

# Il Progetto Ponte

## INTRODUZIONE

Il Progetto Ponte nasce dall'esigenza di allargare il raggio delle risposte al problema della tossicodipendenza, pur rimanendo nell'ambito di Progetto Uomo e la sua struttura valoriale. Nel corso dell'ultimo decennio le evoluzioni culturali e la mentalità del tossicodipendente, si sono via via modificate seguendo le correnti sociologiche che hanno trasformato il "fenomeno" tossicodipendenza in uno dei tanti disagi presenti al giorno d'oggi. Il "tossico di piazza", il "freak", sono lentamente scomparsi, lasciando spazio ad una tipologia diversa, più inserita ed integrata nella società. Questo ha paradossalmente permesso di fare arrivare la droga anche dove non era ancora arrivata o semplicemente di vivere la propria condizione di tossicomane senza per questo cadere nel declino e nell'emarginazione. L'illusione della "tossicodipendenza in via di estinzione", come si sente affermare in molte occasioni, nasconde in realtà un disagio "tollerato" per il semplice motivo che non sussiste un vero e proprio danno sociale. Molti giovani, che in realtà presentano tutte le caratteristiche strutturali del Tossicodipendente, non dimostrano alcuna disponibilità a riconoscerlo o a mettere minimamente in discussione il sintomo del disagio.

Per altro, la tendenza generale delle Unità Sanitarie Locali, dopo le ultime riforme del Ministero Della Sanità, è quella di concentrarsi con un impegno maggiore sul problema della tossicodipendenza organizzando aperture di centri diurni con una gestione autonoma di un percorso terapeutico o con i programmi individualizzati e trattamento metadonico. L'orientamento quindi è quello di limitare l'invio di utenza presso strutture private, come invece avveniva sino a qualche tempo fa, perlomeno per quanto riguarda l'utenza tradizionale. D'altro canto le Comunità Terapeutiche sono nate proprio allo scopo di supplire alle carenze della struttura pubblica e di operare in un settore che fino a quel momento risultava insufficiente per soddisfare tutte le richieste.

Oggi, come allora, è importante quindi che i programmi terapeutici si orientino secondo lo spirito originario e secondo le esigenze presenti allo stato attuale delle cose, rivedendosi e aggiornandosi, fornendo le risposte più appropriate ai bisogni del territorio di appartenenza.

Attualmente ad esempio, sono aumentate le richieste da parte delle fasce di utenza che vengono definite le "tossicomanie di copertura", ovvero quelle tipologie che "nascondono" in realtà disturbi più o meno gravi della personalità. Dalla nostra esperienza, avendo trattato soggetti corrispondenti a questa tipologia nel programma tradizionale, si è riscontrata alla base delle problematiche esistenti un'estrema difficoltà nel trovare un'identità sana, in alternativa a quella del tossicodipendente. In questi casi, l'essere parte di un programma terapeutico non solo assume una valenza determinante nello sviluppo del senso di appartenenza, ma è anche una condizione essenziale nel processo di ridefinizione della propria identità. E' il programma terapeutico, e quindi un agente esterno alla struttura di personalità, che "definisce", "assegna un ruolo", contiene entro i suoi confini tutte quelle sfumature comportamentali e psicologiche che caratterizzano l'elemento del disagio psichico.

Tutto ciò complica ulteriormente il problema della riabilitazione, che si viene a collocare tra il recupero del disagio sociale e l'elaborazione della sofferenza psichica. Una delle maggiori difficoltà nel trattamento di utenti con doppia diagnosi è costituita dall'antitesi degli interventi pedagogico/educativi e psicologico/sociali. Nessuna delle due diagnosi può essere trattata senza considerare l'altra, ma spesso un intervento su un fronte può essere dannoso o controproducente nell'altro. Un bisogno psicologico può non essere sempre compatibile con un bisogno educativo, specie quando non è stato introiettato il senso del limite. Se il principio della frustrazione ottimale nel processo di crescita fa di questa differenza una risorsa evolutiva, non si può dire che nel disagio psichico in persone adulte si ottenga lo stesso risultato. La migliore strategia è spesso un intervento integrato, che comprenda i due aspetti ma che abbia la possibilità di mantenere nello stesso tempo separati i due setting operativi.

