

L'ALLEANZA TERAPEUTICA NELLA RESIDENZIALITA'



INDICE

INTRODUZIONE	pag. 3
L'ALLEANZA TERAPEUTICA TRA I SERVIZI	pag. 4
BREVE DIGRESSIONE STORICA SULL'EVOLUZIONE DELLE COMUNITA' TERAPEUTICHE: RICADUTE SUL CONCETTO DI ALLEANZA TERAPEUTICA	pag. 5
L'EVOLUZIONE DELLE COMUNITA' TERAPEUTICHE E LE RICADUTE SUL CONCETTO DI ALLEANZA TERAPEUTICA	pag. 6
CONCETTO DI ALLEANZA TERAPEUTICA	pag. 7
L'ALLEANZA TERAPEUTICA NEL CONTESTO RESIDENZIALE:	
GLI ATTORI COINVOLTI	pag. 8
IL SETTING	pag. 8
LE CARATTERISTICHE	pag. 8
IL SETTING GRUPPALE	pag. 9
IL SISTEMA FAMILIARE	pag. 10
STRUMENTO IMPRESCINDIBILE NEL PERCORSO INDIVIDUALE	pag. 11
L'ALLEANZA TERAPEUTICA NELLA FASE DI INVIO	pag. 12
L'ALLEANZA TERAPEUTICA NELLA FASE DI ACCOGLIENZA	pag. 13
L'ALLEANZA TERAPEUTICA NELLA FASE DI TRATTAMENTO	pag. 15
DALL'ALLEANZA TERAPEUTICA ALL'EMPOWERMENT	pag. 16
L'ALLEANZA TERAPEUTICA NELLA FASE DI REINSERIMENTO	pag. 17
EMOZIONI DELL'OPERATORE: LE IMPLICAZIONI NELL'ALLEANZA TERAPEUTICA	pag. 18
CONCLUSIONI	pag. 20

INTRODUZIONE

La missione di Dianova consiste nello sviluppare azioni e programmi che contribuiscano attivamente all'autonomia personale e al progresso sociale.

Dianova risponde alla complessità del fenomeno delle dipendenze da sostanze stupefacenti e psicotrope attraverso l'attuazione di programmi residenziali personalizzati proposti nelle sue comunità terapeutiche.

Le cinque comunità terapeutiche sono dislocate sul territorio nazionale ed accreditate in base alle normative regionali vigenti.

Le strutture accolgono utenti di maggiore età e ambo sessi provenienti dal servizio pubblico e dal circuito carcerario con misure alternative alla detenzione.

I programmi vengono sviluppati a partire da un'analisi dettagliata dei bisogni dei singoli utenti, attraverso una visione olistica e un approccio di tipo bio-psico-sociale che consente di trattare la complessità insita nel fenomeno della dipendenza e la persona nella sua globalità.

L'intervento proposto è flessibile: per ogni persona viene pensato e sviluppato un progetto educativo/terapeutico individualizzato che si concretizza attraverso la definizione di obiettivi specifici perseguiti attraverso l'utilizzo di molteplici strumenti terapeutici (educativi e psicologici) ed è garantito dal lavoro sinergico di un'equipe multidisciplinare.

Strutturare l'intervento sulla base di programmi differenziati e personalizzati comporta che le tempistiche di attuazione del percorso comunitario siano legate al raggiungimento degli obiettivi stabiliti, pertanto il concetto "tempo" è flessibile e può variare da un utente all'altro.

Nel corso del tempo Dianova ha sviluppato il concetto di "autonomia" centrata sul singolo individuo ed è per questo motivo che l'utente viene accompagnato in un percorso personale ed individuale volto al raggiungimento di obiettivi previsti e condivisi, affinché ognuno possa acquisire il massimo grado di "autonomia possibile".

Gli obiettivi del programma saranno condivisi con il Servizio inviante e con l'utente.

La nostra Associazione ha una sistematica Supervisione, per tempi e modalità di svolgimento con un consulente esterno (psicoterapeuta): supervisione clinica, formazione e dinamiche Equipe-Sistema curante.

L'ALLEANZA TERAPEUTICA TRA I SERVIZI

La Comunità Terapeutica Residenziale è inclusa in un sistema di cura condiviso con gli altri servizi pubblici e privati: questa impostazione sollecita la Comunità Terapeutica Residenziale a rinunciare alla prospettiva autonoma ed autoreferente che è stata dominante per lungo tempo negli anni passati, a favore di una visione diversa.

La Comunità Terapeutica Residenziale è uno degli anelli della catena "terapeutica, uno degli elementi della catena dei Servizi, con una forte integrazione con gli altri attori del settore sociale e sanitario e questa transizione evolutiva, in termini di Alleanza tra i Servizi risulta imprescindibile.

L'integrazione è sicuramente un obiettivo difficile e nello stesso tempo indispensabile, ma che non è raggiungibile senza un continuo confronto e sforzo comunicativo, relazionale e professionale da parte di tutti gli operatori coinvolti.

BREVE DIGRESSIONE STORICA SULL'EVOLUZIONE DELLE COMUNITA' TERAPEUTICHE: RICADUTE SUL CONCETTO DI ALLEANZA TERAPEUTICA

Una riflessione rispetto alla terminologia che, nasce dall'esigenza di un profondo ripensamento dei trattamenti residenziali a partire dalla fine degli anni'80, rinunciando ad un termine consueto, conosciuto, attraente e suggestivo come quello di Comunità Terapeutica.

Questa fase ha portato all'idea (E. Broekaert, J. Maertens, M. Kooiman, G. De Leon) di tratteggiare le caratteristiche delle "nuove" Comunità Terapeutiche.

Pertanto l'utilizzo del termine Residenzialità e non Comunità, non è solo uno spostamento terminologico, ma segna il passaggio dal modello di Comunità Terapeutiche classico a quello di Centro di Trattamento Residenziale, integrato in una serie di altri trattamenti, indispensabile per varie ragioni tra cui:

- La messa a fuoco dell'esistenza di utenti differenti, con differenti bisogni;
- L'evidenza che ogni singolo elemento di trattamento - come è quello residenziale - deve essere integrato con altri interventi e con approcci diversi;
- La necessità di integrare altri elementi di trattamento (metadone, psicofarmaci, ecc.)
- Considerare la residenzialità come un elemento specifico di una rete di opportunità e non più solo come elemento autoreferenziale ed autosufficiente
- La necessità di un approccio valutativo che migliori il trattamento residenziale
- Il Trattamento Residenziale si può basare sulle evidenze dei risultati prodotti, acquisendo una maggiore scientificità e non perdendo le caratteristiche di solidarietà e di condivisione che ha sempre caratterizzato le Comunità Terapeutiche. Attraverso l'approccio "evidence based", aumentare il livello di confrontabilità e di supporto scientifico e professionale.

