



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
Facoltà di Medicina e Chirurgia

Corso di Laurea in
EDUCAZIONE PROFESSIONALE

L'ipotesi dell'adozione del modello teorico
Cognitivista Post-razionalista
nella pratica
dell'Educatore Professionale

Relatore Chiar.mo Prof.
BERNARDO NARDI

Laureando
ELIA ROMAGNOLI
Matr. 1083363

Anno Accademico 2019-2020

*L'uomo è un mistero. Un mistero che bisogna risolvere,
e se trascorrerai la vita cercando di risolverlo,
non dire che hai perso tempo; io studio questo mistero
perché voglio essere un uomo.*

Fëdor Dostoevskij, Diari, 1839

INDICE

Premessa	p. 4
Capitolo 1.	
Il mondo delle dipendenze patologiche	
1.1 Definizione di una dipendenza patologica	5
1.2 Eziologia di una dipendenza patologica	6
1.3 Novità del DSM-5	7
1.4 Dipendenze da sostanze e dipendenze comportamentali	9
1.5 Le dipendenze tecnologiche	11
1.6 Le basi biologiche della dipendenza	15
Capitolo 2.	
Gli interventi nelle dipendenze patologiche	
2.1 Il Dipartimento per le Dipendenze Patologiche	18
2.2 Il Servizio Territoriale per le Dipendenze Patologiche	20
2.3 L'Educatore Professionale e l'assessment	24
2.4 L'Educatore Professionale e il trattamento con soggetti di dipendenza	26
2.5 L'Educatore Professionale e la comunità terapeutica	27
2.6 La mia esperienza di tirocinio presso il S.T.D.P. di Porto Sant'Elpidio (FM)	29
2.7 La necessità di un modello psicologico riguardante l'utenza nella pratica educativa	30
Capitolo 3.	
Il modello teorico Cognitivista Post-razionalista	
3.1 Introduzione al modello teorico e alla prospettiva post-razionalista	34
3.2 Costrutti del modello cognitivo post-razionalista	37
3.3 Il contributo di Bernardo Nardi allo sviluppo della teoria post-razionalista	40
3.4 La psicoterapia post-razionalista	43
3.5 L'ipotesi di adozione ed utilità nella pratica clinica dell'Educatore Professionale	46
3.6 La costruzione di una nuova prospettiva riguardo l'utenza, la relazione con questa e l'approccio educativo	47

Considerazioni conclusive	p. 55
Bibliografia	56
Sitografia	58
Seminari	59
Ringraziamenti	60

PREMESSA

Durante le lezioni del Corso di Laurea in Educazione Professionale che ho frequentato in questi ultimi tre anni, e che mi appresto a portare a termine, ho sentito molto parlare e confrontarsi sul tema dell'approccio all'utenza. Si sono trattate le modalità di come intenderlo nei diversi contesti, quale sia l'approccio educativo e mi è sempre sembrata un'importante questione da trattare. Molto interessante è stato il Corso di Psichiatria tenuto dal Prof. Bernardo Nardi, al mio secondo anno, dove si è introdotto il modello teorico di Vittorio F. Guidano e la sua prospettiva post-razionalista. Ho deciso di approfondirne lo studio con la lettura di alcuni libri, grazie ai quali ho scoperto un modello innovativo e completo nello spiegare tutte le dinamiche della complessità dell'essere umano. Entusiasmante e ricca di possibilità è la prospettiva post-razionalista, adottabile anche nella mia futura professione.

Durante il secondo anno di tirocinio, presso un Servizio Territoriale per le Dipendenze Patologiche, ho potuto vedere da vicino gli approcci di diversi operatori del servizio come Psicoterapeuti, Psichiatri, Assistenti Sociali ed Educatori Professionali. È stata un'esperienza stimolante che mi ha fatto riflettere molto sui tanti possibili modus operandi e modelli teorici di lavoro, ovviamente tenendo conto della diversità di ruoli e competenze. Da lì mi è venuta in mente la necessità di adottare un modello teorico riguardante la persona che si ha davanti, in previsione della strutturazione e dell'attuazione di interventi educativi riabilitativi da parte dell'Educatore Professionale.

Pertanto in questo lavoro di tesi ho deciso di indagare, in maniera più approfondita, su quale sia l'approccio educativo più giusto dal mio punto di vista sul mondo delle dipendenze patologiche. Due a mio avviso sono i possibili approcci, quello di tipo oggettivo (caratteristico del DSM) e quello di tipo soggettivo (caratteristico del post-razionalismo). Ho preferito orientarmi verso l'adozione della prospettiva post-razionalista per la pratica dell'Educatore Professionale (da qui in poi abbreviato in E.P.).

Comincerò con un'introduzione circa il mondo delle dipendenze patologiche; verranno trattati gli aspetti della cura, della riabilitazione e della prevenzione, oltre ai servizi del settore, il ruolo e le competenze dell'Educatore Professionale. Esporrò quindi il modello cognitivo post-razionalista e la prospettiva teorica che ne comporta per un nuovo approccio all'utenza.

CAPITOLO 1.

Il mondo delle dipendenze patologiche

*Bisogna apprendere a navigare in un oceano d'incertezze
attraverso arcipelaghi di certezza.*

Morin E., I sette saperi necessari all'educazione del futuro, 2000

1.1 Definizione di dipendenza patologica

Il concetto di *dipendenza* è un concetto complesso che rimanda ad aspetti neurobiologici, comportamentali, psichici, sociali e culturali. Per dipendenza si intende l'alterazione di un comportamento che si struttura progressivamente in un'abitudine patologica, nei confronti del quale il soggetto perde ogni possibilità di controllo.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) descrive la dipendenza patologica come una «condizione psichica, talvolta anche fisica, derivante dall'interazione tra un organismo e una sostanza, caratterizzata da risposte comportamentali e da altre reazioni che comprendono un bisogno compulsivo di assumere la sostanza in modo continuativo o periodico, allo scopo di provare i suoi effetti psichici e talvolta di evitare il malessere della sua privazione».

Con il termine dipendenza quindi, si intende una condizione in cui l'organismo ha bisogno di una determinata sostanza per poter funzionare. Spesso il termine *addiction* è usato come sinonimo di dipendenza, tuttavia questo denota la dipendenza che spinge l'individuo alla ricerca dell'oggetto da cui dipende, senza il quale la sua esistenza diventa priva di significato: è dunque un coinvolgimento crescente e persistente della persona al punto che l'oggetto di dipendenza pervade i suoi pensieri e il suo comportamento (Del Miglio, Couyoumdjian, Patrizi, 2005).

Per *dipendenza fisica* si intende un vero e proprio bisogno di assumere la sostanza o di adottare un determinato comportamento, per poter consentire all'organismo di avere un normale funzionamento: se questo bisogno non viene soddisfatto, il soggetto va incontro alla cosiddetta sindrome d'astinenza, caratterizzata da sintomi di malessere.

Per *dipendenza psicologica* si intende invece un incontenibile desiderio di provare nuovamente gli effetti ritenuti piacevoli della sostanza o del comportamento da cui si dipende.

La *compulsività* (dal latino *compellere*, essere costretto) è una delle caratteristiche più importanti, ossia l'incapacità di resistere all'impulso di mettere in atto un comportamento. La compulsività è strettamente connessa al *craving*, un termine che vuol dire “desiderare ardentemente”, e che ci descrive un desiderio irresistibile che deve essere soddisfatto nel

momento in cui si presenta. Ciò comporta una inevitabile perdita di controllo poiché, anche se il comportamento messo in atto sembra volontario, di fatto ha il carattere di una vera e propria costrizione, di una necessità imprescindibile qualunque siano le conseguenze.

La dipendenza è inoltre legata ai concetti di tolleranza e di astinenza.

La *tolleranza* consiste nella necessità di quantità di sostanza o di ripetizioni di un comportamento necessariamente sempre più elevati per raggiungere l'effetto desiderato, l'*astinenza* rimanda invece a uno stato di sofferenza dovuto all'interruzione dell'assunzione della sostanza o del comportamento a cui la persona si era abituata.

Tolleranza e astinenza, secondo i più recenti studi, si verificano anche quando la dipendenza non è da sostanza ma è di tipo comportamentale.

1.2 Eziologia di una dipendenza patologica

L'*eziologia* della patologia di dipendenza è multifattoriale, rimanda cioè ad una costellazione di cause.

La sua insorgenza è legata presumibilmente all'interazione sfavorevole di tre ordini di fattori:

- neurobiologici, cioè riconducibili a caratteristiche genetiche o ad anomalie della disponibilità di alcuni importanti neurotrasmettitori (dopamina, serotonina, noradrenalina) che regolano il tono dell'umore;
- individuali, quelli che hanno a che fare con la storia e con le esperienze di vita del soggetto (problematicità in famiglia per psicopatologia dei genitori, per dipendenza dei genitori, per forte conflittualità tra di loro, per relazioni ostili con il figlio; modelli educativi incostanti, lassisti, confusi; lutto grave di persone significative; abuso psicologico, fisico, sessuale) ma anche con caratteristiche specifiche di personalità (ricerca di sensazioni forti, dell'eccitazione estrema, propensione al rischio, desiderio esasperato di successo, bassa autostima);
- socio-ambientali, quelli che attengono alle caratteristiche del contesto familiare ma soprattutto quelle socio culturali ed economiche della comunità in cui vive, alle abitudini del gruppo di appartenenza, alla presenza o meno di reti di sostegno sociale, ai livelli di tolleranza sociale e di non contrasto dei comportamenti di dipendenza, alla esistenza di regole e di leggi di controllo e di deterrenza, alle caratteristiche delle sostanze e alla loro disponibilità e accessibilità più o meno facile.

La quota di responsabilità di ognuno di questi fattori varia da individuo a individuo. Ci sono delle differenze nella popolazione esposta per cui alcune persone risultano più vulnerabili di

altre in presenza dei medesimi fattori di rischio. Infatti, non tutti gli individui che entrano in contatto con le sostanze o che adottano certi comportamenti, diventano dipendenti.

Essere maggiormente a rischio non significa essere predestinati. Il rischio può infatti essere controllato, contrastato e riequilibrato da altrettanti fattori educativi e ambientali di protezione (allenamento allo stress e alla soluzione dei problemi quotidiani; buona autostima; capacità di assumere responsabilità; gestione dei conflitti familiari; esempio dei genitori; modelli educativi e valoriali orientati alla legalità, alla solidarietà e all'integrazione sociale; la possibilità di un gruppo di riferimento sano; una buona gestione del tempo libero).

In certe fasi della vita si è più esposti al rischio di sviluppare una dipendenza. L'adolescenza, per esempio, rappresenta un periodo particolarmente critico in questo senso. Il soggetto, alla ricerca della propria identità, oscilla tra spinte esplorative, desideri di autonomia, presa di distanza dalle figure genitoriali, da una parte, e persistenza di bisogni di dipendenza e paura di affrontare il mondo, dall'altra. Inoltre, nell'adolescenza l'impulsività è molto alta e scarsamente governata per il fatto che la corteccia cerebrale, preposta al controllo degli impulsi e dell'emotività, è ancora in formazione.

1.3 Novità del DSM-5

La denominazione di *dipendenza patologica*, arrivata con l'ultima versione del DSM-5 (2013), va a sostituire la classica dicitura *tossicodipendenza* ed è seguita da importanti novità. Tutte le dipendenze e i relativi problemi rientrano nella categoria "Disturbi da uso di sostanze" in un capitolo intitolato "Disturbi da dipendenza e correlati all'uso di sostanze".

Dunque, l'attuale DSM-5 ha apportato dei cambiamenti rispetto al vecchio DSM-IV. Sono state fuse le categorie di abuso e dipendenza da sostanze in un unico "Disturbo da uso di sostanze" modulato in un continuum su tre livelli di gravità (lieve, moderato e grave):

- un disturbo lieve è caratterizzato dalla presenza di due o tre sintomi;
- un disturbo moderato è caratterizzato dalla presenza di quattro o cinque sintomi;
- un disturbo grave è caratterizzato dalla presenza di sei o più sintomi.

Alla lista dei sintomi è stato aggiunto il craving, inteso come un desiderio persistente e irresistibile, con perdita di autocontrollo, per una determinata sostanza psicoattiva, per un cibo o per qualunque altro oggetto o comportamento gratificante, seguito da una ricerca compulsiva o dall'attuazione di comportamenti al fine di ottenere l'oggetto di cui si sente il forte bisogno che, se non soddisfatto, provoca sofferenza fisica e psichica.

Inoltre è stato eliminato il criterio riguardante i problemi legali ricorrenti, a causa della loro difficile applicazione a livello internazionale.

I criteri per la formulazione di una diagnosi, quasi identici ai precedenti, sono stati uniti in un unico elenco di undici sintomi:

- 1) la sostanza è spesso assunta in quantità maggiori o per periodi più prolungati rispetto a quanto previsto dal soggetto;
- 2) desiderio persistente o tentativi infruttuosi di ridurre o controllare l'uso della sostanza;
- 3) una grande quantità di tempo viene spesa in attività necessarie a procurarsi la sostanza, ad assumerla o a riprendersi dai suoi effetti;
- 4) il soggetto manifesta il craving;
- 5) l'uso ricorrente della sostanza causa un fallimento nell'adempimento dei principali obblighi di ruolo sul lavoro, a scuola e a casa;
- 6) uso continuativo della sostanza nonostante la presenza di persistenti o ricorrenti problemi sociali o interpersonali causati dagli effetti della sostanza stessa;
- 7) importanti attività sociali, lavorative o ricreative vengono abbandonate o ridotte a causa dell'uso della sostanza;
- 8) uso ricorrente della sostanza in situazioni nelle quali è fisicamente pericolosa;
- 9) uso continuato della sostanza nonostante la consapevolezza di un problema persistente o ricorrente, fisico o psicologico, che è stato probabilmente causato da quella sostanza;
- 10) il soggetto può manifestare tolleranza, intesa come il bisogno di dosi notevolmente più elevate per raggiungere l'intossicazione o l'effetto desiderato, nonché manifestare un effetto notevolmente diminuito con l'uso continuativo della stessa quantità di sostanza;
- 11) il soggetto può manifestare sintomi di astinenza, intesa come sindrome che si verifica quando le concentrazioni di una sostanza nel sangue o nei tessuti diminuiscono in un soggetto che ha mantenuto un uso intenso e/o prolungato di quella stessa sostanza.

Al fine di formulare una diagnosi di dipendenza (è sufficiente che due criteri si verifichino) sono sufficienti due criteri che si verifichino entro un periodo di 12 mesi, da cui sono però esclusi tolleranza e astinenza in quanto considerate risposte adattive all'uso della sostanza dal punto di vista fisiologico.

Viene soppressa la diagnosi di "polidipendenza", sostituendola con la prassi di fare diagnosi per ogni singola sostanza. Sono stati introdotti la sindrome da astinenza da cannabinoidi, il disturbo da uso di tabacco e da astinenza da caffeina.

Rilevante è l'introduzione dei "Disturbi non correlati a sostanze": nella fattispecie compare il "Disturbo da gioco d'azzardo (o gambling)", il quale nel DSM-5 non è più classificato come disturbo del controllo degli impulsi ma viene spostato nella categoria delle dipendenze definite

anche “nuove dipendenze” o “new addiction”. Dunque, in clinica, non viene più definito come “gioco patologico” ma come “disordered gambling”, ovvero gioco problematico.

Le altre dipendenze comportamentali (quali lo shopping compulsivo, la dipendenza da sesso, la dipendenza affettiva, la dipendenza da Internet, dipendenze tecnologiche, ...) non sono state incluse nel DSM-5 in quanto non si è in possesso di documentazione scientifica che possa supportare tale inserimento.

1.4 Dipendenze da sostanze e dipendenze comportamentali

La motivazione ad assumere sostanze stupefacenti dipende in modo complesso dalle proprietà chimiche della sostanza assunta e dai fattori ambientali, come la presenza di stimoli riferiti al suo consumo (Alexander, 2008). Sono anche coinvolti fattori cognitivi ed emotivi, come l'immagine di sé e il tono dell'umore (Toates, 2014).

I nuovi sviluppi delle scienze neurologiche sostengono una teoria neurobiologica unitaria che considera analogamente le dipendenze da sostanze e quelle comportamentali. La letteratura scientifica è concorde nell'affermare che la dipendenza da sostanze stupefacenti è una malattia multifattoriale, con andamento spesso cronico ma prevedibile, trattabile e guaribile.

Ciò che caratterizza le dipendenze comportamentali è che esse coinvolgono pulsioni “normali” (come ad esempio sesso, cibo, amore, denaro, ...) che divengono però patologiche nella misura in cui raggiungono un certo livello di eccesso e di pericolosità per la persona.

Negli ultimi anni è aumentata l'attenzione verso nuove problematiche di dipendenza, le dipendenze comportamentali, definite anche nuove dipendenze o new addictions per distinguerle da quelle in cui è implicato l'uso di droghe e sostanze. Tali comportamenti hanno la caratteristica di essere ripetitivi ed eccessivi e non includono l'assunzione di sostanze. Le dipendenze senza sostanza interessano relazioni e comportamenti disfunzionali e problematici, riferiti a oggetti, attività, stili di vita, consumi, stili di attaccamento e rapporto con la realtà.

Il concetto di dipendenze patologiche (addiction) comportamentali è stato introdotto nel 2013, anno in cui è stato inserito nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, DSM-5 (APA, 2013) il nuovo capitolo “Disturbi correlati a sostanze e disturbi da addiction”.

L'oggetto della dipendenza, nelle dipendenze comportamentali, riguarda comportamenti socialmente accettati che assumono valenza patologica solo nel momento in cui incidono sul funzionamento dell'individuo.

Ancora oggi, nonostante gli studi condotti e l'osservazione clinica dei casi denotino una tendenza a sviluppare dipendenza comportamentale, non esiste una classificazione che permette

di inquadrare queste condotte disfunzionali in precise categorie diagnostiche, non essendo in possesso di una rilevante documentazione scientifica.

Infatti, ad eccezione del Disturbo da gioco d'azzardo (GAP), che nel DSM-5 è compreso nel capitolo della dipendenza, altri comportamenti eccessivi non sono presenti nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali o sono inseriti in altre categorie diagnostiche.

Tra le nuove dipendenze possiamo trovare, oltre al gioco d'azzardo patologico (GAP), lo shopping compulsivo, la dipendenza da Internet e dalle tecnologie, le dipendenze dal lavoro, dal sesso e dalle relazioni affettive, alcune dipendenze dal cibo e la dipendenza da sport.

