INDICE

Presentazione

La nostra storia 9

Prefazione 15

CAPITOLO 1

Alla ricerca della bussola 19

1.1 Dal salvare all'aiutare a cambiare 21

1.2 Le nostre conclusioni 22

CAPITOLO 2

La teoria analitico transazionale 25

2.1 Premessa 27

2.2 L'analisi transazionale 28

2.2.1 Gli stati dell'Io 28

2.2.2 Il copione di vita 31

2.2.3 I principali messaggi copionali 32

CAPITOLO 3

La nostra filosofia 37

3.1 La centralità della persona 39

3.2 Il potere della persona 41

3.3 Il cambiamento 45

3.4 Ognuno può cambiare 49

3.5 La contrattualità 49

CAPITOLO 4

Le fasi del programma 53

4.1 La presa in carico 55

4.2 Il periodo dell'orientamento 56

4.3 La prima fase 59

4.4 La seconda fase 61

4.5 La terza fase 64

4.6 Il riapprendimento sociale 65

CAPITOLO 5

La famiglia 69

5.1 Riflessioni sul ruolo della famiglia all'interno del processo terapeutico 71

5.2 La famiglia e la simbiosi 73

5.3 Esempi clinici 75

5.4 La presa in carico della famiglia 77

5.5 Da una famiglia delegante ad una famiglia protagonista 79

5.6 I gruppi famiglia 80

5.6.1 Premessa 80

5.6.2 Le assemblee familiari 82

5.6.3 Le assemblee familiari, sintesi di un anno di attività 83

CAPITOLO 6

Le attività terapeutiche del periodo comunitario 85
6.1 L'ergoterapia 87
6.2 La psicoterapia 88
6.3 I gruppi di confronto 95
6.4 L'assemblea socioterapica 96
6.5 I colloqui 97
6.6 I gruppi pedagogici 98
6.7 Il gruppo di sostegno 99

CAPITOLO 7
Un caso di tossicodipendenza trattato in regime residenziale con metodologia analitico transazionale 103

7.1 Il primo contatto 105
7.1.1 Il periodo dell'orientamento 106
7.2 La prima fase 106
7.3 La seconda fase 108
7.4 La terza fase 110
7.5 Conclusioni 111

CAPITOLO 8
I dati dell'utenza del centro "Fanelli" da giugno 1988 a dicembre 1999 113

Presentazione
LA NOSTRA STORIA

La storia della Associazione Comunità Terapeutica Maria Fanelli ha avuto origine nella Parrocchia Maria SS.ma del Carmine in Castellammare di Stabia, dove ho esercitato il mio ministero di Parroco fino al 1995.

Nel 1979, avevamo da poco ricostruito la Chiesa Parrocchiale e gli annessi locali di ministero pastorale, il gruppo dei giovani che si era fortemente impegnato nella fase dei lavori per la Chiesa, mi manifestò l'esigenza di una apertura ai problemi del territorio.

In quegli anni il problema della tossicodipendenza cominciava a rendersi visibile in città, anche in Parrocchia alcuni "drogati" storici, cominciavano ad affacciarsi mentre giungevano notizie dai ragazzi delle scuole che circolava ormai "il fumo" con gruppi sempre maggiori di utenti.

Fu quindi una necessità interessarci dei "drogati".

Invitai i ragazzi a contattare l'unica struttura allora esistente a Napoli, il Centro di accoglienza "Il Samaritano", da questi primi contatti nacque l'esigenza di un corso di formazione per un approccio più organico al problema.

Si iniziò con un primo esame della situazione sul territorio, con una ricerca di dati, certamente approssimativa perché fatta con poche risorse, ma che ci diede subito la sensazione che il problema della tossicodipendenza fosse, già

allora, allarmante.

Consapevoli che non bastavano i buoni propositi, pensammo di dare subito delle risposte. Iniziammo a fare esperienza aiutando qualche "drogato" a farsi la "rota", prendendo contatti con le strutture già esistenti.

Andammo negli anni successivi a San Patrignano, al Ceis, a Santa Severa, a Lecce, alcuni del gruppo impegnarono, i periodi estivi in stages presso le Comunità di Le Patriache di Tolosa, di Fratello Sole di Santa Severa, del Pioppo di Somma Vesuviana.

Cosi è sorta l'idea di creare una Comunità di recupero e intorno a questa idea si sono aggregate successivamente altre persone. Insieme abbiamo strutturato il programma terapeutico e focalizzato la filosofia di fondo su cui doveva impostarsi il nostro lavoro. Idee e progetto che oggi presentiamo con il conforto della esperienza maturata sul campo in un primo decennio di attività e soprattutto con la consapevolezza di aver ottenuto risultati che vanno ben al di là delle nostre più rosee aspettative.

Ringrazio la Dott. Carolina Esposito Psicologa della nostra Comunità e Responsabile del Programma Terapeutico per la fatica che ha fatto di affrontare questo lavoro. Ce n'era veramente bisogno!

Sentiamo oggi il dovere di offrire a tutti questa nostra esperienza perché sia di stimolo a quanti vogliono intraprendere la strada del servizio alle nuove povertà esistenti sul nostro territorio che provocano certamente la comunità civile, come quella ecclesiale.

Occorre sgombrare il campo dalle facili illusioni, il compito non è facile e gli ostacoli sono sempre presenti.

Anche noi ne abbiamo incontrati e tanti...

In primo luogo, le paure, del resto comprensibili, degli abitanti il territorio in cui ci siamo inseriti, e poi, il difficile iter burocratico per arrivare ad ottenere i permessi necessari, la fatica di affrontare le situazioni iniziali, senza una grossa esperienza alle spalle, con mezzi inadeguati, difficoltà esasperate dal fatto che all'inizio ci sono capitati i casi più difficili e, non ultima la difficoltà di reperire risorse sul piano economico.

La Sig.ra Maria Fanelli nel 1980 lasciò alla Parrocchia del Carmine una donazione in denaro perché fosse realizzato questo progetto, la diocesi di Sorrento-Castellammare di Stabia nella persona dell'attuale Arcivescovo S.E. Mons. Felice Cece dotò la Parrocchia di alcuni appezzamenti di terra appartenenti all'ex beneficio parrocchiale di S. Lucia in Pimonte, e poi l'aiuto di tante persone ci ha permesso la costruzione, ex novo, della casa di Pimonte in Via Gesinella 18 dove ha sede la nostra Comunità Residenziale.

L'Associazione Comunità Terapeutica per il recupero dei tossicodipendenti "Maria Fanelli", fu costituita con atto notarile, il 14 maggio del 1987. Aprì il Centro di Presa in Carico destinato all'accoglienza e all'orientamento del disagio da dipendenza, nel mese di Gennaio 1988 in Castellammare di Stabia, e in seguito, l'8 Maggio 1991 in Pimonte, la Comunità Terapeutica presso cui vengono accolti i tossicodipendenti per il percorso di recupero.

Il 20 luglio 1987, un gruppo di professionisti, che condividevano i nostri ideali, hanno dato vita alla Soc. Cooperativa sociale "S. Lucia" a r.l. finalizzata al reinserimento sociale e lavorativo dei ragazzi a termine del percorso terapeutico. La Cooperativa ha realizzato in questi anni progetti di formazione per gli ospiti della Comunità, ha accompagnato lo sviluppo delle attività ergoterapiche inserite nel cammino di recupero, sta ora lavorando per creare delle strutture di lavoro per l'inserimento di ragazzi che hanno ultimato in Comunità il percorso terapeutico. Ultimamente è nata la Fondazione "Fanelli", per sostenere le attività dell'Associazione e della Cooperativa, è stata riconosciuta con Decreto del Ministero dell'Interno Ente Morale, il 18 marzo 1999. La Fondazione ha come patrimonio i terreni in Pimonte donati dalla Diocesi e la proprietà dell'immobile presso cui è ospitata la Comunità.

In questo periodo estivo, la Fondazione ha acquistato un capannone industriale per lo sviluppo delle attività della Cooperativa e una palazzina su quattro livelli per i nuovi progetti dell'Associazione.

L'Associazione infatti ha in cantiere altre attività da collocarsi nella struttura appena acquistata dalla Fondazione. Si vuole realizzare un Centro di accoglienza e terapia per tutte le "dipendenze", un centro di pronta accoglienza per i tossicodipendenti, una comunità semiresidenziale.

La Cooperativa ha immediatamente in fase di realizzazione un centro per la plastificazione delle carte e una attività di tipografia.

Abbiamo ancora bisogno di sostegno e di aiuto anche sul piano economico. Guardando al passato e a quello che con l'aiuto della Provvidenza abbiamo realizzato, siamo certi che anche questi nuovi traguardi saranno raggiunti! È grande la speranza!

Un particolare ringraziamento desidero esprimere a quanti lavorano con noi, e in particolare oltre che a Carolina Esposito, agli operatori della Comunità: Alessandra Rosa Rosa, Giuseppe Gargano, Teresa Longobardi, Santa D'Aponte, Giovanni Ruggiero, Angelo Matrone, Ottavio Esposito, Mario Coppola e a tutti i Volontari che in questi anni hanno condiviso la nostra fatica, senza il contributo della professionalità di queste persone, messa a disposizione con generosa gratuità, non avremmo potuto raggiungere questi traguardi. Il Prof. Michele Novellino poi è stato in questo periodo il supervisore del nostro lavoro, a lui dobbiamo che siamo cresciuti nella capacità di intenderci, di integrarci, di portare avanti con maggiore serenità un lavoro per tanti versi stressante.

Castellammare di Stabia
Santo Natale 1999

D. Mario Di Maio

PREFAZIONE

L'esperenza della Comunità Fanelli s'inserisce con forza e chiarezza nel variegato mondo del trattamento psicosociale delle tossicodipendenze.

Queste ultime costringono gli intellettuali, i politici, i professionisti e, non ultimi, i volontari che se ne occupano, a continue revisioni per comprendere in modo aperto e critico le persistenti accelerazioni di un "mondo" caratterizzato da vertiginosi mutamenti.

Nuove sostanze, nuovi identikit psicosociali del consumatore, leggi che corrono dietro al fenomeno…

I libri e le ricerche di qualche anno fa appena, assomigliano ormai agli affascinanti ma immobili scheletri di dinosauro dei musei di storia naturale. La Comunità Fanelli esprime nell'entusiasmo costante e nella spinta verso il nuovo dei suoi operatori, lo spirito necessario a quell'impresa titanica che è il recupero di un tossicomane.

La prima è incarnata dalla figura di Don Mario: l'amore per la vita e per il prossimo, la costanza della fede, la coerenza dei valori; la seconda è inspirata da una psicologa e analista transazionale, Carolina Esposito; la fiducia negli

strumenti della ragione e dell'intuizione per fornire un metodo nell'aspirazione di sostenere l'altrui guarigione.

Intorno a questi due fondatori, si è costituito un gruppo di operatori dediti e impegnati a realizzare lo spirito derivante dalla fusione di queste due anime. Come tutti i progetti di una tale portata, un giorno è arrivato il momento di convogliare le energie del gruppo verso le mete sbloccando una fase di ingorgo critico, inevitabile e difficile da superare rimanendo al proprio interno.

Sono stato invitato, alcuni anni orsono, come supervisione ad aiutare lo staff a comprendere e superare costruttivamente quella fase di impasse.

Una impasse determinata dalle enormi tensioni alle quali è sempre sottoposto uno staff impegnato quotidianamente a sostenere personalità angosciate e angoscianti come sono i tossicomani. Ho lavorato con tutti nell'idea di perseguire soprattutto tre obiettivi:

1) Convogliare le emozioni bloccate in una comunicazione diretta;

2) Rafforzare l'identità e l'autostima degli operatori più vicini al burn-out;

3) Attualizzare i termini metodologici di un lavoro per sua natura al confine del selvaggio psicologico.

Sono gli obiettivi che andranno comunque considerati per tutta la vita del progetto.

Un supervisore ha il compito di riallinearli e di lasciare, con quel bellissimo laboratorio di apprendimento che è un gruppo di lavoro, un modello di riferimento, prima esterno e poi interiorizzato di come e quando si affrontano i conflitti interpersonali.

Qualunque gruppo diretto all'aiuto psicologico deve sostanzialmente occuparsi della gestione delle proprie dinamiche, in modo che queste ultime forniscano energie per i propri compiti piuttosto che per perpetuare possibili giochi nevrotici.

In particolare gli operatori dovranno confrontarsi costantemente con il rischio dell'onnipotenza e del narcisismo.

Il realismo degli obiettivi di lavoro e una consapevolezza dei propri ambiti di competenza e delle proprie caratteristiche devono condurre ogni operatore a una convinta adesione al proprio ruolo e alla propria funzione.

In questo nostro contesto di lavoro abbiamo usato lo strumento dell'analisi transazionale di Eric Berne.

Quella della Fanelli non è l'unica delle esperienze comunitarie che ha deciso di utilizzare l'A.T. come filosofia e strumento di guida.

L'A.T. si presta particolarmente sia al lavoro di gruppo che a pianificare interventi psicosociali di trattamento psicologico, e costituisce una efficace mediazione tra quelle due anime di cui sopra.

Il lavoro che qui ho il piacere e l'onore di introdurre, fornirà al lettore un'illustrazione chiara e sostanziata di quanto ho esposto.

Michele Novellino
Direttore dell'Istituto Eric Berne

CAPITOLO 1

Alla ricerca della bussola

1.1 Dal salvare all'aiutare a cambiare

Quando si affrontano problematiche di una certa rilevanza sociale e personale, non si può mai sapere in anticipo se l'approccio che si sta utilizzando sia quello giusto, ma fin dall'inizio del nostro cammino come staff di una Comunità Terapeutica apparve chiaro che l'atteggiamento di *salvatori,* con cui si era iniziato il lavoro era fallimentare. In tal caso, infatti, la persona non era chiamata a scegliere ma si veniva a trovare in una posizione di sfruttamento o di passività.

Un sentimento misto di impotenza e di incapacità spinse molti della prima ora a desistere; rimase un piccolo gruppo che intuì l'importanza del guardare, prima dentro se stessi e nell'esperienza esistente per capire quale fosse la modalità giusta per intervenire nel mondo della tossicodipendenza.

Vari programmi terapeutici furono vagliati e studiati, qualche operatore fu mandato a formarsi presso altre strutture, si accavallarono riunioni su riunioni, si discusse molto e si misero a confronto sensibilità diverse. Alla fine tutti concordammo sulla necessità di elaborare un nostro autonomo programma terapeutico, in quanto nessuno dei programmi studiati poteva accordarsi con la nostra filosofia della persona.

