nei comportamenti e negli atteggiamenti da modificare, ma devono sentire le emozioni associate all'impegno preso, comprendere il significato o il valore del cambiamento, e giungere a vedere se stessi, gli altri e il mondo in modo diverso. Le percezioni e le esperienze sono determinanti in quanto costituiscono i vissuti individuali profondi del mutamento comportamentale esterno e rappresentano, come appunto ci accingiamo ad esplicitare, la condizione indispensabile per una "guarigione" autentica e, quindi, duratura. Anche se possono essere considerate come dimensioni o aree di un unico processo, le percezioni e le esperienze verranno descritte separatamente allo scopo di rendere meglio leggibile il loro caratteristico contributo al processo di trattamento.

Gli aggettivi "essenziale" e "cruciale" sottolineano quelle particolari percezioni ed esperienze che lo staff, gli utenti, e gli osservatori concordano nel ritenere necessari all'individuo per rimanere nel processo di trattamento e per trarne dei benefici.

Anche se il vivere nella ct racchiude un messaggio onnipresente a "non cedere", gli ospiti comunque fanno costantemente grossi sforzi per rimanere in trattamento. Il modo in cui essi percepiscono i loro problemi, il miglioramento, i pari, il personale, l'ambiente del programma, e le influenze esterne richiede ogni giorno una riflessione di ri-motivazione per continuare nel processo di trattamento. Queste percezioni

vengono raggruppate da De Leon in QUATTRO categorie che qui riprendiamo pur con alcuni elementi di aggiornamento e di adattamento alla situazione italiana:

- I. circostanze,
- II. motivazione,
- III. disponibilità
- IV. adeguatezza.

Una serie di pressioni esterne e di *circostanze di vita* possono condurre le persone a richiedere il trattamento nelle ct: si evidenziano nella maggior parte dei casi paure e preoccupazioni circa i problemi legali, fiscali, i problemi di salute, quelli familiari, sociali, domestici e di lavoro; altri riferiscono paure esplicite del carcere o dei processi penali, paura di farsi male, della violenza, dell'overdose, della malattia, o della morte. Altre paure e ansie si associano a perdite reali o attese (come la perdita dell'impiego, l'abbandono della scuola, la perdita della famiglia e di altre relazioni sociali) o semplicemente alla paura di restare senza casa e povero.

La *motivazione* non va confusa però con la effettiva e concreta *disponibilità* ad entrare in trattamento: infatti molti utenti che arrivano alle ct possono essere motivati in modo convinto, ma teorico, al cambiamento, e, per esempio, non accettare l'urgenza dell'ingresso in comunità rimanendo convinti di poter ottenere il medesimo risultato perseguendo alternative meno drastiche come quelle di gestire da soli i propri problemi attraverso l'auto-controllo, oppure di apportare dei cambiamenti nel lavoro, nelle relazioni o di sede geografica, oppure ancora di chiedere aiuto e cercare rifugio nella religione, nella famiglia o tra gli amici. Quelli che sono effettivamente disponibili al trattamento lo sono perché hanno scartato tutte le altre possibilità e considerano la comunità come la loro unica alternativa.

Una quarta e ultima categoria soggettiva è quella relativa alla *percezione di adeguatezza*: i residenti possono essere motivati e disponibili al trattamento, ma non percepire la comunità come adeguata ai propri bisogni. Con questa categoria di adeguatezza intendiamo dunque la percezione personale della corrispondenza tra l'individuo e il programma che è espressa dall'accettazione da parte degli ospiti dell'approccio della comunità: i suoi obiettivi, la sua filosofia, e i suoi insegnamenti (per esempio l'impegno a mantenere uno stile di vita senza uso di droghe che comporti dei cambiamenti di comportamento, di atteggiamenti e di valori del corretto modo di vivere); il suo regime quotidiano (il vivere collettivamente, la mancanza di intimità, l'esistenza di privilegi e sanzioni, le norme e i regolamenti); i suoi metodi di apprendimento sociale (il lavoro come momento educativo e terapeutico, l'interazione tra pari, la partecipazione ai gruppi, la condivisione delle esperienze personali) e l'impegno a lungo termine nel tempo (interrompere la propria vita durante il periodo della residenzialità).

Dal punto di vista di una accurata valutazione sulla scelta del tipo di trattamento e sulla prognosi relativa alla possibilità da parte della persona di trarne un significativo e durevole vantaggio, l'utilizzo delle quattro categorie di percezione soggettiva appena trattate può risultare di grande utilità ed interesse, soprattutto se a compiere la valutazione predetta sono servizi o professionisti diversi che possono per legittimi motivi essere portatori di culture e approcci non omogenei e, quindi, non riuscire ad addivenire ad un linguaggio ed a parametri condivisi. È evidente infatti quanto possa essere determinante una ponderazione corretta delle percezioni soggettive discriminando quanto rilevante sia il peso della pressione delle circostanze esterne rispetto a quello di una più ponderata motivazione interna, discernendo quanto la

generica motivazione al trattamento sia accompagnata da una effettiva e concreta disponibilità ad una determinata ipotesi di cura, verificando all'ingresso, ma soprattutto monitorando in itinere, nel corso delle diverse fasi del trattamento, che venga data all'utente la possibilità di consolidare la propria percezione di adeguatezza attraverso adeguati rinforzi e conferme da parte del gruppo dei pari e degli operatori. Rispetto alle caratteristiche delle quattro classi di percezioni soggettive si può ripetere quanto già detto a proposito delle dimensioni oggettive del cambiamento, soprattutto relativamente alla loro interconnessione e alla loro interdipendenza: non c'è disponibilità al cambiamento senza motivazione, ed è poco probabile che un trattamento particolare come la ct sia adeguato per un individuo che non è pronto a iniziare un qualsiasi trattamento; le circostanze o le pressioni esterne spesso provocano o rendono chiara la motivazione interna; ripetute difficoltà con la legge, di salute, di lavoro, oppure nelle relazioni sociali e familiari alla fine spingono molti individui ad ammettere i propri problemi con le droghe e il loro bisogno di cambiare se stessi, ma d'altro canto, anche se le pressioni esterne possono spingere l'individuo a entrare in trattamento, la partecipazione continuata al processo è retta dalla motivazione intrinseca.

Una terza caratteristica delle percezioni soggettive oltre alla interconnessione e alla interdipendenza, è la loro mutabilità: quotidianamente infatti possono verificarsi mutamenti di motivazione, di disponibilità e adeguatezza perché gli utenti prendono continuamente decisioni riguardo ai motivi personali e ai loro bisogni per un programma residenziale a lungo termine. Questi mutamenti riflettono le attrazioni e le pressioni esterne al programma esercitate dagli amici, dalla famiglia e da circostanze sociali e legate all'impiego, ma si riferiscono anche alle influenze derivanti dalla vita di comunità, come le interazioni positive o negative con i pari e lo staff, le esigenze del programma, le conferme o le frustrazioni e il coinvolgimento o la noia rispetto all'organizzazione quotidiana. Per questo, come già si diceva più sopra, l'andamento del trattamento può avere anche retroazioni imprevedibili sulla percezione soggettiva della motivazione, della disponibilità e dell'adeguatezza: rapidi miglioramenti nei primi giorni del trattamento, per esempio, possono produrre abbandoni prematuri del programma perché, paradossalmente, una sensazione temporanea di benessere potrebbe diminuire la motivazione o la disponibilità a continuare il trattamento ("fuga nella salute"); l'ospite può far cessare i sentimenti negativi giungendo alla conclusione che può occuparsi dei propri problemi da solo, e non percepire più a lungo la necessità di un trattamento. Viceversa, una carenza di conferme o un miglioramento troppo differito o lento possono demoralizzare, indebolire la disponibilità a continuare o mettere in dubbio la percezione di adeguatezza producendo come risultato un abbandono precoce, particolarmente negli individui che non riescono a differire la gratificazione.

Molto spesso le tipologie di "percezioni cruciali" sono comuni ed emergono dai vari ruoli e dalle attività quotidiane della comunità: osservare gli ospiti più giovani o gli ultimi arrivati che sono all'inizio del processo di trattamento, partecipare a un seminario, discutere di una situazione stressante o stimolante con i pari o con lo staff attraverso nuove modalità costruttive, gestire i sentimenti in modo diverso, o semplicemente constatare l'assenza o la frequenza ridotta di vecchi pensieri sulle droghe e argomenti correlati.

I "contrastati" si presentano dunque al vissuto soggettivo come esperienze cruciali e straordinarie, ma rappresentano l'emergere alla coscienza di una somma di impercettibili lievi cambiamenti di

comportamento, di pensiero e di sentimenti che culminano, alla fine, nel netto riconoscimento da parte dell'individuo e nell'accettazione del proprio cambiamento.

PER UNA CODIFICAZIONE DEL PROCESSO E DEI FATTORI TERAPEUTICI NELLE CT ARCA: LE ESPERIENZE ESSENZIALI Come appena visto a proposito delle percezioni, si evidenzia anche un insieme di “esperienze essenziali” che appaiono necessarie al processo di cambiamento all'interno della ct e che sono classificate da De Leon in:

- I. “esperienze di guarigione”,
- II. “esperienze di apprendimento soggettivo”,
- III. “esperienze cruciali come eventi terapeutici” .

Le “*ESPERIENZE DI GUARIGIONE*” consistono nell’attenuazione o riduzione di sentimenti o di sofferenze di tipo emotivo nelle loro varie forme. Paure, collera, sensi di colpa, ferite, confusione, angoscia, disperazione, perdita di speranze e solitudine sono alcune delle sofferenze comuni tra gli ospiti della ct. Esse si associano a specifiche situazioni ambientali di stress, pressioni e minacce così come a danni psicologici a lungo termine e a situazioni di isolamento personale e sociale. Le esperienze di guarigione possono essere classificate attorno ad alcuni temi che riflettono la prospettiva della ct: sostentamento-assistenza, sicurezza fisica, sicurezza psicologica e legami sociali.

Le *esperienze di guarigione* comprendono gli aiuti di base per il sostentamento quotidiano: tre pasti, alloggio, vestiario, prodotti per la cura della persona, servizi medici, odontoiatrici e per l'assistenza sociale e legale. Le esperienze di sostentamento sono principalmente esperienze di sollievo dalle situazioni di pressione, di disagio e di precarietà. Per coloro che hanno vissuto con particolare intensità le paure e le ansie legate allo stile di vita di tossicodipendente, che hanno vissuto per le strade, in situazioni di violenza familiare, e di sfruttamento e abuso sessuale, la sicurezza fisica costituisce un'essenziale esperienza di recupero.

Oltre alla sicurezza fisica è determinante anche l'esperienza della “sicurezza psicologica”: anche se molti individui nella ct hanno vissuto precariamente, in modo ribelle o antisociale, sono psicologicamente impauriti nell'affrontare se stessi, gli altri, le esigenze del vivere quotidiano e del cambiamento stesso. Per affrontare queste paure è necessario avere fiducia che gli altri siano di sostegno al proprio rischio psicologico. Per la maggior parte degli ospiti della ct, il superamento della sfiducia è una profonda esperienza di guarigione che mitiga le paure interpersonali e intrapersonali celate, ma di vecchia data. Le esperienze essenziali che esprimono la sicurezza psicologica sono la fede incondizionata, la fiducia, l'essere compreso ed accettato dagli altri. I rapporti sociali precedenti degli ospiti della *comunità terapeutica educativa* spesso sono caratterizzati da isolamento personale o attaccamento agli altri che sono dannosi o francamente autodistruttivi. Le esperienze sociali essenziali che esprimono le loro relazioni con gli altri sono in particolare l'identificazione, l'empatia e il vincolo.

Il cambiamento si verifica attraverso “*ESPERIENZE DI APPRENDIMENTO SOGGETTIVO PER TENTATIVI ED ERRORI*”. Ciò comporta dei cambiamenti di comportamento seguiti da conseguenze oggettive (per esempio, punizioni o ricompense) così come da esiti e apprendimenti soggettivi associati a queste conseguenze, esiti che comportano percezioni, pensieri e sensazioni di auto-valutazione. Quando gli ospiti regrediscono a comportamenti indesiderabili che comportano azioni disciplinari e disapprovazione sociale, possono

verificarsi, come conseguenza, esperienze di rifiuto di sé stessi (per esempio, delusione, assenza di valori, fallimenti e senso di colpa), quando essi assumono comportamenti efficaci, possono verificarsi esiti soggettivi positivi di efficacia personale (per esempio, fiducia, soddisfazione, padronanza e autostima). Quando gli ospiti sentono, così come quando pensano agli effetti delle conseguenze, l'apprendimento (o la cancellazione di un apprendimento) è più stabile: le positive ricompense di socializzazione quali i privilegi, le promozioni sul lavoro, e l'identificazione con i pari si verificano solo se gli ospiti li vivono come eventi positivi; allo stesso modo, le punizioni, le retrocessioni o le sospensioni dai programmi producono reali conseguenze di apprendimento se vengono vissute in modo negativo dagli ospiti. Gli "esiti soggettivi" sono considerati essenziali nel processo di cambiamento perché consentono di ottenere un apprendimento interiorizzato; il cambiamento di comportamento infatti viene mantenuto meno da conseguenze esterne e più dalla consapevolezza.

Il processo di cambiamento è irregolare, graduale, e progressivo. Tuttavia, il suo andamento è caratterizzato da distinti momenti di cambiamento dell'individuo che De Leon definisce " *ESPERIENZE CRUCIALI COME EVENTI TERAPEUTICI*" e sono relative ai pensieri, alle percezioni, ai sentimenti e alla comprensione. Tali esperienze cruciali (simili per tanti versi alle percezioni cruciali di cui si è trattato nel precedente capitolo) costituiscono veri e propri eventi terapeutici poiché riportano alla memoria situazioni e circostanze che sembrano facilitare in modo singolare il cambiamento di comportamento individuale (per esempio: efficaci strategie di coping e di risposta), l'introspezione (per esempio: una comprensione nuova delle relazioni tra sé e le influenze esterne), o le decisioni per l'impegno (per esempio: decidere nuovamente di continuare il processo di trattamento).

Va detto che un po' tutti questi eventi spesso sono impreveduti e spontanei, nonostante gli sforzi degli operatori di collocarli in un appropriato e determinato stadio clinico del programma di trattamento, e possono coincidere con intense maratone di gruppo, con speciali occasioni di riflessione, con attività svolte in solitudine o con incontri particolarmente significativi con figure importanti della vita dell'utente. Gli eventi cruciali e terapeutici collegano apprendimenti precedenti con quelli attuali che a loro volta mediano nuovi apprendimenti: per l'individuo, essi spesso rappresentano un momento per riformulare e ridefinire i propri problemi, i propri reali bisogni, le scelte di vita, e le percezioni di sé; anche se possono comportare sentimenti dolorosi, sono riportate come esperienze positive che motivano la persona a continuare il processo di trattamento.

Le esperienze essenziali, come i comportamenti essenziali e le percezioni essenziali, presentano caratteristiche di interdipendenza e di intercorrelazione che fanno luce sul modo in cui le esperienze stesse contribuiscano al processo di cambiamento: un ospite può inizialmente vivere l'esperienza di una fede cieca prima di giungere alla pienezza di una esperienza di fiducia consapevole ed adulta, ma senza fiducia, non è possibile una significativa scoperta di sé, che è alla base della capacità di comprensione e accettazione. *C'è anche, però, una intercorrelazione tra apprendimenti, comportamentali essenziali, percezioni essenziali ed esperienze essenziali.* Gli ospiti che sperimentano la fiducia, la comprensione e l'accettazione o il legame di appartenenza rimangono con più probabilità in trattamento e assumono comportamenti che determinano risultati soggettivi che facilitano l'interiorizzazione dell'apprendimento. Inoltre, le esperienze di guarigione comportano esiti soggettivi positivi che rinforzano direttamente i comportamenti sociali scaturiti da queste esperienze: per esempio, gli ospiti che si aprono alla

comunicazione con gli altri provano l'esperienza positiva di essere compresi ed accettati dagli altri, ed imparano che un atteggiamento di apertura verso gli altri e comportamenti simili suscitano esperienze di guarigione. Mostrando comportamenti di comprensione e accettazione agli altri, essi imparano a favorire esperienze di guarigione negli altri. Nel gergo della CTE, gli ospiti imparano a "raggiungere l'altro" di propria iniziativa e a "donare".

PER UNA CODIFICAZIONE DEL PROCESSO TERAPEUTICO: L'ARTICOLAZIONE E LE INTERAZIONI TRA I DISPOSITIVI DEL CAMBIAMENTO

Il cambiamento nella comunità educativa è considerato, da una prospettiva comportamentale, in termini di apprendimento e di training. Tuttavia è importante notare come anche nelle situazioni in cui si verificano errori comportamentali la metodologia della ct tenga a sottolineare la distinzione, solo apparentemente sottile, tra efficacia oggettiva e percezione di efficacia che collega il cambiamento di comportamento con gli esiti soggettivi: l'efficacia è la messa in atto di un comportamento che funziona; la percezione di efficacia, come esito soggettivo, viene potenziata dal superamento degli sbagli nella messa in atto di un comportamento che funziona.

Le diverse equipe dell' ARCA si riconoscono in una lettura della comunità come luogo di formazione, come laboratorio di vita all'interno del quale poter sbagliare senza farsi male, in cui poter apprendere, arricchire le potenzialità e le competenze, migliorare le capacità di coping e acquisire/aumentare i fattori protettivi.

Importante di conseguenza riflettere sulla polarità accudimento/espulsione presente nella gestione dell'utente da parte delle equipe: si sposa una lettura che vede la comunità come una palestra che offre l'opportunità di sperimentarsi senza paura. La difficoltà dell'équipe sta nel capire come valutare l'utente rispetto al suo essere pronto per "spiccare il volo" (accedere al reinserimento). Si ricorda a questo proposito che ci sono gli obiettivi della terza e quarta fase che permettono una verifica-autoverifica graduale prima del "volo" definitivo. Si ritiene ancora valida una tradizionale metafora che vede la ct come una famiglia con figli (gli utenti) nei confronti dei quali attuare un'educazione improntata ai principi dell'individuazione/separazione. Dobbiamo pensare alla personalizzazione dell'offerta che si fa all'utente, la quale permette di calibrare i tempi sulla base delle risorse di partenza e dei risultati raggiungibili, senza cadere in format temporali fissi e uguali per tutti indifferentemente. La ct si configura anche come una presenza, che ha le sue emozioni, in particolare le sue ansie; questa presenza emotiva a volte è troppo protettiva a volte espulsiva, l'importante è che ci sia.

Occorre rilanciare la questione pedagogica cruciale: *come riempire di significato i vari strumenti previsti dal metodo* (regole, lavori, etc)? In che modo in ARCA facciamo passare all'utente questa visione della ct come luogo di apprendimento? Si impone poi come inevitabile una riflessione circa le modificazioni del target: se inizialmente la comunità si è trovata a gestire soggetti molto adolescenziali quindi molto legati alla dimensione del gruppo dei pari in contrapposizione all'autorità, ora le persone che entrano in ct sono molto molto infantili ed hanno bisogno di essere molto più accompagnate di prima perché non hanno una struttura. Il lavoro sta dunque diventando sempre più complicato e ci richiede di non accontentarci più delle vecchie modalità di lavoro; questi utenti sono il frutto di una società/famiglia incapace di educare, quindi il nostro compito è difficile e reso ancor più arduo da una necessità di confronto dei valori promossi da ogni singolo educatore.

Nonostante l'impressione opposta che potrebbe avere un occasionale osservatore esterno, *la metodologia della Comunità si serve strumentalmente (in senso pedagogico) del cambiamento di comportamenti, ma non è assolutamente ispirata né unicamente, né primariamente ad un approccio comportamentista puro e semplice*. Infatti anche se specifici atti, gesti ed atteggiamenti sono oggetto di osservazione primaria, il centro di interesse del training è l'insieme di comportamenti, di abilità e di atteggiamenti che hanno rilevanza sociale o psicologica nei confronti della persona nel suo complesso e non della funzionalità dell'esito pratico in sé considerato. Così, per esempio, le mansioni e le posizioni degli ospiti nella gerarchia lavorativa sono esempi di training di ruolo che si riferiscono solo in prima istanza a categorie di comportamenti finalizzate al raggiungimento di una finalità operativa concreta quale quella di ottenere i risultati che le diverse attività svolte in sé si propongono; *la finalità più importante non è relativa all'oggetto, ma alla persona* e consiste, nella fattispecie dell'esempio proposto, nel fare vivere e sperimentare su di sé categorie quali quella dell'essere responsabile e dell' avere un atteggiamento di cooperazione positiva capace di evitare i contratti negativi che caratterizzavano la "vita di piazza".

Un altro dispositivo centrale e caratteristico nella metodologia della Comunità è quello dell' "APPRENDIMENTO VICARIO" che consiste nel fatto che gli utenti spesso danno inizio al cambiamento proprio attraverso l'osservazione e l'identificazione con gli altri nel processo di cambiamento altrui. Le origini dell' apprendimento vicario derivano dal contesto della vita di comunità, con le sue regole, le norme, il programma quotidiano delle attività e le interazioni informali. Per esempio: l'adesione a esplicite regole che proibiscono l'uso di droghe e tutti i tipi di comportamenti antisociali è mediata dai pari e dallo staff che agiscono come modelli di ruolo per i comportamenti e gli atteggiamenti appropriati richiesti dal regolamento della comunità.

Stimoli all'apprendimento vicario nascono direttamente dalle quotidiane interazioni di tipo interpersonale e sociale con gli altri: ascoltare storie di vita differenti, essere testimoni di macroscopici o più sottili esempi di cambiamento del comportamento nel tempo, e avere degli scambi empatici con i pari, trasmette dei segnali emotivi e percettivi di cambiamento velati, ma efficaci. Stimoli vicari indiretti provengono anche da informazioni sugli altri (gli abbandoni, i successi di coloro che hanno completato il programma, gli sforzi dello staff) e comunque promuovono forme di imitazione, di sperimentazione, o tentativi di cambiamento per prove ed errori anche in assenza di indicazioni esplicite.

Possiamo dunque affermare in modo deciso che una delle caratteristiche differenziali, cioè di quelle che delineano il confine tra ciò che è *comunità terapeutica educativa* in senso proprio e ciò che non lo è, è data dal fatto che la comunità in sé costituisce il principale agente di training di apprendimento: ci si aspetta che gli ospiti siano attenti all'ambiente sia fisico, sia sociale della struttura; che offrano specifiche indicazioni di feedback, che siano di sostegno agli sforzi individuali per il cambiamento e che esprimano le loro preoccupazioni o le loro conferme sulla condizione della comunità stessa. Gli operatori in quanto membri della comunità guidano gli ospiti ad essere modelli di ruolo e agenti di training del gruppo dei pari; inoltre essi rilevano la qualità e l'effetto delle attività quotidiane intese come interventi educativi e formativi nel percorso individuale e collettivo verso il cambiamento.

Nella metodologia della comunità terapeutica educativa però, come già ampiamente trattato, si ritiene che il cambiamento della persona nel suo complesso comporti non solo dei comportamenti osservabili, ma anche percezioni ed esperienze soggettive; quelle che nel corso della trattazione dei precedenti capitoli

abbiamo chiamato percezioni ed esperienze essenziali e cruciali possono essere considerate come meccanismi integrali nel processo che collega gli interventi al cambiamento di comportamento. Per esempio, l'accettazione da parte del gruppo è una circostanza che comporta un'esperienza di guarigione, che incoraggia l'individuo ad impegnarsi ad assumere nuovi comportamenti. Simili sforzi comportano di conseguenza sia risultati oggettivi (per esempio, approvazione sociale, privilegi, e cambiamento di condizione nella comunità), sia risultati soggettivi (per esempio, senso di efficacia personale e autostima), e questi risultati comportano, a loro volta, interiorizzazione dell'apprendimento, contrasti percettivi, eventi terapeutici e, col tempo, cambiamenti costruttivi e funzionali di identità.

Abbiamo già visto nelle pagine precedenti come gli elementi soggettivi del processo di trattamento possono manifestarsi gradualmente nel regime quotidiano dell'interazione sociale oppure possano presentarsi alla coscienza come eventi cruciali e straordinari; tuttavia, sia nell'un caso, come nell'altro, le percezioni e le esperienze essenziali sono necessarie a dare interiorità e stabilità ai nuovi apprendimenti.

TRA DIMENSIONE INDIVIDUALE E DIMENSIONE COLLETTIVA DEL PROCESSO DI “GUARIGIONE” IN ARCA : IL PASSAGGIO-CHIAVE E LE SFIDE DELLA “INTERIORIZZAZIONE” Il procedere nel programma collettivo si riferisce all'andamento dell'ospite lungo le dimensioni dei cambiamenti di comportamento e di atteggiamento rispetto agli obiettivi degli stadi del trattamento. Il processo personale di guarigione si riferisce più specificamente all'interazione tra il procedere soggettivo dell'ospite e la miriade di interventi rivolti alla comunità e all'individuo che costituiscono il “contenitore” generale del programma della *comunità terapeutica educativa*. L'interazione, quindi, può essere considerata come una relazione in continua evoluzione tra l'individuo e la comunità, ed essere definita come *INTERIORIZZAZIONE* che si manifesta nella stabilità, accettazione e uso dei comportamenti, degli atteggiamenti, dei valori e degli insegnamenti generali appresi. L'importanza della interiorizzazione è decisiva ai fini dell'esito, della sua durata nel tempo e, quindi, della prognosi fausta nei confronti dei rischi di ricadute: infatti l'efficacia a livello comportamentistico del metodo di comunità fa sì che nel contesto di programma si modifichino prontamente e con relativa facilità gli atti e gli atteggiamenti osservabili; tuttavia non è affatto detto che questi cambiamenti si mantengano una volta che l'individuo non sia più costantemente influenzato dalla comunità dei pari.

Riteniamo di poter affermare che l'insuccesso terapeutico e, quindi, il fenomeno delle ricadute siano da ascrivere in grande parte ad una consistente sottovalutazione, da parte dei diversi attori del processo, del concetto di interiorizzazione, sottovalutazione peraltro comprensibile perché insidiosamente favorita da quello che vogliamo chiamare l'“equivoco comportamentistico”, cioè quella erronea convinzione secondo cui tutti i fenomeni legati alla tossicodipendenza e quindi alla cura della tossicodipendenza sarebbero prevalentemente una questione di atteggiamenti, atti, comportamenti, usi, cambiati i quali sarebbe, di conseguenza, risolto il problema. Ma non è così: nei termini dell'Analisi Transazionale sappiamo che il comportamento tossicomane, nonostante le apparenze di trasgressività, è classificabile come tipico dello Stato dell'Io del Bambino Adattato (adattamento disfunzionale, ovviamente, che fa dell'individuo tossicodipendente in gergo sistemico il “paziente designato” di un “sistema” familiare patologico); per questo non è molto difficile, una volta inserito il ragazzo in un “sistema” di rapporti

completamente diverso quale quello della *comunità terapeutica educativa*, ottenere che cambi anche radicalmente i contenuti del suo adattamento divenendo uno specchio di comportamento “drug free”; ma è proprio per questa stessa ragione che sarà altrettanto facile, mutato nuovamente il contesto e ripristinata la situazione quo ante, che ritorni allo schema precedente.

Il vero passaggio consiste nel superamento della condizione di Bambino Adattato, non nel mutamento dei contenuti dell'adattamento, quindi, ancora nei termini della Analisi Transazionale, nel passaggio ad un primato dello Stato dell'Io Adulto; perché ciò avvenga il mutamento degli schemi comportamentali oggettivi è importante, ma deve necessariamente passare attraverso la interiorizzazione, il cui segnale è il trasferimento degli effetti dei nuovi apprendimenti dalle conseguenze esterne (oggettive) alle esperienze interne (soggettive) dell'individuo. L'apprendimento interiorizzato si caratterizza come più solido e più auto-promosso (non più “eterodiretto”, ma “diretto dall'interno”) rispetto all'apprendimento influenzato dall'esterno ed è generalizzabile a nuove situazioni sia interne, sia esterne al programma di trattamento.

E' importante quindi, ai fini di un miglioramento delle competenze autovalutative di efficacia dei programmi comunitari di trattamento, cercare di approfondire e di rendere il più possibile “leggibile”, descrivibile e quindi monitorabile questo processo di interiorizzazione. Ricorreremo anche qui, con parziali modificazioni, alla lezione di G. De Leon che ne descrive l'evoluzione individuando una progressione articolata in quattro stadi che chiama: acquiescenza, conformità, impegno e assimilazione.

a) Nel primo stadio della “ACQUIESCENZA”, c'è una scarsa presenza dell'interiorizzazione, la passività è al massimo livello e l'ospite aderisce alle norme, alle aspettative e agli insegnamenti della comunità principalmente per evitare le conseguenze negative quali le sanzioni disciplinari o le alternative indesiderabili come ritornare a vivere per la strada, rientrare in carcere, vivere da vagabondo o ritornare a una situazione familiare intollerabile; è lo stadio di interiorizzazione che troviamo quasi costantemente nella prima fase del programma.

b) Nel secondo stadio detto della “CONFORMITÀ”, l'ospite aderisce agli insegnamenti del programma principalmente per mantenere l'affiliazione alla comunità, per evitare che vengano minacciati i rapporti sviluppati recentemente o semplicemente per essere accettato meglio dai pari e dallo staff. Questo stadio esprime già un alto grado di affiliazione al programma, ma conserva un grado di interiorizzazione relativamente basso.

c) Nello stadio dell' “IMPEGNO”, gli ospiti aderiscono alla decisione personale, di rimanere nel processo di trattamento e completare il programma; lo stadio dell'impegno nella sua prima fase riflette però ancora un notevole grado di conformità perché la decisione dell'individuo è ampiamente influenzata dagli obiettivi più “adattati” che interiorizzati, di completare il programma e di rimanere allo stesso livello dei pari. Questa fase è molto simile a quella in cui gli studenti si impegnano nello studio per finire la scuola con la propria classe e ricevere il diploma. Tuttavia questa prima fase imperfetta dello stadio dell'impegno presenta anche alcuni elementi non irrilevanti di interiorizzazione, dal momento che il valore sociale e l'importanza psicologica di completare il programma sono poi tra gli insegnamenti principali della comunità. Nello step successivo che potremmo definire dell'impegno verso sé stessi, l'individuo aderisce a una decisione personale per rimanere nel processo di cambiamento al

di là del completamento del programma stesso; in questa seconda fase dello stadio, l'ospite manifesta un livello di interiorizzazione maggiore, dal momento che ha accettato pienamente l'insegnamento che la guarigione e la crescita personale sono processi che continuano nel tempo, anche al di là dei meccanismi di affiliazione e appartenenza .

d)Lo stadio conclusivo della "ASSIMILAZIONE" si può considerare come uno stadio in evoluzione che ha inizio durante il trattamento, ma prosegue in particolar modo dopo il distacco dal programma. Il termine "assimilazione" sottolinea la forte relazione esistente tra le influenze della CT e le esperienze di vita più ampie : i valori del "corretto modo di vivere" e della "guarigione" fungono da linee guida generali e da strumenti per un riadattamento alla vita, le strategie di coping, la comprensione e le intuizioni degli stadi precedenti vengono avvalorate grazie alle esperienze di conferma e vengono generalizzate a nuove situazioni di vita, di conseguenza l'interiorizzazione degli insegnamenti della CT è significativa e duratura e gli individui migliorano la propria autonoma ed adulta capacità di discernimento circa i benefici, i limiti e gli usi di questi insegnamenti nel corso della loro crescita e realizzazione personale. In questo stadio, gli obiettivi principali sono quelli di consolidare e aumentare i benefici personali piuttosto che quello di guarire dalla dipendenza : la sobrietà (l'astensione nel comportamento, nel pensiero e nei valori) è interiorizzata , l'individuo non ha più bisogno di pensare coscientemente a mantenersi astinente, ma accetta questa condizione come il prerequisito necessario per il "corretto modo di vivere" che ormai ha fatto proprio verificandone anche i vantaggi e la funzionalità . L'attenzione è sulla crescita personale e su questioni psicologiche ed esistenziali per le quali l'individuo può usufruire della terapia o di assistenza. Il senso di affiliazione si sposta dal programma di comunità alla comunità sociale più ampia della famiglia, degli amici, dei colleghi e si attuano coinvolgimenti nelle attività e negli impegni tradizionali (il lavoro, l'istruzione, la religione e i ruoli sociali e familiari).

Un segnale distintivo dello stadio dell'assimilazione è "il cambiamento d'identità" che è percepito da sé stessi e dagli altri; in realtà il mutamento dell'identità è stato graduale e si è progressivamente dipanato nel corso dei diversi momenti del percorso del programma terapeutico ; tuttavia esso appare solo ora alla coscienza con tanta nitida e globale chiarezza perché può ora agire in tutta la sua efficacia il meccanismo del contrasto percettivo che nello stadio dell'assimilazione consente pienamente agli individui di ridefinirsi e di riclassificarsi in modo retrospettivo distinguendo nettamente tra ciò che erano un tempo e ciò che sono ora.

La formulazione degli stadi appena esposta sottolinea la relazione tra la dimensione tempo e il processo di trattamento fino ad affermare che la permanenza è forse il fattore predittivo più affidabile e completo degli esiti positivi del percorso terapeutico comunitario; se "il tempo" non ha consentito il raggiungimento di un significativo livello di interiorizzazione , la guarigione è incompleta e si verifica un maggior numero di abbandoni prematuri, di ricadute o di recidive dopo aver interrotto il trattamento. Si propone dunque che il criterio centrale con cui valutare l'affidabilità di un programma di trattamento o la riuscita di un percorso terapeutico individuale non sia un indicatore di comportamenti (per esempio la non-assunzione di sostanze da un determinato tempo) , ma piuttosto sia il livello di interiorizzazione del cambiamento generale che la persona è stata in grado di realizzare, compatibilmente con le sue risorse psicologiche, familiari, cognitive, sociali.

LAVORARE SUL SUPERAMENTO DELL' "ADATTAMENTO" PER ARRIVARE ALLA "INTERIORIZZAZIONE" La comunità va individuata come luogo di esperimento, scuola e contesto di formazione e quindi non solo un luogo di cura e terapeutico, ma un luogo in cui un soggetto può sviluppare la propria personalità, un laboratorio in cui, in situazione protetta, si ricostruisce quello che potrebbe accadere all'esterno con la possibilità di avere un supporto, un aiuto, un tutor ma anche di non farsi troppo male in caso di "caduta". Si tratta di imparare strategie di copying e acquisire una serie di *fattori protettivi*: si guarda allora alla comunità come luogo di sperimentazione, esponendo però la difficoltà di arrivare al momento in cui si decide di "mollarli" in quanto sembra sempre che manchi ancora qualcosa; a volte risulta poi difficile avere tempistiche diverse e il rischio potrebbe essere anche quello di rimandare continuamente. Si tratta comunque di situazioni estremamente DINAMICHE e la comunità è vissuta come "presente" rispetto ai fattori protettivi.

Come avviene questo passaggio di consapevolezza all'ARCA? Quali sono gli spazi per far in modo che i gesti vengano interiorizzati e non siano, una volta di più, il semplice espletare dei doveri che potrebbero decadere con grande facilità una volta venuto meno il controllo?