Mark D. Griffiths (2005) definisce una dipendenza comportamentale sulla base di sei criteri:

- preminenza: ovvero il comportamento caratterizza la vita della persona dominando pensieri, emozioni e comportamenti della stessa;
- influenza sul tono dell'umore: il comportamento porta a conseguenze emotive sul soggetto;
- tolleranza: la persona attua maggiormente il comportamento per ottenere lo stesso effetto sul tono dell'umore, dedicandogli dunque più tempo;
- conflitto: il tempo dedicato al comportamento provoca conflitti interpersonali, relazionali e difficoltà in ambito lavorativo e sociale derivanti dalla dipendenza instauratasi;
- recidiva: dopo periodi in cui si riesce a gestire il comportamento, potrebbe esserci la tendenza a ricominciare o incrementare il comportamento stesso;
- sintomi da astinenza: possono verificarsi stati d'animo o conseguenze fisiche spiacevoli, ma non stati di astinenza fisiologicamente rilevanti come nelle dipendenze da sostanze.

Sia le dipendenze da sostanze che le dipendenze comportamentali presentano comunque numerosi elementi in comune:

- inizialmente vengono ricercate per il piacere e il sollievo che ne derivano ed è quasi sempre presente la negazione del problema;
- la dominanza, ovvero la sostanza o il comportamento, domina costantemente il pensiero, non c'è possibilità di resistere all'impulso di assumerla o di eseguire il comportamento, essendo vissute con modalità compulsiva;
- presenza del craving;
- presenza di instabilità dell'umore;
- presenza di tolleranza, ovvero progressiva necessità di incrementare la quantità di sostanza o di tempo dedicato al comportamento per ottenere l'effetto piacevole;

- presenza di una crescente sensazione di perdita del controllo sull'assunzione della sostanza o sull'esecuzione del comportamento;
- astinenza: presenza di un profondo disagio psichico e fisico quando s'interrompe o si riduce l'assunzione della sostanza o il periodo dedicato al comportamento;
- conflitto: è la conseguenza dell'uso continuato della sostanza o del comportamento che determina sempre più gravi ricadute sul funzionamento personale e interpersonale (sfera lavorativa, scolastica, affettiva, amicale, familiare, ...);
- persistenza intesa come continuazione nell'assunzione della sostanza o l'esecuzione del comportamento nonostante la progressiva ed evidente associazione con conseguenze negative sempre più gravi;
- ricaduta ovvero la frequente tendenza a riavvicinarsi alla sostanza o al comportamento dopo un periodo di interruzione;
- poliabuso inteso come elevata frequenza dell'assunzione di più sostanze o dell'esecuzione di più comportamenti, nonché di passaggio da una dipendenza a un'altra;
- la somiglianza dei principali fattori di rischio: impulsività, sensation-seeking (tradotto come ricerca di sensazioni e impressioni), capacità metacognitive disarmoniche, inadeguato ambiente genitoriale.

Nel DSM-5 sono classificate undici tipologie di sostanze correlate al disturbo da uso di sostanze: alcol, caffeina, cannabis, allucinogeni, inalanti, oppiacei, sedativi, ipnotici, ansiolitici, stimolanti e tabacco. Le sostanze in grado di alterare umore e cognizione vengono definite *psicoattive* (Toates, 2014). In base a una distinzione per effetti possiamo classificarle come: psicolettici che deprimono le funzioni psichiche (morfinosimili, etanolo, barbiturici, benzodiazepine); psicoanalettici, farmaci che eccitano le funzioni psichiche (amfetaminosimili, cocaina, caffeina, nicotina); psicodislettici che alterano le funzioni psichiche (derivati della canapa indiana); psichedelici (psicoattivi) che provocano distorsione della percezione sensoriale (LSD, psilocina, psilocibina, mescalina, ecstasy).

1.5 Le dipendenze tecnologiche

La crescita esponenziale delle varie tecnologie ha fatto sì che l'uomo diventasse "tecnodipendente". Oggi, infatti, nessuno può più fare a meno di strumenti e apparecchiature tecnologiche che sono utilizzate nelle quotidiane situazioni domestiche e lavorative, ma anche nelle esperienze in ambito di settori scientifici.

Le dipendenze da Internet, in particolare, rappresentano un'area emergente delle dipendenze tecnologiche. È stato osservato, inoltre, che i soggetti più a rischio sono quelli che hanno più difficoltà a comunicare, che hanno una nozione spazio-temporale alterata e che cercano incessantemente un mezzo per esprimere o superare il proprio malessere. Sono, per la maggior parte, soggetti affetti da disturbo depressivo, disturbo ossessivo-compulsivo, e che si trovano in situazioni ambientali sfavorevoli, come la solitudine.

Attraverso Internet, infatti, si possono provare intensi e piacevoli sentimenti di fuga, superando on-line i problemi della vita reale, con un effetto simile ai “viaggi” consentiti da alcune droghe e, inoltre, permette al soggetto di provare un senso di onnipotenza, connesso con il superamento di ogni limite personale e spazio temporale.

Nel 2000 un gruppo di ricerca condotto da Tonino Cantelmi ha individuato le più comuni tipologie di fenomeni di dipendenza da esperienze mediate dalla rete:

- Gioco d'azzardo compulsivo online. Il gioco d'azzardo online comprende, ad esempio, casinò virtuali e aste online. A differenza del gioco d'azzardo “tradizionale”, nel gioco d'azzardo online il giocatore necessita solamente di un computer, di una connessione Internet e di una carta di credito con cui è possibile giocare stando comodamente seduti a casa propria. La pericolosità di tale fenomeno sta nel fatto che il giocatore online, soddisfacendo il desiderio di sentirsi libero dal pregiudizio sociale negativo che accompagna i frequentatori di casinò, ha la possibilità di scommettere 24 ore su 24, incorrendo a un uso incontrollato e inopportuno del gioco online.
- Dipendenza da cybersesso. Il cybersesso è sia una ricerca di materiale pornografico in rete (immagini, giochi e film), che a sua volta può essere collezionato o scambiato con altri, sia di relazioni erotiche tramite posta elettronica e chat room. La possibilità di utilizzare dei canali audio e video, tramite microfoni e webcam, ha reso più realistica l'esperienza che avviene però sempre in una condizione di “presenza/assenza” dell'altro. Per alcuni il cybersesso diventa gradualmente la principale fonte di gratificazione sessuale, al punto da ridurre l'interesse per il partner reale.
- Dipendenza da cyber relazioni. La dipendenza da relazioni virtuali fa riferimento al fenomeno della comunicazione online, e si caratterizza per il bisogno sempre più pressante dell'individuo di stringere amicizie virtuali e intessere relazioni attraverso il web. Gli strumenti più utilizzati sono le e-mail, ma anche le chat rooms, in cui la comunicazione può avvenire tra due o più persone presenti in quel determinato momento all'interno di un canale. L'aspetto più interessante di questo tipo di dipendenza è quello relazionale. È fondamentale l'uso della fantasia sia nel presentarsi

agli altri utenti, sia nell'immaginarli. Si cerca, infatti, di costruire un'immagine molto idealizzata dell'altro, che corrisponde più ai bisogni affettivi soggettivi che alla realtà della persona con la quale si entra in contatto. Un'altra caratteristica di questo mezzo è il fatto che la persona può dare di sé un'immagine diversa da quella effettiva, suscitando negli altri interesse e curiosità irrealizzabili nella vita di tutti i giorni, ma c'è anche la possibilità che la persona scopra, nel corso delle interazioni, aspetti di sé che non conosceva.

- Dipendenza da eccessive informazioni (Information overload). L'information overload si caratterizza per il comportamento disfunzionale di chi passa sempre più tempo in rete, navigando da un sito all'altro, alla ricerca di informazioni più complete e aggiornate senza riuscire a interrompere o a ridurre il tempo di connessione, ricevendo una quantità di informazioni tali da non riuscire a focalizzare l'attenzione su una di esse o prendere una decisione. In una prima fase la persona sembra vivere un senso di piacere e di eccitazione non appena trova nel web l'informazione che ricerca. Questo sentimento, però, viene sostituito da un "circolo vizioso" dove il soggetto considera solo parziali le informazioni che recupera in rete, che non sono più sufficienti, e sperimenta, perciò, dubbi e incertezze che lo portano a proseguire nella ricerca, che vive come un obbligo verso il quale si considera sempre incapace e in difetto. Si tratta di qualcosa di molto simile a ciò che capita all'ipocondriaco con una malattia: cerca informazioni su una malattia, chiede pareri a svariati medici per placare i suoi dubbi, ma più chiede pareri più sente il bisogno di farlo. Così più aumentano le informazioni, più ci si rende conto che esiste un aspetto che non si era considerato, e che non può assolutamente essere lasciato al caso. Man mano che si va avanti, i dubbi aumentano e ci si rende conto di quante ancora siano le cose da sapere.
- Trading online compulsivo. La possibilità di effettuare transazioni borsistiche attraverso Internet ha profondamente modificato il mondo della borsa. Il massiccio utilizzo di supporti digitali consente un'estrema velocizzazione delle operazioni di acquisto e vendita di azioni permettendo, sia al piccolo investitore che ai grandi operatori dell'alta finanza, di intervenire sui principali mercati mondiali in modo istantaneo. La rete, infatti, aumenta la sensazione di poter tenere sotto controllo la situazione, poiché permette di conoscere l'andamento dei mercati a qualunque ora del giorno e della notte, con la contemporanea possibilità di operare online. Sono proprio queste le caratteristiche che espongono alcuni soggetti a un uso compulsivo del trading online, che porta sia a una dilatazione del tempo dedicato a tali operazioni sia alla comparsa di

una ideazione prevalente, per cui la vita mentale di tali soggetti sembra ruotare, a volte anche per mesi, sulle tematiche borsistiche e sull'andamento dei mercati. Questa forma di uso patologico di Internet, però, è la più sottostimata, nonostante la sua prossimità al gioco d'azzardo patologico. Una delle ragioni può risiedere nel fatto che le operazioni borsistiche richiedono conoscenze e capacità, privilegio di utenti più colti. Questo, però, può determinare la diminuzione dei sensi di colpa che nel vissuto del trader non sono legati, come nel gioco d'azzardo, a un'attività ludica e morbosa bensì a operazioni finanziarie e di investimento di capitali di tipo professionale. Ecco perché il giocare in borsa attraverso la rete è considerato il meno problematico tra tutti i giochi d'azzardo compulsivi, nonostante la tecnologizzazione del mercato borsistico lo abbia trasformato sempre più in gioco d'azzardo speculativo, e sempre meno in operazione di investimento dei propri risparmi.

- Shopping online compulsivo. Lo shopping compulsivo, nonostante non sia ancora stato specificato nel DSM, è descritto come un impulso irrefrenabile, un bisogno inarrestabile, una tensione costante che può essere alleviata solo comprando. Questo tipo di acquisti garantisce rapidità, efficacia, possibilità di reperire facilmente beni e oggetti rari, ma anche l'eliminazione dell'intermediazione umana. Questi aspetti contribuiscono a favorire l'insorgenza di condotte di acquisto additive, limitate soltanto dalla possibilità di impiego di una o più carte di credito.
- Dipendenza da giochi di ruolo online. I giochi di ruolo in rete usano la rete per far giocare fra loro più utenti simultaneamente. Nell'ambito della realtà virtuale del gioco, il soggetto si costruisce una nuova identità che gli consente di esprimersi liberamente. Si possono sperimentare sé alternativi, agenti in una vita parallela. Questa "altra" vita può essere talmente coinvolgente da assumere più rilevanza rispetto a quella reale. In questo caso, il soggetto vive un vero e proprio sdoppiamento e manifesta sempre più il bisogno di trasformarsi nel personaggio virtuale sul quale proietta tutti i desideri e le illusioni. Anche in questo caso, può comparire un comportamento additivo per il quale il soggetto tenderà a dedicare gran parte del tempo al gioco, mettendo in crisi i rapporti interpersonali e gli impegni della vita reale. Dato che il gioco può svilupparsi pressoché all'infinito, uno degli elementi che può tenere legato il giocatore al computer è la sensazione di non vanificare gli sforzi fino a quel punto compiuti per porre in condizioni favorevoli i propri "avatar".

1.6 Le basi biologiche della dipendenza

La necessità di discutere riguardo le basi biologiche della dipendenza non è solamente scientifica, ma anche sociale. A tutt'oggi, le campagne di prevenzione e sensibilizzazione su questo problema procedono su due binari palesemente divergenti: da un lato, si denuncia la pericolosità delle varie dipendenze per il cervello; dall'altro, si propongono modelli di risoluzione del problema che fanno leva sui rapporti interpersonali, le loro forza e solidità, e la decisione da parte del soggetto dipendente di “dare una svolta” alla propria vita in rovina. Questo secondo concetto presuppone un cervello sostanzialmente illeso che, cioè, una volta tolta l'intossicazione corrente, recuperi le potenzialità e le sensibilità alle classiche sollecitazioni morali e umane, che riportano le persone normali “sulla retta via”.

Ma i danni che subisce un cervello dipendente sono sempre reversibili o no?

Per comprendere come agisce la dipendenza nel sistema nervoso occorre partire dai principi della comunicazione fra le cellule del nostro cervello.

Il *neurone* è l'unità cellulare che costituisce il tessuto nervoso. Esso trasporta informazioni sia per via elettrica sia per via chimica: all'interno del neurone, l'impulso viene trasmesso sulla base della carica elettrica. Il neurone ha tre componenti: i dendriti, fibre sottili che si dipartono dalla cellula per ricevere informazioni da altri neuroni; il corpo della cellula che concentra gran parte delle funzioni; l'assone, una fibra sottile che trasporta gli impulsi nervosi verso altri neuroni.

I meccanismi di trasporto dei segnali nervosi sono principalmente due: all'interno della cellula l'impulso si propaga lungo la membrana sotto forma di segnali elettrici; fra le cellule (nella fessura sinaptica) la comunicazione è resa possibile dalla conversione dei segnali elettrici in segnali chimici ovvero piccole molecole messaggere chiamate neurotrasmettitori.

Le informazioni viaggiano all'interno del sistema nervoso sotto forma di segnali elettrici detti impulsi nervosi, che partono dal corpo cellulare del neurone e percorrono l'assone arrivando alla terminazione nervosa. Il passaggio di tali impulsi da un neurone all'altro è possibile grazie alle sinapsi e ad alcune sostanze chimiche, da esse rilasciate, chiamate mediatori chimici o neurotrasmettitori (che trasformano l'impulso elettrico in segnale chimico).

Nella trasmissione del segnale nervoso tra due neuroni sono coinvolti un neurone pre-sinaptico e un neurone post-sinaptico. Una volta giunto al neurone pre-sinaptico, l'impulso nervoso non può passare direttamente al neurone post-sinaptico poiché questi sono separati da uno spazio chiamato fessura sinaptica. Nella membrana del neurone pre-sinaptico, contenuti all'interno di specifiche vescicole, sono presenti i neurotrasmettitori che, nel momento in cui l'impulso nervoso raggiunge il neurone pre-sinaptico, vengono rilasciati nella fessura sinaptica.

I neurotrasmettitori, così liberati, raggiungono i recettori presenti sulla membrana post-sinaptica e vengono attivati. I neurotrasmettitori rilasciati nella fessura sinaptica raggiungono vari recettori ma ne attivano solo alcuni e, cioè, quelli con cui hanno una forte affinità; quindi ogni tipo di neurotrasmettitore ha la funzione di attivare un diverso tipo di recettore.

Ma cosa succede, se dall'esterno, viene immessa nell'organismo una sostanza chimica che può mimare il comportamento di un neurotrasmettitore? I recettori post-sinaptici non hanno infatti modo di sapere se le sostanze chimiche a cui si legano siano esogene (cioè immesse dall'esterno) oppure endogene (dall'interno). Da cui, le sostanze psicoattive hanno effetti sulla psiche in quanto interagiscono con i recettori presenti sulla membrana dei neuroni (Toates, 2014).

In realtà il cervello, data la sua importanza, possiede una difesa particolarmente forte (la barriera emato-encefalica) che blocca il passaggio di molte sostanze nocive. Tuttavia, le sostanze psicoattive hanno in comune la capacità di passare facilmente questa membrana lipidica (perché si sciolgono bene nei grassi) e di mimare (imitare) il comportamento dei neurotrasmettitori endogeni, attivando determinati recettori.

Il cervello di una persona con una dipendenza patologica lavora in modo diverso. Il suo unico obiettivo, il suo bisogno prioritario, è trovare il benessere che ottiene con l'uso della sostanza in questione o con l'assunzione di un dato comportamento, gli stessi che generano alla persona un piacere momentaneo e limitato. A poco a poco, questo "stimolante" esterno sostituisce le ricompense naturali del proprio organismo, e il cervello ne ha sempre più bisogno.

Il ruolo della dopamina è la chiave di qualsiasi processo di dipendenza; il motivo è che genera ansia e desiderio. Questo è ciò che attiva le altre aree cerebrali affinché si orientino verso questa stessa causa e necessità. Il corpo striato, per esempio, è il primo che si mette in marcia e che recluta strutture quali il mesencefalo e la corteccia orbitofrontale. Tutto il cervello avverte che la sostanza, o la condotta, è prioritaria e si concentra, dunque, su questo unico obiettivo.

In linea generale, tutte le droghe d'abuso causano serie alterazioni sull'attività del sistema dopaminergico mesocorticolimbico. Se il consumo diventa cronico, si verificheranno cambiamenti neuroadattivi e neuroplastici che giungono fino ad alterare del tutto la struttura di questo sistema.

La corteccia prefrontale è una delle più colpite. In essa si verificano anche dei cambiamenti drastici come effetto delle dipendenze. Si alterano le nostre emozioni e la loro regolazione, così come i nostri processi cognitivi. Risulta faticoso concentrarsi, ragionare in modo chiaro, controllare la propria condotta e prendere delle decisioni.

Il cervello possiede sistemi che guidano il comportamento “attraverso” gli stimoli che sono fondamentali per la sopravvivenza. Le sostanze psicoattive attivano artificialmente queste vie nervose in modo estremo esasperando la motivazione a ripetere il comportamento. In accordo con questa teoria, la dipendenza sarebbe il risultato di una complessa interazione tra gli effetti fisiologici di una sostanza su determinate aree del cervello, motivazione ed emozione.