Nel Disturbo Borderline di Personalità, ad esempio, il meccanismo dell'adattamento appare estremamente evidente già dall'inizio del trattamento comunitario. La comunità, e ciò costituisce un'ottima alleanza terapeutica, aiuta a creare una sorta di impalcatura affettivo/comportamentale in funzione dell'organizzazione di un falso sé, diverso dal precedente ma ugualmente funzionale (l'essere un ex tossicodipendente in un programma di recupero, è spesso sufficiente ad identificarsi in un ruolo sociale strutturato). L'assenza degli effetti della sostanza, sposta il margine di riferimento comportamentale, che assume la forma della relazione primaria dell'ambito familiare.

L'adattamento nei confronti della struttura e di chi la "governa", stimola il riemergere della dipendenza "passiva", dove l'utente non può far altro che cercare di essere ciò che l'operatore o la struttura stessa desiderano e si aspettano da lui.

L'intervento educativo, di non facile attuazione, si impernia quindi attorno a relazioni di transfert e controtransfert tra il paziente/utente e l'educatore.

La fase dello sganciamento dalla struttura comunitaria, rappresenta il momento di maggiore difficoltà, non solo per il Borderline, ma anche in altre tipologie. Le richieste degli operatori di assumere un atteggiamento di autonomia affettiva, lavorativa, ecc., dà all'inizio come frequente risultato una ricaduta con uso di droga. Solo attraverso l'elaborazione della ricaduta e delle conseguenze sul percorso di crescita, è possibile aiutare il paziente a reincanalare le energie verso l'autonomizzazione con le opportune rassicurazioni sul "non abbandono" da parte della comunità. Il meccanismo che porta alla ricaduta all'interno della comunità, non si discosta da quelli descritti in precedenza. Anche in questo caso i significati possono assumere contorni diversi, pur rimanendo essenzialmente all'interno di due aspetti principali:

1) ricaduta come momento precedente la crisi di passaggio all'essere adulti, autonomi (ansia, angoscia, paura di essere abbandonati, pericolo di dissociarsi)

2) bisogno arcaico di “non” crescere ed essere, nel presente, ripresi in carico dalla comunità con l’obiettivo di emulare il bisogno di accudimento.

E’ proprio la frustrazione del risultato fallimentare dell’emulazione che crea spesso i presupposti di base della ricaduta.

L’integrazione degli interventi ottiene il maggiore risultato proprio nelle condizioni di difficoltà legate alla separazione dal contenitore comunitario. La possibilità di usufruire, ad esempio, di un trattamento psicoterapico individuale esterno, aiuta spesso a superare questo scoglio. Questo assume nelle emozioni del paziente, una funzione paterna, rassicurante, e determinata sostenitrice dell’autonomia.

D'altronde nel momento in cui viene a mancare un contenitore quale la struttura terapeutica, se l'alternativa diviene l'angoscia della propria esistenza, costernata da pensieri ed emozioni incontrollabili, il riappropriarsi nuovamente di un'identità chiara e socialmente definita come l'essere un tossicomane, può divenire spesso la più valida delle soluzioni.

Non sono inoltre da sottovalutare gli effetti "terapeutici farmacologici" dell'eroina che, in tali situazioni, compensa e ristabilisce un equilibrio psichico. Esistono sempre dei fattori di “convenienza” nello stabilire se accettare o meno le opportunità di crescita e di cambiamento. Ogni essere umano auspica che un cambiamento evolutivo avvenga in maniera migliorativa ed ogni qualvolta ciò non si verifica, il confronto immediato e diretto con la situazione precedente è inevitabile. Nessun tossicomane smette di bucarsi se ciò non costituisce un miglioramento della qualità della propria vita. Non siamo ancora ad un livello cognitivo e motivazionale ma ad un livello puramente emotivo e legato, appunto, ad un fattore di convenienza: lo sforzo di un cambiamento deve essere compensato almeno da un qualcosa che stabilisca una differenza, seppur minima, nello stato emotivo precedente. La parità nelle emozioni e nello stato d’animo, non garantisce e non ricambia la fatica. In questo modo un borderline non ha alcuna convenienza a “crescere” se questo significa entrare in una dimensione di sofferenza.

