

Indice

Introduzione	1
1. Uso, abuso, dipendenza e mania	3
1.1 Il concetto di addiction.....	5
2. Vuoto e piacere nel tossicodipendente secondo la teoria psicoanalitica	7
2.1 La ricerca del piacere nel tossicodipendente.....	12
3. Donald Winnicott: teoria del <i>falso Sé</i> e creatività.....	18
4. Struttura e funzionamento delle Comunità Terapeutiche per le tossicodipendenze.....	23
4.1 Il percorso riabilitativo della persona tossicodipendente	24
4.2 La Comunità Nuove Dipendenze di Fenile di Fano.....	26
5. L'Educatore Professionale: il suo ruolo nelle Dipendenze Patologiche.....	29
5.1 Il mio Progetto Educativo di Tirocinio	31
5.2 La frustrazione del lavoro educativo nelle Dipendenze Patologiche	47
Conclusioni	53
Bibliografia.....	54
Sitografia.....	57

Introduzione

Il seguente elaborato pone l'attenzione sul ruolo dell'Educatore Professionale nelle Dipendenze Patologiche. Nello specifico, tenta di illustrare qual è la metodologia educativa necessaria per elaborare un percorso riabilitativo rivolto alla persona tossicodipendente.

La motivazione che mi ha spinto a trattare questo argomento ha duplice natura. Nasce in primis dalla mia esperienza di Tirocinio nella Comunità Nuove Dipendenze (C.N.D.) di Fenile di Fano, svolta durante il terzo anno del Corso di Laurea in Educazione Professionale. Questo percorso mi ha permesso di approfondire il tema delle Dipendenze Patologiche, stimolandomi alla lettura del saggio *Morire di piacere. Dalla cura alla prevenzione delle tossicodipendenze* (2012) di Luigi Gallimberti. Il testo ha declinato il mio interesse anche in ambito psicologico, avvicinandomi allo studio del *principio del piacere* elaborato da Sigmund Freud.

Partendo da questa teoria e dalle osservazioni svolte durante il Tirocinio, ho potuto notare quanto il tossicodipendente, più di ogni altro essere umano, sia attratto dal piacere. Perciò, la presente Tesi ha l'obiettivo di mettere in evidenza l'Educatore Professionale, quale una delle figure responsabili di accompagnare il tossicodipendente verso il raggiungimento di un'identità adulta e autentica, grazie allo sviluppo di capacità creative e ad efficaci interventi educativi. Ulteriore scopo è esplorare il tema della frustrazione, ostacolo che devono affrontare sia gli utenti sia gli operatori stessi delle Comunità Terapeutiche per le Dipendenze Patologiche.

Nel dettaglio, l'elaborato si sviluppa in cinque capitoli. Il primo presenta le definizioni di uso, abuso, dipendenza e mania, evidenziando il termine *addiction*. Il capitolo due intende: analizzare principalmente i concetti di *principio del piacere* e *vuoto*, nel loro manifestarsi nel tossicodipendente; descrivere sinteticamente la biologia del piacere. Il lavoro prosegue con un approfondimento sul *falso Sé* di Donald Winnicott, concetto che costituisce il legame tra sviluppo normale e campo patologico. Il quarto capitolo descrive la struttura e il funzionamento delle Comunità Terapeutiche e traccia il percorso riabilitativo degli ospiti. L'ultimo capitolo espone le principali competenze dell'Educatore Professionale nell'ambito delle tossicodipendenze e comprende la mia

ipotesi progettuale di intervento, attuata nel corso della già citata esperienza di Tirocinio. La Tesi si conclude con la proposta di un modello di questionario per rilevare gli eventuali livelli di frustrazione degli operatori delle Comunità Terapeutiche per le Dipendenze Patologiche.

1. Uso, abuso, dipendenza e mania

A partire dagli ultimi anni, sulla base delle nuove conoscenze acquisite e dei modelli culturali disponibili, è necessario sviluppare nuove riflessioni interdisciplinari riguardo al fenomeno della *dipendenza*. Innanzitutto, sarebbe opportuno rivedere e aggiornare il termine stesso per valorizzarne la complessità. Il tema da affrontare è quello della natura della dipendenza. Il manuale professionale *Addiction: come pensarla, comprenderla, trattarla* (2017) propone un modello secondo cui la genesi della dipendenza è data dalla relazione tra tre vettori:

- Il *soggetto*, nell'insieme delle sue caratteristiche genetico-biologiche e psicoaffettive;
- L'*oggetto* con cui il soggetto interagisce, cioè una sostanza, una situazione o un comportamento che ha cause farmacologiche e placebo e comporta significati simbolici;
- L'*ambiente*, il contesto culturale-valoriale, relazionale, socioeconomico, in cui avviene l'interazione. Esso può essere un facilitante o un ostacolante.

In questo senso, possiamo affermare che la dipendenza è una *patologia della relazione*. L'interazione tra questi vettori può avere delle conseguenze inattese e imprevedibili. Infatti, può generare quattro diverse condizioni, cioè quattro diverse relazioni soggetto-oggetto:

1. *Uso*, uno stato assolutamente non patologico in cui la sostanza, sebbene abbia un alto potenziale tossicomaniogeno, viene assunta in modo “sano” senza causare problemi fisici, di comportamento o relazionali. Può essere un uso voluttuario, ludico, ricreativo o sociale;
2. *Abuso*, quando per il soggetto il consumo della sostanza diventa più importante di rispettare Legge, divieti e consigli sanitari o evitare conflitti relazionali. Sul piano biologico e psicologico non vi è però un legame indissolubile tra soggetto e oggetto;

3. *Dipendenza (tossicodipendenza nel caso delle sostanze)*, un disturbo comportamentale appreso caratterizzato da un'alterazione del funzionamento biologico (sistema del piacere, della memoria e della motivazione), psicologico (emotività, significato attribuito a cose e valori, progettualità e senso dell'identità) e culturale (identità di ruolo e posizione sociale) dell'individuo. La sostanza diviene fondamentale per compensare o equilibrare queste trasformazioni causate dalla sostanza stessa. A questo punto, il desiderio della sostanza è talmente forte da farla diventare la prima ragione di vita per il soggetto, che diviene incapace di moderare il suo comportamento nonostante causi indiscutibili ripercussioni sul proprio funzionamento. Nella dipendenza possiamo individuare un vero e proprio ciclo che inizia con il desiderio impulsivo di assumere la sostanza (craving), al quale si associano agitazione, malessere e senso di urgenza. A seguito dell'assunzione il soggetto si ritrova in uno stato di benessere, in cui riacquista lucidità e capacità di ragionare al punto che emergono sentimenti di colpa e autocritica. Questo modo di pensare e sentire cambierà nuovamente una volta che riapparirà la voglia di sostanza. Nella dipendenza troviamo quindi un'oscillazione ricorrente tra volontà di smettere e volontà di continuare l'assunzione;

4. *Mania (tossicomania nel caso delle sostanze)* se, al contrario di quanto accade nella dipendenza, l'assunzione della sostanza non equilibra o compensa il funzionamento biologico, cognitivo ed emotivo del soggetto. L'effetto euforizzante della sostanza non appaga l'individuo che, per provare ancora piacere, avvicina sempre di più le somministrazioni, amplificando continuamente lo scompenso fino all'intossicazione acuta. Luigi Cancrini (1980) definisce la tossicomania come una situazione in cui è presente un bisogno di usare costantemente la sostanza e di procurarsela in qualsiasi modo. Questa condizione non prevede le fasi di lucidità, sazietà e senso di colpa caratteristiche della dipendenza. Il tossicomane è povero di motivazioni, interessi, legami e affetti con gli altri e con la realtà; assume uno stile di vita che rispetta il particolare ruolo sociale in cui esso stesso si riconosce.

1.1 Il concetto di addiction

Il termine *dipendenza* viene erroneamente utilizzato come equivalente del termine *addiction*. Infatti, la parola italiana non è in grado di restituire completamente i numerosi significati della parola inglese. *Addiction* deriva dal latino *addictus*, che a sua volta deriva dal verbo *addicere*, cioè “cedere al creditore”. Nell’antica Roma il debitore insolvente del creditore veniva reso schiavo fino a quando non avesse ripagato il debito. A differenza del comune schiavo, quello per debiti, se fosse riuscito a restituire il denaro dovuto, sarebbe potuto diventare un *libertus*. Avrebbe potuto, cioè, riacquisire la sua libertà. Rimaneva comunque una differenza sostanziale tra il *libertus* e l’uomo libero da sempre. Il tossicodipendente può essere paragonato al *libertus*: una volta liberatosi dalla sostanza sarà un uomo liberato, ma ad un livello inferiore rispetto all’uomo che non ha mai conosciuto la schiavitù, poiché per tutta la vita sarà costretto a tenere a mente il suo passato e non potrà mai usare la sostanza in maniera controllata.

Il concetto di addiction non può essere tradotto in italiano. La traduzione letterale di “addicted” è “addeito” o “dedito”, parole con un significato che lontanamente si avvicina al termine “schiavitù”. Per questo, viene utilizzata l’espressione “dipendenza” che però, come già detto, non è pienamente soddisfacente per indicare le diverse e sempre maggiori condizioni problematiche o patologiche del nostro tempo. Per cercare di far fronte a questo problema sono state introdotte le formulazioni di “patologie da dipendenza” o “dipendenza patologica”. La prima, sebbene racchiuda un insieme di condizioni con un’eziopatologia comune, non può essere utilizzata in tutti i casi necessari. La seconda, suggerisce anche l’esistenza di una “dipendenza non patologica”. Considerando la dipendenza come una relazione costitutiva dell’essere umano, non possiamo però definire “dipendenza fisiologica” molte delle patologie da dipendenza, in quanto, nella maggior parte di queste, non ci riferiamo ad una condizione caratterizzata solo da tolleranza e astinenza, ma ad uno stato che comporta altresì inevitabili implicazioni emotive e affettive.

In conclusione, in Italia, la sfida nell’identificare il campo delle dipendenze è anche un problema linguistico dovuto all’incapacità del termine *dipendenza* di prendere adeguatamente in considerazione la complessità delle situazioni coinvolte. Risulta necessario ridare un senso alla dipendenza: considerarla come un tratto distintivo

intrinseco dell'essere umano. In quest'ottica, il compito di chi opera nel settore delle dipendenze è prendersi carico di persone sofferenti, essendo consapevoli di lavorare in una società che produce dipendenza negandola.

2. Vuoto e piacere nel tossicodipendente secondo la teoria psicoanalitica

La psicoanalisi può essere considerata una delle teorie per spiegare il fenomeno delle dipendenze, in quanto analizza sia i contenuti consci sia motivazioni e desideri inconsci. Sigmund Freud è considerato il padre della teoria psicoanalitica, secondo la quale, i processi psichici inconsci influenzano pensiero, comportamento e relazioni: in sostanza, tutta la nostra visione del mondo. A questo proposito, Freud elabora due *topiche*¹.

La prima concezione topica dell'apparato psichico, o "modello topografico della mente", divide la psiche umana in: inconscio, preconcio e conscio. La mente viene paragonata da Freud ad un iceberg, la cui porzione invisibile, sommersa, è costituita dall'*inconscio*. Questo è il luogo in cui si svolge la parte più significativa della nostra attività psichica. Qui risiede il rimosso, non immediatamente accessibile, cioè tutto ciò che è fortemente investito di energia pulsionale e che tenta di ritornare alla coscienza. A filo dell'acqua troviamo la zona del *preconcio*, formata da tutti quei contenuti che non sono disponibili alla coscienza ma potrebbero diventarlo attraverso impegno e volontà. Infine, la punta dell'iceberg rappresenta il *conscio*. Questa parte di apparato psichico percepisce ed esamina la realtà attraverso gli organi di senso ed è composta da pensieri, ricordi e desideri dei quali siamo pienamente consapevoli.

La seconda topica freudiana viene anche definita "modello strutturale della mente". Secondo questa nuova concezione, elaborata da Freud nel 1922, l'apparato psichico si distingue in: Es, Io e Super-Io. L'*Es* è costituito da istinti primordiali, pulsioni e desideri al servizio del *principio del piacere* che ne pretende la soddisfazione immediata. Rappresenta un'istanza intrapsichica completamente inconscia. L'*Io*, situato nel preconcio, è invece governato dal *principio di realtà*. Il suo compito è quello di tenere in equilibrio Es e Super-Io. Nella parte più alta dell'inconscio troviamo il *Super-Io*. Questo è considerato la coscienza morale, designata allo svolgimento delle funzioni di critica e giudizio, nonché all'imposizione di norme e regole di comportamento; esso disciplina il passaggio delle pulsioni dall'*Es* alla coscienza.

¹ da Treccani *tòpica*: rappresentazione spaziale dell'apparato psichico, cioè la descrizione dei vari sistemi psichici come se essi occupassero un luogo fisico e fossero quindi raffigurabili.

Nel 1920 Sigmund Freud scrive *Al di là del principio del piacere*. L'idea centrale del saggio è che in ogni essere vivente, al di là del *principio del piacere*, esiste una spinta pulsionale verso la morte. Scopo del capitolo non è addentrarsi nello specifico nell'illustrazione delle nozioni elaborate da Freud, ma illustrare, in modo semplice e sintetico, i concetti di *principio del piacere* e *principio di realtà* collegandoli all'Educazione, disciplina cardine del Corso di Laurea al quale faccio riferimento. Inizialmente, la vita di ciascuno di noi è interamente regolata dal *principio del piacere*, cioè la tendenza a conseguire il piacere ed evitare il dispiacere, a trovare una soddisfazione immediata e totale ai propri desideri. Il bambino rappresenta l'al di là del principio del piacere, in quanto non conosce la distanza tra il desiderio (Io) e l'oggetto del desiderio. Infatti, vuole tutto e subito. Se non si provvede alla formazione di questa distanza si avrà un adulto che non sa rapportarsi alla desiderata, un adulto ancorato al *principio del piacere*, che evita il dispiacere e il deferimento della gratificazione. L'attitudine matura caratterizza, invece, il *principio di realtà* e si colloca esattamente all'opposto. Infatti, il piacere è in contrapposizione, non solo con il dispiacere, ma anche con la realtà. Il *principio di realtà* è determinante per lo sviluppo del soggetto e, secondo quanto afferma Jean Bergeret (2001), “consiste nell'ottenere la soddisfazione entro una certa misura, quanto e nel modo migliore possibile, in funzione dei molteplici componenti della realtà [...]” (p. 53).