Lo slogan che viene scelto è *BANDO ALL'AUTOMATISMO* sia con gli utenti, sia con le famiglie, ma anche all'interno della stessa equipe. Infatti quando ci si accorge che le cose vengono fatte in maniera meccanica ci si deve fermare a riflettere.

Più specificamente si riscontra nella Comunità di Reinserimento che la difficoltà è legata al continuo cambiamento di utenza per cui il lavoro di dare senso alle cose è da fare con continuità. Ripercorrendo la storia della comunità ci accorgiamo che in passato avevamo a che fare con "adolescenti" che si univano in gruppo per contrastare il "nemico comune" (equipe), adesso la situazione è ancora meno strutturata nel senso che abbiamo a che fare con persone "infantili" per cui l'accompagnamento deve essere maggiore; fatica anche a funzionare la proposizione di un modello .

Relativamente ai valori e alla difficoltà di trasmetterne alcuni che sembrano in antitesi con i messaggi che arrivano oggi dalla società, si arriva a capire che non è fondamentale ragionare sui singoli valori ma piuttosto sulla creazione di uno spazio in cui poter discutere dei *significati legati ai valori* .

Importante è accettare di confrontarsi sul problema di quanto gli / le utenti pongano resistenza al cambiamento e quindi all'accettazione del senso; spesso e giustamente con un po' di scoraggiamento le équipes si interrogano sul fatto che, al di là della condivisione delle premesse, i valori sembra non passino alle utenti. Quanto questo dipenda dalla loro resistenza al cambiamento, o dalla scarsa efficacia nella trasmissione da parte dell' educatore è argomentazione da indagare.

Restando nel tema di garantire il passaggio progressivo attraverso le quattro fasi (acquiescenza, conformità, impegno e assimilazione) si sottolinea in proposito la necessità continua di riflettere sull'importanza di una *PEDAGOGIA della REGOLA*: la trasmissione di essa infatti non corrisponde alla intensità o alla frequenza con cui viene proclamata ! Occorre quindi insistere sulla modalità di trasmissione: "...ti confronto non perché hai trasgredito a una regola, ma perché quella cosa ha un senso!". Affinchè un valore arrivi all'utente, occorre continuamente che noi "rimuginiamo" il senso della regola e glielo trasmettiamo!

Occorre pensare alla Ct come un “laboratorio” dove si possa fare un lavoro sul senso che la regola ha per il soggetto. La rielaborazione del contesto educativo è utile che venga fatto in contesto di gruppo, per poter beneficiare del rinforzo che arriva dal mutuo aiuto, che sicuramente è più efficace dell'intervento dell'educatore. Come poterlo trasmettere in fatti e non parole?

Fondamentale risulta individuare strumenti che siano efficaci per raggiungere questi obiettivi funzionali al cambiamento e capire cosa valorizzare dei tanti interventi previsti nell'iter.

Si sottolinea quanto sia importante che l'utente abbia un tempo adeguato per sedimentare gli stimoli che emergono, più che il continuo mobilitare per “riempire vuoti o eliminare la noia”; riflessione questa che viene pienamente condivisa, in quanto poi nella realtà fuori occorre avere la capacità di saper “stare” anche nel vuoto e nella frustrazione. *Quanto educiamo equanto ci prepariamo a questo?*

Nella prospettiva di una valutabilità dei risultati dei programmi terapeutici dell' ARCA , quale quella cui si vuole dare un contributo con questo scritto, va inoltre tenuto presente come elemento qualificante il principio (continuamente evocato nelle pagine precedenti) secondo cui il processo di cambiamento vive di un'interazione dinamica e continua tra la comunità e l'individuo. In questo processo, si verifica continuamente un'attività di auto-selezione poiché gli individui continuamente prendono decisioni sul rimanere all'interno di un programma di trattamento sulla base dei loro cambiamenti soggettivi e comportamentali. Di conseguenza, da una prospettiva di impegno personale per la propria guarigione, l'auto-selezione non è un problema, ma un prerequisito per l'efficacia del trattamento di cui si può dire , anzi , che funzioni proprio grazie ai fattori più interiori dell'utente quali la motivazione, la disponibilità e la percezione dell'adeguatezza del trattamento.

La tesi appena enunciata che , pur nella sua opinabilità, si propone anche come una ipotesi di impostazione dei protocolli di evaluation dei percorsi di cura, si fonda sulla distinzione tra il programma di trattamento svolto dall'utente nella *comunità terapeutica educativa* e il più ampio *percorso individuale di guarigione* ; il primo si riferisce al cambiamento del cliente in relazione agli interventi, ai servizi e alle attività della comunità; la “*guarigione*”, invece, è un termine più largo che si riferisce sì al processo di cambiamento comportamentale dell'individuo che passa dalla dipendenza al mantenimento della sobrietà, ma anche ad una revisione del proprio schema di vita e di relazioni: in questo senso noi *parliamo di COMUNITA' TERAPEUTICA EDUCATIVA, perchè abbiamo a che fare con un protocollo di cura e di recupero (comunità terapeutica) , ma attraverso un percorso attivo di rivisitazione dei propri schemi di vita e di incontro con gli altri (comunità educativa) .*

UNA RIFLESSIONE SULLA “PERSONALITÀ DIPENDENTE”: DALLA SOSTANZA ALLA PERSONA
Molta fatica è stata ed è tuttora dedicata dalla riflessione scientifica allo studio e al tentativo di definizione di quello che sarebbe il profilo della cosiddetta “personalità tossicomana”; nei tempi più recenti, a causa anche della sempre più accentuata diversificazione delle modalità di consumo delle sostanze, la maggior parte degli addetti ai lavori concorda nel ritenere che è impossibile la definizione di uno schema rigido ed univoco e che si possono semmai individuare alcune caratteristiche ricorrenti, che però non portano necessariamente ad una pratica tossicomana. Può essere comunque utile riepilogare alcune delle principali formulazioni che sono state elaborate nel corso del tempo relativamente alla figura del

consumatore di eroina che, nonostante la evoluzione più volte richiamata, costituisce ancora oggi la tipologia prevalente tra coloro che si rivolgono o vengono inviati dai sergenti alle comunità terapeutiche. Tutti gli autori hanno quasi sempre ed unanimemente concordato innanzitutto su un primo dato, cioè sul fatto che il tossicodipendente presenti una personalità molto frammentata e una scarsa identità, tratti essenziali che avrebbero origine (Olivenstein e Cancrini), dal fatto che nello sviluppo evolutivo del td la cosiddetta "fase dello specchio" ha subito uno slittamento: la differenziazione dalla madre non è avvenuta completamente, lasciando così una personalità non completamente definita e, come vissuti prevalenti, la nostalgia di qualcosa di appena intravisto e l'angoscia per questa frammentarietà.

Rimane cioè una ferita aperta, un conflitto tra la propria immagine percepita, quindi "presente nella memoria affettiva del soggetto", e l'impossibilità di definirla. Il td non è stato in grado di superare questa angoscia di indifferenziazione, né di proteggersi da essa e questo genera sentimenti di rabbia e di impotenza: la dipendenza dalla sostanza avrebbe quindi origine dal desiderio di riprodurre quella irrisolta situazione originaria di indifferenziazione, per lenire l'angoscia di frammentazione e di incompiutezza.

E' chiaro che in questo tipo di lettura si parte dall'idea che la "personalità dipendente" costituisca un quadro originario e preesistente alla pratica tossicomane che diviene, in questa chiave, sintomo e comportamento di copertura; o, per dirla in forma sintetica e quasi sloganistica, non è la sostanza a fare di una persona un tossicodipendente, ma è la struttura di personalità "dipendente" che va cercarsi la sua sostanza,quale che sia.

Secondo la lettura di Bergeret la frammentarietà dell'identità può essere generata (anche od oppure) da carenze identificatorie dovute a difficoltà sperimentate nella famiglia nella quale risultavano presenti figure parentali di riferimento inconsistenti, fluttuanti, impotenti, difficoltà identificatoria che porta il td ad atteggiamenti gregari ed imitativi che ne fanno una persona patologicamente suggestionabile e manipolabile.

Tutto ciò innesca un processo a catena: i fallimenti identificatori primitivi creano un ostacolo a identificazioni ulteriori e questi nuovi fallimenti aumentano le difficoltà operative del movimento identificatorio. Inoltre vengono compromesse le dinamiche della sicurezza e della colpevolezza, creando quindi difficoltà, paure ed ansie nella relazione con il mondo esterno, con il nuovo, con gli insuccessi, la frustrazione e le regole; queste ultime poi, sempre secondo Bergeret, vengono rifiutate perché vissute come esterne, impossibili da raggiungere e vessatorie; tutto questo a sua volta genera scoraggiamento, crollo dell'autostima, delusione e, di conseguenza, stati di depressione.

In questa situazione di difficoltà, se non di vuoto, relazionale e di mancanza di autostima, il tossicodipendente, secondo Kooyman, diventa incapace di chiedere aiuto agli altri in modo diretto e il comportamento manipolativo è messo in atto allo scopo di proteggersi dal rifiuto e di procurarsi una gratificazione immediata, ancorché solo apparente.

Cancrini aggiunge che la sua vita emotiva, essendo caratterizzata dall'indeterminatezza, presenta pulsioni senza connotazioni precise che " ..scuotono l'individuo senza orientarne il comportamento e provocando aggressività e violenza contro un altro continuamente colpevole di non colmare il vuoto aperto dalla frammentazione". Fondamentale è l'atteggiamento nei confronti del "tutto e subito": in esso

si esprime il bisogno smisurato e indefinito di cose e persone nell'incertezza vissuta. L'aggressività e la violenza si alleano alle pulsioni rivolte contro un sè percepito come colpevole ed indegno d' amore in ragione della sua insignificanza o , addirittura, della sua inesistenza.

Ancora Kooyman rileva la difficoltà che il td ha nel sentire il diritto di vivere, di accettarsi ed essere accettato. Il vissuto che ne scaturisce è intriso di delusione e depressione che si traducono in comportamenti di continua rottura con l'ambiente, in un bisogno di fuga dalla relazione e quindi in un vuoto relazionale.

Bergeret evidenzia inoltre nella personalità dipendente una tendenza patologica agli agiti, la predominanza del livello comportamentale su quello mentale (ciò comporta una regressione); un'azione comportamentale volta, attraverso l'uso del proprio corpo ad un'azione antidepressiva . Le carenze del periodo infantile creano un blocco nella crescita, una fissazione, che impedirà, secondo Yalom , la conclusione e la chiusura della crisi adolescenziale e la nascita del sentimento di autostima e di responsabilità dell'adulto.

Tra le molte ipotesi di classificazione quella di Cancrini è in Italia sicuramente la più nota tra gli addetti ai lavori e considera gli aspetti caratterizzanti di personalità diverse, la specificità degli effetti del farmaco, la modalità d' uso e gli aspetti relazionali della tossicomania .⁴

In tempi più recenti e soprattutto sulla scorta degli approcci della metodologia sistemica, la tossicodipendenza è stata letta sempre più come l'emergenza sintomatica di una patologia non individuale, bensì familiare, come il segnale di un disagio relazionale preesistente nel "sistema". Si tratta di una lettura che non evidenzia quindi solo le difficoltà che la persona ha avuto con l'uno o l'altro membro della sua famiglia, ma la circolarità di tutta la serie di conflitti di cui il "paziente sintomatico" è, in qualità di tossicomane, espressione, copertura o segnale estremo di richiesta d'aiuto.

Nel quadro personologico e nella vita del tossicomane il rapporto con la sostanza gioca, dunque, un ruolo a diversi livelli. Infatti, a prescindere dal tipo di sostanza, l'incontro con essa assume un significato particolare ed unico per l'individuo, tanto che tale incontro viene definito da Olivenstein "*folgorazione*"; egli afferma che in essa "si determina un'istantaneità capace di offrire al soggetto una unità invano inseguita fino ad allora, un equilibrio nuovo ed imprevisto di cui la droga diviene insieme perno e rivelatore" . Naturalmente tale esigenza "sostitutiva" si manifesta e si fa psicologicamente pressante quando l'esperienza infantile non è stata in grado di delineare spontaneamente tale unità e quindi un' identità consolidata non è stata raggiunta ; la sostanza inoltre contiene momentaneamente l'angoscia che una simile frantumazione genera poiché accentra su di sè ogni interesse, spostando l'attenzione dal problema reale e preesistente .

⁴ Essa, in sintesi, distingue, come è noto : *Tossicomanie traumatiche* nelle quali esiste un trauma precedente la dipendenza e si riscontra la mancanza di figure di riferimento che avrebbero potuto aiutare la persona a superare la crisi e la sofferenza che il trauma ha causato. La dipendenza dalla sostanza stacca l'individuo dalla condizione di sofferenza. *Tossicomanie sostitutive* di nevrosi attuali la cui origine è dovuta a cause esterne, ovvero a tensioni e conflitti insiti nel contesto relazionale ; la sostanza ha la funzione di coprire tali conflitti impedendone l'evoluzione e la risoluzione. *Tossicomanie di copertura o di compensazione* di difficoltà o sofferenze in personalità psicotiche o pre-psicotiche: la sostanza controlla i sintomi altrimenti evidenti. *Tossicomanie da fissazioni nucleari* in cui vi è l'incontro tra la personalità frammentata e non differenziata e la sostanza descritta come un innamoramento (vedi il rapporto con la mancata risoluzione della fase dello specchio evocata all'inizio di questo paragrafo) .

Si genera così una sorta di “spostamento di focus”, apparentemente funzionale, da un vuoto non superabile e irrisolvibile, ad un altro tipo di “senso di vuoto” che però, a differenza del primo, è superabile con la somministrazione della sostanza e, per di più, sembra apparentemente porre tutto il processo in questione sotto il controllo dello stesso individuo. Olivenstein e, successivamente, Cancrini affermano che la sostanza, e l'eroina in particolare, ma non solo quella, “...*stacca con straordinaria efficacia il paziente dalla sua condizione di sofferenza e riesce a concentrare su di sé le aspettative di chi sente il morso della astinenza appena si dilegua l'effetto del farmaco*”.

Il rapporto che si stabilisce tra l'individuo e la sostanza è dunque di tipo simbiotico ed assume caratteristiche simili, se non identiche, al rapporto fusionale che il bambino vive con la madre; tutto viene subordinato a tale rapporto, anche ogni relazione affettiva e interpersonale, poiché esso diventa inoltre il “*primo mezzo di comunicazione attraverso l'intervento del corpo e del pensiero magico ...*” e crea comunque un dialogo con l'esterno e all'interno delle relazioni tra tossicomani. Bergeret sostiene che la dipendenza dal prodotto non risponde solo ad un bisogno, cosciente o no, ma sul piano latente può essere un meccanismo di difesa e di regolazione contro deficienze e difetti. Su questa scorta Cancrini a sua volta propone una chiave di lettura del fenomeno relativamente nuova, quella che definisce col termine di “politossicomania”, con il quale l'autore intende significare che il tossicomane che assume più sostanze sembra attratto dal significato che ha in sé il buco e dal rapporto con il farmaco più che dall'effetto farmacologico e fisico che esso produce, principio che darebbe ampiamente ragione della diffusa tendenza da parte dei tossicodipendenti a ricorrere a qualunque sostanza, purché “sostanza” sia, come se il “buco” in sé e per sé, piuttosto che l'effetto psicotropo della sostanza in sé, lo aiutasse a sopravvivere alle sue angosce e a contenere il suo immaginario.

D'altro canto occorre però precisare che le considerazioni appena svolte sulla scorta delle teorie di Olivenstein e Cancrini non possono essere contrapposte rigidamente ad altri approcci che continuano legittimamente ad attribuire valore e significato non marginale al tipo di effetti psicotropi differenziati e diversi che le diverse sostanze oggettivamente provocano sull'organismo; così è indubbiamente vero che l'eroina abbia effetti di contenimento e lenimento dell'ansia e dell'angoscia che ottimamente rispondono al “bisogno” di contenimento e di “unificazione” della personalità frammentata di cui abbiamo parlato più sopra; come è vero che il ricorso alla cocaina rende apparentemente più facile il rapporto con il reale incontrandosi sinergicamente con il “bisogno di successo” indotto dal nostro sistema di vita anche in personalità fragili e velleitarie; per non dire degli effetti euforizzanti e disinibenti che sono prodotti generalmente dalle “designer drugs” e, più in generale, dall'infinita gamma del ceppo amfetaminico, che sono estremamente funzionali a risolvere le difficoltà di relazione e di socializzazione che caratterizzano in modo particolare le fasce adolescenziali e giovanili.

Al di là insomma di quella che potrebbe essere una falsa (se, ed in quanto, “rigida”) alternativa tra le due possibili letture, riteniamo utile porre al centro del discorso il concetto di sostituzione o, meglio, di *PERSONALITA' SOSTITUITA*⁵: il consumatore trova, in questa piuttosto che in quella sostanza, uno strumento che genera effetti desiderati ed attesi, colmando un vuoto o una difficoltà di cui vi era, più o meno esplicitata, una percepibile e concreta esigenza; la tipologia della sostanza e dei suoi effetti

⁵ Su questo concetto si veda in particolare: M.Catella-G.Torre, “La generazione sostituita”, ed. ITL-Centro Ambrosiano, Milano 1998

psicotropi non è quindi una variabile che si possa definire irrilevante o indifferente soprattutto nelle fasi iniziali dell'approccio ai comportamenti di consumo. L'adolescente introverso e intimidito dai rapporti con i pari, per esempio, potrà avere l'impressione di trovare nella pasticca euforizzante la soluzione di tutti i suoi problemi evolutivi e di identità; così come l'individuo dalla personalità frammentata e incompiuta, o il latente depresso potranno rinvenire il lenimento auspicato dell'angoscia nell'eroina o il sostituto confortante di una fuga maniacale nella cocaina. Tale ricorso ad un supporto esterno si configura spesso ad un primo livello come una scelta in buona misura consapevole nella sua specifica "utilità" evolutiva, sovente anche esplicitata e verbalizzata; come tale, nella sua apparente funzionalità, è nel vissuto del consumatore considerata come facilmente circoscrivibile ad un bisogno specifico ed apprezzata anche per la sua apparente "controllabilità". In realtà ad un secondo livello, più profondo e non consapevole, quindi nient'affatto controllabile, il ricorso ad uno strumento esterno per risolvere un bisogno interno, evidenzia e struttura un quadro più radicato e latente di "bisogno di dipendenza" la cui necessità di soddisfazione potrà diventare sempre più pervasivo fino a costituirsi come modalità generale del funzionamento della personalità. A questo punto la specificità psicotropa della sostanza inizialmente prescelta diverrà sempre più secondaria e irrilevante, dando luogo, nelle situazioni di maggiore gravità, alla ricerca di una sostanza qualchessia, purché in grado di rispondere, anche se per poco tempo, al bisogno fantasmatico, compulsivo e pervasivo di dipendenza.

L'immagine e la stessa definizione del tossicodipendente sono sottoposti ad una sempre più rapida evoluzione, ma all'interno del nostro contesto sociale quando si parla di tossicodipendenza ci si riferisce ancora prevalentemente all'eroinomane, di cui si ha una rappresentazione e si conoscono i comportamenti in modo definito.

Egli presenta l'immagine dell'anticonformista, di colui che rifiuta in blocco le regole che la società gli offre e vive in opposizione a tutto ciò che rappresenta la norma e l'autorità. Questo stereotipo è palesemente sovradimensionato o addirittura del tutto rovesciato rispetto ad una realtà che è invece ben più banale e sconsolante, nonché priva del tutto di elementi romantici ed eroici; dice felicemente Bergeret che *"..nei comportamenti di dipendenza l'individuo si accontenta di imitare ed è quindi influenzabile e in preda ai conformismi più sottili. Egli vive un processo di desocializzazione, che lo porta all'isolamento, all'incostanza e all'autoesclusione dal contesto sociale, cui partecipa poi nella maniera più corriva, non come presunto antieroe, bensì in realtà come "inetto"*.

Egli accentra su di sé, agli occhi degli altri, le caratteristiche negative, le perversioni, le colpe e si pone come il diverso. D'altra parte il tossicodipendente può essere considerato, e spesso egli stesso si considera, come la vittima di circostanze sia familiari, sia sociali, la persona debole che tutti hanno calpestato, il che gli permette di nobilitare la sua scelta e il suo comportamento, di evitare l'angoscia che essi producono e di mettere in atto, attraverso una sapiente regia dei sensi di colpa altrui conseguenti all'immagine descritta più sopra, tutta la ben nota serie di strategie manipolatorie che gli consentono di vivere in una posizione di totale deresponsabilizzazione e passività nei confronti di sé stesso e del suo ambiente.

Queste posizioni in cui il *td* si pone (o viene posto : risulterebbe arbitrario definire il punto d'inizio di quello che in realtà è un movimento ad andamento circolare) vengono riconosciute e rinforzate dal contesto sociale.

Il tossicomane diviene così sovente oggetto di due tipi di considerazione apparentemente contrapposte che lo vedono o come il colpevole impenitente dedito alla soddisfazione dei propri piaceri, o come la vittima , innocente in quanto fragile e debole, di circostanze negative che lo trascendono : i due atteggiamenti, apparentemente collocati su polarità estreme, hanno in realtà in comune una visione semplicistica e poco pertinente del fenomeno e producono strategie di risposta egualmente inefficaci e parziali, quella della sola repressione – punizione (“..è colpa tua , l’hai voluto tu !”) e quella (ancora più perniciosa per gli interessati) del pietismo assolutorio e deresponsabilizzante, quindi cronicizzante (“...poverino, è colpa della società e della famiglia, con quello che ti è successo non potevi e non potrai che essere così”).

IL GRUPPO E LA SUA CENTRALITÀ NEL MODELLO ARCA : DA CONTESTO DI “SBALLO” A STRUMENTO DI CURA. È già stato affrontato precedentemente il concetto di vuoto relazionale della personalità dipendente che ha inizio nella primissima infanzia e prosegue poi con un progressivo processo di de - socializzazione che insorge di norma nell'ambiente scolastico e diventa poi evidente nell'ambiente lavorativo. Questo non significa che il *td* viva costantemente da solo, anzi ; spesso nella prima adolescenza egli vive esperienze relazionali in gruppi nei quali può esprimersi il rifiuto della norma, l'identificazione in un'immagine anticonformista e magica che gli fornisce un'identità e un modello relazionale di dipendenza.

In essi avviene l'iniziazione alle cosiddette "droghe leggere" e quindi all'esperienza dello "sballo" e del rituale di gruppo , rito fatto di gesti e di formule verbali legati all'assunzione del cosiddetto "fumo", o delle designer drugs, o dell'alcool, o di tutto questo insieme . Se e quando inizia una dipendenza più strutturata questo stile di vita viene portato avanti, ma i suoi caratteri si evolvono in modo rilevante e significativo soprattutto con la preferenza esclusiva a questo punto data all'ambiente dei piccoli gruppi da sotto-cultura marginale, definiti da Bergeret, dei "santuari" con diritto d'asilo per sfuggire alla pressione dell'ambiente , gruppi che , dal punto di vista sociologico, sono considerati come dei "non-ambienti" ove il tossicomane si sente intoccabile .

In essi il rituale è importante per accettare la trasgressione di ciò che è proibito, poichè le conferisce l'aspetto di un elemento collettivo più o meno sacralizzato ed è importante anche per il suo pre - giudizio condiviso dai membri e consacrato a far giocare al prodotto tossico (riconosciuto chiaramente come nocivo sul piano clinico) un ruolo benefico a livello dell' immaginario identificatorio . I membri del gruppo si collocano "al livello delle identificazioni laterali" che si stabiliscono tra le personalità dipendenti che , avendo conosciuto le difficoltà identificatorie descritte si rifugiano in esperienze di individuazione meno esigenti rispetto a quelle correlate alle rappresentazioni parentali.

All'interno di questi gruppi secondo Bergeret e Yalom sono possibili almeno due tipi di relazioni , quelle di tipo fusionale, modellate sul modello di quello simbiotico – materno e funzionali a contenere e diminuire l'angoscia di frammentazione , ed altre di tipo paritario – fraterno caratterizzate però da contratti di solidarietà e complicità negativi in cui gli spazi sono ben definiti, nel senso che è presente

una separazione affettiva tra i membri che spesso raggiunge anche l'ostilità o la delazione (Bergeret propone l'immagine dei "porcospini").

In una fase ulteriore e più avanzata della tossicomania avviene un progressivo e sempre più radicale isolamento del tossicodipendente: egli, infatti, si muove sempre più da solo ed entra in relazione con gli altri quasi esclusivamente perché spinto dalla necessità di procurarsi la sostanza; il rapporto con quest'ultima diventa a questo punto esclusivo e resta in moltissimi casi l'unica relazione onnicomprensiva del soddisfacimento di tutti i "bisogni" sia a livello affettivo, sia a livello fisico, dal momento che nel frattempo anche la dipendenza fisica si è andata strutturando ad una intensità sempre più forte.

Tutto questo riconduce all'idea che il "gruppo" sia una costante rilevante delle (peraltro sempre più diversificate) culture di dipendenza e che sia un fattore negativo da espungere dalla vita dei tossicodipendenti in trattamento riabilitativo, nella convinzione che le scelte di cambiamento e di cura possano essere portate a termine nella dimensione della individualità, lontani dalle cosiddette "cattive compagnie".

In realtà la negatività del gruppo è del tutto legata alle contingenze; quello che invece è certa è la forza e la potenza con cui il "setting" del gruppo si propone, nella quotidianità negativa della "piazza" o nella quotidianità costruttiva della vita comunitaria. Per questi motivi la scommessa che la metodologia delle CT da sempre pone in essere è che il medesimo strumento, volto a finalità positive, possa divenire potente e ineguagliabile mezzo di riabilitazione, almeno tanto quanto è stato potente tramite di smarrimento. Di qui la centralità costitutiva che lo strumento del gruppo assume nei programmi delle comunità educative; gli interventi di carattere individuale sono importanti, ma è alla forza della gruppaltà che si conferisce la maggiore rilevanza terapeutica.

Il "GRUPPO" di cui si parla ovviamente ha alla base il concetto di globalità come insieme, come dinamica di interazione tra i membri e non solo come somma di persone. Le caratteristiche fondamentali dei gruppi sono diverse e possono assumere connotazioni e sfumature ulteriori a seconda dell'ottica e dell'angolazione che si utilizzano per guardarle, nonché delle funzioni cui il gruppo stesso assolve nel percorso di crescita dell'individuo. I principi di base cui ci si rifà nella valorizzazione riabilitativa della forza gruppale sono comunque i seguenti:

A) per l'individuo è molto importante vivere il senso di appartenenza ad una famiglia, ad un popolo, a una storia, a una organizzazione perché questo genera nella persona la consapevolezza di essere parte, di avere un'origine e di sapere qual è e gli fornisce inoltre la possibilità di identificarsi in altri e poter raggiungere una sua identità. L'uomo ha bisogno di questa consapevolezza per sapere chi è.

B) l'uomo nella sua vita ha la possibilità di sperimentare che i suoi bisogni, le sue paure, le sue capacità sono di tutti i suoi simili (in misure e livelli diversi), sono cioè "universali". Tale scoperta dell'universalità è fondamentale per l'individuo, perché significa che può condividere con un altro, confrontarsi con lui, aiutare l'altro e sentirsi aiutato ad aumentare il livello di autostima attraverso la consapevolezza di avere qualcosa da dare ed uscire dall'isolamento cui il senso (sentimento) di unicità può portare.

C) Il gruppo costituisce per la persona un sostegno : proprio per quanto detto sopra, la condivisione e il confronto con gli altri forniscono all'individuo un aiuto a livello affettivo che lo rende più forte, delle indicazioni e degli strumenti che gli permettono di affrontare meglio una determinata difficoltà o di accettare e superare più facilmente una paura . Il gruppo, inoltre educa a sostenere più adeguatamente il senso di frustrazione che nasce dal fatto che nessuno realizza pienamente ciò che desidera , infatti la frustrazione è meno sentita quando c'è la possibilità di esprimersi, farsi conoscere, di manifestare la rabbia e l'aggressività nelle forme accettabili da tutti. Il gruppo può essere quindi uno strumento per imparare ad accettare e ad affrontare le frustrazioni e i sentimenti connessi in modo da educare all'assimilazione e all'integrazione delle stesse nel patrimonio della persona.

D) l'appartenenza, il sostegno, la condivisione che un gruppo di qualsiasi genere e numero può offrire, costituiscono un' importante esperienza affettiva, rispondendo al bisogno di essere amato. In alcuni momenti della vita tale esperienza affettiva si avvia in una dimensione duale (con la madre, il migliore amico, in un rapporto di coppia ...), ma poi in genere succede che il rapporto duale proprio in ragione della propria forza costituisca l'inizio di un'apertura agli altri, al resto della famiglia, alla costituzione di un nuovo nucleo familiare, di una associazione, di una squadra, di una organizzazione

E) una ulteriore funzione importante del gruppo è quella di costituire uno strumento ed un rinforzo circa l'apprendimento sociale di un individuo : di fronte alla sollecitazione dei bisogni (primari, secondari ed egoici) l'uomo è portato a rispondere inizialmente con strategie che all'inizio sono caratterizzate dalla spontaneità e dall'istintività; successivamente, devono però acquisire un grado sempre maggiore di consapevolezza e di adeguatezza alla realtà, altrimenti sono inutili o controproducenti. Questo è un passaggio graduale ed ha come riferimenti il feed-back della relazione interpersonale e quello della realtà oggettiva: l'approvazione e la disapprovazione dei compagni è fondamentale per l'acquisizione di un patrimonio adeguato di competenze comportamentali . Inoltre tale approvazione del gruppo sottende implicitamente l'accettazione della persona stessa e va, quindi, a costituire la base di quella che sarà l'autostima personale.

Nell' utilizzo dello strumento del gruppo all' interno della metodologia della *comunità terapeutica educativa* i quadri teorici di riferimento ordinario si rifanno alla tradizione della gruppanalisi e delle terapie umanistiche (per esigenze di sintesi si utilizzano in questo testo concetti entrati in letteratura soprattutto tramite gli apporti di S.H. Foulkes, di I.D.Yalom, di E. Berne e di C. Rogers) . Tale approccio non è quindi un semplice "allargamento" dei concetti relativi alla terapia individuale a una situazione di gruppo, ma si pone come una modalità nuova ed originale di intervento che presenta analogie e differenze con la matrice iniziale . Foulkes è stato uno dei pionieri dello strumento psicoterapeutico di gruppo , ne ha formulato il metodo ed ha indicato strumenti precisi per l'analisi e la ricerca e, insieme a Kadis e Winick, è stato l'autore di uno dei primi manuali di psicoterapia di gruppo . Yalom, a sua volta, ha rilevato e concettualizzato una serie di fattori terapeutici e di processi di gruppo, il ruolo del terapeuta, le tecniche , traendole dalla sua esperienza e formazione , nonché dal confronto intrapreso con le metodologie di gruppo che stavano nascendo nei primi anni Settanta .

Foulkes sostiene che "*...la terapia di gruppo mira alla modificazione di base della persona*" ; rileva, all'interno dei gruppi, come le persone agiscano e si modifichino per aiutarsi a cambiare e come le

risorse e i modi per cambiare vengano a loro volta cercati nel gruppo stesso, nella situazione del “qui ed ora” .

Il gruppo terapeutico si propone come un' unità psicologica sopraindividuale (superiore alla somma dei suoi membri e dei processi che si creano), avente una propria matrice e una specifica gestalt al cui interno si verificano i processi individuali e relazionali ; per questo l'attenzione viene maggiormente posta sulla dinamica di gruppo e sulla gestalt, pur mantenendo come obiettivo la modificazione del singolo, attraverso il perseguimento di tre condizioni:

- la comunicazione e la formulazione verbale devono costituire l'attività principale del gruppo;
- l'interesse deve accentrarsi essenzialmente sugli individui e sui rapporti fra di essi;
- il conduttore deve servirsi esclusivamente delle forze che emergono nel “qui ed ora” del setting gruppale

La possibilità di scegliere strategie da adottare dipende da quanto questi elementi sono messi in relazione tra loro. Alla luce dei punti riletti che riflessioni emergono?? Gli operatori sottolineano quanto sia sempre più chiaro che il lavorare di più sul gruppo sia davvero la via più giusta.

Si ritiene inoltre molto importante riscoprire e rilanciare il concetto di *PROMOZIONE DI COMUNITÀ*, che negli ultimi anni nelle comunità ARCA risulta essere piuttosto trascurato, forse perchè dato quasi per scontato, quando invece tale non è ; è utile non usare questo strumento sulla scia di una “*sclerata*” perchè fa sentire l'altro colpevole e non capace. Occorre esprimere pochi concetti, ma efficaci e in un contesto propositivo e non predicatorio . *È nel silenzio che risuona la parola!!* Interessante risulta la possibilità di riscoprire lo strumento dei *SEMINARI INTERNI* sui temi caratterizzanti l' esperienza educativa che gli/le utenti stanno vivendo, momenti schiettamente formativi in cui la comunità “*spiega sè stessa*” come proposta (quindi con stili e modalità nettamente diversificati da momenti di confronto rispetto a trasgressioni) .

Si sottolinea e si evidenzia l' utilità di perseguire un assetto teorico e un approfondimento più sistematico che permetta un movimento costante di miglioramento e di stare al passo con i tempi!

L'idea di condurre seminari non va ridotta al “fare lezione” di taglio contenutistico con piglio professorale o predicatorio, o colpevolizzante, ma piuttosto nell' innescare un processo per far si che si sviluppino competenze e non occorre dare in mano loro un trattato già stilato, ma stimolare che emerga da loro.

Utile in questo senso offrire cittadinanza a qualsiasi obiezione, dove ci possa essere la possibilità di poter dire anche le cose più pesanti! Se offro permessi a loro, pur nel rispetto, do permessi anche a me e alla comunità stessa! Si sottolinea come a volte confondiamo prerequisiti con obiettivi, confondendo quello che è una meta con quello che diamo per acquisito. Spesso i dispositivi pedagogici (valoriali...perché sufficientemente schermati) raggiungono maggiormente una persona rispetto a quelli clinici (perché talora questi si pongono con un eccesso di vicinanza che l'utente stesso respinge perchè si sente invaso).

Questi in estrema sintesi i caratteri della metodologia di riferimento ordinaria , peraltro recepiti nella metodologia dei gruppi terapeutici usati nelle comunità , dove però la “*terapeuticità*” viene intesa anche nei termini di un vero e proprio processo educativo più ampio , cioè come una sorta di ri - apprendimento sociale il cui fine è la riabilitazione e il reinserimento nella società esterna ; in questa logica più complessiva la “*cura*” è l'insieme di tutto ciò che accade nella vicenda comunitaria e quindi il

momento psicoterapeutico gruppale , diversamente da quanto accade nel modello ordinario della psicoterapia di gruppo ambulatoriale, non ha una sua assoluta autonomia rispetto al contesto complessivo di realtà in cui i membri del gruppo quotidianamente vivono.