Progetto Uomo, nato come un programma sulla base del trattamento attraverso la Comunità Terapeutica, in queste situazioni non risulta essere la risposta adeguata e il risultato più frequente è l'insuccesso della terapia. E' un problema metodologico e strutturale, che si connota nella concezione di un lavoro su piani affettivi diversi e sulla possibilità di passare dalla soddisfazione di un bisogno alla nascita di un desiderio; laddove i bisogni sono stati gravemente frustrati e insoddisfatti, e sui quali si è strutturata una patologia, i tempi e le modalità riabilitative devono necessariamente articolarsi in maniera consona.

I limiti entro i quali un'infrastruttura può diventare un valido supporto ed un complemento alle carenze strutturali di base dell'utente, si ritrovano nelle capacità o incapacità dell'utente di rendere la regola parte del processo di ristrutturazione di sé e di elaborarne il significato in termini valoriali.

***Il gruppo: la struttura, le dinamiche, i criteri di composizione.***

Trattandosi di gruppi a composizione fissa, che verrà mantenuta per tutto l'arco del percorso terapeutico, ci troviamo di fronte ad una struttura di tipo orizzontale. Come ben sappiamo, nel programma di recupero tradizionale, la verticalità dei gruppi di lavoro all'interno delle singole strutture risulta essere una grande risorsa, sia a livello motivazionale che a livello di identificazione proiettiva o introiettiva.

Una struttura verticale permette di avere a disposizione una gamma di modelli di riferimento adeguati a risposte molto diverse tra loro. Quindi, in una fase di ristrutturazione dell'identità personale, ogni singolo utente ha l'opportunità di "rispecchiarsi" e ritrovare nell'altro aspetti specifici della propria personalità, con evidenti benefici sulla motivazione all'attivarsi in un processo di cambiamento.

Tuttavia, una struttura verticale comporta l'assunzione di ruoli in un percorso obbligato e condizionato da obiettivi, stimoli. Ogni "passaggio" corrisponde ad un rinforzo del meccanismo di individuazione e di affermazione di sé nei confronti degli altri membri della comunità. La garanzia di un "uguaglianza" nei criteri di valutazione (prevalentemente oggettivi), fa sì che il percorso si

snodi attraverso tempi standard, sulla base di un potenziale minimo prestabilito da chi ha valutato l'inserimento dell'utente. Ciò presuppone la capacità, da parte degli ospiti della Comunità, di assumersi responsabilità personali nei confronti del proprio cambiamento. La modificazione del comportamento manifesto, può essere a volte sufficiente per abbandonare vecchie e improduttive abitudini e ad acquisire la "spinta" necessaria per raggiungere l'apice della piramide.

In una struttura di gruppo orizzontale, questo aspetto viene a mancare, lasciando spazio ad un lavoro articolato che ruota attorno ad un perno centrale, rappresentato dall'operatore di riferimento.

Se da un lato ciò può sembrare limitante, vi sono diversi aspetti e risorse positive che possono essere utilizzate nel processo di crescita. Un gruppo con queste caratteristiche ha una naturale tendenza allo sfaldamento. E' infatti molto difficile, in particolar modo relativamente a persone disturbate, ritrovare ed accettare uno specchio con caratteristiche molto simili alle proprie. In alcuni casi questo passaggio è troppo pericoloso e doloroso allo stesso tempo. Diventa una sorta di esame di realtà che comporta una presa di coscienza traumatica; un facile innesco di un circolo vizioso che porta ad una regressione sul fronte psicologico ed uno scontro diretto con colui che sta rimandando un'immagine di sé inaccettabile. E' indispensabile quindi una garanzia di tutela e una stimolazione graduale da parte dell'operatore per far sì che questo processo avvenga in una maniera indiretta, interrompendo le dinamiche conflittuali interdipendenti, per soffermarsi sull'esame e sul significato dei contenuti.