L'EVOLUZIONE DELLE COMUNITÀ TERAPEUTICHE E LE RICADUTE SUL CONCETTO DI ALLEANZA TERAPEUTICA

Se dovessimo semplificare, si potrebbe ragionare in questo modo:

Le Comunità Terapeutiche tradizionali promettono:

- ✓ Astinenza
- ✓ Guarigione
- ✓ Salvazione
- ✓ Acquisizione di valori

Le "nuove" Comunità Terapeutiche promettono:

- Miglioramento misurabile
- Trattamento individualizzato
- Approccio olistico bio-psico-sociale

Il miglioramento continuo degli interventi con gli utenti e della qualità delle prestazioni e dei percorsi attivati rappresenta un obiettivo importante su cui puntare: somministrazione annuale del questionario di soddisfazione dell'utenza (oltre a quello del personale e dei Servizi invianti) che oltre a recepire il feed-back dell'utenza, è funzionale a rinforzare il percorso di Alleanza Terapeutica.

In funzione di questa nuova prospettiva evolutiva l'Operatore dovrebbe perdere in:

- Rigidità, nel rapporto con gli utenti e con l'esterno; nel concepire le norme, nel considerare i problemi portati dagli utenti,
- Assolutezza, nel presentare la propria esperienza e quella della struttura e del programma;
- Sicurezza nell'affermazione che *"quel programma funzioni sempre e con tutti gli utenti"*;
- Sospettosità verso gli altri trattamenti e strutture;
- Fissità nel considerarsi indissolubilmente legato a "quella" struttura.

E quindi dovrebbe acquisire:

- Flessibilità nell'intervento, verso gli utenti, verso la struttura, verso la gerarchia;
- Attenzione verso la specificità peculiare di ogni persona;
- Disponibilità verso la valutazione;
- Capacità di metariflessione rispetto al processo dell'intervento: ovvero cercare di capire cosa sta facendo – il carattere specificamente terapeutico dell'azione che compie, perché, come funziona e quali sono gli obiettivi intermedi e finali.

CONCETTO DI ALLEANZA TERAPEUTICA

Nel nostro caso credo sia quanto mai opportuno e necessario fare riferimento al concetto di Alleanza Terapeutica che nella pratica psicoterapeutica si riferisce alla dimensione collaborativa tra terapeuta e paziente, individuandola come "quel livello di collaborazione che permane nonostante le emozioni forti e spesso negative che possono manifestarsi nel corso del trattamento (McWilliams 99).

L'Alleanza Terapeutica rappresenta la dimensione interattiva in cui paziente e terapeuta esercitano la loro capacità di stare in relazione e collaborare. E' quindi un reciproco accordo riguardo agli obiettivi del cambiamento, ai compiti necessari per raggiungerli, insieme ai legami che mantengono la collaborazione dei partecipanti.

Safran e Muran (2000) considerano l'Alleanza Terapeutica come un contesto di "negoziante intersoggettiva", ove i due attori negoziano i propri bisogni nel corso della durata dell'intera terapia. La relazione deve offrire "sicurezza", in questo modo essa diventa motore di un incremento delle capacità autoriflessive del paziente.

La relazione terapeutica appare così caratterizzata da un ritmo costante di esperienze di contenimento – la base sicura-, di momenti di insight – aumento delle capacità riflessive -e di esperienze interpersonali correttive – modulazione dell'alleanza.

Il concetto di Alleanza Terapeutica assume una valenza peculiare e complessa nella residenzialità.

L'ALLEANZA TERAPEUTICA NEL CONTESTO RESIDENZIALE

GLI ATTORI COINVOLTI

In questo contesto ci sembra importante ripensare l'alleanza terapeutica quale base per l'avvio e lo sviluppo del processo di cura, considerando come soggetti non solo i pazienti con le loro storie di malattia e le loro risorse, ma gli stessi servizi invianti, i familiari, gli operatori e i curanti delle comunità. Si tratta di un sistema di soggetti plurimi, attori di una costruzione processuale articolata che acquisisce autentica valenza terapeutica quanto più essi possono porsi come Agenti, con se stessi e nella complessità della relazione con i residenti.

Nella residenzialità infatti vengono utilizzati differenti agenti promotori del cambiamento, dagli operatori agli utenti, dai familiari ai partner alle persone significative, ai Servizi invianti, impiegando spesso momenti formali e informali per il trattamento, ampliando la concezione stessa del setting che, invece di esaurirsi in una serie di incontri delimitati, si dilata all'intera situazione comunitaria, accrescendo enormemente le potenzialità terapeutiche e riabilitative a disposizione degli operatori.

IL SETTING

Il contesto in cui il trattamento si svolge ha un'importanza fondamentale: la modalità relazionale, così come il tempo e lo spazio condivisi con l'utente, assumono un significato determinante ed entrano a far parte, a pieno titolo della funzione curante.

Il setting assume una concezione ed una cornice più ampia secondo De Leon (2000) la quintessenza della Comunità Terapeutica è la comunità stessa. Il gruppo dei pari, la loro partecipazione, il clima che si vive, il fatto di condividere lo stesso ambiente e di essere comunemente impegnati a raggiungere analoghi obiettivi, è considerato uno degli aspetti essenziali della residenzialità.

LE CARATTERISTICHE

Il termine Comunità evoca principalmente l'immagine di un luogo fisico; che possa garantire un tetto, un piatto ed un letto a chi non ne dispone, o una protezione da tensioni e conflitti familiari insostenibili, o un luogo di rieducazione sociale attraverso pratiche riabilitative più o meno sofisticate. O non si tratta invece di qualcos'altro?

Caratteristiche del setting sono la sua relazionalità diffusa, la contiguità quotidiana con altre persone con tutti i limiti posti dalla convivenza, la necessità di provvedere ai bisogni

essenziali – le esigenze della quotidianità -, la dimensione necessariamente gruppale di molti momenti della vita comunitaria, l'intensità del trattamento.

Pregio della situazione residenziale è innanzitutto offrire un trattamento intensivo e strutturale che, come tale è predisposto a far fronte ad un problema cronico coinvolgente l'area comportamentale, intrapsichica e relazionale, come appunto la tossicodipendenza.

Il concetto di residenzialità rimanda invece ad un livello di maggior complessità, non solo allo spazio fisico, ma soprattutto allo "psichico".

L'Equipe, attraverso una forte presa in carico, attenta ai bisogni emotivi della persona, può aiutare la persona a calarsi in questa nuova realtà, all'inizio sollecitandola a partecipare ad una sorta di esperienza "in prova", in cui il Sistema curante e l'utente possano conoscersi reciprocamente, creare un clima costruttivo e, progressivamente offrendo quell'ambiente fatto di *relazione, holding, attività mirate* che permetta di costruire una "residenza emotiva" (Zapparoli)

Pertanto la residenzialità può costituire un arco di tempo sufficientemente lungo, un percorso di cambiamento in cui alla persona diventi possibile riappropriarsi delle proprie emozioni e riconnetterle alle vicende esperienziali del proprio passato e trovare un modo di esprimerle diverso e più funzionale.

Intraprendere un percorso residenziale significa per l'utente confrontarsi con un mondo, quello reale, caratterizzato dalla *perdita*: della sostanza, delle relazioni affettive e familiari, dal lavoro, ecc.

Ed è proprio su questo terreno emotivo che l'Equipe è esposta a vissuti dolorosi di *perdita*, deve ricorsivamente confrontarsi con la dimensione della perdita.