Il nucleo accumbens è un'area coinvolta nella motivazione, nell'apprendimento e nell'attribuzione di “valore motivazionale” ai diversi stimoli: le sostanze aumentano il rilascio di dopamina nel nucleo accumbens. Il sistema nervoso viene perciò ingannato e risponde come se la sostanza fosse necessaria alla sopravvivenza. Con ripetute esposizioni l'associazione tra sostanza e stimolo diviene sempre più forte, evolvendo in risposte comportamentali complesse. Quando parliamo di consumo di alcol e droghe, i cambiamenti che si verificano a livello cerebrale sono immensi, devastanti a volte, e questo è un aspetto che non si può tralasciare. Le alterazioni sono enormi e, in molti casi, irreversibili.

Gli esperti dell'Istituto Nazionale sull'Abuso di Droghe affermano che la dipendenza è un disturbo del cervello ricorrente e cronico. Tuttavia, sono già molti i neurologi che mettono in dubbio quest'affermazione.

Tale asseverazione risiede in un concetto che tutti conosciamo e abbiamo ascoltato in più di una occasione: la plasticità cerebrale. Il cervello non è come il cuore, lo stomaco o il pancreas, ha una virtù eccezionale: è progettato per cambiare, per produrre nuove connessioni neuronali, per imparare e allenarsi a creare nuovi tessuti e cellule nervose.

Se il nostro cervello non fosse cambiato nel corso del tempo, adesso ci troveremo in uno stato comatoso. Evolviamo, cambiamo, generiamo nuove capacità. Dalla dipendenza si può quindi uscire, seppur con un percorso difficile e faticoso da affrontare.

CAPITOLO 2.

Gli interventi nelle dipendenze patologiche

C'è qualcosa nelle storie dei nostri pazienti che mi fa pensare che le correzioni di rotta sulla strada dove il destino attende, siano tutte correzioni infinitesimali che possono venire amplificate da circostanze, avvenimenti, incontri, di cui l'aspetto riparativo della terapia può servire a facilitarne l'evenienza. In questo senso l'azione riparativa è fatta di piccoli ritocchi che possono mettere le persone in grado di correggere il percorso e concorrere a definire quale sarà il punto o i punti dove il destino che ti sei creato ti aspetta.

Fea M., Riparatori di destini, 2008

2.1 Il Dipartimento delle Dipendenze Patologiche

Il Dipartimento delle Dipendenze Patologiche è l'esito di un atto di riordino del Sistema Regionale dei Servizi per le Dipendenze (DGR 747/04) già prefigurato nel Piano Sanitario Regionale 2003-2006. Tale atto ha rappresentato il necessario adeguamento del sistema:

- al mutato contesto normativo e culturale europeo e internazionale;
- al mutato contesto normativo regionale e ai nuovi assetti territoriali sociali e sanitari italiani;
- alle mutevoli caratteristiche del fenomeno.

Gli obiettivi primari per la promozione e tutela della salute nell'area delle dipendenze patologiche sono quindi: la prevenzione, la cura e la riabilitazione. Tali obiettivi sono perseguiti grazie alle azioni promosse da una rete di servizi a elevata integrazione socio-sanitaria, costituita da: unità operative e servizi dell'Azienda Sanitaria Locale (distretto, dipartimento di prevenzione, dipartimento delle dipendenze e ospedale), molteplici servizi di appartenenza ad altri enti o istituzioni pubbliche (Ser.D., comunità terapeutiche residenziali pubbliche, ...) e del privato-sociale o del volontariato.

Al fine di soddisfare le esigenze di continuità assistenziale, non si può considerare solo la realtà dei Ser.D. come unico centro operativo ma bisogna operare per promuovere una logica di "sistema" preventivo-assistenziale per le dipendenze. Tale sistema deve quindi essere composto da servizi coordinati e integrati tra loro, che permettano anche di individuare una chiara definizione di compiti e ruoli lungo tutto il percorso di cura. Occorrono servizi che attuino interventi diversificati nel tempo con obiettivi multipli, attraverso la progettazione di azioni

mirate e appropriate in base alle diverse e mutevoli necessità dell'utenza, soprattutto in base alle potenzialità terapeutiche rilevate al momento della presa in carico.

È fortemente raccomandato che i servizi si occupino di tutte le sostanze d'abuso, incluse quelle legali, proprio per sviluppare e consolidare gli interventi sulle nuove tematiche, poste dall'uso/abuso di sostanze, a cui i servizi debbono rispondere.

Al centro dell'interesse dei servizi deve esserci la *persona*, quale portatrice di un bisogno, indipendentemente da una effettiva richiesta di intervento terapeutico e dalla disponibilità a recarsi presso la sede del servizio. L'obiettivo generale è quello di tutelare la salute del soggetto (globalmente intesa), un compito che comprende una lista di possibili obiettivi specifici che vanno da quello ambizioso, e non sempre immediatamente conseguibile, di una completa riabilitazione a quello più limitato, ma non per questo da trascurare, della induzione di uno stile di vita meno rischioso.

Nell'ambito dei servizi è importante che si affermi sempre più il *carattere interdisciplinare* degli interventi, così definito per la capacità delle differenti realtà e qualifiche professionali di interagire positivamente a livello della singola persona assistita.

È inadeguata la persistenza del concetto di irrecuperabilità: qualunque utente deve ricevere, ovviamente nelle diverse forme, tutto l'aiuto possibile attraverso un serio lavoro che gli consenta di raggiungere una condizione di personale benessere. Non esiste un'unica risposta elettiva per risolvere il problema delle dipendenze, ma una serie di strumenti i quali concorrono al raggiungimento di un risultato positivo solo se opportunamente integrati.

La riorganizzazione di un settore così complesso, infine, va basata non su una concezione dell'uso/abuso/dipendenza di sostanze come patologia unica ma, piuttosto, su una visione più ampia e problematica, dalla quale consegue una risposta assistenziale altrettanto articolata, estesa a prestazioni estranee alla specifica competenza del Ser.D., quali malattie infettive (HIV/AIDS, MST, tubercolosi, epatiti, ecc.), disturbi psichiatrici, assistenza alle donne e all'infanzia o, addirittura nell'ambito dell'azienda sanitaria, disagio giovanile, prevenzione primaria, ecc..

Il riordino del sistema regionale dei S.S.D.P. è inoltre basato su un assunto del tutto innovativo per cui si passa dalla dicotomia tra servizio pubblico e privato a un sistema pubblico integrato dei servizi pubblici e privati.

La struttura che governa i processi di progettazione operativa, decisionali, gestionali, di coordinamento delle diverse U.O. e attuativi del Sistema dei Servizi che si occupano in forma integrata della materia è, infatti, un presidio pubblico del Servizio Sanitario Regionale, identificato nel Dipartimento Dipendenze Patologiche (D.D.P.).

Si è ritenuto, cioè, indispensabile l'incontro di più discipline, metodologie e organizzazioni, legate a culture e prassi operative differenti, che si riconoscano in una rete di intervento in cui sia i soggetti pubblici che il privato sociale accreditato e del terzo settore abbiano una effettiva pari dignità e possano, connessi da una comune mission, concorrere in maniera integrata al raggiungimento degli obiettivi di salute della popolazione target, assicurando il più ampio e appropriato ventaglio di opportunità alla persona.

Ciò al fine di garantire a chiunque viva in questa Regione, come cittadino, come detenuto, come persona temporaneamente residente, legalmente o clandestinamente, e a qualunque etnia, sesso o religione appartenga, di veder rispettato il diritto al trattamento più appropriato per quella patologia, per quella persona, in quello specifico momento evolutivo della persona e della patologia.

Ciascun trattamento deve essere offerto nei luoghi più adeguati, da parte di personale specializzato e costantemente formato, organizzato in equipe pluriprofessionali e multidisciplinari, numericamente adeguate, che si trovano all'interno di Unità Operative integrate nei D.D.P.. I trattamenti vanno stabiliti secondo i criteri basati sulla Medicina delle Evidenze (EBM) o secondo approcci strutturati e condivisi dalla comunità scientifica.

Le terapie possono consistere, in funzione della loro complessità, in un unico intervento (per esempio, la disintossicazione in regime di ricovero) oppure in una serie di interventi paralleli o sequenziali, composti da un insieme di azioni orientate allo stesso obiettivo. Gli interventi sociali alla persona sono il supporto fondamentale al percorso terapeutico e quindi sono complementari ai trattamenti sanitari.

In sintesi, è questo un sistema integrato di cure e non più soltanto il frutto delle singole competenze e professionalità.

2.2 Servizi Territoriali Dipendenze Patologiche

Dal 2014 i vecchi Ser.T. (servizi territoriali), che risalivano al 1990, si sono trasformati in Ser.D. - servizi pubblici per le dipendenze. Non è un fatto solo nominalistico, è cambiato il mandato dei Servizi: oggi si deve affrontare tutto lo spettro delle dipendenze, da sostanze e da comportamenti. Gli operatori sono figure professionali pluridisciplinari, in grado di affrontare la complessità e la plurifattorialità della patologia, garantendo l'accesso diretto alle cure e ovviamente l'anonimato dei pazienti. A livello locale opera il Servizio Territoriale per le Dipendenze patologiche, ovvero S.T.D.P..

Il Ser.D. vuole essere un luogo terapeutico, laico e non giudicante. I principali fattori che interagiscono e sono in grado di condizionare il comportamento di una persona con

problematiche di dipendenza patologica sono di tipo psicologico, biologico, sociale e culturale. Ne deriva la necessità di un inquadramento diagnostico multidisciplinare, indispensabile per un'adeguata definizione degli obiettivi del trattamento. A tal fine il servizio definisce e concorda quali strumenti diagnostici siano indispensabili e quali integrativi, nonché le regole schematizzate di presentazione del caso.

La *riunione d'equipe* è lo strumento elettivo per la discussione dei casi e l'orientamento decisionale sul trattamento. Il *contratto terapeutico* è lo strumento e la metodologia fondamentale di gestione clinica di ogni singolo caso, oltre che strumento primario di comunicazione, confronto e condivisione tra gli operatori del servizio. La cura si applica attraverso trattamenti multidisciplinari.

Nell'equipe sono presenti le figure del medico psichiatra, dello psicologo psicoterapeuta, dell'educatore professionale, dell'infermiere e dell'assistente sociale. Poiché la persona affetta da dipendenza tende a negare o minimizzare il problema e a credere che "se solo volessi, potrei smettere domani, ...", compito primo dell'equipe è quello di aumentare il livello di consapevolezza della malattia e della motivazione alla terapia con una serie di colloqui psicoterapeutici o psicoeducativi individuali e/o di gruppo. In seguito, è necessaria la stipulazione di un contratto terapeutico tra la persona interessata, la sua famiglia e l'equipe di riferimento, che prevede la definizione di un programma d'interventi che si declinano attraverso colloqui individuali, l'eventuale terapia farmacologica, gruppi per i familiari, coinvolgimento della famiglia nella gestione terapeutica dell'utente, favorendo così la conoscenza di quella particolare malattia.

Nello specifico, le attività di prevenzione sono state finalizzate:

- alla promozione della salute collettiva in generale, con particolare attenzione alla popolazione giovanile, attraverso campagne e interventi informativi ed educativi nei luoghi dell'aggregazione formale e informale;
- alla educazione alla salute nelle scuole;
- alla formazione di insegnanti, educatori e operatori;
- alla riduzione dell'uso di sostanze stupefacenti e psicotrope legali e illegali;
- al contatto precoce;
- alla riduzione della mortalità e della morbilità per patologie correlate alla tossicodipendenza e all'alcolismo (infezioni da HIV, morti per overdose, epatiti, TBC, MST, setticemie ed endocarditi).

Le attività di cura sono state finalizzate:

- al superamento degli stati di tossicodipendenza;

- alla diagnosi e alla terapia delle patologie correlate;
- al recupero e al mantenimento dello stato di benessere psicofisico dei pazienti e dei loro familiari.

Possiamo descrivere, per semplificare, due tipologie di pazienti in trattamento:

- Pazienti a *bassa evolutività*, cioè pazienti con problematiche (psichiatriche, di personalità, sociali) tali da non consentire, in tempi brevi, un percorso di cambiamento volontario della condizione di tossicodipendenza e/o di alcol dipendenza. I progetti terapeutici sono stati, per lo più finalizzati al miglioramento della qualità della vita, alla riduzione delle attività illegali, alla riduzione del rischio di overdose, alla riduzione dei comportamenti a rischio di patologie correlate, all'incremento lavorativo.
- Pazienti ad *alta evolutività*, cioè pazienti per cui è stato possibile ipotizzare un cambiamento della condizione di tossicodipendenza e/o di alcol dipendenza. I progetti terapeutici sono stati, pertanto, finalizzati al superamento o a un significativo contenimento dello stato di dipendenza.

Il S.T.D.P. eroga i seguenti trattamenti:

- valutazione diagnostica multidisciplinare e pluriprofessionale;
- trattamenti farmacologici integrati e non, a medio e lungo termine, finalizzati alla detossificazione o alla stabilizzazione farmacologica;
- controlli ematochimici e controllo dei metaboliti urinari;
- cura delle patologie correlate anche in collaborazione con altre UU.OO. territoriali e/o ospedaliere;
- interventi di sostegno psicologico rivolti al paziente e ai familiari, psicoterapia strutturata individuale e familiare;
- sostegno psico-educativo;
- counselling;
- interventi socio-assistenziali, anche in collegamento con la rete sociale territoriale;
- predisposizione di programmi psico-socioriabilitativi personalizzati con inserimento in comunità terapeutica residenziale e semiresidenziale;
- reinserimento sociale e lavorativo, anche con utilizzo di borse lavoro;
- orientamento e trattamento di soggetti detenuti e di soggetti sottoposti a misure alternative alla detenzione;
- interventi di riduzione del danno (contatto con soggetti che non accedono ai servizi o che vivono situazioni di forte marginalità sociale o che sono a rischio di comportamenti dannosi per la propria e altrui salute; informazione sui danni legati all'uso di sostanze

stupefacenti; counselling; offerta di presidi sanitari e di materiali informativi; accompagnamento ai servizi sanitari e sociali);

- accertamenti/certificazioni medico-legali.

Le attività di reinserimento sociale e lavorativo, in graduale continuità con il progetto terapeutico, sono state finalizzate a promuovere e coordinare percorsi di inclusione sociale, lavorativa e abitativa anche in collaborazione con gli istituti scolastici e con le istituzioni collegate al mondo del lavoro, sia pubbliche che private.

Il S.T.D.P. è un servizio che si occupa di promozione della salute, prevenzione, cura e riabilitazione di persone con problemi di dipendenza (sostanze illegali, alcol, tabacco, gioco d'azzardo, ecc.) utilizzando un approccio multiprofessionale e multidisciplinare. Definisce anche programmi in collaborazione con altri reparti e con i medici di base.

L'ambulatorio tossicologico provvede alla diagnosi e alla certificazione dello stato di tossicodipendenza e delle patologie correlate; predispone programmi terapeutici multimodali che includono terapia farmacologica, psicologica, supporto socio educativo alla persona affetta da dipendenza patologica e alla loro famiglia.

Oltre a questi vengono svolti anche altri servizi di base:

1. Presa in carico di pazienti affetti da dipendenza patologica. Accoglienza, diagnosi, elaborazione di un progetto terapeutico individualizzato. Il progetto può prevedere interventi di vario tipo: somministrazione di farmaci, esami e procedure cliniche, terapia psicofarmacologica, terapia psicologica, supporto socio educativo alla persona e alla famiglia e, al bisogno, l'eventuale invio in comunità terapeutica o centro diurno, detossificazione in regime ospedaliero. Vengono attivate collaborazioni con i servizi socio-sanitari di riferimento.
2. Centro diurno di accoglienza è un programma semiresidenziale di durata massima di 12 mesi, aperto dalle 7:00 alle 17:00, per un massimo di 8 persone. Interviene prima dell'ingresso o dopo l'uscita da una comunità terapeutica o per migliorare il trattamento ambulatoriale.
3. Unità mobile è un servizio di prevenzione selettiva indicata rivolta a gruppi giovanili a forte rischio o a persone con una dipendenza patologica da sostanze stupefacenti intercettate in strada o nei luoghi di intervento del S.T.D.P..

Si propone di prevenire le patologie di dipendenza attraverso programmi di scambio di presidi sanitari, orientamento e accompagnamento ai servizi di cura, miglioramento della qualità della vita, riduzione dei danni e dei rischi.

2.3 L'Educatore Professionale e l'assessment

Il Decreto del Ministero della Sanità 8 ottobre 1998, n. 520 è il regolamento recante norme per l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'Educatore Professionale.

Il primo articolo definisce il suo ruolo, la sua funzione e le sue competenze. Così recita:

1. È individuata la figura professionale dell'educatore professionale, con il seguente profilo: l'educatore professionale è l'operatore sociale e sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, attua specifici progetti educativi e riabilitativi, nell'ambito di un progetto terapeutico elaborato da un'equipe multidisciplinare, volti a uno sviluppo equilibrato della personalità con obiettivi educativo/relazionali in un contesto di partecipazione e recupero alla vita quotidiana; cura il positivo inserimento o reinserimento psico-sociale dei soggetti in difficoltà.

2. L'educatore professionale:

a) programma, gestisce e verifica interventi educativi mirati al recupero e allo sviluppo delle potenzialità dei soggetti in difficoltà per il raggiungimento di livelli sempre più avanzati di autonomia;

b) contribuisce a promuovere e organizzare strutture e risorse sociali e sanitarie, al fine di realizzare il progetto educativo integrato;

c) programma, organizza, gestisce e verifica le proprie attività professionali all'interno di servizi socio-sanitari e strutture socio-sanitarie-riabilitative e socio-educative, in modo coordinato e integrato con altre figure professionali presenti nelle strutture, con il coinvolgimento diretto dei soggetti interessati e/o delle loro famiglie, dei gruppi, della collettività;

d) opera sulle famiglie e sul contesto sociale dei pazienti, allo scopo di favorire il reinserimento nella comunità;

e) partecipa ad attività di studio, ricerca e documentazione finalizzate agli scopi sopra elencati.

Proseguendo negli articoli, si arriva al punto riguardante la valutazione e la progettazione: l'E.P. «deve programmare i suoi interventi dopo aver raccolto informazioni, osservato, valutato, confrontato dati, analizzato quanto è in suo possesso per predisporre e proporre ogni suo intervento educativo in modo il più possibile obiettivo e complessivo».