Questo chiarimento metodologico ci consente di fare i conti con “la” differenza cruciale senza la quale si potrebbe incorrere in frettolosi “concordismi” o in pericolose e un po’ “..selvagge” confusioni con la terapia di gruppo ambulatoriale. Differenza che poi si sostanzia più specificamente in altri significativi corollari: i gruppi di comunità generalmente propongono un tema di lavoro particolare, mentre in quelli di terapia analitica non esiste, in genere, una tematica definita a priori ; i primi sono strettamente collegati al setting educativo quotidiano della residenzialità, mentre i secondi, in genere, non lo sono , anzi molti terapeuti sconsigliano o vietano ai pazienti di incontrarsi al di fuori del gruppo . I gruppi di comunità, svolgendosi all’ interno di un contesto di residenzialità , costituiscono come già ripetutamente evidenziato, un momento specifico all’ interno di un’esperienza di cura più ampia e complessa, mentre gli altri rappresentano un ambito isolato rispetto alla realtà quotidiana del paziente. Di qui la convinzione, che ci sembra importante sottolineare, che nella metodologia della comunità l’ uso del gruppo è strumento essenziale e determinante , ma non può proporsi come un setting separato dal più ampio setting comunitario, se non al prezzo di rischiare la vanificazione reciproca dei due contesti ad opera delle tendenze manipolatorie regressive e distruttive che verrebbero consentite da una tale impostazione.

ALCUNE PROVVISORIE CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE SULL’ ARCA E SULLE COMUNITA’

TERAPEUTICHE EDUCATIVE. Ma perchè ci siamo così a lungo soffermati sulle letture di matrice psicodinamica del disturbo da dipendenza e sull’approfondimento dei fattori terapeutici nel setting comunitario ? Mettere l’ accento sulle dinamiche e sugli schemi di riferimento della persona e non primariamente sulla sostanza o , come è di moda in tempi recenti, sulle ultime acquisizioni delle neuroscienze, dà ragione della insistenza con cui le *comunità terapeutiche educative dell’ ARCA* si propongono come ambito di possibile cambiamento e non solo o primariamente come spazio di disintossicazione, di trattamento farmacologico o di contenimento sociale . La disintossicazione è solo un passaggio perchè , laddove vi sia la capacità di sollecitare la motivazione, si possa intraprendere il percorso dell’ “andare oltre”al tamponamento del craving e della compulsione tramite farmaci agonisti, per mettere mano invece ad un mutamento più radicale del proprio rapporto con la realtà che non si accontenti di ricorrere ad una sostanza più innocua, o solo più “legittima”, ma si proponga di arrivare a fare a meno della “stampella” per affrontare la vita.

Per intraprendere questo percorso è necessario fare una esperienza di sè diversa , ma concreta, quotidiana, lunga e costante nel tempo. E per fare questo però, non basta il caratteristico setting “separato e artificioso” della psicoterapia ambulatoriale; il tossicodipendente ne farebbe solo il campo più evoluto delle proprie predisposizioni manipolatorie.

Occorre un “*setting di.... ventiquattrore su ventiquattro*” in cui non manchino, come in queste pagine si dimostra, le frequenti ed intense opportunità di rielaborazione individuale e gruppale dei vissuti, ma in cui il lavoro di insight sia costantemente accompagnato dall’ interfaccia della realtà della convivenza quotidiana, sia quindi un setting “pedagogico educativo” in cui possa essere ripercorso e rifatto un

percorso disfunzionale o incompleto di identificazione e di costruzione di schemi più funzionali di relazione con sè, con gli altri e con le “cose”.

Il modello di comunità terapeutica educativa adottato all' ARCA si presenta con forza come un ambiente terapeutico completo ed elettivamente adatto a svolgere questa funzione. Per questo riteniamo che sia del tutto fuorviante pensare che il target di tossicodipendenti adatto per le comunità residenziali sia quello caratterizzato da maggiore gravità / gravosità o da croniche problematiche sociali. Questa è stata spesso una visione delle comunità dettata da un criterio di contenimento sociale, che però non è detto che sia di norma un criterio terapeuticamente condivisibile; al contrario i td più adatti ad investire nel percorso della comunità terapeutica educativa sono coloro che , magari in età più giovane o comunque in condizioni mentali e psicologiche più integre, possono, se sorretti da adeguata motivazione, avere le risorse per uscire definitivamente da una condizione di dipendenza comunque limitante e perniciosa , utilizzando a pieno tutti gli strumenti della metodologia descritta in queste pagine e intraprendendo un processo di profonda ricostruzione della propria esperienza di vita .

E' da collocare qui e da evincere dalla trattazione di questi punti lo snodo cruciale della sinergia tra la dimensione educativo-pedagogica e la dimensione psicologico-psicoterapeutica del percorso delle comunità terapeutiche educative (propriamente dette): mentre accade ordinariamente nelle altre situazioni di vita e di trattamento che le due dimensioni non siano tra loro comunicanti o, addirittura, che siano deliberatamente tenute in uno stato di rigida separazione (nel timore , talora un po' ossessivo, della “contaminazione dei settings”) , nella metodologia della CT l'esperienza della quotidianità rinforza e dà forma concreta ai processi introspettivi e agli intensi movimenti di insight che il contesto specifico gruppale consente, mentre questo, a sua volta, permette di “nominare” prima e di rielaborare poi i sentimenti e le emozioni che la trama ordinaria della quotidianità comunitaria, con le sue attività e le sue relazioni , muove e risveglia.

METODO ARCA

SECONDA SEZIONE: IL COLLOQUIO ,
IL PROGETTO INDIVIDUALIZZATO
E L' OPERATORE DI RIFERIMENTO
COME IMPIANTO BASE
DELLA INTERIORIZZAZIONE

Si pone in premessa che nella Comunità Terapeutica si presume che una gran parte delle esigenze di incontro e di confronto trovi la sua risposta nei Gruppi; al colloquio individuale strutturato si assegna....”ciò che resta” .

Un sovraccarico di investimento sui colloqui individuali, anche e soprattutto se informali, sia da parte degli operatori, sia da parte degli utenti fa pensare ad uno scarso utilizzo dei meccanismi gruppali e, quindi, rimanda alla necessità di ri-vedere questi ultimi.

Va detto inoltre che un eccessivo investimento nei colloqui finisce per rendere ingestibile la CT con le risorse che di fatto sono a disposizione e distoglie l'equipe dalla preparazione e dall'investimento nei meccanismi gruppali . Insomma si rischia di introdurre di fatto una logica “uno a uno” che di fatto snatura il sistema della CT.

Si istituisce , dunque, come strumento centrale quello del COLLOQUIO STRUTTURATO ad evitare appunto che la possibilità generalizzata di colloqui informali ed estemporanei con qualunque operatore finisca per vanificare la funzione dei gruppi e per esporre gli operatori stessi ad uno stillicidio di richieste più o meno manipolatorie .

Posto questo si ritiene che il Colloquio abbia comunque una sua funzione importante e decisiva se correlato a tutto quanto vi è di “ individualizzato” nel cammino della CT e, in particolare, con il PROGETTO INDIVIDUALIZZATO CO-COSTRUITO CON L' UTENTE. Si concorda per questo nell' istituire una stretta correlazione tra i seguenti **TRE ELEMENTI QUALIFICANTI**:

- OPERATORE DI RIFERIMENTO
- PROGETTO INDIVIDUALIZZATO
- COLLOQUIO STRUTTURATO .

La figura dell' OPERATORE DI RIFERIMENTO si occupa stabilmente nel tempo della CO – COSTRUZIONE DEL PROGETTO INDIVIDUALIZZATO con l' utente . Procedo a fare questo attraverso il COLLOQUIO STRUTTURATO e l' utilizzo di strumenti quali il QUADERNO-DIARIO con verbalizzazione, decisioni prese, obiettivi concordati step by step con firma congiunta operatore/utente.

La possibilità di utilizzare lo strumento del **QUADERNO - DIARIO** nel colloquio individuale presenta specifiche funzionalità e isignificati. Il diario può rappresentare per la persona la possibilità di avere un riscontro immediato del lavoro che sta facendo, può contenere le cose dette e le decisioni prese (con firme doppie, dell'utente e dell'educatrice) con la funzione di un “setting sotterraneo” con un proprio linguaggio. Si sottolinea che questo possa rappresentare un filo conduttore concreto del lavoro: le parole, come si sa, passano mentre lo scritto diventa un impegno ad agire. Il diario è un modo per far risuonare emotivamente le cose emerse al di là del momento del colloquio e le parole scritte rappresentano una rielaborazione importante. Ci si fonda , nella scelta di introdurre questo strumento, sulle teorizzazioni e

gli studi consolidatisi negli ultimi vent'anni ad opera di pedagogisti e di pedagogisti clinici come Duccio Demetrio e Riccardo Massa, sulla utilità dello strumento della scrittura, della narrazione di sé e dell'autobiografia come metodologie fondamentali nei percorsi riabilitativi e di cambiamento evolutivo delle persone in difficoltà. Si sottolinea inoltre l'importanza di rileggere lo scritto, anche al di là del colloquio, perché mantiene il filo della relazione.

L'esperienza, già adottata in alcune situazioni, del "COACH" nella comunità femminile, è stata centrale nel definire questo discorso dell'EDUCATORE di RIFERIMENTO (EdR). Se l'utente, fin da quando arriva in CT, è da subito coinvolto da un educatore che lo segue alla comune costruzione del proprio progetto individuale, è maggiormente stimolato a progettarsi.

L'EdR quindi va visto come colui / colei che si occupa della presa in carico/cura del progetto globale della persona e della sua INTERIORIZZAZIONE. Può essere paragonato al "case manager", ma non è solo questo; l'EdR infatti si propone come una figura di *riferimento relazionale*, cioè un interlocutore fisso con cui avere un colloquio stabile in cui però, al di là delle cose concrete da fare, ci sia un setting (tempo, durata e luogo) in cui ci si possa chiedere insieme "come va?", un colloquio che sia l'opportunità non occasionale per l'utente per avere uno spazio per mettere insieme i diversi pezzi e poter fare un bilancio di come sta andando il suo percorso e verso dove lo desidera indirizzare. La possibilità di un *riferimento unico va a limitare la manipolazione (gli utenti devono percepire che noi siamo più "forti" e coesi di loro, perché in questo modo li si può contenere)* e ha senso anche che sia un riferimento unico anche all'interno dell'equipe...con la flessibilità però in itinere di poter cambiare EdR se ci sono difficoltà particolari che l'equipe valuterà. L'obiettivo è quello di poter instaurare con l'utente una relazione stabile..intensa..rispetto a come sta andando la situazione personale, relativamente a come l'utente si pensa e si vede.

Occorrerà ulteriormente approfondire il rapporto tra il ruolo dell'operatore di riferimento e quello del responsabile degli ambiti; la cosa non è di scarsa rilevanza nel vissuto dell'equipe. Va definita meglio la portata della responsabilità di colei che fa da riferimento dei diversi settori, va definito meglio il fatto che la rielaborazione degli eventi significativi deve fare capo all'operatore di riferimento e meno al responsabile di ambito che, altrimenti, si troverebbe gravato di responsabilità infinite.

Si ritiene importante che il COLLOQUIO STRUTTURATO con il proprio educatore di riferimento abbia come coordinata di fondo la revisione della propria progettualità con la rilettura delle difficoltà, delle ansie, delle frustrazioni avendo così a disposizione un ambito cognitivo dove "rimettere a posto" i tasselli (le emozioni ma anche i fatti); un approfondimento metodologico dettagliato di questo approccio si trova nelle pagine seguenti in "METODOLOGIA DEL COLLOQUIO" . .

Il COLLOQUIO STRUTTURATO è dunque da considerare come momento individuale finalizzato in maniera prevalente al processo di INTERIORIZZAZIONE, ma tassativamente inserito nel quadro della esperienza grupale comunitaria, anche perché costantemente interfacciato con essa per dare, ancora una volta, senso alla quotidianità

IL COLLOQUIO STRUTTURATO PRESENTA UN SETTING CON DELLE CARATTERISTICHE : La CADENZA deve essere stabilita all' interno di un range che può andare dalla eccezionalità della peridodicità settimanale (per i primi mesi o per i momenti di difficoltà) fino alla cadenza mensile. Si ritiene comunque utile e significativo per la risonanza che può avere il fatto che Venga STABILITO UN CALENDARIO SCRITTO PREFISSATO; si farà il possibile per rispettarlo, se non si potrà si formalizzerà il più possibile il cambiamento perché anche l' utente impari a rispettarlo.

La DURATA è definita, anche qui, all' interno di un max-min dettato dal buon senso, ma comunque definito: da un minimo di 40 minuti ad un massimo di 60 .

Il LUOGO deve essere definito e non disturbato; possibilmente sarà lo stesso luogo per tutti per aiutare gli utenti a interiorizzare il significato e la specificità di quell' incontro.

FUNZIONI E OBIETTIVI DEL COLLOQUIO: nella realizzazione dei momenti di colloquio strutturato si terranno presenti in particolare le seguenti funzioni e i seguenti obiettivi (pur presupponendo che tali funzioni dovrebbero essere già in gran parte assolve dal gruppo e dalla ct nel suo complesso).

FUNZIONI	OBIETTIVI
CO – COSTRUIRE IL PROGETTO	-Fare il punto della situazione sugli obiettivi dati in verifica -Far emergere ciò che davvero si vuole per poter scegliere -mediare tra realtà e sogni -bilancio delle potenzialità -Rinforzare l'autostima -Definire obiettivi nel qui ed ora -Stanare -Allenare - Stimolare ad agire su un problema specifico su cui la persona ha bisogno di sbloccarsi.
VERIFICA MONITORAGGIO DEL PROGETTO CO-COSTRUITO	-Fare il punto della situazione -Verificare gli obiettivi raggiunti -definire nuovi obiettivi STRUMENTO UTILE: SCRITTURA E RILETTURA DELLA PAGINE DEL QUADERNO
LAVORO SUL PASSATO	-Ripercorrere insieme la storia della persona -Facilitare i collegamenti tra passato presente
MOMENTO DI VERIFICA CON I SERVIZI	PREPARARE E VERIFICARE A POSTERIORI GLI INCONTRI CON I SERVIZI: -Informare sull'andamento -Fare progetti insieme
ORIENTAMENTO	PROGETTARE-INFORMARE-PROGRAMMARE su : -Lavoro (orientare, supportare) -Salute (Raccogliere informazioni, sostenere, verificare) -Questioni legali (Far capire, responsabilizzare)
SOSTEGNO	-All'inizio all' inserimento nella vita comunitaria nei suoi diversi aspetti.(quotidianità) -Nelle fasi più avanzate, su questioni più profonde.(es. rapporti con famiglia). - Incoraggiare: alla chiarezza nei rapporti con i pari, con la famiglia, sperimentarsi e socializzare ,affrontare l'esterno, valorizzare risorse e potenzialità, portare avanti le proprie responsabilità.
MOTIVAZIONE	-Bare un senso alle cose che si fanno qui -Mettere i piedi per terra -Individuare bisogni -Rinforzare l'autostima -Definire obiettivi nel qui ed ora
ACCOMPAGNAMENTO	-Si parte dai fatti per arrivare alle emozioni -Accompagnare nell'esame di realtà
CONTENIMENTO	-contenere angoscia -contenere rabbia -contenimento del sintomo e della compulsione
MEDIAZIONE	-Conflitti esteriori/interiori -Conflitti con realtà, con gli altri, con i sogni. -valutare la motivazione all'ingresso in ct in sede di filtro (colloquio conoscitivo e valutativo/esplicativo)
DIRETTIVA	-dare indicazioni e prescrizioni

Dal punto di vista concreto si procede così:

- individuare e definire gli utenti assegnati a ciascun operatore.
- ad ogni utente viene consegnato un foglio con date, luoghi e orari dei suoi appuntamenti per il mese o i mesi successivi (a seconda dalla tempistica con cui si predispongono i turni degli operatori)
- si presenta tutto questo agli utenti con modalità essenziali e chiare, sottolineando il significato della scelta che consiste da una parte nel valorizzare l' utilizzo degli strumenti grippali comunitari e dall' altra di nel dare uno spazio definito, rispettato e preciso alla dimensione della progettazione di sé.
- durante gli incontri di supervisione si destineranno degli spazi per l' approfondimento di casi concreti con ripresa della metodologia già vista nel ciclo teorico applicandola in concreto con eventuali simulazioni

A giugno/luglio di ogni anno si svolgeranno un paio di incontri di revisione e aggiustamento del modello applicato per definire eventuali aggiustamenti e modifiche .

Trattandosi di un cambiamento in alcuni casi anche abbastanza radicale è stato necessario informare il gruppo utenti attraverso un'assemblea in ogni struttura tenutasi nel dicembre 2010 in modo tale da essere pronti per la nuova sperimentazione all' inizio del nuovo anno.

Ad ogni utente è stato consegnato un QUADERNO (che lo seguirà per tutto l'iter) dove egli stesso registrerà i colloqui strutturati con l'educatore di riferimento. Compito dell'educatore sarà invece quello di registrare il “succo” del colloquio all'interno del programma “Librone”. Le due sintesi verranno poi confrontate al momento di apertura del colloquio successivo e verrà apposta una firma di entrambi.

Per quanto riguarda la restituzione al gruppo, si utilizzerà il momento delle osservazioni serali, così come avviene già da tempo per le verifiche.

A scanso di equivoci o di rigidità “alla rovescia” si precisa che PERMANE OVVIAMENTE LA POSSIBILITA' AL BISOGNO O DI COLLOQUI INFORMALI con l' attenzione però ad evitarli se non se ne percepisce una effettiva urgenza rimandando al colloquio fissato con l' operatore di riferimento . Allo scopo di evitare manipolazioni si farà particolare attenzione :

- alle richieste di colloquio con un altro operatore che non sia quello di riferimento
- alle richieste di colloquio successive a momenti “forti” di gruppo
- alle richieste di colloqui estemporanei da parte di utenti che al colloquio strutturato non hanno mai niente da dire

Considerando che la comunità non è un ambulatorio, ma è un luogo dove si vive la quotidianità e dove alcune occasioni vanno colte al volo, si manterranno dunque in ogni caso anche i c.d COLLOQUI INFORMALI sia con il proprio educatore di riferimento, sia con l'educatore di turno. Per dare un senso a questo momento è però necessario che:

- si individui una vera necessità
- l'educatore trascriva, immediatamente dopo la conclusione, il colloquio nel librone inserendo anche la motivazione per cui ha deciso di concedere quel colloquio
- l'educatore di riferimento, prima di ogni colloquio strutturato controlli quanti di questi colloqui “al bisogno” si sono svolti per avere il polso della situazione e in caso di problemi porti la questione

all'interno della riunione d'equipe

- venga chiesto all'utente di parlarne al gruppo, almeno spiegando a grandi linee il motivo che lo ha spinto a richiedere il colloquio

- l'educatore di turno la sera verifichi tutto questo e provveda affinché siano seguite le sopra descritte procedure

La partenza della sperimentazione è avvenuta lunedì 17 gennaio 2010

PRECISAZIONI SULLA COMUNITA' LA CAPPELLETTA: per quanto riguarda le comunità maschili dove la CT DI REINSERIMENTO è distinta ed autonoma, si precisa che la gestione del COLLOQUIO STRUTTURATO / OPERATORE di RIFERIMENTO durante il passaggio di fase vedrà la messa in atto del seguente protocollo: l' OPERATORE DI RIFERIMENTO della CT "La Cappelletta" si raccorda con l' OPERATORE DI RIFERIMENTO delle CT di provenienza per realizzare i colloqui co-gestiti PRE – RIENTRO che svolgono le seguenti funzioni:

- Conoscenza dell'utente.
- Continuità di obiettivi.
- Passaggio di consegne.
- Conoscenza dell'utente (socialità, lavoro, anamnesi).
- Comunicazione delle regole del rientro.

I colloqui si svolgono : i primi 2 – 3 presso la sede di MTV, i secondi 2-3 presso la sede della Cappelletta . La preesistente PRESENTAZIONE ALL' EQUIPE è sostituita dalla comunicazione al gruppo dei residenti in ORGANIZZATA da parte dell' utente dei propri obiettivi .

Sono stati introdotti a seguito dell' avvio della collaborazione con il SERVIZIO LAVORO alcuni colloqui strutturati per l' avvio del processo di bilancio competenze, stesura curriculum, ricerca lavoro, ricerca corsistica e opportunità di occupazione. Ogni mese si effettua un incontro formale strutturato con l' OPERATORE DI RIFERIMENTO per la gestione del denaro.

LE QUATTRO FASI DEL COLLOQUIO: MANUALE OPERATIVO

Dal punto di vista teorico si fa riferimento alla metodologia a suo tempo fatta oggetto di formazione (CCP colloquio centrato sulla persona con integrazioni cognitive – comportamentali secondo il metodo di Carl Rogers e di Robert Carkhuff) e articolato nelle 4 FASI :

- ASCOLTARE
- RISPONDERE
- PERSONALIZZARE
- PROGRAMMARE IL CAMBIAMENTO - INIZIARE ALL' AZIONE

Le pagine seguenti sono concepite sotto forma molto concreta ed operativa costituendo di fatto una sorta di *MANUALE PER GLI OPERATORI*. Si è ritenuto di utilizzare questa forma didattica corredata anche da esemplificazioni di casi e di sequenze di colloqui – esercitazioni per consentire agli operatori di esercitare una sorta di “*auto-supervisione*” del metodo adottato e degli utenti di cui sono “OPERATORI DI RIFERIMENTO”. In tal modo vi sarà una base metodologica condivisa che potrà tornare molto utile anche nei contesti di supervisione di casi che si proponessero in futuro. Si sottolinea in modo particolare l'importanza di quanto trattato nella FASE QUARTA “PROGRAMMARE IL CAMBIAMENTO - INIZIARE ALL' AZIONE”: infatti, mentre le prime tre fasi sono fondamentali nello stabilire la qualità della relazione, la sua modalità e gli strumenti tecnici dell' interazione, la quarta costituisce una metodologia sistematica di ispirazione comportamentistica sulla costruzione e il perseguimento di **OBIETTIVI DI CAMBIAMENTO** . Si tratta di una serie di elementi essenziali ed importanti per arrivare ad una *CO-COSTRUZIONE CORRETTA DEGLI OBIETTIVI E DELLE STRATEGIE GRADUALI PER RAGGIUNGERLI IN MODO PERSONALIZZATO, AUTENTICO E NON SOLO ADATTIVO*.

Per questo motivo si tratta di una sezione particolarmente utile per meglio curare e definire i momenti della VERIFICA che scandiscono il percorso delle Comunità ARCA e per saldarli in continuità con la terna che viene specificamente trattata in questa seconda sezione del Metodo Arca : COLLOQUIO / OPERATORE DI RIFERIMENTO / PROGETTO INDIVIDUALIZZATO .

FASE UNO: ASCOLTARE

MAPPA CONCETTUALE DELLA PRIMA FASE :

DAL PRESTARE ATTENZIONE (abilità - prerequisito dell' operatore/helper)

AL COINVOLGIMENTO (prerequisito dell'utente/helpee = ragazzo o genitore che richiede l'aiuto)

È il prerequisito che consente di comunicare all' helpee una attenzione totale e incondizionata centrando l'attenzione sul suo vissuto; così si vuole ottenere che l' helpee si lasci coinvolgere nel processo d'aiuto.

1 PREPARARSI ALL'ATTENZIONE

2 ATTENZIONE FISICA

3 OSSERVARE

4 ASCOLTARE

1) PREPARARSI ALL'ATTENZIONE

PREPARARE GLI UTENTI/HELPEE_ Informare - comunicare su:

- Chi incontreranno
- Quando e per quanto tempo
- In quale luogo /stanza dedicata
- Quali modalità , quali temi e quali obiettivi generali

PREPARARE IL CONTESTO :La situazione deve facilitare la comunicazione:

- luce non invasiva, sedie disposte a novanta gradi e dello stesso livello, senza scrivania, discrezione rispetto a terzi
- oggetti e soprammobili che comunicano familiarità
- locale pulito e ordinato: comunica attesa e disponibilità
- il colloquio non deve essere interrotto da telefonate o da persone che entrano nella stanza

PREPARARE NOI STESSI

- ripassare gli elementi conosciuti della storia
- rivedere gli obiettivi del processo di aiuto che sono stati concordati
- rilassarsi e alleggerire la mente e il corpo sospendendo le incombenze operative almeno 5 minuti prima di iniziare il colloquio

2) ATTENZIONE FISICA

Si vuole comunicare interesse per suscitare coinvolgimento e fiducia.

L'attenzione fisica è importante in quanto conferma e avvalorata con linguaggio non verbale le parole della relazione.

Attenzione però a non precorrere i tempi della prossimità.

Questioni fondamentali attinenti al CODICE PROSSEMICO:

COLLOCAZIONE DELLE SEDIE: SE VI È UN SOLO INTERLOCUTORE: evitare la scrivania (se non per esplicita scelta); porre le due sedie una di fronte all'altra aumenta molto l'intimità (valutare la scelta); porre le due sedie a 90 gradi la attenua senza frammettere barriere. **SE VI SONO DUE PERSONE** (per esempio un colloquio con due utenti insieme, o un incontro familiare) : sedersi al vertice di un immaginario angolo retto tracciato partendo dalle persone che si trovano alla nostra destra e sinistra

Dosare l'inclinazione del corpo sulla sedia o la collocazione fisica se si sta in piedi sapendo che il significato è quello della attesa e della vicinanza: calibrare con attenzione ai vissuti di invasività e alla "retorica prossemica"

Mantenere costantemente il contatto oculare e' il modo principale con cui comunicare attenzione all'altro.

N.B.: Occorre che vi sia autenticità e serenità da parte dell'helper; allora questi atteggiamenti fisici saranno l'espressione congruente di uno stato psicologico di reale attenzione. Altrimenti ciò che si comunica è la riluttanza o l'imbarazzo ad essere la.

Riconoscere le posizioni del corpo più efficaci per prestare attenzione

Una corretta posizione del corpo dell' operatore/helper è determinante nel comunicare attenzione (o non) : sedendo diritto, un po' sporto in avanti verso l'interlocutore, fissandolo negli occhi continuamente, senza distrarsi. E' altresì necessario che l'helper si tenga a distanza adeguata dall'interlocutore

Esempio : un padre mentre discute con il figlio la scelta della futura scuola

Posizioni corporee errate

- è sprofondato sulla sedia
- distoglie frequentemente lo sguardo
- tiene i piedi sul tavolino
- il busto non è eretto
- fuma
- il telefono è acceso e può suonare

Posizioni corporee corrette

- guarda il figlio negli occhi
- è a distanza adeguata dal figlio
- il busto e le braccia non sono contratte e chiuse
- la seduta è rilassata e non vi sono movimenti frenetici

3) OSSERVARE

E' un'abilità essenziale che consiste nel decifrare il linguaggio non-verbale dell'helpsee. Se a livello verbale la relazione sembra fallire o subire un'empasse, dalla decifrazione del linguaggio non-verbale potremo trarre informazioni utili:

1. sul suo reale stato emotivo
2. sul livello di energia fisica
3. quindi sulla sua effettiva disponibilità all'aiuto

GRIGLIA DI OSSERVAZIONE

- Movimenti del corpo
- Espressione del viso
- Cura di se'
- Corporatura
- Postura

INFERIRE SUL GRADO DI ENERGIA RICAVANDO DA :

- dinamicità o non delle posture assunte
- tono muscolare
- lentezza
- vitalità nei movimenti
- peso, sovrappeso,
- sottopeso della persona

Il grado di energia è un elemento **PROGNOSTICO** importantissimo: ci deve essere dell'energia da investire nella relazione e nel processo.

Inferire anche sugli **STATI D' ANIMO ATTUALI** attraverso l' osservazione di:

- espressioni del viso , occhi sopracciglia fronte sguardo (contatto o no)
- posture (modo di sedere, spalle, mani, braccia)
- movimenti (lenti, spenti, frequenti, ansiosi, passivi, reattivi...)

Ci chiediamo come si sente l'helpsee, qual è il suo stato emotivo e la sua disponibilità a farsi aiutare:

- Grado energia elevato + sentirsi su= elevata disponibilità a lasciarsi aiutare
- Grado energia basso + sentirsi giù= bassa o nulla disponibilità

NOTA BENE : principio fondamentale è che la richiesta di aiuto DEVE VENIRE ESPLICITAMENTE DALL' UTENTE. PRETENDERE DI AIUTARE CHI NON LO CHIEDE RISPONDE A UN BISOGNO "NOSTRO" E L' UTENTE LO CAPISCE . Costituisce per questo il primo passo di una sostituzione "pietistica", nobilitata da apparenti motivazioni altruistiche, motivata in realtà da una esigenza autocentrata dell' operatore che apre inevitabilmente a successivi inevitabili ricatti. Se l' utente non mostra disponibilità al colloquio "il problema è suo, non nostro" e deve sapere che sta perdendo una opportunità; dopo avere **UTILIZZATO IL SILENZIO E LA RIFORMULAZIONE della mancanza di disponibilità** , **GLI SI CHIEDERA' ESPLICITAMENTE SE VUOLE PERDERE L' OCCASIONE del colloquio strutturato e gli si ricorderà che NON VI SARA' ALTRA DISPONIBILITA' PRIMA DELLA DATA SUCCESSIVA GIA' PREDISPOSTA IN CALENDARIO. COSI' LA RESPONSABILITA' DEL MANCATO UTILIZZO SARA' CHIARAMENTE SUA. SE IL GIORNO DOPO O NEI SUCCESSIVI CERCHERA' COLLOQUI "INFORMALI" (magari con operatori diversi dal proprio op. di rif.) GLI si ricorderà la scelta negativa esplicitamente operata nell' occasione predisposta e, in linea di massima, LO SI RIMANDERA' ALL' APPUNTAMENTO SUCCESSIVO CON IL SUO OPERATORE DI RIFERIMENTO.**

PRIMO APPROFONDIMENTO OPERATIVO: DISCRIMINARE FRA DATI E DEDUZIONI

Prestare attenzione alla persona ci dispone verso una migliore osservazione. L'osservazione è senza dubbio la migliore fonte di apprendimento riguardo all'helpsee. Gli esercizi che seguono permetteranno di migliorare le abilità di osservazione.

N.B. : L' "OSSERVARE"

1. È importante osservare per evidenziare le **INCONGRUENZE** tra verbale e non verbale (tenere presente che il primo elemento non verbale da valutare è il fatto che l'utente venga con disponibilità o no, ecc.)

2. Le inferenze non sono pregiudizi, ma solo **IPOTESI** che servono a prefigurare (fino a smentita) strategie di impostazione dell'aiuto.

È importante inizialmente fare attenzione ai dati concreti e solo successivamente trarre inferenze da questi dati. Per "DATI CONCRETI" si intende l'aspetto esteriore e il comportamento di una persona, ad esempio se "sorride", "piange" o "stringe i pugni"; per "DEDUZIONI", invece, si intendano nostri giudizi come: "socievole", "straziato dal dolore" o "accecato dall'ira".

Stabilite se le definizioni che seguono rientrano nella categoria dei dati o in quella delle deduzioni, sbarrando la casella corrispondente.

	DATI	DEDUZIONI
1. si muove nervosamente	☐	☐
2. socievole	☐	☐
3. si morsica il labbro inferiore, aggrotta la fronte, batte il piede	☐	☐
4. eccitato	☐	☐
5. alto 170 cm, spalle larghe, muscoloso	☐	☐
6. 10 kg di troppo, lembo di camicia fuori dai pantaloni, jeans rattoppati	☐	☐
7. sguardo astuto	☐	☐
8. sembra un imbroglione, falso, scaltro	☐	☐
9. sguardo bieco, sospettoso, siede scomposto	☐	☐
10. sembra sulle spine	☐	☐
11. sguardo colpevole	☐	☐
12. pelle giallastra, respiro frequente, polso accelerato	☐	☐
13. sprofondato nella sedia, spalle curve, appoggiato indietro, gambe allungate in avanti	☐	☐
14. 40 anni circa, abiti alla moda, cravatta in tinta, spalle erette	☐	☐
15. espressione triste, chiaramente insoddisfatta, persona infelice	☐	☐
16. bel corpo, ricercata nel vestire	☐	☐
17. buon portamento, sguardo interessato, alto livello di energia	☐	☐
18. che volgare!	☐	☐
19. siede composto, guarda fisso negli occhi, non manifesta tic nervosi	☐	☐
20. tipico esempio di matto da legare	☐	☐

SECONDO APPROFONDIMENTO OPERATIVO: OSSERVARE IN MODO EFFICACE

Durante la fase dell'osservazione, è utile inserire le proprie osservazioni e conclusioni in uno schema come quello riportato qui di seguito che permetterà di controllare se le osservazioni sono complete ed accurate. Procedete nell'osservazione di una persona seguendo i passi seguenti:

1. Scegliete la persona da osservare tra i membri di un gruppo.
2. Osservate questa persona per almeno tre minuti.
3. Trascrivete le vostre osservazioni sull'aspetto ed il comportamento di questa persona negli schemi che troverete di seguito
4. Basandovi su queste osservazioni, segnate le vostre deduzioni circa il *livello di energia* della persona.
5. Segnate le vostre deduzioni circa i *sentimenti* della persona.
6. Segnate infine le vostre deduzioni circa la *congruenza* della persona.

ESEMPIO:

ASPETTO	COMPORTAMENTO	DEDUZIONE
Postura: sta appoggiato ad un muro in modo scomposto Espressione del viso: labbra chiuse, sguardo a terra Abbigliamento: maglietta rotta, jeans sporchi, scarpe bucate, capelli arruffati Costituzione fisica: alto 1.80, peso 68 kg, magro Sesso: maschio Età: 20 anni circa	Movimenti del corpo: muove lentamente mani e braccia mentre fuma una sigaretta	Livello di energia: ALTO – MEDIO - BASSO Stato d'animo: CONTENTO – NEUTRO - TRISTE Congruenza: ALTA – MEDIA - BASSA

4) ASCOLTARE

CIÒ CHE e il **MODO IN CUI** gli helpee dicono e l'oggetto più importante dell'attenzione. Vi sono molti modi con cui migliorare le nostre abilità di ascolto:

PAROLE: dicono il contenuto

- **AVERE UN MOTIVO PER ASCOLTARE** **MODO:** dice il livello di energia

FASE DUE: RISPONDERE

INDICE — MAPPA DELLA SECONDA FASE

E' la seconda grande fase per affrontare la quale possiamo collocarci dalla parte dell'helpsee e chiederci che cosa lui si chiederà:

- come faccio a sapere se posso fidarmi ?
- come faccio a sapere se sono ascoltato ?
- come faccio a sapere se sono stato capito ?

RISPONDERE significa rassicurare su questi punti: una volta rassicurato l'helpsee si sentirà di affidarsi alla relazione e alla esplorazione di se stesso che questa sollecita.

Occorre RISPONDERE a TRE LIVELLI :

- 1) RISPONDERE al CONTENUTO: per mettere " in luce " al meglio i dati oggettivi di storie spesso confuse,
 - 2) RISPONDERE al SENTIMENTO ; per chiarire le emozioni legate a fatti e esperienze
 - 3) RISPONDERE al SIGNIFICATO ; per mettere insieme esperienze e sentimenti esplicitando le " ragioni " per cui prime e secondi sono legati.
- RISPONDERE significa FARE DA SPECCHIO, quindi CHIARIRE e dare il NOME a materiali confusi, perciò significa " esplorare " con successo e questo RINFORZA tentativi nuovi di esplorazione

1) RISPONDERE AL CONTENUTO

- aiuta a districare la confusione che può accrescere l'incapacità di vedere e, quindi, di risolvere
- aiuta l'helper ad avere un quadro il più esatto e affidabile (su cui può " personalizzare " e " avviare un cambiamento ")
- " rispondere " a qualcosa facilita l'ulteriore esplorazione di altri contenuti
- aiuta helpsee e helper a individuare gli eventuali " buchi " e a circoscriverli, evidenziandoli così a sufficienza, ma con gradualità.