IL SETTING GRUPPALE

Altro nodo centrale nel trattamento residenziale è correlato, come già anticipato, all'esperienza gruppale.

L'esperienza clinica conferma che nell'ambito del trattamento residenziale della dipendenza è necessario introdurre un vertice di osservazione gruppale.

Il setting gruppale ha un ruolo maggiormente terapeutico, nella residenzialità, rispetto al rapporto tra operatore/utente.

Il gruppo non è la semplice somma dei partecipanti, ma assume la forma di contenitore, in grado di assemblare i contenuti che aleggiano nell'atmosfera della Comunità Terapeutica Residenziale; svolge la funzione di attenuare e, a volte, mediare le emozioni dei singoli partecipanti.

La matrice del gruppo è complessa poiché il gruppo è inserito nella vita quotidiana della Comunità Terapeutica Residenziale, entra in relazione con le diverse attività educative svolte dall'equipe, con i laboratori espressivi e con gli incontri nel setting individuale.

Il "*campo non lascia scampo*": non ci si può permettere di stare in Comunità Terapeutica Residenziale senza mettere in discussione le proprie abitudini, il proprio modo di stare insieme e relazionarsi, sia con il gruppo dei pari, sia nei confronti dell'Equipe.

La dimensione gruppale del trattamento residenziale fornisce anche prezioso materiale da elaborare nelle sedute di psicoterapia individuale, negli incontri educativi o nel dialogo con gli operatori.

Ingredienti di un'Alleanza Terapeutica del setting gruppale sono il rispecchiamento dei sentimenti degli utenti che rende più comprensibili le emozioni che si sperimentano nel gruppo, l'utilizzo di un legame empatico, la validazione delle esperienze vissute, questi aspetti portano a creare un'Alleanza Terapeutica con il gruppo e rafforzano l'alleanza tra gruppo e conduttore.

Nel contesto gruppo le difese di ciascun utente, inoltre, tendono ad abbassarsi, creando terreno fertile per attuare, da parte degli operatori, anche degli interventi riabilitativi e riflessivi che, al di fuori di quel contesto e, quindi in assenza di quell'Alleanza Terapeutica, non sarebbero attuabili.

IL SISTEMA FAMILIARE

Nel percorso trattamentale è importante integrare il lavoro con i Sistemi familiari di riferimento (Famiglia di Origine o Famiglia acquisita).

E' necessario valutare anche la motivazione del contesto familiare e risulta opportuno prendere contatti sin dalla fase iniziale con le famiglie, al fine di inquadrare, nel modo più accurato e realistico possibile, la complessità della situazione, la qualità delle risorse a disposizione, eventuali resistenze apposte dalla omeostasi familiare che, vanno opportunamente considerate, affrontate e gestite, poiché potrebbero interferire con la positiva evoluzione del trattamento.

Non solo resistenze (all'inizio accennavo alla percezione di "sottrazione-sequestro" del figlio da parte dell'Equipe), ma anche messaggi di "delega" da parte dei familiari.

Occorre responsabilizzare quanto prima ed in modo diretto la famiglia, come agente promotore del cambiamento, attraverso un contatto programmatico e sistematico e all'interno del Programma Terapeutico Individuale, tra Equipe, utente e sistema familiare di appartenenza e con gruppi multifamiglie con frequenza mensile.

Pensiamo, infatti, che la persona portatrice del “sintomo” dipendenza, sia l’espressione di un nucleo familiare disfunzionale e che in tale contesto deve essere recuperato.

Ci si espone frequentemente al rischio di lavorare per il conseguimento di risultati che possono poi decadere, nel momento in cui la persona viene reinserita nel contesto socio-familiare di appartenenza: non appena cioè vengono riattivati meccanismi e dinamiche relazionali lasciati sostanzialmente invariati.

STRUMENTO IMPRESCINDIBILE NEL PERCORSO INDIVIDUALE

Nella prassi quotidiana dell’affiancamento all’utenza in trattamento, la costruzione di un’alleanza di lavoro è lo strumento terapeutico più potente.

Creare un’alleanza terapeutica con l’utente aiuta nella maturazione di una motivazione personale ed autentica al percorso trattamentale.

L'ALLEANZA TERAPEUTICA NELLA FASE DI INVIO

La Domanda di inserimento in Comunità Terapeutica Residenziale viene filtrata dal Ser.D inviante competente, richiede la disponibilità ad accogliere l'utente per un percorso terapeutico.

Ci sono dei casi in cui è la persona a chiedere di entrare in Comunità Terapeutica Residenziale e altri in cui è Il Ser.D a chiedere per l'utente. La modalità di ingresso è una variabile cruciale e un passaggio delicato, al fine di costruire con l'utente una sufficiente intesa e condivisione circa gli obiettivi del percorso riabilitativo.

Come hanno evidenziato Coletti e Grosso (2011), - tendenza riscontrata anche nella nostra prassi operativa- sembra essersi rovesciato il criterio di invio dei pazienti tossicodipendenti in Comunità Terapeutica Residenziale: una volta il trattamento residenziale presupponeva una motivazione e un'alleanza iniziale con il paziente che, era pronto ad accettare la cornice ed i tempi del percorso terapeutico. Oggi si tratta invece di rispondere all'urgenza e all'emergenza soggettiva dell'utenza, anche con gravi forme di psicopatologia, con cui è necessario costruire insieme *il senso* di ogni possibile formula di trattamento.

In sintesi: precedentemente, l'utente si rivolgeva a partire da una domanda di cura e di cambiamento, oggi è invece necessario considerare la Comunità Terapeutica Residenziale come il luogo dove avviene innanzitutto l'elaborazione della domanda di cura.

Prima la Comunità Terapeutica Residenziale accoglieva la domanda di cura costruita nel lavoro clinico svolto insieme al Ser.D, oggi tendenzialmente la Comunità Terapeutica Residenziale deve considerare sempre più la necessità di un tempo preliminare che va "*dal trattamento della domanda alla domanda di trattamento*" (Freda 2001).

L'ALLEANZA TERAPEUTICA NELLA FASE DI ACCOGLIENZA

Non sempre intraprendere un percorso di cura residenziale viene accettato con piena disponibilità e collaborazione.

Durante le primissime fasi - Accoglienza- l'utente deve avere la possibilità di verificare che la figura dell'operatore, sia una persona affidabile, sia dal punto di vista umano sia professionale, non spaventata da quanto un tossicodipendente può dire o mostrare di sé: pertanto deve proporsi come base sicura, per una persona che ha bisogno di una stabilità relazionale riparativa.

Solo in questo modo il tossicodipendente potrà usufruire della affidabilità e della empatica costanza **dell'operatore come catalizzatore relazionale per esperienze emozionali correttive che possano fungere da luogo di interconnessione di frammenti di vita mai raccontati prima** (Liotti, 1993).

La relazione terapeutica ed informale diventa uno straordinario strumento per l'instaurarsi di esperienze cognitive ed emozionali correttive, rispetto a quelle vissute in precedenza, nonché l'occasione per esperire nuove forme di relazioni (Liotti 1993) e abilità sociali, stimolo potente per la crescita e la soddisfazione personale.