E' necessario entrare in una dinamica propria delle relazioni intersoggettive, ovvero quelle relazioni che permettono di rapportarsi con l'altro senza che queste condizioni in modo consistente l'agire del soggetto.

La "garanzia" del mantenimento di questa dinamica relazionale, che essenzialmente fa parte della responsabilità ma anche di una auto-tutela personale dell'operatore, consente di entrare in una dimensione non giudicante, di aumentare il livello di solidarietà nel gruppo e di favorire l'emergere della spontaneità.

Da questo concetto emergono i possibili benefici nelle situazioni per le quali è significativo dare un'importanza rilevante alle differenze. In questo modo ad esempio, un utente psicotico in cura con

terapia farmacologica (vietata nel programma tradizionale), non ha bisogno di spiegare i motivi dell'assunzione del farmaco perché non vi è alcuna richiesta da parte del gruppo. Nello stesso modo, un utente in psicoterapia individuale, viene percepito come una persona che necessita di un ulteriore aiuto, esterno al programma, ma non come un "diverso" che potenzialmente può divenire un emarginato nel gruppo. Il cambiamento diviene puramente soggettivo e valorizzato in base alle potenzialità individuali. Non esiste un apice da raggiungere, se non quello consentito e stabilito dall'individuo stesso. E' un sistema di comprensione reciproca in grado di riconoscere le differenze su un piano di realtà e di utilizzarle come risorsa all'interno del gruppo di appartenenza.

L'invito alla ricerca del proprio spazio all'interno del gruppo, entro il quale "poter" esserci, è in contrapposizione all'isolamento psicologico e fisico. La struttura garantisce ad ognuno una collocazione consona al proprio bisogno esistenziale; ognuno porta, all'interno di questo spazio, ciò che è nel qui ed ora.

Una particolare attenzione va senz'altro posta sui criteri di composizione del gruppo. Essendo avvantaggiati da un periodo di osservazione precedente all'inserimento nel Progetto Ponte, è possibile disporre di un buon numero di informazioni utili a stabilire con sufficiente precisione la compatibilità tra i vari soggetti.

E' indispensabile cercare di formare un gruppo il più eterogeneo possibile, affinché vi sia al suo interno un materiale di lavoro sufficientemente vario.

In realtà sono rari i casi in cui due individui non possono coesistere nello stesso gruppo di appartenenza. E' chiaro però che bisogna rispettare criteri relativi all'età, alla quantità di ricaduti nel gruppo, alla quantità dei sieropositivi, alla tipologia diagnostica alla quale gli utenti appartengono.

Sostanzialmente è necessario riflettere in un ottica gruppale; su cosa il gruppo può essere d'aiuto e su cosa può essere dannoso, cosa il gruppo è in grado di contenere e cosa non è in grado di sopportare, eccetera.

Seguendo questo filone si favorisce l'esame del contesto del gruppo di appartenenza, come presupposto di base sulla valutazione delle risorse e dei limiti del trattamento.

### *Il Progetto, le finalità, gli obiettivi*

Il Progetto si articola in quattro livelli di crescita, con una durata approssimativa totale di 24 mesi. Contrariamente a quanto accadeva all'inizio, oggi gli utenti del Progetto Ponte vengono presi in carico su invio diretto di servizi pubblici (Ser.t o Psichiatria).

Questo consente l'abbreviarsi dei tempi di accertamento relativi alla diagnosi e alla possibilità di trattamento. Al servizio inviante viene richiesta la disponibilità alla collaborazione e ad integrare l'intervento. Il principio dell'integrazione parte dal presupposto che un unico intervento sia, non solo limitante, ma soprattutto inefficiente in problematiche multiple. I quattro livelli ideati, costituiscono la base del percorso riabilitativo ma non implicano tempi inderogabili. Ogni passaggio al livello successivo, è sancito da un momento di valutazione; la valutazione viene svolta su una griglia/questionario che viene distribuita e compilata dagli utenti. E' essenziale che vengano compresi e utilizzati gli elementi soggettivi del paziente, che danno l'idea di come il percorso evolutivo in atto sia percepito dallo stesso.