Il concetto di *principio di realtà* include quello di *frustrazione*: cosa ci aspettiamo dalla vita? Una continua gratificazione dei nostri bisogni, impulsi e desideri. Ma la realtà è quella che è. È conflitto, delusione, tradimento, dolore, angoscia, ansia, paura, sofferenza. La vita non è sempre come vorremmo che fosse perché il nostro bisogno non sempre viene soddisfatto, la nostra pulsione potrebbe portarci fuori strada, il nostro desiderio potrebbe non realizzarsi. La vita è proprio come la descrive Virginia Satir: “La vita non è come dovrebbe essere. È quella che è. È il modo in cui l'affronti che fa la differenza”. Per crescere bisogna aderire al *principio di realtà* e bisogna accettare, elaborare la frustrazione che il *principio di realtà* comporta. Rimanere aderenti al *principio del piacere* vuol dire fuggire dalla frustrazione che il *principio di realtà* implica. Sempre secondo Jean Bergeret (2001), il *principio di realtà* prevede la presa in considerazione della temporalità e della temporizzazione, richiede che l'individuo impari a gerarchizzare le sue necessità e a scendere a compromessi. Affrontando la frustrazione

il bambino comprende il valore dell'attesa, vale a dire l'intervallo di tempo tra la pulsione e il soddisfacimento del desiderio, imparando così a lavorare per ottenere ciò che desidera. Inoltre, sviluppa l'intelligenza perché il bambino, per sostituire ciò che non ha, deve avere una rappresentazione mentale di ciò che potrà avere, deve diventare capace di rappresentarsi mentalmente la realtà, di costruire dentro di sé la realtà e dunque muoversi nella realtà con intelligenza. In assenza di questo principio la persona rimane psichicamente neonata e, perciò, incapace di entrare nella realtà della vita. Mentre il *principio del piacere* cerca la soddisfazione immediata del bisogno in modo completamente irrazionale, il *principio di realtà* persegue l'appagamento del bisogno ponendosi obiettivi prolungati nel tempo, tollerando il transitorio dispiacere per raggiungere una realizzazione di sé più completa e matura.

Il tossicodipendente rimane ancorato al *principio del piacere*, comportandosi come un bambino affamato o un adolescente frustrato. In lui le forze istintuali, le pulsioni egoistiche, aggressive e auto-distruttive dell'Es non trovano una sublimazione e si trasformano in volontà di distruzione, auto-distruzione e di morte. Così il tossicomane, passivo a tutto ciò che lo circonda, rivolge l'istinto di morte verso sé stesso. Compito dell'Educatore Professionale è aiutare il soggetto a raggiungere il *principio di realtà*, proponendogli altre vie attraverso cui sublimare le pulsioni egoistiche, aggressive, auto-distruttive e di morte: la via della produzione artistica, del lavoro, della cultura, ecc. Nella raccolta *Psicologia metapsicologia. Saggi sulla metapsicologia, Introduzione al narcisismo, Al di là del principio del piacere, Progetto di una psicologia, Precisazioni sui due principi dell'accadere psichico* (2017) viene riportato quanto disse Freud: "L'educazione può essere considerata più propriamente come un incitamento al superamento del principio del piacere sostituendolo col principio di realtà" (p. 19). È necessario educare al *principio di realtà* per permettere ai nostri utenti di costruire una personalità forte e solida, che sappia affrontare la frustrazione e sappia divenire artefice della propria esistenza. Il *principio di realtà* consente all'individuo di superare l'infantilismo e raggiungere la maturità psicologica, l'autorealizzazione di sé: gli consente di raggiungere il suo *vero Sé*, concetto elaborato da Donald Winnicott (il quale sarà approfondito nel terzo capitolo). Secondo quanto afferma Micheal Drury, maturità vuol dire divenire consapevoli di non essere come prima credevamo, significa conciliare il proprio *vero Sé*, il proprio potenziale, i propri desideri e bisogni con quello che potrebbe

essere, quello che realmente si può realizzare. La vita matura, adulta è quella che riconosce la necessità inevitabile della dipendenza dall'Altro. Il tossicodipendente, invece, cerca di rifiutare il legame con l'Altro, di liberarsi dalla dipendenza nei Suoi confronti per perseguire un ideale di autosufficienza, indipendenza assoluta. In questo contesto, la droga permette di evitare l'Altro e di sostituirsi ad Esso, istituendosi come partner sicuro, affidabile, controllabile e capace di far ritrovare la felicità e la pace perduti. D'altronde ci troviamo in un'epoca alla ricerca di una felicità continua e assoluta, in una *società senza dolore*, come la definisce Byung-Chul Han (2021) in una *democrazia palliativa*.

Massimo Recalcati afferma che al giorno d'oggi la dimensione della *mancanza* è stata sostituita con quella del *vuoto*. La mancanza è in rapporto al desiderio, in quanto desideriamo ciò che ci manca, e il desiderio è in rapporto all'Altro, che cerca di compensare la nostra mancanza. Il vuoto può essere invece definito come una mancanza localizzata, non è nel nostro essere che ci spinge verso l'Altro, ma ci spinge verso uno o più oggetti che promettono il suo riempimento. Le sostanze vengono proprio utilizzate per riempire questo vuoto, per cercare una gratificazione estemporanea, un'assenza di dolore.

Oggi è molto diffusa l'*algofobia*, la paura generalizzata del dolore, che porta i soggetti ad evitare qualsiasi situazione dolorosa: la nostra democrazia palliativa, della positività, cerca di eliminare tutto quello che è negativo, e vede il dolore come un *segno di debolezza*, privo di senso. Sostiene Freud (1978): “La sofferenza ci minaccia da tre parti: dal nostro corpo che, destinato a deperire e a disfarsi, non può eludere quei segnali di allarme che sono il dolore e l'angoscia; dal mondo esterno, che contro di noi può infierire con forze distruttive inesorabili e di potenza immane; infine, dalle nostre relazioni con altri uomini. La sofferenza che trae origine dall'ultima fonte viene da noi avvertita come più dolorosa di ogni altra”. Tanto che per l'essere umano “il compito di evitare il dolore relega sullo sfondo quello di procurarsi il piacere” (p. 568). Nel suo saggio Byung-Chul Han (2021) sostiene invece che il dolore regge la felicità, la vera felicità racchiude un attimo di sofferenza e non è accessibile a chi non è aperto al dolore. “Tutto ciò che è vero è doloroso”. Perciò, “la società palliativa è una società senza verità” (p.33). Il dolore aiuta a percepire sé stessi, *proviamo dolore dunque siamo*, se il dolore scompare ecco che allora si cerca un sostituto, ad esempio la sostanza. In questo senso, la droga viene utilizzata per

sincerarsi della propria stessa esistenza, per sentirsi vivi. Infatti, il tossicodipendente sia ai suoi propri occhi sia a quelli di chi gli sta di fronte è ormai un tossicodipendente e basta. La tossicodipendenza, secondo Freda (2001), gli procura un'identità fittizia con la quale riempire il vuoto: "Sono un tossicomane" (p. 9). Questa identità è responsabile della creazione di un *soggetto nascosto*, così definito da Antonio Correale, Francesca Cangiotti e Alessia Zoppi (2019), che l'Educatore Professionale ha il compito di aiutare a slatentizzare. Il tossicodipendente, con il sostegno dell'Educatore Professionale, deve imparare a ri-scoprirsi, ad accettare che è portatore di emozioni, fantasie e vissuti. Deve affrontare l'idea di essere un soggetto, un individuo, una persona, con tutta la sofferenza che questo comporta. Gli autori nominati in precedenza scrivono (2019): "[...] la coscienza, nel suo cammino di espansione verso il mondo e nel suo appunto espandersi linguisticamente e praticamente verso il dominio delle cose, a un certo punto incontra sé stessa, e incontra sé stessa non solo come appartenenza, ma anche come estraneità a sé stessi, come altro da sé" (p. 24). L'Io deve combattere da un lato la realtà, dall'altro il mondo dell'inconscio, frastornato da desideri e fantasie in contrasto con le necessità dell'Io e della realtà. Compito della psiche è mettere d'accordo l'uomo con sé stesso, conciliare la realtà, le esigenze dalla coscienza con quelle dei desideri e delle fantasie. Inoltre, l'Io non è mai solo Io, cioè colui di cui stiamo parlando e che cerca l'*oggetto*², ma anche il "me", cioè l'Io osservato dagli altri, l'immagine che gli altri hanno di me, le loro aspettative su di me e la parte dell'Io ormai identificata con l'oggetto, che è diventata l'oggetto.

Riepilogando, la sostanza viene utilizzata non solo per ricercare il piacere immediato, ma anche per diventare qualcosa di altro, qualcosa di "migliore". Ecco che qui si inserisce il ruolo di sovversione dell'Educatore Professionale, che non può e non deve rispondere al "Sono un tossicomane" del soggetto. Il suo compito è paradossale: nei luoghi in cui opera, come le Comunità Terapeutiche, il soggetto è identificato in "tossicomane", ma il suo dovere è quello di inseguire il soggetto, andare a cercare dove è finito, dove si è nascosto e "correre con lui", così come fa la protagonista del film *Qualcuno con cui correre* per salvare il fratello tossicodipendente dalla sostanza.

² da Treccani *oggetto/soggetto*: in psicoanalisi, oggetto designa ciò con cui un soggetto è in rapporto; l'elemento fondamentale, quindi, della relazione che la persona intrattiene con l'altro o con ciò che percepisce come altro.

2.1 La ricerca del piacere nel tossicodipendente

Nessun piacere è, in sé, un male.

Sono i mezzi usati per procurarsi certi piaceri che, alla fine, arrecano più tormento che gioia

Epicuro

In questo sotto capitolo intendo evidenziare la relazione tra il concetto di *piacere*, precedentemente illustrato, e quello di *tossicodipendenza*.

Il mondo del tossicodipendente viene paragonato da Luigi Gallimberti (2012) al Paese dei Balocchi, descritto da Carlo Collodi nel celebre libro *Le avventure di Pinocchio* (1968): un mondo senza frustrazioni, in cui tutto è un piacere, ottenuto senza fatica e senza dolore. In questo senso, l'*addiction* può essere definita come una condizione di schiavitù dal piacere e il tossicodipendente come colui al quale è sfuggito di mano il piacere di cui sta godendo. Epicuro è stato il primo a riconoscere l'importanza che il piacere ha nella vita di ogni essere umano. Egli opera una distinzione tra i piaceri "sani" e "malati", definendo l'uso di droghe come un desiderio di tipo patologico, "non naturale", eccessivo e violento: da questo desiderio nasce il *morire di piacere* del tossicodipendente che, secondo Laborit (1982), "[...] si uccide per piacere, perché la soppressione del dolore mediante la morte equivale al piacere" (p.93).

Passiamo ora ad una rapida e riduttiva descrizione della biologia del piacere. L'origine del piacere viene fatta risalire al periodo di permanenza dell'uomo nell'Eden, ma la scoperta dei meccanismi grazie ai quali il piacere nasce e viene percepito è avvenuta negli anni Cinquanta del Novecento. Infatti, nel 1954, James Olds, considerato il padre della biologia del piacere, riuscì ad individuare le cosiddette "vie del piacere". A partire da questa scoperta, presero il via una serie di ricerche fino alla definizione del "sistema di gratificazione" (reward system), cioè quell'insieme di neuroni alla cui base vi è il godimento. Se sottoposto ad una stimolazione intensa e ripetuta, piacevole o spiacevole, questo sistema reagisce tramite il meccanismo dei "processi opposti". Quindi, nel tossicodipendente, continuamente bombardato dal piacere, il sistema a ricompensa perde di sensibilità, attivando emozioni di segno opposto ("opponenti"). Se lo stimolo produce

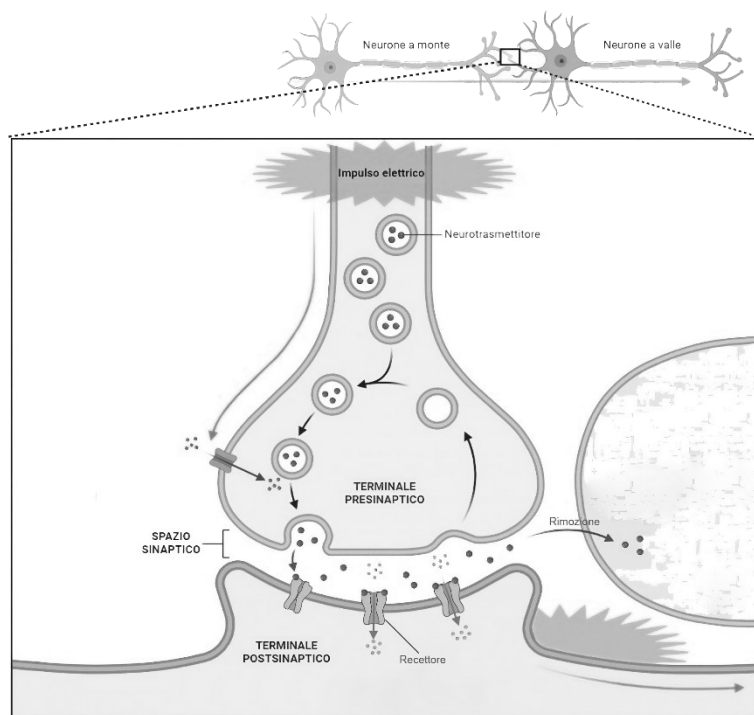
una sensazione piacevole a questa ne segue subito dopo una spiacevole, capace di ridurre la percezione soggettiva del piacere. Più la stimolazione piacevole viene ripetuta, più l'intensità di quella opponente spiacevole aumenta progressivamente fino ad annullare, nel tempo, il piacere percepito dal soggetto. Negli anni Settanta del Novecento Arvid Carlsson scoprì che i centri del piacere rilasciano una sostanza chiamata *dopamina* nel momento in cui proviamo sensazioni piacevoli. La dopamina è il neurotrasmettitore³ del piacere per eccellenza. Nello specifico, il sottogruppo dei suoi recettori⁴ D2 è il più coinvolto nell'insorgenza del piacere.