E' una fase delicata dove l'utente mette spesso alla prova l'operatore per saggiarne l'affidabilità e la possibilità di fiducia: è una fase di opacità in cui c'è la volontà di fidarsi, ma si è ancora ambivalenti rispetto alla possibilità di "affidarsi", ovvero la possibilità di aprirsi autenticamente alla prospettiva di un cambiamento.

Non sono rari i casi, infatti, fin dalle prime battute, di reiterati ed imprevedibili tentativi di testare la solidità e le intenzioni dell'operatore attraverso vere e proprie provocazioni che, se opportunamente e correttamente gestite, potranno contribuire ad un rafforzamento – piuttosto che alla rottura dell'Alleanza Terapeutica.

Inizialmente, sempre in relazione alla costruzione di un'alleanza di lavoro, è opportuno ed al contempo necessario valutare il profilo motivazionale dell'utente (strumento MAC) e comprendere lo stadio in cui è collocato l'utente, adottando un approccio compatibile e comprensivo di eventuali resistenze al trattamento.

Incrementare la motivazione al trattamento significa centrare/focalizzare l'attenzione dell'utente sul continuo ripetersi di schemi disfunzionali che inevitabilmente porteranno ulteriore malessere e che quindi occorre prima o poi interrompere. Il lavoro sul consolidamento della motivazione dovrà essere continuato per tutta la durata del trattamento, dato che:

1. questa tipologia di utenza è spesso portata ad accontentarsi di risultati parziali;

2. dato che il percorso riabilitativo non è mai lineare, ma evidenzia momenti di criticità che, se ben gestiti, possono trasformarsi in occasioni di apprendimento costruttivo ed esitare in uno sbocco evolutivo.

L'ALLEANZA TERAPEUTICA NELLA FASE DI TRATTAMENTO

In termini di costruzione dell'Alleanza Terapeutica, una figura che riveste un ruolo importante per l'utente è l'operatore di riferimento e/o Case Manager che prende in carico il soggetto per un periodo di tempo prolungato, successivo alla fase di Accoglienza. Ciò risulta indispensabile al fine di costruire una relazione significativa, laddove la figura dell'operatore di riferimento oltre ad evitare la dispersione delle informazioni, attribuisce senso di continuità al lavoro effettuato e alla relazione terapeutica con l'utente, riporta alla consapevolezza della cura centrata sulla persona.

Uno strumento, nella residenzialità, strettamente correlato all'Alleanza Terapeutica è anche l'osservazione comportamentale quotidiana, da parte dell'operatore di riferimento. L'utente viene osservato durante tutte le sue attività giornaliere, con particolare riferimento ad alcune aree di indagine:

- area della cura di sé
- area normativa
- area delle abilità sociali
- area delle relazioni
- area delle responsabilità
- area cognitivo-motivazionale
- area emotiva

Le attività proposte in Comunità Terapeutica – occupazionali, di socializzazione, ricreative e sportive - stimolano le persone verso l'utilizzo del tempo in funzione di uno scopo e connotano un importante momento di ripresa della relazione con la realtà, sviluppato dalla costante presenza degli operatori che svolgono funzioni di sostegno.

La strutturazione del tempo – il tossicodipendente sembra avere un vero e proprio "disturbo della relazione con il tempo" (Maggini, Dalle Luche, 1991) e la vita comunitaria fortemente ritualizzata, sono componenti che incidono profondamente sulla costituzione di un tempo interiore negli utenti.

Le attività vengono svolte secondo un piano di programmazione giornaliera, declinate secondo diversi livelli di responsabilità ed attribuite coerentemente con gli obiettivi formulati nell'ambito del Progetto Terapeutico Individuale e sono volte a potenziare l'autostima, la sicurezza nelle proprie capacità e risorse e il sentirsi responsabili delle proprie scelte.

Ci ha sempre colpito una frase di Theodore Millon, il creatore del test MCMI (Millon Clinical Multiaxial Inventory) ... dice *"Malgrado tutto il nostro tentativo di rendere le narrative le più benevoli possibili, usiamo ancora un buon numero di termini negativi nel descrivere i nostri pazienti."* Effettivamente così abituati ad evidenziare e catalogare il disagio, spesso manchiamo di dare sufficiente risalto alle risorse psicologiche ed umane dei nostri assistiti.

DALL'ALLEANZA TERAPEUTICA ALL'EMPOWERMENT

Attraverso la costruzione di un delicato rapporto di alleanza tra l'operatore e l'utente si arriva ad attivare le sue risorse e l'emancipazione possibile, in una prospettiva di empowerment.

Rappaport (1981) → empowerment come processo di acquisizione del potere, interpretato come crescita delle possibilità degli individui e dei gruppi di controllare attivamente la propria vita

Rappaport (1987) → si riferisce sia al soggetto sia alle modalità per raggiungerlo.

Empowerment = processo di abilità che tutti hanno, ma che va "liberato". L'operatore è dunque un facilitatore nella "liberazione" di queste competenze.

All'inizio del percorso l'operatore si presta come "Io ausiliario" nel mettersi accanto agli utenti, li affianca, li sostiene li guida (FARE CON). Le attività rappresentano un prezioso laboratorio di osservazione, ove si verificano le effettive risorse che la persona è in grado di attivare, la capacità di tollerare la frustrazione, la capacità di adattamento al lavoro di gruppo e quella di rapportarsi con un'autorità, sia essa rappresentata da un operatore o, da una figura di maggior competenza rispetto all'attività svolta.

Nello stesso tempo permettono di rimandare rinforzi, stimoli e aiuti assumendo in tal senso una valenza terapeutica.

Gradualmente nell'alleanza compare l'operatore come "Altro da sé" in grado di stimolare e promuovere la fiducia dell'utente nelle proprie capacità e risorse e di lasciare quello "spazio" in cui può sperimentarsi in sicurezza, al riparo delle proprie spinte autodistruttive.

Nell' residenzialità è più con gli atti che con le parole che è possibile veicolare all'utente messaggi importanti e significativi, così come lui tende a fare con noi.

A questo proposito, dobbiamo a Racamier la felice espressione di "*atti parlanti*", con cui indicava l'importanza dei messaggi agiti attraverso gesti, fatti, oggetti capaci di entrare sulla stessa lunghezza d'onda dell'utente, per rendere evidente il significato di situazioni e circostanze e consentire il recupero di modalità espressive diverse da quelle comportamentali e sintomatiche a lui abituali.

L'ALLEANZA TERAPEUTICA NELLA FASE DI REINSERIMENTO

Partendo quindi da un'alleanza in cui operatore ed utente camminano insieme, si arriva ad un'alleanza al servizio dell'emancipazione intesa come massima autonomia possibile, in cui l'operatore lascia che la persona impari a camminare da sola: il compito dell'operatore qui è fermarsi e seguire da lontano e offrire quelle opportunità di crescita che la dipendenza ha bruscamente interrotto.

La Comunità Terapeutica Residenziale è uno spazio di transizione intermedio, tra il dentro e il fuori.