L'approccio terapeutico che sentivamo più nostro passava attraverso il confronto tra la conoscenza della realtà e le nostre idee: rifarsi alla realtà delle nostre esperienze voleva dire, in primo luogo, superare l'atteggiamento interno del *salvatore*, il quale nella sua onnipotenza crede di salvare senza porsi la domanda se l'altro veramente sia intenzionato ad accettare il suo aiuto.

Tutti noi avevamo poi chiari i grossi problemi legati alla *idealizzazione* delle comunità. Si era infatti osservato, studiando numerosi programmi terapeutici, che spesso nelle comunità avveniva lo strutturarsi del capo carismatico, cioè venivano favoriti quei processi di scissione attraverso cui il capo diventava la parte buona, che "guidava" con le sue regole il *cattivo* ragazzo. Costui, incapace di gestirsi da solo, doveva

esclusivamente riporre la massima fiducia nel capo e nella comunità che lo avrebbero salvato. Doveva, quindi, solo sapersi adattare alle regole date. Inoltre un'opinione molto diffusa che non ci trovava d'accordo era l'idea che la droga, la *roba*, costituisse il disordine e quindi fosse compito della comunità riportare *l'ordine*, attraverso un rigido sistema regolamentare. In altre parole il principale strumento terapeutico diventava l'ergoterapia ed il sistema regolamentare.

Pochi erano i programmi che davano importanza all'attivazione di quelle parti della persona che implicano la capacità di porsi nella relazione terapeutica alla pari, cioè di stimolare fin dall'inizio la capacità di scegliere e di pensare.

1.2 Le nostre conclusioni

Attualmente, da più parti si sta prendendo coscienza che la separazione definitiva dalla dipendenza avviene quando il cambiamento comportamentale diviene il risultato di un cambiamento interno e di conseguenza delle proprie strutture intrapsichiche. Questo ci conferma, lo diciamo con una punta di soddisfazione, nelle nostre intuizioni iniziali: l'esperienza ci ha infatti provato che la problematica interna del tossicodipendente, come del resto in tutte le dipendenze psicologiche, risiede nell'incapacità ad uscire da una relazione simbiotica.

Questa, la relazione simbiotica, è una modalità relazionale nella quale il soggetto si vive come incapace di esistere senza qualcosa di esterno a sé. Il tossico vive inglobato nella roba ed è essa che gli struttura il tempo, lo fa agire, determinandone la direzione, stimolandogli le emozioni e caratterizzando tutte le sue relazioni.

La disintossicazione fisica è un processo talvolta facile, come testimoniano le nuove tecniche immesse sul mercato, ma a causa proprio della suddetta relazione simbiotica, è altrettanto facile la ricaduta, con un *ritorno* spesso ancora più inglobante.

Questo fenomeno è favorito dal fatto che quando non è più coinvolta nel rapporto simbiotico con la droga, la persona vive momenti di incompletezza manifestando grosse difficoltà di azione autonoma, non riuscendo a disporre in modo concreto del proprio tempo, non riuscendo inoltre a provare emozioni naturali e a stabilire rapporti reali con gli altri. In una parola, ha enormi difficoltà a darsi una nuova identità sociale.

CAPITOLO 2

La teoria analitico transazionale

2.1 Premessa

Ritengo opportuno, per una più immediata comprensione della esperienza di trattamento delle personalità con problemi di dipendenza che andremo a raccontare, premettere una breve presentazione della Teoria dell'Analisi Transazionale [**A.T.**]. Ciò servirà sin dall'inizio a capirci meglio.

L'**Analisi Transazionale** è stata da noi ritenuta sia una teoria della personalità che un modello terapeutico, uno strumento utile sotto l'aspetto teorico e come modello di intervento.

La lettura dei testi di E. Berne e di B. e M. Goulding e la formazione terapeutica personale di alcuni di noi, ci trovavano concordi sul fatto che l'obiettivo di una terapia, cioè l'elaborazione dei contenuti interni di una persona sia quello di acquisire le capacità di consapevolezza, autonomia e spontaneità (Berne).

La teoria dei giochi di Berne e l'osservazione clinica che man mano abbiamo fatto ci chiarisce su come la tossicodipendenza non sia altro che una modalità attraverso cui vengono portate avanti delle decisioni e si confermano le opinioni su di sé, la realtà e gli altri, tramite il proprio copione.

Quindi il problema non è la droga in quanto tale, ma le decisioni di copione che attraverso di essa il ragazzo porta avanti.

Un altro aspetto che riteniamo utile è che l'A. T. considera che ogni persona possiede un Adulto [A] integro. Il problema potrebbe essere nel suo funzionamento e tale riflessione è per noi di estrema importanza in quanto ci aiuta a porci di fronte al ragazzo in maniera non contaminata da fantasie svalutanti e riduttive, riteniamo infatti uno stereotipo ritenere la personalità tossicomanica incapace di gestire i propri agiti.

Ciò che poi sappiamo e che ci rassicura di più è che non abbiamo formule magiche o verità certe: c'è stato dall'inizio un nostro modo di vedere la problematica, che non nasceva da una fantasia ma era frutto di un'analisi fatta sulla nostra esperienza e su quella degli altri, che era servita per la costruzione di un progetto in cui il postulato principale era di considerare la persona capace di attivarsi per il proprio cambiamento. In tale processo, noi ritenevamo opportuno porci come partecipanti.

2.2 L'Analisi Transazionale

Ci sembra opportuno, ai fini dell'illustrazione del progetto terapeutico, fare dei brevi cenni di A. T. a scopo introduttivo, mentre per maggiore approfondimento teorico si rimanda alla letteratura esistente.

L'analisi transazionale comprende sia un aspetto teorico che un sistema di psicoterapia.

Sotto l'aspetto teorico i temi centrali sono: le strutture dell'Io e le sue funzioni (stati dell'Io), il copione di vita e le sue dinamiche.

2.2.1 Gli stati dell'Io

Berne postulò l'esistenza degli stati dell'Io sulla base degli studi psicoanalitici di Paul Federn e gli esperimenti in psicofisiologia di Penfield e di Weiss. Federn aveva osservato che la realtà psicologica si basa su stati dell'Io completi e distinti, che definì immagini dell'Io. Più tardi Penfield, nei suoi studi di neurochirurgia su soggetti epilettici, constatò che i ricordi vengono conservati associati alla reazione emotiva, provata al momento dell'esperienza. Inoltre notò che possono coesistere due stati di coscienza diversi tra loro.

Weiss sistemò meglio i contributi di entrambi e diede più forma agli stati dell'Io Berniani, affermando che stati dell'Io di età precedenti hanno, all'interno della personalità, un'esistenza potenziale e in condizioni particolari possono riattivarsi. Tale riattivizzazione può avvenire in condizioni particolari (sogni, ipnosi, psicosi) in quanto c'è un reinvestimento energetico.

Altro dato importante è la compresenza di più stati dell'Io e ne individua tre: uno stato infantile residuo, uno stato della persona adulta e una "presenza psichica" di controllo della situazione. Inizialmente, prima di arrivare al concetto di stati dell'Io, Berne aveva descritto l'esistenza di due modalità di pensiero: quello logico e quello intuitivo. Egli aveva notato che quest'ultimo è molto presente nei bambini e coesiste anche in età adulta. Inoltre egli clinicamente aveva osservato che oltre a coesistere due tipi di pensiero esistevano anche due modalità comportamentali osservabili distinte tra loro: furono tali osservaziomi che lo guidarono nella postulazione di due stati dell'Io distinti: lo stato dell'Io bambino e lo stato dell'Io Adulto.

Successivamente egli riconobbe l'esistenza di un terzo stato dell'Io, fortemente condizionato dall'esterno sia nei contenuti di pensiero che nelle reazioni emotive. Berne nel 1957 usa il diagramma con tre cerchi che rappresentano gli stati dell'Io e definisce in modo chiaro il concetto di stati dell'Io come sistemi coerenti di pensiero, emozioni e comportamento che si diversificano tra loro per sedi strutturali e per processi.

Lo stato dell'Io bambino è un insieme di sentimenti, pensieri e modelli di comportamento che risalgono alla nostra infanzia. Lo stato dell'Io adulto è caratterizzato da un insieme autonomo di pensiero, sentimenti e comportamenti adeguati alla realtà attuale.

Lo stato dell'Io genitore è un insieme di sentimenti, pensieri e comportamenti incorporati dalla realtà esterna e cioè dalle figure genitoriali.

DIAGRAMMA DEI TRE STATI DELL'IO

2.2.2 Il copione di vita

Berne aveva individuato che alla base sia dei vissuti che dei comportamenti attuali dei suoi pazienti

c'erano delle esperienze, degli avvenimenti che si ripetevano in modo costante e che ne condizionavano il corso dell'esistenza. Per es. c'erano persone che tendevano a contrarre alcune malattie, altri che ripetevano esperienze fallimentari sia economiche che relazionali e vivevano tali esperienze come ineluttabili senza la consapevolezza che loro stessi ne erano i promotori.

Dall'indagine clinica basata sull'osservazione comportamentale, sui vissuti e sull'anamnesi storica, egli constatò che le scelte attuali erano condizionate da decisioni prese nell'infanzia in base all'esperienza avuta con le persone significative. Inoltre constatò che le scelte fatte in età evolutiva non erano singole scelte ma venivano organizzate in una trama significativa, con un inizio, un momento determinante e una conclusione. In questo modo egli arrivò a postulare il concetto di copione che così definì: "E' un piano di vita basato su una decisione presa nell'infanzia, rinforzata dai genitori, giustificata dagli eventi successivi, e che termina con un'alternativa prescelta dalla persona". Il piano di vita viene deciso prima dei sei anni di vita.

Quello che a noi è sembrato importante è che l'A.T. come teoria della personalità si basa sul postulato che il copione di vita si realizzi in relazione a decisioni prese dalla persona. Ritengo importante l'integrazione fatta da alcuni autori che sottolineano l'aspetto decisionale del copione in quanto soddisfa pienamente una valutazione filosofica per cui la persona ha le potenzialità di poter decidere su se stessa, considerando così che le componenti ambientali sono condizionanti ma non determinanti. Inoltre Berne, rispetto alla teoria Freudiana, valuta gli eventi ambientali e i messaggi dati dalle figure significative considerando l'intrapsichico e l'esterno in relazione dinamica.

Quest'ultimo concetto ci introduce ai condizionamenti principali dovuti al copione di vita.

2.2.3 I principali messaggi copionali

I messaggi principali che le figure genitoriali inviano sono di due tipi: le *ingiunzioni* e i *permessi.* Questi sono messaggi speculari, che cioè hanno lo stesso contenuto, ma le ingiunzioni hanno una valenza negativa ed i permessi hanno una valenza positiva.

Le ingiunzioni sono dei messaggi inibenti, un "non devi" che blocca la persona nella propria spontaneità e che l'orienta verso scelte auto limitanti. Pertanto, le persone che hanno avuto forti condizionamenti ingiuntivi *avranno meno possibilità* di indirizzare la propria vita verso scelte autonome. I permessi, invece, sono "autorizzazione" ad esprimere bisogni e capacità innate della persona.

Le principali ingiunzioni - permessi, evidenziate dall'osservazione comportamentale e dalla pratica clinica, sono: puoi esistere - non esistere, puoi essere cosciente delle sensazioni corporee - non essere cosciente delle sensazioni corporee, puoi avere sentimenti - non avere sentimenti, puoi essere intimo - non essere intimo, puoi far parte - non fare parte, puoi essere te stesso - non essere te stesso, puoi avere l'età che hai - non avere l'età che hai, puoi riuscire - non riuscire, puoi pensare - non pensare. Ci soffermeremo su come questi messaggi vengono inviati evolutivamente.

Quando nasce, il bambino ha bisogno che la sua nascita, il suo esistere, venga condiviso da chi lo accoglie; un figlio non desiderato, per problemi economici o interni alla coppia genitoriale, è un bambino che creerà problemi nei genitori che vivranno il bambino come un peso: gli si dedicherà meno tempo, si sarà meno sensibili alle sue richieste, lo si terrà meno in braccio o comunque le emozioni che gli saranno comunicate non lo aiuteranno a contenere le proprie angosce.

Prima o poi si rinfaccerà al bambino di essere stato un peso, pertanto il messaggio inviato riguarda il suo stesso esistere.

La consapevolezza rispetto alle sensazioni corporee è correlata alla capacità della madre di mettersi in contatto con i segnali di espressione di bisogno del proprio figlio: essi sono legati alla fame, sete, bisogni

viscerali, sensazione di caldo, freddo bisogno di contatto, sonno, veglia, ecc. La consapevolezza o meno dei propri sentimenti è legata al fatto che le proprie emozioni possano essere accettate dai propri genitori e condivise. Un es. di accettazione si ha quando il bimbo piange perché è spaventato e il papà lo prende in braccio per consolarlo; viceversa, può capitare che il bambino abbia paura, pianga ma che il papà lo rimproveri dicendogli che un uomo non deve aver paura.

Il permesso di essere intimo è legato alla capacità del genitore ad entrare in contatto fisicamente con il proprio bambino, che può essere di tipo non verbale (la mamma che cura il bambino, ma non lo prende mai in braccio) oppure, questo evolutivamente più tardi, può essere verbale. Un es. popolare è il detto "chi ti vuole bene più di una mamma o ti vende o ti inganna".

Il permesso di essere se stesso è legato invece agli attributi che la persona ha. Per attributi si intende il colore dei capelli, il sesso, la razza ecc.: un es. è quello della madre che dopo tre femmine vorrebbe un maschio.

Il permesso di pensare, che, secondo la scrivente, è strettamente correlato al permesso di sentire i propri bisogni corporei poiché ne è il precursore ed è legato alla libertà che si dà al bambino di esplorare l'ambiente esterno sia attraverso le esperienze che attraverso il gioco: di questi due permessi tratteremo in modo più dettagliato più avanti, in quanto dall'esperienza clinica con i "dipendenti" quello che spesso si rileva è la difficoltà di sentire le sensazioni corporee e l'incapacità di pensare.

Ricordiamo, infatti, che lo sviluppo cognitivo del bambino è psicomotorio. Per psicomotorio non si intende solo la motricità, ma la capacità di discriminazione sensoriale interna; ad esempio, l'ingiunzione ad avere l'età reale è correlata all'accettazione dell'età del proprio bambino da parte del genitore. Se questi non accetta che suo figlio cresca o che sia piccolo, finisce con il non riconoscere i bisogni della fase evolutiva che il bambino attraversa.