Queste azioni di raccolta del materiale clinico portato dal paziente sono chiamate tecnicamente *assessment* e sono una delle parti più importanti di questa professione. L'assessment può avvenire grazie a un colloquio oppure attraverso lo svolgimento di una serie di test come ad esempio il VADO (Erickson, Manuale per la riabilitazione psichiatrica). È infatti fondamentale non solo acquisire informazioni e conoscenze, ma soprattutto essere in grado di

contestualizzarle, collegarle e orientarle affinché diventino strumenti per la preparazione alla vita con un'attenzione particolare alla scoperta di sé e alla comprensione delle relazioni e del significato dei legami. Tutto ciò avviene in un setting educativo costruito intenzionalmente dove viene fatta un'accoglienza non giudicante e viene a crearsi, con l'utente, una relazione empatica da parte dell'E.P.. Egli stilerà poi un *progetto educativo* che indicherà la strada, orienterà l'andamento e avrà il ruolo di conduzione e cercherà di chiarire, da subito, che il lavoro dovrà essere fatto in due. Sarà presente la co-costruzione di questo spazio osservativo e ricostruttivo in cui verranno accolte le domande e i bisogni della persona.

Tali progetti si sviluppano per fasi:

- la prima è di qualificazione, in cui si definiscono gli obiettivi e se ne analizza la fattibilità;
- la seconda è di definizione, cioè si procede a identificare le possibili azioni da realizzare, a prefigurarle e a programmarle;
- la terza di realizzazione e l'ultima di chiusura, sono quelle in cui si verifica ciò che è stato fatto.

Di fronte a diversi tipi di richieste si deve tenere conto della persona che ha formulato la domanda parimenti alle esigenze che hanno portato alla formulazione della domanda stessa. L'analisi delle cause porta inevitabilmente a percepire l'utente nella sua globalità, prendendone in considerazione non solo i bisogni e le difficoltà, ma anche le potenzialità e le competenze. L'E.P. prende in carico non il bisogno espresso ma la persona che lo ha espresso, lavorando, di fatto, con l'utente e accompagnandolo nel suo percorso di cambiamento. Quando parliamo di *cambiamento* intendiamo innanzitutto cambiamento della propria visione, percezione e lettura di sé stessi e, poi, anche delle condizioni di vita (Gardella, 2007).

Si può infatti sostenere che l'intervento educativo sia un intervento che considera la specificità e l'unicità dell'utente e su di esse vada operando, attraverso processi di avvicinamento e ridefinizione successivi, alla confezione di *vestiti su misura* adeguati ai bisogni di ciascuno, sempre diversi tra loro, oltre che riproposti e rivisitati in funzione della relazione del soggetto con il mondo. Tutti questi dati raccolti e interrogati costituiscono gli strumenti principali dell'azione del progettare.

La progettazione, infatti, diventa anche una fase interpretativa dei dati il più oggettivamente possibile. Questa dimensione di oggettività non va interpretata come asetticità e distanza dai soggetti, piuttosto come area di condivisione di significati e di senso con le altre persone coinvolte nella quotidianità del soggetto stesso. Il progetto educativo esplicita il bisogno proprio della persona nell'intervento educativo stesso.

Spesso si tratta di un bisogno poco noto, non esplicitato, e non esplicitabile da parte del soggetto, sia perché non ha strumenti per la sua mentalizzazione (ad esempio, un portatore di handicap grave o un bambino in situazione di rischi e/o sofferenza), sia perché attinente a parti molto intime del vissuto e dell'esperienza del soggetto, difficili da trattare e da verbalizzare (si pensi ai bisogni e alle fatiche della domanda per il tossicodipendente). Il bisogno è la radice dell'obiettivo del progetto e occorre che sia misurabile, realistico, raggiungibile e che abbia una definizione temporale. Sono previste successivamente verifiche, bisogna cioè agire su basi oggettive attraverso l'individuazione e la misurazione di fattori osservabili, per attivare successivamente decisioni in merito ai risultati ottenuti.

È bene citare anche altre responsabilità che l'Educatore Professionale ha nei confronti dell'utente. Deve cioè rispettare la personalità e la dignità dei propri utenti e del loro ambiente di vita, evitando qualsiasi forma di discriminazione. Deve tenere costantemente presente il diritto dell'utente all'autodeterminazione e al libero arbitrio, rispettandone le libertà d'opinione e di decisione.

I dati personali degli utenti o di terzi devono essere raccolti e registrati dall'E.P. unicamente per scopi determinati, attinenti allo svolgimento dei propri compiti professionali ed esclusivamente nell'interesse degli utenti medesimi, nel rispetto delle regole stabilite dalla vigente normativa sul trattamento dei dati personali. L'E.P. s'impegna affinché le informazioni, i dati, le cartelle o altro in suo possesso che riguardano l'utente o terzi, siano mantenute riservate. È tenuto al segreto professionale su tutto ciò che gli è confidato o di cui può venire a conoscenza, in ragione della sua professione e del carattere fiduciario della relazione instaurata con l'utente, salve le giuste cause di rivelazione previste dalla legge e salvo il caso di rischio di grave pregiudizio all'utente, in particolare quando si tratti di minori o di incapaci, nel rispetto comunque delle norme vigenti in materia di trattamento dei dati personali. L'E.P. ha l'obbligo di mantenere il segreto professionale anche dopo la cessazione del rapporto di lavoro con l'ente di appartenenza o comunque al termine dell'espletamento di una singola prestazione professionale e in ogni altro caso di cessazione del rapporto con l'utente.

2.4 L'Educatore Professionale e il trattamento con soggetti di dipendenza

Sono diversi i servizi per il trattamento dei soggetti con problemi di dipendenza nei quali opera anche l'Educatore Professionale inserito in un'équipe multidisciplinare:

S.T.D.P.: è il servizio pubblico per le dipendenze patologiche del Sistema Sanitario Nazionale che si occupa della prevenzione primaria, della cura, della prevenzione di patologie correlate, della riabilitazione e del reinserimento sociale e lavorativo.

Servizi residenziali e semiresidenziali che comprendono:

Centro Crisi: è un servizio che accoglie persone con problematiche di dipendenza in situazioni di particolare emergenza, che vengono sottoposte anche a trattamenti farmacologici per un periodo di tempo non superiore a 90 giorni.

Comunità Terapeutico-Riabilitative: accolgono soggetti con problemi di dipendenza per i quali è opportuna una separazione dall'abituale contesto di vita. In esse vengono svolti programmi personalizzati attuati attraverso interventi diversificati, individuali e/o di gruppo.

Comunità Pedagogico-Riabilitative: hanno come obiettivo il recupero dell'autonomia e delle capacità di integrazione sociale attraverso la condivisione della vita comunitaria e lo svolgimento dell'attività lavorativa.

Comunità Specialistiche: per trattamento specialistico si intende un percorso terapeutico rivolto a persone con problemi di dipendenza specifici o associati a situazioni cliniche e personali particolari. Tra queste si distinguono le seguenti specifiche tipologie di servizi:

- Servizi di trattamento specialistico per coppie, soggetti con figli, nuclei familiari: accolgono persone con dipendenze patologiche per le quali è prevista la convivenza comunitaria con i propri figli e/o con i propri partners allo scopo di salvaguardare i diritti degli stessi e aiutarli nella ricostruzione delle relazioni affettive ed educative.
- Servizi di trattamento specialistico per pazienti in comorbilità psichiatrica: accolgono persone tossicodipendenti che presentano anche disturbi psichiatrici sulla base di un'apposita certificazione rilasciata dal S.T.D.P. in accordo con il Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera di riferimento.
- Servizi di trattamento specialistico per alcol e polidipendenti: accolgono persone dipendenti da alcol e da più sostanze che, prima di essere avviate alla fase di trattamento ambulatoriale o presso altre strutture della rete di assistenza, necessitano di una fase di osservazione e cura.

2.5 L'Educatore Professionale e la comunità terapeutica

L'Educatore Professionale opera all'interno delle comunità terapeutiche per il trattamento di soggetti con problemi di dipendenza e fa parte di un'equipe multidisciplinare formata da medico psichiatra, medico di base, psicologo, assistente sociale e, appunto, educatori professionali.

L'Educatore Professionale svolge numerose attività terapeutico-riabilitative, individuali o di gruppo, al fine di portare il soggetto a raggiungere obiettivi quali:

- acquisire una maggiore consapevolezza della propria realtà e delle problematiche personali nonché delle proprie capacità e abilità;

- affrontare le fragilità personali che possono essere stata causa ed effetto della situazione di dipendenza;
- rafforzare il sé dell'utente analizzandone le dinamiche emotive e relazionali;
- migliorare la sua autonomia personale e la gestione della quotidianità;
- imparare a riconoscere e gestire le emozioni;
- incrementare la motivazione al cambiamento;
- sviluppare un proprio progetto di vita.

Tali soggetti possono accedere alla struttura in seguito all'invio da parte di un servizio pubblico per le dipendenze patologiche o possono accedere anche come privati con l'invio da parte di un medico che ne accerti la dipendenza patologica.

L'Educatore Professionale redige per ciascun soggetto un progetto terapeutico-riabilitativo che risponda ai bisogni del soggetto e che viene periodicamente aggiornato sulla base degli obiettivi che l'utente raggiunge. Ciascun utente ha un proprio educatore di riferimento con il quale svolge periodicamente colloqui individuali per affrontare le difficoltà che il soggetto incontra nel suo percorso e per trovare strategie risolutive più funzionali rispetto a quelle utilizzate in precedenza.

All'interno della comunità vengono svolte diverse attività quali:

- attività di gestione del quotidiano: ovvero attività di gestione dei lavori domestici come pulizia degli ambienti, lavanderia, stireria, preparazione dei pasti e manutenzione dei luoghi interni ed esterni;
- attività ergo-terapiche: quali laboratorio di ceramica, apicoltura e ortocultura;
- attività ricreative e culturali: quali cineforum, camminate con gli utenti, uscite nel territorio e partecipazione a un pellegrinaggio della durata di una settimana;
- attività volte al benessere psico-fisico: ovvero attività sportive sia interne che esterne alla struttura e partecipazione a un campionato di calcetto.

Le attività educative che vengono svolte prevedono inoltre gruppi a carattere terapeutico che vengono guidati dall'Educatore Professionale quali:

- gruppo orientamento che ha la funzione di guidare gli utenti all'inserimento in comunità;
- gruppo di prevenzione alla ricaduta;
- gruppo emozioni con lo scopo di mettere in condizione l'utente di imparare a riconoscere e gestire le proprie emozioni;
- gruppo relazioni familiari;
- gruppo comunicazione efficace.

Sono inoltre previste anche attività di gruppo in quanto quotidianamente viene svolta un'assemblea, volta alla condivisione, dove tutti gli utenti si riuniscono insieme agli operatori e discutono di quelle che sono le problematiche della comunità, eventuali controversie tra utenti, difficoltà personali, condivisione degli stati d'animo di ciascun utente, riflessioni sul percorso terapeutico che stanno svolgendo e condivisione dei propri vissuti.

Vengono avviati anche progetti sul territorio che offrono opportunità formative professionali agli utenti e la possibilità di svolgere tirocini formativi finalizzati all'inclusione socio-lavorativa dei soggetti.

2.6 La mia esperienza di tirocinio presso il S.T.D.P. di Porto Sant'Elpidio (FM)

Ho svolto il tirocinio del mio secondo anno (A.A. 2018-2019) presso il S.T.D.P. di Porto Sant'Elpidio (FM), struttura ASUR dell'Area Vasta 4. Ho avuto come tutor guida il Dott. in Educazione Professionale Riccardo Verdecchia e ho assistito da vicino alle sue attività lavorative. Dalla mia esperienza il suo lavoro ha avuto risultati positivi; durante la mia permanenza molti utenti hanno raggiunto i traguardi prefissi. In alcuni casi, che costituiscono una minoranza, ci sono stati anche aggravamenti sfociati in situazioni croniche. Ho trovato molto positiva la collaborazione fra i diversi professionisti dell'equipe, in particolare con i medici e gli psicoterapeuti.

Mi sono reso conto che l'Educatore Professionale, in questo contesto, svolge prevalentemente:

- colloqui di accoglienza al servizio;
- gestione dei contatti con Tribunale Ordinario e per i Minorenni, Prefettura, UEPE;
- gestione dei rapporti con le comunità e le strutture del territorio;
- visite domiciliari;
- gestione e supporto ai Tirocini di Inclusione Sociale (TIS);
- attività di prevenzione;
- sostegno educativo attraverso colloqui motivazionali.

Ho assistito, nella fase di accoglienza, a come si raccolgono i dati anamnestici relativi alla persona che chiede di essere presa in carico e con la quale il professionista inizia a instaurare un rapporto, il più empatico possibile. Di questo momento, ho capito quanta attenzione si debba porre all'analisi dei bisogni del soggetto e del contesto in cui vive.

Possono essere effettuati, a seconda delle necessità, il questionario ASI (Addiction Severity Index) e l'ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) per ricostruire il quadro sociale, familiare e funzionale del soggetto. Altre volte, invece, accade che si svolga un colloquio con l'utente, per la raccolta dei dati a lui relativi, lasciandogli una

maggior libertà di parola. Questi e altri dati sono portati all'attenzione dell'equipe di riferimento e poi messi in relazione con l'ipotesi di intervento educativo e di cura che si intende realizzare; valutando in che misura essa sia in grado di rispondere ai bisogni e alle problematiche individuate per portare un effettivo miglioramento allo stato di salute psico-fisica e garantire che l'investimento delle risorse sia congruo ai benefici ipotizzati.

Tutto ciò conduce all'elaborazione di un piano personalizzato di sostegno, Progetto Educativo Individualizzato (PEI), che deve rispondere ai bisogni reali dell'utente e, adeguatamente, a criteri di efficacia ed efficienza.

Nel corso dell'intervento educativo e socio-riabilitativo, l'E.P. svolge degli incontri dove si cerca di far prendere consapevolezza al paziente della sua problematica e si cerca di capire cosa lo abbia portato ad avvicinarsi alla sostanza o al comportamento problematico. Si cerca di focalizzare l'attenzione sul presente, sulle dinamiche familiari e sociali attuali. Se queste risultano disfunzionali, l'educatore può coinvolgere i familiari nei colloqui per far sì che diventino punti di forza.

L'E.P. cerca di capire, insieme all'utente, quali siano le strategie migliori per poter affrontare la problematica e, insieme all'equipe multidisciplinare che lo segue, cerca di strutturare un adeguato progetto terapeutico-riabilitativo. Uno degli obiettivi principali è far giungere la persona a una condizione di vita il più stabile possibile, senza che vi sia il ricorso alle sostanze o a comportamenti problematici. Finalità da raggiungere possono essere: il miglioramento della qualità della vita, la remissione dei sintomi, il miglioramento della compliance al trattamento farmaceutico, la riduzione del disagio psichico e una migliore gestione delle relazioni personali. È questo un intervento sulla persona che non dovrà essere valutato esclusivamente attraverso la sola quantità di attività svolta, ma dovrà essere valutato sui reali effetti a proposito del grado di salute raggiunta e di quello di patologia evitata (Crisafulli, 2018).

2.7 La necessità di un modello psicologico riguardante l'utenza nella pratica educativa

Chi si avvicina al mondo delle professioni d'aiuto è molto probabile che sia una persona desiderosa di comprendere e di poter aiutare gli altri. L'uomo è un essere sociale che ha necessità di vivere in relazione con i suoi simili. Io penso che concettualizzazioni personali, come il proprio modello teorico riguardante l'uomo, influiscano fortemente sul modo con cui ciascuno di noi si rapporta con gli altri. Questi concetti sono costruiti sulla base di idee, opinioni personali ed esperienze proprie che vanno a costituire una teoria self-made.

È molto importante il modo con cui ci rappresentiamo la persona che abbiamo davanti, perché questo ci porta a sentirla in una determinata maniera, a coglierla, a leggerla e, quindi, la nostra

azione sarà guidata da questo tipo di costrutti personali. Questa serie di considerazioni va applicata alle conoscenze dell'Educatore Professionale e al suo campo di interventi, così da avere una più ampia visione delle ipotesi di lavoro e delle modalità di relazione con l'utente.

Quando ci accostiamo a problematiche di materia socio-sanitaria, non lo si può fare in maniera istintiva e ingenua, dobbiamo avere in mente una prospettiva, dobbiamo avere un'idea del funzionamento dell'essere umano che abbiamo davanti.

Quel tal comportamento, quella rabbia, quei comportamenti problematici, quelle relazioni d'ansia, a cui io dovrò relazionarmi, hanno una loro osservabilità e descrivibilità sulla base dei sistemi di classificazione dei sistemi diagnostici internazionali (es. il DSM) dove si dice, per esempio, "quel ragazzino ha un grave disturbo della condotta".

Un differente tipo di approccio è quello post-razionalista, che tende a ragionare non in termini descrittivi ma in termini esplicativi. Se, per esempio, abbiamo la situazione di un utente molto frequentemente "incazzato" in un centro diurno, mi chiedo come mi debbo rapportare a lui e come debbo intervenire. Una tra le prime domande sarà: cosa c'è dietro quella rabbia? Che idea ci possiamo fare del funzionamento interno di quella persona?

La domanda presuppone la riflessione che non tutte le rabbie sono uguali così come, non lo sono, tutte le iperattività o altri sintomi ancora. Può succedere che una persona ogni tanto abbia esplosioni di rabbia "immotivate"; secondo questa visione non ci sono mai esplosioni di rabbia immotivate. Se si va a vedere bene che cosa è successo cinque minuti prima, si scoprirà che cinque minuti prima nel suo sé si è attivata un'area emozionale critica, che quella persona fa fatica a gestire, a riconoscere e a esperire.

Ogni sintomo ha una funzione diversa; parliamo dei sintomi in termini di funzione considerandoli, diversamente dall'altro approccio, non come entità negative. Secondo questo modo di vedere, i sintomi hanno sempre una funzione positiva di tipo identitario e relazionale. Vedremo poi che i sintomi servono sempre per mantenere uno stato di relazione con il mondo, cioè si parte dal presupposto che i comportamenti critici abbiano un senso.

Quello che si consiglia vivamente è di avere attenzione; è bene pensare prima di agire per non rispondere ad agiti con altri agiti. Altrimenti non si attua un intervento positivo, non si insegna una nuova modalità riflessiva di agire e procedere, che invece è necessaria.

Dicevamo di pensare prima di agire; c'è necessità di un modello teorico riguardante l'utente con cui ci si rapporta. Questa prospettiva consente all'educatore di diventare fonte di mentalizzazione riguardo al bambino, all'adolescente, all'adulto con cui noi dovremo rapportarci. Occorre imparare a mentalizzare in modo profondo, cioè non guardare i comportamenti soltanto come osservabili e dobbiamo sempre chiederci: dove avrà imparato

quel comportamento? Che immagini ha? Quale è il film interno che guida quella rabbia, e quel film dove l'avrà imparato? Da quale storia viene? In genere quei film, quei modi di funzionare interni arrivano dalle nostre *relazioni di attaccamento*.