COME SI ATTUA:

- Porsi mentalmente le SEI domande chiave della griglia
CHI - CHE COSA - PERCHE' - COME - QUANDO - DOVE serve a verificare il proprio ascolto, ma anche la chiarezza del racconto portato dall' utente
- Per interagire con l' utente RIFORMULARE le espressioni dell'helpsee in forma diversa:
" Stai dicendo che"
" In altre parole"
- Di tanto in tanto si userà anche la tecnica del RIASSUMERE chiedendo il consenso alla correttezza o meno della comprensione (...hai detto che....., ho capito bene.....?????) In questo modo si dimostra all' utente la nostra attenzione e la nostra considerazione precisa rispetto alle cose dette da lui (il messaggio implicito è: ti sto ascoltando, quindi ti considero..)
- ..in questo modo però si mette anche l' utente nelle condizioni di dovere / potere continuamente chiarire a se stesso (nel momento in cui lo chiarisce a me) ciò che dice.

L' EFFETTO È DUNQUE DUPLICE:

- si sollecita la CHIARIFICAZIONE , dimostrando ATTENZIONE e CONSIDERAZIONE
- si COSTRINGE alla chiarezza con l' altro , ma soprattutto anche con se stesso chi è abituato a manipolare i discorsi fino al punto di confondere anche se stesso.

PRIMO APPROFONDIMENTO OPERATIVO: COSTRUIRE RISPOSTE "NON GIUDICANTI"

Le *risposte al contenuto* non devono lasciar trasparire alcun giudizio. Le risposte *giudicanti* non sono risposte "pure" perchè aggiungono qualcosa alla comunicazione dell'altro; infatti interpretano il suo comportamento come "buono" o "cattivo" o distorcono quello che in realtà l'altro ha detto. In tal modo ottengono l' effetto opposto a quello auspicato: fanno sì che l' utente alzi tutte le sue difese e chiudonocosi la comunicazione anzichè aprirla .

Perchè la RIFORMULAZIONE funzioni deve si COSTRINGERE ALLA CHIAREZZA E ALLA CONGRUENZA, ma attraverso la FORZA INTERNA DEL PROCEDIMENTO MAIEUTICO, EVITANDO ACCURATANAMENTE IL GIUDIZIO.

Stabilite se le seguenti risposte dell'helper contengono un giudizio o sono neutrali.

Studente: *"Quella maledetta professoressa! I miei compiti non li corregge nemmeno. Fa dei commenti così assurdi. Si accanisce su cose di poco conto, come l'ortografia e la calligrafia, che non hanno niente a che vedere con la mia conoscenza dell'argomento".*

- a. Secondo te, la professoressa è ingiusta perchè valuta i tuoi compiti sulla base dei tuoi errori.

Θ giudicante	Θ neutrale
--------------	------------
- b. Se ho ben capito, non sei all'altezza di fare compiti ben scritti.

Θ giudicante	Θ neutrale
--------------	------------
- c. In altre parole, sei convinto che la professoressa si comporti in modo ingiusto nei tuoi confronti. Pensi che dovrebbe guardare all'essenziale, invece di essere così pignola..

Θ giudicante Θ neutrale

d. E' piuttosto facile scaricare le proprie colpe sulla professoressa, piuttosto che assumersi le responsabilità di tutto, anche dei dettagli.

Θ giudicante Θ neutrale

SECONDO APPROFONDIMENTO OPERATIVO: VALUTARE RISPOSTE EFFICACI

Questo esercizio vi aiuterà ad individuare i difetti di varie risposte in modo che voi possiate essere in grado di valutare e perfezionare le risposte che voi stessi darete da qui in avanti.

Date un giudizio ad ogni risposta, specificando il motivo di tale giudizio.

Studente: "Non so... E' solo che la scuola non mi dà quello che mi sarei aspettato. Pensavo che venendo qui le cose sarebbero state diverse, che le lezioni sarebbero state interessanti, che avrei avuto modo di partecipare a molte feste, che avrei avuto un sacco di cose nuove da fare. Invece, a quanto pare, questi corsi non mi insegnano nulla che io non sappia già, e io ed un gruppetto di altre persone non facciamo un gran che durante il tempo libero. La mia vita di studente non è diversa da quella che conducevo quando stavo a casa e lavoravo per mio padre".

a. E' un peccato che tu ti senta così. Ci sono molte cose da fare in giro, basterebbe che tu andassi a cercarle.

Insufficiente Buona

Motivo: l'helper non dimostra di aver ascoltato attentamente l'helpsee e contraddice le sue parole, esprime un giudizio.

b. Se ho ben capito, non c'è differenza con la vita che conducevi a casa, ti aspettavi un diverso tipo di studio e un gran numero di feste, invece non fai un gran che nel tuo tempo libero.

Insufficiente Buona

Motivo: Ripete gran parte di quanto detto sopra, senza riassumere il concetto essenziale, manca di concisione.

c. Se ho ben capito, la scuola non ti dà quello che cercavi, cose nuove ed interessanti.

Insufficiente Buona

Motivo: Riassume le parole dell'helpsee in maniera concisa e precisa.

TERZO APPROFONDIMENTO OPERATIVO: FORMULARE RISPOSTE CHE CENTRINO BENE IL "CONTENUTO"

Rivedete quali sono gli elementi essenziali di una buona *risposta al contenuto*, dopo di che, mettete per iscritto le risposte che secondo voi meglio si addicono ai problemi ed alle situazioni prospettate negli esempi che seguono.

Esempio:

Giovane: "Stavo pensando di iscrivermi al corso di Segretaria d'Azienda. Secondo i miei amici è una cosa da femmine — non mi lasceranno in pace un attimo — ma io ho bisogno di un qualche lavoro e le offerte in giro sono scarse. Non so bene cosa fare".

Se ho ben capito, hai urgente bisogno di un lavoro, ma non sei sicuro che il corso per segretaria d'azienda possa fare al caso tuo.

1. *Studente: "Ho paura di essermi fatto incastrare. Alcuni membri del comitato studentesco mi hanno chiesto di diventare presidente del comitato per la festa in onore dei genitori. Mi hanno detto che non era un compito gravoso, ma nessuno è stato in grado di darmi maggiori ragguagli. Poi mi hanno detto che mi avrebbero fatto avere del materiale. Ora ho sentito delle voci in merito, ma non so ancora nulla di preciso".*

Se ho ben capito, _____

2. *Donna: "Certe volte penso che tutto quello che faccio debba andare storto".*

Se ho ben capito, _____

3. *Impiegato: "E' impossibile lavorare con quel tipo. Non la smette mai di sorvegliarmi e non fa che dirmi dove ho sbagliato e dove ho fatto bene, dove correggere e dove cambiare".*

In altre parole, _____

4. *Studente: "La professoressa ce l'ha con il mio amico: qualsiasi cosa Tommy faccia, non le va bene; ogni volta che Tommy fa un errore, ZAC! Lei lo sorprende".*

Se ho ben capito, _____

2) RISPONDERE AL SENTIMENTO

L'utente / helpsee esprime i suoi sentimenti

- in modo verbale diretto

- in forma indiretta non verbale

- tono voce

- modalità di racconto

- movimenti, posture, ecc....

Occorre rispondere al sentimento sia che sia espresso nell'una o nell'altra forma (facendo attenzione alle incongruenze fra l'una e l'altra)

Obiettivo del rispondere e' quello di mostrare all'helpsee il nostro grado di comprensione e la nostra affidabilità.

Si attua cosi' : Porsi e rispondere alla " domanda dell'empatia " COME MI SENTIREI IL AL SUO POSTO ?

Lo facciamo:

1. riassumendo in sintesi tutti i SEGNI- INDIZI che egli ci ha fornito (verbali e no)
2. individuando la CATEGORIA del sentimento
3. individuando l'INTENSITA' , alta , media,bassa)

Proporre una RISPOSTA INTERCAMBIABILE al sentimento : consiste nel ri-esprimere lo stesso sentimento che l'helpsee aveva espresso, allo stesso livello con cui l'aveva espresso

" TI SENTI.....triste/felice/ scoraggiato "

Trovare una " parola emozionale " precisa che dia forma più circoscritta al generico:

- sentirsi giu'
- sentirsi su
- sentirsi arrabbiati

La parola PRECISA e' importante perche' consente all'helpsee di ritrovarsi e di conoscere il suo stato attuale.

La PRECISIONE riguarda due aspetti del sentimento :

- innanzitutto la TIPOLOGIA
- poi l'INTENSITA' (alta/ media/ bassa) all'interno di quella tipologia

PRIMO APPROFONDIMENTO OPERATIVO: COME SCEGLIERE LE "PAROLE EMOZIONALI" PIÙ ADATTE

Per riuscire a *rispondere al sentimento* in maniera efficace, è necessario lavorare con un ampio "vocabolario" di termini che esprimono emozioni, ossia parole che siano "intercambiabili" (sinonimi) sia con la categoria di sentimenti comunicati dall'altro, sia con l'intensità degli stessi.

Importante è anche che tali parole siano coerenti con il *sistema di riferimento* dell'altro.

Avrete avuto modo di constatare che alcune parole centrano meglio di altre l'esperienza emozionale dell'altro. Avrete maggiori possibilità di scegliere le parole più adatte dopo aver "esplorato" completamente la gamma delle possibili emozioni.

Contrassegnate le parole che meglio si adattano alla situazione emotiva (per *categorie ed intensità*) in cui si trova chi parla.

1. Fratello: *"Se solo sapessi cosa fare! I miei genitori e mia sorella hanno ripreso a litigare. Qualsiasi cosa lei faccia, sbaglia; è come se, ai loro occhi sbagliasse comunque. Però non hanno tutti i torti. Qualche volta mia sorella si dimostra assolutamente insensata"*.

Come ti sentiresti se fossi al posto di questa persona?

disorientato	Frustrato	fortunato
preoccupato	Triste	combattuto
eccitato	Stanco	turbato

2. Studente universitario: *"Alla fine, ho preso il coraggio a due mani e sono andato a parlare del mio compito con "Hilda la terribile". Le ho detto chiaramente quali erano le mie difficoltà. Ho fatto quello che avevamo stabilito, sai, le ho tenuto testa ed ha funzionato. Ho rivisto con lei l'intero compito ed ho scoperto che sa anche essere umana"*.

Come ti sentiresti se fossi al posto di questa persona?

compiaciuto	Insultato	imbarazzato
Deluso	Bene	sorpreso
sopportato	Sollevato	adirato

3. Tossicodipendente: *"Penso che quando ero ragazzino ero sempre depresso, e la roba mi aiutava a tirarmi su. Mi piace ancora, ma ho l'impressione che sia la roba a controllare me, non viceversa, perchè solo se la prendo mi sento su di giri..."*.

Come ti sentiresti se fossi al posto di questa persona?

a disagio	Bene	impotente
Eccitato	Spaventato	potente
Confuso	Stravolto	disorientato

4. Paziente: *"Io ho avuto i risultati degli esami: non ho il cancro! Mi sento come se la vita iniziasse nuovamente. E' fantastico!"*.

Come ti sentiresti se fossi al suo posto?

Sollevato	Sottosopra	libero
Deluso	Elettrizzato	Depresso
Vivo	Confuso	Rinato

SECONDO APPROFONDIMENTO OPERATIVO: AMPLIARE IL PATRIMONIO DI “PAROLE EMOZIONALI” Scopo di questo esercizio è quello di trovare il maggior numero possibile di termini che esprimano un sentimento. Questo schema potrà essere utilizzato allo stesso modo in futuro, durante gli stessi colloqui con gli utenti ogni qualvolta il ragazzo o la ragazza abbia difficoltà a trovare le parole adatte per “nominare” il proprio stato d’animo. . Partendo dalla parola – stimolo indicata sotto, associatela ad un altro termine affine e completate la frase. Usate poi questa nuova parola come un nuovo stimolo e ripetete il procedimento nuovamente. **MODELLO:**

Quando sono adirato _____ mi sento furioso _____
 Quando sono furioso _____ mi sento scoppiato _____
 Quando sono scoppiato _____ mi sento fregato _____
 Quando sono fregato _____ mi sento male _____
 Quando sto male _____ mi sento triste _____

MODELLI DA COMPLETARE

1) Quando sono eccitato, _____ mi sento _____
 Quando sono _____ mi sento _____
 Quando sono _____ mi sento _____

2) Quando sono impotente, _____ mi sento _____
 Quando sono _____ mi sento _____
 Quando sono _____ mi sento _____

3) Quando ho paura, _____ mi sento _____
 Quando sono _____ mi sento _____
 Quando sono _____ mi sento _____
 Quando sono _____ mi sento _____

3) Quando sono confuso, _____ mi sento _____
 Quando sono _____ mi sento _____
 Quando sono _____ mi sento _____
 Quando sono _____ mi sento _____

4) Quando mi sento potente, _____ mi sento _____
 Quando sono _____ mi sento _____
 Quando sono _____ mi sento _____

Quando sono _____ mi sento _____

TERZO APPROFONDIMENTO OPERATIVO: GUIDARE LA/IL RAGAZZA/O A ORDINARE E ORGANIZZARE ULTERIORMENTE IL PROPRIO PATRIMONIO DI "PAROLE EMOZIONALI"

Si tratta di un lavoro che può essere svolto con gli utenti, magari riservandosi una sezione a parte nel QUADERNO — DIARIO personale dei colloqui strutturati. Si possono inserire i diversi termini che gli helpee / utenti usano per esprimere le emozioni in una tabella che verrà utile e potrà essere man mano ampliata e approfondita mano a mano che si procederà nella serie dei colloqui strutturati.

E' possibile anche utilizzare questo procedimento all' interno dei momenti di GRUPPO D' INCONTRO, magari presentandoli come SEMINARI SU UN SENTIMENTO . Rientra nella prospettiva più volte ribadita della CT come "scuola", nel senso di luogo di crescita delle competenze (più che delle conoscenze) , in questo caso di "COMPETENZE EMOTIVE" .

Trascrivete nella pagina che segue i termini che avete ricavato nell'esercizio precedente , aggiungendo eventuali altri termini che vi vengano in mente.

Livelli di intensità	Categorie						
	Categorie di sentimenti						
Alto	Felice	Triste	Arrabbiato	Spaventato	Confuso	Forte	Debole
	Euforico	Disperato	Furioso	Terrorizzato	Sgomento	Potente	Impotente
	Raggianti	Depresso	Fuori di sé	Sconvolto	Sconcertato	Poderoso	Oppresso
	Pazzo di gioia	Distrutto	Inviperito	Angosciato	Esterrefatto	Vigoroso	Svuotato
	=====	=====	=====	=====	=====	=====	=====
Medio	Allegro	Addolorato	Adirato	Intimorito	Intontito	Energico	Insicuro
	Su di giri	Amareggiato	Irritato	Insicuro	Disorientato	Capace	Vulnerabile
	In forma	Desolato	Aggressivo	Ansioso	Allibito	Determinato	Deciso
	=====	=====	=====	=====	=====	=====	=====
Basso	Lieto	Giù di morale	Scocciato	Timoroso	Perplesso	Sicuro	Incerto
	Soddisfatto	Scoraggiato	Seccato	A disagio	Dubbioso	Ottimista	Labile
	Pago	Avvilito	Indispettito	Teso	Imbarazzato	Solido	Apatico
	=====	=====	=====	=====	=====	=====	=====

Dal momento che l'intensità di una parola di sentimento dipende dal tipo di persona a cui questo termine viene rivolto, è importante ENTRARE NEL MONDO DI RIFERIMENTO DELL'ALTRO ED ENTRARE ANCHE NEL SUO "LESSICO FAMILIARE" (Natalia Ginzburg) , in modo da poter classificare i vocaboli a seconda del livello di intensità adatto e riconoscibile da ciascuno .

3) RISPONDERE AL SIGNIFICATO

Il contenuto attiene alla concettualizzazione della storia ; il sentimento attiene alle emozioni suscitate dai fatti.

Pensare ad un livello superiore di risposta significa dare una RISPOSTA INTERCAMBIABILE in cui l'helpee riconosce il nesso e sistente tra CONTENUTO E SENTIMENTO.

“ SEI triste

PERCHE' sei senza lavoro “

E' più facile lavorare su cose che riusciamo ad inquadrare in uno schema mentale concettualizzabile , piuttosto che su quello che sentiamo confusamente.

Se la situazione e' complessa puo' darsi che vi siano diversi contenuti cui corrispondono diversi sentimenti --- si tentera' di rispondere a ciascun elemento in modo intercambiabile (con l'helpee) e appropriato:

“ SEI..... PERCHE'.....

e SEI PERCHE'"

In questo modo riusciamo a entrare nello SCHEMA DI RIFERIMENTO dell'helpèe ---

Naturalmente, essendo questo ultimo diverso da persona a persona occorre avere la capacità di personalizzare le risposte.

Rispondere serve a SOLLECITARE L'ESPLORAZIONE. Se la risposta è adeguata, l'helpèe comincia a esplorare anche di propria iniziativa la propria storia, i contenuti, i sentimenti, e significati. Sarà allora il momento di iniziare a PERSONALIZZARE per ottenere progressivamente dall'helpèe l'AUTOCOMPRESIONE

Teniamo a sottolineare l'importanza decisiva che questo modo di procedere riveste per la riuscita del percorso di riabilitazione comunitario. Abbiamo a lungo riflesso sul fatto che i cambiamenti comportamentali apparenti derivanti da un posticcio (e magari opportunistico) "adattamento" rischiano di scomparire velocemente dopo il rientro nella vita ordinaria.

I cambiamenti che durano nel tempo sono quelli che passano attraverso:

- A) Un faticoso e metabolizzato processo di "INTERIORIZZAZIONE".**
- B) Una più solida COMPETENZA NELLA LETTURA dei propri stati d'animo e sentimenti**
- C) Una profonda e sperimentata RIDEFINIZIONE DEI PROPRI SCHEMI di riferimento e dei propri schemi transazionali**

Lavorare su una sistematica evoluzione – incremento delle proprie COMPETENZE EMOZIONALI e della propria CAPACITA' DI NOMINAZIONE significa fornire gradualmente i "mattoni di base" per costruire tutto questo processo con solidità.

PRIMO APPROFONDIMENTO OPERATIVO: UN' ATTIVITA' SUL RISPONDERE AL SIGNIFICATO DA SVOLGERE CON L' UTENTE PER ACCRESCERE LE SUE COMPETENZE EMOZIONALI: EVENTI E SENTIMENTI NELLA PROPRIA VITA.

EVENTO N.1 Breve narrazione del fatto:

Quando è successo quel fatto mi sono sentito/a:

_____ (mettere la categoria generale di sentimento: felice, triste, arrabbiato, spaventato, confuso, forte, debole.)

Quando sono _____ (mettere la categoria generale di sentimento usata sopra: felice, triste, arrabbiato, spaventato, confuso, forte, debole.)

..... mi sento _____

(Usare un termine di sentimento più specifico per quanto riguarda la categoria e più preciso per quanto riguarda il livello di intensità.)

POSSIBILE UTILIZZO NEL QUADERNO – DIARIO. La scheda può essere ovviamente riprodotta e più volte riutilizzata durante i colloqui strutturati, rileggendo insieme all' utente qualche momento significativo della vita di comunità, oppure del presente o del recente o lontano passato, facendone l' occasione per approfondire insieme all' helpèe

- **il suo modo di rispondere agli eventi,**
- **i suoi schemi transazionali,**
- **le sue strategie comunicative con se stesso e con gli altri ,**
- **i giochi e i ricatti**
introducendo contestualmente i concetti di funzionalità / disfunzionalità e di distinzione tra i sentimenti autentici e quelli parassiti o di copertura .

SECONDO APPROFONDIMENTO OPERATIVO: RICONOSCERE LE RISPOSTE INTERCAMBIABILI (RISPONDERE AL SIGNIFICATO)

Con la *risposta al significato*, l'operatore deve far capire all'altro che ha compreso "globalmente" la situazione in cui si trova, ovvero sia i suoi *sentimenti*, sia i motivi contingenti (*contenuti*) che li hanno determinati, come nel seguente esempio :

Residente : *“Non riesco proprio a capire. Oggi pomeriggio, appena sono rientrata in stanza, la mia compagna non mi ha degnata di uno sguardo. Le ho chiesto il motivo di questo suo comportamento e lei mi ha guardato e mi ha detto: “Non far finta di non saperlo”, e poi se n’è andata. Mi sono sentita un verme. Nessuno mi vuol dire che cosa sta succedendo. Cosa dovrei fare se nessuno mi dice dove ho sbagliato?”.*

Risposta: *“Sei sconcertata perché nessuno ti aiuta a capire perché la tua compagna di stanza si comporta a quel modo”.*

Questa risposta è effettivamente intercambiabile ed è efficace come RISPOSTA AL SIGNIFICATO (contenuto + sentimento correlato) perché affronta insieme, collegandoli opportunamente, i DUE ASPETTI della risposta, ossia il *CONTENUTO* ed il *SENTIMENTO* dell’utente / helpee.

Se durante il colloquio strutturato riusciamo a riconoscere immediatamente se una risposta è “buona” o “cattiva”, siamo in grado di darci ogni volta dei *feedback* riguardo la correttezza o meno di ogni nostra risposta. Questa competenza di autovalutazione è indispensabile per migliorare la abilità nel rispondere.

Per questo proviamo a individuare quali delle risposte riportate qui sotto sono effettivamente *INTERCAMBIABILI* (ossia esprimono lo stesso “messaggio” rispetto alla comunicazione dell’helpee). Qualora una risposta *NON SIA* intercambiabile, identifichiamo gli errori in essa commessi.

ALCUNI DEI POSSIBILI ERRORI SONO:

- prolissità rispetto al *contenuto* (occorre essere brevi nelle risposte)
- ripetizione pedissequa del *contenuto* parola per parola (evitare l’effetto “pappagallo” e riassumere sinteticamente)
- contenuto troppo vago (essere precisi e specifici)
- *categoria* del sentimento non accurata
- *intensità* del sentimento non accurata
- scelta non appropriata della parola emozionale”
- riferirsi all’*esperienza emozionale* (senti che ..., ti senti come ...), non usando invece *parole emozionali* specifiche.
- contenuto non intercambiabile (la risposta *AGGIUNGE O TOGLIE* qualcosa dal contenuto espresso dall’altro; di conseguenza finisce per contenere o una interpretazione o un giudizio).

SITUAZIONE COMMENTATA *ASPIRANTE DIRETTORE DI COMUNITA’* : *“Quasi tutti gli operatori vogliono un direttore duro. Si aspettano una persona sempre pronta a rimproverarli. Ma io non sono così”.*

a. Lei si sente *frustrato* perché i datori di lavoro cercano dei direttori con delle qualità che lei non ha.

Errori: Nessuno, risposta intercambiabile

b. E’ contento perché si rende conto di essere diverso.

Errori: Errata categoria emotiva, contenuto troppo vago

c. E’ spaventato perché nessuno la assumerà come direttore.

Errori: Errata intensità emotiva, risposta non intercambiabile, aggiunge qualcosa al contenuto

d. E’ come se fosse bloccato perché i datori di lavoro chiedono ai direttori di essere più duri di quanto lei non sia.

Errori: Manca la parola emozionale, vi è “l’esperienza” emozionale

e. E’ scoraggiato perché nel mondo degli affari vige la legge del più forte.

Errori: Contenuto non intercambiabile

DUE SITUAZIONI DA COMMENTARE:

1. *CAPO: “Sono stufo! Nessuno qui dentro ha ancora capito che faccio sul serio. Il prossimo che arriva in ritardo è licenziato”.*

a. Lei è sgomento perché gli altri non la credono in grado di mettere in atto le sue minacce.

Errori: _____

b. E’ fuori di sé perché i dipendenti al giorno d’oggi sono degli scansafatiche.

Errori: _____

c. E’ irritato perché gli altri non prestano attenzione alle sue parole.

Errori: _____

d. E’ confuso perché gli altri non la ascoltano.

Errori: _____

e. E’ adirato per questo motivo.

Errori: _____

2. *SARTA: “Ehi, è davvero fantastico. Questa stoffa è proprio della qualità che stavo cercando. Ora sì che potrò finire il mio vestito”.*

a. Sei contenta che la stoffa sia buona.

Errori: _____

b. Ritieni che la stoffa sia ideale per il tuo vestito.

Errori: _____

c. Sei eccitata perché la qualità della stoffa è esattamente quella che cercavi. Ora puoi finire il vestito.

Errori: _____

- d. Sei fiduciosa perché la stoffa è di ottima qualità. Il materiale è veramente eccellente e così tu puoi finire il vestito che stavi confezionando. E' sempre una fortuna riuscire a trovare la stoffa che si cerca.

Errori: _____

- e. Sei contenta perché questa stoffa è perfetta per finire il vestito.

Errori: _____

FASE TRE: PERSONALIZZARE

INDICE — MAPPA DELLA TERZA FASE

IL PASSAGGIO E' DECISIVO PER L' ANDAMENTO E L' EFFICACIA DEL COLLOQUIO STRUTTURATO IN COMUNITA', Anche se la distinzione con la fase precedente del "rispondere al significato" può sembrare a prima vista molto sottile, in realtà rappresenta un nodo cruciale.

Si passa infatti da un "CHE COSA SIGNIFICA?" in termini più generali ad un diretto e ficcante "....CHE COSA SIGNIFICA PER ME ? ", in questo senso si definisce questa fase come "PERSONALIZZARE", perchè riporta tutto al VISSUTO PERSONALE E IRREPETIBILE DELL' UTENTE/ HELPEE che ci sta di fronte nel colloquio strutturato.

Non dimentichiamo che il senso fondamentale del ruolo DELL' OPERATORE DI RIFERIMENTO è proprio quello di gestire la INDIVIDUALIZZAZIONE — INTERIORIZZAZIONE DELLA TERAPIA COMUNITARIA. Per questo la FASE DEL PERSONALIZZARE può essere considerata nel colloquio strutturato la cerniera decisiva del successo o dell' insuccesso riabilitativo; se non funzionerà questo passaggio otterremo solo degli ADATTAMENTI OPPORTUNISTICI, non dei CAMBIAMENTI.

" Personalizzare " implica di passare ad evocare e interiorizzare la responsabilità dell' helpee nei confronti della propria vita. Per l' helper significa superare LA RISPOSTA INTERCAMBIABILE (quella che mette in relazione SENTIMENTO e CONTENUTO per arrivare al SIGNIFICATO) , AGGIUNGENDO qualcosa a quello che l' helpee dice per facilitare la COMPRESIONE. Così questo e' aiutato a capire dove veramente e' (abilità' dell' helpee) e così comincia a mettere a fuoco meglio dove vorrebbe essere.

Si comincerà a personalizzare dopo aver costruito una buona BASE INTERCAMBIABILE; l' operatore / helper risponde ormai normalmente in modo intercambiabile all' utente/ helpee; la base viene completata saturando tutti gli eventuali BUCHI informativi che sono rimasti.

L' helper lo farà inserendo le domande in mezzo a risposte intercambiabili rassicuranti.

L' helpee, a sua volta, comincia ormai anche da solo a procedere nella AUTOESPLORAZIONE; e' il momento di PERSONALIZZARE secondo le seguenti TAPPE:

- TAP
PA UNO: Personalizzare IL SIGNIFICATO
 - Individuare i temi ricorrenti
 - Interiorizzare le esperienze
 - Personalizzare le implicazioni
- TAP
PA DUE: Personalizzare I PROBLEMI
 - concettualizzare i deficit
 - interiorizzare i deficit
 - concretizzare i deficit
- TAP
PA TRE: Personalizzare GLI OBIETTIVI,
 - concettualizzare le risorse
 - interiorizzare le risorse
 - concretizzare le risorse

1) PERSONALIZZARE IL SIGNIFICATO

RISPONDERE AL SIGNIFICATO consisteva nel chiarire all' helpee quale sentimento provava rispetto al dato oggettivo esterno, rispetto cioè al "fatto" PERSONALIZZARE IL SIGNIFICATO consiste nell' approfondire ciò che il fatto significa per il cliente; non si mette più in relazione il sentimento con il fatto, ma il sentimento con il "vissuto" di quel fatto

TRE MOMENTI + UNO :

1) INDIVIDUARE I TEMI RICORRENTI

Dalle espressioni ricorrenti si può risalire allo SCHEMA DI RIFERIMENTO dell' helpee e individuare una risposta al suo tema ricorrente es.: " TI SENTIfurioso / PERCHE' LE COSE TI VANNO SEMPRESTORTE "

2) INTERIORIZZARE LE ESPERIENZE

Non "metterle fuori" o parlarne tramite terzi o formule impersonali o oggettive e interiorizzare esplicitamente l' esperienza col " TU " "SEI FURIOSO ... PERCHE' TU sei stato fregato".

3) INTERIORIZZARE LE IMPLICAZIONI PERSONALI

Dobbiamo domandarci : perchè l' esperienza interiorizzata è stata importante? Probabilmente ha implicato che l' helpee abbia avuto la conferma di un contenuto ricorrente del suo schema di riferimento: " SEI furioso ...PERCHE' TU vieni sempre lasciato da parte "

A questo punto il sentimento cambia: l'helpèe non è più "furioso"; l'interiorizzazione dell'esperienza personale lo porta a superare il sentimento più immediato e superficiale. Dietro la rabbia compare la "frustrazione".

Occorre essere pronti a RISPONDERE A QUESTO NUOVO SENTIMENTO (ponendoci la domanda della empatia: come mi sentirei io se mi sentissi furioso perchè vengo sempre lasciato da parte?) TI SENTI ERLISTRATO, perchè TU vieni sempre lasciato da parte.

PERSONALIZZARE IL NUOVO E PIU' PROFONDO CONTENUTO - SENTIMENTO RISPETTO AL NUOVO E PIU' PROFONDO SIGNIFICATO

PRIMO APPROFONDIMENTO OPERATIVO: PERSONALIZZARE IL SIGNIFICATO La fase del "personalizzare" comporta in realtà una serie progressiva di fasi introdotte dalla COSTRUZIONE DELLA COSIDDETTA "BASE INTERCAMBIABILE" che abbiamo già affrontato come momento conclusivo e più complesso della fase del "rispondere". E' necessario riuscire semplicemente a *rispondere per un certo tempo* (ossia riuscire a "riflettere" semplicemente ciò che l'altro dice, senza aggiungere nulla, durante una serie di affermazioni dell'altro) se si vuole riuscire a costruire una "base" di intesa con l'helpèe che permetta poi di passare efficacemente alle fasi successive.

Occorre poi però andare *OLTRE la RISPOSTA INTERCAMBIABILE*; essa, infatti, rappresenta già una significativa acquisizione di competenza nell'autoconsapevolezza e nella interiorizzazione perchè mette insieme eventi e stati d'animo riportandoli al significato che hanno ("risposta al significato"); tuttavia ha un limite che è quello di mantenere il FOCUS all'esterno. Il "problema", insomma viene da fuori o è visto nella sua oggettività vera o presunta.

PERSONALIZZARE IL SIGNIFICATO SIGNIFICA ANDARE "AL DI LÀ" della dimensione oggettiva ed esterna degli eventi, OSSIA AIUTARE L'ALTRA PERSONA A *COMPRENDERE PERCHÉ L'ESPERIENZA CHE STA VIVENDO È IMPORTANTE PER LEI*. L'utente / helpèe spesso evoca un fattore ESTERNO (nel racconto dei fatti che sono oggetto del colloquio), ma PER DARE UN AIUTO CONCRETO È NECESSARIO *INTERIORIZZARE L'IMPATTO DELLA SITUAZIONE*. Ciò è possibile con una risposta che, appunto, personalizzi il significato.

Si veda per esempio questa situazione e la diversa "intensità" del livello di interiorizzazione delle due risposte.

Bambino in ospedale: "Sei cattivo. Tutti qui sono cattivi. Voglio andare fuori a giocare. Non sto più male adesso, finirà la stagione prima che questo scemo di dottore mi faccia uscire".

Risposta1: Sei molto arrabbiato perché i medici e le infermiere non ti lasciano andare a casa.

Commento: Questa è una risposta sia al sentimento, sia al contenuto. Tuttavia, il contenuto è "focalizzato" all'esterno della persona e si ferma quindi al livello della risposta intercambiabile. Qualcun altro, e non il bambino, è considerato un motivo per cui questi sentimenti si sono originati: "i dottori e le infermiere non mi fanno uscire".

Risposta2: Sei arrabbiato perché perderai tutti i giochi importanti.

Commento: Questa risposta fa personalizzare il significato. Il FOCUS è interno: "Ti senti arrabbiato perché TU perderai tutti i giochi importanti".

Nelle diverse situazioni che seguono proviamo a distinguere le semplici risposte intercambiabili da quelle che, invece, contengono un significato personalizzato. Cercate di discriminare quali delle risposte riportate qui sotto sono "intercambiabili" con quanto espresso dall'helpèe ("RI" risposte che cioè accettano la definizione dell'helpèe che le sue emozioni abbiano cause esterne) e quali invece personalizzano il significato ("RP": ossia che cercano di attribuire all'helpèe la responsabilità delle sue emozioni).

Proviamo ad approfondire come elaborare risposte che personalizzano il significato, subito dopo aver dato una risposta "intercambiabile" al significato. Per ciascuna delle seguenti affermazioni dell'helpèe, cercate di dare prima una risposta intercambiabile al significato, e poi una risposta che *personalizzi* il significato (come nel primo esempio precompilato). Ricordate che una buona risposta è breve e diretta.

Compagno di stanza: "Non so cosa lui si aspetti da me, ma so bene cosa voglio io. Voglio che si faccia come dico io, per una volta. Sono stufo di dover sempre far posto agli altri, mentre loro non fanno mai posto a me."

1. Risposta al significato (intercambiabile): Sei arrabbiato perché il tuo compagno di stanza non riconosce le tue esigenze.
2. Risposta che personalizza il significato: Sei determinato perché hai deciso di far rispettare le tue esigenze.

1. Studente: "Quello che faccio è sufficiente. Sono soddisfatto della mia vita, se non fosse per quelle persone che mi incitano a fare meglio. Perché? Per tutta la vita gli altri mi sono stati addosso. Oh, non tutti, ma mio padre, ad esempio, era così e ci sono stati parecchi altri come lui nella mia vita. Pensano che l'autorità di cui godono dia loro il diritto di comandare gli altri a bacchetta. Ma io non ci sto!".

a. Risposta al significato (intercambiabile): Sei _____ perché _____

b. Risposta che personalizza il significato: Sei _____ perché tu _____

2. Marito: “La situazione ci è sfuggita di mano senza che ce ne rendessimo conto. Abbiamo perso il controllo del tempo, di tutte quelle cose che ti distolgono da ciò che è veramente importante. Strano quanto poco tempo dedichiamo alle cose più importanti. Mi domando se riusciremmo a tornare indietro, ad essere nuovamente uniti”.

a. Risposta al significato: Sei _____
perché _____

b. Risposta che personalizza il significato: Sei _____
perché tu _____

3. Adolescente: “So che potrei risolvere i miei problemi, non sono poi così gravi, sono solo piccole seccature. Non sono proprio entusiasta di aver ripreso gli studi, ma voglio riuscire. Ciò nonostante esco tutte le sere, bevo troppo, al mattino faccio fatica ad andare a scuola, rimango sempre più indietro, e poi ho i rimorsi di coscienza, e allora cosa faccio? Vado ancora fuori a bere”.

a. Risposta al significato: Ti senti _____
perché _____

b. Risposta che personalizza il significato: Sei _____
perché tu _____

4. Scarcerato su cauzione: “Perché mi trovo qui? Non è stata una mia idea. Io non sto male o cose del genere. Il giudice mi ha detto che se fossi andato da un counselor, la sentenza sarebbe stata sospesa. Così eccomi qui, ma non potete far nulla per me se tutto è a posto. Nessun altro è riuscito a qualcosa ... perché mai dovrete riuscirci voi?”.

a. Risposta al significato: Sei _____
perché _____

b. Risposta che personalizza il significato: Ti senti _____
perché tu _____

2) **PERSONALIZZARE IL DEFICIT**

E' il momento in cui si chiede all' utente / helpee di individuare quali sono le cose che non riescono a fare e che sono alla base della loro difficoltà o sofferenza .