Infine, consideriamo il permesso ad avere successo che rappresenta la paura del genitore di essere superato dal proprio figlio. Ciò che sembra opportuno sottolineare è il fatto che dall'esperienza clinica avuta si vede che spesso i permessi e le ingiunzioni sono strettamente correlati tra di loro. Inoltre le ingiunzioni possono venire dall'esterno ma possono anche essere autoimposte dal bambino stesso. Un es. al riguardo è quello dei figli degli uomini di successo, che possono vivere il successo del padre o come modello da imitare o come un modello irraggiungibile.

CAPITOLO 3

La nostra filosofia

3.1 La centralità della persona

Il nostro approccio è insieme personale ed esperienziale. Per descriverlo al meglio posso riportare una personale esperienza, vissuta nei primi tempi del mio impegno terapeutico. Lavoravo nel campo dell'età evolutiva, quando "fu portato", al mio servizio, dagli insegnanti, un bambino con difficoltà scolastiche.

La mamma che lo accompagnava mi riferì che a quella consultazione l'avevano convinta le maestre, ma chiedeva che ci sbrigassimo perché aveva fretta, doveva andare a casa ad accudire il bambino più piccolo.

Le maestre, d'altro canto, avevano richiesto la consulenza dello psicologo solo in quanto desideravano l'assegnazione dell'insegnante di sostegno.

Chiesi al ragazzo di disegnarmi un bambino, ma egli chinò la testa e stette zitto per molto tempo. Ero confusa, a disagio, e invece di fermarmi a capire cosa c'era che non andava, come facevo di solito, lo stimolai a disegnare ma lui ostinatamente mi ignorava e continuava a tenere la testa bassa.

Ad un certo punto presi contatto con il disagio che provavo e mi chiesi cosa stessi a fare lì… mi resi conto che tutto era assurdo ed inumano, fissai il bambino e gli dissi: "guardami".

Lui alzò la testa, mi guardò e mi rispose: "Signò, a me nisciuno me vere" (signora, nessuno mi vede).

Misi da parte test e armamentari vari e cominciai a giocare a battaglia navale con il bambino e così piano piano, entrammo in contatto.

Avevo capito: nessuno si era accorto di lui, nessuno aveva pensato cosa provasse perché ognuno aveva i propri pensieri per la testa, le proprie teorie, ed io assurdamente, attraverso il disegno, gli chiedevo di rappresentarsi.

Ero consapevole che tutto questo era accaduto perché avevo perso di vista quello che accadeva in me e nell'altro. Quella fu per me una delle sedute terapeutiche più importanti in quanto decisi che la prima cosa che avrei fatto di fronte a qualsiasi essere umano è che lo avrei visto e mi sarei vista.

Più tardi, qualche anno dopo, agli inizi della mia attività nel campo delle tossicodipendenze, fui invitata a tenere una relazione su quello che andavamo facendo noi della "M. Fanelli".

Avevo lavorato a lungo, non volevo sfigurare, avevo paura di non essere chiara, perciò diedi tutta me stessa nell'intervento, ma continuavo ad avere la spiacevole sensazione di non essere ascoltata.

Addirittura mi capitò che uno dei relatori avesse dimenticato persino il mio nome!

Allora mi venne in mente il mio piccolo paziente, il *suo* disagio che era diventato il *mio* e capii di aver infranto una barriera.

Quest'esperienza interna la riportai frequentemente come riflessione nel gruppo degli operatori, che si andava man mano formando: tutti riconobbero di aver vissuto simili esperienze, per cui insieme

arrivammo alla conclusione che la prima cosa da mettere al centro del programma era proprio noi stessi; la consapevolezza di chi eravamo, delle nostre emozioni e del nostro bisogno di autonomia.

Il narcisismo, il professionalismo o la mistica abnegazione sono solo maschere dietro alle quali si nasconde la difficoltà di incontrare gli altri a viso scoperto. Oggi, a distanza di tanti anni, pur se fra difficoltà ed incomprensioni, ci rendiamo conto che seguendo questa linea in fondo ci divertiamo; scopriamo giorno per giorno che non ci imprigioniamo in un ruolo e questo ci fa sentire sempre più *esseri umani*.

3.2 Il potere della persona

La maggior parte dei ragazzi che arrivano da noi hanno sperimentato quasi tutti i programmi di dissuasione: metadone, metodo Uror, assunzione di antagonisti.

Spesso hanno partecipato ad altri programmi comunitari più o meno terapeutici che però non hanno dato loro risultati duraturi ed hanno lasciato in loro un vissuto di ineluttabilità e di sconfitta.

Emerge in modo chiaro come quasi nessuno di loro abbia la piena consapevolezza delle dinamiche interne che lo hanno condotto alla scelta di tornare a farsi.

Le affermazioni più comuni sono del tipo "sono un debole… mi faccio trascinare".

Partendo da questa posizione, i ragazzi e la loro famiglia si aspettano di essere salvati da qualcuno che al loro posto risolva il problema, intervenendo come un *deus ex machina* svalutando il loro potere e la loro capacità di riuscita.

Durante i vari programmi questa fantasia viene rinforzata dalla centralità che detiene il programma o la sostanza, quindi i vari interventi psicodinamici vengono vissuti come semplice supporto.

In sintesi viene avvalorata l'idea che sia sostanzialmente l'intervento esterno ad avere il potere di modificare i comportamenti tossicomanici.

Questo atteggiamento collude perfettamente con quella che è la fantasia del dipendente: le sue scelte sono legate ad un fattore esterno a sé che ha il potere di determinarlo sia nelle emozioni che nei pensieri. Infatti, per molto tempo, è stata la sostanza a guidare i comportamenti, ha influenzato le emozioni, ha attivato le risorse. Non è difficile rintracciare nella nostra esperienza ragazzi che uscendo da programmi comunitari rigidi, erano soliti usare toni di voce, struttura della frase e contenuti che mostravano il forte condizionamento che il programma aveva operato.

Uno degli esempi fu quello di un ragazzo che era stato ricoverato per 12 mesi in una comunità del nord.

Parlava un perfetto milanese e sia la struttura dalla frase che il contenuto erano rigidi. Questo atteggiamento si interruppe quando in un gruppo di terapia si lavorò per identificare i propri stati dell'Io.

Quando il ragazzo arrivò al proprio Stato dell'Io Bambino si confuse, si mise a sudare e *non riusciva a prendere contatto*. Intuitivamente gli chiesi di parlare in napoletano, il ragazzo cominciò ad esprimersi e con più libertà riconoscendo che quello che aveva fatto in tutto quel tempo era stato il soffocare il proprio Bambino [B] vissuto come pericoloso, usando il Genitore [G] a guida del proprio comportamento.

Riteniamo che sia utile uscire da tale collusione stimolando sia il ragazzo che la sua famiglia a riappro-

priarsi di ciò che anni di dipendenza hanno soffocato: il potere di ritrovare la capacità di avere fiducia nelle proprie energie interne. Noi riteniamo che non vi siano parti da eliminare, ma semplicemente da attivare e cambiare. In questo ci poniamo come stimolatori e compagni di un cammino; le scelte vengono decise dalla persona.

Ci sembra utile descrivere a tale proposito una dinamica che può capitare all'operatore ingenuo. In termini analitico transazionale accade alla fine che l'operatore usi un Genitore [G], mentre il ragazzo usa un B. e non venga attivata la parte Adulta.

Questo processo si può esporre con un esempio. G. si reca presso in centro di accoglienza e afferma di essere disperato, di non riuscire a fare l'astinenza da solo a casa.

Chiede di entrare subito in comunità, la sua famiglia lo rinforza in questo atteggiamento e la madre afferma: "*mio figlio è un buono non sa dire di no per cui gli amici lo trascinano*". L'operatore cade nella trappola ed invia il ragazzo in comunità.

Dopo una settimana, dopo aver fatto l'astinenza, questi se ne va affermando che ha deciso di salire in comunità troppo in fretta che lui non ce la fa a stare lontano dalla roba (sono debole).

PRIMA PARTE DEL GIOCO

Operatore **Ragazzo**

SECONDA PARTE DEL GIOCO

Operatore **Ragazzo**

Come possiamo notare, entrambi, ragazzo ed operatore, hanno svalutato la capacità di entrambi di poter

fare funzionare il proprio A o meglio non hanno usato il proprio A in quanto hanno disconfermato qualcosa di esistente e cioè la capacità del ragazzo di attivare le proprie risorse.

In questo caso si può affermare che tra i due non vi è stata una relazione costruttiva, ma vi è stato un gioco.

Secondo la teoria Analitico Transazionale i giochi sono delle dinamiche relazionali, agite al di fuori della consapevolezza dell'Adulto, che rinforzano il copione in quanto riconfermano le decisioni copionali negative. In questo caso il ragazzo ha rinforzato dentro che non può farcela da lucido senza la roba e l'operatore dentro di sé si conferma di essere inadeguato. Abbiamo ormai l'opinione, derivata dall'esperienza di tutti questi anni, che fin dall'inizio è utile porsi nei confronti del ragazzo stimolando l'attivazione di tutte le sue potenzialità, che sono semplicemente disattivate. Anzi, l'obiettivo finale del processo terapeutico è proprio quello di attivare la persona nella sua interezza e cioè di far di nuovo funzionare ciò che la dipendenza ha ostacolato. Pertanto abbiamo ritenuto utile far riferimento ad un tipo di psicoterapia con una base contrattuale verbalizzata fin dall'inizio, dove la capacità di pensare e di agire è stimolata fin dal primo incontro.

3.3 Il cambiamento

La prima fantasia che il dipendente costruisce di fronte alla parola cambiamento è quella di prepararsi ad incorporare cose nuove, quasi per essere pronto a trovare un nuovo nutrimento, un'idea, una persona, una situazione che possa aiutarlo a fronteggiare la propria dipendenza. Questo atteggiamento mentale gli deriva dalla *convinzione di essere debole, incapace e incompleto.*

Noi riteniamo che egli abbia semplicemente delle parti di sé disattivate cioè disinvestite di energia che vanno rimesse in funzione. Cambiare pertanto è riattivare le parti a cui la persona ha rinunciato, e non cancellare parti del proprio Io. E' proprio in conseguenza di questo processo di rinuncia che egli proietta sugli altri le parti di sé mancanti.

Di conseguenza vengono stabiliti dei legami simbiotici per completarsi.

Quindi due sono gli obiettivi:

1) **energizzazione di parte di sé;**

2) **separazione dai legami simbiotici**.

Un esempio è quello in cui l'energizzazione del B permette al ragazzo di riconoscere i veri bisogni e allontanarsi dai condizionamenti materni che li pilotavano. Ancora un altro esempio è quello di chi aveva pensato di se di non essere capace, ma rinforzando l'A riconosce le proprie possibilità di pensare e di fare delle scelte.

Un altro esempio è quello che più spesso incontriamo nei ragazzi che seguiamo e cioè l'incapacità di darsi regole. In questo caso si incontra un vissuto di incapacità nel fronteggiare i propri agiti, infatti, ciò che spesso ricorre è la presenza o l'assenza di un genitore che ha condizionato o che condiziona la sua vita. Il riconoscere di avere la capacità di darsi delle regole è il riconoscimento del proprio stato dell'Io G e

l'abbandono di una modalità di dipendenza del B.

Quello che ci è chiaro è che cambiare è riappropriarsi di parti di sé disattivate, mentre la direzione del cambiamento e cosa cambiare viene deciso dalla persona. Troppi programmi comunitari presuppongono di sapere quali scelte avrebbero stimolato il cambiamento: quella religiosa, quella sociale, quella politica, quella di gruppo, …perfino quella farmacologica!

Questo atteggiamento terapeutico coincide con la dinamica della dipendenza all'interno della quale persiste la fantasia che c'è qualcosa che possa far bene… che possa guarire, e che quindi non è affatto richiesto un mio cambiamento, ma di nuovo un miracoloso intervento esterno. Al contrario, riteniamo importante dare stimolazioni varie al ragazzo per cui possa scegliere. Prima conseguenza di questa convinzione è che la strutturazione del tempo debba necessariamente essere quanto più varia possibile. In questa prospettiva si alternano i vari momenti della giornata: il momento del lavoro, quello dell'apprendimento, quello religioso, culturale, sportivo, di gioco.

Riprendendo un concetto berniano, i comportamenti, pensieri e le emozioni sono condizionati da decisioni prese nei primi anni di vita. *La "capacità" di ridecidere o prendere nuove decisioni di vita è alla base di qualsiasi processo di cambiamento.* I cambiamenti per adattamento possono funzionare finché la persona si trova in una situazione altamente strutturata, ma poi quando dovrà gestire da solo il proprio tempo, probabilmente emergeranno le decisioni preesistenti. In termini Analitico Transazionale accade che un processo terapeutico a base prevalentemente normativa possa indurre un buon adattamento (BA+) ma che altri aspetti dell'Io, altre strutture, siano semplicemente tenute a bada, ma senza risolvere i conflitti più profondi.

Un esempio si ha quando si è chiuso con l'eroina ma si comincia con l'alcool, oppure si agiscono comportamenti compulsivi sessuali o sociali: ad uno stato avanzato del programma terapeutico un ragazzo scappò con un'altra, abbandonando moglie e figli, pur avendo sempre insistito sul fatto che la sua motivazione principale fosse quella di recuperare il rapporto con il proprio figlio. Egli stesso aveva avuto una relazione difficile con il padre da cui si era sentito abbandonato. Cos'era accaduto? Anche se a livello cosciente c'era stato il desiderio di cambiare, poi la vecchia decisione di vita di "non avere legami" era riemersa (decisione copionale).

Noi riteniamo che il cambiamento sia favorito dall'avere e dal darsi la possibilità di riappropriarsi dei permessi che le decisioni copionali avevano inibito, decontaminando sia le parti spontanee della persona che quelle che hanno la funzione decisionale e operativa (Adulto). Il nostro compito è quello di dare permessi ed aiutare il ragazzo a darsi il permesso per smettere comportamenti dipendenti distruttivi, sostituendoli con altri alternativi. I dipendenti, per la maggior parte hanno vissuti, coattivi di ineluttabilità, la frase che spessissimo sentiamo ai primi colloqui è: "sono un debole… mi faccio coinvolgere".

Questo vissuto di svalutazione è spesso talmente forte che si esprime come incapacità a pensare.

Dall'esperienza clinica e comportamentale si rileva come comportamenti di sfiducia verso se stessi possano talvolta trarre in inganno gli stessi operatori, convincendoli che il paziente sia in uno stato di insufficienza mentale. Si pensi al caso eclatante di A che al primo colloquio con l'operatore si mostrò

talmente incapace, che questi suppose un'insufficienza mentale per motivi organici. Ciò che avvalorò questa ipotesi fu che la mamma riferisse che il ragazzo da piccolo era stato sempre malato. Approfondendo la storia di vita, emerse che A. da bambino aveva scoperto il padre in bagno impiccato, inoltre la malattia che aveva avuto era una banale asma. In base a questo e ad altri dati che emersero, ci fu chiaro che quello che il ragazzo agiva era probabilmente il risultato di una decisione presa molti anni prima.