È possibile trovare, in osservazione e in relazione, persone che vengono da storie evolutive molto diverse: magari ci arrivano con un handicap o un ritardo cognitivo o un problema motorio. Ma quel problema, dentro quali contesti di relazione si è inserito? Quel paziente che se ne fa del suo ritardo cognitivo, che se ne fa del suo handicap, come lo utilizza nella relazione con i suoi genitori, come lo utilizzerà con gli operatori?

Potremmo avere utenti con un grave handicap che minimizzano, alcuni si presentano con uno stile che hanno già appreso da tempo e che si potrebbe tradurre in un “non dà fastidio a nessuno, fanno finta di non avere quell’handicap per non appesantire la relazione”. Potremmo avere altri pazienti con un piccolo handicap che, invece, diventa una montagna nella relazione. In base al contesto di apprendimento l’handicap può essere un sassolino o una montagna nel vissuto della persona, perché lo si può usare o no nel legame con l’altro. Queste persone richiedono stili di relazione molto differenti fra di loro, come obiettivi terapeutici diversi.

Le persone che arrivano in un contesto educativo, arrivano con la loro storia, con i loro modelli operativi interni. Li ritroviamo con un sé strutturato che porta un certo modo di regolare le emozioni, un certo modo di sentire, interpretare gli eventi, e anche un certo modo di mettersi in relazione con noi (Lambruschi, 2019).

All’inizio si parlava della rabbia. Si immagini di trovare un giovane utente spesso rabbioso in un centro diurno, con i suoi schemi e modalità: come si può approcciare quella rabbia? Come si cercherà di affrontarla? Una cosa che può aiutare è tenere a mente un modello di funzionamento del sé, provare a mettere in atto un processo di mentalizzazione rispetto al mondo interno dell’utente. *Mentalizzazione* significa decentrarsi e mettersi dal punto di vista di chi fa l’esperienza, provare a guardare il mondo con i suoi occhi. Provare a guardare che film interno ha, provare a vedere, sotto quella rabbia, che temi dolorosi potrebbero nascondersi e chiedere: quella rabbia a che cosa gli serve?

E allora può tornare utile quello strumento che è l’analisi funzionale del sintomo, ossia la scheda ABC del comportamento riadattata in ottica post-razionalista. Per mettersi in relazione con quella persona è importante che si riesca a capire che tipo di logica interna abbia quel sintomo; anche con un paziente molto grave in ambito psichiatrico, tutto ciò aiuta a costruire i legami, aiuta a costruire il mondo come quella persona se lo rappresenta dall’interno e quindi l’aiuterà a sentirsi riconosciuta e compresa da chi si relaziona come operatore.

Qualunque mio comportamento, se non è guidato da una strategia, può essere collusivo con il suo modo di funzionare, amplificando la rabbia; se invece mi pongo in maniera istintiva, senza una prospettiva concettuale, senza dei criteri di osservazione, posso addirittura diventare iatrogeno cioè finire per rinforzare il comportamento critico.

Se non consideriamo quello che c'è dietro, facciamo fatica a dirigere la nostra attività educativa e per fare questo abbiamo bisogno di una prospettiva teorica con un modello di riferimento, altrimenti ci troveremo ad agire come fanno quegli operatori che procedono per tentativi, andando quasi a caso. Il fatto di procedere senza direzionalità è uno dei problemi più grossi del contesto educativo, per questo abbiamo bisogno di un piano per intervenire, in modo strategico, nei confronti del nostro paziente.

Si faccia attenzione a non prendere il proprio modello personale e sovrascriverlo sul nostro paziente poiché, così facendo, lo si metterebbe in una gabbia. Si dovrebbe invece partire dal paziente e, assieme, andare a vedere i suoi significati e i vissuti, prendendosi tutto il tempo necessario.

Purtroppo non è sempre così immediata e possibile la capacità che l'E.P. può avere di agevolare, di mentalizzare lo stato interno del paziente, anche perché ci sono pazienti che, avendo grandi deficit di monitoraggio, fanno fatica comunicare con noi. Quindi questo è un lungo processo, all'interno del quale è illusorio pensare che, già al primo incontro, con le categorie diagnostiche, si possa inquadrare subito l'altro.

Il progetto è di arrivare a co-costruire con il nostro paziente un'idea di senso del suo significato e del suo sintomo e, più che interpretare, dovremmo essere bravi a porre domande aperte e libere. È importante non intervenire in maniera precostituita né interagire sulla base di un'ipotesi già formulata, ma indagare e far indagare il paziente stesso; si deve fare in modo che sia lui ad arrivare a costruire sé stesso. Chiedergli, ad esempio, che cosa significhi per lui questo fatto, che faccia un esempio di quella situazione, in che senso intenda questa affermazione, come è fatta quella immagine, se è a colori o in bianco e nero; siamo noi che dobbiamo essere capaci di porre domande che aiutino ad esplorare l'esperienza interiore della persona. Altrimenti si rischia di sovrapporre alla sua esperienza cose che sono venute in mente a noi.

Una cosa molto utile, in ambito educativo, è quella di videoregistrare il nostro lavoro. Videoregistrare le interazioni con il paziente e poi guardarle e lavorarci in termini di feedback, riguardare ed osservare attentamente il non verbale, i comportamenti del paziente e mettere i sottotitoli, ipotizzando cosa lui starà pensando, che emozioni starà provando, esplorando la mente dell'altro in modo aperto e libero, annotando tutte quelle cose che poi dovremmo chiedergli.

CAPITOLO 3.

Il modello teorico Cognitivista Post-razionalista

La piena coscienza dell'incertezza, della casualità, della tragedia in tutte le cose umane è ben lungi dall'avermi condotto alla disperazione. Al contrario, è corroborante barattare la sicurezza mentale con il rischio, perché così si guadagna la potenzialità. Le verità polifoniche della complessità esaltano, e mi capiranno quelli che come me soffocano nel pensiero chiuso, la scienza chiusa, le verità limitate, mutilate, arroganti. È corroborante sfuggire per sempre alla teoria dominante che spiega tutto, alla litania che pretende di risolvere tutto. È corroborante infine considerare il mondo, la vita, l'uomo, la conoscenza, l'azione come dei "sistemi aperti".

Morin E., Il paradigma perduto, 1974

3.1 Introduzione al modello teorico e alla prospettiva Post-razionalista

Il termine Terapia Cognitiva Post-razionalista abbraccia in realtà due diversi concetti. Il primo è il *modello post-razionalista* in senso stretto, intendendo con questo termine il modello teorico-clinico formulato via via da Vittorio F. Guidano, a partire dalla svolta in senso post-razionalista messa in atto alla fine degli anni 80 (Guidano, 1988, 1992): esso costituisce di fatto una struttura compiuta e definita, anche se certamente alcuni dei suoi aspetti sono suscettibili di più interpretazioni. Il secondo, invece, *l'approccio post-razionalista*, è un concetto molto più ampio che rimanda a un processo in divenire: infatti, si tratta di una corrente di pensiero – nell'ambito della psicologia, della psicopatologia e della psicoterapia – inaugurata da Guidano ma che appare suscettibile di ulteriori articolazioni, tant'è vero che diversi suoi allievi e collaboratori ne hanno proposto ulteriori sviluppi.

Questo modello teorico-clinico si pone come primo obiettivo la costruzione della conoscenza (aspetto costruttivista), intendendola come un processo dinamico estremamente complesso che coinvolge la mente e, quindi, l'intero soggetto nella sua globalità, a partire dalle sue componenti non consapevoli di tipo motivazionale ed emozionale (Mannino, 2012). Per avvicinarsi alla comprensione dei processi conoscitivi, che non rappresentano una sorta di fotocopia della realtà interna ed esterna ma nei quali un ruolo fondamentale è svolto dalla lettura soggettiva individuale (propriamente caratteristica di questo approccio), importante è considerare l'andamento nel tempo della costruzione della conoscenza e dell'identità personale (aspetto evolutivo processuale).

L'assimilazione dell'esperienza avviene sulla base delle potenzialità fornite dal patrimonio

genetico, attraverso un rapporto attivo e reciproco con l'ambiente, con evidenti finalità adattative a partire dalla relazione di attaccamento. Pertanto i processi mentali emergono come attività di un sistema conoscitivo complesso (aspetto sistemico) che è finalizzato al mantenimento della coerenza interna, nonostante i cambiamenti e la maturazione sperimentati nell'intero ciclo di vita, fin dalle sue prime fasi.

Dalla relazione di attaccamento si dispiega gradualmente uno stile affettivo e relazionale che è espressione di una specifica organizzazione di significato personale, peculiare di ciascun individuo. Proprio la costruzione di tale organizzazione consente all'individuo di riconoscersi in maniera stabile, di progettarsi e di dare un senso a sé e al proprio rapporto col mondo, nonostante le trasformazioni e le perturbazioni critiche cui va incontro nell'assimilazione dell'esperienza durante il ciclo di vita (Nardi, 2001).

Vittorio Guidano amava definire la psicologia e la psicologia clinica come scienza del significato personale: ciascuno di noi ha una propria mappa del mondo, una propria organizzazione del significato personale, un proprio sé attraverso il quale dà letteralmente forma alla realtà che lo circonda. Quindi non è la realtà che si impone a noi, ma siamo noi che ci imponiamo alla realtà con il nostro sistema di conoscenza della realtà interna, con il nostro modo di percepire noi stessi e la realtà esterna. Così se una persona ha una particolare sensibilità al pericolo comincia a vedere pericoli dappertutto, se una persona ha una particolare sensibilità alla perdita gli viene di provare nostalgia, anche per le cose apparentemente più lontane.

Questi modi di organizzazione personale, questi schemi nucleari di percezione di sé e della realtà esterna, li apprendiamo nel rapporto con le nostre figure primarie di attaccamento. Se dentro questa relazione abbiamo percepito figure di tipo costrittivo, che ci hanno limitato nella nostra esplorazione, tendenzialmente vivremo il mondo in termini costrittivi. Gli schemi che noi acquisiamo con i nostri caregiver diventano come dei programmi per il mantenimento dello stato di relazione con l'altro.

Guidano aveva una concezione evolutiva della personalità, centrata sulla costruzione e sul mantenimento di una coerenza interna. È qui importante ricordare la definizione del concetto di organizzazione di significato personale (OSP) definita come lo «specifico assemblaggio dei processi ideo-affettivi che consente a ogni individuo di mantenere il suo senso di unicità personale e di continuità storica, nonostante le numerose trasformazioni che sperimenta nel ciclo della vita» (1988).

Il termine post-razionalista non è in antitesi con il pensiero razionale, non significa anti-razionalista e non vuole nemmeno ignorare il ragionamento logico come aspetto fondamentale per dare significato all'esperienza umana. La conoscenza va molto al di là delle cognizioni,

soltanto una parte è logica, astratta, razionale: la conoscenza è in gran parte emotiva, con dei tratti sensoriali, percettivi, motori e comportamentali. Tutti questi aspetti non sono forme secondarie di conoscenza, ma probabilmente ne rappresentano gli aspetti più importanti, dato che costantemente ci danno l'ubicazione temporale, spaziale e la continuità della nostra vita senza la necessità di pensare. Ciò che si vuol dire, in sostanza, è che il ragionamento logico non è quello principale, non è il "primo", non è l'unico processo che dirige l'attività umana, ma soltanto uno degli strumenti della conoscenza.

Non si vuole dare l'impressione che il post-razionalismo sia un movimento psicologico che privilegia la sfera dell'irrazionalità o dell'impulsività, dato che la mente dell'uomo è molto più complessa, essendo un insieme ordinato di procedimenti estremamente ampi e diversificati. Tale complessità si nota negli aspetti narrativi che sono imprescindibili per la conoscenza: ciò che dà coerenza e consistenza a tali aspetti è, senza ombra di dubbio, ciò che chiamiamo pensiero razionale o logico, che articola e sviluppa maggiormente un'organizzazione di significato. Il pensiero è uno strumento significativo per dare coerenza e consistenza all'articolazione necessaria per un'organizzazione di significato.

Il post-razionalismo non si pone su un piano filosofico idealistico che nega l'esistenza di una realtà oggettiva ma propone un approccio scientifico basato sul fatto che la realtà oggettiva è conoscibile attraverso la soggettività dell'individuo che la percepisce (Nardi, 2007).

Merito di Guidano è stato quello di riportare al centro del campo della elaborazione teorica, della ricerca e del lavoro psicoterapeutico, i processi emotivi come elementi strutturanti il senso di sé e l'esperienza immediata che facciamo della realtà, sempre un passo avanti alle necessità di un suo riordinamento concettuale esplicito e logico.

Altro aspetto di rilievo sta nell'enfasi posta sulla dimensione evolutiva della conoscenza. In un'ottica evolutiva la comprensione del comportamento umano (sia nelle sue manifestazioni adattative che psicopatologiche) è possibile solo attraverso la ricostruzione della continuità e della coerenza dei suoi processi di sviluppo, di come tali processi diano luogo a specifiche organizzazioni conoscitive individuali, e di come tali organizzazioni, se sbilanciate, possano produrre lungo il ciclo di vita individuale quei particolari quadri psicopatologici che definiamo disturbi clinici. L'obiettivo del processo terapeutico, più che in una trasformazione delle modalità conoscitive del paziente in termini di contenuti conoscitivi, sta in una possibilità di riarmonizzare maggiormente l'integrazione e la coesione tra i diversi sistemi di memoria, in una accresciuta possibilità di accedere a fonti di informazione, cognitiva o affettiva, precedentemente trascurate, accantonate o scisse, in quanto minaccianti lo stato di relazione con le proprie figure d'attaccamento e la stabilità del sentimento di sé che in quelle relazioni ha

preso forma.

Considerata la centralità dei processi di attaccamento nella costruzione del sé, il modello cognitivista post-razionalista ha posto al centro della sua attenzione l'analisi delle *dinamiche affettive* lungo tutto il ciclo di vita: è qui che abbiamo imparato a ricercare la salute e la patologia psichica, nelle vicissitudini dei legami affettivi, nella possibilità di conservare nel tempo la continuità e la coerenza dei processi auto-organizzativi, e quindi del sé. Gli esseri umani, per dirla con Bowlby, sperimentano le emozioni più intense e laceranti, in fase di costruzione, crisi o rottura dei loro legami affettivi: i cosiddetti sintomi o disturbi comportamentali ed emotivi possono ritrovare un senso preciso, solo ricollocandoli all'interno della qualità dei legami d'attaccamento strutturati con le figure significative del proprio ambiente. Uno sbilanciamento affettivo avvertito nelle sue relazioni significative comporta un repentino cambiamento dell'immagine dell'altro significativo, atto a sostenere e a dare stabilità all'immagine di sé e, quindi, una rottura nel proprio senso di coerenza e continuità personale (Nardi, 2001).

3.2 Costrutti del modello cognitivo post-razionalista

Il grande cambiamento delle scienze del '900 si verifica nella relazione tra *realtà e conoscenza*, tra l'osservato e l'osservatore, abbandonando l'idea condivisa da empirismo e razionalismo nel considerare che esista un ordine unico della realtà che può essere conosciuto e che produce pertanto una corrispondenza tra realtà e conoscenza. Questa si identificava con la possibilità di un solo mondo possibile, uguale per tutti gli esseri viventi.

Nel 1903 Bertrand Russell dimostra matematicamente l'impossibilità di risolvere una situazione paradossale ricorrendo solo alle leggi logiche, dove, se non si prende in considerazione il contesto relazionale, interpersonale e storico, queste proposizioni non possono essere risolte. Da qui si apre la nuova questione di come possano essere rappresentati nella costruzione logica aspetti emozionali, interpersonali e storici. Russell sostiene che c'è una proprietà della conoscenza degli organismi che è l'autoreferenzialità, propria degli esseri coscienti. Nella nuova prospettiva la realtà non può essere considerata come un ordine unico, uguale per tutti gli esseri viventi, ma molti mondi sono possibili, tanti quanti sono gli osservatori (Guidano, 1990, Ruiz, 1992).

La realtà possiede un'esistenza concreta, solo che non è conoscibile nella sua totalità. Non è possibile per un osservatore conoscere la totalità di questi livelli simultanei di realtà nei quali egli stesso è incluso ed è proprio l'osservazione di questo osservatore, quella che introduce un ordine in questo continuo e variato fluire di processi a vari livelli di interazione. La conoscenza è una proprietà degli organismi e consiste nella capacità di autorganizzarsi, di ordinare la

propria esperienza, che non è né un'illusione né una rappresentazione della realtà, ma è *autoreferenziale*. L'adattamento non è più un processo per il quale l'organismo va cedendo di fronte alla pressione dell'ambiente, adeguandosi a esso, ma al contrario è un processo per il quale l'organismo trasforma le pressioni dell'ambiente in un ordine interno, in un mondo di significati propri che danno consistenza alle sue percezioni ed esperienze (Balbi, 2013).

Il sistema sta in una permanente ricerca di coerenza e riduzione di discrepanza, ed è proprio questa forma specifica attraverso la quale ottiene la sua coerenza interna, quella che le dà identità come sistema personale.

Come afferma Maturana, gli organismi sono sistemi chiusi all'in-formazione nel senso che non possono essere istruiti direttamente da entità indipendenti esterne, bensì il cambiamento è innescato dall'incidenza dell'ambiente e determinato dalla dinamica autorganizzativa del proprio organismo. Le interazioni che il sistema ha con l'ambiente sono perturbazioni, interazioni che provocano cambiamenti di stato, l'organismo conserva la sua organizzazione interna e si avvia verso un accoppiamento con l'ambiente. Questo può essere costruttivo o distruttivo innescando cambiamenti distruttivi, quali la perdita della sua organizzazione interna e la morte del sistema.

Noi esseri umani per funzionare abbiamo bisogno, in primis, di avere un senso del sé unitario e continuo nel tempo. Occorre accettare la nostra animalità: siamo mammiferi e come tali siamo animali che vivono nelle emozioni oltre che nella ragione. Le *emozioni* sono costitutive della nostra struttura, sono presenti in ogni attività umana e perciò non si verifica nessuna attività umana il cui dominio d'azione non sia determinato da un'emozione. In primo luogo, noi primati viviamo in un mondo intersoggettivo dove la conoscenza di sé stessi è sempre dipendente dalla conoscenza degli altri; l'ottenere un'identità distinta dagli altri, soprattutto riconosciuta e accettata dagli altri e da me stesso, diventa un aspetto centrale dell'esperienza, una condizione per la conservazione della vita stessa. Questo aspetto prende il nome di *autostima*.