Analizziamo ora brevemente come l'informazione viaggia nel cervello (*Figura 1*), per comprendere in che modo sono coinvolti dopamina e recettori D2. Il tessuto nervoso è costituito da circa cento miliardi di unità funzionali chiamate *neuroni*, collegate tra di loro tramite le *sinapsi* e attraverso le quali avviene la trasmissione delle informazioni. Quando un neurone viene stimolato, un impulso elettrico giunge al terminale nervoso del neurone pre-sinaptico, la cui membrana contiene dei neurotrasmettitori che vengono rilasciati nella fessura sinaptica. A questo punto, i neurotrasmettitori raggiungono la membrana del neurone post-sinaptico dove si legano ai propri recettori, trasformando così il segnale elettrico in chimico. Le molecole dei neurotrasmettitori vengono successivamente rimosse dallo spazio sinaptico e riportate indietro nei neuroni pre-sinaptici da una speciale proteina.

³ da Treccani *neurotrasmettitore*: in neurofisiologia, nome dato a sostanze chimiche, di struttura piuttosto semplice (acetilcolina, istamina, noradrenalina, dopamina, polipeptidi), che trasmettono informazioni nervose da una cellula a un'altra del sistema nervoso, ossia da un neurone a un altro, o da un neurone a un effetto, per cui sono dette anche mediatori chimici.

⁴ da Treccani *recettore*: in biologia e in medicina, qualsiasi struttura capace di reagire a sollecitazioni specifiche, sviluppando una reazione caratteristica. In biologia molecolare, si designano con questo termine particolari siti recettivi della membrana cellulare o delle strutture subcellulari in grado di reagire specificamente, per es., a neurotrasmettitori.

Figura 1 – Viaggio dell'informazione nel cervello



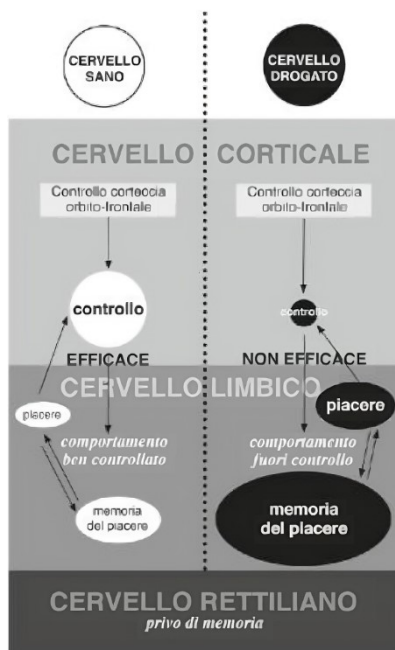
Fonte: <https://aulascienze.scuola.zanichelli.it/materie-scienze/biologia-aule/sinapsi-memorizzazione-adulti>

Come già accennato, il coinvolgimento in attività piacevoli coinvolge la trasmissione della dopamina che, in condizioni di normalità, attraversa le seguenti stazioni di raccordo: l'*amigdala*, centro emozionale del cervello; il *nucleo striato ventrale*, il quale attiva l'apparato muscolo scheletrico per consentire alla persona di andare a procurarsi il piacere; la *corteccia prefrontale*, la quale autorizza o meno a compiere le azioni finalizzate a procurarsi il piacere.

Le sostanze d'abuso interferiscono con il processo esposto fino ad ora, alterando il circuito di ricompensa nel cervello e la via dopaminergica. Le droghe causano un rilascio eccessivo di dopamina (ad esempio alcol, eroina e nicotina) o bloccano la rimozione della dopamina (ad esempio metanfetamina e cocaina), causando comunque un'eccedenza di dopamina, motivo di sensazioni intense di euforia e piacere. Nel tossicodipendente il circuito non è più reattivo agli stimoli quotidiani, l'unica cosa percepita come gratificante è la sostanza che diventa un bisogno naturale dell'individuo. Spesso, anche la sostanza perde la sua potenzialità tanto che il soggetto richiede dosi più consistenti per raggiungere l'effetto gratificante (fenomeno della *tolleranza*). Inoltre, più il piacere sarà intenso, più si fissa nella memoria esercitando la sua pressione sull'individuo affinché questi lo

sperimenti di nuovo. I ricordi si insediano nella memoria grazie alla proteina Cpeb, una proteina dell'ippocampo molto resistente. Come notò Proust (2004) il piacere può essere evocato esclusivamente tramite la stimolazione ambientale di gusto e olfatto, i quali hanno un rapporto diretto con l'ippocampo e con l'amigdala. Secondo l'autore, il piacere è capace di svolgere due funzioni: da un lato, quella gratificante; dall'altro, quella anestetizzante, in grado di far sopportare meglio i dolori della vita all'essere umano. I piaceri descritti da Proust possono essere inclusi tra quelli ottenuti grazie ai *rinforzanti naturali* (ad esempio le endorfine), cioè sostanze prodotte all'interno del nostro cervello. Per quanto intenso possa essere il piacere prodotto da queste sostanze, esso non sfuggirà mai al controllo della corteccia orbito-frontale, sede della volontà. Le droghe, invece, sono annoverate tra i *rinforzanti non naturali* e provocano un piacere di straordinaria intensità, tanto che sarà sufficiente un semplice stimolo ambientale, non necessariamente gustativo o olfattivo, per far riaffiorare il ricordo del piacere: rivedere il pusher, assistere allo spaccio della sostanza, tornare in un luogo abituale in cui si assumeva la sostanza, ecc. A causa delle loro proprietà farmacologiche, le droghe agiscono direttamente sulla corteccia orbito-frontale, dando origine ad un'irrazionalità comportamentale. Infatti, sebbene il soggetto cerchi di opporsi, il suo sistema muscolo-scheletrico si attiverà comunque per andare a procurarsi la droga.

Figura 2 – Confronto tra cervello sano e cervello drogato



Fonte: Gallimberti, L., (2012). *Morire di piacere. Dalla cura alla prevenzione delle tossicodipendenze*. Milano: BUR. p. 311

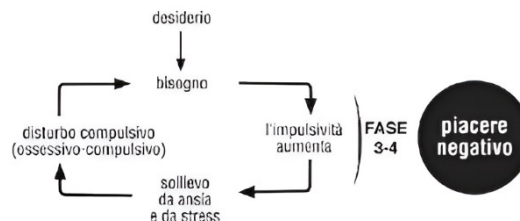
Inizialmente, il piacere provato dal futuro tossicodipendente può essere definito *positivo* o *piacere-gioia*, in quanto sopraggiunge al cervello sostituendosi al precedente stato di quiete. Successivamente, questo tipo di piacere può trasformarsi in piacere *negativo* o *piacere-tormento*, il quale nasce a seguito della neutralizzazione di una situazione di malessere. Per evitare che si arrivi al *craving* (Fase 2, *Figura 5*) è necessario che i neuroni recuperino l'equilibrio iniziale di riposo, la cosiddetta *omeostasi*. Al contrario, nei casi in cui si è fatto un uso troppo importante e frequente di sostanze, oppure il soggetto è molto giovane o per altri motivi, si avranno delle ripercussioni importanti per l'individuo. Prima fra tutte il *craving*, cioè quel desiderio impulsivo e irrefrenabile di assumere la sostanza (o di agire il comportamento di dipendenza), che potrebbe evolversi verso un *abuso*. Dopo aver ri-assunto la sostanza l'abusatore prova gratificazione e sollievo. Ciò presuppone che, precedentemente, il soggetto abbia provato una situazione di dolore, connessa all'eccessiva intensità del *craving*. Ponendo fine ad una sofferenza, è proprio in questo contesto che il piacere positivo si trasforma in piacere negativo. L'abuso si trasformerà poi in *dipendenza*, a causa dalla quale compariranno i sintomi di *astinenza*, verso un epilogo che potrebbe portare il soggetto a *morire di piacere*.

Figura 3 – Piacere positivo



Fonte: Gallimberti, L., (2012). *Morire di piacere. Dalla cura alla prevenzione delle tossicodipendenze.* Milano: BUR. p. 318

Figura 4 – Piacere negativo



Fonte: Gallimberti, L., (2012). *Morire di piacere. Dalla cura alla prevenzione delle tossicodipendenze.* Milano: BUR. p. 321

Figura 5 – Dal piacere di vivere al morire di piacere



Fonte: Gallimberti, L., (2012). Morire di piacere. Dalla cura alla prevenzione delle tossicodipendenze. Milano: BUR. p. 315

3. Donald Winnicott: teoria del *falso Sé* e creatività

Come accennato nel precedente capitolo, il concetto di *falso Sé* può avere una rilevanza nella comprensione della tossicodipendenza. La *teoria del falso Sé* è uno dei maggiori contributi dello psichiatra, psicoanalista e pediatra inglese Donald Winnicott.

Questa teoria parte dal presupposto che il comportamento materno può influenzare la costruzione dell'identità del figlio. Il loro rapporto deve essere di sostegno al bambino e, allo stesso tempo, deve renderlo gradualmente indipendente. Nei primi mesi di vita madre e neonato costituiscono una singola inseparabile unità. La madre viene definita come *sufficientemente buona*: non perfetta, sufficientemente in grado di identificare e rispondere in modo creativo e flessibile ai bisogni del suo bambino, ma consapevole di non poter essere per lui totalmente gratificante. Il suo ruolo principale è permettere al figlio di sperimentare l'*onnipotenza soggettiva*, cioè l'illusione di poter creare il mondo attorno a lui, di poter manipolare questo e la madre stessa a seconda delle proprie necessità. L'illusione è quindi associata alla creatività soggettiva, che nell'età adulta potrebbe evolversi in capacità artistiche e creative. In questa prima fase evolutiva il bambino può sperimentare liberamente sé stesso e realizzare il suo *vero Sé*. Il *vero Sé* è la spontaneità originaria della persona perché contiene il suo nucleo più intimo di aspettative, desideri e bisogni. Il *vero Sé* è creativo, autentico. La sua costruzione avviene grazie alla funzione materna di *holding* o *contenimento empatico* che funge da sostegno per il bambino e da contenitore per le sue angosce. Rassicurato dal contenimento, il bambino inizierà ad abbandonare la fusione con la madre e comincerà a esplorare e conoscere la realtà esterna, rispondendo ai vari stimoli. Questo passaggio graduale dalla dipendenza all'indipendenza, dall'illusione alla disillusione, si realizza grazie all'*area transizionale*, un ponte tra bambino e realtà, che realizza progressivamente il distacco tra madre e figlio. A poco a poco la madre disillude il bambino, aiutandolo a capire che le sue richieste non possono sempre essere soddisfatte immediatamente e che deve imparare a gestire la frustrazione. L'*oggetto transizionale* è il rappresentante proprio dell'area transizionale: è il primo elemento esterno (ad esempio una bambola o un peluche) che viene assimilato dal piccolo come "non-me"; allevia le angosce e le ansie di separazione, fungendo da mediatore a livello simbolico della presenza materna, fornendo conforto e sicurezza anche quando questa è assente.

Durante il processo di sviluppo e di socializzazione il *vero Sé* del bambino potrebbe non essere accolto, accettato o compreso. In questa fase il bambino abbandona l'egocentrismo infantile e modifica la propria esperienza rispetto agli oggetti esterni, costruendo il *falso Sé*. Il *falso Sé* è il risultato dell'adattamento dell'individuo all'ambiente, adattamento che presuppone di mettere da parte le proprie caratteristiche autentiche per conformarsi alle aspettative sociali e rispondere alle richieste del contesto. Il *falso Sé* è dunque caratterizzato da una maschera; essa funge da protezione contro angoscia e rifiuto; nasconde il *vero Sé*. Il *falso Sé* è rigido, conformista, non è reale, non è creativo e può mancare di emozioni autentiche.

Secondo quanto afferma Luigi Gallimberti (2012), negli anni, il tossicodipendente si è costruito una corazza, un *falso Sé* appunto, dentro la quale custodisce lati di Sé "fragili, delicati, affettuosi, vitali" (p. 113). È grazie a questo strato protettivo che riesce a stare nel mondo, apparentemente disinteressato a ciò che accade intorno a lui, assorto solo in ciò che attira la sua attenzione, che nella maggior parte dei casi è qualcosa che ha a che fare con la sostanza. Questo modo di presentarsi dà la sensazione che il tossicodipendente sia una persona falsa. Nel suo saggio Gallimberti (2012) utilizza la favola scritta da H.C. Andersen, *L'usignolo*, come metafora del vero e del falso.