Chiediamo all' helpee di assumersi la responsabilità della propria vita guardando a se stesso e al proprio limite.

TRE MOMENTI + UNO +UN ALTRO :

- **CONCETTUALIZZARE IL DEFICIT**

Quale mancanza e' alla base del problema e della sofferenza? Si definisce il “dato di fatto”...relativo a ciò che manca. TI SENTI ...frustato. **PERCHE' TI E' MANCATA**...l'iniziativa per cogliere quell'occasione.

- **INTERIORIZZARE IL DEFICIT**

Significa responsabilizzare il cliente rispetto al ruolo che egli ha nel proprio deficit (prima individuato e concettualizzato come “datità” esterna a sè) . Che cosa c'è in me che impedisce di colmare quella mancanza che e' alla base del problema? TI SENTI frustato **PERCHE' TU NON RIESCI**ad assumere l'iniziativa

- **CONCRETIZZARE IL DEFICIT**

Esprimere il deficit in termini **concreti** e' utile perchè consentirà di **formulare obiettivi altrettanto concreti**. La domanda e' “Come e in quali situazioni possiamo osservare il manifestarsi del deficit? TI SENTI... frustato **PERCHE' TU NON RIESCI A FARE** i passi giusti al momento giusto

- **PERSONALIZZARE I SENTIMENTI RISPETTO AL DEFICIT**

messo a fuoco i l deficit, emergono **nuovi sentimenti** relativi alla **nuova consapevolezza** . Occorre **RISPONDERE PERSONALIZZANDO** a questo nuovo vissuto di sè . Tramite la domanda dell'empatia (Come mi sentirei di fronte a questa nuova consapevolezza ?) l'helper risponde : “ SEI..... deluso di te stesso **PERCHE' HALCAPITO**...che TU manchi all'iniziativa ?”

- **CONFRONTAZIONE** Qui si può anche introdurre una **CONFRONTAZIONE** rispetto al deficit (se si ritiene opportuno evidenziare una contraddizione) “**DA UNA PARTE DICHI** ...di sentirti frustato per la tua mancanza di iniziativa , **MA DALL'ALTRA TI COMPORTI**senza fare nulla per cambiare “. La domanda sottintesa che apre alla individuazione degli **OBIETTIVI CONCRETI OVVIAMENTE E': CHE COSA POTRESTI FARE PER RENDERE Più COERENTI I DUE ASPETTI**.....???????

PRECISAZIONE SUL RAPPORTO CON LA METODOLOGIA DI COMUNITA' Non e' detto che il confronto vada proposto sempre e comunque, quasi rischiando l' effetto persecutorio (soprattutto se il soggetto è predisposto da strutture di personalità di tale quadrante); certo non e' mai sufficiente e deve **ESSERE SEGUITO DA UNA EFFICACE RISPOSTA - SOSTEGNO SULLE RISORSE**

dell'helpes, altrimenti si risolve in una inutile colpevolizzazione. L'atteggiamento punitivo implicitamente svalutante, dal punto di vista rogersiano non può avere mai una valenza terapeutica, perché distrugge proprio quelle risorse interne del cliente su cui si basa tutto il processo di cambiamento "centrato (appunto) sul cliente". Non è in discussione la durezza o meno dei "toni" della confrontazione, ma il messaggio implicito che contiene: non sono io che ti confronto per umiliarti, ma TU che ti prendi in pieno la responsabilità di guardare lucidamente alla contraddizione tra ciò che lamenti di non riuscire a fare e ciò che metti (o NON METTI) in campo per raggiungere l'obiettivo.

L'evidenziazione dello SCARTO non deve essere superiore alle risorse richieste al cliente per poterlo superare; altrimenti il confronto si trasforma in uno sterile giudizio di condanna con effetto scoraggiante e demotivante rispetto al cambiamento.

E' utile:

- 1) mettere il cliente nella condizione di *intravedere il traguardo commisurato alle sue risorse*
- 2) *fare sentire l' "alleanza terapeutica", "fare il tifo" per lui e per il suo cambiamento*

PRIMO APPROFONDIMENTO OPERATIVO: INDIVIDUARE RISPOSTE CHE PERSONALIZZANO IL DEFICIT / PROBLEMA.

Personalizzare il problema significa comunicare che cosa la persona non è in grado di fare e che invece sarebbe necessario perseguire per gestire il "problema". Come si vede in questo esempio:

Sorella: *"Parlano di lei come se non fosse qui. Mi dà veramente fastidio quando no intervengo: io sono più grande, potrei proteggerla, tuttavia non voglio commettere errori e non so cosa dire, cosa fare".*

Personalizzare il problema: *"Sei dispiaciuta perché non sei in grado di rispondere alle persone che "attaccano" tua sorella".*

Come ripresa degli ultimi passaggi e approfondimento delle differenze proviamo a distinguere nelle situazioni presentate di seguito le risposte che costituiscono semplici (RI) risposte intercambiabili al significato (vedi Fase DUE), da quelle in cui si è personalizzato il problema (PP), da quelle in cui si è personalizzato il significato (PS).

Dal punto di vista della struttura linguistica le tre risposte si presentano in linea di massima con le seguenti differenze:

- RI "Ti senti..... perché gli altri, / il mondo / tuo marito....."
- PS "Ti senti..... perché tu sei / ti senti"
- PP "Ti sentiperché tu non riesci a"

Giovane: *"Penso che quando ero ragazzino mi sentivo sempre più giù, e la roba mi faceva sentire meglio. Ora però, la roba mi domina. Ho perso il controllo, eppure continuo a prenderla".*

- _____ a. Sei spaventato perché non riesci a smettere di drogarti.
- _____ b. Ti senti a disagio perché la roba è troppo attraente.
- _____ c. Ti senti indifeso perché sei completamente dipendente dalla droga.

Impiegato: *"Mi sfruttano letteralmente in questo negozio. Faccio tutto io e sono sicuro che nessuno se ne accorge. Beh, forse sì... ma non è il posto che fa per me...ecco la verità. Non mi daranno mai una promozione. Sono indispensabile. Non posso fare a meno di protestare quando una cosa non mi va bene".*

- _____ a. Si sente irritato perché nessuno apprezza davvero il suo lavoro e si accorge della sua indispensabilità.
- _____ b. Si sente scoraggiato perché si rende conto che non è la persona che loro cercano.
- _____ c. Si sente frustrato perché non riuscirà ad ottenere una promozione dicendo come la pensa senza troppe esitazioni.

Ventunenne: *"Il mio ragazzo vuole che vada a convivere con lui. Continua a ripetermelo ed io rispondo continuamente di no. Non so esattamente perché non voglio... e perciò non riesco a spiegarne la ragione nemmeno a lui. Lui si offende... ci resta molto male. Non voglio che questo succeda, ma so di non essere pronta ad andare a vivere con lui".*

- _____ a. Ti senti dibattuta perché non sei sicura della ragione del tuo rifiuto.
- _____ b. Ti senti male perché lui rimane deluso dal tuo rifiuto.
- _____ c. Ti senti a disagio perché non sai spiegare, né capire in te stessa, il perché del tuo comportamento.

Marito trentenne: *"Non so davvero che cosa voglio fare del mio matrimonio. Voglio essere onesto con mia moglie, ma non sono sicuro di amarla. E' davvero strano, mi sento per metà sposato e per metà scapolo".*

- _____ a. Si sente depresso perché non è in grado di decidere se porre fine al suo matrimonio oppure continuare.
- _____ b. Si sente triste perché il suo matrimonio è fragile.
- _____ c. Si sente disorientato perché le sembra di ingannare sua moglie, il suo matrimonio e se stesso.

SECONDO APPROFONDIMENTO OPERATIVO: COSTRUIRE RISPOSTE CHE PERSONALIZZANO IL DEFICIT / PROBLEMA

Scrivete, per ciascuna delle affermazioni che seguono, una risposta *intercambiabile al significato*, una risposta che personalizzi il *significato* ed una risposta che personalizzi il *problema*.

Giovane: "Nemmeno questa dieta funziona. E' da ...beh, praticamente da sempre che cerco di perdere chili. Appena inizio una nuova dieta sono pieno di entusiasmo, ma poi non riesco a portarla a termine. Anche se perdo qualche chilo, lo riacquisto subito dopo".

Intercambiabile: "Si sente scoraggiato perché la dieta non funziona".

Personalizzare il significato: " Si sente frustrato perché lei non fa progressi con la dieta".

Personalizzare il problema: " Si sente deluso perché non riesce ad impegnarsi così a fondo da dimagrire definitivamente".

Moglie: "Mi sento offesa. Siamo stati sposati per venticinque anni ed ora è finito. Mi sento ingannata. Sono vecchia ormai. Pensavo che la mia vita non avrebbe subito cambiamenti. Non mi sarei mai aspettata di dover ricominciare tutto da capo. Fa così male... Non so nemmeno se riuscirò a ricominciare".

Intercambiabile: "Si sente _____ perché _____".

Personalizzare il significato: "Si sente _____ perché lei _____".

Personalizzare il problema: "Si sente _____ perché non riesce _____".

Malato di mente: "Il personale qui... mi guarda storto. voglio andare a casa, ma dicono che sono pazzo. Devo rimanere qui finché non mi considerano guarito. Sento la mancanza di casa **mia**".

Intercambiabile: "Si sente _____ perché _____".

Personalizzare il significato: " Si sente _____ perché lei _____".

Personalizzare il problema: "Si sente _____ perché non riesce _____".

Donna di colore: "Questa società mi impressiona. Fanno un gran parlare di parità, ma poi cosa fanno? Non si sognano nemmeno di affidarmi la direzione del reparto. Avanzano un sacco di obiezioni stupide riguardo al mio curriculum universitario ed alla mia disponibilità a frequenti viaggi improvvisi. Eppure so di essere all'altezza del compito, e se sostengo di essere disposta a viaggiare... perché dovrebbero fare obiezioni? Mi trattano come se non fossi abbastanza matura per decidere quali responsabilità sono in grado di assumermi".

Intercambiabile: "Si sente _____ perché _____".

Personalizzare il significato: "Si sente _____ perché lei _____".

Personalizzare il problema: "Si sente _____ perché non riesce _____".

3) **PERSONALIZZARE GLI OBIETTIVI**

Dove l'utente / helpee desidera arrivare in rapporto a dove si trova attualmente? Gli obiettivi sono facilmente identificabili come il rovescio dei deficit che sono stati personalizzati.

CONCETTUALIZZARE LE RISORSE Ribaltare il deficit individuato

TI SENTI deluso , PERCHE' NON RIESCI ad avere iniziativa, E INVECE VORRESTI averla.

Il deficit per essere superato evoca la risorsa mancante

Interiorizzare le risorse E' troppo facile concettualizzare e spesso la sofferenza dell'helpee può arrivare dal sapere che cosa dovrebbe fare senza riuscire. Occorre rispondere a questa difficoltà in modo intercambiabile stabilendo solidarietà e sintonia.

CONCRETIZZARE LE RISORSE Bobbiamo concretizzare il più possibile ciò che e' alla portata di mano per superare il deficit. Giò mette l'helpee nella condizione di sentirsi vicino al risultato, anche se ancora incapace di perseguirlo. Non e' piu' pero' una meta generica (e inavvicinabile per la sua genericità), ma è un passo concreto e individuato.

"SEI deluso PERCHE' VORRESTI ATTUARE DELLE INIZIATIVE, MA NON CI RIESCI"

Personalizzare I SENTIMENTI rispetto alle RISORSE ed eventualmente CONFRONTARE: la vicinanza degli obiettivi concreti e la individuazione delle risorse necessarie a raggiungerli evoca SENTIMENTI NUOVI, questa volta probabilmente positivi o di aspettativa, che vanno adeguatamente personalizzati (come quelli negativi rispetto ai deficit)

"TI SENTI.....impaziente.PERCHE' STAI PER ... imparare ad avere iniziativa"

Può essere che l'helpee abbia paura di farcela e sia riluttante ad abbandonare la sua consolidata abitudine alla sconfitta; allora può essere utile CONFRONTARE :

" DICI CHE NON SEI SICURO DI RAGGIUNGERE I TUOI OBIETTIVI EPPURE sei a conoscenza delle possibilità che hai difarcela !?".

PRIMO APPROFONDIMENTO OPERATIVO: INDIVIDUARE IL COMPORTAMENTO - OBIETTIVO

La fase della *personalizzazione degli obiettivi* è finalizzata a comunicare all'helpee dove vuole arrivare in rapporto a dove si trova in quel momento. Questa operazione aiuterà a stabilire se un dato obiettivo (comportamento) è adatto o meno per un dato problema.

Nel lessico dei comportamentisti il "comportamento-obiettivo" (*goal behavior*) non è che l'*altra faccia* del comportamento-problema (*problem behavior*).

Identificate in che modo in ciascuna delle risposte che seguono si è giunti a stabilire l'obiettivo da raggiungere. Il modo corretto di personalizzare l'obiettivo è invece quello di introdurre nella risposta un comportamento "nuovo", che non si deduce dalla presentazione del problema che ne fa l'helpée. Denominate ciascuna risposta qui sotto a seconda del modo in cui pone l'obiettivo da perseguire.

Studente: "Faccio tutto il possibile per stare al passo con la classe. Faccio tutti i compiti e mi applico. Ma la matematica è una gran noia, mi tormenta la testa".

- a. Sei preoccupato perché non riesci ad ottenere risultati brillanti e vuoi classificarti tra gli studenti migliori.
 altra faccia nuovo comportamento
- b. Ti senti impotente perché non riesci a cavartela in matematica, mentre vorresti riuscirci.
 altra faccia nuovo comportamento
- c. Sei turbato perché non riesci ad imparare la matematica e vuoi seguire un corso più facile.
 altra faccia nuovo comportamento

Operaio: "non so se accettare questo nuovo lavoro. La paga è più alta, ma dovrei lavorare con gente completamente diversa, dalla quale non sono sicuro di poter ottenere l'appoggio che ho qui".

- a. Si sente vulnerabile perché non riesce ad affrontare gente nuova e vuole imparare a farlo.
 altra faccia nuovo comportamento
- b. Si sente insicuro, perché non riesce a prendere una decisione riguardo al lavoro e si rende conto che questa decisione è fondamentale..
 altra faccia nuovo comportamento
- c. Si sente smarrito perché non sa affrontare la gente che non conosce e desidera che il nuovo lavoro parta bene..
 altra faccia nuovo comportamento

Impiegato: "Sono così arrabbiato. Prima mi dicono una cosa e poi cambiano le regole. Non sono davvero capace di ribellarmi".

- a. Ti senti deluso perché non riesci a porre fine a questi giochetti e per una volta tanto vorresti uscirne vincitore.
 altra faccia nuovo comportamento
- b. Sei deluso del tuo comportamento, perché non riesci ad essere fermo nelle sue posizioni e vorresti esserne capace.
 altra faccia nuovo comportamento
- c. Sei deluso perché non sai far valere i tuoi diritti, e vuoi iscriverti ad uno di quei corsi dove ti insegnano ad essere assertivo.
 altra faccia nuovo comportamento

SECONDO APPROFONDIMENTO OPERATIVO : INDIVIDUARE OBIETTIVI PERSONALIZZATI.

Nell'esercizio che segue vi eserciterete a distinguere tra quattro tipi di diverse risposte: *intercambiabili* al significato; risposte che *personalizzano* il significato; risposte che *personalizzano* il problema e risposte che personalizzano l'obiettivo. Per ciascuna delle affermazioni riportate qui sotto, sono state formulate cinque risposte. Leggete ciascuna risposta e stabilite in quale categoria rientra. Contrassegnate ciascuna risposta con la sigla ad essa corrispondente, tra quelle che seguono:

- RI
 Risposta intercambiabile al significato: "Si sentePerché _____".
- PS
 Personalizzazione del significato: " Si sente.....perché lei _____".
- PP
 Personalizzazione del problema: " Si sente.....Perché lei non riesce _____".
- PO
 Personalizzazione dell'obiettivo: " Si sente.....perché lei non riesce a.....e vuole".

Donna ventottenne: "Da quando sono nata, ho l'impressione di essere alla ricerca di qualcosa. So di essere una persona onesta e rispettabile. Dovrei essere soddisfatta di quello che sono, eppure sento che mi manca qualcosa. Non so cosa potrei essere ... in qualche modo manco di forza, di concretezza".

- RI a. Si. sente insoddisfatta perché la sua vita non corrisponde alle sue aspettative.
- PP b. Si. sente disorientata, perché non sa esattamente cosa sta cercando.
- PS c. Si. sente triste, perché non è se stessa fino in fondo.

PP d. Si. sente debole dentro di sé, perché non riesce ad esprimere il suo potenziale.... si accontenta di meno

PO e. Si. sente delusa, perché ha cercato di crescere, ma a quanto sembra, non è ancora in grado di scoprire cosa vuole diventare; e lei vuole veramente scoprire ciò che è in grado di essere.

Studentessa di scuola superiore: *“Mi fa bene parlare con lei. Di solito non riesco a parlare con i miei coetanei, sono impacciata e a disagio. Mi sento come estranea, fuori posto. Sono diversa da quasi tutti i giovani perché... non so ... vorrei tanto essere socievole e disinvolta, ma so di non essere una di loro; mi tengono tutti a distanza”.*

- a. Sei triste perché gli altri non ti sono amici.
- b. Ti senti sola perché i tuoi coetanei rifiutano la tua amicizia.
- c. Sei infelice perché non hai amici.
- d. Ti senti sola perché non riesci ad andare d'accordo con i tuoi coetanei.
- e. Sei delusa di te stessa perché non riesci a familiarizzare con i tuoi coetanei e vuoi riuscire a farteli amici.

Libera professionista: *“Litigo con mio marito da sempre. Qualche volta penso che sia colpa sua. E' un tipo “mammone”, la sua famiglia ha sempre la precedenza su tutto. Ma poi mi chiedo se ho fatto bene a sposarmi. Ho l'impressione di essere infelice. E lavoro con tanti uomini attraenti, mi sento dibattuta, in conflitto. Perché non posso vivere in armonia con l'uomo che ho? ”.*

- a. Lei è confusa perché non può fare a meno di guardare gli altri uomini.
- b. E' confusa perché non riesce a capire esattamente cosa prova e vorrebbe venire a capo di questo conflitto interno .
- c. Si sente frustrata perché è costantemente alla ricerca di qualcosa o qualcuno ... migliore di suo marito.
- d. E' arrabbiata con se stessa perché non riesce a dedicarsi completamente a suo marito.
- e. Si sente ingannata perché suo marito non riesce a soddisfare i suoi bisogni.

Madre: *“Non voglio litigare continuamente con i miei figli. So di avere delle responsabilità nel consigliarli ed aiutarli a decidere in modo saggio, ma qualche volta ne nascono scontri così accesi che vorrei rinunciarvi ”.*

- a. Si sente scoraggiata perché i suoi figli le impongono quasi una lotta quotidiana per la loro educazione.
- b. E' preoccupata perché non vuole perdere i suoi figli.
- c. E' delusa di se stessa perché non riesce a convincere i suoi figli a seguire i suoi consigli.
- d. Si sente impotente, perché non riesce ad avere un rapporto sereno, senza discussioni, con i suoi figli. Lei vorrebbe invece che il dialogo tra di voi fosse positivo e non uno scontro.
- e. Si sente disorientata perché non è sicura di riuscire a dare loro quello di cui hanno bisogno.

SIMULAZIONE COMPLESSIVA FINALE DI COLLOQUIO SU TUTTA LA FASE DEL PERSONALIZZARE

Scopo di questo esempio di simulazione – verbalizzazione di colloquio è quello di arrivare a padroneggiare la tecnica del “personalizzare” che in realtà è da intendersi come un processo *sistematico* che parte dalla risposta intercambiabile al *significato* ed arriva progressivamente, nel corso dell'interazione, fino alla personalizzazione dell'obiettivo.. Nelle righe che seguono , troverete una serie progressiva di affermazioni esternalizzate da una madre nel corso di un colloquio approfondito. Dopo aver letto ciascuna frase, scrivete le risposte secondo voi più adatte.

a. *“I miei figli cominciano a sfuggirmi di mano. Siamo arrivati al punto che non ascoltano né me, né mio marito se non li minacciamo, ma nessuno vorrebbe essere costretto a minacciare continuamente i propri figli!”*

Risposta al significato _____

b. *“E' molto frustrante. Il bambino più grande, Jimmy, si era sempre comportato bene fino ad un anno fa e poi, improvvisamente, è come se fosse diventato un alto. Adesso è ribelle, urla e grida in continuazione e la scorsa settimana l'ho scoperto mentre torceva il braccio a suo fratello; voleva davvero fargli male ”.*

Risposta al significato _____

c. *“Non siamo violenti in famiglia, non riesco a capire dove l'abbia imparato. Potrei capire se io picchiassi sempre i bambini, ma non lo faccio. Beh, forse mi scappa di tanto in tanto uno schiaffo”.*

Risposta al significato _____

d. *“Sono veramente spaventata. Si leggono tante storie di bambini che fanno cose veramente terribili. Jimmy non è così cattivo, ma potrebbe accadere”.*

Risposta al significato _____

- e. *“Forse non sono poi così preoccupata. In fondo è un bravo bambino. Sa essere molto affettuoso ed ispira tenerezza. E qualche volta collabora veramente. E’ solo che voglio essere sicura di intervenire prima che la situazione diventi incontrollabile. Voglio bene a mio figlio e non voglio che cresca come un bambino solo e prepotente”.*

Risposta al significato _____

- f. *“Le cose stanno così, a mio parere. E’ sempre stato un bambino introverso. Jimmy è sempre solo, è una cosa evidentissima. Una volta non ci facevo caso, mi dicevo che sarebbe diventato socievole con il passare degli anni. Ha un’aria così timida ... è un po’ triste ... quando sta in gruppo. Mio marito dice: “lascia stare il bambino, cambierà crescendo”. Ma mi spezza il cuore a vederlo sempre solo. E so quanto ci tenga ad inserirsi, ad essere accettato dagli altri”.*

Risposta al significato _____

- g. *“Forse effettivamente qualche volta lo assillo troppo”.*

Personalizzare il significato _____

- h. *“Cerco solo di rendermi utile. Non mi arrabbio con lui per questo, non di solito, comunque, ma cerco di incoraggiarlo di dargli dei consigli su come cavarsela, ma ultimamente ho fatto un fiasco completo. Più lo incito, più lui sembra comportarsi male ... diventa cattivo”.*

Personalizzare il significato _____

- i. *“Anche lui si sente sempre più frustrato. Ed io mi sento quanto mai impotente. La cosa è cresciuta sotto i miei occhi, eppure mi sembra che io non me ne occupi affatto. Suo fratello segue le sue orme. So che lui ha bisogno del mio aiuto. Cosa posso fare?”.*

Personalizzare il significato _____

- j. *“Non ho mai avuto problemi a fare amicizia con gli altri. E mi sono sempre sentita a mio agio in compagnia. Non sono mai stata al centro dell’attenzione, ma me la cavavo e non ho avuto grosse difficoltà”.*

Personalizzare il significato _____

- k. *“Vorrei poter insegnare a Jimmy a comportarsi nello stesso modo. So che è ciò di cui ha bisogno, sentirsi a suo agio con gli altri bambini”.*

Personalizzare il significato _____

- l. *“Mi sento così male. Sembra che ogni mia azione sia destinata a fallire. Voglio essere una buona mamma e so che questa è l’occasione di aiutare mio figlio. Che succede se se fallisco?”.*

Personalizzare il sentimento e il problema _____

- m. *“Sa, ci ho già provato in passato. E guardi cosa è successo... Ha cominciato a fare il prepotente con gli altri bambini. So che non dovrei assillarlo, ma è importante per Jimmy. Qualcuno dovrà pur insegnargli come andare d’accordo con gli altri bambini, come sentirsi a suo agio. E io sono sua madre”.*

Personalizzare il sentimento e l’obiettivo _____

FASE QUATTRO: PROGRAMMARE IL CAMBIAMENTO

INTRODUZIONE – MAPPA CONCETTUALE DELLA QUARTA FASE :

da INIZIARE ALL' AZIONE (abilità dell'helper)

fino a INTRAPRENDERE L'AZIONE

(abilità dell'helpsee)

Consiste nel definire gli obiettivi, nell'elaborare i programmi e nel metterli in pratica in modo progressivo e verificabile .

Che cosa si stara' chiedendo a questo punto l'helpsee?

Come faccio a sapere quando ho raggiunto un obiettivo?

Sto andando nella direzione giusta per raggiungerlo?

-Qualcuno mi sta aiutando a raggiungere quell'obiettivo ?

SI ARTICOLA IN QUATTRO SOTTO- FASI

SOTTOFASE UNO Definire gli obiettivi

SOTTOFASE DUE Elaborare dei programmi

SOTTOFASE TRE Fissare le scadenze e individuare i rinforzi

SOTTOFASE QUATTRO Individualizzare i passi e realizzarli introducendo passi di controllo

APPROFONDIMENTI GENERALI SULLA GESTIONE DEGLI OBIETTIVI DI CAMBIAMENTO

Per mutare o migliorare la propria condizione è necessario che l' helper sviluppi delle abilità che facilitino l'azione nella persona che sta aiutando.

Iniziare significa in effetti:

- *Saper definire in termini operazionali (ossia in termini concreti e oggettivi) un obiettivo da perseguire;*
- *Saper individuare la sequenza di passi che portano a quell'obiettivo;*
- *Saper costruire un programma concreto per una effettiva "messa in atto" dei passi individuali;*
- *Saper rinforzare l'eventuale raggiungimento dell'obiettivo.*

Prima di introdurci all' ultima fase riepiloghiamo in sintesi le ultime tappe sin qui trattate della metodologia del colloquio strutturato ; rivisitato il percorso, avvieremo la presentazione della FASE QUATTRO articolata nelle sue 4 sottofasi . Lo facciamo in modo un po'autoreferenziale immaginando come interlocutore un operatore che abbia difficoltà nel riuscire ad avere un dialogo efficace e costruttivo con i suoi utenti e che voglia apprendere questa metodologia per applicarla poi al colloquio strutturato .

- Personalizzare il deficit , il sentimento rispetto al deficit e l'obiettivo
"Ti senti disorientato perché non riesci ad avere un dialogo costruttivo con i tuoi utenti e vuoi imparare a farlo".

- **Fissare un obiettivo in termini operazionali**

"Vuoi imparare a rispondere ai tuoi utenti stabilendo con loro un buon rapporto di comprensione e accettazione. In termini operativi , ciò significa saper costruire una "base intercambiabile", che si può desumere dal numero di "risposte intercambiabili" che sei in grado di dare ai tuoi utenti".

- **Individuare la sequenza di passi per raggiungere l'obiettivo**

Disponi la stanza in cui svolgerai il colloquio in modo tale che dia " *attenzione fisica*"

- a. Il mobilio non crei barriere
- b. vengano eliminati elementi di disturbo

Mostra di " *prestare attenzione*" mediante una postura corretta

- a. Eretta
- b. Leggermente sporta in avanti
- c. Contatto oculare

Rispondi al " *contenuto*"

- a. Ascolta e cerca di cogliere i sei *elementi chiave* di eventuali "comunicazioni" che il ragazzo ti (*chi, cosa, dove, quando, come, perché*)
- b. Cerca di tener bene a mente i punti essenziali di ciò che ti viene detto.
- c. Rispondi usando la formula: "Se ho capito bene _____"

Rispondi al " *sentimento*"

- a. Chiediti “Come mi sentirei al posto suo nella situazione che mi sta esponendo?”
 - b. Scegli categoria e intensità appropriata
 - c. “Ti senti _____”
- Rispondi al “significato”
- a. Cerca di cogliere il punto essenziale della sua comunicazione
 - b. Individua lo stato d’animo
 - c. Rispondi usando la formula: “Ti senti _____ perché _____”

• **Fissare un programma attuativo**

FASI	INIZIO	TERMINE
1. Preparare l’ambiente fisico	8 febbraio	8 febbraio
2. Attenzione “posturale”	9 febbraio	continuare per tutto il programma
3. Rispondere al contenuto	10 febbraio	25 febbraio
4. Rispondere al sentimento	16 febbraio	21 febbraio
5. Rispondere al significato	22 febbraio	continuare per sempre controllo: 28 febbraio

Darsi dei rinforzi

Positivo (per aver rispettato il programma: 50.00 euro per un nuovo paio di scarpe)

Negativo (per non aver rispettato il programma: lavare i piatti da solo per una settimana senza chiedere aiuto al coniuge)

NOTA BENE: Un obiettivo è definito in termini operazionali se è espresso in termini ossevabili e misurabili. Gli obiettivi vanno definiti nel modo più chiaro possibile perché l’helpsee possa percepire di volta in volta quando raggiunge o meno ciascun obiettivo.

Un obiettivo correttamente formulato, deve richiedere comportamenti che dipendano dall’helpsee. Inoltre, l’obiettivo deve essere misurabile. Un obiettivo “operazionale” è misurabile quando il comportamento è espresso in termini che rendano possibile una qualche quantificazione (frequenza e durata).

Per questo nella sequenza immaginaria sopra riportata si è individuato come obiettivo concreto il dare “risposte intercambiabili e ci si è poi prefissati di raggiungere un certo numero (ognuno potrà fissare il proprio) di risposte da dare nell’ arco di tempo tx per poter definire “raggiunto” l’ obiettivo; a sottolineare tutto questo si sono poi definiti e prefissati dei rinforzi da far scattare in caso di esito positivo , o negativo .

SOTTOFASE UNO: DEFINIRE GLI OBIETTIVI e DEFINIRE GLI STANDARD

Vediamo la procedura per costruire un possibile obiettivo in modo corretto. Cominciamo a farlo a partire dalle **SEI DOMANDE**

CRITICHE:

- CHI es: Lara con le sue compagne della cucina
 COSA realizzerà un rapporto migliore
 COME ascoltando e rispondendo con attenzione
 PERCHE’ per migliorare la comunicazione reciproca
 QUANDO durante la preparazione dei pasti
 DOVE in cucina

Le **SEI DOMANDE CRITICHE** però non bastano .

Occorre non trascurare nulla degli aspetti concreti per evitare definizioni troppe elevate, ma generiche e quindi non verificabili. **DEFINIRE GLI STANDARD** significa tradurre l’obiettivo in **NUMERO DI VOLTE** in un determinato lasso di tempo in cui l’ utente/helper dovrebbe esercitare quel determinato comportamento.

Risponde alla domanda: “Come faccio a sapere se ho raggiunto un obiettivo? “ Dobbiamo comunicare agli helpsee gli **STANDARD** ; rendiamo verbalmente il senso di questo processo con una formula che ri-espliciti l’ obiettivo e , insieme, definisca uno standard praticabile (non così alto da scoraggiare), del tipo : “ *Lara, tu vorresti avere un rapporto costruttivo con le compagne dell’ Area Cucina stabilendo una base intercambiabile di comunicazione. Si potrà dire che sarai riuscita se arriverai a dare n (3 ? , 4?) risposte intercambiabili durante ciascuna preparazione-pasti , ovviamente in cucina, nei prossimi 5 giorni” .*

PRIMO APPROFONDIMENTO OPERATIVO: METTERE PER ISCRITTO DEI “BUONI” OBIETTIVI OPERAZIONALI.

A partire dalle indicazioni appena esposte proviamo a mettere per iscritto dei “buoni” obiettivi *operazionali*. Sappiamo che un buon obiettivo deve essere espresso in modo che risulti chiara la risposta alle *SEI DOMANDE CRITICHE*. Dobbiamo porre l’accento, da un lato, su *comportamenti ossevabili e misurabili* e, dall’altro, su precisi *standard quantitativi* (definiti in genere come “numero di volte”, o “quantità di tempo”, in cui l’helpee dovrà produrre determinati comportamenti).

Per ciascuna delle situazioni che seguono, definiamo l’obiettivo facendo in modo che risponda alle *SEI DOMANDE*. Dopo di che costruiamo una frase “riassuntiva” che comunichi all’helpee questo obiettivo, mettendo a fuoco cosa dovrà fare (*comportamento*) e a che “livello” dovrà farlo (*standard*).

SITUAZIONE 1: Utente appena entrata in Comunità che fa fatica a fare amicizia con le sue compagne di stanza.

Problema ed obiettivo personalizzato: “*Ti senti disorientato perché non sai come fare nuove amicizie e vorresti imparare a farlo*”

Obiettivo operazionale:

chi o che cosa: _____

cosa: _____

come e perché: _____

dove e quando: _____

quanto: _____

Comunicare questo obiettivo all’helpee:

Vuoi _____
 _____ (comportamento)

e per farlo devi _____
 _____ (standard)

SITUAZIONE 2: Utente sui trent’anni che si lamenta perché la madre non tiene in nessun conto i suoi progetti rispetto al modo di organizzare i week end in cui rientra a casa dalla CT Problema e obiettivo personalizzato: “*Si sente frustrato perché non riesce a essere ascoltato da sua madre*”.

Obiettivo operazionale:

chi o che cosa: _____

cosa: _____

come e perché: _____

dove e quando: _____

quanto: _____

Comunicare questo obiettivo all’helpee:

Vuoi _____
 _____ (comportamento)

e per farlo devi _____
 _____ (standard)

SITUAZIONE 3: Responsabile di Comunità che non è stata promossa a dirigente della cooperativa. Problema e obiettivo personalizzato: “*Si sente in trappola perché non le viene data la possibilità di dimostrare chiaramente le sue capacità e vuole riuscire a farlo*”.

Obiettivo operazionale:

chi o che cosa: _____

cosa: _____

come e perché: _____

dove e quando: _____

quanto: _____

Comunicare questo obiettivo all’helpee:

Vuoi _____
 _____ (comportamento)

e per farlo devi _____
 _____ (standard)

SOTTOFASE DUE: ELABORARE UN PROGRAMMA

Si ricavano scomponendo gli **OBIETTIVI FINALI** in:

- PASSO INIZIALE “ Il mio primo passo potrebbe essere”

- PASSI INTERMEDI Sono i grandi punti intermedi del cammino

- SOTTOPASSI Stanno fra un passo intermedio e l'altro

PRIMO APPROFONDIMENTO OPERATIVO: ELABORARE DEI PROGRAMMI DI AZIONE

L'iniziare prevede non solo la messa a fuoco di un obiettivo preciso, ma anche una definizione dei *passi* comportamentali (precisamente: passi iniziali, passi intermedi e altri eventuali sotto-passi) che servano per raggiungere quel determinato obiettivo. La prima cosa da fare per individuare quali siano i comportamenti (passi) più adatti per raggiungere un determinato obiettivo è quello di richiamare liberamente alla mente dei possibili passi che potrebbero andar bene per quell'obiettivo.