L'esperienza umana è affettiva e intersoggettiva perciò, per l'organizzazione dell'ordine cognitivo umano sono essenziali le tonalità emotive che scattano dai legami, in primis quelli di attaccamento. Così come raggiungere un'individualizzazione progressiva conduce ad un'identità propria in termini di significato personale unico e continuo nel tempo, accettato e riconosciuto valido dagli altri e da sé stessi, è vitale per la continuità funzionale del sistema personale. L'esperienza umana è vissuta su due livelli differenti corrispondenti a due sistemi di processi continui e simultanei che sono in permanente relazione funzionale, anche se ognuno dei due opera con le proprie regole strutturali e di organizzazione: il primo è *l'esperienza immediata*, tacita e analogica; il secondo è la *spiegazione*, soprattutto esplicita e legata al

linguaggio. Noi umani viviamo la nostra esistenza nella dimensione del significato e nello sforzo perenne di trovare significati, ogni individuo costruisce un significato di sé in un processo di auto-individuazione e auto-riconoscimento (Guidano, 1988, 1992).

Poiché la percezione degli altri è un regolatore di fondamentale importanza per l'auto-percezione, l'attaccamento può considerarsi come un sistema autoreferenziale necessario per la costruzione graduale di un senso di sé unitario e continuo nel tempo. Il senso immediato di sé che il bambino ha in ogni momento è sempre influenzato, mantenuto e sviluppato a partire dalla percezione degli altri significativi, ossia i genitori. Il bambino costruisce internamente modelli operativi della figura significativa e di sé in relazione ad essa, questo implica «l'organizzazione di un sistema per trasformare l'esperienza intersoggettiva in conoscenza personale» (Guidano, 1992). Da qui nasce in maniera permanente, personale e unica, un sistema che fornisce un significato viabile, in termini di coerenza sistemica soggettiva alla propria esistenza, chiamato *organizzazione del significato personale* (OSP).

Guidano descrive quattro tipi di organizzazione di significato personale che danno conto delle diverse forme nelle quali l'esperienza dell'identità si rende percorribile: organizzazione depressiva, organizzazione fobica, organizzazione ossessiva-compulsiva, organizzazione Dap (tipo disordine alimentare psicogeno). Le organizzazioni non esistono in sé, sono solo chiavi concettuali che permettono al terapeuta di ordinare la storia del paziente, di concettualizzarla e orientarne le strategie. Queste sono rappresentate nell'immagine seguente, grazie ai due assi primari di sviluppo della messa a fuoco, inward (dall'interno) o outward (dall'esterno), e dell'elaborazione field dependent (dipendente dal contesto) o field independent (indipendente dal contesto).

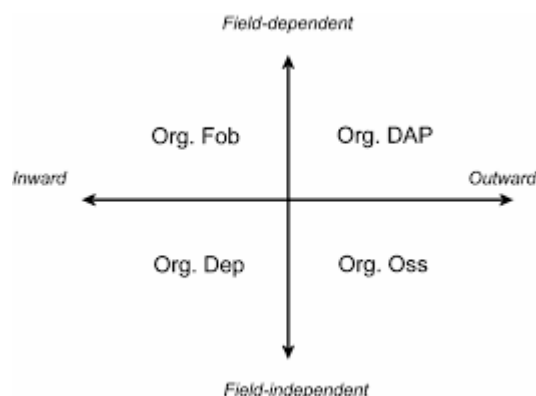


Fig. Organizzazioni di Personalità. (Mannino, 2006)

Il sé non è considerato come un'identità statica, ma come un *processo* articolato in diversi

livelli, come un continuo fluire per tutto l'arco dell'esistenza, e non come un insieme di pensieri, sensazioni ed emozioni, che una volta articolati, si tengono legati e raggiungono un equilibrio. Come tutta l'esperienza umana, anche il sé fluisce in due livelli simultaneamente: quello dell'esperienza immediata di essere un sé e quello della spiegazione, che Guidano chiama l'immagine cosciente di sé, con cui la persona tenta di rendere consistente e coerente quell'esperienza. In questo processo di rendere consistente l'esperienza di essere sé stessi, il sistema deve eliminare la discrepanza: per questo certe esperienze, che non sono concordanti con l'immagine cosciente di sé e che l'individuo può tollerare, sono defocalizzate dalla coscienza.

Questa operazione è chiamata *autoinganno* ed è un procedimento assolutamente normale. Come si può vedere, l'immagine cosciente di sé che l'individuo ha, diventa il regolatore di tutto il sistema poiché è quella che determina quali aspetti dell'esperienza immediata possono essere riconosciuti e accettati, come propri e integrati e quali no. Nessun essere umano può tollerare un'immagine di sé tanto poco accettabile da non sentirsi confermato e legittimato dagli altri, dal momento che questa esperienza lo condurrebbe alla disintegrazione.

In tal modo l'autostima si converte nel regolatore della conoscenza di sé e l'autoinganno nel meccanismo di questa regolazione. Da questa prospettiva, tutti i processi che riconosciamo come psicopatologici sono legati a livelli molto alti di autoinganno. Normalità, nevrosi e psicosi non sono considerate come stati separati, condizioni fisse, ma dimensioni di coerenza sistemica nelle quali uno stesso significato personale può funzionare in diversi momenti del ciclo di vita. Guidano costruisce gran parte della sua teoria ispirandosi a pensatori come Karl Popper, Friedrich Hayek, Humberto Maturana, Hans-Georg Gadamer, Walter B. Weimer e John Bowlby.

3.3 Il contributo di Bernardo Nardi allo sviluppo della teoria post-razionalista

Bernardo Nardi approfondisce il tema della costruzione dell'identità personale quale si sviluppa sulla base delle polarità degli assi primari e di quelli secondari, detti anche descrittori in quanto aiutano a mettere a fuoco le caratteristiche dell'individuo, ossia le organizzazioni di significato personale. Un asse primario di sviluppo è quello della disponibilità del caregiver, con una possibile reciprocità on-line (alta disponibilità) oppure una reciprocità off-line (bassa disponibilità). L'altro asse primario di sviluppo è quello della prevedibilità del caregiver, con una possibile reciprocità fisica (alta prevedibilità) oppure con una reciprocità semantica (bassa prevedibilità). Gli assi primari sono specifici e determinano l'emergere e lo sviluppo dell'organizzazione di significato personale, quindi le modalità generali invarianti di chiusura

organizzativa. È possibile individuare altri assi evolutivi secondari che hanno ruolo di descrittori e costituiscono delle aperture organizzative, in quanto consentono di mettere a fuoco le diverse caratteristiche che connotano le trame narrative e il comportamento personale.

Ogni organizzazione, proprio in quanto rappresenta una modalità di sviluppo in relazione alle pressioni percepite dall'ambiente, ha valenze adattative, consente di fronteggiare e di risolvere molteplici problemi e fornisce una serie di *potenzialità e risorse*. D'altro lato, per le stesse ragioni, può presentare fragilità e può prestare il fianco a scompensi quando gli stimoli ambientali risultano perturbanti in maniera tale da non poter essere integrati per continuità nel senso di sé. La valenza adattiva fa emergere e consolida le varie organizzazioni di significato personale che consentono all'individuo di darsi un senso di unicità e di continuità nel tempo. In proposito, Nardi introduce una *nuova terminologia*, in chiave fisiologica, che mette in risalto le potenzialità e le risorse: si parlerà di organizzazioni controllanti e non fobiche, di organizzazioni distaccate e non depressive, di organizzazioni contestualizzate anziché di disturbo alimentare psicogeno, di organizzazioni normative e non ossessive, sostituendo in tal modo i termini introdotti da Guidano.

Ciascuna organizzazione di personalità (OP) consente di riconoscere e di imparare a gestire, nell'ambiente relazionale e fisico in cui il soggetto cresce, alcune variabili specifiche che, oltre quelle universali direttamente connesse con la sopravvivenza, promuovono lo sviluppo di competenze altamente evolutive, vantaggiose sia a livello personale che relazionale (Nardi, 2007, 2017). Perciò ogni OP permette di riconoscere e gestire propri *stress secondari specifici*, che attivano appropriati strumenti adattivi e risorse personali.

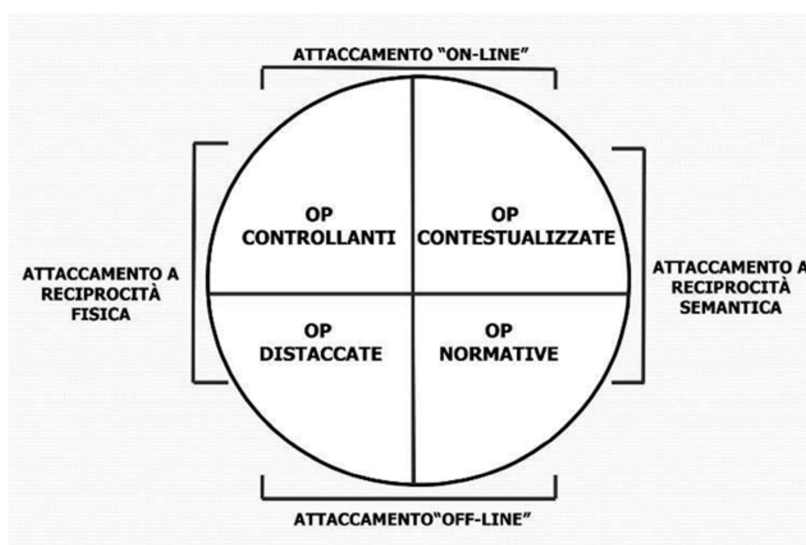


Fig. Processi di attaccamento e Organizzazioni di Personalità (Nardi, 2017)

Nel libro di Nardi “CostrurSi. Sviluppo e adattamento del sé nella normalità e nella patologia” (2007) non sono rappresentati solamente i quadri patologici e i meccanismi che li determinano, quindi non solamente un’analisi e l’approccio ai loro comportamenti, ma viene posto l’accento sui meccanismi costruttivistici su base post-razionalista della personalità individuale. Conseguentemente Nardi propone di collegare la nosografia classica descrittiva e oggettivante, basata su DSM e ICD, con una che rifletta la dimensione evolutiva e soprattutto quella esplicativa. Questa operazione è di particolare interesse perché è del tutto evidente che la comprensione delle modalità di funzionamento di un individuo può mettere l’interlocutore nella condizione di potersi relazionare in modo più adeguato ed emozionalmente sintonico con la persona. Fermo restando che l’esperienza individuale non è riducibile a degli schemi, non si tratta solo di essere in grado di poter fare delle descrizioni più complesse e sofisticate, ma di essere in condizione di potersi orientare in modo più mirato, per quanto concerne l’assetto relazionale, verso le sue presumibili difficoltà, i temi sensibili, i tempi del trattamento, ecc..

Partendo dalla constatazione che le strutture biologiche dell’*homo sapiens* sono tali che, fin da momenti molto precoci nel suo sviluppo, hanno la necessità che si sviluppi un rapporto con un altro (madre, caregiver, figure di riferimento), si assiste al passaggio da un rapporto fisico ed emozionale a uno sempre più simbolico, mediato dal linguaggio.

Attraverso l’interpretazione post-razionalista di tale sviluppo, Nardi accentua l’attenzione non solo in senso clinico, ma anche sul fatto di come tali processi siano alla base del funzionamento della persona in quanto tale.

Prenderne atto significa, per il ruolo svolto dall’E.P., che l’empatia assume una dimensione operativa sempre più importante nel comune cammino per raggiungere risultati che la motivazione, determinante nella scelta e per la prosecuzione della professione, da sola non sarebbe in grado di sortire.

Prenderne coscienza, attraverso la formazione e l’esperienza, rappresenta la progressiva adesione operativa a quel comune cammino verso la comprensione dell’altro come un altro da sé, unico detentore della conoscenza di sé.

Particolarmente efficace e in sintonia con l’approccio personale che l’Autore dà allo sviluppo della personalità in chiave post-razionalista, è la dettagliata citazione della fase iniziale del viaggio di Ulisse quando, giunto nell’isola dei Lotofagi, resiste alla tentazione di mangiare i frutti dell’albero di loto che in lui avrebbe determinato la perdita della memoria. La metafora poetica induce alla riflessione sull’importanza del tempo e della memoria quali processi connessi alla costruzione del senso di identità personale, citando l’adolescenza come momento particolarmente a questo connesso, tale da indurlo alla citazione della frase di Italo Calvino «la

memoria è quella cosa che lega l'impronta del passato con il progetto del futuro».

3.4 La psicoterapia post-razionalista

La psicoterapia è un modo per aiutare la persona a risolvere una crisi, un momento di sofferenza nel corso dell'esistenza. Ci sono diversi tipi di psicoterapia poiché ci sono diverse spiegazioni e diversi trattamenti riguardo la causa del disturbo mentale e della sofferenza. In generale, si può affermare che la psicoterapia aiuti la persona a interagire con aspetti con i quali da sola non può rapportarsi.

In psicologia la realtà è stata storicamente concepita come qualcosa che esiste al di fuori della persona che la vive, mentre la conoscenza è stata vista come qualche cosa che si realizza nel mondo interno del soggetto. Considerando in questo modo la realtà e la conoscenza, la ricerca della verità è stata intesa come la ricerca della fedele corrispondenza tra esse. L'applicazione alla psicoterapia di questa visione distorta della realtà, derivante da una concezione irrazionale, si è tradotta nel fatto che il paziente è stato considerato come una persona malata che va da un professionista esperto in cerca d'aiuto. La relazione tra la realtà esterna e le sue convinzioni interne, quando non è adeguata, indica una mancanza di corrispondenza tra esse che invalida. In questo paradigma il terapeuta è il garante del senso della realtà e dell'ordine esterno, e il suo lavoro consiste nel mettere in evidenza eventuali discrepanze in modo da rendere consapevole il paziente della sua visione distorta ed errata.

È possibile riscontrare tuttora questa concezione della psicoterapia in affermazioni quotidiane che sostengono che, per comprendere l'altro, occorre essere empatici mettendosi al loro posto o almeno provandoci. Così con questa concezione razionalista tradizionale, che storicamente è stata ampiamente presente nella psicologia, l'empatia consiste nell'atto cognitivo di effettuare un ragionamento per analogia. Per essere empatico è sufficiente dire che l'altra persona è un essere umano come ogni altro essere umano che esiste o è esistito. Per cui, se a me capitasse quello che a lui sta succedendo, io mi sentirei allo stesso modo dato che siamo uguali.

Questa nozione dell'altro proviene dalla distinzione che effettuò Cartesio in base alla quale egli sosteneva la realtà radicale dell'io individuale. La visione dell'altro che ne deriva può però creare un problema di fondo: come so che l'altro esiste e che cosa è realmente? Ne consegue che anche alla base della convivenza tra gli esseri umani stia il fatto che, per mettersi al posto degli altri, basterebbe guardare solo in me stesso per sapere cosa farei o come mi sentirei in quella circostanza. Tuttavia, questa linea di pensiero ci porta solo a comprendere che l'altro è un essere umano come lo sono io ma non che è un altro distinto da me.

Questa situazione ha iniziato a cambiare quando i terapeuti hanno cominciato a porsi il problema del limite della funzione terapeutica che deriva dalla suddetta concezione tradizionale della conoscenza. Tra gli elementi che sono emersi, e che hanno generato questo cambio di paradigma da parte dei terapeuti, c'è stata la comparsa del concetto di *autorganizzazione*.

Se un sistema complesso è un'entità organizzata, organica e globale, nella quale i singoli elementi che la costituiscono interagiscono tra loro determinando il funzionamento del sistema, si verifica una condizione differente da quella del funzionamento dei singoli elementi che lo sostituiscono: una delle caratteristiche di questo sistema sarà data dall'adattamento costante attraverso una permanente riorganizzazione interna e questo le permette di evolvere continuamente, mantenendo però sempre una coerenza propria e una propria identità. Dunque, l'autorganizzazione è una modalità che concepisce la conoscenza come un processo in cui la distinzione tra l'interno e l'esterno è stabilita dall'attività dell'organismo che produrrà sia un senso di sé che quello del mondo.

Il terapeuta nel corso una seduta non sceglie di cosa parlare e quale sia il problema, bensì lavora su quello che l'altro gli porta, quindi lavora sull'esperienza in una logica attenta alla soggettività. Quindi questo significa cercare di capire quali siano le esperienze significative per una persona, in che modo lo siano, quali siano gli aspetti di quella esperienza che il soggetto riconosce di più come suoi e su come si possa lavorare su quel soggetto per aiutarlo a funzionare meglio. È tutto un progetto costruito su una modalità soggettiva di riferirsi all'esperienza e non a criteri esterni.

A volte succede che, in un percorso di psicoterapia, un soggetto porti un'esperienza altamente traumatica, emotivamente coinvolgente su cui si lavora nell'ora della seduta; e anche se, la settimana dopo, ci si aspetterebbe che quel soggetto tornasse sull'argomento della volta precedente, potrebbe invece portare un'esperienza completamente differente. E questo perché i processi interni dell'altro seguono processi interni che non sono quelli del terapeuta.

In ciascun momento si deve ricordare che ci si trova di fronte a una persona unica e peculiare, che ha una storia irripetibile e che ordina la sua esperienza, dal punto di vista ontologico, in forma personale e unica (Balbi, 2013). Il terapeuta deve sempre fare un doppio sforzo perché, da un lato, deve controllare le sue emozioni, le sue aspettative, il suo modo di porsi e, contemporaneamente, deve lavorare con il mondo interno dell'altro.

In psicoterapia esistono solo alcune regole, ma non ci sono processi lineari che abbiano una durata stabilita. Si possono infatti trattare pazienti con molti problemi e malattie che in poche sedute si avviano a una risoluzione, mentre altri con sintomatologia apparentemente lievi possono non attuare alcun cambiamento per diversi mesi. La cosa importante, più che la

malattia, sono queste possibilità di cambiamento, che il paziente può avere o meno, in virtù della sua dinamica interna. Il lavoro psicoterapeutico è a metà strada tra arte e scienza: occorre l'arte, occorre la scienza, non è solo una o solo l'altra.

Dobbiamo sempre tenere presente che, per gli esseri umani e per tutti i sistemi autorganizzati, la prima attività consiste nel mantenere la propria identità come sistema. La cosa più importante è l'identità, pertanto il cambiamento non è la tendenza naturale degli esseri umani come in tutte le sue espressioni sociali, culturali e politiche. Il cambiamento è difficile perché esiste la tendenza a fare le cose come si sono sempre fatte. Cambiare tutto per non cambiare nulla. Possiamo fare tutto il cambiamento per mantenere esattamente le cose come prima, per questo si cercherà di mantenere la coerenza esterna per il maggior tempo possibile; questa verrà cambiata solo quando ci si sentirà costretti o obbligati a farlo.