A in comunità, nella seconda fase del programma terapeutico, prese contatto con il fatto che l'agire da scemo era legato a precedenti decisioni per non prendere contatto con la rabbia che aveva dentro: infatti oltre all'evento traumatico della morte del padre, egli aveva subito poi una serie di giochi sessuali da parte del proprio patrigno e pertanto, l'essere scemo lo proteggeva dal prendere coscienza di quello che accadeva e dalla relativa confusione e dolore.

La decisione infantile aveva ostacolato in tal caso, sia il funzionamento della sua parte Adulta che l'espressione del suo Bambino Libero, facendogli rinunciare a pensare e inibendo le sue emozioni vere.

3.4 Ognuno può cambiare

L'esperienza di questi anni ci ha insegnato a non fare previsioni di cambiamento relativa ai ragazzi con i quali siamo entrati in contatto: abbiamo visto uscire dalla dipendenza persone che inizialmente erano poco motivate e che man mano sono riuscite a lavorare su sé stesse, mentre altri che apparivano motivati hanno interrotto il programma ed hanno ricominciato a bucarsi spesso in modo ancora più distruttivo di prima.

3.5 La contrattualità

La relazione umana ha come presupposto di base lo scambio, sia esso emotivo, materiale, cognitivo ecc.. Nel processo di scambio si attivano le varie parti della persona (GAB).

Quando nello scambio c'è la svalutazione di alcune parti di sé o dell'altro allora la relazione diventa patologica.

E' presente nel campo della relazione di aiuto la fantasia che bisogna coinvolgersi con l'altro, darsi da fare, o che si possa fare di tutto purché sia a "fin di bene", in altre parola torna il presupposto che bisogna salvare (GA-).

Le modalità con le quali si esprime questa convinzione sono varie, le più comuni sono due: quelle che si basano su interventi di tipo pietistico, e quelle che si basano su interventi di tipo coercitivo. Entrambi gli interventi partono dalla stessa convinzione: l'altro ha qualcosa che gli manca e pertanto va amato, guidato, accarezzato, punito, ecc. In effetti, esistono situazioni di invalidità, temporanea o permanente che richiedono interventi sostitutivi o direttivi come nelle situazioni di overdose o, nelle situazioni di patologia conclamata, con bambini, con handicappati psichici ecc.

Nel caso della dipendenza è nostra opinione che l'uso di sostanze non invalidi e renda impossibile la ricerca di autonomia, ma che ci siano delle parti di sé che non vengono usate.

Abbiamo già accennato all'esigenza di mettere la persona al centro di quello che facciamo, e in questo

intendiamo non solo i ragazzi ma gli stessi operatori in quanto entrambi, con ruoli diversi, partecipano ad un processo di cambiamento.

Se non ascoltiamo i pensieri, le emozioni, i bisogni dell'altro e nello stesso tempo non ascoltiamo più quello che accade dentro di noi e ci impegniamo in un soliloquio dove poi ci si sentirà entrambi soli e diversi e più frustrati di prima.

La riduzione a diverso o incapace taglia fuori l'essere umano dal gruppo di appartenenza e dalla relazione con l'altro, perché costui diventa altro da noi, non ci appartiene e quindi come tale è incomprensibile e spesso pericoloso.

Il recupero e l'aiuto dato alla persona in stato di bisogno, considerata tale situazione transitoria, un momento di difficoltà, ci restituisce una dimensione dignitosa della persona, con la quale ci diamo il permesso di dialogare senza pregiudizi e paure.

Il tossicodipendente, come pure la sua famiglia, quando viene al nostro centro per chiederci aiuto, spesso si pone come incapace e ha l'aspettativa magica che qualcuno risolva il problema al suo posto, la frase tipica è: "*Sono disposto a tutto pur di salvarmi*!" oppure "*aiutami sei tu la mia ultima speranza*". Alla richiesta di parlare di cosa egli può cominciare a fare per se stesso rimane disorientato e promette che è disposto a fare tutto.

Accade poi che l'operatore gli chieda per impegno di non farsi. Il giorno dopo viene al centro fatto, dicendo che ha tentato di seguire il consiglio ma non ce l'ha fatta.

Oppure si chiede alla famiglia di collaborare per l'astinenza e si scopre che la mamma ha dato i soldi al ragazzo che li ha usati per andarsi a fare.

Noi riteniamo che sia necessario scardinare questi giochi fin dall'inizio, proponendo l'elaborazione di una alleanza che abbia le basi in un contratto in cui vengono chiariti ad entrambi i confini all'interno dei quali ognuno svolgerà il proprio ruolo e i reciproci impegni. Il contratto ha poi delle caratteristiche di fondo

1) che vi sia il reciproco accordo,

2) che ci sia congruenza tra gli obiettivi e il contenuto del contratto

3) che sia realistico rispetto agli impegni e alle possibilità di entrambi i contraenti.

Questa modalità relazionale accompagna il ragazzo per tutto il percorso terapeutico e viene usata sia all'inizio, che nei vari momenti del processo comunitario.

Infatti, con tale procedura contrattuale ciò che accadrà tra noi e loro, sarà di volta in volta chiaro ad entrambi in modo che possiamo decidere se quello che stiamo facendo insieme sta realizzando o meno quanto ci eravamo proposti.

CAPITOLO 4

Le fasi del programma terapeutico

4.1 La presa in carico

Nell'ambito del processo della presa in carico va distinto il momento del primo contatto dal primo incontro.

Il primo contatto può essere fatto da chiunque: dal ragazzo dal Sert. di appartenenza, dai familiari. Nel primo contatto viene fissata l'ora dell'appuntamento e viene richiesto la presenza della famiglia.

Durante il primo incontro vengono date le informazioni sul processo della presa in carico, sul programma terapeutico comunitario e viene richiesto in modo esplicito il coinvolgimento della famiglia. Vengono poi strutturati due tipi di colloquio, uno con il ragazzo e altri in modo congiunto con la famiglia.

Negli incontri familiari si procede alla raccolta di notizie rispetto alla sua composizione e poi si procede all'anamnesi familiare (storia della famiglia).

L'anamnesi familiare è un aspetto importante, in quanto la raccolta di informazioni oltre ad avere una funzione diagnostica ha come, obiettivo lo stimolare i componenti familiare a cominciare a riflettere sulle dinamiche relazionali a trovare i primi legami tra la situazione attuale e la storia familiare.

Nei colloqui con il ragazzo viene fatta un analisi della situazione di vita, inoltre vengono predisposti i primi interventi sanitari (analisi e diagnosi medica) sociali e psicologici e contrattati i primi obiettivi comportamentali.

Questi ultimi vengono verificati man mano attraverso colloqui giornalieri.

La fase della presa in carico non ha come esclusiva finalità la preparazione al percorso comunitario, ma ha come fine l'aiutare il ragazzo a scegliere mediante una procedura diagnostica il percorso terapeutico idoneo alla propria problematica e alle proprie motivazioni.

4.2 Il periodo dell'orientamento

La fase dell'orientamento ha una durata media di circa un mese dopo di che il ragazzo inoltra all'èquipe la richiesta di intraprendere il cammino comunitario. In questo periodo di orientamento egli viene affidato ad un operatore che ne osserva il comportamento e attraverso colloqui quotidiani, lo aiuta ad inserirsi nel processo comunitario (ergoterapia, tempi comunitari, assemblee socioterapiche, gruppi di confronto, sport, ecc.) ed a esplorare la propria motivazione al cambiamento.

Obiettivo di questa fase è quello di conoscersi a vicenda, capire il processo comunitario, stabilire un'alleanza.

A livello intrapsichico, il periodo dell'osservazione è uno spazio in cui il ragazzo, fuori dalle spinte familiari, può riflettere sull'impegno che si assume sia verso sé stesso che nei confronti della comunità; incomincia a confrontarsi da lucido con la sua realtà interna ed esterna attivando i processi di pensiero (A).

Sotto l'aspetto emotivo, il vivere senza il supporto dell'eroina stimola vissuti di vuoto e noia, che generano stati di angoscia o di depressione (B).

La necessità di attivare le risorse interne per gestire la sofferenza emotiva e bloccare le spinte alla fuga è il problema principale che il ragazzo deve fronteggiare.

Da un'analisi delle richieste di passaggio in prima fase si nota che le decisioni di entrare nel processo comunitario hanno come base la constatazione rassicurante di avercela fatta.

Per la prima volta, il ragazzo comincia a riconoscere e a riconoscersi la capacità di poter evitare un agito (il farsi) rispetto al quale si è sempre sentito perdente.

Spesso, quello che notiamo sotto il profilo comportamentale, è un'accettazione positiva delle regole e una richiesta continua di rassicurazione. Questo permette lo stabilirsi dell'alleanza.

Quando le regole vengono trasgredite o comunque non riconosciute e il ragazzo non riesce a stabilire relazioni sia con gli operatori che con il gruppo dei ragazzi, allora diventa difficile che decida di restare ed inoltrarsi nel programma.

In termini analitico transazionali, la relazione in questa prima fase è prevalentemente G<=>B ed il vissuto positivo o negativo del B del ragazzo nei confronti della comunità, condiziona le decisioni.

In termini funzionali, nella relazione positiva, abbiamo un G+ e un BA+ e, contrariamente, un GN- GA- e BA-[1].

Il lavoro degli operatori, oltre al sostegno, si orienta nel proporre il programma al ragazzo fin dai primi colloqui come un procedimento, all'interno del quale si riscontri la capacità di cambiamento della persona la sua possibilità di porsi come protagonista e quindi, cominciando dall'osservazione del proprio comportamento anche con l'aiuto dei compagni, egli può diventare consapevole dei propri meccanismi legati alla dipendenza.

4.3 La prima fase

Nella prima fase del percorso terapeutico il ragazzo entra nei gruppi di psicoterapia viene inserito nelle

attività ergoterapiche con l'affidamento di compiti guidati.

Sotto il profilo psicodinamico l'obiettivo di questa fase è quello di promuovere l'adattamento positivo alla realtà e il raggiungimento di cambiamenti di tipo comportamentali.

Per adattamento positivo intendiamo un processo all'interno del quale il ragazzo recupera la possibilità di gestire i propri comportamenti e le proprie emozioni da lucido. Sotto il profilo clinico dell'Analisi Transazionale, l'obiettivo è l'energizzazione, a livello funzionale, dello Stato dell'Io Bambino Adattato Positivo (BA+) sostituendo le dinamiche comportamenti coartati dal "bisogno" di assumere la sostanza (BA-).

E. Berne definisce lo stato dell'Io Bambino come una struttura che ha prevalentemente, due modalità di espressione: una libera con caratteristiche di spontaneità intuizione e emozioni, l'altra che tende ad adattarsi alle influenze Genitoriali sia interne che esterne.

L'adattamento poi può essere sia positivo che negativo.

L'adattamento negativo è una modalità passiva in cui non c'è, o comunque l'individuo non sente, la possibilità di scegliere.

L'adattamento positivo è un processo di adesione consapevole alla regola che richiede la partecipazione dell'Adulto e la condivisione dello stato dell' Io Genitore.

Quello che abbiamo notato nella esperienza clinica è che, in particolare all'inizio del programma terapeutico, i ragazzi esprimono nei confronti degli operatori e dei processi comunitari spesso due atteggiamenti estremi che fanno parte della stessa dinamica (BA-) in quanto entrambi sono al di fuori dei processi di consapevolezza dell'Adulto:

1) un forte adattamento acritico agli avvenimenti esterni con forte idealizzazione (iperadattamento)

2) agiti di ribellioni non motivati con estrema svalutazione.

Ci siamo resi conti che i ragazzi ripropongono a noi operatori in entrambi i comportamenti il rapporto con la sostanza che da una parte è accettata incondizionatamente e dall'altra è rifiutata.

Il lavoro della prima fase è quello di proporre le regole stabilendo una relazione Adulto-Adulto dando ampie spiegazioni su di esse ed inoltre confrontando il ragazzo su eventuali comportamenti passivi.

Il contratto di fase, che il ragazzo prende in terapia e a livello comportamentale con gli operatori è uno strumento efficace di intervento in quanto permette al ragazzo di porsi in prima persona degli obiettivi e di verificarsi in modo autonomo con essi.

Inoltre il contratto oltre a stabilire gli obiettivi terapeutici intende caratterizzare la relazione.

Infatti la contrattualità presuppone una relazione paritaria e pertanto il ragazzo comincia a porsi nei confronti di se stesso e degli altri in modo autonomo e a assumere su di sé la responsabilità del proprio comportamento smettendo di pensare a se stesso e alla realtà in termini di ineluttabilità e di impotenza.

4.4 La seconda fase

Nei primi sei mesi, dunque, il ragazzo sperimenta l'adattamento (BA) per cui a livello comportamentale

egli non ha nessuna responsabilità di rilievo all'interno della comunità ed ha come referenti sia i compagni, che sono in fasi più avanzate, che gli operatori.

La seconda fase, invece, si caratterizza dal punto di vista comportamentale con l'affidamento di responsabilità all'interno di vari settori ed attività comunitarie (pulizie, cucina, restauro, altre attività di lavoro) ecc.

In tale fase, inoltre, è prevista la prima verifica a casa; il ragazzo ogni due mesi esce dalla comunità e comincia a sperimentare il proprio cammino terapeutico.

E' questo un momento importante in quanto egli concretamente, senza la protezione della comunità, si confronta con il proprio ambiente e la propria famiglia.

L'obiettivo dell'attribuzione di responsabilità in seconda fase è quello di stimolare l'energizzazione dello stato dell'Io Adulto; sperimentandosi non più come dipendenti ma come persone capaci di gestire dinamiche e situazioni.

All'interno del processo psicoterapico, abbiamo osservato che emergono due momenti diversi: quello dell'euforia iniziale e quello della depressione che compare alla fine della seconda fase.

Durante i gruppi psicoterapici, si nota un A più energizzato e i contratti in seconda fase diventano contratti per lo più slegati dal problema della tossicodipendenza, che viene vissuta come un sintomo; non compare più lo "smettere di farmi" ma lo smettere con ciò che appartiene a decisioni di vita negativa (copione).

Riportiamo due esempi nei quali si evidenzia come il ragazzo assuma la consapevolezza di avere un problema correlato a proprie decisioni copionale senza puntare solo sull'evento roba, che diventa solo una modalità con la quale si è portato avanti un copione preesistente e perdente.