L'usignolo narra la storia di un imperatore cinese che viveva in un meraviglioso palazzo, circondato da un grande bosco. In un albero del bosco cantava un usignolo il cui canto ammaliava chiunque avesse la fortuna di ascoltarlo. Un canto così melodioso da far commuovere l'imperatore, che decise così di far catturare e tenere l'usignolo a palazzo, rinchiuso in una gabbia. Un giorno l'imperatore ricevette dall'imperatore del Giappone un usignolo meccanico, tutto ricoperto d'oro, argento e pietre preziose. A differenza dell'uccello del bosco, cantava molte più volte di seguito e anche in maniera più precisa. Ignorato ormai da tutti, l'usignolo vero volò via. Con il passare del tempo l'usignolo meccanico si usurò a tal punto che non si poté che farlo cantare una sola volta all'anno. Passarono degli anni e l'imperatore si ammalò. Ma ecco che, sul punto di morte, improvvisamente fu guarito dal ritorno dell'usignolo vero che gli donò conforto e gli rianimò il cuore con il suo canto. ««Tu non mi lascerai più» gli disse l'imperatore. «Ma canterai soltanto quando ne avrai voglia. Quanto a quel brutto automa tuo rivale, lo farò rompere in mille pezzi». «Non devi» rispose l'usignolo «esso ha fatto del suo meglio, ha cantato sinché ha potuto. Conservalo come un bravo, vecchio servitore. Quanto a me, io

non posso vivere confinato nel tuo palazzo; bisogna che possa costruire il mio nido di libertà. Lasciami la facoltà di venire a te quando ne ho voglia. La sera mi poserò sull'albero accanto a questa finestra e canterò qualche vecchio ritornello o una di quelle dolci melodie che fanno sognare. Canterò quelli che sono felici e quelli che soffrono, ti farò conoscere il male che sfugge ai tuoi occhi, ma di cui io, povero uccellino, mi accorgo».” (pp. 115).

Secondo l'autore di *Morire di piacere* (2012), questa storia ci aiuta in due sensi: da una parte, è un avvertimento contro la tentazione di essere attratti da cose superficiali o effimere che possono allontanarci dall'obiettivo desiderato; dall'altra, è un insegnamento al rispetto di tutti gli aspetti di falsità di cui ciascuno di noi si serve per proteggersi e affrontare situazioni o sfide emotive. Nella persona tossicodipendente il falso prevale sull'autentico. Compito dell'Educatore Professionale è riconoscere e accogliere anche questa sua parte meno reale, aiutarlo a esplorare e riconnettersi con il suo *vero Sé*.

Ma in che modo? Il percorso è sicuramente lungo e impegnativo perché, come ci ricorda Nelson Mandela, “Il compito più difficile nella vita è quello di cambiare sé stessi”. La difficoltà di cambiare del tossicodipendente si riferisce alla paura di uscire dalla propria zona di confort che, seppur dolorosa, dà piacere e sicurezza. La paura del cambiamento gli impedisce di uscire dall'equilibrio patologico che si è creato in anni di abuso di sostanze. Questo equilibrio dovrà sicuramente essere sovvertito e il presupposto affinché questo avvenga lo afferma Robert Dilts (2022): “Uno dei principi fondamentali del cambiamento è che più ci è chiaro dove siamo e dove stiamo cercando di andare, più facile sarà il cambiamento” (p. 15). Proprio per questo un buon Educatore Professionale può essere paragonato ad un tassista: chiede al passeggero qual è la sua meta e qual è il suo punto di partenza, facendogli domande più specifiche nel caso riceva risposte vaghe. Tuttavia, è sempre il passeggero a rimanere alla guida del proprio viaggio. Cioè, altro presupposto affinché avvenga un cambiamento, è che il soggetto sia spinto da una vera motivazione interna nel profondo del suo essere. La fase di cambiamento che attraversa il tossicodipendente può essere assimilata ad un periodo di *crisi*. Crisi, dal greco *krísis*, vuol dire “decisione”, quindi indica uno stato in cui è necessario affrontare un'importante decisione. L'ideogramma cinese di crisi è composto da un ideogramma che indica il pericolo e da un altro che indica l'opportunità: una crisi potrebbe causare un peggioramento della situazione in cui ci si trova o, al contrario, se la si affronta, potrebbe

essere l'opportunità per crescere e individuare nuove modalità di essere. Secondo Antonio Bimbo (1997) affinché si raggiunga l'obiettivo desiderato è necessario attraversare diversi stadi, ciascuno dei quali consiste nel rispondere ad una domanda diversa: Chi sono? Perché mi comporto in un certo modo? Come agisco, decido, percepisco e rispondo alle emozioni? Che azioni compio nei vari contesti in cui mi trovo? Dove si manifestano i risultati del cambiamento?

L'Educatore Professionale ha il compito di infondere nel soggetto curiosità, interesse ed entusiasmo per la ricerca delle risposte a queste domande, al fine ultimo di far raggiungere all'Altro la sua identità. Nel suo articolo, Adriano Stefani ci ricorda che Martin Heidegger (1927) definisce l'essere umano come un *progetto gettato*: *progetto* poiché titolare di un piano originale, esclusivo e soggettivo; *gettato* poiché spesso la sua meta non è ben definita o viene smarrita. In questo contesto l'Educatore Professionale aiuta l'individuo a cercare e realizzare il proprio Progetto personalizzato, che rispecchi i suoi veri obiettivi interni, la propria autenticità, il proprio *vero Sé*. Nel suo libro Sergio Tramma (2018) afferma che il cambiamento è il tratto distintivo dell'esperienza educativa, dalla quale il soggetto ne uscirà, tra le altre peculiarità, maturo, autonomo e creativo. Una delle finalità del Progetto Educativo è dunque quella di sviluppare la creatività del soggetto, caratteristica che, come abbiamo visto, appartiene solo al *vero Sé* e consente di esprimerlo in tutta la sua potenzialità. Nel pensiero di Winnicott (1974) la creatività è un attributo universale che tutti gli esseri viventi possiedono. Essa ha origine nell'area transizionale e può rimanere nascosta o essere rimossa. Il gioco, prima, la vita culturale poi sono i modi attraverso cui si esprime il vivere creativo. "La creatività [...] appartiene alla maniera che ha l'individuo di incontrarsi con la realtà esterna." (pag. 124). Giocare vuol dire assumere un comportamento ludico e creativo nei confronti del mondo: osservare sempre la realtà da altri punti di vista, aprendosi al nuovo e alla messa in discussione delle proprie certezze. In quest'ottica, Stefania Miodini e Maria Teresa Zini (1992) annoverano tra le competenze dell'Educatore Professionale quella di predisporre interventi di tipo riabilitativo nell'area espressivo-creativa al fine di favorire la produzione e l'elaborazione di nuove visioni e idee della realtà vissuta. Grazie al lavoro dell'Educatore Professionale il soggetto costruisce una nuova immagine di sé e del mondo, attribuendo nuovi e diversi significati alle esperienze vissute, riacquisendo così un orizzonte di senso, una speranza verso il proprio futuro. Le attività educative, in quanto creative, propongono alla persona

vie costruttive per esprimere sé stessi, i propri malesseri e bisogni. Ogni atto educativo diventa un'occasione per sviluppare la capacità creativa di sintesi e analisi delle proprie risorse per organizzarle coerentemente con le proprie criticità allo scopo di creare un Progetto che valorizzi realmente l'individuo. Creatività, educazione è riattivare nel soggetto una carica vitale, che gli restituisca l'idea che la vita vale la pena di essere vissuta. Creatività ed educazione sono quindi necessarie per raggiungere un cambiamento. Al tal proposito, possiamo ritenere più che appropriato il termine *agente di cambiamento* che Sergio Tramma (2018) utilizza per definire l'Educatore Professionale. Tutto ciò può avvenire solo grazie alle competenze metodologiche dell'Educatore Professionale, tra cui la *relazione educativa* (la quale sarà esposta ed esaminata più nel dettaglio nell'ultimo capitolo). Presupposto per alimentarla è che l'Educatore Professionale sviluppi capacità autoriflessive, che gli permettano di mettersi in discussione e sperimentare, lui per primo, la sua creatività. In questo senso, l'esperienza educativa diventa anche un processo di cambiamento per l'Educatore Professionale stesso.

In conclusione, possiamo sostenere quanto afferma Iclea Picco (2013): “[...] educare alla creatività vuol dire di fatto educare alla vita, ossia educare ad essere ed esserci. [...] educare alla creatività significa aiutare a scoprire il valore della vita nella costruzione responsabile della propria vita come vita di relazione [...]” (p. 4).

4. Struttura e funzionamento delle Comunità Terapeutiche per le tossicodipendenze

La diffusione delle Comunità Terapeutiche in Italia ha origine intorno al 1968 quando alcuni gruppi religiosi e politici iniziarono a mostrare interesse per i problemi di disadattamento, emarginazione giovanile e per il sempre più diffuso problema della droga e delle tossicomanie.

Le Comunità Terapeutiche (CT) sono strutture residenziali in cui vive insieme un gruppo di persone che condivide lo stesso obiettivo: il recupero della condizione di dipendenza. Daniela Costantini e Silvia Mazzoni (1999) definiscono il gruppo di ospiti come una “microsocietà” all’interno della quale, grazie al confronto con gli altri, si riattiva il processo di crescita individuale fino allo sviluppo di un’identità matura. La terapeuticità delle Comunità consiste dunque in un vero e proprio percorso educativo. Gli operatori elaborano Progetti riabilitativi volti al ripristino e all’apprendimento di proprie e nuove capacità di pensiero e comportamento, al reinserimento sociale e all’emancipazione del soggetto, verso la sua migliore qualità di vita possibile. L’intervento terapeutico delle Comunità presuppone la presa in carico globale dell’individuo. “Prendersi carico” vuol dire assumersi la responsabilità di programmare e guidare intenzionalmente azioni educative e riabilitative utilizzando strumenti e risorse adeguati a cercare di risolvere il problema dell’utente. “Globale” perché si occupa non solo della dipendenza, ma dell’intera vita del soggetto. La presa in carico totale consente la creazione di un setting terapeutico idoneo a coinvolgere attivamente la persona nell’elaborazione del Progetto Educativo e a favorire la sua collaborazione per realizzarlo. La formazione di questo setting è fondamentale in quanto il tossicodipendente, tipicamente ostile alle regole sociali, entrando in CT accetta di seguire una “nuova legge” diversa da quella della sostanza e una nuova dimensione spazio-temporale diversa dalla strada o dalla piazza: un luogo privilegiato in cui fare esperienza spontanea e costruttiva sia con l’ambiente fisico sia relazionale nel “qui ed ora”. Inoltre, le Comunità svolgono anche un importante ruolo di prevenzione del fenomeno delle dipendenze patologiche, poiché divulgano le proprie idee e i propri valori riducendo lo stigma attorno al tossicodipendente.

4.1 Il percorso riabilitativo della persona tossicodipendente

Sin dall'ingresso della persona in Comunità Terapeutica la sua visione del mondo viene messa in dubbio; perciò, è fondamentale che l'ammissione sia riservata solo a coloro che mostrano una vera necessità e una profonda motivazione, capace di sostenere il processo di cambiamento. L'iter per il primo contatto differisce a seconda dell'impostazione della Comunità. Può essere un compito del responsabile della struttura, di un ex-tossicodipendente o di un servizio di accoglienza con operatori specializzati. Si prosegue con un colloquio iniziale che può variare in contenuti (raccolta dati anamnestici o primo "aggancio" tra tossicodipendente e Comunità), soggetti coinvolti (solo ospiti, tutta la famiglia o un gruppo più ampio) e luoghi (struttura residenziale o centro ad hoc per l'accoglienza). Prima dell'entrata in Comunità è solitamente previsto un periodo di attesa necessario alla disintossicazione della persona e al consolidamento della sua idea di affrontare la difficile esperienza comunitaria. Trascorso questo lasso di tempo inizia la fase di accoglienza che prevede le presentazioni a ospiti e operatori, la visita della struttura, la familiarizzazione con regole e compiti da svolgere. Anche il periodo di permanenza si differenzia a seconda della CT: tempo determinato (da minimo sei mesi a massimo due anni) o termine di permanenza non previsto, che segua i tempi dell'ospite evitando di imporgli l'adeguamento ad un percorso prestabilito.

Inizialmente, il nuovo arrivato deve ambientarsi e integrarsi con il gruppo, che potrebbe presentarsi ostile poiché vede in lui colui che ripresenta urgentemente il bisogno di droga, le difficoltà della vita comunitaria e della privazione della sostanza e della libertà di movimento. Il rispetto delle regole è il primo dovere al quale doversi attenere. Alcune regole sono fondamentali ed esistono in tutte le CT: non è concesso l'uso di droghe e alcool e comportamenti violenti.

Il regolamento riguardo la vita quotidiana, le telefonate, le uscite, le visite dei parenti, ecc., è diverso da Comunità a Comunità, così come cambiano i provvedimenti previsti in caso di una sua trasgressione. La giornata tipo in CT è molto diversa dalla vita precedente del tossicodipendente. Vengono stabiliti degli orari precisi per sveglia, pasti, attività lavorative, ricreative e terapeutiche. La prassi prevede che tutti, ad eccezione di chi dimostri gravi motivi, si sveglino e facciano colazione insieme. Dopo di che si attivano per eseguire le attività mattutine (pulizie della casa, riordino, gruppi terapeutici, colloqui

con operatori, ecc.), in alcuni casi precedentemente stabilite in una riunione di gruppo seguendo una rotazione dei residenti per il loro svolgimento. Il momento dei pasti sospende le attività ed è un'importante occasione di incontro e confronto informale tra gruppo e operatori. Dopo il pranzo è prevista una pausa per riposarsi, seguita dalla ripresa delle attività e dei gruppi terapeutici. Possono anche essere programmate delle riunioni per verificare lo sviluppo dei lavori, l'eventuale presenza di problemi, l'organizzazione delle attività, l'evoluzione e la qualità delle relazioni interpersonali.