In tutti i casi il cambiamento si realizzerà solo dopo che sarà assicurata la propria continuità, la sopravvivenza o in altre parole la propria identità come sistema. In questo modo, non risulta strano che alle persone risulti difficile cambiare l'immagine che hanno di sé, degli altri, di certi eventi e del mondo, dato che, come abbiamo visto, non dipende esclusivamente dalla loro volontà e dal loro desiderio. Al contrario, risulta completamente comprensibile e prevedibile che esistano difficoltà per effettuare modificazioni, laddove la comprensione di questi processi va a costituire un importante passo verso cambiamenti più profondi ed esplicativi.

Le resistenze possono dirci molto dei pazienti quando, indicando le regole per mantenere l'identità del paziente, le possiamo leggere assieme ai meccanismi di autoinganno. Il cambiamento non è un processo lineare prodotto dalla realizzazione attiva del terapeuta ma è il risultato di rielaborazioni multiple fatte dal paziente, nel corso del suo lavoro, nelle diverse sedute.

Occorre tenere presente che, nel corso della vita di tutte le persone, i cambiamenti di pensiero o di opinione su un evento o un tema ricorrono con maggiore facilità e rapidità rispetto ai cambiamenti emotivi. D'altra parte, per cambiare le emozioni perturbanti di una persona occorre modificare il modo di trattarle, ampliandole attraverso la scoperta graduale da parte del paziente di altre modalità emotive. Così le diverse ristrutturazioni si realizzano nel processo terapeutico cercando di fare in modo che il paziente si autoriferisca la sua esperienza in una maniera nuova, propria, in accordo con la sua tonalità emotiva e con le possibilità di cambiamento.

Il ruolo del terapeuta qui è diverso da quello dei modelli razionalisti dato che non esercita un controllo totale sul processo, non si limita a ricavare informazioni e non cerca di convincere. Il terapeuta deve essere una base sicura ma, allo stesso tempo, anche un perturbatore emozionale

strategicamente orientato che cerca di indurre nel paziente le fluttuazioni e le instabilità relative, che rappresentano le condizioni necessarie per stabilire il cambiamento. Come strumento vero e proprio ha la teoria, di cui deve avere una conoscenza molto approfondita, che gli serve per capire l'altro. Il terapeuta, come una guida di montagna, deve accompagnare e seguire il paziente secondo le sue capacità, i suoi tempi, la sua disponibilità e soprattutto rispettandolo.

Il terapeuta post-razionalista in questo processo è chiamato a essere uno spettatore neutrale e deve saper superare le distinzioni rigide tra sano e malato, essere capace di centrarsi sulle modalità in cui ciascun soggetto lavora in termini di significato personale sulla propria esperienza. In questa maniera il terapeuta deve rinunciare alla obiettività, non è più un garante di un ordine esterno che permette di ipotizzare cosa succede all'interno di un soggetto ma è un esperto in modelli teorici e processi individuali che accompagnano un altro soggetto (esperto di sé) a esplorare i propri processi.

Uno dei modi per minimizzare il rischio di una cattiva relazione terapeutica consiste nel considerare l'altro come un altro legittimo. Per cui quegli interventi o processi che erano stati percepiti come un successo con un paziente, non necessariamente possono esserlo in un altro caso. Così i terapeuti devono essere concentrati ogni momento sulla persona che hanno davanti e sui suoi processi. Inoltre, quando si tratta di ricostruire il processo terapeutico, può accadere che gli interventi considerati come significativi da parte del terapeuta non siano quelli che il paziente considera di maggiore impatto.

Lo scopo di queste mie riflessioni non è quello di negare ogni efficacia di tutti i modelli delle psicoterapie che vengono definite razionaliste: il mio intento è piuttosto quello di presentare il modello post-razionalista e le motivazioni che me lo hanno fatto scegliere.

I fattori comuni della psicoterapia sono a volte più importanti del modello (Blasi, 2007); uno tra i più importanti è la qualità del terapeuta, ossia la sua qualità etica e la sua capacità professionale acquisita nello studio e nell'esperienza. L'alleanza terapeutica, come hanno ricordato vari autori, tra i quali Safran, Greenberg (1988) e Salkovskis (1999), è una delle chiavi del successo di un trattamento terapeutico.

3.5 L'ipotesi di adozione ed utilità nella pratica clinica dell'Educatore Professionale

Nella mia formazione universitaria ho incontrato due modelli teorici psicologici molto diversi tra loro, quello analitico di tipo lacaniano e quello cognitivista post-razionalista.

Ritengo personalmente interessanti entrambe queste visioni dell'essere umano ma qui propongo l'utilità del secondo modello avendone anche approfondito lo studio, a titolo personale. L'ipotesi di adozione della prospettiva post-razionalista è sorretta dall'idea che questo modello

teorico possa essere adottato da qualunque professione con la possibilità poi di poterne applicare i principi nella propria pratica lavorativa, come nel caso di educatori, infermieri o di altri operatori sanitari.

Per cui non ritengo che, dopo lo studio e l'adozione di questa visione, l'E.P. debba diventare una sorta di psicologo, uscendo dalle sue competenze e dai suoi ambiti d'intervento. Avendo precedentemente citato le pratiche e procedure dell'educatore, qui ribadisco la necessità di avere una visione di più ampio respiro, che non sia però una teoria self-made costruita solo su pareri ed esperienze personali. È possibile quindi adottare questa visione d'insieme pur rimanendo nella sua pratica clinica quotidiana, nel suo ambito, ma con un innovativo approccio che comporta un nuovo punto di vista.

Così propongo lo studio del modello proposto da Vittorio F. Guidano nei suoi due libri, citati in bibliografia, e dei recenti sviluppi raggiunti da Bernardo Nardi.

Secondo questa idea l'educatore potrebbe giovare di nozioni teoriche riguardo i principi della conoscenza umana, l'oggettività e la soggettività, la struttura dell'esperienza umana con i suoi due livelli, il sé e l'organizzazione di significato personale, pur rimanendo nel proprio ruolo. Risulta diversa ed interessante la prospettiva della relazione con l'utenza, la concezione delle resistenze e dei sintomi presentati dalla persona che ci troviamo davanti.

3.6 La costruzione di una nuova prospettiva riguardo l'utenza, la relazione con questa e l'approccio educativo

Nel corso del '900 abbiamo assistito a un cambiamento del modo di vedere la psicologia, passando da una visione che si riteneva oggettiva, in base alla quale l'osservatore poteva immedesimarsi, mettersi a posto dell'altro e capirlo in base alla propria esperienza, a un sistema diametralmente opposto.

A partire da alcuni autori è il modo in cui un bambino si autorganizza che determina, in qualche modo, sia il senso di sé che del mondo. Sono presenti due modalità: quella maggiormente diffusa del DSM, cioè quella di vedere la realtà esclusivamente come qualcosa di oggettivo, dove l'esperto può interpretare tutti i fenomeni a prescindere dal mondo interno delle persone che esprimono questi fenomeni, e l'altra, che sostiene invece come sia importante passare a una visione del mondo attenta alla soggettività e quindi al modo con cui un sistema si autorganizza e, organizzandosi, produce conoscenza. La conoscenza non è più qualcosa di dato, di passivo, qualcosa che va dall'ambiente verso l'individuo ma anche un modo attivo con cui l'organismo, l'individuo si organizza, legge quello che gli succede, lo riferisce a sé e lo trasforma in senso

di identità personale. È questo il cambiamento del nostro modo di vedere le cose, la psiche, il comportamento umano e di conseguenza la psicopatologia.

Questo cambiamento è importante non solo in ambito lavorativo, ma soprattutto nella nostra vita rispetto alla visione tradizionale che presuppone una realtà oggettiva per tutti, secondo cui ognuno di noi si ritiene capace di poter sapere cosa prova e pensa l'altro. Si è verificato un cambiamento nella figura dell'operatore che doveva essere garante della realtà e diventare esperto di sé stesso e dei processi dinamici di autorganizzazione.

L'altro non è più un analogo a me ma viene visto come un altro distinto da me, un *altro altro* (Molledo, 2020). Tutto il sistema organizzativo produce una frontiera mediante la quale l'individuo mantiene la sua autonomia sistemica e crea a sua volta un ambiente esterno, esistendo contemporaneamente in due ambiti di interazione: il primo, tra le componenti e i processi che li producono, e il secondo, con l'ambiente esterno che include l'osservatore. Pertanto, l'altro sarà un soggetto la cui attività fa sempre riferimento a sé stesso.

Questo si traduce anche in un cambiamento della visione che si ha dello sviluppo infantile, da cui emerge che ciascun bambino costruisce l'esperienza dal proprio punto di vista. Come non esiste una conoscenza oggettiva di sé stessi, non c'è alcun modo per cui la persona possa vedersi oggettivamente da fuori come è "realmente". Inoltre, per articolare coerentemente l'immagine di sé con tutta la continuità della propria vita, la persona fa un'operazione di mantenimento della coerenza interna basata sulla consistenza mediante la quale deve appianare le contraddizioni o cambiare alcuni aspetti della esperienza immediata (io), per renderli più consistenti con la coerenza della vita (me). Ciò avviene tramite l'autoinganno per cui ogni operazione di coscienza di sé è un atto per salvaguardare la coerenza di sé.

I *sintomi*, da questo punto di vista, non sono che processi di conoscenza che mettono in evidenza intenti di cambiamento frustrati che non permettono un'adeguata assimilazione dell'esperienza immediata da parte dell'autoconoscenza. Voglio dire che la persona (io) non si è riconosciuta come accettabile da una parte del sé (me), pertanto la genealogia deve essere cercata all'interno dell'individuo nel suo significato personale e non negli eventi esterni. Al contrario di quello che comunemente si pensa, le persone sono un prodotto dei cambiamenti che hanno realizzato per mantenere coerente la propria identità, nella forma in cui ciascuna persona ha affrontato i mutamenti della propria vita in maniera viabile e non in base alla stabilità.

In altre parole, i sintomi sono considerati come espressione delle emozioni alle quali è difficile dare senso e significato. L'etichetta di disagio è assegnata al tentativo fallito di integrazione che è considerato disadattativo e che è vissuto come ecodistonico.

Come si è già detto nell'approccio post-razionalista cambia anche l'obiettivo terapeutico. Non si tratta più di un modo di far sì che il paziente cambi comportamento o raggiunga una conoscenza più adeguata tra coscienza e realtà esterna, ma che la sua trama narrativa sia più ampia e possa autoriferirsi e spiegarsi l'esperienza immediata in modo differente. Per questo è essenziale che, nelle prime sedute, il paziente si addestri a decodificare le sue emozioni in un modo che non aveva mai fatto prima nella sua vita, il che gli permetterà di ampliare il suo punto di vista. Si evidenzia così, nuovamente, che il post-razionalismo non cerca un cambiamento semantico, prodotto dalla negoziazione di opinioni, ma una modificazione della percezione sia di sé che degli altri e anche dell'esperienza immediata.

In quanto educatori abbiamo modificato il modo di considerare gli interventi come una sorta di addestramento a far funzionare meglio, come se tutti funzionassero allo stesso modo e come se esistesse un meglio a prescindere dalla persona e dalla sua storia; quindi la patologia va corretta rispetto a questo standard ideale. Nel post-razionalismo invece l'attenzione è spostata ai processi interni, la patologia non è legata a un trauma esterno, a qualcosa che è dato nell'ambiente ma è lo specchio dei processi interni, che sono processi ai quali non si riesce a dare un senso e un significato.

Quindi dobbiamo lavorare con il mondo interno dell'altro e, a questo punto, l'altro è l'unico esperto di sé perché l'unico a contatto con il suo mondo interno: così l'educatore dovrebbe in qualche modo lavorare con il mondo interno dell'altro e, per questo, deve rispettare quella che è *l'unicità*, cioè la soggettività. In questo senso l'educatore non è un esperto del mondo e degli altri ma diventa un co-esploratore che va in qualche modo a rintracciare che cosa ci sia nei processi interni che altera il mantenimento della coerenza, di un equilibrio che deve essere compatibile con il funzionamento del soggetto.

Questo significa aiutare il soggetto a vedere da un altro punto di vista e ad attivarsi in modo diverso, passando attraverso il funzionamento del soggetto, e non basandosi su criteri esterni che possano essere uguali per tutti. Dobbiamo avvicinarci all'altro considerandolo come un altro altro e non come un altro me, quindi dobbiamo avvicinarci reputandolo come l'unico esperto di sé e del suo mondo interno; sarà necessaria una co-esplorazione di questo spazio per costruire un progetto che sia mirato a quella persona e al suo modo di funzionare, riferendola all'esperienza e trasformandola in senso di sé.

Questa concezione dell'altro come un altro diverso da me è una delle cose più importanti della vita, per il rispetto dell'altro in tutti gli eventi. È difficile mettere in atto questa conquista post-razionalista che non è lavoro solo di ambito clinico ma si riferisce a quello della vita.

Se in ambito clinico si deve seguire il paziente, l'educatore deve sempre stare attento a rispettare i tempi di quest'ultimo. Il paziente determina sia il ritmo che la velocità con cui si passa da una tappa del progetto a un'altra. È un po' come una *guida* escursionista che accompagna in montagna, che deve conoscere il passo dell'utente e non deve imporre il suo passo, che deve anche scegliere un itinerario che è sia compatibile con la persona e non con i propri gusti e le proprie capacità.

È vero, noi avremmo la possibilità di fare le cose con i nostri tempi, a nostro piacere ma dobbiamo sempre rispettare l'altro come un esperto di sé stesso, cosa gli piace, i suoi tempi, il suo percorso, i suoi temi, le sue convinzioni. Così per il post-razionalismo quello che gli altri denominano *resistenze*, invece di trattarsi di una risposta inappropriata e indesiderata da parte del paziente, all'interno di una dinamica antagonista tra lui e l'educatore, costituiscono elementi di lavoro e non qualcosa contro cui lottare. Resistenze sono tutte quelle difficoltà per cui sembra che il nostro paziente si opponga al nostro intervento cercando di vanificarlo. Occorre, quindi, pensare bene a cosa fare quando un paziente presenta una resistenza, perché sembra che sia contro di noi mentre è espressione del suo modo di funzionare e delle difficoltà che ha a cambiare il suo punto di vista interno. Noi le resistenze tendiamo a vederle come qualcosa di oggettivo, anche se sono vissuti soggettivi.

Il paziente che ti dice "non ce la faccio, non riesco, non ce la faccio più", se si considera ciò come una categoria di esperienza come tante altre, ci si può lavorare chiedendosi cosa ti sta dicendo quella persona di sé, del suo modo di riferirsi le cose e di utilizzarle per sentirsi sé stessa; su questo si può lavorare come se il paziente ci stesse portando qualunque altro elemento significativo. Noi dobbiamo sempre tenere presente che per gli esseri umani, come già detto in precedenza, la prima attività consiste nel mantenere la propria coerenza come sistema.

Questo è importante perché dobbiamo sempre dare ai pazienti il tempo di accettare di vedersi da un altro punto di vista, quindi nel lavoro educativo e psicoterapeutico non possiamo pensare di ottenere dei processi lineari, costanti e continui, perché non si tratta semplicemente di acquisire delle nuove nozioni cognitive che sono ovviamente superficiali. Quando tocchiamo l'aspetto emozionale i cambiamenti sono lenti e non sono mai indolori, occorrono sempre delle rielaborazioni multiple. Il nostro percorso per aiutare qualcuno è tutt'altro che una cosa semplice, facile e lineare, ci sono dei passi avanti, alcuni indietro e soprattutto c'è bisogno di identificarsi in un nuovo punto di vista.

Questo è importante perché uno studente pensa all'inizio che il cambiamento sia lineare, che vadano dette delle cose al paziente e che in base a questi egli cambi velocemente, che la situazione migliori sempre rispetto a quella precedente. Anzi è un'occasione conoscitiva del

mondo interno dell'altro: se l'altro fa fatica a cambiare oppure se l'altro torna un poco indietro, cosa mi sta dicendo del suo modo di funzionare?

Quindi anche una difficoltà, una resistenza al cambiamento è qualcosa di utile perché ci consente di conoscere il modo con cui sta funzionando quella persona ma anche un modo per conoscere come io sono capace di funzionare, perché in moltissime situazioni questo parla più di me che dell'altro, della mia ansia o stress.

Nella *relazione* non c'è solo il paziente, ci siamo anche noi e noi non siamo degli elementi neutri o al di fuori della relazione e quindi, come noi in qualche modo cambiamo l'altro, l'altro cambia noi. È importante che noi conosciamo il nostro mondo interno e non lo confondiamo con il mondo interno dell'altro. In questa maniera l'educatore deve rinunciare all'obiettività, non è più un garante di un ordine esterno che permette di ipotizzare cosa succede all'interno di un soggetto ma è un esperto in modelli teorici e processi individuali che accompagna un altro soggetto (un esperto di sé) a esplorare i suoi processi.

Faccio un esempio. Io credo di essere un esperto nel preparare il tiramisù; quando lo facevo per mio padre, lui ogni volta mi diceva che quello che facevo io non andava bene. Lui lo voleva fatto con gli oro saiwa e poco caffè, mentre io lo preparavo con i savoiardi e una maggiore quantità di caffè, quindi il mio tiramisù non gli piaceva del tutto. L'unica possibilità, dal punto di vista di mio padre, era che il tiramisù dovesse essere preparato con gli oro saiwa e poco caffè, e che io mi sarei dovuto adattare ai suoi gusti. Non è che io sia invisibile a mio padre ma era lui in quel momento che mi parlava di sé.

Quando io ho fatto questo cambiamento di vedere l'altro come un altro altro, cioè che mio padre funzioni con la sua regola e non con la mia, che veda il mondo con la sua visione del mondo, questo fatto ha costituito un miglioramento nel rapporto padre-figlio, perché questo problema del senso di invisibilità è sparito. Pertanto, quando parlo di riconoscere l'altro come un altro altro mi riferisco a questo, perché mio padre non ha la possibilità di vedermi in modo diverso, lui è molto empatico ma nella maniera tradizionale di comprendere l'empatia: ponendosi nel mio punto di vista, lui si immagina di mangiare questa cosa che non gli piace perché non è come deve essere il tiramisù secondo i suoi gusti. Pertanto dico che questi argomenti non sono esclusivi dell'ambito sanitario, sono importantissimi anche per la nostra vita, per comprendere l'altro come un altro altro e per apprezzare quello che ci arriva dall'altro, anche se non è la cosa che ci aspetteremmo.