ESEMPIO 1

A. ha un'esperienza di tossicodipendenza cominciata dopo il militare. Egli fino a 20 anni non ha mai imparato un mestiere e ha avuto difficoltà sia a trovare lavoro che a stabilire relazioni affettive.

A.: "*So che ciò che mi ha portato a farmi è stato questo mio sentirmi insignificante…… con un vuoto dentro che poi la roba ha riempito… quello che mi scoraggiava di più era mio padre che vivevo come un incapace, un perdente… sì, adesso so che è necessario incominciare a lavorare su queste cose*".

ESEMPIO 2

S. ha 20 anni, ha fatto precedenti esperienze comunitarie e mostra una grossa difficoltà nell'esprimere le emozioni, ha avuto episodi di anoressia ed è molto preciso, a volte ossessivo, nel portare a termine i compiti che gli vengono affidati.
In un gruppo (verso l'ottavo mese di comunità) emerge la sua consapevolezza di prendersi poco cura di ciò che prova, anzi il considerare le emozioni come qualcosa di fastidioso.
Egli, all'inizio del gruppo, ha detto che è nei suoi obiettivi essere più forte, in realtà vuole

difendersi da ciò che prova.
Infatti poi arriva ad affermare:
S: *"C'è una cosa che mi porto ancora oggi dentro ed è il mio istinto a farmi del male, il mio sentirmi sporco come quando provavo un'emozione e la comunicavo a mia madre. Mi guardava come se le dessi fastidio ed io dentro di me annullavo tutto… Oggi capisco che il problema sta proprio qui: nel fatto che annullo tutto ciò che accade dentro di me… Voglio cominciare ad ascoltarmi, anche se non so come, ma sento che questa è la strada.*

4.5 La terza fase

La terza fase è strutturata, come le altre, in un arco di tempo di sei mesi.

Il ragazzo, in questo periodo, assume il ruolo di supervisore delle varie attività comunitarie. Viene inserito in un ruolo di responsabilità sia nei confronti delle attività o delle cose, sia nei confronti dei propri compagni. Infatti il suo compito è quello di supervisionare sia le attività che le modalità comportamentali dei compagni. Ad esempio, nel caso che ci siano le stanze in disordine, egli confronta il responsabile su quanto accade e si prende cura anche di capire perché è accaduto, cercando una soluzione laddove sia necessaria.

Pertanto, egli sperimenta la capacità di prendersi cura dell'altro (GN+ e GA+) e di gestire situazioni che richiedono l'assunzione di responsabilità (A).

Inoltre è prevista la permanenza per quattro giorni al mese a casa, dove prepara il suo graduale reinserimento familiare, sociale e lavorativo.

Quindi il processo, nel quale il ragazzo adesso è inserito, è molto vasto e comprende oltre la comunità, la famiglia, il lavoro e il gruppo sociale di appartenenza.

In questi anni di esperienza comunitaria si è constatato che la terza fase è il periodo più complesso che il ragazzo vive all'interno del processo comunitario. Ciò a causa di un duplice aspetto che va a far parte dello stesso processo evolutivo del ragazzo: quello della separazione e dell'inserimento in una realtà complessa e articolata che, comunque, è nuova.

Un ragazzo che tornava da una verifica a casa ha riferito: "*Incontrare la gente e vivere gli avvenimenti da lucido è un'altra cosa, mi sono sentito un extraterrestre che incontra un mondo nuovo… il problema principale è il non avere paura e… magari, man mano, scopri che è anche più bello… a me sta già incominciando a piacere*".

Il momento della separazione dalla comunità ha una duplice tematica: la gioia di aver terminato un cammino e la paura di separarsi da una situazione che fin a quel momento ha protetto, ha contenuto le angosce e ha strutturato il proprio tempo. Ciò che è ritenuto fondamentale è che la separazione venga considerata come un punto di partenza e che vi sia da parte degli operatori, del ragazzo e della famiglia la conoscenza delle conquiste e dei limiti del percorso terapeutico fatto in modo da programmare in termini realistici il processo di reiserimento.

Un esempio negativo è stato quello di un ragazzo, sposato con bambini piccoli, che appena è uscito dalla comunità, su consiglio della famiglia, è andato a lavorare lontano da casa. Dopo circa un mese ha richiesto il nostro aiuto in quanto, spaventato dalla solitudine, aveva avuto una ricaduta.

In molti altri invece si è constatato che il programmare un inserimento protettivo, che tenga conto dei bisogni della persona, ha una doppia funzione: di monitorare l'andamento del percorso terapeutico fatto e

di offrire i supporti necessari nei momenti di crisi.

4.6 Il riapprendimento sociale

Per riapprendimento intendiamo quel processo all'interno del quale la persona rinforza i cambiamenti e le decisioni operative prese durante processo psicoterapico attraverso la messa in atto di comportamenti congrui; in altre parole egli nella vita di tutti i giorni sperimenta e attua le nuove decisioni di vita. Questo lavoro comincia già in comunità, soprattutto negli ultimi mesi, ma nel momento in cui il ragazzo rientra in famiglia e nel proprio gruppo spesso si verificano problemi di riadattamento nel quale oltre al ragazzo viene coinvolta anche la famiglia.

Il supporto sociale pertanto avviene attraverso modalità corrispondenti alle esigenze dei ragazzi e della sua famiglia.

Rifacendoci alla nostra prassi clinica della individualizzazione del programma noi abbiamo strutturato dei momenti comuni, momenti di sostegno individuale e spazi di sostegno familiare a secondo dei bisogni che man mano emergono.

I momenti comuni sono i gruppi di sostegno settimanali e quindicinali, di una durata minima di sei mesi dove il ragazzo insieme all'operatore, ai compagni e allo psicologo può confrontarsi con se stesso e con il gruppo nella gestione della vita di tutti i giorni da un punto di vista psicodinamico e comportamentale. In questo modo egli ha la possibilità di verificarsi e essere sostenuto e nello stesso tempo sperimenta la capacità di sostenere a sua volta gli altri.

Tali gruppi si tengono presso il centro di presa in carico e sono costituiti da ragazzi che hanno ultimato il programma. In seguito descriveremo la struttura di questi gruppi.

E' previsto inoltre che per momenti di crisi o di grosse difficoltà, come può essere una momentanea ricaduta, si possano pianificare dei periodi di rientro in comunità.

Inizialmente nel nostro progetto avevamo previsto la continuazione della psicoterapia con la ricerca di strutture di appoggio al di fuori della comunità, scelte dal ragazzo stesso. Quest'esperienza si è rivelata fallimentare per i motivi che descriveremo.

Le strutture esistenti sul territorio hanno avuto difficoltà a soddisfare tale richiesta: i centri di salute mentale non hanno un organico sufficiente e comunque vivono la problematica come di non loro competenza e i Ser.T. hanno nei loro programmi ed obiettivi interventi per lo più di tipo riabilitativo.

Infine, e non meno importante dei motivi citati, abbiamo constatato che il ragazzo stesso ha difficoltà ad accedere a questi servizi in quanto ha notevoli resistenze ad accettare una nuova relazione terapeutica in quanto presuppone nuovi investimenti transferali che, in una fase già di per sé precaria da un punto di vista emotivo come quella del reinserimento sociale, dà luogo a disorientamento e spesso chiusura in se stessi.

Questo tipo di analisi e le numerose richieste di aiuto da parte dei ragazzi sono stati i fatti che concretamente ci ha convinti a modificare l'ultima parte del progetto terapeutico.

Durante la pianificazione iniziale dell'intervento, durata un lungo periodo, abbiamo analizzato a fondo la problematica e nello stesso tempo ci siamo analizzati in quanto temevamo che dietro questa decisione di

farci carico dell'inserimento sociale ci fosse una dinamica simbiotica dove noi avevamo il ruolo di *salvatori* e disconfermavamo la capacità del ragazzo a gestire la propria autonomia, o perlomeno si potesse celare un tentativo di allontanare le angosce di separazione.

Dopo tempo abbiamo constatato che, in realtà, la rigidità stessa con cui avveniva la dimissione di fine programma era una modalità difensiva che non permetteva di elaborare il vissuto fisiologico di separazione (dolore, paura, disorientamento cognitivo) che emerge dopo che ci si è impegnati in una relazione intensa come può essere quella favorita dal processo comunitario. La giustificazione che un ulteriore supporto era un mantenimento della relazione di dipendenza non era altro che la difficoltà iniziale che avevamo come gruppo a farci carico degli ulteriori bisogni e richieste di cui il ragazzo era portatore nel momento in cui si inseriva socialmente.

E in base a queste ultime analisi e riflessioni, ancora una volta, abbiamo affrontato il problema a modo nostro: prima guardandoci dentro chiedendoci se avevamo chiaro quello che stavamo facendo e se la ritenevamo utile, poi abbiamo programmato l'intervento dopo averne discusso nel gruppo degli operatori, in seguito sottoposto a supervisione ed, infine, verificato nelle assemblee socioterapiche insieme ai ragazzi

Come andremo ad illustrare in seguito i cambiamenti di struttura e delle attività del programma comunitario partono dalle richieste dei nostri utenti, da un'analisi dei bisogni.

La programmazione dell'intervento viene prima discussa nell'èquipe degli operatori, analizzati in supervisione e infine viene sottoposta a verifica nelle assemblee socioterapiche in cui sono presenti tutti: sia staff che ragazzi.

[1] Nel prossimo paragrafo riprenderemo il concetto di adattamento positivo (+) e negativo (-).

CAPITOLO 5

La famiglia

5.1 Riflessioni sul ruolo della famiglia all'interno del processo terapeutico

Il programma terapeutico della "Maria Fanelli" fin dall'inizio ha avuto come principio quello della continua revisione delle procedure che si attuavano, al fine di rendere il progetto aderente ai bisogni di crescita dei propri utenti.

Gli obiettivi sono stati chiari fin dall'inizio e condivisi dallo staff che continuamente si è confrontato rispetto ad essi, nell'ottica di essere degli stimolatori di processi e non i determinanti degli stessi.

Noi riteniamo che la persona non sia determinata né dall'ambiente esterno né esclusivamente dalle istanze interne, ma che sia il prodotto di una dinamicità per cui la persona "decide" del proprio destino e di conseguenza può ulteriormente ridecidere.

L'Analisi Transazionale, sia nella sua filosofia della persona che nel modello terapeutico, è stato un potente strumento nell'attuazione del progetto, in quanto corrispondente ad una visione della persona capace di determinare le proprie scelte attraverso un recupero della consapevolezza, autonomia e spontaneità (Berne Eric).

La tossicodipendenza viene così considerata una "decisione" copionale di dipendenza, in cui il drogarsi non è altro che una delle varie modalità in cui si esprime "la decisione operativa".

La famiglia gioca un ruolo predominante nell'inviare messaggi dai quali saranno elaborate le scelte copionali, in quanto "l'ambiente" è essa stessa.

Nei primi tre anni di vita la famiglia ha un ruolo esclusivo nell'invio di messaggi che hanno un forte impatto sulla psiche del bambino, in quanto essa costituisce, in modo prevalente, l'ambiente complessivo del bambino.

Dopo i tre anni, con la scolarizzazione e la conseguente socializzazione, con l'ulteriore maturazione delle strutture cerebrali, "l'ambiente" si allarga e i messaggi si arricchiscono, per cui le possibilità di scelta da parte del bambino aumentano. Resta però fondamentale il ruolo della famiglia sia per la precocità con la quale il piccolo entra in rapporto con essa e sia perché, comunque in tutto l'arco evolutivo, c'è un rapporto di dipendenza di ordine emotivo e di assistenza.

Nell'esperienza clinica fatta in questi anni nel settore della dipendenza, si sono evidenziati due dati che sembrano importanti, data la regolarità con la quale si presentano: uno di ordine intrapsichico legato all'ingiunzione "non pensare", l'altro legato ad una funzione del genitore reale e cioè l'assenza di protezione da parte del proprio padre. Questa assenza si presenta in modo vario: dall'assenza fisica (per morte, separazione dei genitori), all'assenza psicologica del padre (impegnato, disturbato, psicologicamente dipendente).

La scrivente ipotizza che tali fattori siano tra loro interdipendenti, cioè che l'ingiunzione sia resa possibile dalla mancanza di messaggi di sostegno che aiutino il bambino nel passaggio dal rapporto

emotivo-materno a quello pensato-paterno.

5.2 La famiglia e la simbiosi

E' opportuno ribadire che la famiglia non è la determinante rispetto alla scelta della tossicodipendenza del ragazzo, in quanto riteniamo che le scelte di vita siano l'espressione di decisioni copionali, prese in base sia ad elementi esterni che a fattori interni.

La famiglia è la prima rete relazionale nella quale l'individuo è inserito e, nel primo anno, la relazione con la madre ne è l'espressione più diretta.

Berne riferisce come due siano le modalità relazionali più incisive: i permessi, le ingiunzioni. Il permesso "***puoi***" è la libertà di scegliere o rifiutare a secondo dei propri bisogni e desideri, è un messaggio che dal GA va al BL.

L'ingiunzione è un messaggio inibente, un "***non devi***" che, se viene accettato, blocca le potenzialità della persona, sia nelle sue possibilità che nei suoi bisogni. I principali messaggi ingiuntivi, come precedentemente esposto, sono: non esistere, non vivere, non essere intimo, non pensare, non provare emozioni, non riuscire, non provare, non crescere, ecc.

Al di là degli specifici messaggi, constatiamo clinicamente che spesso le dinamiche passive all'interno delle quali vive il tossicodipendente fanno parte di un processo che è caratteristico del primo anno di vita: la simbiosi.

Aaron e Jacqui Sciff sono due Analisti Transazionali che si sono occupati a lungo di questo processo distinguendo tra simbiosi fisiologica e patologica.

La relazione che si stabilisce tra la madre e il bambino è caratterizzata, nei primi mesi di vita, da un tipo di relazione fusionale, dove il bambino vive sia la madre che l'ambiente esterno come prolungamento di sé e la madre sente di essere coinvolta in una relazione dove il prendersi cura dell'altro include anche l'interpretazione dei bisogni.

Ad esempio: il bimbo piange e la mamma ha l'incarico di decodificare la richiesta che il bambino esprime.

Una simbiosi sana avviene quando i segnali del bambino vanno interpretati nel giusto modo.

Secondo questi autori la coppia madre-bambino che non risolve nel primo anno di vita la simbiosi fisiologica, ha come risultato psicopatologico l'incapacità dell'individuo a essere una persona completa da solo, cioè ad energizzare tutti gli stati dell'Io.

Durante il primo anno di vita, il rapporto evolutivo preminente sotto il profilo psicologico è il legame madre-bambino, che si esprime attraverso una relazione simbiotica inizialmente, alla nascita, intensa, e poi man mano, con la maturazione delle capacità discriminative del bambino, emerge la consapevolezza di essere due individui separati e che quindi possono essere differenziati sia i bisogni che le emozioni.