Per ciascuna delle seguenti SITUAZIONI, pensate a possibili passi (comportamenti) per raggiungere l'obiettivo prefissato. Non è necessario fare una lista molto lunga, ma basta individuare solo i passi che ritenete indispensabili per raggiungere l'obiettivo. Ricordate di fare riferimento solo a *comportamenti*.

SITUAZIONE 1: *Alice è un'adolescente 15enne che si sente molto frustrata dai limiti e dalle regole imposte dai suoi genitori. E' adirata perché i suoi genitori la trattano come una Bambina. Vorrebbe convincere i suoi genitori di essere matura affinché essi le permettano di decidere da sola ogni settimana dove andare, senza aver bisogno del consenso. Attualmente i genitori di Alice vogliono che lei torni a casa subito dopo la scuola e le permettono di uscire in compagnia solo il sabato sera (dalle 19.00 alle 22.30) e il sabato mattina con un'amica. I genitori di Alice dicono di aver paura di darle troppa libertà, perché l'anno scorso si era scoperto che Alice aveva partecipato ad una festiciola privata organizzata da un'associazione universitaria maschile, a loro insaputa. Alice si sente impotente a convincere i suoi genitori di essere divenuta più matura.*

Il primo obiettivo operativo di Alice: "Voglio ottenere più libertà a casa, definita in termini di numero di volte in cui ogni settimana possa decidere autonomamente dove andare, dopodiché, e solo in un secondo tempo, i miei genitori potranno giudicare come mi sono comportata".

Ipotizzate alcuni passi per Alice:

- Individuare delle possibili attività
- Chiedersi " Acconsentirebbero i miei genitori ?"
- Intraprendere un'attività domestica una volta alla settimana
- Scegliere un interesse da coltivare

SITUAZIONE 2: *Samuele è un tossicomane di 18 anni – prende per lo più barbiturici anche se talvolta fuma marijuana, assume anfetamine e in passato ha anche sniffato cocaina. Samuele si è presentato al Centro dicendo di sentirsi solo, sfruttato e disgustato di sé. Non è in buona forma fisica: è alto 1.78 m. e pesa solo 68 Kg. Samuele si è diplomato L'anno scorso con un punteggio non molto alto senza una particolare preparazione professionale. Ha pochi amici, che ritiene lo influenzino in maniera negativa; è depresso e ha paura del futuro.*

Il primo obiettivo operativo di Samuele: "Voglio smettere di drogarmi, come indicato dal numero di giorni di "lucidità" che riuscirò ad ottenere".

Ipotizzate alcuni passi per Samuele:

SITUAZIONE 3: *Elena ha trovato lavoro come tecnica in un'industria manifatturiera ed è addetta al controllo di qualità; è furiosa perché sul lavoro è oggetto di allusioni sessuali. Elena si sente frustrata perché si rende conto di fare un uso scorretto della sua femminilità quando vuole qualcosa. E' anche giù di morale perché non sa assumere un atteggiamento professionale nei rapporti con i colleghi uomini e guadagnarsi il loro rispetto.*

Il primo obiettivo operativo di Elena: "Voglio essere trattata con rispetto sul lavoro, come indicato dal numero di volte in cui, sul lavoro, mi presento agli altri in modo professionale, sia fisicamente che verbalmente".

Ipotizzate alcuni passi per Elena:

SECONDO APPROFONDIMENTO OPERATIVO: ESERCITARSI AD INDIVIDUARE DEI SOTTO-PASSI

In questo secondo approfondimento operativo ci proponiamo di migliorare l'abilità di "spezzettare" determinati comportamenti in comportamenti più semplici (sotto-passi) che li compongono. Dal punto di vista metodologico questa competenza da parte dell'educatore è cruciale per la riuscita o

meno del programma, infatti è evidente che l'uso dei "sotto-passi" aumenta la probabilità che la persona raggiunga il suo obiettivo diminuendo la distanza tra punto di partenza e punto di arrivo ed ottenendo così di evitare lo scoraggiamento ("...non ce la farò mai...").

I sotto-passi dovrebbero essere comportamenti osservabili e misurabili che conducono da un passo all'altro del programma. Per elaborare i sotto-passi è bene partire dalle idee già raccolte riguardo ai passi principali (vedi passaggi precedenti) e poi iniziare a "scomporli" uno per uno.

Usando le pagine che seguono, ricopiate le idee ricavate nell'esercizio precedente e poi iniziate a sviluppare da ciascuno gli appropriati sotto-passi. Fate attenzione a non utilizzare più passi di quanti siano strettamente necessari.

Obiettivo operativo: "Voglio tornare in forma, come indicato dal numero di chilometri che percorro ogni settimana".

			Correre / camminare per 3 chilometri
		Correre / camminare per 2 chilometri	1. Riscaldamento
	Correre / camminare per 1 chilometro	1. Riscaldamento	2. Correte per 1.000 metri
Elaborare un programma di esercizi	1. Riscaldamento	2. Correte per 700 metri	3. Camminate per 300 metri
Stabilire il momento del giorno	2. Correte per 400 metri	3. Camminate per 300 metri	4. Correte per 1.700 metri
Decidere il percorso	3. Camminate per 100 metri	4. Correte per 700 metri	5. Rilassamento
Preparate gli indumenti	4. Correte per 400 metri	5. Camminate per 300 metri	
Individuate gli esercizi di riscaldamento e rilassamento	5. Camminate per 100 metri	6. Rilassamento	
	6. Rilassamento		

SOTTOFASE TRE: FISSARE LE SCADENZE e INDIVIDUARE I RINFORZI

Vanno definiti innanzitutto :

- TEMPO DI INIZIO (" Potresti cominciare")

- TEMPO DI CONCLUSIONE del programma nel suo complesso. (" Puoi riuscire a finire entro.....")

Poi vanno definiti tempi di inizio e tempi di conclusione di ciascuno passo intermedio.

(" Puoi iniziare..." – "... e finire entro...")

Il RINFORZO fondamentale è l'arealizzazione dell'obiettivo; a volte però è troppo lontano nel tempo e l'helpsee ha bisogno di piccoli, ma immediati riconoscimenti.

Noi dobbiamo fornirli , o magari meglio ancora aiutare l' utente a definirseli da solo. A PARTIRE DALLO SCHEMA DI RIFERIMENTO dell'helpsee; la nostra capacità di rispondere empaticamente qui è fondamentale per dare ciò che l'helpsee si attende e non altro.

I RINFORZI POSITIVI sono " ricompense " per i sottopassi compiuti .

Per es: Bill potrà concedersi di uscire il sabato sera dopo che le altre sere della settimana ha realizzato l'obiettivo di " rispondere " ai genitori. " Quando completi il passo, puoi"

I RINFORZI NEGATIVI sono " punizioni " Vanno utilizzati al minimo e preferibilmente come negazione dei rinforzi positivi riducendo l'helpsee a definirseli da solo. Per es : Se non l'ha completato durante la settimana Bill potrà recuperare l'obiettivo stando a casa con i suoi durante il weekend : " Se non completi il passo non puoi"

PRIMO APPROFONDIMENTO OPERATIVO FISSARE LE SCADENZE

Fissare le scadenze significa stabilire una precisa "tabella di marcia". ossia fissare esattamente l'inizio e la fine di ciascun passo che una persona deve intraprendere per raggiungere l'obiettivo.

Riprendiamo i passi delineati per i casi di Samuele e di Elena esposti nelle pagine precedenti e scriviamo per ciascuno di essi la data d'inizio e di conclusione , usando le righe a piè di pagina di ciascuno schema: Immaginate che la data di inizio del programma sia quella di domani.

SECONDO APPROFONDIMENTO OPERATIVO: INDIVIDUARE ED USARE I RINFORZI

I rinforzi sono eventi piacevoli o spiacevoli che motivano l'helpsee ad attuare i passi stabiliti rendendo immediate le conseguenze: se l' utente RIESCE ad attuare il passo si associa un evento positivo, se l'helpsee NON RIESCE ad attuare il passo si attribuisce un evento negativo.

Teniamo presente un aspetto molto utile della tecnica comportamentistica che qui viene utilizzata: lo strumento dei rinforzi ("token") può essere applicata dall' operatore o dall' equipe , ma diventa ancora più interessante ed efficace "cognitivamente" se si accompagna l' utente ad applicarla da solo a se stesso. In tal modo l' educatore non sarà più

classificabile come il “cattivo e spietato” istruttore, ma sarà solo l’ accompagnatore e il garante di un processo definito responsabilmente da sé dal ragazzo / a su sé stesso .

Si elabori un rinforzo positivo e uno negativo per ciascuno degli utenti . Ricordiamo che i rinforzi devono essere “collegati” all’obiettivo che si vuole ottenere e devono essere coerenti con il “sistema di riferimento” di ciascuna persona.

ALICE: “Voglio ottenere più libertà a casa, come indicato dal numero di volte in cui riesco a decidere autonomamente dove andare, mentre solo in un secondo tempo i miei genitori potranno giudicare il mio operato”.

a) rinforzo positivo:

b) Rinforzo negativo:

SAMUELE: “Voglio smettere di drogarmi, come indicato dal numero di giorni di lucidità che avrò nel prossimo mese”

a) rinforzo positivo:.....

b) rinforzo negativo:.....

ELENA: “Voglio essere trattato con rispetto sul lavoro, come indicato dalla reqlenza con cui mi presento, in modo professionale sul lavoro, sia fisicamente che verbalmente”.

a) rinforzo positivo:

b) rinforzo negativo:

MARY: “Voglio vincere la paura del sapone, come indicato dalla frequenza con cui uso il sapone per la pulizia del mio corpo senza sentirmi male in seguito”.

a) rinforzo positivo:

b) rinforzo negativo:

SOTTOFASE QUATTRO: INDIVIDUALIZZARE I PASSI e PREPARARNE LA REALIZZAZIONE

Ogni passo va personalizzato verificando che sia adeguato allo schema di riferimento dell’ helpee .

Non esistono sequenze fisse e precostituite .

Si compie questa verifica utilizzando risposte intercambiabili.

E’ l’ultima fase prima di “ partire “ . Una volta definito e individualizzato il programma occorre,

prima di partire:

- **RIVEDERE** i passi le scadenze, i rinforzi, i programmi, gli obiettivi

- **PROVARE** i passi

- **CORREGGERE** i passi (sulla base del rivedere e del provare)

Si tratta di una ulteriore ultima revisione prima di cominciare allo scopo di costruire un programma veramente adatto allo schema di riferimento dell’ helpee. Altre correzioni saranno possibili in corso d’ opera quando ci sarà il feed-back della realtà.

PRIMO APPROFONDIMENTO OPERATIVO: INIZIARE I PASSI

Quando tutto e’ definito e’ possibile intervenire ancora, laddove i passi programmati possano sembrare troppo lunghi, introducendo

PASSI DI CONTROLLO che evidenziano le cose su cui puo’ essere utile soffermarsi

-PRIMA: Possiedo le risorse intellettuali / Emotive / Fisiche ?

-DURANTE: E’ corretto cio’ che sto facendo dal p.di .v Intellettuale/ Emotivo/ Fisico ?

-DOPO l’ esecuzione dei passi programmati: ho raggiunto i risultati intellettuali/ emozionali/fisici ?

SECONDO APPROFONDIMENTO: PROVARE I PASSI DEL PROGRAMMA E REALIZZARLI

Questo approfondimento è dedicato all’ implementazione del processo del PROVARE I PASSI. Questo passaggio è necessario per acquisire un’ assoluta padronanza delle abilità richieste dal programma prima che questo venga messo in atto. Provare in situazioni simulate i passi aumenta le probabilità di raggiungere l’ obiettivo che si era definito.

Nelle situazioni di seguito riportate ci chiediamo in che modo l’ helpee potrebbe esercitare le abilità previste dal programma prima che questo venga messo in atto.

SITUAZIONE 1: : Un giovane insegnante si pone come obiettivo quello di avere un dialogo costruttivo con sua moglie, come indicato dal numero di volte in cui riesce a “rispondere al significato” interagendo con lei.

Come potrebbe provare i passi per questo obiettivo?

Esercitando le proprie abilità di “rispondere” a scuola per assicurarsi di padroneggiare bene questa tecnica prima di metterla in atto per raggiungere l’obiettivo.

SITUAZIONE 2: Una giovane donna vuole essere onesta con il suo partner aumentando la frequenza con cui gli comunica le sue vere emozioni.

Come potrebbe provare i passi per questo obiettivo?-----

SITUAZIONE 3: Un operaio di fabbrica vuole una paga più alta, e si propone di riuscire a chiedere un aumento al suo principale.

Come potrebbe provare i passi per questo obiettivo?-----

SITUAZIONE 4: Un alcolizzato vuole risolvere il suo problema e si propone di riuscire a parlarne con i suoi familiari.

Come potrebbe provare i passi per questo obiettivo? -----

TERZO APPROFONDIMENTO OPERATIVO: REVISIONE DELLE FASI O DEGLI OBIETTIVI

Il terzo momento della fase di implementazione è la *revisione*. Nello svolgere correttamente un programma può sorgere la necessità di modificare alcuni passi o obiettivi precedentemente fissati. Nelle situazioni riportate di seguito rivediamo e modifichiamo il programma basandoci sui risultati ottenuti.

SITUAZIONE 1: Una donna si era proposta di coprire la distanza di 5 Km in 25 minuti di corsa entro 6 settimane. Alla quarta settimana del programma si rende conto che tale obiettivo è irrealistico. Possibile revisione: correre i 5 Km non in 25 ma in 30 minuti.

SITUAZIONE 2: Uno studente universitario si propone di leggere un romanzo diverso ogni settimana, ma si accorge di non aver abbastanza tempo per farlo.

Possibile revisione:-----

SITUAZIONE 3: Un giovane funzionario ha cominciato a lavorare a tre progetti ma si accorge di avere scarse capacità di gestirli. Non vuole che i progetti falliscano.

Possibile revisione:-----

SITUAZIONE 4: Un dottore prescrive ad una paziente una dieta di 1.000 calorie al giorno. Dopo una settimana i risultati indicano che la paziente non riesce a seguire la dieta perché non sa come si contano le calorie.

Possibile revisione: -----

QUARTO APPROFONDIMENTO OPERATIVO: ESERCIZI SUI PASSI DI CONTROLLO

Per aumentare le probabilità che i programmi di modificazione comportamentale abbiano successo, è possibile inserire prima, durante e dopo, l’attuazione del programma alcuni PASSI DI CONTROLLO, che servono a focalizzare le risorse fisiche, emotive e intellettuali necessarie a completare ogni passo.

Questo esercizio vi permetterà di elaborare programmi dettagliati per aumentare le probabilità di ottenere successo negli obiettivi che vi siete prefissati. Con i passi di controllo si dà rilievo agli aspetti che è bene prendere in considerazione *prima, durante e dopo* l’attuazione di ciascun passo. Si distingue in particolare tra:

- controllo *iniziale*, che risponde alla domanda: “Di quali risorse ho bisogno per completare con successo il passo?”
- controllo *intermedio*, che risponde alla domanda: “Eseguo il passo in modo corretto?”
- controllo *finale*, che risponde alla domanda: “Ho portato a termine il passo in modo efficace?”

SITUAZIONE 1 Una donna 40enne si proponeva questo obiettivo:

“Voglio tornare in forma facendo jogging per 3 Km”.

			Correre / Camminare per 3 km
		Correre / Camminare per 2 km	1. esercizi di riscaldamento 2. correre per 1 chilometro 3. camminare per 500 m 4. correre per 1.500 metri 5. esercizi di rilassamento
	Correre / Camminare per 1 km	1. esercizi di riscaldamento 2. correre per 700 m 3. camminare per 300 m 4. correre per 800 m 5. camminare per 200 m 6. esercizi di rilassamento	
Elaborare un programma di esercizi	1. esercizi di riscaldamento 2. 300 m di corsa 3. camminare per 100 m 4. correre per 400 m 5. camminare per 100 m 6. esercizi di rilassamento		
1. documentarsi sullo jogging 2. fissare la durata degli esercizi 3. fissare il posto dove allenarsi 4. elaborare esercizi di riscaldamento			

PASSI DI CONTROLLO

Prima Ho misurato la lunghezza del percorso? Ho un cronometro? Ho buone scarpe da corsa?	Prima Ho tutto il necessario?	Prima Con quale spirito affronto l'allenamento?	Prima Sono soddisfatto della mia tuta? Mi piace il percorso?
Durante E' chiaro ciò che sto leggendo	Durante Com'è la mia respirazione?	Durante Sono ancora fortemente motivato?	Durante Com'è la mia respirazione? Come mi sento?
Dopo So cosa fare? So quando cominciare?	Dopo Ho coperto la distanza? In quale tempo?	Dopo Mi sento più rilassato? Diventa meno faticoso?	Dopo Che tempo ho fatto? Mi sento più sano?

SITUAZIONE 2: Un giovane 20enne si propone questo obiettivo:

“Voglio stabilire un rapporto migliore con mio padre come indicato dal numero di conversazioni che avvierò con lui per parlare dei miei problemi”.

			Avviare la conversazione
		Coinvolgere il padre	Concentrarsi, osservare e ascoltare
	Fissare dei pasti da consumare in comune	Dirgli di voler mangiare con lui	Parlare di argomenti importanti
Individuare argomenti di conversazione	Individuare un orario preciso per i pasti	Accordarsi con lui sull'orario	Chiedergli il suo parere o consiglio
Individuare argomenti che mi stanno a cuore Identificare argomenti sui quali lui è informato Individuare argomenti in merito ai quali egli sia in grado di darmi consigli	Fissare il mio orario ogni settimana		

PASSI DI CONTROLLO

Prima	Prima	Prima	Prima
Durante	Durante	Durante	Durante
Dopo	Dopo	Dopo	Dopo

METODO ARCA

TERZA SEZIONE:
I GRUPPI IN COMUNITA'
e
IL GRUPPO D' INCONTRO BASE.

UN LINGUAGGIO CONDIVISO PER IL DISCERNIMENTO METODOLOGICO . Questa terza parte del lavoro di formazione interno all' Arca è stata dedicata alla questione dei gruppi , che è stata messa a tema da diversi punti di vista.

Si è partiti da una ripresa della “fotografia” dell' esistente, cioè dal censimento delle diverse attività di gruppo esistenti nelle quattro comunità. Non ho ritenuto di riportare in questo fascicolo tutti i materiali prodotti in questa fase per non appesantirlo ulteriormente. Gli elaborati e i verbali delle diverse équipes sono comunque disponibili sul Server nella sezione destinata alla formazione interna.

Nel corso della storia più che ventennale dell' Arca ogni comunità ha visto l' introduzione di nuovi gruppi, la conclusione di altri, l' evoluzione di altri ancora, il coinvolgimento di nuovi conduttori per la più parte esterni. Si è così verificato un duplice fenomeno :

- da una parte una ampia e diversificata stratificazione con elementi comuni alle diverse CT (in particolare MTV1, MTV2 e La Costa) e con elementi profondamente diversi . Il problema non è ovviamente la diversificazione in sé, ma il fatto che non sia stato un processo graduale, trasversale e condiviso, bensì un processo tutto o quasi interno alle singole équipes che ha alimentato percorsi autonomi di progressiva differenziazione . Durante questo percorso di formazione si è cercata l' elaborazione di criteri metodologici esplicitabili e condivisi che mirassero appunto non a forzate omologazioni, ma alla crescita della consapevolezza e delle motivazioni della diversità di scelte.
- dall' altra si è verificata una “crescita per giustapposizione”, quella che mi ha suggerito appunto l' immagine del “supermarket”, quasi nella convinzione (peraltro non esplicitata e riflessa) che..... più opportunità ci sono, più ...qualcosa resterà. E' parso e pare a me che in questo modo si sottovalutasse il rischio della “sovrastimolazione” a vantaggio di un primato della “abbondanza dell' offerta terapeutica dell' Arca” la cui funzionalità è tutta da dimostrare e che, nell' esperienza personale dell' utente, mi sembra potrebbe invece minare la fatica del “riuscire a tenere insieme” i tanti aspetti di un percorso complesso di cambiamento.
- accompagnata quest' ultima questione dalla palese difficoltà a fare rifluire le diverse esperienze (diversi gruppi +diversi settings+diversi sottoinsiemi+diversi conduttori) dentro un' unica regia terapeutico – educativa , quella dell' équipes che spesso risultava solo informalmente al corrente di quanto accadeva nei diversi gruppi , con l' evidente pericolo della manipolazione dei diversi contesti a discapito di quelli della quotidianità educativa.

GERARCHIA TRA LE PROPOSTE GRUPPALI . Si è avviato un lavoro di formazione teorica e metodologica generale per dare ai membri delle diverse équipes coinvolte un minimo di linguaggio comune e condiviso in materia. Questa parte del lavoro che costituisce peraltro la più parte del materiale raccolto in queste pagine, ha tra l' altro, consentito di operare un discernimento condiviso all' interno dell' amplissimo “catalogo” di proposte gruppali introducendo qualche criterio distintivo centrato sulla natura del setting,

sulle finalità, sulle modalità di conduzione e su altri fattori metodologici importanti che non fossero il semplice criterio “tematico” (il gruppo “su.....”).

Sulla base di questo approfondimento teorico che si riporta in queste pagine perché possa restare e consolidarsi ulteriormente come punto di partenza comune, si è pervenuti ad alcuni criteri distintivi e a qualche scelta di base generale.

Innanzitutto si è ritenuto necessario ed utile arrivare ad un “*MINIMO EPISTEMOLOGICO*” di criteri di classificazione gerarchica dei gruppi esistenti che così riassumo:

- I. gruppi con determinanti finalità terapeutiche-educative definibili come costitutivi dell’ impianto della CT (necessariamente devono coinvolgere tutti, fatta salva l’ eventuale suddivisione in sottogruppi per ragioni numeriche)
- II. gruppi di psicoterapia
- III. gruppi di ergoterapia (???) . I punti di domanda si riferiscono al fatto che all’ importanza cruciale dichiarata di questo aspetto, non corrisponde un adeguato e correlato investimento
- IV. gruppi finalizzati all’ espressione di sé attraverso linguaggi specifici (teatro, pittura, poesia, musica,..)
- V. gruppi finalizzati all’ arricchimento personale e culturale, nonché laboratori per il tempo libero e l’ intrattenimento (possono anche coinvolgere solo alcuni)

Vale la pena di precisare che l’ ordine di enunciazione di queste diverse tipologie non è casuale, ma vuole riflettere anche una GERARCHIA sulla base della centralità decrescente nella costruzione del progetto terapeutico educativo dell’ utente.

LA REGIA DA PARTE DELL’ EQUIPE . A questa questione è strettamente connessa quella della necessità di definire ed impostare la “*REGIA*” di questa ricca messe di strumenti : si è pervenuti alla consapevolezza dell’ importanza che , innanzitutto, questa regia ci sia e che , secondariamente, sia chiaramente ascrivita alla equipe educativa che la porrà in essere attraverso diverse modalità , ma non potrà e non dovrà in alcun modo rinunciarvi:

- l’ equipe terrà le fila della partecipazione o meno degli utenti ai diversi gruppi sulla base di una meditata valutazione della coerenza / utilità rispetto al progetto individualizzato; in questo discorso si terrà nel massimo conto la valutazione dell’ operatore di riferimento, come custode fondamentale del percorso — progetto complessivo dell’ utente;
- i conduttori esterni all’ equipe riferiranno in modi e occasioni strutturate e non occasionali-informali l’ impostazione di massima, le finalità, le metodologie adottate nei loro interventi , nonché l’ aggiornamento della casistica individuale, soprattutto con l’ operatore di riferimento .
- gli utenti parleranno delle loro esperienze gruppali all’ interno dei colloqui individuali strutturati in modo da favorire il processo di individualizzazione — interiorizzazione delle esperienze
- nel GRUPPO D’ INCONTRO BASE DELLA CTE (“*ORGANIZZATA*”) potranno ordinariamente rifluire vissuti, materiali ed esperienze aperte dalla partecipazione ai diversi gruppi, allo scopo di ricondurre il tutto all’ insieme dei sottoinsiemi che è il setting comunitario con il

suo momento fondamentale di rielaborazione che è il GRUPPO D' INCONTRO BASE "ORGANIZZATA".

Il principio di fondo cui si ispirano queste scelte e che è stato ampiamente approfondito e discusso nel primo volumetto del METODO ARCA, è l' idea che nella comunità terapeutica il setting principale che comprende tutti gli altri possibili sotto-insiemi è quello di ventiquattr' ore su ventiquattro che è costituito dal gruppo dei residenti nel loro complesso, la cosiddetta "FAMIGLIA". E' inevitabile che nulla di ciò che accade in ct si possa sottrarre ALL' ESSERE "RICONDOTTO" IN QUESTA DIMENSIONE. Il punto quindi non è se ci siano esperienze che debbano o possano NON essere ricondotte lì, ma il fatto che questo avvenga sotto la consapevolezza (NB: non necessariamente traducibile in "controllo") della equipe educativa oppure no.

LA CENTRALITA' DEL GRUPPO D' INCONTRO BASE / "ORGANIZZATA" A seguito di questa operazione complessa di discernimento si è poi di conseguenza lavorato soprattutto sull' approfondimento di quello che è stato chiamato "GRUPPO D' INCONTRO BASE" della CTE, gruppo che, nel "lessico familiare" dell' Arca di Como, è stato per la più parte dei casi denominato "ORGANIZZATA". Si tratta del gruppo che vede l' incontro di tutti i residenti in momenti frequenti e regolari della settimana (se non quotidianamente) e che si propone come momento di ripresa , feed back e rielaborazione del setting pedagogico delle ventiquattr'ore della quotidianità.

L' assunto da cui si è partiti (dando quindi per acquisita e condivisa la riflessione generale sui fondamenti epistemologici e metodologici della CTE svolta nella prima sezione del METODO ARCA e che si richiamava più sopra) è la necessità che il setting educativo delle ventiquattr'ore debba avere un suo momento grupale fondamentale di rielaborazione e che questo momento sia il GRUPPO D' INCONTRO BASE / "ORGANIZZATA".

Per questo motivo si è ritenuto di affrontare una riflessione sistematica sui gruppi, sul loro funzionamento, sulla conduzione e sui fattori di cambiamento allo scopo di avere un riferimento teorico comune nel ridefinire e nel valorizzare l' "ORGANIZZATA" in un modo che tenesse conto di queste nuove acquisite consapevolezze.

Segue quindi una trattazione in cui si sono enucleati alcuni punti chiave della teoria sui gruppi tentandone poi una prima applicazione alla ridefinizione di questo GRUPPO BASE nelle comunità Arca.

Permangono molte diversità nella gestione dell' "ORGANIZZATA" nelle quattro comunità, ma si ritiene che , a seguito del percorso di formazione e riprogettazione che è stato sopra riepilogato, le differenze attuali rientrino in una dimensione positiva di diversificazione e non siano "fuori controllo" metodologico .

Resta da fare un lavoro importante , ma che ora potrà essere posto in cantiere sulla base di alcuni punti fermi definiti: mi riferisco alla rilettura di tutti gli altri gruppi ((che non siano l' "ORGANIZZATA") per comprenderne e chiarirne meglio impostazioni e finalita', allo scopo di rendere tutto più consapevole ed esplicitabile dal punto di vista metodologico .

LAVORARE SU UNA DEFINIZIONE DELLA "ORGANIZZATA" COME GRUPPO. Il gruppo *"...è qualcosa di più, o per meglio dire, qualcosa di diverso dalla somma dei suoi membri: ha struttura propria, fini peculiari e relazioni particolari con gli altri gruppi. Quel che ne costituisce l'essenza non è la somiglianza o la dissomiglianza riscontrabile tra i suoi membri, bensì la loro interdipendenza. Esso può definirsi come*

una totalità dinamica. Ciò significa che un cambiamento di stato di una sua parte o frazione qualsiasi interessa lo stato di tutte le altre” (K.Lewin) .

Un gruppo, quindi, può definirsi come un soggetto a sé stante che, oltre ad esprimere bisogni ed emozioni dei singoli membri, presenta caratteristiche proprie; ne deriva che considerare il gruppo come unità di analisi significa prendere in considerazione problemi e bisogni del gruppo non riducibili ai problemi e ai bisogni dei singoli.

E' Wilfred Bion che apporta un contributo fondamentale allo sviluppo di una teoria psicodinamica delle situazioni di gruppo sottolineando la continua interdipendenza tra le sue componenti razionali (gli aspetti di realtà: “ogni gruppo, per quanto casuale, si riunisce per fare qualcosa”), e gli stati emotivi dei singoli che ne fanno parte.

Dal rapporto reciproco di tali elementi il gruppo emerge come entità caratterizzata da una “mentalità” propria, che Bion definisce come “cultura di gruppo”.

Il gruppo presenta le caratteristiche di un sistema sia *COGNITIVO*, sia *AFFETTIVO* , con dei confini propri, ma anche continuamente in relazione dialettica con la realtà esterna (e quindi con altri gruppi), che può limitarne l'attività oppure essere occasione di arricchimento, a seconda dei casi e in stretto rapporto con le proprie caratteristiche (sistema chiuso o aperto). La realtà di gruppo si configura dunque come una realtà articolata su più piani, multidimensionale e in continuo movimento.

Nell'esperienza umana i rapporti di gruppo sono vitali per la nascita, il nutrimento e la maturazione del senso individuale della personalità. Infatti, la personalità si sviluppa dall'esperienza sociale dell'interazione con gli altri. L'interazione tra le persone è quel che definisce e crea l'esperienza individuale di sé. Secondo Martin Buber noi possiamo chiamare “relazione” solo un rapporto io-tu, cioè un riconoscimento di un tu da parte di un io. Molto spesso, invece, ci troviamo in una situazione in cui il rapporto è io-esso, cioè di “reificazione” e oggettivazione dell'altro, che diventa un oggetto e viene così privato della propria soggettività, come può facilmente avvenire anche nelle relazioni di lavoro, ma non solo. La relazione, invece, è un modo di essere, ed è proprio attraverso il rapporto con l'altro che si prende consapevolezza di sé e tanto più si è consapevoli, tanto più si può realizzare l'incontro con l'altro e con gli altri.

Il gruppo è un'entità che si forma quando due o più persone si incontrano e l'inter-relazione ai vari livelli mette in moto una fusione e coesione di forze sia individuali, sia collettive, che producono combinazioni nuove; è un insieme di energie potenziali differenti, la cui somma globale è maggiore della loro somma, è un insieme di individui che hanno uno scopo in comune, che lavorano, collaborano e partecipano emotivamente e mentalmente alla sua realizzazione, che si confrontano per crescere insieme, al fine di sviluppare il progetto condiviso. Il gruppo è come un'orchestra e si arricchisce attraverso la diversità dei singoli componenti.

Il gruppo può essere istituzionale, quando dipende direttamente dall'organizzazione sociale, oppure spontaneo, quando risulta dall'incontro di un insieme di progetti particolari. Le regole seguite implicitamente o esplicitamente dai membri possono preesistere al gruppo (gruppo formale) o emergere progressivamente dalle interazioni (gruppo informale).

Il gruppo può essere considerato dai suoi membri come un fine o come un mezzo. Quando si tratta essenzialmente di stare insieme, i membri saranno allora centrati sul gruppo, predomineranno i fattori

affettivi e si parlerà di gruppo spontaneo. Nel gruppo di lavoro, invece, si tratta di realizzare un'azione, un'impresa o di prendere decisioni, per cui i membri sono centrati sullo scopo e prevalgono i fattori operativi. Tuttavia, queste distinzioni non possono essere radicali: un gruppo di lavoro istituzionale, infatti, può comportare delle importanti dimensioni affettive ed essere anche luogo di relazioni informali, mentre un gruppo spontaneo può rapidamente organizzarsi, divenire rigido e chiuso, arrivare persino ad essere una specie di gruppo "predatorio", centrato sul potere e sul successo. Sappiamo che il concetto di "comunità terapeutica" si riferisce a un gruppo che sussiste nella realtà ordinaria quotidiana a prescindere dal setting definito e circoscritto di un singolo gruppo "di parola". Di qui la importanza e la centralità del gruppo dell' *ORGANIZZATA* come un momento in cui la "famiglia" si incontra per fare una "meta-esperienza", una riflessione esplicita e discorsiva sulla esperienza concreta dello stare insieme che continua poi a realizzarsi anche fuori da quel momento privilegiato di consapevolezza.

È importante ricordarci che quando facciamo l'organizzata siamo in una stanza che contiene un'identità collettiva, dove sono riflesse ed emergono alla consapevolezza la dimensione cognitiva e la dimensione affettiva che sussistono ordinariamente nella quotidianità.

Che cosa c'è di cognitivo e che cosa di affettivo nell' *Organizzata*? I residenti quanto vedono il gruppo come fine a sé e quanto come mezzo? La dimensione cognitiva rielabora e prende spunto da tutto ciò che di concreto concerne la quotidianità (programmazione delle giornate, lavoro, vita di casa, eventi verificatisi, attività...). La sollecitazione del gruppo ad uno sforzo meta-cognitivo e riflessivo sugli eventi concreti è importante e fondamentale per non cadere negli agiti puri che sono spesso l' unica risposta conosciuta nella "vita di piazza" e precludono la capacità di confrontarsi sui propri schemi di riferimento, opportunità determinante per cercare di costruire un proprio nuovo modo di "essere nel mondo". Si tratta di riuscire, grazie all' apporto fondamentale degli "altri come specchio", a dare un nome alle cose, a mentalizzare il proprio stato d'animo di fronte a fatti ed eventi concreti.

Questa parte cognitiva che si interfaccia con quella educativa viene talora trascurata o sottovalutata, nel nome del primato di percorsi di gruppo di tipo introspettivo, oppure perchè si teme di centrarsi troppo sugli eventi, anzichè sui vissuti. Ma è un timore infondato perchè in realtà il risultato è proprio l' opposto: non quello di bloccare o blindare l'espressione emotiva, ma anzi, quello di riuscire a capire cosa sto provando di fronte ad un evento concreto, il che mi fa sentire meno "in balia" dell' esterno, mi orienta verso un "focus interno" nella lettura delle cose che è la premessa ineludibile per riprendere la mia "sovranità" sul mio destino. L' addestramento quotidiano a passare dal "focus esterno" al "focus interno" diventa in tal modo una competenza meta-cognitiva che supporterà poi la difficoltà quotidiana del processo di reinserimento, quando saranno proprio gli eventi esterni a mettere duramente alla prova il percorso di cambiamento realizzato durante i mesi della comunità.