Nel momento in cui l'utente transita nella fase di reinserimento accade qualcosa di significativo tra operatori/figure di riferimento e utente: quello dello "svincolo" dalla Comunità Terapeutica Residenziale si configura come un processo delicato, in cui risulta molto difficile non rompere l'Alleanza Terapeutica costruita nel tempo.

Credo, nella ns. esperienza operativa, che la fatica di confrontarsi con il reinserimento sia proprio quella di misurarsi con le spinte ambivalenti e contraddittorie di persone che hanno bisogno di stare su entrambe le posizioni: è più facile che gli attori della relazione scivolino verso ruoli più disfunzionali.

La maturità di una Comunità Terapeutica Residenziale e del Sistema curante, può essere vista nella capacità di accettare il cambiamento dell'Alleanza Terapeutica e che nella fase di reinserimento non siamo più i "terapeuti" con cui gli utenti si sono relazionati per molto tempo, ma rappresentiamo anche le figure genitoriali da cui distaccarsi.

In questa situazione complessa ed emotivamente pregnante, dove è l'utente a "non voler" l'operatore, è più che mai importante essere monitorati dall'esterno, attraverso un'attenta supervisione, con modalità che ricordano la famiglia che va in crisi/terapia, nel momento dello "svincolo" del figlio.

EMOZIONI DELL'OPERATORE: LE IMPLICAZIONI NELL'ALLEANZA TERAPEUTICA

In conclusione alcune riflessioni sul problema delle emozioni dell'Operatore, che va affrontato anzitutto riconoscendone l'esistenza e non negandone la legittimità: attiene alla relazione e alla dimensione dell'Alleanza Terapeutica.

Alcune conseguenze/rischi in cui possiamo incorrere:

Coletti (2000)

- rispondere con una reazione **accogliente-collusiva**, che si può esprimere in un comportamento di condivisione dell'urgenza, con la conseguenza di essere manipolato;
- rispondere con una reazione **sadica-collusiva**, dubitare per principio della parola e della volontà del tossicodipendente, così come quella dei familiari, anche a fronte di dati "reali" li metterà in questione, con la conseguenza anche in questo caso di essere messi fuori gioco;

Altra evenienza tutt'altro che rara è rappresentata da quella che Racamier definisce *Seduzione Narcisistica* che, accomuna utenti ed operatori in una relazione apparentemente gratificante, ma in realtà senza via d'uscita, in cui l'utente si adagia cullandosi, in una condizione di eterna dipendenza e l'operatore si sente gratificato dalla sua presunta indispensabilità;

Così pure *l'Attivismo senza senso*, se non quello di gratificare un bisogno degli operatori, indotti a sostituirsi all'utente con eccessiva sollecitudine e prontezza, privandolo di ogni potenziale capacità, oppure stimolandolo incessantemente per l'incapacità di tollerarne e comprendere i momenti di passività e apatia;

Aggiungerei anche la *Perversione Logica*, secondo l'espressione di Zapparoli, per cui gli operatori si rifugiano dietro la razionalizzazione o un eccessivo schematismo cognitivo, per difendersi dalle proiezioni, dal coinvolgimento emotivo.

Accade così che all'utente venga riconosciuta una formale accettazione della sua "diversità", ma al contempo gli venga richiesto di essere ragionevole, non-ambivalente, non-dipendente, non-onnipotente per corrispondere alle aspettative di co-responsabilizzazione e co-gestione del progetto comunitario.

Sempre in tema di emozioni è utile richiamare l'attenzione sulla questione della **Mission** (Coletti 2003)

La Mission può essere considerata come la base del rapporto tra operatore e:

- ✓ la struttura

- ✓ la gerarchia
- ✓ il programma

Essa comprende:

- ✓ il motivo di esistere dell'organizzazione e la sua filosofia;
- ✓ il rapporto tra quell'organizzazione ed il mondo esterno;
- ✓ la storia ed il funzionamento interno dell'organizzazione;
- ✓ i suoi compiti, le mansioni, i risultati attesi.

E' evidente il fatto che non si può operare in una Comunità Terapeutica Residenziale senza un livello accettabile di Mission: altrettanto evidente che, occorre evitarne gli eccessi.

E' utile richiamare l'attenzione sulle polarità opposte che possono essere riscontrate in questo campo: la carenza di Mission e l'eccesso di Mission.

Carenza di Mission (undermission)

- Disinteresse per i risultati
- Partecipazione insufficiente alla vita dell'organizzazione
- Eccesso di critica "distaccata" verso utenti e colleghi;
- Non rispetto della gerarchia.

Eccesso di Mission (overmission)

- Partecipazione esagerata alla vita dell'organizzazione
- Aspettative eccessive verso l'organizzazione, la gerarchia, gli utenti;
- Eccesso di critica verso i colleghi
- Eccesso di impegno

Sembra abbastanza chiaro che la carenza di Mission possa essere molto dannosa all'intervento terapeutico e ai fini dell'Alleanza Terapeutica.

In questo caso, l'operatore non riesce ad entrare in sintonia né con i pazienti, né con i suoi colleghi, può sminuire e sottostimare i tentativi di cambiamento degli utenti; non è disponibile al minimo sforzo di adattamento che, invece, una realtà come la Comunità Terapeutica Residenziale richiede piuttosto frequentemente. Inoltre, sarà anche facilmente vittima di burn out.

Allo stesso tempo, l'operatore che ha un eccesso di Mission è altrettanto (se non più) dannoso all'organizzazione e agli utenti.

Non sarà disponibile a nessun cambiamento se non proposto ed imposto da lui stesso. Inoltre, rischia di essere molto disfunzionale per l'Equipe che, considera sempre insufficientemente impegnata nell'opera di "salvezza" dei pazienti.

CONCLUSIONI

Ci sembra efficace l'immagine del labirinto associata alla metafora del filo di Arianna.

La dipendenza imprigiona l'individuo in un labirinto.

Il compito dei curanti consiste proprio nell'utilizzare il modo di essere della persona dipendente nell'impatto della vita di Comunità Terapeutica, come il filo di Arianna, che attraverso la comprensione delle resistenze, dei processi difensivi, delle potenzialità e delle risorse delle persone, talvolta facendo dietrofront e tornando indietro sui propri passi, conduca fuori dal labirinto della dipendenza.

La persona dipendente ci conduce ogni volta in labirinti molto diversi; ciascuno ha il proprio personale labirinto e per ciascuno va trovato un filo di Arianna, tessuto di diversa sostanza e colore.

La sfida, in termini di alleanza terapeutica, è trovare con ciascun paziente il "suo" filo, quello che permetta, gradualmente, attraverso un percorso condiviso, di riportare fuori l'individuo, a ritenersi in grado di funzionare per sé, senza stampelle, verso la massima autonomia possibile.