Accade a volte che questo compito evolutivo venga sabotato da bisogni non risolti della madre.

Per es. una madre che non ha soddisfatto i propri bisogni di dipendenza cercherà un appagamento attraverso il figlio, sostituendo i propri bisogni a quelli del figlio (classica è la madre che vuole dare al figlio quello che non ha avuto lei per se stessa).

In questo caso al bambino non viene data la possibilità di prendere consapevolezza dei propri bisogni, di esprimerli di elaborare strategie per soddisfarli. Pertanto il bambino ha scarse possibilità di sviluppare a livello funzionale uno stato dell'Io A e G.

Accade che sia la madre a chiedere al figlio la soddisfazione dei propri bisogni di dipendenza e che pertanto il bambino sviluppi precocemente un A e un G mentre la mamma entra nella relazione principalmente con il proprio B.

5.3 Esempi clinici

PRIMO CASO P.S.

P. ha 33 anni è orfano di padre e si relaziona con modalità seduttive (sorride quando chiede, non esprime direttamente i propri bisogni si sente "buono" e si commuove facilmente. Sia la madre che la moglie fanno a gara per prendersi cura di lui. In una seduta di terapia riferisce :
P.: "*Mia madre è una tosta, anzi, nel mio rione viene chiamata "la carabiniera". Mi capisce solo se mi guarda negli occhi e mi aiuta senza nemmeno che io glielo chieda*".
TT.: "*Cosa ha fatto quando ha saputo che facevi uso di eroina?*"
P.: "*Si è presa ancora più cura di me e, se io sto in questa comunità, è soprattutto per lei*".

SECONDO CASO S.C.

S. proviene da un ambiente violento e la famiglia, in particolare la madre, tiene in molta considerazione le sue opinioni e difficilmente ne ostacola le decisioni. Egli si vanta di essere stato uno spacciatore e di non aver dovuto mai chiedere nulla a nessuno e in tal modo pensa di non avere danneggiato economicamente la famiglia.
S.: "*Per mia madre io sono bellissimo e in gamba. A casa ero io che fin da piccolo risolvevo i problemi. Mia madre aveva più fiducia in me che in mio padre... In verità io sto qua per darle la soddisfazione che lei ha un figlio forte e non un tossico.*"

Come si nota da questi esempi e dalla esperienza clinica, la droga non è altro che un'esperienza vissuta all'interno di una simbiosi ed anzi ne è parte integrante.

Anche la decisione di smettere di farsi, fa parte della dinamica della simbiosi.

Raramente un tossico è spinto presso il nostro centro da una motivazione personale di cambiamento.

Egli è spinto sempre da qualcuno o dalle situazioni di disagio create dalla tossicodipendenza.

Una delle dinamiche sottolineate da Cancrini è l'"assenza", sia reale che psicologica, della figura paterna.

Noi riteniamo che tale assenza sia una concomitante della non avvenuta rottura della simbiosi, cioè la madre o la relazione avuta con essa, fa da schermo e impedisce la relazione con il padre.

Quello che abbiamo notato nella prassi clinica è la frattura tra il mondo psicologico del padre e quello della madre, cioè c'è una profonda diversità o incomunicabilità tra i due partner per motivi più oggettivi, come la morte di uno dei due o per la separazione per motivi di lavoro.

Se poi i genitori risultano entrambi disturbati psicologicamente, troviamo spesso la situazione in cui

evolutivamente il passaggio dal sentire al pensare è difficoltoso per cui le sensazioni, le emozioni sono per lo più avvertite come manifestazioni somatiche ma non rappresentate cognitivamente.

In queste situazioni la roba ha la funzione di soddisfare un bisogno simbiotico mai soddisfatto.

Un esempio è quello di un ragazzo, figlio di genitori entrambi psicologicamente disturbati, che per lungo tempo restava nei gruppi di terapia completamente paralizzato, con grosse difficoltà di verbalizzazione e non riusciva nemmeno ad esprimere il vissuto corporeo.

Un fatto indicativo di quanto espresso è che ai gruppi famiglia partecipano in prevalenza le madri, sottolineando il senso di appartenenza del figlio al mondo materno, dove il padre ha un vissuto di esclusione e di incomprensione riguardo a ciò che accade.

5.4 La presa in carico della famiglia

Fin dall'inizio il ragazzo deve essere accompagnato dalle persone del suo gruppo famiglia, che lo seguono per tutto l'iter terapeutico, e si elaboreranno due contratti: uno con la famiglia, l'altro con il ragazzo.

Il contratto con la famiglia (o comunque con le persone che se ne fanno carico) sarà un contratto sia di tipo comportamentale che di cambiamento.

Nel contratto comportamentale sono comprese: le modalità di invio di indumenti, scarpe ed effetti personali vari; le modalità ed i tempi per l'invio dei soldi per le spese personali; le modalità delle telefonate, il rispetto delle regole, ecc.

Nel contratto comportamentale saranno inseriti i nomi dei componenti della famiglia che collaboreranno e che avranno diritto a partecipare ai gruppi famiglia, alle telefonate e alle visite in comunità.

Il contratto di cambiamento viene invece elaborato nei gruppi famiglia che avranno una scadenza quindicinale. Qui, per contratto, si parlerà di se stessi e non del proprio figlio tossico.

Tale diversa strutturazione, costringerà le persone a venire fuori senza "la protezione del sintomo" e ci si dovrà cominciare a guardarsi, per la prima volta, dentro.

Inizialmente, avremo delle grosse resistenze ma poi, man mano, nello stabilirsi di una relazione di fiducia, l'ansia sarà canalizzata verso livelli più produttivi. Infatti il problema psicologico di fondo non è l'ansia, in quanto essa è una componente ineludibile nella maggior parte dei processi umani, ma la sua gestione produttiva.

Per esempio, un genitore che affronta la verifica a casa del proprio figlio è naturalmente preoccupato, ma tale stato di allerta può essere gestito in modo sano, se c'è consapevolezza di quello che accade e di quelli che potrebbero essere i comportamenti di sabotaggio.

L'ansia è invalidante quando non c'è consapevolezza delle motivazioni che la generano. Sicuramente in questo processo verranno fuori i problemi personali dei familiari e le loro ansie legate a decisioni copionali. E qui le famiglie saranno sostenute o, nei casi più problematici, saranno inviate a trattamenti individuali.

5.5 Da una famiglia delegante a una famiglia protagonista

Un processo si definisce terapeutico quando favorisce nella persona il recupero di capacità a cui ha rinunciato nel suo processo di crescita. I genitori dei ragazzi tossicodipendenti hanno svalutato la possibilità di essere, per i propri figli, dei referenti emotivi ed educativi, in quanto essi stessi sono stati e si sentono allo sbando, senza nessun contenitore che li aiuti a gestire le proprie angosce. Attingendo dalla letteratura che ha studiato la famiglia del tossicomane, si evidenzia da più parti una doppia funzione del ragazzo tossicodipendente all'interno di questa: da una parte rappresenta l'espressione sintomatologica di una patologia familiare, dall'altra è il paravento dietro il quale si nascondono gli altri problemi familiari e allenta la tensione con una funzione di omeostasi (aspetto relazionale, vedi Cancrini). Secondo Berne, la famiglia invia una serie di messaggi che possono essere sia di tipo ingiuntivo (e quindi inibenti) che di permesso, cioè promuoventi lo svilupparsi pieno di proprie potenzialità (aspetto intrapsichico). In base a questi dati nei nostri gruppi familiari si è posti l'obiettivo di lavorare con i membri della famiglia su entrambi i livelli: tenere cioè conto sia degli aspetti relazionali che della qualità del messaggio, in modo da dare la possibilità ai congiunti di osservare ed essere consapevoli del sistema relazionale del quale fanno parte e, nello stesso tempo, prendere consapevolezza dei propri schemi interni dai quali provengono i messaggi che caratterizzano la relazione tra i membri della famiglia.

CAPITOLO 6

Le attività terapeutiche del periodo comunitario

Tutto il tempo che il ragazzo vive nel periodo comunitario è da noi considerato facente parte di un processo terapeutico in quanto egli, nelle varie attività siano esse strettamente psicoterapiche o ergo-terapiche, si riappropria della propria capacità di gestire i propri comportamenti, pensieri, emozioni.

Le attività principali della comunità "Fanelli" sono: l'ergoterapia, la psicoterapia, le assemblee socioterapiche, i gruppi di confronto, il gruppo pedagogico, i colloqui di sostegno individuale.

6.1 L'ergoterapia

L'ergoterapia è strutturata in modo da aiutare il ragazzo a fare un'esperienza attraverso la quale recuperare la propria capacità di fare, la propria creatività, il proprio senso di responsabilità.

Noi riteniamo fondamentale che il lavoro non venga vissuto come una punizione o qualcosa da sopportare finché si è in programma, ma uno strumento per la scoperta di sé, dei propri limiti e delle proprie capacità.

In termini Analitico Transazionali riteniamo che il lavoro aiuti a rinforzare la parte dell'Io Adulta in quanto richiede l'attivazione di un sistema di emozioni, comportamenti e pensiero rivolti essenzialmente all'apprendimento, al coordinamento motorio, alla soluzione di problemi e alla gestione spazio-tempo. Pertanto fin dall'inizio le attività vengono pianificate a secondo dei bisogni del ragazzo e presentate dando un senso all'attività e stimolandone la partecipazione attiva.

Inizialmente il ragazzo viene inserito in lavori di gruppo dove viene aiutato da ragazzi più avanti nel programma ad esercitarsi nella capacità di eseguire il compito con continuità e costanza prestando attenzione alle proprie difficoltà di adattamento e alle relazioni che stabilisce. In seguito verso il sesto mese, egli diventa responsabile di un settore lavorativo ed ha compiti gestionali: per es. ha in gestione la dispensa, la cucina, la muratura, la stalla ecc. Verso la terza fase egli diventa supervisore ed ha il compito di pianificare, organizzare e gestire, insieme all'operatore, le varie attività e inoltre diventa referente di eventuali conflitti relazionali che possono insorgere; in altre parole egli coadiuva l'operatore in modo attivo e si assume la responsabilità sia del gruppo dei compagni che dell'andamento delle attività.

6.2 La psicoterapia

La psicoterapia è un'attività con cadenza bisettimanale ed è svolta in gruppo; come precedentemente accennato la metodica usata è quella del modello Analitico Transazionale. Obiettivo di questa attività è quella di promuovere il cambiamento della persona attraverso un processo di consapevolezza delle proprie decisioni copionali perdenti e la sostituzione di esse con altre che rispondano ai bisogni di autonomia, consapevolezza e relazioni autentiche.

Nei gruppi di psicoterapia vengono inseriti ragazzi di tutte le fasi del programma con diagnosi, storie di vita e livelli culturali vari.

Dopo la presentazione iniziale nei primi gruppi di psicoterapia viene data come prima indicazione quella di osservarsi, ad es. osservare in modo da fare un primo bilancio di sé per poi incominciare a porsi

gli obiettivi di cambiamento.

Spesso accade che i primi contratti o aspettative sono quelli di: smettere di farmi, uscire dalla droga ecc.. Pertanto la prima tappa è quella del passaggio dalla fantasia che la droga sia il problema al fatto che Io stesso ho un problema, in altre parole lo scopo è quello di aiutare il ragazzo a comprendere che quello che lui ritiene il problema, l'assumere droga, non è altro che l'espressione sintomatologiaca di una difficoltà a gestire se stesso e la realtà senza l'aiuto della sostanza.

ESEMPIO:

P: "*Sto in comunità perché ho bisogno di allontanarmi dalla roba… io non ho problemi familiari.. ho un buon carattere… e non sono mai stato uno di quei tossici socialmente schedati...*"
T: "*Sei mai stato per un periodo lontano dalla roba?*".
P: "*Sì, a volte anche per lunghi periodi…*"
T: "*Vuoi chiederti come mai poi sei tornato a farti?*"
P: "*Non lo so… forse perché la roba mi piace… forse perché sono un debole… oppure perché la roba mi risolve i problemi…*".
T: "*Allora qualche problema ce l'hai*"
P: "*Può darsi, anzi forse è così ma non so da dove cominciare… quando ci penso mi confondo… ma deve esserci un motivo perché da lucido io non so stare…*".

Il secondo passo che il ragazzo ha bisogno di fare è quello di arrivare alla consapevolezza che queste difficoltà sono legate ad un modo di essere e di sentire, da vissuti interni che probabilmente erano presenti già prima di diventare tossicodipendenti e davano insicurezza e disagio sia individuale che sociale e che hanno poi condizionato le scelte di vita.

In genere questo passaggio il ragazzo lo fa nel momento in cui ritorna il bisogno della roba come anestetizzante dei problemi che trova nel quotidiano e torna la fantasia e la relativa tensione emotiva dello star bene nonostante tutto.

ESEMPIO:

T. viene nel gruppo affermando che ha paura di essere giudicato dalla moglie e dai figli di non essere né un buon padre né un buon marito. Egli dice che da qualche giorno è preoccupato per quello che succede a casa e fa spesso fantasie di andarsene, inoltre afferma che gli mancano i figli. Chiede di essere aiutato a prendere una decisione.
La terapeuta lo invita a considerare il fatto che egli sta da otto mesi in comunità e solo ultimamente sta esprimendo queste preoccupazioni
P: "*E' che adesso mi rendo conto che ho delle responsabilità e che le devo affrontare*"
T: "*Quali responsabilità stai affrontando in comunità in questo momento?*"
P: "*Sto gestendo la dispensa…*"
T: "*Come va?*"
P: "*Va bene… solo che non mi trovo con i conti… il sistema della rendicontazione è sbagliato… io nella vita faccio il muratore e non il ragioniere … qui sto facendo delle cose inutili mentre fuori hanno bisogno di me*"
T: "*Stai avendo dei problemi nel gestire la dispensa e stai con la testa fuori dalla comunità, cosa facevi prima quando avevi problemi?*"
P: "*In genere mi andavo a fare e così con la roba in testa riuscivo a superare gli ostacoli…*".