SODDISFAZIONE DEI BISOGNI COME "FINE ATTESO" DELL' ESPERIENZA DI GRUPPO Generalmente, quel che porta un certo numero di persone a formare un gruppo è la convinzione e speranza che il gruppo possa fornire loro i mezzi per soddisfare i loro particolari bisogni. Questa convinzione è definita scopo del gruppo ed è questo scopo il principio organizzativo del gruppo. Uno scopo impegna i partecipanti, al livello della volontà, a pianificare obiettivi e strategie, a organizzarsi, operare scelte e metterle in pratica. Si

stabilisce così una rete di relazioni sociali, nell'ambito della quale si accettano o si rifiutano, si impegnano in determinate attività e nel fare questo si stabiliscono dei ruoli ed emergono valori e norme di comportamento, attraverso i quali gli individui possono cambiare e influenzarsi nel corso del tempo. Nessuno vive isolato, perché ciò è impossibile per la natura stessa dell'uomo, in quanto essere vivente inserito in un sistema ampio dove la separazione è un'invenzione della mente concreta., che per sua natura registra solo l'aspetto formale, il livello fisico della manifestazione. Quindi, un gruppo è una insieme di individui, uniti fra loro da vincoli naturali, da rapporti di interesse, da scopi o da idee comuni e simili, da un proposito ed, eventualmente, un servizio in comune, individui che interagiscono fra loro influenzandosi reciprocamente e che condividono, più o meno inconsapevolmente, oltre agli interessi e agli scopi, anche caratteristiche e norme comportamentali. E' noto che la "scala dei bisogni" messa a punto da A. Maslow, permette di evidenziare i bisogni degli individui in una scala crescente. Secondo Maslow, i bisogni primari per la sopravvivenza e la sicurezza devono essere soddisfatti, se un individuo vuol progredire al successivo livello di bisogno. Solo un bisogno insoddisfatto può motivare un comportamento e il bisogno dominante in un individuo costituisce la principale motivazione. Le persone i cui bisogni primari sono insoddisfatti, trascurano i bisogni superiori per soddisfare quelli inferiori. Ma se una persona ha soddisfatto i suoi bisogni primari, diventano dominanti i bisogni dei livelli superiori e questo determina i suoi desideri, le sue tensioni, le sue motivazioni e le sue scelte. Il primo bisogno superiore è proprio quello di APPARTENERE AD UN GRUPPO E IN ESSO RICONOSCERSI.

Occorre domandarci quanto nel gruppo specifico le persone riescano a trovare una risposta al proprio bisogno di appartenenza perchè è di qui che passa l'affiliazione alla comunità. Dobbiamo pensare a strategie nuove che possano essere più efficaci...Porsi nel gruppo con piccoli strumenti di attivazione discreti, ma efficaci può permettere di mettere in discussione dinamiche. Questo anche per poter entrare in gioco nei fatti, ma non per fare un processo ai fatti accaduti: questi sono e devono rimanere solo il riferimento che mi fa chiarire qualche aspetto significativo di me e del mio copione di riferimento. Solo attraverso questa consapevolezza potrò poi fare mio l'obiettivo di cambiare qualche aspetto di quel vecchio copione per sperimentarne (prima con tutta la prudenza che consente il contesto protetto della CT) uno più funzionale e meno autodistruttivo. L'operatore deve pensare che il significato è quello che sta nel processo che ha innescato, non tanto nel risultato a breve termine che ne è emerso. L'obiettivo è e deve essere quello di far fare un'esperienza significativa NEL gruppo.

Parlare in modo astratto di comunità senza mettere i residenti nella condizione di fare esperienza gratificante nel gruppo mette la Ct in una posizione perdente, fatta solo di sorveglianza, di controllo, di giudizio.

Proviamo a introdurre una modalità DIRETTIVA sulla gestione del contenitore "gruppo" che sia serrata e rassicurante...ma NON GIUDICANTE. Ad esempio attraverso la chiarificazione dello stato d'animo che si vive in quel momento a fronte di un evento su cui il gruppo si confronta (tipo: ognuno ha 3 minuti per parlare e per esprimere ciò che prova). La strutturazione ci e li protegge ...per far passare delle consapevolezza nuove che altrimenti non passerebbero.

Obiettivo è promuovere il gruppo ragionando con il gruppo, sul gruppo! Attivare il gruppo attraverso un tema concettuale non avrebbe lo stesso effetto. Meglio utilizzare dei giochi (tipo punti premio) che diventino occasione di riflessione (es. brainstorming). Cosa ottengo? Le persone:

- partecipano attivamente
- partono dai “fatti” e solo attraverso questi passano ai “vissuti”
- ragionano sul “qui ed ora” (dell’ evento e del gruppo che ne parla)
- l’operatore ha una visione dell’emozione della comunità
- inoltre si ha un’esperienza concentrata e concreta di come passare dall’emotivo al cognitivo, per poi riavviare il movimento contrario, però con autoconsapevolezza e meta-cognizione nuove e più efficaci .

I vantaggi sono quelli di pervenire a nominare l’affetto, lavorare sui sentimenti parassiti, accedere a una maggiore consapevolezza

Inoltre, in questo modo veicolo il gruppo a vivere e parlare di una esperienza emotiva il più autentica possibile perchè più difficilmente preda dei processi manipolativi. Così il GRUPPO diventa contenitore di autenticità....Questo è il nodo! (un po’ si fa con le condivisioni, ma non è sufficiente)

Se “organizziamo l’ORGANIZZATA” (nel senso di proporre una gestione più attiva del contenitore) riusciamo a non farla cadere (come talora è successo nel passato) in un campo di ripicche/confronti moralisti, o in un “giocare a Tribunale” (Eric Berne) o in un conformistico e adattivo dire quello che gli operatori si spettano e vogliono sentirsi dire (sappiamo che fine fanno i presunti cambiamenti che si fermano ad adattamenti !!) .

Ragionare sull’organizzata e la condivisione è una strada importante. Lo scopo primo è che la Comunità sappia spiegare se stessa , dando ragione ogni giorno, a partire da piccoli eventi o dalla banalità del quotidiano, del proprio essere luogo, opportunità e progetto di cambiamento .

Porsi nel gruppo con piccoli strumenti di attivazione è un modo discreto, ma efficace per cambiare stereotipi e ripetizioni. Un po’ di interventismo da parte nostra nella gestione del gruppo è utile che ci sia, NON proponendo contenuti, magari con taglio predicatorio o omiletico, ma indirizzando — sollecitando il gruppo con attivazioni coinvolgenti e dando feed back accorti basati sulle tecniche di risposta apprese nelle gestione del colloquio; questo permette di entrare in gioco non facendo un processo ai fatti accaduti.

Il significato sta nel processo innescato. Perché facciamo il “gruppo” ? Per stimolare, per imparare a sentire, per sollecitare nuove chiarificazioni su di sé attraverso lo specchio degli altri nella convinzione che se la persona fa esperienza di essere ascoltata in un gruppo, può riuscire poi ad andare anche oltre, magari anche da sola perchè quella esperienza cruciale avvenuta nel collettivo ha avuto una risonanza interna così profonda da modificare schemi di riferimento e copioni individuali e familiari consolidati.

L’obiettivo è infatti che l’utente nel gruppo faccia un’esperienza gratificante in cui un suo bisogno è soddisfatto. Lo scopo è che i ragazzi facciano un’esperienza non giudicante di affiliazione. Se vogliamo usare in un modo nuovo le organizzate, occorre forse sospendere per un po’ i “confronti” per modificare la memoria storica che c’è oggi.

IL GRUPPO COME IDENTITA’ NUOVA E COLLETTIVA. Un gruppo deve essere considerato come un’entità vivente, una realtà fenomenica nuova, autonoma, dotata di un’intrinseca vitalità, derivante dalle cariche

energetiche e definite dai membri che ne fanno parte. Come tale, il gruppo ha una struttura simile a quella dell'essere umano, per cui nel gruppo l'io-sè è rappresentato dal suo CENTRO, cioè dal suo proposito, dall'obiettivo comune. Tutti i membri del gruppo dovranno convergere verso il proposito del gruppo attraverso la scelta volontaria di aderirvi e di focalizzare il livello mentale verso questo obiettivo. Come un essere umano, così anche il gruppo è costituito da

- 1) UN ASPETTO FISICO O FORMALE, definito dagli atteggiamenti e dai comportamenti dei membri, che dipende anche dalle regole che il gruppo si è dato e dalla sua capacità di adeguarvisi;
- 2) UN ASPETTO EMOTIVO, costituito dalla somma del sentire e delle emozioni dei suoi componenti; pur essendo mutevole, esso definisce la tonalità affettiva del gruppo stesso;
- 3) UN ASPETTO MENTALE, formato dalla somme delle attività mentali dei membri, che stabilisce il livello operativo del gruppo; è importante per il funzionamento del gruppo, perché da questo dipende la sua capacità operativa e creativa, essendo caratterizzato da ispirazione, intelligenza, volontà, espressività, capacità immaginativa, ideativa ed ideologica.

Tutti questi aspetti caratterizzano, come avviene in ogni individuo, L' IDENTITA' , in questo caso, DEL GRUPPO, che può essere ben configurata e coerente oppure diffluente, alterna e incoerente, in relazione al livello di integrazione del gruppo attorno al suo proposito , o sé, o spirito del gruppo e che esprime la tensione volitiva e determina, quindi, la capacità di lavoro creativo. La diversità delle singole personalità deve essere considerata, in quest'ottica, una fonte inesauribile di ricchezza e di capacità creativa e come tale agita dal gruppo stesso ed è, peraltro, necessario che la vita del gruppo, come per ogni organismo vivente, sia regolata da un ordine che nasce dallo svolgimento di precise funzioni al suo interno e, quindi, dal rispetto di un ritmo e di regole comuni. Il proposito, o sé, o spirito del gruppo ne definisce l'aspetto qualitativo specifico ed è il centro magnetico aggregante all'interno del gruppo stesso.

Riguardo alla strutturazione del sistema dei gruppi nella storia dell' Arca ogni comunità ha seguito nel tempo un percorso proprio, con strategie e scelte diverse; ovunque però l'organizzata viene riconosciuta come gruppo base, dove c'è tutta la comunità che ragiona sulla quotidianità e si interfaccia su tutto ciò che sottende la vita comunitaria. Negli ultimi tempi si sono realizzati alcuni significativi interventi finalizzati a rendere più frequente e stabile l' Organizzata, in particolare nella CT Femminile dove si è arrivati ad una frequenza pressochè quotidiana che prima non era data; questo proprio nella consapevolezza della centralità e della tipicità di questo gruppo nella gerarchia degli altri gruppi esistenti. Si registrano ancora difficoltà perchè esiste ancora molta settorialità nella rappresentazione mentale delle residenti e perchè continuano ad essere presenti propensioni al giudizio, alla rigidità, all'adattività anche perchè la figura delle operatrici è inevitabilmente legata ad aspetti di osservazione e valutazione legate alle richieste del Tribunale dei Minori in relazione all' affidamento, alla genitorialità o al riavvicinamento dei bambini .

Il fattore "frequenza" è determinante anche in chiave preventiva rispetto al fatto che le questioni che sorgono prendano altri canali, per esempio quelli dell' omertà o delle routines sotterranee e quindi si perda del materiale che, se rielaborato adeguatamente e tempestivamente, può essere molto prezioso e utile.

In questo senso il ruolo dell'operatore è fondamentale non per quello che dice, ma per la sua funzione di custode delle regole e di sollecitatore della autenticità in luogo del contenutismo o dell'adattamento: l'operatore deve essere estremamente laconico nei suoi interventi e semplicemente teso a rimettere in continuazione l'altro di fronte a se stesso. Così l'autenticità viene praticata e non teorizzata! Come dire: considerato che stiamo attuando un processo di cambiamento, questo gruppo può essere un'opportunità dove l'utente può rileggere come è stato nella giornata, con delle regole, con una conduzione che non parla molto, ma è capace di "inchiodare" tramite la riformulazione per mettere alle strette rispetto alle modalità con le quali ciascuno decide di esporsi ed esprimersi.

LA COESIONE DI GRUPPO COME GARANZIA DEL CONTRATTO: IL PUNTO FOCALE DEL GRUPPO E IL PUNTO FOCALE DELL'INDIVIDUO. E' da sottolineare come la costituzione del PUNTO FOCALE DEL GRUPPO procede parallelamente alla realizzazione del contatto con il PUNTO FOCALE SOGGETTIVO DI CIASCUN PARTECIPANTE. Pertanto, è necessario porre particolare attenzione alla relazione interindividuale ed anche alla relazione intrapersonale, rispettando le doti specifiche di ogni componente, ma anche non permettendo che le diverse preferenze delle personalità interferiscano con l'obiettivo del gruppo, si sovrappongano ad esso e possano orientare e dominare la vita del gruppo stesso.

I FATTORI DELLA COESIONE all'interno di un gruppo sono molteplici e complessi. Essi, infatti, possono essere *ESTRINSECI* se anteriori alla sua formazione o dati immediatamente nel momento della sua formazione, oppure *INTRINSECI*, cioè propri del gruppo stesso in quanto tale. Senz'altro in tutti i gruppi istituzionali intervengono i primi, sotto la forma di influenza dei controlli sociali (leggi, norme, forme di costrizione e pressioni dell'opinione collettiva) o di dipendenza gerarchica o funzionale del gruppo in un insieme più vasto, quale può essere un'azienda o un istituto.

I fattori intrinseci, a loro volta, si distinguono in genere in due grandi categorie: quelli di ordine socio-affettivo, che comprendono motivazioni, emozioni e valori comuni, e quelli di ordine operativo-funzionale, che riguardano l'organizzazione propria del gruppo e che gli permettono di soddisfare, almeno parzialmente, i propri bisogni e di conseguire i propri scopi.

- I *FATTORI SOCIO-AFFETTIVI* comprendono essenzialmente l'attrattiva di uno scopo comune, soprattutto se esso è adeguato al livello medio di aspirazione dei componenti, l'attrattiva dell'azione collettiva, che può già essere fonte di soddisfazione per stessa, e l'attrattiva dell'appartenenza al gruppo, che può essere sorgente di sentimenti di potenza o fierezza o sicurezza e che soddisfa, più intimamente, l'impulso fondamentale di unirsi per comunicare con gli altri e sfuggire all'ansia della solitudine. Oltre a questi fattori affettivi collettivi, se ne possono riconoscere altri, quali le affinità interpersonali e la soddisfazione dei bisogni individuali.
- I *FATTORI SOCIO-OPERATIVI*: tra essi rientra la distribuzione e l'articolazione dei ruoli, che può essere orizzontale come in un'equipe o verticale ovunque vi sia gerarchia di fatto o di diritto. E' da notare che nei gruppi in via di formazione, appaiono dei processi di differenziazione e di adattamento, che corrispondono all'emergere progressivo di un sistema di ruoli, più o meno definiti e articolati e che si può giungere

proprio quando un tale sistema di ruoli, nello stesso tempo interdipendenti e complementari, è in grado di funzionare e di far funzionare il gruppo. Tra i fattori socio-operativi rientra anche la conduzione del gruppo e le modalità di leadership, di cui parleremo in seguito.

Si evidenzia l'enorme differenza, sia formale che sostanziale, che c'è tra un gruppo di persone che scelgono volontariamente di aggregarsi intorno ad uno scopo comune (*GRUPPO LIBERO*) ed un *GRUPPO OBBLIGATO*, come può essere un gruppo di lavoro, costituito da persone che, per le motivazioni più varie e molto spesso fortuite, si ritrovano più o meno casualmente, a lavorare insieme nello stesso luogo, alcuni certamente per scelta, molti per opportunità e/o necessità.

ALCUNE VARIABILI DI BASE DELLA STRUTTURA Alcune variabili hanno una ripercussione importante sullo svolgimento, sul clima e sul comportamento dei membri di un gruppo.

AMPIEZZA. Perché vi sia un gruppo è necessaria la presenza di almeno quattro persone. Possiamo parlare di piccolo gruppo quando il numero di membri che lo costituisce è compreso tra sei e dodici, di grande gruppo quando è superiore a dodici.

Lo *SPAZIO FISICO (SETTING SPAZIALE)* accogliente, privo di elementi di disturbo o distrazione, un lasso di tempo sufficiente di discussione sono tutti fattori favorevoli ad una buona riuscita del lavoro del gruppo. Fondamentale è anche la disposizione spaziale delle sedie o dei tavoli di lavoro: una disposizione circolare favorisce le interazioni e gli scambi di ciascuno faccia a faccia con tutti i membri del gruppo.

In relazione alla *DURATA* i gruppi si differenziano in durevoli o temporanei: nei primi (banda, club...) l'esistenza collettiva si protrae per lungo tempo; i secondi (gruppi di discussione, riunioni...) sono caratterizzati da un limite temporale, per numero di incontri o con un termine prestabilito.

In base alla *COMPOSIZIONE* dei partecipanti i gruppi si differenziano in omogenei o eterogenei.

- Nei gruppi *OMOGENEI* i membri sono accomunati dalla stessa tipologia di problemi presentati. I vantaggi di tali gruppi sono una più rapida coesione ed un clima di minore conflittualità, una più assidua frequenza agli incontri ed una accelerazione delle fasi iniziali di sviluppo del gruppo con maggior tempo a disposizione per il vero e proprio lavoro condiviso sui problemi comuni.
- I gruppi *ETEROGENEI* sono invece costituiti da persone con una varietà di problemi e sono generalmente di tipo esplorativo ad indirizzo interpersonale - psicodinamico. Un gruppo può essere anche definito a *FORMATO APERTO O A FORMATO CHIUSO* a seconda che i partecipanti inizino e finiscano tutti insieme o meno il percorso prestabilito. Nel primo caso ciascun partecipante può essere inserito nel gruppo o terminare in qualsiasi momento ed indipendentemente dagli altri, mentre nel secondo caso tutti i membri iniziano e finiscono con il costituirsi del gruppo ed il suo scioglimento.

LA POSIZIONE DEL CONDUTTORE E I DUE POSSIBILI LIVELLI DEL PROCESSO DI GRUPPO: OSSERVARE E CAMBIARE . La *DINAMICA DEI GRUPPI* concerne due grandi ambiti di indagine:

- da una parte si occupa di *STUDIARE* l'insieme dei fenomeni psicosociali che si producono nei gruppi e le leggi che regolano questi fenomeni;

- dall'altro lato analizza l'insieme dei metodi che permettono al gruppo di *AGIRE* sulla personalità del singolo o, viceversa, su organizzazioni sociali più vaste. La *DINAMICA DEI GRUPPI* come insieme dei fenomeni psicosociali che si creano nei gruppi riguarda: le relazioni che si stabiliscono tra gruppo ed ambiente circostante; l'influenza esercitata dal gruppo sul comportamento dei suoi singoli membri; la vita affettiva dei gruppi (ovvero lo studio degli atteggiamenti dei singoli nel gruppo, dei ruoli, delle interazioni, del modo di comunicazione); i fattori di coesione e dissociazione dei gruppi. La dinamica dei gruppi come metodo di azione del gruppo sul singolo o su gruppi più estesi concerne l'analisi dei fenomeni di mutamento.

Ovviamente questi due grandi "punti di vista e di lavoro sui gruppi sono interdipendenti. *"Se volete sapere come funziona una cosa provate a cambiarla" diceva Kurt Lewin.*

Quanto e in che modo il gruppo si propone di osservare se stesso e i suoi membri (es: conoscere le "storie")?

Quanto e con quali strumenti il gruppo si propone di *AGIRE* il cambiamento nei suoi membri? Possibili indicatori: le relazioni tra i membri, le relazioni del gruppo con l'esterno, i comportamenti dei membri (anche fuori dal gruppo), le modalità di comunicazione, le scelte di "ruolo".

Spesso intendiamo il lavoro di gruppo come mezzo per conoscere le persone e meno come strumento per operare un cambiamento. Può essere stimolante per le équipes chiedersi quanto utilizziamo il gruppo come *STRUMENTO DI CAMBIAMENTO*. Ad es. in una situazione di conflitto che osservo, in che modo penso di poter intervenire? Senza stoppare l'aggressività e lo scontro, ma utilizzando la situazione per operare un cambiamento, facendo domande mirate ("cosa volevi esprimere, in che modo, è stato utile a te, cosa è arrivato, sei soddisfatta di come ti sei espresso?" — allora poi si può operare una sorta di "moviola", per rilanciarsi e riprovare nella comunicazione). Questo è un lavoro concreto per rimanere sulle cose che una persona dice.

Quali i *BENEFICI* che ne derivano per l'equipe e per il gruppo stesso? Due cose soprattutto:

- Valorizzazione del nostro ruolo di operatori, perché ci sottraiamo dall'essere giudicanti, usciamo dal contenuto. Sollecitiamo qualcosa che altrimenti non emergerebbe
- Aumento delle "competenze" di autoriflessione del gruppo: è un insegnamento "a pensare". Non è detto che non lo sappiano fare, semplicemente non lo hanno mai fatto/mai appreso.

La cosa più difficile è realizzare un *ASCOLTO* preciso e coerente con quello che viene detto. È una scuola di apprendimento di strumenti per la comunicazione efficace che potrà servire e gli utenti lo utilizzeranno se percepiranno di essere più forti (efficaci) in questo modo. Il lavoro sulla concretezza dei fatti pedagogici non è per questo superficiale, ma molto utile per entrare nello schema di funzionamento della persona.

Non occorre fare "prediche".... questo nuovo modo è più efficace; si insegna un modo per essere più efficaci e non inattivi.

Non dobbiamo insegnare una mitezza non - autentica o l'arrendevolezza, e ovviamente neanche il prevaricare....ma la possibilità di *ESSERE ASSERTIVO*, senza per questo fare dell'altro una vittima arrendevole.

Dobbiamo fare emergere una terza possibilità tra il vincere e il perdere che consista nell'obiettivo di essere efficace.

ALCUNI PARAMETRI PER DEFINIRE L'ESSENZA DEL GRUPPO Osservando un gruppo è possibile evidenziare, al suo interno, **ALCUNI ASPETTI E CARATTERISTICHE** tali da determinarne l'esistenza e la definizione:

- **INTERAZIONI:** ovvero gli scambi, non soltanto verbali, tra i membri del gruppo. Un'interazione è uno scambio tra i membri del gruppo o tra un membro e il gruppo intero. Presuppone una comunicazione con azione in due sensi: intervento-risposta. L'interazione è l'unità di misura della partecipazione del gruppo: aumentare la partecipazione significherà per l'animatore di gruppo provocare le interazioni. Ciò non significa moltiplicare i piccoli dialoghi tra ogni partecipante e il conduttore stesso (cosa che blocca le interazioni tra i membri o tra il gruppo ed i suoi membri), ma intensificare e promuovere gli scambi dei membri tra di loro. L'interazione definisce il fatto che ogni membro del gruppo agisce e reagisce nei confronti di un altro soggetto o verso il gruppo stesso in modo diretto e senza intermediari. Perché un insieme di persone possa costituire un vero e proprio gruppo è fondamentale che l'interazione sia prolungata: i suoi membri devono cioè avere la possibilità di interagire per un tempo significativo, affinché si possa passare dalla pura interazione alla relazione ed il gruppo possa avere una sua storia.
- **EMERGERE DI NORME:** ovvero regole di condotta, norme di funzionamento e valori che il gruppo produce al suo interno che vanno a costituire la "cultura" del gruppo.
- **ESISTENZA DI SCOPI COLLETTIVI COMUNI:** ci deve essere condivisione di obiettivi: un insieme di persone diventa gruppo, infatti, quando elabora al suo interno, in maniera più o meno consapevole, obiettivi comuni all'intero gruppo.
- **ESISTENZA DI EMOZIONI E SENTIMENTI COLLETTIVI:** corrispondenti alle situazioni in cui si trova il gruppo e che conducono ad azioni e reazioni collettive. In questo ambito rientra il concetto di appartenenza al gruppo, ovvero il sentirsi parte del gruppo, sentirsi bene accettato e nello stesso tempo accettare l'altro in virtù di un radicamento comune.
- **FORMAZIONE DI UNA STRUTTURA INFORMALE:** il gruppo non esiste se non si differenzia al suo interno in ruoli. I ruoli sono le attese che gli altri hanno nei confronti di un membro del gruppo per il fatto che quel membro occupa una determinata posizione.
- **LEADERSHIP.** Di fondamentale importanza è la definizione della leadership. La definizione della leadership all'interno di un gruppo dipende dal grado di differenziazione di ruoli che si costituisce al suo interno. Il leader di un gruppo deve possedere alcuni requisiti riconosciuti dagli appartenenti al gruppo: una abilità tecnica speciale relativa agli interessi particolari dell'aggregazione e capacità empatiche.
- **CLIMA DEL GRUPPO** Inoltre, ciò che definisce il "clima" del gruppo è l'esistenza al suo interno di relazioni affettive: simpatie-antipatie, posizione dei membri "popolari" o "scartati", coesione tra i membri o nascita di sottogruppi. La presenza di relazioni affettive positive o negative porta alla creazione di "climi" di gruppo diversi che ne possono influenzare profondamente la performance.

- **ESISTENZA DI UN INCONSCIO COLLETTIVO:** la storia comune vissuta dal gruppo durante il suo percorso, la sua esistenza, il passato sono alla base di problemi latenti e sensibili che fanno parte della vita del gruppo, dei comportamenti dei singoli e delle loro reazioni;
- **EQUILIBRIO INTERNO E SISTEMA DI RELAZIONI STABILI CON L'AMBIENTE CIRCOSTANTE:** nel corso del suo cammino il gruppo instaura un duplice sistema di equilibrio, al suo interno e nei confronti del contesto. Quando questo equilibrio viene scosso dagli avvenimenti il gruppo, se sopravvive, tende a ricostituire un nuovo equilibrio;

Il gruppo si forma quindi per soddisfare i bisogni e le esigenze dei suoi membri. Quando il gruppo raggiunge una stabilità psicologica particolare, sviluppa quella che viene chiamata "*MENTE GRUPPALE*", in cui le capacità di ciascun membro, nell'interazione con quelle degli altri, si potenziano e sono capaci di dare origine a qualcosa che nessun singolo preso di per sé sarebbe in grado di realizzare.

Il gruppo, poi, da un punto di vista di identità personale, dà status alle persone e rappresenta un importante sostegno dal punto di vista affettivo, contribuendo in modo importante alla costruzione dell'immagine di sé e dell'autostima.

DISTINZIONE TRA CONTENUTO E PROCESSO . QUALE PRIORITA' NELLA PROGETTAZIONE DEL GRUPPO ? La dinamica di gruppo determina in modo profondo il processo di gruppo. Fondamentale risulta allora *DISTINGUERE TRA CONTENUTO E PROCESSO*: il contenuto riguarda il "cosa", il tipo di attività che il gruppo sta svolgendo; il processo si riferisce invece al "come" dell'esperienza di gruppo, al modo in cui i componenti del gruppo interagiscono tra di loro. Osservando un gruppo ci si accorge che ciò che avviene si può suddividere, infatti, in due diversi ambiti: da un lato il livello del "contenuto verbale ed intellettuale"; dall'altro il livello della vita affettiva del gruppo (il processo del gruppo).

Il primo è visibile, manifesto, cosciente, facile da osservare: i membri del gruppo seguono ciò che avviene, ascoltano, comprendono, discutono, decidono. Oltre a tali fenomeni manifesti si possono osservare nel gruppo fenomeni più discreti, meno visibili, che necessitano la comprensione di ciò che effettivamente avviene nel gruppo nel qui ed ora, degli scambi a livello della vita del gruppo, nella sua situazione, nel significato di tale situazione per il gruppo stesso. Diventa significativo osservare il tono degli interventi dei membri del gruppo, chi interviene ed in quale momento, la persona a cui è destinato l'intervento, l'atteggiamento e la posizione di ciascun membro, il silenzio dei singoli o dell'intero gruppo, le fasi emozionali del gruppo. In altre parole diventano rilevanti il comportamento e la comunicazione non verbale, espressione della dinamica del gruppo, e l'analisi delle interazioni all'interno del gruppo.

Il **PROCESSO DI GRUPPO** è l'insieme dei cambiamenti che si determinano, lungo l'arco temporale, nella struttura interna, nelle organizzazioni e nella cultura del gruppo, nella sua intierezza, in una sua parte o nei singoli partecipanti.

L'espressione del processo di gruppo avviene a vari livelli:

A LIVELLO STRUTTURALE: nell'efficacia della sua comunicazione; nella qualità delle decisioni; nella distribuzione dei ruoli; nella qualità del potere e dell'esercizio dell'autorità nel gruppo; nel livello della cultura di gruppo, nelle norme, nei valori, negli scopi.

A **LIVELLOCOMPORIMENTALE**: nella qualità dell'interazione; nel silenzio, nella collera, nel pianto, nella fuga; nell'indugio, nell'assenteismo, nel sentirsi incastrati; nei gesti, nell'atteggiamento, nella postura.

A **LIVELLO PSICOLOGICO**: nel livello di fiducia, coesione, intimità; nella misura in cui i singoli si sentono valutati, inseriti, capaci di contribuire, sulle difensive oppure aperti, separati o integrati.”

IL QUI ED ORA DEL GRUPPO: LEWIN E IL COUNSELLING DI GRUPPO. La prima concettualizzazione di counselling di gruppo spetta a Kurt Lewin con la scoperta del valore di auto-formazione dei gruppi ristretti. Egli teorizzò l'importanza di un addestramento all'arte dei rapporti umani attraverso la possibilità di utilizzare il gruppo come agente di mutamento. Proprio per questo proponiamo qui una breve ripresa delle sue teorizzazioni, perchè la collocazione dei gruppi all'interno di una **COMUNITA' TERAPEUTICA EDUCATIVA**, quale, appunto, l'ARCA deve spingere gli operatori a pensare il gruppo come **STRUMENTO DI CAMBIAMENTO E DI APPRENDIMENTO, COME "TRAINING"** finalizzato a costruire un proprio modo di essere nuovo grazie all'acquisizione di competenze nuove. I primi T-groups (Training groups: gruppi di formazione) organizzati a New Britain nel Connecticut, nell'estate del 1946, portarono alla scoperta che "i membri di un gruppo, quando vengono obiettivamente messi a confronto con dei dati riguardanti il loro comportamento ed i suoi effetti e quando partecipano in modo non difensivo ad una riflessione comune su questi dati, possono completare in modo assai significativo la loro formazione sulla conoscenza di sé, sugli atteggiamenti di risposta degli altri nei loro confronti, sul comportamento del gruppo e sullo sviluppo dei gruppi in generale". Da qui l'idea di sostituire l'analisi dei contenuti verbalmente e razionalmente espressi con l'analisi del "qui ed ora" che riguarda i comportamenti del gruppo stesso.

L'intervento di **COUNSELING NELLA DIMENSIONE DI GRUPPO** può assumere caratteristiche molteplici in rapporto agli obiettivi che si propone. Gli interventi possono avere un obiettivo non specifico ed allora si costituiscono gruppi che hanno come scopo quello di facilitare la crescita personale, la conoscenza di sé, il miglioramento della comunicazione interpersonale (per esempio i gruppi di incontro), ma anche gruppi che hanno un obiettivo specifico (addestramento all'assertività, gestione dello stress...).

Le regole del setting possono variare in relazione al contesto ed agli scopi così come possono essere differenti le tecniche di intervento. Ciò nonostante secondo Lewin è possibile individuare **ALCUNE CARATTERISTICHE COMUNI AGLI INTERVENTI DI COUNSELLING NELLA DIMENSIONE DI GRUPPO**:

- E' necessario, prima di tutto, che l'obiettivo del percorso sia chiaro e condiviso dai suoi membri e chiarito nella fase di costituzione del gruppo, prima che inizi la fase di lavoro vero e proprio.
- Inoltre, alla base di tutti gli interventi deve esserci la valorizzazione delle risorse, abilità e capacità relazionali ed affettive dei membri del gruppo.
- Il metodo di intervento si avvale di strumenti operativi quali quelli considerati per le situazioni di counseling individuale: ascolto attivo, atteggiamento empatico, valorizzazione delle risorse, capacità di gestire le dinamiche relazionali ed emotive. Tutto ciò tenendo conto della complessità del setting dovuta all'incontro di più soggettività ed all'espressione di più punti di vista.
- Rispetto al counseling individuale, lo spazio intersoggettivo è molto più ampio e ciò rende anche più difficile il compito del conduttore che deve continuamente tener conto

delle dinamiche che si vengono a creare all'interno di tale spazio. L'ampliamento del campo produce tuttavia quella moltiplicazione delle risorse che rappresenta il principale valore "produttivo" (formativo, evolutivo, creativo, terapeutico) della situazione di gruppo.

Lewin fu inoltre il primo ad osservare che, essendo il gruppo un'entità diversa dalla semplice somma delle sue parti (le persone che lo compongono), il CONCETTO DI CONFLITTO, da elemento patologico o di disturbo, diviene fisiologico e funzionale. Con il termine "Dinamiche di gruppo" l'autore intende quindi descrivere la fenomenologia del gruppo in movimento, secondo *UN FLUSSO CONTINUO DI "TEMPI PRESENTI"* :

- L'insieme tende a differenziarsi ed articolarsi in parti specializzate, che nel gruppo prendono il nome di ruoli.
- Il gruppo, in ogni momento presente, esprime un'atmosfera, un clima, un sentimento dominante.
- La decisione di un gruppo è l'assunzione di responsabilità verso il proprio cambiamento.
- Ogni gruppo sviluppa un "sentimento del noi" che indica l'appartenenza delle parti all'insieme.

Lewin indica tutti i concetti cardine delle dinamiche di gruppo: senso di appartenenza, difese e resistenze, clima, ruoli, potere come spazio di influenzamento, cambiamento come passaggio di stato e interdipendenza fra le parti. Le dinamiche di gruppo sono anche definibili (G. Contessa), come i movimenti emozionali sottostanti alla vita del gruppo, mentre i contenuti, metodi e processi possono essere definiti come i movimenti soprastanti le dinamiche affettive. Quando pensiamo al gruppo che si è appena svolto nella nostra comunità possiamo riproporci di tenere presenti questi spunti teorici come una possibile griglia di auto-supervisione.

ULTERIORI APPROFONDIMENTI SUL GRUPPO COME ESPERIENZA DI APPRENDIMENTO E DI FORMAZIONE. Negli anni sessanta anche Carl Rogers, dopo una vita dedicata al counselling ed alla psicoterapia individuale, si interessa sempre più ai cambiamenti che possono avvenire nelle persone con un lavoro in gruppo. Quello che interessa a Rogers è "*L'esperienza di gruppo programmata e intensiva*". Questo fenomeno prenderà il nome di "*gruppo d'incontro*" e si diffonderà molto rapidamente con la caratteristica di essere un fenomeno spontaneo, che non nasce dalle istituzioni, ma da un bisogno della gente.

I gruppi intensivi hanno operato in moltissimi settori della società, coinvolgendo una straordinaria gamma di persone. I fondamenti concettuali dell'intero movimento furono dapprima il pensiero lewiniano e la psicologia della Gestalt da un lato, e la terapia centrata sul cliente, dall'altro.

In seguito sono intervenute numerosissime altre teorie e influenze. Riportiamo una prima serie di brevi definizioni di differenti approcci all'esperienza di gruppo:

- Gruppi di orientamento ad un compito (di formazione). Utilizzati largamente nella vita aziendale, si concentrano sul compito del gruppo nel suo contesto interpersonale.