Nel labirinto non ci si perde

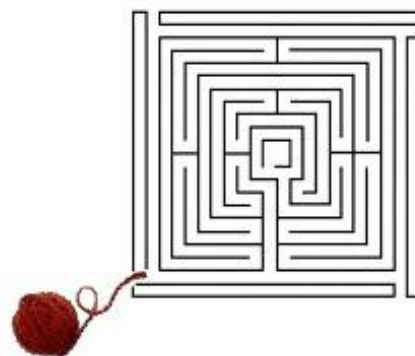
Nel labirinto ci si trova

Nel labirinto non si incontra il Minotauro

Nel labirinto si incontra se stessi

H. Kern

Il filo di Arianna





L'alleanza terapeutica nel contesto residenziale

Rita Ferendeles

(Responsabile Terapeutico CTR Dianova di Palombara Sabina)

Dianova International

Dianova International è un network presente in **4 continenti** (America, Asia, Africa ed Europa), con **"Statuto Consultivo" del Consiglio Economico e Sociale delle Nazioni Unite (ECOSOC)** in materia di educazione, giovani e tossicodipendenze ed è **membro ufficiale dell'UNESCO**.



Dianova Italia

Dianova Italia è un'associazione onlus giuridicamente riconosciuta, nata in Italia nel **1984**.

Sviluppa programmi e progetti innovativi negli ambiti del **trattamento delle tossicodipendenze** e del **disagio minorile**, attraverso la gestione di **5 Comunità Terapeutiche Residenziali** e **6 Centri di Ascolto** nelle Regioni Lombardia, Marche, Lazio, Campania e Sardegna. Nel Lazio è inoltre presente un **Gruppo Appartamento per Minori**. Tutte le strutture sono accreditate e convenzionate con gli enti di riferimento.

Dianova Italia aderisce a **Dianova International**.



I nostri principi

Missione

La missione di Dianova consiste nello sviluppare azioni e programmi che contribuiscano attivamente all'autonomia personale e al progresso sociale



Visione

Dianova basa la sua azione sulla convinzione che, con l'aiuto adeguato, ogni persona può trovare in sé stessa le risorse necessarie per il proprio sviluppo personale e l'integrazione sociale.



Valori

Impegno
Solidarietà
Tolleranza
Internazionalità

Dianova: i numeri



Cozzo (PV) – Lombardia
49 posti



Garbagnate (MI) – Lombardia
38 posti



Palombara (RM) – Lazio
18 posti



Montefiore (AP) – Marche
23 posti



Ortacesus (CA) – Sardegna
39 posti





Sistema di Supervisione in Dianova

supervisione clinica

formazione

dinamiche Equipe

COMUNITA' TERAPEUTICO RIABILITATIVA DI PALOMBARA SABINA (RM)

ACCREDITAMENTO 18 POSTI

EQUIPE MULTIDISCIPLINARE: 1 direttore, 1 responsabile terapeutico (psicoterapeuta), 1 responsabile organizzativo (operatore sociale), 1 psicoterapeuta, 3 educatori professionali, 2 operatori sociali

Consulenze: 1 medico, 1 psichiatra e 1 psicoterapeuta per supervisione clinica

Il Percorso Residenziale si suddivide in tre momenti specifici:

- fase di accoglienza
- fase di trattamento
- fase di reinserimento

Va premesso che la durata delle fasi è indicativa, in quanto si possono concordare tempi ed obiettivi specifici con il Servizio Inviante.



La CTR è uno degli anelli della catena “terapeutica”

L'integrazione è sicuramente un obiettivo difficile e nello stesso tempo indispensabile, ma che non è raggiungibile senza un continuo confronto e sforzo da parte di tutti gli operatori coinvolti in termini:

comunicativi

relazionali

professionali

Breve digressione storica sull'evoluzione delle CC.TT: ricadute sul concetto di AT

a partire dalla fine degli anni'80 vi è stato un profondo ripensamento dei trattamenti residenziali, che ha portato alcuni autori (E. Broekaert, J. Maertens, M. Kooiman, G. De Leon) a ritrattare le caratteristiche delle “nuove” CT:

Utenza
differente con
differenti bisogni

Integrazione dei
diversi
trattamenti

L'utilizzo di
terapie
farmacologiche

La residenzialità come
elemento specifico di
una rete

Approccio
valutativo

Maggior scientificità, senza
rinunciare alle caratteristiche
specifiche delle CT
(solidarietà, condivisione,

Attraverso le “evidence
based” aumentare la
confrontabilità e il supporto
scientifico/professionale

Le CC.TT. tradizionali promettono:

- ✓ Astinenza
- ✓ Guarigione
- ✓ Salvazione
- ✓ Acquisizione di valori

Le “nuove” CC.TT. promettono:

- ✓ Miglioramento misurabile
- ✓ Trattamento individualizzato
- ✓ Approccio olistico bio-psico-sociale

In questa evoluzione l'operatore ha dovuto:

Perdere:

- ✓ Rigidità
- ✓ Assolutezza
- ✓ Sicurezza
- ✓ Sospettosità
- ✓ Fissità

Acquisire:

- ✓ Flessibilità
- ✓ Attenzione
- ✓ Disponibilità
- ✓ Capacità di metariflessione



“quel livello di collaborazione che permane nonostante le emozioni forti e spesso negative che possono manifestarsi nel corso del trattamento”

(McWilliams 99)

Safran e Muran (2000)

considerano l'AT come un contesto di “negoziazione intersoggettiva”

GLI ATTORI COINVOLTI

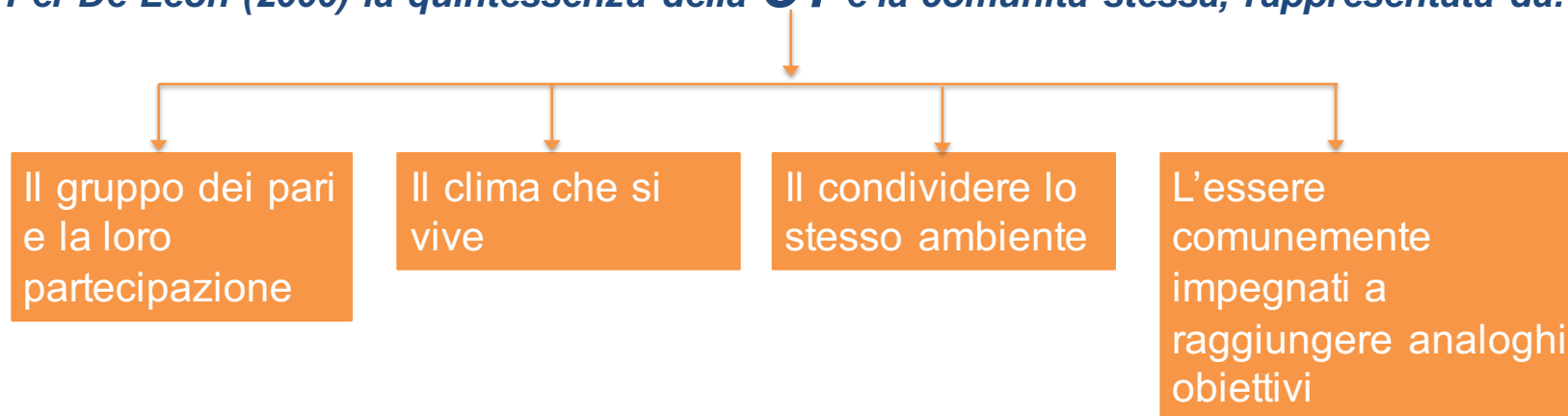
È importante ripensare l'alleanza terapeutica quale base per l'avvio e lo sviluppo del processo di cura, considerando come soggetti non solo i pazienti con le loro storie di malattia e le loro risorse, ma gli stessi



Un sistema di soggetti plurimi, attori di una costruzione processuale articolata che acquisisce autentica valenza terapeutica quanto più essi possono porsi come Agenti, con se stessi e nella complessità della relazione con gli utenti.