T: "*Ancora prima del periodo della tossicodipendenza cosa facevi?*"
P: "*Mi ricordo che a scuola avevo dei problemi… stavo a disagio e così facevo filone… e durante questi filoni che ho trovato amici che facevano uso di sostanze*".
T: "*Anche adesso hai un ostacolo, vivi un disagio e quello che stai facendo è usare il vecchio meccanismo di risolvere il problema con la fuga… fermati a pensare di cosa hai bisogno in questo momento per non ricorrere nel vecchio meccanismo.*"
P: "*…Mi sembra strano… ma sono sicuro che non è un adattamento, quello di cui ho bisogno è di imparare a stringere i denti, accettare la frustrazione di sbagliare e confrontarmi realmente con le mie capacità… credimi tutto questo mi fa realmente paura… però so che devo affrontare questa paura… altrimenti finisco di nuovo con un ago nelle veni… Quello che so in fondo a me stesso è che sia mia moglie che i miei figli hanno bisogno di un uomo e non di un burattino… la fantasia che loro avessero bisogno di me non era altro che la giustificazione per poter andarmene… dentro di me, non lo volevo ammettere, si era fatto strada il pensiero di risolvere il disagio con l'andarmi a fare*".

Il terzo momento è quello di prendere nuove decisioni di vita e di rinforzarle comportamentalmente sia nel gruppo che all'esterno.

Prendiamo come esempio un estratto di seduta di gruppo dove lavora P.

P. "*Sono stato a casa e non sapevo che fare, mi sono annoiato e mi sono arrabbiato con mia moglie, anche in comunità capita che mi annoio e litigo con i miei amici… sento che c'è qualcosa dentro di me che non riesco ad afferrare ... forse è la paura della lucidità o la vecchia paura di non farcela.. sento che è giunto il momento di affrontare.*"
P. lavora sulla esperienza che ha fatto nei primi anni di vita; prende contatto, in un lavoro di regressione emotiva, con l'esperienza in cui il padre preferiva a lui il fratello piccolo ed emerge la sua convinzione di non valere e la decisione di starsene per conto suo per non soffrire. Dopo aver espresso il proprio dolore per quanto ha vissuto prende consapevolezza che vale e che può imparare a chiedere sostegno nella necessità ed a livello comportamentale si impegna ad organizzare il proprio tempo per evitare la noia e il senso di inutilità.
In seguito a tale lavoro P. nel gruppo di psicoterapia diventa partecipativo e, al bisogno chiede aiuto, nell'ergoterapia diventa il punto di riferimento dei nuovi. A casa, nei rientri mensili dà una mano attivamente nella conduzione della casa e si cerca un lavoro per il dopo comunità.

Come emerge dalla presentazione di questo caso vi è una gradualità di consapevolezza nel processo psicoterapico che parte da un'osservazione comportamentale, dati di realtà, e poi va ad incidere sulle strutture interne. Nella tossicodipendenza la scrivente ritiene che tale processo, partire dai dati di realtà comportamentale, vada maggiormente sottolineato e tenuto in considerazione in quanto durante l'esperienza clinica di questi anni si è constatato che è presente nella personalità tossicomanica la modalità di arrivare a delle conclusioni senza tenere conto dei dati dell'esperienza (analisi dell'A) seguendo più il bisogno di coinvolgimento emotivo (B) che è una dinamica per loro facile in quanto per anni ha caratterizzato il rapporto con la sostanza.

Si ritiene utile a tal fine prima rinforzare le capacità di analisi della struttura dell'Io Adulta attraverso le tecniche dell'informazione, della spiegazione e del confronto e poi passare ad analizzare e confondere il contenuto della struttura dell'Io Bambino.

Il lavoro sulla struttura dello stato dell'Io Genitore procede di pari passo con il rinforzo delle strutture

dell'A ed ha due momenti fondamentali.

Il primo (periodo della presa in carico, dell'orientamento e della prima fase) è quello in cui vi è il riconoscimento che le regole comunitarie sono utili per proteggersi dalle modalità comportamentali che sottintendono il bisogno della sostanza.

Il secondo momento (seconda e terza fase) è quello in cui le regole vengono riconosciute come fatti interni congrui a decisioni di cambiamento assunte.

ESEMPIO:

P: " *So che devo occuparmi della mia famiglia in prima persona perché sono il capofamiglia senza aspettare che ci sia qualcun altro a farlo per me e che in questo è utile chiedere la collaborazione sia di mia moglie che dei miei figli ... Tutto ciò adesso mi rende tranquillo* ".

Nell'analizzare queste affermazione di P. e possibile individuare la presenza del Genitore (*devo occuparmi della mia famiglia*) ma anche quella dell'Adulto (*sono il capofamiglia*) e del Bambino (*mi sento tranquillo*).

6.3 I gruppi di confronto

Il disagio della separazione dalla sostanza e l'impresa di vivere la realtà da lucidi generalmente fa oscillare il ragazzo tra atteggiamenti spesso contrastanti: o un eccessivo iperadattamento agli altri e alle regole, o una continua svalutazione e superficialità nei comportamenti, o ancora un continuo atteggiamento di ribellione o persecuzione nei confronti degli altri. In realtà questi comportamenti estremi sono l'espressione di un G rigido (Genitore Normativo negativo) o di un B (Bambino Adattato negativo) e di una difficoltà ad usare la struttura dell'Io Adulta per lungo tempo disattivata dall'uso della sostanza.

Il gruppo di confronto della nostra comunità si pone come obiettivo l'esercizio della capacità di rapportarsi alla realtà e agli altri in modo congruo sia ai propri bisogni che a quelli degli altri.

Il gruppo di confronto è coordinato da un operatore e vi partecipano tutti i ragazzi in programma; nello specifico ha l'obiettivo di:

a) aiutare il ragazzo a verificare i propri comportamenti attraverso l'autosservazione e i confronti dei compagni;

b) imparare a gestire le relazione sul piano dell'Adulto;

c) promuovere la risoluzione costruttiva di eventuali conflitti che nascono nel gruppo ed assumere impegni comportamentali;

d) rinforzare i comportamenti positivi.

La verifica dei comportamenti avviene attraverso una serie di scambi (A<=>A) di informazioni su comportamenti assunti nelle varie attività (ergoterapia, attività sportive, tempo libero).

La gestione della relazione avviene attraverso la stimolazione ad esprimere le opinioni che si ha degli altri senza incorrere in dinamiche svalutative.

La promozione della risoluzione dei conflitti avviene attraverso la riappropriazione delle proprie e di quelle degli altri responsabilità nella dinamica conflittuale.

L'assunzione di impegni comportamentali avviene dopo che si ha chiaro il proprio problema e si predispone un obiettivo congruo.

Infine il gruppo di confronto ha l'obiettivo di rinforzare le scelte e i comportamenti sani attraverso lo scambio di riconoscimenti dei comportamenti positivi e delle tappe comportamentali raggiunte (scambio di carezze positive).

6.4 L'assemblea socioterapica

L'assemblea socioterapica ha una cadenza mensile ed è il momento di incontro alla pari tra staff e ragazzi. L'oggetto di riflessione delle assemblee socioterapiche è il setting comunitario e la sua strutturazione temporale; pertanto i contenuti delle assemblee sono: la verifica delle procedure e delle attività; la presentazione di eventuali nuove proposte e la programmazione. Il contenuto dell'assemblea viene man mano espresso da un ordine del giorno redatto sia dagli operatori che dai ragazzi (a secondo di chi fa le proposte) e discusso da tutti quanti, alla fine eventuali decisioni vengono sottoposte a votazione.

L'assemblea mensile è preceduta da preassemblee settimanali in cui si individuano le problematiche e gli argomenti da trattare.

Tutto ciò che viene stabilito durante l'assemblea diventa impegno di tutto il gruppo.

Obiettivo delle assemblee è quello, oltre che a predisporre eventuali nuove attività, di aiutare i ragazzi ad esercitarsi alla partecipazione attiva nei processi sociali ed acquisire le capacità di gestione e di proposizione.

6.5 I colloqui

I colloqui sono degli spazi relazionali individuali e hanno la funzione di supportare il ragazzo nel processo comunitario.

All'interno dei colloqui il ragazzo impara a parlare di sé e a decodificare i propri bisogni nel qui ed ora, a verificarsi e ad elaborare strategie per evitare agiti comportamentali distruttivi. Vengono svolti su richiesta e sono tenuti da un operatore scelto dal ragazzo stesso. La scelta di dare la libertà al ragazzo di decidere quando e con chi comunicare rientra nella strategia di stimolare il ragazzo ad essere parte attiva del percorso di cambiamento decidendo anche le figure e i modelli di riferimento che ritiene per sé utili.

L'operatore, infatti, nel processo comunitario funge da modello senza assumere ruoli genitoriali.

Egli si pone come un compagno più esperto che aiuta sostiene e, se è il caso, dà concretamente una mano.

6.6 I gruppi pedagogici (a cura di don Mario Di Maio)

OBIETTIVI

Il gruppo si propone di rafforzare l'appartenenza alla Comunità, attraverso il discutere insieme, creando ascolto e aiutandosi reciprocamente ad accettarsi ricercando insieme.

Attraverso la discussione il gruppo guida i singoli alla scoperta di se stessi, ad avere fiducia nelle proprie capacità sconfiggendo la dimensione distruttiva spesso presente nei suoi membri portandoli alla scoperta del mistero della vita e all'impegno nella vita.

L'esperienza vissuta intensamente porta i membri a donare agli altri, soprattutto ai "nuovi", quanto maturato nel cammino percorso e a riscoprire energie da investire ancora nell'esperienza terapeutica della Comunità.

IL METODO

La metodologia usata è quella della "Revisione di Vita", lo spunto di discussione è dato dalla lettura corsiva del Vangelo da cui l'educatore trae gli argomenti di discussione, in genere proposti al gruppo sotto forma di domande.

Ognuno riflette ad alta voce sull'argomento e mette a servizio degli altri la propria esperienza, i propri pensieri, le maturazioni acquisite.

La discussione porta i membri del gruppo a impegnarsi davanti agli altri, compromettendosi, dimostrando la voglia di essere presi in parola.

Discutendo insieme si impara a superare la paura di esprimersi, si cresce nella stima reciproca, ci si sente oggetto di attenzione.

L'EDUCATORE

L'educatore nel gruppo ha la funzione di intervenire nella discussione ma non in modo sostitutivo: il suo è un intervento che collabora e non sostituisce, che si aggancia a quanto c'è e non spazza via per costruire ex novo.

6.7 Il gruppo di sostegno

I problemi che incontra un ragazzo alla fine del programma terapeutico sono molteplici: il problema dell'inserimento in famiglia, il lavoro, il gruppo sociale.

Egli ha vissuto in comunità uno spazio e un tempo protetto e l'incontro con la realtà di provenienza è spesso traumatica e disagiata.

La mancanza di un gruppo di riferimento crea un vuoto identificatorio e affettivo per cui la ricerca del vecchio gruppo (dei tossicodipendenti) è una modalità difensiva dall'angoscia che ne scaturisce.

Sotto l'aspetto dinamico, l'inserimento nel gruppo sociale è un avvenimento graduale e, pur prevedendo il programma un periodo protetto di reinserimento, dall'esperienza avuta esso risulta insufficiente e

comunque limitato nel tempo.

Il ragazzo ha bisogno di strutturare spazi sociali, all'interno dei quali sperimentare la ritrovata autonomia, il senso della responsabilità e la solidarietà sociale, realtà quasi completamente annullate dal rapporto con la roba.

Infatti la roba struttura sia gli spazi interni (emozioni, desideri, bisogni) che gli spazi esterni (gruppo, attività, ecc.), impoverendo l'intera personalità e privandola di spazi affettivi, relazionali e cognitivi, riducendone le capacità di autonomia, consapevolezza e spontaneità.

Il progetto di strutturare un gruppo di sostegno, si pone come uno spazio all'interno del quale egli possa avere sia un appoggio e un contenimento rispetto alle proprie problematiche di inserimento e sia che possa sperimentare le proprie capacita di gestione dei rapporti e di intraprendere iniziative.

Esso è costituito da ex tossicodipendenti, sia quelli che hanno terminato il programma che quelli che lo hanno interrotto, che non facciano uso di sostanze, provenienti dai vari programmi riabilitativi.

Essi formeranno un club di cui saranno soci, le cui attività e la cui strutturazione saranno decise dal gruppo stesso.

La finalità è quella di avere una struttura all'interno della quale ci si contiene reciprocamente e lo scopo è quello di fungere da gruppo identificatorio che funga da catalizzatore delle ansie che man mano si incontrano nell'affrontare l'inserimento sociale, creando attività e iniziative di solidarietà e di partecipazione comune.

Tale gruppo è supervisionato da un operatore dello staff ed è gestito in modo autonomo dal gruppo composto dai ragazzi stessi.

Si possono avere contatti anche con la comunità per iniziative comuni.

Il regolamento è stato redatto dagli stessi ragazzi e descrivere i punti fondamentali per essere soci come per es. non fare uso di sostanze, oppure essere presente ai momenti associativi, ecc. ed inoltre descrive la struttura organizzativa del gruppo.

Lo staff fornisce la supervisione e la consulenza sia ai singoli che al gruppo, su richiesta e funge da contenimento di eventuali angosce di gruppo, intervenendo in momenti di conflittualità e relative tensioni che eventualmente si creeranno nel gruppo, avendo così anche funzioni di arbitraggio.

L'operatore a disposizione del gruppo è uno psicologo e l'attuale responsabile del "Centro di presa in carico".

Il responsabile supervisore è incaricato dall'équipe e può cambiare a secondo delle esigenze.

A questo gruppo possono, in alcune attività, partecipare anche i genitori su scelte dei ragazzi e potranno partecipare anche persone non tossicodipendenti.

Soci simpatizzanti potranno essere anche persone che offrano la loro solidarietà.

Questo aiuta il ragazzo a sentire e creare attorno a sé una rete protettiva, all'interno della quale non si vede solo ed emarginato.

Il club avrà anche come obiettivo il promuovere l'inserimento sociale e lavorativo attraverso forme di consulenza, informazione ed indirizzo a corsi formativi esistenti sul mercato.

CAPITOLO 7

Un caso di tossicodipendenza trattato in regime residenziale con metodologia analitico transazionale

7.1 Il primo contatto

P. ha contattato personalmente il nostro centro di presa in carico ed è venuto al primo appuntamento accompagnato dal fratello maggiore.

Ha trenta anni, sposato con un figlio. Ha un diploma di scuola media superiore e ha svolto varie professioni, tra cui il commerciante e l'imprenditore. Assume droga, alternando eroina e cocaina dall'età di 17 anni. Afferma inizialmente che il suo problema di fondo è la dipendenza da sostanza e ritiene che un periodo di tranquillità lo possa aiutare a separarsi dalla *roba.*

Fisicamente si mostra curato e disponibile, parla di sé in terza persona spesso teorizzando.

Ad esempio: "*Io penso che una persona, ad un certo punto della vita, debba fare un passaggio sostanziale…*".

Nella fase di preparazione al periodo comunitario, momento della presa in carico, si mostra disponibile a collaborare e non mostra problemi nell'affrontare l'astinenza fisica dalla sostanza.