Una volta raggiunti gli obiettivi del percorso terapeutico, si programma uno svincolo graduale del soggetto dalla Comunità e un suo reinserimento sociale. Questa fase è piuttosto delicata poiché il soggetto passa progressivamente da un contesto protetto, che gli consente di concentrarsi solo sulla sua problematica, al contatto con la complessa realtà. In questa circostanza, la CT è chiamata ad assumere un ruolo di sostegno per un efficace rientro familiare, sociale e lavorativo, rispondente alle nuove condizioni, bisogni e valori dell'individuo. Paura e ansia sono le emozioni dominanti del periodo: la persona vuole ora affermare la propria vera identità e chiederne il suo rispetto, ma il giudizio di chi conosce la sua storia grava ancora su di lei.

Per agevolare l'entrata nel mondo del lavoro molte CT sviluppano corsi di formazione professionale e aiutano l'ex-ospite a trovare un impiego, pur stimolando la sua autonomia.

Il gruppo di utenti è lo strumento educativo che viene utilizzato nelle Comunità Terapeutiche per affrontare i problemi del singolo individuo ed è molto simile, nei ruoli e nella sua configurazione, ad un sistema familiare. Jay Haley (1974) definisce famiglia qualsiasi sistema con un passato ed un futuro comuni. Il suo compito primario è proteggere e accompagnare il soggetto, ma anche prepararlo alla sua graduale separazione ed entrata nel mondo esterno. La famiglia è un gruppo sempre in evoluzione che attraversa varie fasi di un ciclo vitale. Il passaggio da una fase all'altra è caratterizzato da una crisi, che porta però ad un cambiamento, alla crescita del gruppo stesso e di ciascuno dei suoi componenti. Nel caso del tossicodipendente, nella fase adolescenziale si evidenzia una mancata individuazione e un mancato svincolo dal nucleo familiare, che impedisce la conquista dell'identità adulta: si parla di *pseudo-individuazione* in quanto assumere un atteggiamento deviante illude all'indipendenza e il soggetto adulto continua a rimanere sotto la protezione e il controllo dei genitori. Quindi, il tossicomane è innanzitutto dipendente da un altro soggetto adulto, prima ancora della sostanza. La CT accoglie

l'individuo in una "nuova famiglia" nella quale si struttura il processo evolutivo dall'infanzia all'età adulta, fallito precedentemente nella famiglia d'origine. Il gruppo diviene il luogo privilegiato per rispecchiarsi, ascoltarsi, confrontarsi, scoprire ed elaborare parti di sé poco funzionali: è luogo di crescita, cambiamento personale e scoperta della propria vera identità.

"A volte con gentilezza, a volta quasi selvaggiamente, il gruppo esige che l'individuo sia sé stesso, che non nasconda i sentimenti che prova comunemente, che rimuova la maschera dei normali rapporti sociali" (Rogers, 1976, p.33).

4.2 La Comunità Nuove Dipendenze di Fenile di Fano

Quest'anno ho svolto il mio Tirocinio formativo presso la Comunità Terapeutica Nuove Dipendenze di Fenile di Fano della Cooperativa sociale Polo9. In questo sotto capitolo mi occuperò di descriverne le caratteristiche principali. La vision della struttura è privilegiare un intervento centrato sulla persona, considerando le sue risorse e complessità e la sua storia. I trattamenti, farmacologici e psicosociali, vengono costruiti su misura per ciascun individuo nel rispetto dei suoi bisogni. Finalità ultima del percorso terapeutico è il raggiungimento del massimo grado di benessere fisico, psichico e sociale. Nello specifico, i trattamenti terapeutico-riabilitativi previsti nel percorso residenziale hanno lo scopo di:

- Emancipare dall'uso delle sostanze;
- Recuperare il livello più alto possibile di autonomia psicofisica;
- Recuperare le capacità lavorative e di integrazione sociale;
- Prevenire le ricadute;
- Reinserire nel tessuto sociale.

La Comunità è un servizio residenziale che ospita uomini e donne con Dipendenza Patologica, principalmente da abuso di cocaina e gioco d'azzardo. Si accolgono anche

soggetti in trattamento farmacologico, con diagnosi di malattie organiche correlate o meno all'uso di sostanze e con obblighi di legge. Si accede su invio del servizio pubblico per le Dipendenze Patologiche di appartenenza (SER.D., STDP, o altro) oppure in forma privata. La Comunità svolge un importante lavoro in rete e relazione con il territorio: partecipa alle équipes integrate degli STDP di Fano e Fossombrone; favorisce incontri in Comunità con SerT di provenienza e con i servizi sociali; mantiene contatti con scuole per incontri informativi e di prevenzione; collabora con il Centro per l'impiego e con le cooperative sociali del territorio per l'attivazione di Tirocini Formativi o di Inclusione sociale; promuove attività di volontariato, sportive o ricreative con la collaborazione di enti del territorio. Tutto ciò con l'obiettivo di evitare l'isolamento degli ospiti della Comunità e fornirgli nuovi stimoli ed esperienze. Le attività della Comunità vengono documentate su una cartella informatizzata, che riguarda tutto il percorso terapeutico della persona. Qui vengono registrati tutti i movimenti dell'utenza, ingresso, permessi, verifiche, dimissioni, attività svolte, Progetto individuale e relative verifiche, nonché vengono trascritti i verbali d'équipe.

L'équipe professionale è composta da: Responsabile, Coordinatore, Psicologo Psicoterapeuta, Educatori Professionali, Supervisore d'équipe, Psichiatra e Medico di base. Nello specifico, l'operatore in turno imposta e facilita l'organizzazione della giornata in sede conducendo la programmazione della stessa. Quindi, ha il compito di sorvegliare e sovrintendere le attività di sede, gli utenti e le altre figure in essa operanti. Si occupa di condurre e facilitare le assemblee e le attività educativo-terapeutiche giornaliere. A fine turno, relaziona sul gestionale GISSS a proposito dell'andamento della giornata. L'Educatore Professionale si propone come figura di riferimento per gli utenti, supportandoli e ascoltandoli in maniera attiva durante i colloqui individuali. È particolarmente attento alle dinamiche interpersonali e di gruppo, osservando, intervenendo sui fatti quotidiani, fornendo soluzioni e spunti di riflessione. Inoltre, l'Educatore Professionale si occupa di redigere, sulla base del Progetto Terapeutico Individualizzato (P.T.I.) predisposto dal Centro Osservazione e Diagnosi (C.O.D.), il contratto di impegno terapeutico e i moduli di programma. Il P.T.I. individua per ciascun utente obiettivi mirati ad accompagnarlo verso una maggiore conoscenza di sé e verso un miglioramento della sua qualità di vita. Il P.T.I. viene definito dall'intera équipe multiprofessionale con l'accordo dell'utente e del Servizio inviante, può essere rinnovato

e rivalutato. L'ospite è chiamato alla collaborazione attiva al suo programma personalizzato, che si realizza all'interno di un setting di gruppo. Quest'ultimo contesto favorisce l'apprendimento tramite l'assunzione da parte degli ospiti di ruoli sociali partecipati, senso di appartenenza e responsabilità di tutti i membri, norme e valori condivisi, organizzazione di compiti e svolgimento di mansioni, comunicazione e condivisione di esperienze, relazioni. Altri strumenti terapeutici utilizzati sono: colloqui individuali; testistica validata; "budget" dell'utente; attività educative, terapeutiche, ergoterapiche, culturali, ricreative e conviviali.

Tra le attività educativo-riabilitative per il trattamento della dipendenza troviamo: gruppo specifico per giocatori d'azzardo, gruppo cocaina, gruppo reinserimento, gruppo risoluzione conflitto, gruppo orientamento, costellazioni familiari. Il programma terapeutico, su consenso dell'utente, prevede anche la partecipazione dei familiari o di altre figure di riferimento. Il loro coinvolgimento nel processo di cura è un fattore molto rilevante per la riuscita del successo terapeutico poiché, ponendosi come base sicura, potrebbero fornire supporto durante l'intero percorso. A tal proposito, si offre la possibilità di una terapia familiare che consiste in incontri di counseling/mediazione familiare, counseling telefonico e visite in Comunità.

5. L'Educatore Professionale: il suo ruolo nelle Dipendenze Patologiche

Come abbiamo visto nei capitoli precedenti, il tossicodipendente è bloccato in un'esperienza relazionale in cui la ricerca costante del piacere diventa un vincolo nell'interazione con l'Altro. L'individuo è fermo ad una fase infantile del suo percorso di sviluppo, incapace di raggiungere la maturità. Quest'ultima condizione può essere conquistata innanzitutto grazie ad una sana *relazione educativa* che si sostituisca alla sostanza per riempire il vuoto esistenziale e affettivo. È proprio nell'incontro con l'Altro che la persona dipendente può ritrovare le parti autentiche di Sé, le sue abilità emotive, cognitive, sociali e relazionali.

In questo contesto, l'Educatore Professionale deve assumere uno *stile* autorevole, *direttivo*, così definito da Antonio Bimbo (1997). Ciò non significa imporre al soggetto modelli di cambiamento, ma vuol dire contenere lo stato di profondo vuoto e l'inevitabile periodo di crisi che attraverserà, a seguito delle difficoltà previste nel programma terapeutico. Nella pratica, l'Educatore Professionale: individua gli obiettivi da raggiungere, stabilisce le verifiche per valutare l'andamento del Progetto e i progressi conquistati, aiuta la persona a riconoscere l'errore e a cercare creativamente nuove soluzioni e alternative di comportamento. Inoltre, all'interno di una Comunità Terapeutica, chiarisce le regole della struttura, i comportamenti a cui attenersi e i compiti da svolgere, organizza le attività e garantisce il buon andamento della vita di gruppo nel rispetto di spazi e bisogni individuali di tutti.

Lo stile relazionale da adottare dovrebbe prevedere anche una dimensione di *sostengo*, qualificata da attenzione, ascolto ed empatia. Boffo (2020) definisce l'attenzione come una vigilanza continua: è essere interessati e tendere verso l'Altro, de-concentrandosi da sé stessi e osservando i cambiamenti umorali, corporei, mentali, psichici e affettivi del soggetto. L'ascolto è, invece, la predisposizione a voler comprendere l'Altro e la situazione in cui si trova, evitando i giudizi che ostacolerebbero l'espressione completa del suo *vero Sé*. Parliamo di ascolto attivo quando l'Educatore Professionale dà conferma di quanto ascoltato attraverso feedback e domande, modulando le risposte in base a contenuti ed emozioni. Ascoltando si restituirà valore alla storia trascurata del soggetto che, a sua volta, si aprirà con l'operatore e riporrà in lui fiducia e speranza. Infine,

l'empatia è la capacità di riconoscersi nell'Altro ed essere riconosciuti. Attraverso questo strumento l'Educatore Professionale coglie e rispecchia i sistemi sensoriali attraverso cui la persona rappresenta il suo mondo. Comprendere il modello del mondo dell'Altro aumenta le possibilità di comprensione nell'interazione, consente agli interlocutori di confrontare i propri comportamenti, definire in quale relazione stanno con gli altri e acquisire diversi punti di vista. In questo modo, il tossicodipendente riesce a trovare nell'Educatore Professionale un punto di riferimento significativo e delle alternative alla sostanza per colmare il proprio vuoto. Empatia è sentirsi capiti e compresi, è essere consapevoli che l'Altro rispetti il nostro modo di vedere e sentire. Concretamente, l'Educatore Professionale, grazie al suo essere nella relazione, condivide sia successi e conquiste personali sia, comprendendole, fatiche e frustrazioni, esprime richiami e lodi, sostiene gli sforzi compiuti dal soggetto, ascolta i suoi dubbi e le sue paure, dimostra affetto mantenendo una giusta vicinanza. Tutto ciò permette all'operatore di essere una guida affettiva genuina, capace di abbattere le barriere relazionali che, con il tempo, la persona tossicodipendente si è creata e i sentimenti di diffidenza e difesa che ha nei confronti degli altri.

La relazione educativa è il fondamento per la stesura del Progetto Educativo. Elaborato con l'utente, gli permetterà di sviluppare capacità di analisi autonoma di problemi e risorse. Il soggetto sarà facilitato alla ricerca di nuovi desideri che difficilmente verranno appagati nell'immediato; al contrario, questi saranno soddisfatti solo dopo aver individuato e raggiunto obiettivi positivi e adeguatamente dosati, a breve e lungo termine. Il percorso non sarà certamente scevro da dispiaceri, crisi e frustrazioni, questi saranno però tollerati e affrontati grazie all'aiuto dell'Educatore Professionale. Il suo sostegno consentirà all'utente di rielaborare insoddisfazione e senso di inadeguatezza, verso una sempre maggiore attribuzione di responsabilità. Gli interventi previsti nel Progetto Educativo sono personalizzati per ciascun individuo e, in linea generale, possono essere classificati nelle seguenti categorie, identificate da Stefania Miodini e Maria Teresa Zini (1992):

- Manuale-operativa;
- Intellettuale;

- Psicologico-relazionale;
- Espressivo-creativa.

In conclusione, grazie a questi, l'individuo diventerà realmente protagonista della propria storia di vita e giungerà finalmente ad una condizione adulta.

5.1 Il mio Progetto Educativo di Tirocinio

Il mio Progetto Educativo di Tirocinio è stato elaborato all'interno della Comunità Nuove Dipendenze di Fenile di Fano sulla base di quanto esposto nei capitoli precedenti, nello specifico riguardo ai concetti di *principio del piacere* e *principio di realtà*. L'idea progettuale è nata dopo un periodo di osservazione, utile a raccogliere e organizzare tutte le informazioni necessarie per impostare e monitorare l'intervento educativo. L'assessment realizzato ha avuto lo scopo di analizzare la condizione globale del soggetto preso in carico, rilevandone sia le sue aree problematiche sia le sue risorse e abilità. Attraverso questo momento di valutazione iniziale è stato possibile adottare un approccio realistico per stabilire degli obiettivi, ricalibrati dopo alcune verifiche. Di seguito, gli effetti di questa prima fase: anamnesi, schede educative e aree di osservazione.