Il contesto in cui il trattamento si svolge ha un'importanza fondamentale. La modalità relazionale, così come il tempo e lo spazio condivisi con l'utente, assumono un significato determinante ed entrano a far parte, a pieno titolo della funzione curante.

*Per De Leon (2000) la quintessenza della **CT** è la comunità stessa, rappresentata da:*



Sono questi gli aspetti essenziali della residenzialità

La Comunità non è solo un luogo fisico, altre caratteristiche sono:

la sua
relazionalità
diffusa

la contiguità
quotidiana con
altre persone e
i limiti posti
dalla
convivenza

la necessità di
provvedere ai
bisogni
essenziali

la dimensione
necessariamente
grupuale

l'intensità del
trattamento

Il concetto di residenzialità rimanda invece ad un livello di maggior complessità, non solo allo spazio fisico, ma soprattutto allo “psichico” è un ambiente fatto di:

relazione, holding, attività mirate che permetta di costruire una “residenza emotiva” (Zapparoli)

Intraprendere un percorso residenziale significa confrontarsi con un mondo, quello reale, caratterizzato dalla **perdita**: della sostanza, delle relazioni affettive e familiari, dal lavoro, ecc.



Il setting gruppale ha un ruolo maggiormente terapeutico, nella residenzialità, rispetto al rapporto tra operatore/utente.

Ingredienti di un'AT del setting gruppale sono:

il rispecchiamento dei sentimenti degli utenti che rende più comprensibili le emozioni che si sperimentano nel gruppo

l'utilizzo di un legame empatico

la validazione delle esperienze vissute

questi aspetti portano a creare un AT con il gruppo e rafforzano l'alleanza tra gruppo e conduttore.



Nel percorso trattamentale è importante integrare il lavoro con i Sistemi familiari di riferimento (Famiglia di Origine o Famiglia acquisita)

È necessario:

valutare la motivazione del sistema familiare al trattamento

effettuare una diagnosi del sistema familiare

verificare la qualità e la quantità delle risorse familiari a disposizione

analizzare, affrontare e gestire le eventuali resistenze nell'evoluzione del trattamento

prendere in considerazione i messaggi di "delega" da parte del sistema familiare

**Creare un'alleanza terapeutica con l'utente
aiuta nella maturazione di una motivazione personale ed
autentica al percorso trattamentale.**



**Come evidenziato da Coletti e Grosso (2011),
tendenza riscontrata anche nella nostra prassi operativa,
si è rovesciato il criterio di invio dei pazienti tossicodipendenti in CTR.**

IERI

il trattamento residenziale presupponeva una motivazione e un'alleanza iniziale con il paziente che, era pronto ad accettare la cornice ed i tempi del percorso terapeutico.

l'utente si rivolgeva a partire da una domanda di cura e di cambiamento

la CTR accoglieva la domanda di cura costruita nel lavoro clinico svolto insieme al Ser.D

OGGI

si tratta di rispondere all'urgenza e all'emergenza soggettiva dell'utenza, anche con gravi forme di psicopatologia, con cui è necessario costruire insieme il *senso* di ogni possibile formula di trattamento

è necessario considerare la CTR come il luogo dove avviene innanzitutto l'elaborazione della domanda di cura

tendenzialmente la CTR deve considerare sempre più la necessità di un tempo preliminare che va *"dal trattamento della domanda alla domanda di trattamento"* (Freda 2001)

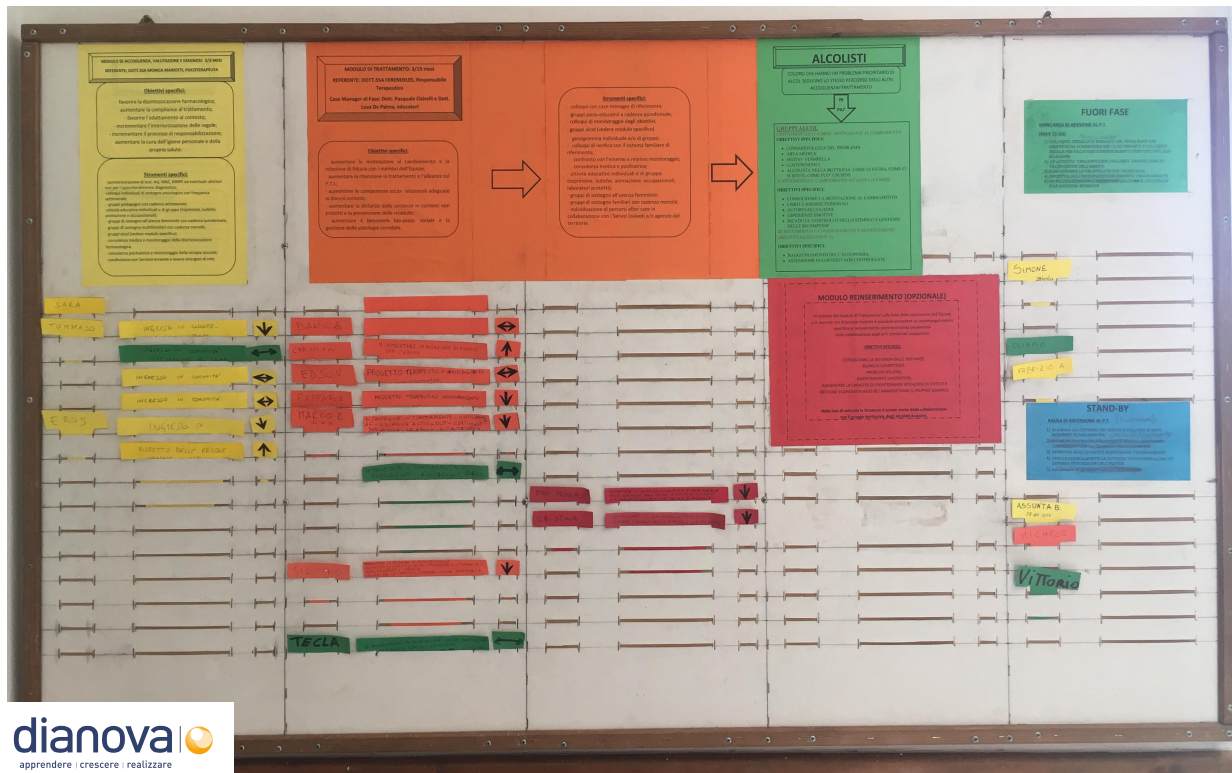


Il lavoro sul consolidamento della motivazione dovrà essere continuato per tutta la durata del trattamento

questa tipologia di utenza è spesso portata ad accontentarsi di risultati parziali

il percorso riabilitativo non è mai lineare, ma evidenzia momenti di criticità che, se ben gestiti, possono trasformarsi in occasioni di apprendimento costruttivo ed esitare in uno sbocco evolutivo

Lo **STRUMENTO VISIVO di MONITORAGGIO**: opportunamente revisionato e ricalibrato sulla base delle Linee guida emanate dalla Regione Lazio “Decreto del Commissario ad Acta 13 gennaio 2015 n. U00013 – Riorganizzazione della rete dei servizi per le patologie da dipendenza e per i comportamenti di addiction” (pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio n. 7 del 22/01/2015)



L'Esposizione dello strumento nella bacheca, recante le sintesi globalmente emerse e la contestuale collocazione dell'utente, viene integrata con una successiva discussione dialogica nel setting individuale, con l'operatore referente (C.M.), nel momento e nel contesto più adeguati.