- Gruppi di auto aiuto, rivolti a determinate categorie di persone, portatrici di uno stesso problema o disagio personale. Gruppi per tossicodipendenti (derivati dai gruppi Synanon), per alcolisti (es. Alcolisti Anonimi)
- Gruppi basati sulle tecniche di simulazione o sulla induzione di immagini mentali (Role-playing, drammatizzazione), in cui viene rappresentato un fatto o una situazione che non proviene dal mondo interno del partecipante.
- Gruppi di psicodramma (moreniani o altri), in cui ciò che viene drammatizzato è un vissuto significativo del singolo partecipante.
- Gruppi corporei. Utilizzano l'osservazione delle interazioni non verbali più che quelle verbali (da W. Reich alla bioenergetica di A. Lowen alla tecnica di Ida Rolf ecc...).
- Gruppi di problem solving, impegnati nella soluzione di problemi, a scopo di apprendimento (indirizzati spesso a gruppi di lavoro).
- Gruppi-maratona, con sedute ininterrotte della durata di ventiquattro-quarantott'ore, con poco o nessun tempo per dormire. Si ritiene che la stanchezza che ne deriva, unita all'intensità dell'esperienza, contribuisca a far cadere le resistenze e le maschere sociali.

Anche se tutti questi NON sono gruppi dichiaratamente terapeutici, Yalom sostiene che comunque lo sono molto spesso anche indirettamente, ed i loro obiettivi sono a metà strada tra la crescita personale, il sostegno, l'educazione e la terapia.

Seppur con caratteristiche tanto diverse, tendono ad avere **COMUNQUE ALCUNI ELEMENTI SIMILI**: il gruppo è generalmente ristretto (da otto a diciotto partecipanti), relativamente non strutturato e sceglie i propri obiettivi. Spesso l'esperienza comprende qualche input cognitivo per l'attivazione che viene presentato al gruppo. Il compito dell'agevolatore, o facilitatore, è quello di creare un **CLIMA PSICOLOGICO DI SICUREZZA**, in cui gradualmente possa realizzarsi la libertà di espressione e la riduzione dell'atteggiamento difensivo. Da questa mutua libertà di esprimere sentimenti positivi e negativi si può sviluppare un clima di fiducia reciproca. Ogni membro può procedere verso una maggiore accettazione di sé stesso così come è, dal punto di vista emotivo, intellettuale e fisico. Con la riduzione della **RIGIDITA'** difensiva, le persone possono imparare ad ascoltarsi a vicenda, e possono imparare l'uno dall'altro. **IL CAMBIAMENTO (ANCHE NELLA SUA FORMA DI APPRENDIMENTO COME STRUMENTO DI CAMBIAMENTO E DI RISTRUTTURAZIONE COGNITIVA) DIVENTA COSÌ QUALCOSA DI AUSPICABILE, ANZICHÉ TEMIBILE.**

Nel gruppo di apprendimento, o di formazione, l'obiettivo è quello di aumentare le proprie competenze, sia come insieme, sia come singoli membri. Esistono quindi due aspetti: l'apprendimento collettivo e quello individuale. Apprendere non è il reciproco di insegnare, né un sinonimo di studiare. **APPRENDERE SIGNIFICA CAMBIARE.** L'essere umano cerca l'apprendere e contemporaneamente lo teme, per la paura di dover cambiare. Anche in un gruppo di apprendimento possiamo schematizzare alcune fasi:

- La prima fase è quella della curiosità, il desiderio di apprendere qualcosa rispetto ad un oggetto.
- La seconda fase è quella in cui il soggetto si rende conto che sta andando incontro ad un cambiamento. Appaiono le difese, che devono essere ammorbidite, o si abbandona il gruppo.

- La terza fase del processo di apprendimento è quella dell'acquisizione. L'oggetto dell'apprendimento entra, ma può ancora essere espulso; è la fase delle difese estreme.
- La quarta ed ultima fase è quella che Lewin ha chiamato "ricongelamento": la forma viene riconfigurata comprendendo il nuovo apprendimento, che viene limato e adattato fino a stabilizzarsi.

La funzione principale del gruppo in un processo di apprendimento, è quella di essere uno spazio di APPARTENENZA, di investimento emotivo e di identificazione. I singoli membri vengono aiutati a contenere le loro difese dall'apprendimento. Il singolo è spinto ad apprendere dall'amore per il gruppo. Il gruppo costituisce uno stimolo emotivo alla partecipazione; diventa una rete di legami che attraggono i singoli verso l'apprendimento. Ognuno si rende conto che difficoltà, resistenze e difese sono universali, comuni a tutti gli esseri umani. Nel gruppo ogni singolo riscopre la propria pluralità, ma sperimenta che l'originalità e diversità singolare si accompagna ad una condizione umana universalmente simile. Questa funzione è particolarmente utile nelle fasi iniziali del processo di apprendimento, quando ogni singolo sente di avere difficoltà e resistenze del tutto personali. La scoperta che difficoltà e resistenze sono comuni a tutti, facilita il loro superamento. Infine una funzione del gruppo di apprendimento è quella di essere spazio di SPERIMENTAZIONE: si offre a tutti i membri, in modo protetto, come palestra di allenamento per esercitare i nuovi apprendimenti.

Questa carrellata teorica sulla collocazione della "ORGANIZZATA" e degli altri gruppi presenti all' ARCA nel contesto delle diverse metodologie ed esperienze gruppali non può non tenere conto anche della tradizione dell' AUTO_AIUTO . I gruppi di auto-aiuto esistono col chiaro scopo di offrire sostegno psicologico: aiutano i loro membri ad affrontare un problema psicologico, una malattia fisica, un stress esterno significativo o una condizione stigmatizzata dalla società (ad esempio essere basso, obeso, omosessuale, vedovo). In Italia l'A.M.A. (associazione gruppi di Auto Mutuo Aiuto) fa sua la seguente definizione: "I gruppi di auto mutuo aiuto sono strutture di piccolo gruppo, a base volontaria, finalizzate al mutuo aiuto ed al raggiungimento di particolari scopi. Essi sono di solito costituiti da pari che si uniscono per assicurarsi reciproca assistenza nel soddisfare bisogni comuni, per superare un comune handicap o un problema di vita, oppure per impegnarsi a produrre desiderati cambiamenti personali o sociali". I promotori e i membri di questi gruppi hanno la convinzione che i loro bisogni non siano, o non possano essere, soddisfatti da o attraverso normali istituzioni sociali. I gruppi di auto-aiuto enfatizzano le interazioni sociali faccia a faccia e il senso di responsabilità personale dei membri, assicurando spesso assistenza materiale in aggiunta al sostegno emotivo. Le origini del gruppo di auto-aiuto sono teoricamente spontanee, e partono da una condizione di difficoltà condivisa da tutti i partecipanti. Il gruppo favorisce l'aggregazione e la condivisione, e la sua efficacia è basata sul fatto che ogni partecipante svolge contemporaneamente due ruoli: offre e riceve aiuto. Questo deriva dall'osservazione che chi ha condiviso situazioni simili è più efficace e credibile nel porsi di fronte all'altro.

I gruppi di auto-aiuto sono nati come gruppi di pari senza la presenza di un leader o facilitatore; tutti i partecipanti sono responsabili l'uno verso l'altro, tuttavia alcuni possono maturare particolari capacità di aiuto, che possono farlo riconoscere dal gruppo come helper. Tutti questi approcci rientrano nell'ambito degli incontri di gruppi pensati, secondo l'espressione di Yalom, PER "PERSONE NORMALI".

E' stato osservato che persone considerate membri sani della società, che avevano spesso raggiunto un considerevole successo, con una vita esteriormente soddisfacente, vivevano un'esperienza interiore fatta di tensione, insicurezza e conflitti di valori. La cultura occidentale, altamente competitiva, incoraggia la costruzione di una facciata. Ad esempio, colui che viene considerato una persona di successo dai suoi pari, spesso si sforza di difendere a tutti i costi questa immagine pubblica. Se ha dei dubbi sulla propria adeguatezza non ne tiene conto, e si controlla costantemente nel timore che si manifesti qualche incertezza o disagio personale.

Questo processo isola e paralizza, in quanto interrompe la comunicazione non solo con gli altri, ma anche con sé stessi. La creatività e la conoscenza di sé vengono sacrificate poiché l'individuo volge il suo sguardo all'esterno, in una ricerca perpetua di convalida da parte dei suoi pari. Con il lavoro di gruppo queste "PERSONE NORMALI" scoprivano che la simulazione di essere soddisfatti non solo era superflua, ma era d'impaccio. Lasciando cadere le loro facciate divenivano capaci di sperimentare la franchezza nel rivelare i propri pensieri e sentimenti. Questo mostrava loro di poter essere pienamente accettati se correvano il rischio di svelarsi, e che veniva mitigato il profondo senso di isolamento, in quanto ognuno diventava consapevole dell'universalità dei suoi dubbi e delle sue paure segrete.

IL GRUPPO COME ESPERIENZA DI CURA: LA TEORIZZAZIONE DI YALOM E I GRUPPI IN COMUNITA' TERAPEUTICA. La terapia di gruppo, nata negli anni Quaranta, si forma come alternativa alle terapie individuali, soprattutto in contesti ambulatoriali pubblici, di comunità terapeutiche e di ospedali psichiatrici. Pur essendovi state già primas importanti esperienze terapeutiche condotte mediante il gruppo, solo nel corso della seconda guerra mondiale si ebbe un decisivo impulso verso le terapie gruppali per la urgenza storica che gli psichiatri impegnati nel lavoro di cura erano pochi, mentre i pazienti da trattare erano in numero elevato. A tale proposito è importante evidenziare la connessione tra terapia di gruppo e istituzione comunitaria o ospedaliera.

Il gruppo terapeutico veramente valido diventa anzitutto:

- a) uno spazio dove i pazienti interagiscono liberamente gli uni con gli altri;
- b) un mezzo per identificare e comprendere ciò che non va nelle loro interazioni,
- c) uno strumento per modificare questi modelli comportamentali maladattativi.

In che modo la terapia di gruppo aiuta i pazienti? Sia dal punto di vista psicologico (in quanto soggetto del proprio progetto di vita), sia rispetto alla propria contrattualità sociale (in quanto attore sociale), il singolo trova nel gruppo la possibilità di ricostruire la propria immagine. Il gruppo è il luogo privilegiato dove gli individui possono, attraverso l'analisi delle loro emozioni e dei loro atteggiamenti, accedere ad un processo di affrancamento dalle norme e dai conformismi istituzionali.

L'esperienza terapeutica che porta al processo di cambiamento, si compone secondo Yalom dei seguenti fattori:

- 1) Infusione della speranza.
- 2) Universalità.
- 3) Informazione.
- 4) Altruismo.
- 5) Ricapitolazione correttiva del gruppo primario familiare.

- 6) Sviluppo di tecniche di socializzazione.
- 7) Coesione di gruppo.
- 8) Apprendimento interpersonale.
- 9) Comportamento imitativo.
- 10) Catarsi.

INFUSIONE DELLA SPERANZA Infondere e mantenere la speranza è di importanza decisiva; non solo la speranza è necessaria per trattenere il paziente in terapia affinché possano agire gli altri fattori terapeutici, ma la fiducia in un metodo di trattamento può essere di per sé efficace dal punto di vista terapeutico. Numerose ricerche hanno dimostrato che una grande aspettativa di aiuto precedente alla terapia è collegata in maniera significativa a un esito positivo.

I terapeuti possono giovare di questo fattore facendo tutto ciò che è possibile per aumentare la fede e la fiducia che i pazienti hanno nell'efficacia del gruppo. Il terapeuta rafforza le aspettative positive, elimina i presupposti negativi e presenta una spiegazione lucida ed efficace delle proprietà terapeutiche del gruppo. La terapia di gruppo non solo trae vantaggio dai salutari effetti generali delle aspettative positive, ma si giova anche di una fonte di speranza che è specifica della struttura del gruppo. Nei gruppi terapeutici vi sono invariabilmente individui che si trovano a livelli diversi lungo il continuum che va da un modo attivo di affrontare la propria disfunzionalità fino all'incapacità d'affrontarla. I pazienti vedono o sentono parlare di altri membri del gruppo che nel gruppo sono migliorati. Inoltre s'imbattono spesso in pazienti che hanno avuto problemi molto simili ai loro e che li hanno affrontati in modo più efficace.

UNIVERSALITÀ Molti pazienti intraprendono la terapia con la triste convinzione di essere senza uguali nelle loro disgrazie, di avere essi soli certi problemi, pensieri, impulsi e fantasie spaventose o inaccettabili. Vi è in questo un fondo di verità, dal momento che molti pazienti hanno dovuto affrontare forme non comuni di tensioni esistenziali e sono di solito dominati e influenzati da elementi psichici perlopiù inconsci. In un certo senso questo è vero per ognuno di noi, ma per molti pazienti il senso di unicità è spesso intensificato dal loro isolamento sociale; a causa delle difficoltà interpersonali, spesso non si presentano loro occasioni di relazioni veramente intime. Nella vita quotidiana non vengono a conoscenza delle esperienze e dei sentimenti analoghi vissuti da altri, né si servono dell'opportunità di confidarsi con gli altri sentendosi infine da questi «convalidati» e accettati.

Nel gruppo terapeutico, specialmente nelle prime fasi, la smentita di queste sensazioni di unicità e solitudine è una notevole fonte di sollievo. Dopo aver ascoltato altri membri del gruppo che rivelano preoccupazioni simili alle proprie, i pazienti riferiscono di sentire un maggiore contatto con il mondo. Nel percepire la loro somiglianza con gli altri e nel condividere con loro le ansie più profonde, i pazienti traggono beneficio e si sentono accettati e riconosciuti da parte degli altri membri del gruppo. Alcuni individui, per i quali la segretezza è stata un fattore di isolamento particolarmente importante, danno una grande importanza all'universalità.

INFORMAZIONE Sotto questa indicazione sono compresi sia l'istruzione didattica sulla salute mentale, sul disagio psicologico e sulle dinamiche psichiche, sia i consigli e i suggerimenti offerti dal conduttore e da altri pazienti: la maggior parte dei pazienti, al termine di una terapia di gruppo, apprende molte cose sul

funzionamento psichico, sul significato dei sintomi, sulle dinamiche interpersonali e di gruppo e sul processo psicoterapeutico.

Molte tecniche di terapia di gruppo considerano l'istruzione formale, o psicoeducazione, una parte importante del programma. Oltre a offrire un sostegno reciproco, questi gruppi di solito comprendono una terapia cognitiva, offrendo un'informazione esplicita sulla natura della malattia del paziente. L'istruzione didattica è stata impiegata in molteplici forme nella terapia di gruppo: per fornire nozioni, per modificare schemi di pensiero negativi, per dare una struttura al gruppo, per spiegare il processo della malattia. Spesso l'istruzione didattica ha nel gruppo una funzione di forza di collegamento iniziale, prima che diventino attivi altri fattori terapeutici. Tuttavia la spiegazione e la chiarificazione, in parte, sono già esse stesse reali agenti terapeutici.

I consigli diretti, a differenza dell'istruzione didattica esplicita da parte del conduttore del gruppo, sono elargiti anche dai membri del gruppo e sono presenti senza eccezioni in tutti i gruppi terapeutici. Sebbene il dare consigli sia un fenomeno comune agli inizi della terapia ci sono ben pochi casi in cui uno specifico suggerimento circa qualche problema abbia portato in modo diretto qualche beneficio ad un paziente. Indirettamente, tuttavia, il suggerimento adempie una funzione: il processo di dare consigli, più che il contenuto del consiglio in sé, può essere proficuo poiché implica e rende palese una reciproca cura ed un reciproco interessamento. Dare o richiedere consigli costituisce un comportamento che spesso fornisce indizi importanti per la spiegazione della patologia interpersonale. Ad esempio, il paziente che chiede continuamente consigli e suggerimenti agli altri, in definitiva solo per rifiutarli e frustrare gli altri, è ben noto ai terapeuti di gruppo come il paziente «lamentoso che rifiuta l'aiuto» o come il paziente del «si... ma» (Berne, 1964).

ALTRUISMO Anche nei gruppi terapeutici i pazienti ricevono qualcosa per il fatto stesso di dare, non solo come parte della reciproca sequenza dare-ricevere, ma anche dall'atto intrinseco del dare. I pazienti psichiatrici che intraprendono la terapia sono demoralizzati e hanno un senso di autostima molto ridotto, e sono perciò convinti di non poter offrire agli altri nulla di veramente valido. Per molto tempo si sono considerati un peso per gli altri, e scoprire di essere stati importanti per altre persone è un'esperienza ristoratrice che dà un forte impulso all'autostima. Naturalmente, i pazienti si aiutano enormemente l'un l'altro nel processo terapeutico. Possono offrire appoggio, suggerimenti, intuizioni, rassicurazioni, o condividere con altri membri del gruppo problemi simili.

RICAPITOLAZIONE CORRETTIVA DEL GRUPPO PRIMARIO FAMILIARE La grande maggioranza dei pazienti che intraprendono la terapia di gruppo, hanno alle spalle una storia di esperienze profondamente insoddisfacenti vissute nel loro primo e più importante gruppo: la famiglia d'origine. Il gruppo assomiglia sotto molti aspetti ad una famiglia: vi sono le figure genitoriali autoritarie, i fratelli coetanei, rivelazioni personali, forti emozioni e una profonda intimità, come pure sentimenti ostili e di competitività. C'è un'enorme varietà di schemi, ad esempio alcuni pazienti diventano del tutto dipendenti dal conduttore, a cui attribuiscono conoscenze e poteri irrealistici; altri assumono un atteggiamento di sfida verso il terapeuta poiché si sentono trattati come bambini e quindi controllati da lui; altri ancora sono guardinghi nei confronti del conduttore perché credono che esso tenti di strappare loro parti della loro individualità.

SVILUPPO DI TECNICHE DI SOCIALIZZAZIONE L'apprendimento della socialità, ovvero lo sviluppo delle doti essenziali per il vivere sociale, è un fattore terapeutico che agisce in tutti i gruppi. In alcuni, ad esempio in

quelli che preparano alla dimissione pazienti istituzionalizzati da molto tempo, o nei gruppi costituiti da adolescenti, si può valorizzare esplicitamente lo sviluppo delle abilità sociali.

LA COESIONE DI GRUPPO La coesione è una proprietà fondamentale dei gruppi, ampiamente studiata. La letteratura sulla coesione è molto ampia e si trovano varie definizioni. Tuttavia, in generale, si è d'accordo sul fatto che i gruppi differiscono tra loro per la quantità di "senso di gruppo" presente. Coloro che hanno un maggiore senso di solidarietà o di collettività danno maggiore importanza al gruppo e lo difendono dalle minacce interne ed esterne. In tali gruppi la presenza assidua volontaria, la partecipazione, l'aiuto reciproco, la difesa delle norme del gruppo, sono presenti ad un livello superiore rispetto ai gruppi in cui regna un minore spirito di corpo. I fattori terapeutici sono notevolmente interdipendenti e ciò che è di suprema importanza è il condividere affettivamente il proprio mondo interiore con gli altri e, di conseguenza l'accettazione da parte degli altri. Essere accettati dagli altri nonostante si creda di essere fundamentalmente ripugnanti, inaccettabili o sgradevoli è una potente forza risanatrice. Se un individuo aderisce alle norme procedurali del gruppo, il gruppo lo accetterà senza curarsi della sua vita passata, delle colpe o dei fallimenti avvenuti nel suo universo sociale. L'appartenenza al gruppo, l'accettazione e l'approvazione sono della massima importanza per lo sviluppo dell'individuo. La maggior parte dei pazienti psichiatrici ha nella propria esperienza una storia di gruppo molto scarsa; non sono mai stati prima membri validi, integranti e partecipi di un gruppo. Per questi pazienti il semplice superare in maniera soddisfacente un'esperienza di gruppo può essere di per sé terapeutico. La stabilità dell'appartenenza al gruppo è una condizione necessaria per un'efficace terapia di gruppo interazionale a lungo termine; vi sono però situazioni, in cui l'incostante frequenza degli stessi membri anche per due sole sedute successive, impedisce una stabile appartenenza al gruppo.

APPRENDIMENTO INTERPERSONALE Si tratta di forme di apprendimento che il paziente realizza nei suoi tentativi di relazionarsi costruttivamente e adattivamente con gli altri membri del gruppo. È un fattore terapeutico complesso che si basa sulla constatazione che in gruppo il soggetto primo o poi prende coscienza delle proprie dinamiche relazionali profonde, a partire dalla consapevolezza dei propri elementi di disadattamento. Il mutamento degli obiettivi, dal sollievo dalla sofferenza ad un cambiamento nel funzionamento interpersonale, è un primo passo essenziale nel processo della terapia di gruppo. Attualmente l'importanza delle relazioni interpersonali è una parte talmente essenziale della struttura delle teorie psichiatriche, che sembra banale sottolinearla. La gente ha bisogno della gente: per la sopravvivenza iniziale e successiva, per la socializzazione, per ottenere gratificazioni.

Rispetto al meccanismo dell'apprendimento interpersonale come fattore terapeutico, il paziente attraverso il feedback e l'autosservazione diventa testimone del proprio comportamento, valuta l'impatto di quel comportamento sui sentimenti degli altri, percepisce le opinioni che gli altri hanno di lui e le opinioni che hanno di sé stessi.

COMPORTEMENTO IMITATIVO Nei gruppi il processo imitativo è abbastanza diffuso, poiché si possono assumere a modello alcuni aspetti sia degli altri membri del gruppo sia del terapeuta. Nella terapia di gruppo non è raro che un paziente tragga beneficio dall'osservare la terapia di un altro paziente che ha problemi simili ai suoi. Il comportamento imitativo ha in genere un ruolo più importante nelle prime fasi rispetto alle fasi successive di un gruppo, poiché i membri del gruppo cercano membri più "anziani", o terapeuti con cui identificarsi. Anche un comportamento imitativo specifico di breve durata può contribuire

allo “scongelamento” individuale mediante la sperimentazione di nuovi comportamenti. Non è raro in realtà che i pazienti nel corso della terapia provino su di sé, per così dire, parti di altre persone e poi le abbandonino perché mal confacentesi. Questo processo può avere una forte influenza terapeutica; scoprire ciò che non si è, costituisce un progresso verso la scoperta di ciò che si è.

CATARSI Nella catarsi il paziente ha modo di liberare intense emozioni ottenendo un senso di sollievo e di risoluzione dei propri conflitti. Questo fattore terapeutico corrisponde alla possibilità di imparare a riconoscere e a esprimere i propri sentimenti, sia quelli giudicati positivamente sia quelli ritenuti negativi. La catarsi è connessa in modo complesso alla coesione: da una parte è più utile una volta che nel gruppo si sono formati i legami di sostegno; dall'altra, l'intensa espressione di emozioni potenzia lo sviluppo della coesione. I membri del gruppo che hanno espresso ed elaborato l'espressione reciproca di forti sentimenti svilupperanno maggiori legami di coesione.

ELEMENTI INTERNI ED ESTERNI CHE MODIFICANO L' INCIDENZA DEI FATTORI TERAPEUTICI Non tutti i fattori terapeutici descritti sono operanti in tutti i tipi di gruppo; certi fattori sono presenti nelle fasi iniziali della terapia ed altri in fasi più avanzate; persino all'interno dello stesso gruppo i vari pazienti traggono beneficio da fattori terapeutici diversi. Alcuni fattori invece, si rendono attivi solo in alcuni momenti del processo terapeutico. Inoltre va considerato che anche altri fattori ed elementi esterni al gruppo possono avere un'importanza determinante nella soluzione dei problemi del paziente. In questo senso, non occorre considerare la terapia presuntuosamente come unico veicolo verso la soluzione dei problemi ma, al contrario, considerare il paziente come dotato di autonome risorse che, nel contatto con la realtà, possono essere valorizzate.

Non vi è una gerarchia assoluta dei fattori terapeutici. Tali fattori sono infatti influenzati:

- a) dal tipo di terapia di gruppo: i pazienti in residenzialità non scelgono la stessa costellazione di fattori scelti in genere dai pazienti appartenenti a gruppi di soggetti non ricoverati. Essi selezionano fattori terapeutici che riflettono sia la composizione eterogenea dei gruppi terapeutici di pazienti interni, sia la scelta in base ai propri bisogni che il paziente compie nella terapia di gruppo. Pazienti che differiscono notevolmente l'uno dall'altro per ciò che concerne la forza dell'io, la motivazione, gli obiettivi e la gravità della loro psicopatologia, si incontrano nello stesso gruppo interno alla struttura residenziale e, di conseguenza, selezionano e valutano aspetti diversi della procedura di gruppo. L'importanza di infondere speranza è al primo posto nei gruppi di pazienti ricoverati, perché molti pazienti arrivano in uno stato di estrema demoralizzazione. Finché un paziente non ritrova la speranza e la motivazione per impegnarsi nel trattamento, non è possibile ottenere nessun progresso. Spesso il più efficace antidoto alla demoralizzazione è la presenza di altri pazienti che hanno vissuto recentemente le stesse difficoltà ed hanno scoperto un modo per uscire dalla disperazione;
- b) dalle fasi della terapia: i bisogni e gli scopi dei pazienti mutano durante il corso della terapia. Nelle fasi iniziali appaiono particolarmente importanti fattori come l'infusione della speranza, la guida o l'universalità. Quest'ultima in particolare è inevitabile, poiché i membri del gruppo cercano somiglianze e confrontano sintomi e raggruppamenti di problemi. Fattori

come l'altruismo e la coesione di gruppo operano per tutto il corso della terapia. Solo dopo lo sviluppo della coesione di gruppo i pazienti possono impegnarsi profondamente e in maniera costruttiva nell'autosvelamento, nel confronto e nel conflitto indispensabili al processo dell'apprendimento interpersonale. I bisogni e gli scopi dei pazienti mutano durante il corso della terapia che risulta così mutevole, non statica, in evoluzione, così che mutano anche la supremazia e l'influenza dei fattori terapeutici nel corso della terapia;

- c) dalle forze esterne al gruppo; il fattore esterno è complementare alla terapia di gruppo. I pazienti possiedono molte risorse che magari sono state loro utili in passato, e spesso una spinta derivante da qualche episodio della terapia può essere sufficiente per aiutare il paziente a cominciare ad affrontare le cose in maniera adattativa. La spirale adattativa è il processo attraverso il quale un cambiamento nel paziente è causa di cambiamenti nel suo ambiente interpersonale. Il gruppo mobilita i suoi membri perché traggano vantaggio delle risorse dell'ambiente, che in realtà "sono disponibili da molto tempo";
- d) dalle differenze individuali: non tutti hanno bisogno delle stesse cose, né reagiscono nello stesso modo alla terapia di gruppo; ci sono diversi percorsi terapeutici nell'esperienza di gruppo. Molti individui repressi traggono beneficio nel provare ad esprimere forti affetti. Altri con problemi di controllo degli impulsi e di grande labilità emotiva possono trarre profitto dal controllo dell'espressione emotiva. Alcuni hanno bisogno di imparare a condividere con gli altri e a dare, mentre gli individui passivi, schivi, hanno bisogno di imparare ad esprimere i loro bisogni e di diventare più egoisti. In breve, vengono valutati fattori differenti da differenti tipi di gruppi terapeutici, dallo stesso gruppo in fasi di sviluppo differenti e da pazienti differenti all'interno dello stesso gruppo, secondo i bisogni e la forza degli individui.

BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

- M. Andolfi, "La terapia con la famiglia", ed. Astrolabio, Roma 1977
- G. Bartholini, "La terapia centrata sul rapporto", ed. Dehoniane, Bologna 1995
- M. F. Basch, "Come funziona la psicoterapia", ed. Astrolabio, Roma 1991
- J. H. Beavin, D. D. Jackson, P. Watzlawick, "Pragmatica della comunicazione umana", ed. Astrolabio, Roma 1970
- G. Bellieni, G. Cambiaso, "Comunità per tossicomani. Esperienze riabilitative italiane e straniere", F. Angeli, Milano, 1985
- J. Bergeret, "Chi è il tossicomane. Tossicomania e personalità", ed. Dedalo, Bari 1983.
- Bennardo, A. Consoli, "Diagnosi e valutazione nelle tossicodipendenze e nell'alcolismo", ed. Centro Scientifico, Torino, 1995
- S. Borgo, "La supervisione dei casi clinici", Ed. McGraw-Hill, Milano 1998
- F. Bruno, F. Maselli, "Per paura di vivere", ed. Città Nuova, Roma 1985
- L. Cancrini, "Quei temerari sulle macchine volanti", ed. N.I.S., Roma 1986.
- F. Capelli e A. Grassi, "Guida agli interventi sulle tossicodipendenze", ed. Il Pensiero Scientifico, Roma 1982.
- M. Cagossi, "Comunità terapeutiche e non", ed. Borla, Roma 1988
- R. Carkhuff, "L'arte di aiutare", ed. Centro Studi Erikson, Trento 1987
- Castelli, R. Granata, C. M. Mozzanica (a cura di), "(Dis)agio giovanile negli itinerari di community care", ed. Franco Angeli, Milano 1997
- I. Carraro, V. Lotti, "I Gruppi terapeutici nei disturbi da sostanze", ed. Piccin, Padova, 1977
- M. Catella "Un modello di trattamento per alcoolisti", in aa.vv., "Trattamenti integrati per alcooldipendenti", Franco Angeli Editore, 2006
- M. Catella, "Il lavoro di equipe nelle ct a doppia diagnosi", in: aa.vv., "La comorbidity psichiatrica", ed. Franco Angeli, 2001
- M. Catella-C. Zucca Alessandrelli, "La personalità dipendente nella tradizione psicoanalitica", ed. ITL-Centro Ambrosiano, Milano 1999
- M. Catella- R. Massa, "Prevenzione: un alibi minimalista?", ed. ITL-Centro Ambrosiano, Milano 2000
- M. Catella-G. Torre, "La generazione sostituita", ed. ITL-Centro Ambrosiano, Milano 1998
- M. Catella, "La comunità che cura. Analisi dei processi di guarigione nella comunità terapeutica.", ed. Gulliver, Varese 2002
- Cirillo S. (a cura di) "Il cambiamento nei contesti non terapeutici", R. Cortina, Milano, 1990
- S. Cirillo, M. Selvini Palazzoli, M. Selvini, A. M. Sorrentino, "I giochi psicotici nella famiglia", ed. Raffaello Cortina, Milano 1988
- M. Corulli (a cura di), "Terapeutico e antiterapeutico", ed. Bollati Boringhieri, Torino 1997
- Costa V., "La comunità Terapeutica" in MARGINALITA' E SOCIETA', n. 5, 1988,
- Costantini e S. Mazzoni, "Le comunità terapeutiche per tossicodipendenti", ed. N.I.S., Urbino 1984.
- G. De Leon, "The Therapeutic Community: Study of Effectiveness", Rockville, MD, National Institute on Drug Abuse, 1984

- G. De Leon, "Psychopathology and substance abuse: what we are learning from research in therapeutic communities", *J Psychoactive Drugs* 21, 1989
- G. De Leon, J. T. Ziegenfuss (a cura di), "Therapeutic Communities for Addictions: Reading in Theory, Research, and Practice, Springfield, IL, Charles C. Thomas, 1986
- G. De Leon, N. Jainchill, H. Wexler, "Success and improvement rates 5 years after treatment in a therapeutic community", *Int J Addict* 17, 1982
- G. De Leon e J. Ziegenfuss, "Therapeutic Communities for addictions", ed. C.C. Thomas, Springfield 1986: Fallon et al., "Intervento psicoeducativo familiare in psichiatria", ed. Centro Studi Erikson, Trento 1992 Ferruta, G, Foresti, E. Pedriali, M. Vigorelli (a cura di), "La comunità terapeutica", ed. Raffaello Cortina, Milano 1998
- Francescato, L. Leone, M. Traversi, "Oltre la psicoterapia", Ed. La Nuova Italia Scientifica, Roma 1993
- S.H. Foulkes, "Analisi terapeutica di gruppo", ed. Boringhieri 1967.
- M. Galanter, H. D. Kleber (a cura di), "Trattamento dei disturbi da uso di sostanze", ed. Masson, Milano 1998
- V. Genduso, V. Soana, "La strada in comunità", ed. Centro di solidarietà L'Ancora, Sanremo 1989
- Galanter M. , "Treating substance abusers: why therapists fail ? " , in *HOSP. COMM. PSYCH.* , n.37 , 1986
- J. Haley, "Terapie non comuni", ed. Astrolabio, Roma 1976
- K. S. Halliday, E. J. Khantzian, W.. E. Mcauliffe, "La dipendenza e il sé vulnerabile, ed. Piccin, Padova, 1997
- R. D. Hinshelwood, "Cosa accade nei gruppi", ed. Raffaello Cortina, Milano 1989
- M. Jones, "Therapeutic Community: A New Treatment Method in Psychiatry", New York, Basic Books, 1953
- A.L. Kadis, J.D. Jrasner, C. Winick e S.H. Foulkes, "Manuale di psicoterapia di gruppo", ed. Feltrinelli 1967.
- G. Mammana, "Il piacere dell'identità", Ed. DI.TE. Scientifiche, Foggia, 1993
- T. Main, "La comunità terapeutica e altri saggi psicoanalitici", Ed. Il Pensiero Scientifico, Roma, 1992
- L. Marsan, "Progetto Uomo contro la droga", Scuola di Formazione "Casa del Sole", Castel Gandolfo (Roma)
- J. Masterson, S. Sola, M. Zuchkerman et. al, "MMPI patterns in drug abusers before and after treatment in therapeutic communities", *J Consult Clin Psychol* 43, 1975
- R. Mucchielli, "La dinamica di gruppo", ed. Elle Di Ci, Torino 1994
- C. Neri, "Gruppo", ed. Borla , Roma 1995
- C.Olievenstein, "Non esistono drogati felici", ed. Elle Di Ci, Torino, 1977
- C. Olievenstein, "L'infanzia del tossicomane", *Arch. di psicol. Neurol. E psichiat.*, XLII, 1981a, pp. 201-227
- C. Olievenstein, "La presa in carico dell'adolescente tossicomane", *Arch. di psicol. Neurol. E psichiat.*, XLII, 1981. Olievenstein, "Il destino del tossicomane", ed. Borla, Roma 1994
- C.Olievenstein, "Il non detto delle emozioni", ed. Feltrinelli, Milano 1990
- A. Parodi, "Tossicodipendenze e comunità terapeutiche in un'ottica sistemica", *Terapia familiare*, 23, 2.
- P. Rigliano, "Eroina, Dolore, Cambiamento", ed. Unicopli, Milano 1991
- C. Rogers, "I gruppi d'incontro", ed. Astrolabio 1970.
- C.Rogers, "Psicoterapia di consultazione", ed. Astrolabio, Roma 1971
- E. Spaltro, "Pluralità", ed. Patron 1985.
- L. Yablonsky, "Synanon: The Tunnel Black, New York, Macmillan, 1965
- L. Yablonsky, "La comunità che cura", ed. Astrolabio, Roma 1989

- I.D. Yalom, "Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo", ed. Boringhieri 1974.
- V. Vitolo, "Le psicoaterapie", ed. Il Saggiatore, Milano, 1997
- P. Watzlawick, J. H. Weakland (a cura di), "La prospettiva relazionale", ed. Astrolabio, Roma 1978
- C. Zucca Alessandrelli, "Relazione analitica e tossicodipendenti: la modulazione del setting", Gli Argonauti, 18, pp. 183-200
- C. Zucca Alessandrelli, "Adolescenza e tossicodipendenza", Marginalità e società, 5, pp. 81 e seg.