Anamnesi

Il signor F.F. è un uomo di 45 anni. Nasce ad Ancona, ma vive a Roma. Nel corso della sua infanzia e adolescenza subisce due importanti traumi: il primo a seguito di un'operazione medica con risvolti negativi; il secondo dopo un incidente in motorino, che lo farà rimanere in coma per un mese. Il suo comportamento da dipendente comincia all'età di 18 anni, con la frequentazione assidua di centri scommesse. L'abuso di sostanza inizia con "amici" e non riesce più ad uscirne. La sua dipendenza da cocaina viene scoperta a seguito di un incidente con l'auto avvenuto nel febbraio 2022, a causa del quale ha avuto un trauma cranico leggero. Dal giorno dell'accaduto non ha più assunto sostanze e ha deciso di intraprendere il percorso comunitario. Prima della sua entrata in Struttura, avvenuta il 3 giugno 2022, ha deciso di trasferirsi nelle Marche, Regione in cui vivono i

suoi genitori. Questo per potersi allontanare da situazioni e abitudini malsane. F. è ospite della Comunità Nuove Dipendenze di Fenile con diagnosi d'ingresso di Disturbi Correlati a Cocaina (gravità moderata) e Gioco d'Azzardo (scommesse online e slot). Non è mai stato seguito per altre patologie psichiatriche. La dipendenza da gioco è già stata superata in precedenza grazie alla frequentazione assidua del gruppo di giocatori anonimi. La motivazione al trattamento sembra sincera e il percorso in Comunità adeguato ad aiutare F. a iniziare un percorso di consapevolezza su sé stesso.

Schede educative

Scheda anagrafica	
Nome	F.
Cognome	F.
Sesso	M
Età	45 anni
Nazionalità	Italiana
Stato civile	Separato
Titolo di studio	Media inferiore; frequenta l'Istituto Alberghiero fino alla Seconda Superiore
Occupazione	Disoccupato; occupazioni precedenti: fattorino, Alitalia, Amazon, consegna pizze
Patente	Sì
Scheda familiare	
Composizione famiglia	Madre, padre, ex moglie e figlio
Rapporti familiari	La relazione con l'ex moglie si è conclusa circa 5aa fa. Il figlio di 9 anni vive con lei, pensa che il padre sia in una struttura per la depressione.

	Ha buoni rapporti con tutta la sua famiglia, tanto che accetta che questi vengano coinvolti nel programma terapeutico				
Abitazione	Con lui vivono da febbraio scorso i suoi genitori, i quali lo monitorano e gli impediscono di uscire				
Scheda sanitaria e sociale					
Dipendenze da sostanze					
Sostanza	Periodo	Frequenza	Modalità di assunzione	Ambiente	Note
Cocaina	Dai 42 ai 44 anni	Più volte al giorno	Inalata	Indifferente	Non usa da 10 mesi
Alcolici	Dai 42 ai 44 anni	Quotidiana	Ingeriti	Indifferente	Per dormire dopo abuso di cocaina
Dipendenze comportamentali					
Comportamento	Periodo	Frequenza	Durata	Debiti	Note
Scommesse	Dai 18 ai 40 anni	Più volte al giorno	Più di 4 ore	Nessuno	Non gioca da circa 4aa, ha partecipato a gruppi G.A., quando smette passa alla cocaina
Area psicologico/psichiatrica					
Disturbi	Depressione e malessere psichico di grado lieve				
Trattamenti	Colloqui con il SerT, colloqui individuali con una Psicoterapeuta				
Altre patologie	Epatite cronica idiomatica, insufficienza renale cronica, ipotiroidismo, aritmia cardiaca, ipertensione arteriosa. Trauma cranico leggero a seguito di un incedente con l'auto.				

Terapie con psicofarmaci	Eutirox, Amlodipina, Ramipril, Triatec-Atenololo, Furosemide, Lasix, Adenuric, Repaglenide, Acido Ursodesossicolico, Crestor, Cardura Depakin Chrono
Amministratore di Sostegno	No
Assistente Sociale	No
Invalidità	Sì
Rete amicale	Non ha mai avuto veri amici, gli unici con i quali ha avuto rapporti fanno uso di sostanze

Aree di osservazione

1= Gravemente deficitario; 2= Moderatamente deficitario; 3= Buono; 4= Ottimo		
<p>1. Autonomia personale:</p> <p>a) Cura di sé e degli spazi personali (ciclo sonno-veglia, cura dell'igiene, cambio indumenti, adeguatezza vestiario, rifacimento letto, pulizia camera).</p> <p>b) Nutrizione, condizione psicocorporea.</p> <p>c) Capacità di gestione del quotidiano (gestione denaro, sigarette, caffè, uscite individuali, uso dei mezzi).</p>	<p>Nel primo periodo in Comunità aveva problemi evidenti nella cura di sé e nello svolgere puntualmente le mansioni giornaliere. Ora, pulisce e riordina quotidianamente la propria camera, rispettando così le regole comunitarie.</p> <p>Non sa nutrirsi in maniera del tutto consapevole. Dovrebbe fare più attenzione visti i suoi gravi problemi di salute.</p> <p>Prima di entrare in Comunità spendeva il suo denaro impropriamente per le sostanze e per abbigliamento costoso. Non beve caffè e non fuma sigarette. Uscite individuali non previste.</p>	<p>a) 2</p> <p>b) 1</p> <p>c) 2</p> <p>d) 2</p>

<p>2. Relazioni interpersonali:</p> <p>a) Con sé.</p> <p>b) Con gli operatori.</p> <p>c) Con gli altri utenti.</p> <p>d) Con familiari/amici.</p>	<p>Ha una bassa autostima di sé. Ha difficoltà con l'assunzione di responsabilità ed è poco autoriflessivo.</p> <p>Ha un atteggiamento eccessivamente giocoso e non sempre adeguato al contesto comunitario. A volte è poco rispettoso, esagera con battute sulle sostanze. Il suo stile relazionale è in generale molto infantile. Non riesce a reggere una comunicazione, parla tra i denti borbottando lamentele tra sé e sé, fuggendo subito dopo in un'altra stanza. Non riesce ad aprirsi con il gruppo.</p> <p>Ha buoni rapporti con i familiari, ma ha problemi nello stabilire e mantenere relazioni di sostegno. I genitori sono iper controllanti e accudenti, lo trattano come se fosse un bambino.</p>	<p>a) 1</p> <p>b) 2</p> <p>c) 2</p> <p>d) 2</p>
<p>3. Abilità sociali:</p> <p>a) Capacità di riconoscere ed esprimere i propri bisogni.</p> <p>b) Saper comunicare informazioni ed essere in grado di ricevere informazioni.</p> <p>c) Conoscenza di regole e convenzioni sociali, responsabilità finanziarie.</p> <p>d) Hobby, tempo libero.</p>	<p>Non è del tutto capace di esprimere i propri bisogni, soprattutto non riesce a condividerli con la Comunità di utenti.</p> <p>Ha l'hobby della bici, per questo partecipa volentieri al gruppo bici.</p> <p>Fatica a reggere la noia e i momenti di inattività.</p>	<p>a) 1</p> <p>b) 2</p> <p>c) 2</p> <p>d) 2</p>
<p>4. Area emotiva:</p>	<p>Fatica a connettersi con le proprie emozioni e a comunicarle.</p>	<p>a) 2</p> <p>b) 1</p>

<p>a) Conoscenza delle emozioni e di come queste si manifestano.</p> <p>b) Capacità di riconoscere ed esprimere le proprie emozioni.</p> <p>c) Accettazione ed elaborazione del proprio vissuto emotivo.</p>	<p>Si sente un “fallito” quando pensa al suo passato di gioco e sostanze.</p>	<p>c) 1</p>
<p>5. Dipendenze:</p> <p>a) Consapevolezza delle proprie dipendenze.</p> <p>b) Capacità di gestione delle crisi in atto.</p> <p>c) Utilizzo degli strumenti acquisiti.</p>	<p>È consapevole della necessità di un cambiamento.</p> <p>Durante le precedenti verifiche non è mai ricaduto. Ha saputo evitare la ricaduta anche quando altri utenti hanno abusato di una sostanza in CT.</p>	<p>a) 3</p> <p>b) 2</p> <p>c) 2</p>
<p>6. Partecipazione alle attività educative:</p> <p>a) Interesse e motivazione (partecipazione attiva, puntualità, aderenza alla programmazione relativa al P.T.I.).</p> <p>b) Adeguatezza e confronto nel gruppo (rispetto dei turni di parola, comunicazione appropriata).</p>	<p>Partecipa al gruppo bici, pittura, GAP, dipendenza cocaina e risoluzione conflitto. In generale, ha una buona compliance al trattamento.</p> <p>Non si confronta quasi mai con il gruppo. Nei gruppi più piccoli (ad es. gruppo Gioco d’Azzardo Patologico) riesce ad aprirsi con più facilità.</p> <p>Svolge in maniera svogliata quasi tutte le mansioni che è tenuto a compiere.</p>	<p>a) 2</p> <p>b) 1</p>

La costruzione di queste tabelle mi ha permesso di svolgere un’accurata osservazione dell’utente e di diversi episodi significativi (ad esempio, la vicenda in cui F., durante il suo turno in cucina, sputa nel piatto di un’ospite e non riesce a chiederle scusa). Ciò ha evidenziato quanto l’utente, per fuggire dalla realtà, si rifugi in uno stato infantile. F. risulta essere fermo ad una fase adolescenziale: ha difficoltà ad assumersi le proprie

responsabilità, è poco autoriflessivo, ha un atteggiamento eccessivamente scherzoso, si sottrae alla frustrazione parlando spesso delle sostanze. Inoltre, ricerca troppo il piacere nel cibo, nella musica (chiede continuamente di poter ascoltare musica reggaeton) e nell'apparire (riferisce di avere solo abbigliamento di marca molto costoso).

Nel tentativo di evitare un'eccessiva prolissità, riporterò schematicamente alcune delle osservazioni trascritte nel diario educativo.

- Primi colloqui: lo scopo è introdurre a F. l'idea del Progetto Educativo e spiegarne la finalità generale, cioè lavorare sul suo *principio del piacere*, attivando un processo di responsabilizzazione e costruzione di una personalità più forte e solida, verso il raggiungimento della maturità. Sulla base di bisogni, criticità e risorse dell'utente, stabiliamo insieme obiettivi a lungo e breve termine e i passi concreti da mettere in atto tramite l'utilizzo del modello presente nel manuale *The Happy Healthy Life Class - Un adattamento del programma Illness Management and Recovery* a cura di Susan Gingerich, Kerry Arnold e Kim T. Mueser, nello specifico il Modulo 1: Condurre una vita sana e felice; Sessione 4: Impostare degli obiettivi personali (riportato qui di seguito).

OBIETTIVO A LUNGO TERMINE	Miglioramento qualità della vita
OBIETTIVO A BREVE TERMINE	Incremento capacità di relazionarsi con gli altri e di narrarsi
PASSI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Scrivere quotidianamente su un diario raccontando episodi e pensieri giornalieri; 2. Fare più attenzione alla comunicazione con gli altri, ascoltando maggiormente; 3. Condividere con un operatore (o con un altro ospite) prima, con piccoli gruppi e con l'assemblea poi i propri pensieri.
TEMPI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Quotidianamente; 2. Quotidianamente; 3. Una volta a settimana.

SPAZI	Ufficio degli operatori, sala da pranzo
COSTI	/
PARTNERS INTERNI/ESTERNI AL SERVIZIO	Operatori, tirocinante, F.F., altri ospiti
RISORSE INTERNE/ESTERNE AL SERVIZIO	Quaderno (diario)
VERIFICHE IN ITINERE	Una verifica al mese

- Verifica dei passi stabiliti: non sono stati compiuti. A F. viene proposto di riprovare nuovamente, ma si valuta di cambiare il “passo” nel caso in cui questa non dovesse essere la modalità giusta.
- Esecuzione “compito” dell’iceberg: svolgiamo insieme un “compito” assegnato all’interno del Gruppo d’Azzardo Patologico. La consegna è descriversi tramite la metafora dell’iceberg; scrivere nella parte in superficie ciò che di sé si mostra agli altri, mentre in quella sott’acqua ciò che si nasconde e che realmente si è. F. riesce a condividere quanto richiesto.
- I passi stabiliti continuano a non essere compiuti: propongo a F. un’altra modalità di comunicazione, quella visiva. Con il mio supporto, lo incoraggio a scegliere un’immagine rappresentativa del suo stato d’animo. Questa, potrebbe essere di aiuto a F. per esprimere in assemblea come si sente in questo periodo.
- Dopo essere stato più volte stimolato nel corso dei giorni successivi, finalmente F. sceglie l’immagine e si decide a volerla descrivere durante un’assemblea in mia presenza e del mio tutor Davide. Il giorno prestabilito F. dice di aver perso l’immagine e si rifiuta di parlare in assemblea.