Noi dobbiamo avere la capacità di comprendere il mondo dell'altro: occorre vedere l'altro come un altro altro e non come un altro io, un altro che non è come me, che lavora, pensa, fa. E questo dobbiamo sempre tenerlo presente nella nostra pratica clinica, dato che abbiamo spesso la

tentazione di metterci al posto dell'altro, dando consigli come: questo è giusto e questo sbagliato, fai così che funziona meglio. È proprio questa tentazione che dobbiamo vincere se vogliamo sintonizzarci con l'altro e capirlo.

Proprio perché abbiamo conoscenza della soggettività del nostro apporto, l'esperienza di autoriflessione è la base del lavoro educativo, quindi possiamo dire che orientiamo i nostri pazienti verso nuove forme di conoscenza di sé stessi secondo il profilo post-razionalista.

Per esempio, quando un bambino è capace di gestire un nuovo comportamento, quale ha appreso dal lavoro con l'educatore, può solo esprimere una capacità di fare questo perché ha acquisito una conoscenza di sé stesso che lo rende capace di fare quell'azione.

Pensando agli autistici è difficile sapere come loro vedono il mondo e in effetti ci sono tante teorie che ne parlano. Una di queste dice che gli autistici sono mind blind, ciechi mentali, non capaci di vedere le menti degli altri; siccome io non so come loro vedono il mondo, allora io non so anche come loro vedono gli altri.

Interessante è un testo di Thomas Nagel chiamato "Che effetto fa essere un pipistrello" (1989), in cui si spiega che il pipistrello vede il mondo attraverso i suoni che attivano la soglia mentale della visione. Pertanto loro hanno una visione del mondo data dai suoni; mentre il cane vede in bianco e nero, il pipistrello proprio non possiamo immaginarcelo.

Di queste particolarità dobbiamo tener conto non solamente per quanto riguarda il pipistrello ma anche per il cane, per il padre, per il fratello, per la zia; dobbiamo cioè capire che l'altro ha l'impossibilità di essere capito dal nostro punto di vista, dal nostro dominio mentale. Per esempio, posso immaginare che un uomo, che si è colpito la mano con il martello, senta un forte dolore; ma se lui è un masochista, e pertanto prova piacere, ha la possibilità di fingere il dolore perché mostrarsi masochista può dare luogo a una valutazione negativa. Di conseguenza non si può essere sicuri di cosa l'altro pensi, viva, anche se si esprime con parole. Noi dobbiamo essere convinti che non esistono eventi traumatici che siano tali per tutti e, quindi, dobbiamo sempre tenere in mente che non esiste il dato oggettivo; non è una democrazia in cui, se il 99% della popolazione considera che un evento sia traumatico, allora quell'evento deve essere tale. Seguendo un approccio razionalista l'operatore è l'esperto che seleziona il tipo di esperienza su cui lavorare, individua gli obiettivi a prescindere dall'altro come persona e dal suo mondo interno, da come ha vissuto le esperienze significative e da come attraverso queste ha imparato a sentirsi.

Invece chi lavora in un'ottica attenta alla soggettività, non di tipo razionalista, costruisce l'esperienza su cui lavorare in un percorso educativo attraverso la conoscenza del mondo interno dell'altro. Dobbiamo sempre avere questa duplice attenzione, perché da un lato

dobbiamo controllare le nostre emozioni, le nostre aspettative, il nostro modo di porci e, contemporaneamente, dobbiamo co-scoprire e lavorare con il mondo interno dell'altro.

Ci sono eventi positivi e negativi nella vita di ciascuno, ma un conto sono gli eventi in sé, un altro, la modalità con cui la singola persona li possa riferire a sé e la durata della loro persistenza, dalla quale dipende la modalità della risposta. Indipendentemente dalla gravità esterna di una situazione, un'esperienza traumatica è definita tale in base al giudizio della singola persona, da cui il quesito su come l'abbia usata per sentirsi sé stessa e come continui a usarla nel tempo.

È questo che non consente di rielaborare una situazione di lutto o una situazione negativa. Se non si supera un trauma vuol dire che, anche a distanza di tanti anni, si continua a usare quel tipo di esperienza per sentirsi sé stessi: su questo noi dobbiamo cercare di lavorare e non sul cercare di far dimenticare, con la classica pacca sulle spalle. Questo spostare le cose sulla soggettività, sul mondo interno, ha un altro grande vantaggio che consente al soggetto di sentirsi protagonista della sua vita.

Un buon esempio può essere quello in cui io sia lasciato improvvisamente dalla mia fidanzata: mi sentirei un fallito, vivrei questa cosa come un trauma dove tutto il problema consisterebbe nel fatto che la mia compagna mi ha mollato, quindi sarebbe lei ad avere in qualche modo le redini della mia vita. Se io invece potessi lavorare con qualcuno che mi aiutasse a riflettere su come io stia usando la fine di una relazione con un'altra persona, qui sarei io ad avere in pugno la situazione. Così vivrei questo momento in maniera diversa, cambierebbero le mie emozioni; cambiando così il mio modo di essere e quindi il mio modo di funzionare interno che non dipenderebbe più da quello che fa un altro fuori di me, dipendendo direttamente da me.

Noi come educatori abbiamo come campo d'azione utenti molto diversi tra loro (salute mentale, autismo, disabilità): io penso che queste persone non possano essere classificabili secondo categorie standard. È con l'osservazione e il dialogo che si crea una relazione empatica grazie alla quale possiamo arrivare a comprendere i processi interiori dell'altro per fare un buon lavoro.

Secondo il più diffuso paradigma terapeutico del DSM, è frequente assistere a relazioni terapeutiche caratterizzate da un atteggiamento ambivalente delle varie figure professionali coinvolte nel progetto di cura: da un lato, si cerca di impostare il rapporto in modo empatico ed accogliente, dall'altro, si fa continuamente riferimento alla necessità che il paziente ci metta della "buona volontà", non lesinando critiche o rimproveri ogni qual volta che si devono fronteggiare ricadute, comportamenti inadeguati o richieste ritenute improprie. Sull'altro versante, il paziente normalmente esibisce un atteggiamento assai eterogeneo, con tratti ora

oppositivi, ora manipolativi, ora seduttivi, ora invischiati, che riflettono verosimilmente lo stile emotivo-relazionale che caratterizza la sua normale interazione con le figure significative.

Da una prospettiva post-razionalista, non è difficile cogliere come le specifiche organizzazioni di significato personale e i conseguenti pattern emozionali di decodifica dell'esperienza immediata, sia degli operatori che degli utenti, siano i fattori che principalmente contribuiscono a determinare il tipo di relazione che si struttura rispetto a un progetto di cura.

L'approccio post-razionalista si pone come un modello di riferimento forte, in grado di offrire una comprensione del problema nelle sue molteplici sfaccettature, di leggere i "sintomi" e i vari comportamenti disadattivi esibiti dal paziente come qualcosa di sensato per lui in quel momento e non come qualcosa da stigmatizzare o da contrastare con argomentazioni razionali.

Un approccio di questo tipo può garantire un percorso che, fin dalle sue prime fasi (dall'assessment, alla definizione negoziata di un determinato tipo di trattamento), sia realmente caratterizzato da una accoglienza empatica delle sofferenze della persona e permetta, inoltre, di fargli sperimentare un'esperienza relazionale per lui nuova e già terapeuticamente significativa (Pannelli, 2006).

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

L'idea che ho voluto esprimere con questo lavoro di tesi è che sia necessaria una cornice teorica ampia per la pratica dell'Educatore Professionale, all'interno della quale ci sia una prospettiva della relazione con l'utente e il relativo modello di funzionamento.

Nell'osservanza dei diversi ruoli, con lo studio e l'adozione della prospettiva post-razionalista, si possono aprire nuove possibilità per un diverso approccio educativo.

Così si effettua il passaggio dal portare all'accompagnare, dal salvare e cambiare l'altro all'offrire nuove possibilità e opportunità, da un'ottica direttivo-manipolativa a una di tipo relazione-dialogica, dall'operatore che decide mete e obiettivi, dove sa cosa è bene per l'altro, a uno spazio dove esiste la domanda di cui si cerca di leggerne il senso.

Dove, da una visione in cui l'educatore è l'esperto di cosa sia giusto e cosa sbagliato, garante quindi della realtà, si passa a un'ottica dove l'educatore è un esperto di tecniche e conoscenze e l'utente un esperto di sé stesso, da un'ottica dove si cerca di afferrare l'altro per salvarlo a una dove si condivide un cammino per accompagnarlo.

BIBLIOGRAFIA

- Alexander B.K., *The Globalization of Addiction. A study in poverty of the spirit*, Oxford University Press, 2008.
- American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-V*, A.P.A. press, 2013 (Ed. It.: *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, Quinta edizione, DSM-5*, Raffaello Cortina Editore, 2014).
- Balbi J., *Terapia Cognitiva post-razionalista*, Alpes, 2014.
- Blasi S., *Ricerche empiriche sulla psicoterapia della depressione e modello cognitivo post-razionalista: un dialogo possibile?*, Atti dell'VIII Convegno di Psicopatologia Post-Razionalista, Ancona, 2007
- Brandani W., Tomisich M., *La progettazione educativa*, Carocci Faber, 2005.
- Cantelmi T., Talli M., Del Miglio C., D'Andrea A., *La mente in Internet*, Piccin, 2000.
- Cantelmi T., *Cyberspazio e rischi psicopatologici: osservazioni cliniche in Italia*, in: *Gruppi nella clinica nelle istituzioni, nella società Il giornale della COIRAG*, FrancoAngeli, 2000.
- Caretti V., La Barbera D., *Le dipendenze patologiche. Clinica e psicopatologia*, Raffaello Cortina Editore, 2005.
- Crisafulli F., *E.P. Educatore Professionale*, Maggioli Editore, 2016.
- Crisafulli F., *La valutazione nel lavoro dell'educatore professionale*, Maggioli Editore, 2018.
- Del Miglio C, Couyoumdjian A., Patrizi M., *Dipendenze comportamentali negli adolescenti: videogiochi e gioco d'azzardo*, Il Mulino, 2005.
- Fea M., *Riparatori di destini. Dipendenze, etica e biologia*, FrancoAngeli, 2008.
- Gardella O., *L'educatore professionale. Finalità, metodologia, deontologia*, FrancoAngeli, 2007.
- Girardi P., Di Giannantonio M., *Psicopatologia delle dipendenze*, Pacini Editore, 2016.
- Greenberg L.S., Safran J.D., *Emotions in psychotherapy*, Guilford, New York, 1987.
- Griffiths Mark D., *A "components" model of biopsychosocial framework*, *Journal of Substance Use*, 2005.
- Guidano V.F., *La complessità del sé*, Bollati Boringhieri, 1988.
- Guidano V.F., *De la revolucion cognitiva a la intervencion sistematica en terminos de complejidad. La relacion entre la teoria y practica en la evolucion de un terapeuta cognitivo*, *Rivista de psicoterapia*, 1990.

- Guidano V.F., *Il sé nel suo divenire, Verso una terapia cognitiva post-razionalista*, Bollati Boringhieri, 1992.
- Guidano V.F., *Psicoterapia cognitiva post-razionalista*, FrancoAngeli, 2007.
- Guidano V.F., *La psicoterapia tra arte e scienza*, FrancoAngeli, 2008.
- Guidano V.F., *Le dimensioni del sé. Una lezione sugli ultimi sviluppi del modello post-razionalista*, Alpes, 2010.
- Maida S., Molteni L., Nuzzo A., *Educazione e osservazione*, Carocci Faber, 2009.
- Mannino G., *Organizzazioni di significato personale e dimensioni di coerenza del self*, Atti de “Le organizzazioni di significato personale: evoluzione del modello teorico e della pratica psicoterapeutica in 25 anni di attività, Siena, 2006.
- Mannino G., *Percorsi distinti*, Alpes, 2012.
- Merigliano D., *La psicoterapia postrazionalista*, FrancoAngeli, 2019.
- Morin E., *Il paradigma perduto*, Universale Economica Feltrinelli, 1974.
- Morin E., *I sette saperi necessari all’educazione del futuro*, Raffaello Cortina Editore, 2000.
- Nagel. T., *What Is It Like to Be a Bat?*, *The Philosophical Review*, 1974 (Ed. It.: *Cosa si prova ad essere un pipistrello?*, Castelvechi, 2013).
- Nardi B., *Processi psichici e psicopatologia nell’approccio cognitivo*, FrancoAngeli, 2001.
- Nardi B., *CostruirSi*, FrancoAngeli, 2007.
- Nardi B., *La coscienza di sé*, FrancoAngeli, 2013.
- Nardi B., *Organizzazioni di personalità: normalità e patologia psichica*, Accademia dei Cognitivi della Marca, 2017.
- Nardi B., *Organizzazione di personalità: normalità e patologia psichica*, Istituto Itard, 2020.
- Pannelli G., *Patologie da dipendenza e psicoterapia: il modello post-razionalista*, *Rivista Mission della FederSerd*, 2006.
- Ruiz A., *La terapia cognitiva procesal sistemica de V. Guidano. Aspectos teoricos y clinicos, Integration en psicoterapia*, Cedicep, 1992.
- Russell B., *The principles of mathematics*, Cambridge University Press, 1903.
- Safran J.D., Greenberg L.S., *Affective change events in psychotherapy*, Academic Press, 1988.
- Salkovskis P.M., *Understanding and treating obsessive-compulsive disorder*, *Behaviour Research and Therapy*, 37, 1999.
- Toates F., *Psicobiologia del comportamento*, Pearson, 2014.

SITOGRAFIA

<http://cognitivimarca.altervista.org/index.php>
<http://cognitivimarca.altervista.org/testi.php>
<https://www.terapiacognitiva.eu/tc/>
<https://www.terapiacognitiva.eu/tc/post-razionalismo-vittorio-guidano/>
https://www.terapiacognitiva.eu/cpc/dwl/atti_siena/atti%20siena%202006%20osp.pdf
<http://www.asurmarche4.it/dipartimenti.asp?id=6>
<http://www.asurmarche4.it/attivita.asp?id=775>
<https://www.federserd.it/index.cfm>
<https://www.federserd.it/index.cfm/documenti/?fuseaction=documenti>
http://www.federserd.it/files/ar/IIsessione_La_Valutazione_Multidimensionale_GIORGIO_PANNELLI.pdf
<https://docplayer.it/10212204-Patologie-da-dipendenza-e-psicoterapia-il-modello-post-razionalista.html>
<https://www.tsrn-an-ap-fm-mc.org/>
<https://educatoreprofessionale.tsrn-an-ap-fm-mc.org/>
<https://www.educatoreprofessionale.it/home-page/ep>
<https://www.educatoreprofessionale.it/home-page/area-dipendenze-patologiche>
<https://www.issalute.it/>
<http://www.salute.gov.it/>
http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?lingua=italiano&id=63&area=Disturbi_psichici
<https://www.epicentro.iss.it/>
<http://www.epicentro.iss.it/alcol/SismaMonitoraggio>
<http://www.rainews.it/dl/rainews/articoli/300-mila-malati-7000-sanitari-I-SERD-non-bastano-7e8170e5-419b-473d-8581-021185015d98.html>
<http://www.politicheantidroga.gov.it/it/servizi-e-contatti-utili/serd/i-serd/>
<https://oggiscienza.it/2019/10/24/disturbi-comportamento-alimentare-italia/>
https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11329/italy-cdr-2019_0.pdf
https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11364/20191724_TDAT19001ITN_PDF.pdf

<http://www.carabinieri.it/cittadino/consigli/tematici/questioni-di-vita/tossicodipendenza-da-sostanze-stupefacenti/introduzione>

<http://www.carabinieri.it/cittadino/consigli/tematici/questioni-di-vita/tossicodipendenza-da-sostanze-stupefacenti/le-principali-droghe>

<https://www.jpsychopathol.it/issues/2015/vol21-1/10Marazziti.pdf>

<https://www.stateofmind.it/2015/06/dipendenze-dsm5/>

<http://www.psicoattivo.com/eterogeneita-numerosita-dei-criteri-dipendenza-dsm-5/>

<https://www.psicoterapiascientifica.it/dipendenze-comportamentali/>

<https://www.fondazioneveronesi.it/magazine/articoli/fumo/i-danni-anche-poco-noti-del-fumo>

<https://www.fondazioneveronesi.it/magazine/articoli/fumo/qual-e-il-trattamento-piu-efficace-per-smettere-di-fumare>

<https://www.fondazioneveronesi.it/progetti/io-vivo-sano-dipendenze>

<https://lamenteemeravigliosa.it/trattamento-della-dipendenza-da-alcil-terapie-psicologiche/>

<https://www.ospedalemarialuigia.it/category/dipendenze-patologiche/>

<https://www.medicina.univpm.it/?q=corso-di-laurea-educazione-professionale>

<https://www.medicina.univpm.it/?q=obiettivi-formativi-cdl-educazione-professionale>

<http://www.toninocantelmi.it/index.php/la-mente-in-internet/caduti-nella-quotretequot-il-fenomeno-dell-internet-dipendenza>

<https://www.istitutobeck.com/terapia-cognitivo-comportamentale/la-dipendenza-da-sostanze-caratteristiche-cause-e-trattamento>

https://www.iss.it/documents/20126/45616/Pag._41_46_Vol._36_N._1_2000_Annali.pdf/be879d67-2936-6466-808a-c98f638f6ce7?t=1581097639568

<https://studicognitivi.it/disturbo/dipendenze-patologiche/>

https://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/en/

SEMINARI

Furio Lambruschi, Risvolti educativi e teoria dell'attaccamento, 05/12/2019, Ancona.

Andres Moltedo Perfetti, Interventi sul disagio negli scompensi, 23/06/2020, in diretta streaming dal Cile.

RINGRAZIAMENTI

Ringrazio tutti i compagni di corso che ho incontrato in questo percorso di studi; il tempo passato assieme e le comuni esperienze sono stati davvero dei bei momenti.

Ringrazio i Professori incontrati durante il percorso di studi, in particolare il Professor Bernardo Nardi che ha stimolato e accompagnato la riflessione che ha dato origine al presente lavoro.

Ringrazio tutte le persone che ho incontrato durante il periodo di tirocinio svolto presso il S.T.D.P. di Porto Sant'Elpidio (FM), ASUR AV4.

Ringrazio tutti i tutor guida dei miei tirocini, il Dott. Fabio Sarchioni, la Dott.ssa Annamaria Ciuccarelli, in particolare il Dott. Riccardo Verdecchia che stimo per la sua professionalità.

Ringrazio tutte le persone, familiari ed amici, che in questi anni mi sono stati vicino e mi hanno sostenuto in questo percorso, in particolare mio nonno Romano.