7.1.1 Il periodo dell'orientamento

Durante i primi venti giorni di vita comunitaria (periodo dell'osservazione) non mostra

grossi problemi di adattamento. Emergono invece difficoltà nelle attività pratiche (ergoterapia). Sta spesso con le mani in tasca. I compagni e gli operatori gli fanno notare questo suo atteggiamento e lui ammette di avere difficoltà in quanto "*ha sempre lavorato di testa*", per cui ha bisogno di tempo per imparare a lavorare manualmente.
Il primo contratto comportamentale che gli viene proposto comporta pertanto come impegno quello di concentrarsi sulle attività manuali ed evitare di essere, come egli stesso afferma, "*teorico*".
All'èquipe della comunità è chiara fin dal primo momento la difficoltà di P. a prendere contatto e che il "*lavorare di testa*" non è altro che l'espressione di una difficoltà.

7.2 La prima fase

In psicoterapia, nei primi tre mesi, contrariamente a quello che accade nelle altre attività, egli mostra una notevole difficoltà di verbalizzazione; quando decide di lavorare su se stesso si confonde, trema, balbetta.
Verso il 4° mese di percorso terapeutico in un gruppo di terapia, alla fine di una seduta dove un compagno aveva lavorato su una difficoltà emotiva, afferma : "*Sono sconvolto… ho paura… in quanto mi rendo conto che il mio problema forse non è la roba in sé, c'è altro….*
Mi viene in mente che ogni volta che c'è stato un avvenimento, sia esso familiare che lavorativo, io mi andavo a fare; così affrontavo meglio le situazioni e le persone."
Nelle sedute successive comincia a raccontare la sua storia di bambino solo e nel descriverla prende contatto con il fatto che egli aveva sostenuto a lungo il ruolo di quello che risolveva i problemi e che dava appoggio agli altri per poter entrare in relazione: "*Sentivo che mi veniva chiesto di essere in un certo modo… di dover dare certe cose, e io li accontentavo… in fondo faceva comodo anche a me in quanto mi evitavo il problema della conflittualità e del sentirmi solo*".
Decide di prendere il seguente contratto di lavoro: "*Ho bisogno prima di dire a me stesso la verità di quello che sono e sento e poi dirla a quelli che mi stanno vicino... in particolare a mia moglie e mia figlia*".
Sul piano comportamentale intanto si appassiona all'attività di restauro di mobili.
I due eventi, intrapsichico e comportamentale, rappresentano la nuova capacità di sostenere la realtà da lucido e di avere con gli altri uno scambio autentico.

7.3 La seconda fase

Verso il sesto mese, dopo che ha rivisto la famiglia, P. si rende conto che la sua situazione di vita è cambiata: la moglie si è allontanata da lui spaventata dalle richieste di cambiamento relazionale e inoltre ha constatato che la figlia di 8 anni racconta continuamente bugie per attirare l'attenzione.
P. è in questa fase molto spaventato, accusa la terapeuta e gli operatori di volerlo sottomettere e smette per oltre un mese di lavorare in prima persona nel gruppo.
Poi, dopo un confronto fatto da un operatore rispetto al comportamento passivo che mostra in comunità, in un gruppo di terapia afferma che si sente ad un bivio: andarsene dalla comunità o restare.
Egli ritiene che ha raggiunto il suo obiettivo iniziale, che era quello di separarsi dalle sostanze, quindi non c'è più motivo per continuare il trattamento. Nello stresso tempo riferisce di continuare a tenersi dentro il senso di incompletezza che l'aveva accompagnato negli anni della tossicodipendenza. Riferisce, inoltre, di aver sognato di iniettarsi l'eroina e questo fatto lo spaventa e lo trattiene in comunità.
La terapeuta lo invita a prendersi il tempo necessario per valutare il tipo di scelta da fare.
Dopo una quindicina di giorni, in un lavoro di grosso coinvolgimento emotivo in cui emergono i propri vissuti di sentirsi isolato dice: "*Sento che ho bisogno di carezze e sento la voglia di darne, non mi sento più in un ruolo e anche gli altri li vedo prima come persone, sento che adesso posso anche affrontare mia moglie e mia figlia senza temere che tra di noi vi siano delle emozioni e senza temere che mi abbandonino non ritenendomi adeguato*".

Sul piano comportamentale P. si attiva e diventa un punto di riferimento affettivo per parecchi ragazzi.
In questa fase P. ha affrontato il tema centrale del proprio copione che era quello di darsi un ruolo di indispensabile per poter stare con gli altri e poter esistere.

7.4 La terza fase

P. continua a lavorare sulla sua paura di entrare realmente in contatto con la realtà e gli altri; in particolare emerge la ferita e il dolore dei fallimenti personali, sociali e familiari.
In una seduta di terapia riferisce che per la prima volta: "*Sento… o meglio… riconosco la paura come fatto positivo… mi sento un essere umano che non deve dimostrare, che ha bisogno invece di mostrarsi e in fondo quello che chiedo da sempre è semplicemente di esserci anch'io… Probabilmente me l'hanno impedito i miei genitori prima… poi me lo sono impedito io con la droga…*".
Verso la fine del programma si riconcilia con la moglie, che nel frattempo ha anche lei fatto un lavoro personale di psicoterapia, mette su casa e cerca un'attività lavorativa che l'aiuti a stare con la gente e a contatto con le cose concrete.
P. ha imparato a sentire e a comunicare le emozioni naturali e soprattutto a reggere il dolore che la sostanza anestetizzava.

7.5 Conclusioni

Dopo circa tre anni dalla fine del programma P. continua a non far uso di droghe, lavora, mantiene la sua famiglia e segue la figlia da vicino sia sotto il profilo affettivo che educativo.

CAPITOLO 8

I dati dell'utenza del centro "Fanelli" da giugno 1988 a dicembre 1999

Dall'analisi dei dati utenti dal giugno '88 al dicembre '99 è stato rilevato il seguente schema:

Come si evidenzia dallo schema, il Centro di presa in Carico è stato contattato da 461 utenti di cui: 215 sono entrati in comunità e 246 sono stati seguiti in attività di orientamento, interrompendo il programma prima di essere inseriti in C.T. oppure perché orientati in altra struttura. Dei 215 entrati in programma

residenziale, 28 sono ancora in carico, 43 hanno terminato il programma (di questi 28 sono risultati ancora drug-free, 8 sono tornati in addiction, 2 sono deceduti, 1 è in carcere, 4 sono stati ammessi in altre C.T.), 137 hanno interrotto il programma.

Dalle 144 interruzioni emergono 109 interruzioni nella prima fase (delle quali 34 drug-free, 38 in addiction, 3 deceduti, 29 non rintracciabili, 3 in carcere, 2 in altre C.T.), 23 interruzioni in seconda fase (di cui 11 drug-free, 6 in addiction, 6 non rintracciabili), 12 interruzioni in terza fase (di cui 5 drug-free, 3 in addiction, 3 non rintracciabili, 1 in un'altra C.T.). Da questi dati emerge che in proporzione al numero degli utenti per fase, coloro che hanno interrotto nella fase più avanzata del programma hanno maggiori capacità di resistenza alla ricaduta e di conseguenza risultano drug-free per un tempo più lungo. Quanto più breve è la permanenza in programma terapeutico maggiore è il numero di ricadute.

Bibliografia

E. BERNE, "*Analisi Transazionale e psicoterapia*" - Astrolabio 1971.

E. BERNE, "*Principi di terapia di gruppo*" - Astrolabio 1981.

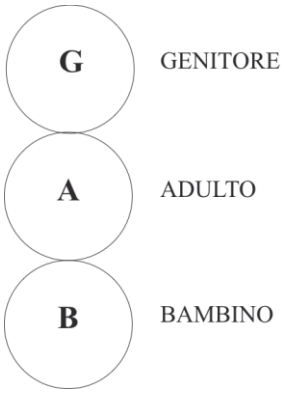
E. BERNE, "*Ciao ... e poi*" - Bompiani 1979.

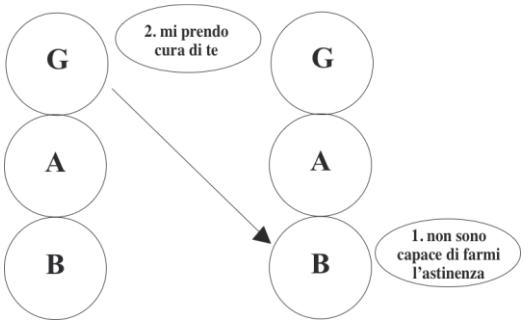
C. MOISO - M. NOVELLINO, "*Stato dell'Io*" - Astrolabio 1982.

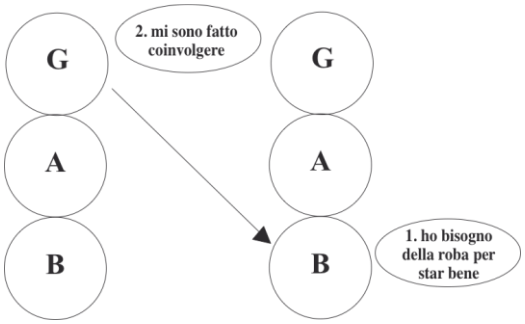
M. NOVELLINO, "*L'Analisi Transazionale del transfert*" - ed Riza 1988.

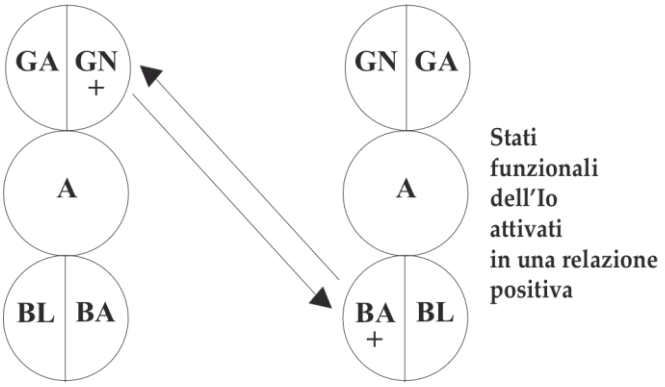
J. SCHIFF, "*Ego states pathology*" - 1979.

C. STEINER, "*Games Alcooholis play*" - Grove press. N. Y. 1971.

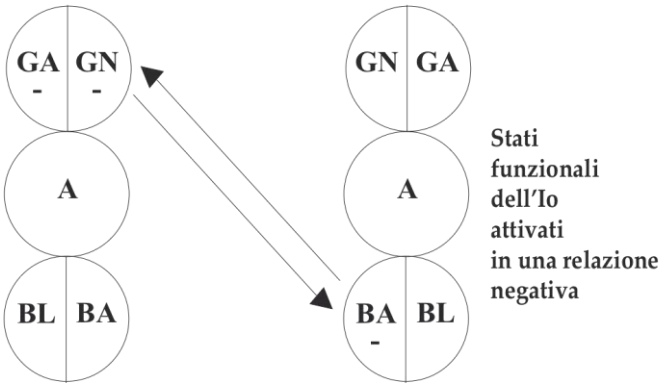




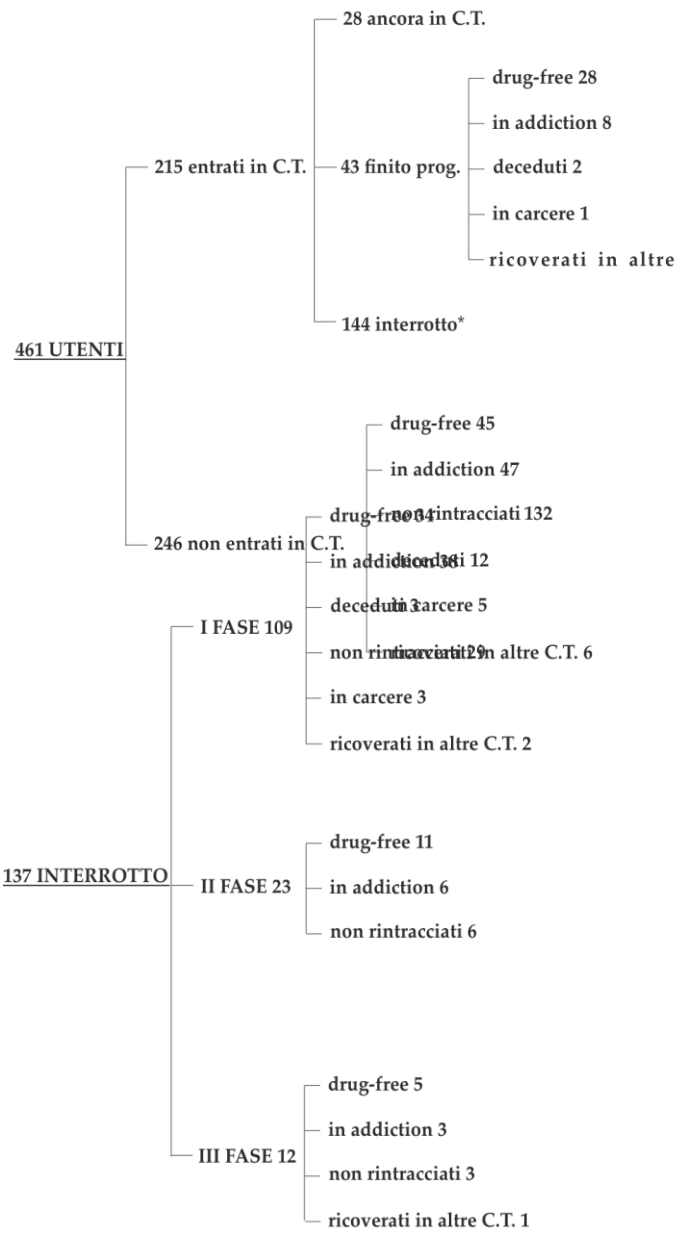




Stati funzionali dell'Io attivati in una relazione positiva



Stati funzionali dell'Io attivati in una relazione negativa


461 UTENTI
215 entrati in C.T.
28 ancora in C.T.
43 finito prog.
drug-free 28
in addiction 8
deceduti 2
in carcere 1
ricoverati in altre
144 interrotto*
246 non entrati in C.T.
137 INTERROTTO
I FASE 109
drug-free 45
in addiction 47
non rintracciati 132
deceduti 3
in carcere 5
ricoverati in altre C.T. 6
drug-free 34
in addiction 38
non rintracciati 29
in carcere 3
ricoverati in altre C.T. 2
II FASE 23
drug-free 11
in addiction 6
non rintracciati 6
III FASE 12
drug-free 5
in addiction 3
non rintracciati 3
ricoverati in altre C.T. 1