- Compilazione prospetto di verifica e condivisione in assemblea: aiuto F. a compilare il prospetto di verifica, spronandolo a rispondere alle domande richieste in maniera più approfondita (palesa la sua paura della solitudine).
- Brainstorming sul concetto di “felicità”: gli propongo un’altra modalità per esprimere i suoi pensieri. L’attività è ben riuscita.
- Scrittura di una lettera di saluto per un ospite: in occasione della festa di dimissione di un utente a cui F. è molto legato gli propongo di scrivere una piccola lettera da leggere. Questo “piccolo” passo viene raggiunto perché F. riesce a leggere davanti a tutti gli altri utenti e ad altri operatori la lettera, esprimendo i suoi pensieri e le sue emozioni.
- Inizio fase di reinserimento: F. comincia a fare volontariato in chiesa e, si presume che a breve venga trasferito nella Comunità Terapeutica di Massignano per il vero e proprio reinserimento lavorativo. Ciò, lo porta ad essere troppo proiettato al futuro e a non rimanere nel “qui ed ora”, trascurando l’attuale percorso in CT. Per questo, l’équipe lo invita a riflettere su come si sente in questo periodo e lo invita ad un impegno, rispondere alla domanda “Che cosa ti fa stare male in questo periodo?”. Come fatto in precedenza, aiuto F. ad esprimere le sue opinioni rispondendo alla domanda in questione. F., a seguito della verifica in cui è tornato a casa, dice di esservi stato troppo bene. Torna in CT agitato, stanco dei soliti ritmi schematici, si annoia e le giornate gli passano ancora più lentamente. È già proiettato verso la Comunità di Massignano perché ha voglia di mettersi alla prova in un contesto più libero e ritornare ad una vita più “normale”. È desideroso di incontrare nuove persone, quelle all’interno delle Comunità ormai lo infastidiscono. Per questo nascono spesso delle discussioni in cui F. mostra la sua infantilità e la sua incapacità di gestire i conflitti. L’utente raggiunge il passo: riesce a leggere l’impegno in assemblea anche se gli altri ragazzi gli rimandano che avrebbe potuto scrivere di più e, soprattutto, chiedere scusa per i suoi comportamenti eccessivamente scherzosi e poco rispettosi nei confronti del gruppo.
- Inizio periodo difficile: il futuro distacco dalla Comunità e dagli operatori, a cui F. si è affezionato, lo fa star male; dice di non veder l’ora di andare via, ma i suoi

comportamenti sono contraddittori. L'ingresso di una donna (A.) in Comunità lo destabilizza. La ragazza ha le sue stesse origini romane, motivo in più per F. per legarsi a lei e illudersi di poter instaurare con lei un rapporto preferenziale. Durante un colloquio F. si sfoga dicendomi che cerca sempre A. (tanto da averla iniziata a seguire anche sui suoi profili social), inizia ad affezionarsi troppo a lei. Gli ricordo l'importanza del rimanere concentrato sul suo percorso terapeutico, senza distrazioni e quanto non siano produttivi i rapporti preferenziali all'interno della Comunità. Il gruppo nota l'eccessivo attaccamento tra i due e porta l'argomento in assemblea per far riflettere F. sul suo atteggiamento, invitandolo a prendere distanze da A. e sottolineando anche la notevole differenza di età tra di loro.

- Il periodo di malessere continua: entra in CT un ragazzo a cui viene assegnato lo stesso operatore di riferimento di F., il quale esprime al nuovo utente opinioni non richieste sull'Educatrice criticandola ingiustamente. Un altro episodio sgradevole avviene durante la partita della Roma, squadra della quale F. è tifoso. I due ragazzi sono seduti vicini sul divano, F. comincia ad arrabbiarsi per come sta procedendo la partita e inizia a bestemmiare. Oltre a trasgredire una regola della Comunità, F. non porta rispetto a tutti coloro che stavano guardando la partita ed è di cattivo esempio per il nuovo arrivato. Anche questa volta i ragazzi, stanchi del comportamento di F., portano in assemblea l'accaduto. Lui non riesce a proferire parola e non si scusa con nessuno. Si sottrae alla proposta di un colloquio con me. Lascio trascorrere qualche giorno per farlo riflettere. Glielo chiedo nuovamente, ma mi dice che al momento va tutto bene.

L'anticipata fine del Tirocinio rispetto al termine previsto non mi ha permesso di continuare il lavoro con l'utente e non mi ha dato modo di concluderlo adeguatamente. Inoltre, la poca costanza di F. è risultata essere un ostacolo che ha allungato tutti i tempi di realizzazione del Progetto, togliendo peraltro spazio ad una più dettagliata verifica e valutazione, che comunque riporto di seguito.

Verifica Progetto Educativo

Verifica "Azioni educative eseguite"

Obiettivo	Incremento capacità di relazionarsi con gli altri e di narrarsi				
Azione educativa (passo)	Scrivere quotidianamente su un diario raccontando episodi e pensieri giornalieri				
Indicatori	Descrizione				
A. Capacità di intraprendere l'attività di scrittura	1= dimostra scarsa o nulla capacità di intraprendere l'azione; 2= deve essere sollecitato nell'intraprendere l'attività e necessita di aiuto nell'eseguirla; 3= intraprende ed esegue l'attività in maniera autonoma				
<i>Valutazione</i>	23/01	20/02	27/03	06/04	17/04
	1	2	2	1	2
B. È costante	1= dimentica di eseguire l'attività; 2= esegue l'attività saltuariamente; 3= esegue l'attività quotidianamente				
<i>Valutazione</i>	23/01	20/02	27/03	06/04	17/04
	1	/	/	1	/
C. Abilità espressive	1= raccoglie le idee, ma non riesce ad ordinarle e organizzarle per costruire un testo di senso compiuto; 2= ordina e organizza le idee, ma utilizza un lessico base e commette errori ortografici; 3= usa la scrittura in modo corretto da un punto di vista ortografico, morfologico e sintattico				
<i>Valutazione</i>	23/01	20/02	27/03	06/04	17/04
	2	2	1	2	2

Obiettivo	Incremento capacità di relazionarsi con gli altri e di narrarsi				
Azione educativa (passo)	Fare più attenzione alla comunicazione con gli altri, ascoltando maggiormente				
Indicatori	Descrizione				
A. Ascolta gli altri	1= appare assorto quando gli altri parlano; 2= ascolta gli altri in modo discontinuo; 3= ascolta il punto di vista degli altri con attenzione				
<i>Valutazione</i>	23/01	20/02	27/03	06/04	17/04
	3	3	3	3	2
B. Esprime la sua opinione	1= se sollecitato a parlare, rimane in silenzio; 2= risponde alle domande e parla a monosillabi; 3= esprime le sue opinioni nel dettaglio				
<i>Valutazione</i>	23/01	20/02	27/03	06/04	17/04
	3	2	3	3	2
C. Interviene in modo adeguato	1= non interviene; 2= interviene in modo poco adeguato: solo se sollecitato, non pertinente o non rispettando tempi e turni; 3= interviene in modo pertinente e rispettando tempi e turni				
<i>Valutazione</i>	23/01	20/02	27/03	06/04	17/04
	2	3	3	3	2
Obiettivo	Incremento capacità di relazionarsi con gli altri e di narrarsi				
Azione educativa (passo)	Condividere con un operatore prima, con piccoli gruppi e con l'assemblea poi i propri pensieri				

Indicatori	Descrizione				
A. Condivide con l'operatore i suoi pensieri	1= non condivide i suoi pensieri con l'operatore; 2= condivide i suoi pensieri solo se sollecitato; 3= condivide spontaneamente i suoi pensieri				
<i>Valutazione</i>	23/01	20/02	27/03	06/04	17/04
	2	3	3	3	3
B. Condivide con un piccolo gruppo i suoi pensieri	1= non condivide i suoi pensieri con un piccolo gruppo; 2= condivide i suoi pensieri solo se sollecitato; 3= condivide spontaneamente i suoi pensieri				
<i>Valutazione</i>	23/01	20/02	27/03	06/04	17/04
	2	Non previsto	Non previsto	Non previsto	Non previsto
C. Condivide con l'assemblea i suoi pensieri	1= non condivide i suoi pensieri con l'assemblea; 2= condivide i suoi pensieri solo se sollecitato; 3= condivide spontaneamente i suoi pensieri				
<i>Valutazione</i>	23/01	20/02	27/03	06/04	17/04
	Non previsto	Non previsto	2	2	2

Scheda di valutazione finale Progetto di Tirocinio

Obiettivo da raggiungere	Incremento capacità di relazionarsi con gli altri e di narrarsi
Azioni educative previste (passi)	<ol style="list-style-type: none">1. Scrivere quotidianamente su un diario raccontando episodi e pensieri giornalieri;2. Fare più attenzione alla comunicazione con gli altri, ascoltando maggiormente;3. Condividere con un operatore prima, con piccoli gruppi e con l'assemblea poi i propri pensieri.
Azioni educative eseguite	<ol style="list-style-type: none">1. Descrizione di sé tramite la metafora dell'iceberg e condivisione con il gruppo GAP (<i>verifica 23/01</i>);2. Brainstorming sul concetto di "felicità" (<i>verifica 20/02</i>);3. Scrittura di una lettera-dedica e lettura davanti al gruppo (<i>verifica 27/03</i>);4. Supporto alla scrittura dei prospetti di verifica e alla scrittura dell'impegno "Che cosa ti fa stare male in questo periodo?" (<i>verifica 06/04-17/04</i>).

<p>L'obiettivo previsto è stato raggiunto?</p>	<p>Gli obiettivi pianificati sono stati conseguiti in parte. Solo se adeguatamente supportato e agevolato, riesce a scrivere. All'interno dei nostri colloqui F. è riuscito sicuramente a trovare uno spazio protetto nel quale ascoltare con attenzione, esprimere le sue opinioni e narrarsi liberamente. Nel piccolo e grande gruppo, invece, F. non è ancora in grado di raccontare di sé in maniera spontanea, condivide i propri pensieri raramente e, quando lo fa, ha difficoltà ad argomentare le sue ragioni e a mantenere lo sguardo con il suo interlocutore.</p> <p>Per quanto riguarda le capacità relazionali l'utente non sempre rispetta i turni di parola e, a causa di difficoltà cognitive di comprensione, interviene comunicando in modo poco appropriato o pertinente all'argomento trattato.</p> <p>F. fatica tuttora a intraprendere una conversazione più profonda con gli altri. Continua a lamentarsi tra sé e sé di ciò che accade attorno a lui, mostrandosi indisponente all'ascolto e al confronto.</p>
<p>Punti di forza</p>	<p>Partendo dalle resistenze e dalle difficoltà di F. abbiamo modificato le azioni educative del Progetto e siamo comunque riusciti a compiere qualche piccolo passo verso il raggiungimento dell'obiettivo. L'essere stato scelto per il Progetto e l'essere protagonista dello stesso ha fatto sentire l'utente importante e ben disposto a lavorare su sé stesso. All'interno dei nostri colloqui, e di quelli con gli operatori, F. è riuscito a confidarsi e a raccontare episodi passati legati alla sostanza. Ciò mi fa pensare che abbia trovato in noi un luogo in cui sentirsi ascoltato, come non si è mai sentito. Al contrario, il non sentirsi mai preso in considerazione</p>

	<p>nella vita lo ha portato a chiudersi in sé stesso e a diffidare degli altri. Questo è il motivo per cui non ha mai dato importanza alle sue parole, eccessivamente scherzose e talvolta offensive, e a quelle degli altri. Il rinforzo positivo dato per l'impegno nel raccontarsi ha permesso l'avvio di un piccolo cambiamento comportamentale nei confronti degli altri.</p> <p>Il significativo legame creatosi tra me e F. è un importante risultato relazionale conseguito.</p>
<p>Criticità emerse</p>	<p>Una delle criticità emerse è la difficoltà di F. ad essere costante e ad impegnarsi per il raggiungimento di un obiettivo. Spesso dimentica o non è ben disposto ad eseguire i “compiti” che gli sono stati assegnati. L'utente necessita di supporto nell'organizzazione dei propri pensieri e nella loro traduzione in testo scritto. Utilizza un lessico base e, a volte, commette errori ortografici. Se esortato ad una riflessione più profonda coglie in sé stesso emozioni, sentimenti, desideri per comporre un semplice testo. Se sprovvisto di traccia scritta, difficilmente è in grado di esporsi oralmente.</p> <p>Sebbene F. sia nella fase finale del suo percorso in CT, non si è ancora inserito nel gruppo, fa difficoltà a “fare comunità” e non ha costruito relazioni significative e costruttive con nessuno. Durante le assemblee si distrae spesso, la sua attenzione risulta quindi discontinua. Alle domande risponde in maniera poco approfondita.</p>

5.2 La frustrazione del lavoro educativo nelle Dipendenze Patologiche

“La figura dell’Educatore Professionale è una figura costitutivamente incerta, alle volte quasi sfuggente, costantemente in via di definizione, restia a qualsiasi tentativo di stabilizzazione all’interno di una rassegna esaustiva di compiti e funzioni. Una figura – parafrasando Bauman – *liquida*, malgrado i tentativi di pensarla e descriverla come *solida*, ma non per questo una figura *eterea* [...]. L’incertezza caratterizzante l’Educatore Professionale potrebbe però anche essere considerata alla stregua di uno stato non del tutto auspicabile, una condizione di fluidità che progressivamente si solidifica, una situazione transitoria in via di definizione, una sorta di rimediabile contrattempo. Ma, probabilmente, l’incertezza non può non considerarsi un fato di stabilità, una caratteristica strutturale progressivamente costruitasi per stratificazioni successive e tendenzialmente irreversibile, un elemento costitutivo della professionalità.” (Tramma, 2003, pp. 11-12).

Il profilo dell’Educatore Professionale è caratterizzato da una liquidità “intrinseca”, fondamento della propria esistenza professionale. Questa fragilità è dovuta dall’incertezza dell’agire educativo: apparentemente trasparente, inconsistente, invisibile. Il lavoro educativo è difficilmente traducibile in oggetti concreti e i miglioramenti che produce, spesso piccoli e lenti, vengono misurati con fatica. È un lavoro che è sempre stato penalizzato poiché spesso si ritiene sufficiente improvvisare, avere sensibilità e vocazione. Nella realtà, come esposto poco fa, è necessario essere adeguatamente formati poiché responsabili di decisioni che possono provocare importanti conseguenze sulla vita delle persone prese in carico. Le condizioni professionali cui è sottoposto chi lavora in quest’ambito, sono molto precarie. Sottopagati, sfruttati, non riconosciuti e non ascoltati, gli operatori lavorano in complessi scenari educativi all’interno di un Terzo Settore indebolito dalla mancanza di finanziamenti, da burocrazia e ritardi. Tutto ciò causa in loro frustrazione e rischio burnout.