L'utente viene osservato durante tutte le sue attività giornaliere, con particolare riferimento ad alcune aree:



Le attività proposte



La **strutturazione del tempo**: il tossicodipendente sembra avere un vero e proprio “*disturbo della relazione con il tempo*” (Maggini, Dalle Luche, 1991) e la **vita comunitaria fortemente ritualizzata**, sono componenti che incidono profondamente sulla costituzione di un **tempo interiore**.

Le attività vengono svolte secondo un piano di **programmazione giornaliera**, declinate secondo diversi **livelli di responsabilità** ed attribuite coerentemente con gli **obiettivi formulati** nell'ambito del **Progetto T.I.**



“Malgrado tutto il nostro tentativo di rendere le narrative le più benevoli possibili, usiamo ancora un buon numero di termini negativi nel descrivere i nostri pazienti.” Millon

Rappaport (1981)

***Empowerment** come processo di acquisizione del potere, interpretato come crescita delle possibilità degli individui e dei gruppi di controllare attivamente la propria vita.*

Rappaport (1987)

*si riferisce sia al soggetto sia alle modalità per raggiungerlo. **Empowerment** = processo di abilità che tutti hanno, ma che va “liberato”. L’operatore è dunque un facilitatore nella “liberazione” di queste competenze.*

All'inizio del percorso l'operatore si presta come "lo ausiliario" nel mettersi accanto agli utenti, li affianca, li sostiene e li guida (**FARE CON**). Le attività rappresentano un prezioso laboratorio di osservazione, ove si verificano le effettive risorse che la persona è in grado di attivare, la capacità di tollerare la frustrazione, la capacità di adattamento al lavoro di gruppo e quella di rapportarsi con un'autorità, sia essa rappresentata da un operatore o, da una figura di maggior competenza rispetto all'attività svolta.



Gradualmente nell'alleanza compare l'operatore come "**Altro da sé**" in grado di stimolare e promuovere la fiducia dell'utente nelle proprie capacità e risorse e di lasciare quello "spazio" in cui può sperimentarsi in sicurezza, al riparo delle proprie spinte autodistruttive.

Nell' residenzialità è più con gli atti che con le parole che è possibile veicolare all'utente messaggi importanti e significativi, così come lui tende a fare con noi.

Dobbiamo a Racamier la felice espressione di **“atti parlanti”**, con cui indicava l'importanza dei **messaggi agiti attraverso gesti, fatti, oggetti capaci di entrare sulla stessa lunghezza d'onda dell'utente**, per rendere evidente il significato di situazioni e circostanze e consentire il recupero di modalità espressive diverse da quelle comportamentali e sintomatiche a lui abituali.



Partendo quindi da un'alleanza in cui operatore ed utente camminano insieme, si arriva ad un'alleanza al servizio dell'emancipazione intesa come

MASSIMA AUTONOMIA POSSIBILE

in cui l'operatore lascia che la persona impari a camminare da sola: il compito dell'operatore qui è fermarsi, seguire da lontano e offrire quelle opportunità di crescita che la dipendenza ha bruscamente interrotto.



Nel momento in cui l'utente transita nella fase di reinserimento accade qualcosa di significativo tra operatori/figure di riferimento e utente: quello dello “svincolo” dalla CTR si configura come un processo delicato, in cui risulta molto difficile **non rompere l'AT** costruita nel tempo.

La maturità di una CTR e del Sistema curante, può essere vista nella capacità di accettare il **cambiamento dell'AT** e che nella fase di reinserimento non siamo più i “terapeuti” con cui gli utenti si sono relazionati per molto tempo, ma rappresentiamo anche le figure genitoriali da cui distaccarsi.



Emozioni dell'operatore: Rischi e conseguenze

reazione **accogliente-collusiva**, che si può esprimere in un comportamento di condivisione dell'urgenza, con la conseguenza di essere manipolato (Coletti 2000)

reazione **sadica-collusiva**, dubitare per principio della parola e della volontà del tossicodipendente, così come quella dei familiari, anche a fronte di dati "reali" li metterà in questione, con la conseguenza anche in questo caso di essere messi fuori gioco (Coletti 2000)

Seduzione Narcisistica che, accomuna utenti ed operatori in una relazione apparentemente gratificante, ma in realtà senza via d'uscita (Racamier)

Attivismo senza senso, se non quello di gratificare un bisogno degli operatori, indotti a sostituirsi all'utente con eccessiva sollecitudine e prontezza (Pedriali)

Perversione Logica, per cui gli operatori si rifugiano dietro la razionalizzazione o un eccessivo schematismo cognitivo, per difendersi dalle proiezioni, dal coinvolgimento emotivo (Zapparoli)

Coletti 2003: l'attenzione sulla questione della Mission



Carenza di Mission (undermission)

- ❖ Disinteresse per i risultati
- ❖ Partecipazione insufficiente alla vita dell'organizzazione
- ❖ Eccesso di critica "distaccata" verso utenti e colleghi
- ❖ Non rispetto della gerarchia

Eccesso di Mission (overmission)

- ❖ Partecipazione esagerata alla vita dell'organizzazione
- ❖ Aspettative eccessive verso l'organizzazione, la gerarchia, gli utenti;
- ❖ Eccesso di critica verso i colleghi
- ❖ Eccesso di impegno

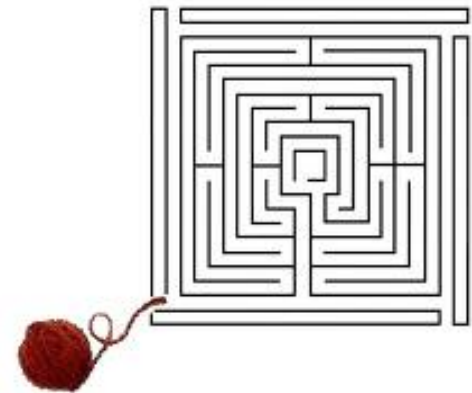
La sfida, in termini di **alleanza terapeutica**,
è trovare con ciascun paziente il “suo” **filo** che permetta, gradualmente,
attraverso un percorso condiviso, di riportare fuori l’individuo,
a ritenersi in grado di funzionare per sé, senza stampelle, verso la
massima autonomia possibile.



*Nel labirinto non ci si perde
Nel labirinto ci si trova
Nel labirinto non si incontra il Minotauro
Nel labirinto si incontra se stessi*

H. Kern

Il filo di Arianna





Grazie