Nello specifico, l’Educatore Professionale che opera nel settore delle Dipendenze Patologiche, deve fare i conti con una patologia cronica e recidivante, così come viene definita dall’OMS. Le ricadute, la resistenza al cambiamento, la motivazione non sempre costante degli utenti e la difficoltà nella comunicazione, sono solo alcune delle sfide con cui gli operatori si scontrano quotidianamente. Queste, fanno percepire il proprio lavoro

come una battaglia perdente e frustrante. Al contrario del tossicodipendente, l'Educatore Professionale non può soccombere alla frustrazione eliminandola attraverso l'assunzione della sostanza, ma ha il dovere e la responsabilità di affrontarla. Per riuscirci è fondamentale innanzitutto prendersi cura di sé stessi. Grazie alle pratiche di auto-osservazione e auto-riflessività, l'Educatore Professionale esplora la propria storia personale, le proprie emozioni e i propri sentimenti; si confronta con il senso del limite, di inadeguatezza e di onnipotenza. A questo proposito, nell'accompagnare il soggetto nel percorso evolutivo, deve essere ben conscio di non essere onnipotente e di non poter cambiare magicamente la realtà della condizione problematica. Solo in questo modo, nel caso non vengano raggiunti gli obiettivi programmati, l'operatore può salvaguardarsi da sentimenti depressivi. Elaborare progetti sulla base dei limiti e delle potenzialità oggettive consente, invece, di moderare adeguatamente le aspettative dell'utente, dell'operatore e del servizio stesso.

Al fine di rilevare i livelli di frustrazione degli operatori delle Comunità Terapeutiche per le Dipendenze Patologiche ho formulato un questionario, traendo spunto da alcuni test sul burnout. La presente Tesi ne prevede solo l'elaborazione, riportata nelle pagine successive. Somministrazione e analisi dei dati raccolti potrebbero effettuarsi in un secondario momento tramite l'ausilio di Google Forms e Microsoft Excel.

La frustrazione nel lavoro educativo

1) Sesso:

M

F

2) Età (in anni): _____

3) Titolo di studio:

Licenza elementare

Licenza media

Diploma di Scuola Superiore di secondo grado

Diploma di Laurea

Diploma post-Laurea

In caso di Diploma di Scuola Superiore di secondo grado, ne specifichi il tipo:

In caso di Diploma di Laurea, ne specifichi il tipo:

In caso di Diploma post-Laurea, ne specifichi il tipo:

4) In che anno ha iniziato a lavorare nel settore delle Dipendenze Patologiche?

5) Esprima quanto è d'accordo con le seguenti affermazioni:

(1= molto in disaccordo, 2= in disaccordo, 3= d'accordo, 4= molto d'accordo)

- a) Non sento soddisfatti i miei bisogni lavorativi
1 2 3 4
- b) Mi sento sfruttato/a
1 2 3 4
- c) Vivo con disagio il carico di lavoro che non riesco a gestire in maniera adeguata
1 2 3 4
- d) Mi assento spesso da lavoro per motivi personali
1 2 3 4
- e) Vado al lavoro contro voglia
1 2 3 4
- f) Sono soddisfatto/a della relazione con l'utenza
1 2 3 4
- g) Sono soddisfatto/a della relazione con l'équipe
1 2 3 4
- h) Ritengo difficile misurare i miglioramenti delle persone prese in carico
1 2 3 4
- i) Gestire la situazione dei casi cronici è stressante e faticoso
1 2 3 4
- j) Dedico molte più ore al lavoro rispetto a quelle per le quali sono stato assunto/a
1 2 3 4
- k) Penso al lavoro anche durante le ore libere
1 2 3 4

l) I miei sentimenti circa il lavoro interferiscono nella mia vita privata

1 2 3 4

m) Non mi sento adeguatamente supportato/a dalla mia équipe

1 2 3 4

n) Sempre più spesso parlo del mio lavoro in modo negativo

1 2 3 4

o) Sul lavoro non riesco a sopportare bene la pressione

1 2 3 4

p) Ultimamente penso spesso di cambiare lavoro

1 2 3 4

6) Indichi quali sentimenti /o condizioni riscontra più spesso a lavoro:

Frustrazione

Distanza emotiva

Senso di impotenza

Rabbia

Stanchezza

Perdita di fiducia in sé stessi

Rassegnazione

Stress

Precarietà economica

Soddifazione

Coinvolgimento emotivo

Efficacia

Gioia

Energia

- Autostima
- Curiosità
- Tranquillità
- Stabilità economica
- Altro: _____

7) Quale/i tra le seguenti problematiche le causa maggiore frustrazione nella progettazione e attuazione del percorso educativo?

- Ricadute
- Resistenza al cambiamento
- Motivazione non costante
- Difficoltà comunicative
- Altro: _____

8) Quali modifiche apporterebbe al suo lavoro per migliorare la condizione di frustrazione?

Conclusioni

La presente Tesi ha sviluppato il suo obiettivo iniziale di evidenziare l'importanza dell'Educatore Professionale nel percorso di crescita della persona affetta da *addiction*. Alla fine di queste argomentazioni e alla luce della mia ultima esperienza di Tirocinio, posso affermare che emanciparsi dalle dipendenze e superare il *principio del piacere* è possibile, ma il "viaggio" richiede tempo e "indicazioni" adeguate. Il tentativo progettuale, che in parte ho realizzato all'interno della C.N.D. di Fenile, ha avuto lo scopo di avviare un cammino di riscatto dalla condizione di immaturità e di "togliere la maschera" protettiva dell'utente. Questo è stato possibile attraverso la metodologia e gli interventi educativi descritti, propri dell'Educatore Professionale. Dunque, i risultati conseguiti, seppur esigui, sono stati possibili poiché ho instaurato con F. una relazione educativa fondata principalmente su ascolto e accettazione incondizionata. Durante questo Tirocinio, la capacità di osservazione e di riflessione mi hanno permesso di interpretare alcuni dei concetti analizzati nei vari capitoli e di declinarli in un diverso senso riferendomi alla figura dell'Educatore Professionale. Ad esempio, ho notato quanto io stessa avrei potuto arenarmi al *principio del piacere* e lasciarmi guidare da questo nel realizzare le azioni educative: il senso di onnipotenza avrebbe potuto farmi credere di poter salvare in breve tempo F. e senza neanche troppe fatiche. Ho dovuto però fare i conti con la realtà e gestire la *frustrazione* e la delusione cui mi sono trovata di fronte per non aver visto realizzarsi gli obiettivi stabiliti nel Progetto Educativo elaborato. Ho cercato di essere il più flessibile possibile e, con *creatività*, ho provato a cercare nuove soluzioni per ricalibrare gli interventi educativi.

In conclusione, questo studio mi ha permesso di acquisire maggiori conoscenze riguardo al percorso riabilitativo degli utenti, prendendo atto delle teorie psicoanalitiche di spiegazione della tossicodipendenza.

Bibliografia

- Associazione Nazionale Educatori Professionali, (2018). *L'educatore professionale. Una guida per orientarsi nel mondo del lavoro e prepararsi ai concorsi pubblici*. Santarcangelo di Romagna: Maggioli Editore.
- Bergeret, J., (2001). *Chi è il tossicomane. Tossicomania e personalità*. Bari: edizioni Dedalo.
- Bertolini, P., (1988). *L'esistere pedagogico. Ragioni e limiti di una pedagogia come scienza fenomenologicamente fondata*. Firenze: La Nuova Italia.
- Bignamini, E., & Galassi, C., (2017). *I Manuali Professionali – Addiction: come pensarla, comprenderla, trattarla*. Cuneo: Publiedit.
- Bimbo, A., (1997). *Emanciparsi dalle dipendenze. Strategie d'intervento per operatori ed educatori*. Milano: Franco Angeli.
- Boffo, V. (2020). La relazione educativa e le competenze dell'educatore. Una riflessione per la famiglia professionale. *Rivista Italiana Di Educazione Familiare*, 17(2), 27–51.
- Cancrini, L., (1980). *Tossicomanie*. Roma: Editori Riuniti.
- Correale, A., Cangiotti, F., & Zoppi, A., (2019). *Il soggetto nascosto. Un approccio psicoanalitico alla clinica delle tossicodipendenze*. Milano: FrancoAngeli.
- Costantini, D., & Mazzoni, S., (1999). *Le comunità terapeutiche per tossicodipendenti*. Roma: Carocci.
- Dilts, R., & Nardone, G., (2022). *Il coraggio di cambiare. Due lezioni per superare il timore del cambiamento e imparare a cogliere le opportunità*. Macerata: ROI Edizioni.
- Freda, F. H., (2001). *Psicoanalisi e tossicomania*. Milano: Mondadori.

Freud, S., (1978). *Il disagio della civiltà*, in *Opere*, vol. 10. Torino: Boringhieri.

Freud, S., (2017). *Psicologia metapsicologia. Saggi sulla metapsicologia, Introduzione al narcisismo, Al di là del principio del piacere, Progetto di una psicologia, Precisazioni sui due principi dell'accadere psichico*. Roma: Newton Compton editori.

Gallimberti, L., (2012). *Morire di piacere. Dalla cura alla prevenzione delle tossicodipendenze*. Milano: BUR.

Haley, J., & Hoffman, L., (1974). *Tecniche di terapia della famiglia*. Roma: Astrolabio Ubaldini.

Han, B.C., (2021). *La società senza dolore. Perché abbiamo bandito la sofferenza dalle nostre vite*. Einaudi.

Heidegger, M. (1927). *Essere e tempo*. Milano: Longanesi. Ed. 2005.

Iacolino, A., (2021). La Comunità Terapeutica come luogo di recupero e di ricostruzione delle relazioni. *Mission* (56), 7-9.

Laborit, H., (1984). *Elogio della fuga*. Milano: Mondadori.

Miodini, S., & Zini, M.T., (1992). *L'educatore professionale. Formazione, ruolo, competenze*. Roma: Carocci.

Oggionni, F., (2014). *Il profilo dell'educatore. Formazione e ambiti di intervento*. Roma: Carocci.

Proust, M., (2004). *Dalla parte di Swann*, in *Alla ricerca del tempo perduto*, vol.1. Milano: BUR.

Rogers, C., (1976). *I gruppi d'incontro*. Roma: Astrolabio.

Tramma, S., (2018). *L'educatore imperfetto. Senso e complessità del lavoro educativo*. Roma: Carocci Faber.

Vincent, J.D., (2008). *Viaggio straordinario al centro del cervello*. Milano: Ponte alle Grazie.

Winnicott, D., (1974). *Gioco e realtà*. Roma: Armando Editore.

Winnicott, D., (2000). *Sviluppo affettivo e ambiente. Studi sulla teoria dello sviluppo affettivo*. Roma: Armando Editore.

Sitografia

http://www.edurete.org/pd/sele_art.asp?ida=2063

<http://www.iprkpotenza.it/arte-creativita-e-psiche>

<http://www.metisjournal.it/metis/anno-vii-numero-1-062017-lavoro-liquido/202-saggi/945-2017-06-26-13-48-11.html>

<http://www.psychiatryonline.it/node/3771>

<https://impuls.migros.ch/it/rilassamento/work-life-balance/burnout/test-burnout>

<https://lamenteemeravigliosa.it/differenze-uso-abuso-e-dipendenza/>

<https://lamenteemeravigliosa.it/donald-winnicott-falso-se/>

https://m4.ti.ch/fileadmin/DECS/DS/Rivista_scuola_ticinese/ST_n.109/ST_109_Picco_educare_alla_creativita_equivale_educare_alla_vita.pdf

https://www.adrianostefani.it/articolo-psicologia.php?id_art=90&nws=3

[https://www.animazionesociale.it/it-schede-3378-
il_lavoro_educativo_cura_o_fa_ammalare](https://www.animazionesociale.it/it-schede-3378-
il_lavoro_educativo_cura_o_fa_ammalare)

<https://www.inconscio.es/prima-topica-freudiana/>

<https://www.inconscio.es/seconda-topica-freudiana/>

<https://www.lapromessa.org/il-meccanismo-cerebrale-della-dipendenza-da-sostanze/>

<https://www.marcofocchi.com/di-cosa-si-parla/le-poca-delle-dipendenze>

<https://www.pedagogia.it/blog/2016/07/13/lesperienza-del-limite-nella-professione-delleducatore/>

<https://www.pedrinipsicologobrescia.it/come-evitare-il-burnout/#:~:text=frustrazione%3A%20questa%20fase%20%20C3%A8%20pi%C3%B9,a%20gestire%20in%20maniera%20adeguata>

<https://www.polo9.org/services/comunita-per-nuove-dipendenze-fenile/>

<https://www.psiconline.it/articoli/psicopatologia/psicoanalisi-e-dipendenza.html>

<https://www.psicoterapiapsicologia.it/articoli-psicologia-psicoterapia/donald-winnicott-e-il-falso-se>

https://www.treccani.it/enciclopedia/neurone_res-f6daa336-9b53-11e1-9b2f-d5ce3506d72e_%28Dizionario-di-Medicina%29/

<https://www.youtube.com/watch?v=5HB2Om2DNqQ>

<https://www.youtube.com/watch?v=DvX8JvYrp3Y>

<https://www.youtube.com/watch?v=mPQm-iTPIdw>

https://www.youtube.com/watch?v=MRDaVA_tiqo