**1° Livello (di orientamento) :** il primo livello è dedicato essenzialmente alla formazione del gruppo e ad una delineazione del possibile trattamento all'interno del progetto. Viene fatta una valutazione del soggetto nel gruppo, della famiglia, delle risorse, eccetera. Laddove esista un diagnosticato disturbo grave di personalità, vengono svolti gli accertamenti opportuni. E' necessario un periodo di "assestamento" che riguarda l'instaurarsi della prima dinamica intragruppale, dove ognuno si ritrova a "misurarsi" con l'altro e a soppesare il proprio livello di fiducia di base. Un aspetto molto importante è costituito dalla coesistenza di questa prima fase con l'accoglienza diurna del percorso tradizionale.

Da un lato vi è l'esigenza di un "contenimento comportamentale" all'interno di una struttura ben organizzata con delle regole da seguire, dall'altro l'opportunità di iniziare a sperimentare da un punto di vista concreto le differenze nel trattamento. La risposta a bisogni e reazioni diverse di fronte agli stimoli dati, o alla incapacità di "star dentro" alla regola, costituisce il punto di "messa a fuoco" dei primi obiettivi raggiungibili.

L'aspetto osservativo di questo primo periodo consente inoltre di confrontarsi con il servizio inviante e di concordare un piano di trattamento.

Gli ospiti, oltre ai gruppi di verifica generale, iniziano a partecipare ad un gruppo settimanale condotto con modalità psicodrammatiche e ad un gruppo quindicinale, condotto dallo psichiatra, sulle problematiche relative all'HIV.

**2° Livello (di approfondimento):** sulla base delle valutazioni all'interno del contesto e con un gruppo che ora inizia ad avere una struttura più definita, inizia un percorso terapeutico più approfondito. Ciò è concomitante con l'inizio dell'attività lavorativa, che per il momento rimane un'attività comprendente l'inserimento dell'intero gruppo in un laboratorio professionale della struttura. L'operatore di riferimento è presente a tempo pieno nel laboratorio con il compito di supervisionare i lavori e di mantenere la gestione ordinaria del gruppo sul fronte terapeutico.

L'inserimento del lavoro all'interno del progetto, assume un importante significato nell'organizzazione del tempo di permanenza al Centro. Esso è parte delle attività del "fare" e costituisce il lato dinamico e visibile del proprio agire. L'idea dell'essere riabilitati passa inoltre attraverso la possibilità di mantenere nel tempo un'affidabilità sufficiente a dare delle garanzie sociali.

La sperimentazione di responsabilità (tempi di consegna, rapporto con i clienti, qualità del lavoro, ecc.) in ambito protetto, risulta utile non solo all'utente, che mette alla prova le sue capacità, ma anche agli operatori per fornire, al termine del percorso, indicazioni e orientamenti sulla ricerca di un lavoro esterno.

**3° Livello (conclusivo):** Il trattamento viene impostato principalmente a livello individuale. Viene rivisitato con il ragazzo il cammino svolto cercando, attraverso colloqui, di rafforzare i punti forti della crescita personale. In questo momento vengono valutate le effettive possibilità di sganciamento e le eventuali modalità o alternative.

La scelta di separare e impostare individualmente una parte del percorso, è in funzione del provare “l’assenza del contenitore gruppale” con una spinta individuativa.

La verifica in un rapporto diretto e privilegiato con l’operatore misura la capacità di auto-sostenersi nel futuro.

**4° Livello (di reinserimento):** è la fase che strutturalmente si avvicina di più al programma tradizionale. In questo momento si lavora sostanzialmente sulla verifica del qui ed ora nell'ambito in cui ogni

ragazzo è stato inserito. La ripresa dei gruppi dopo il momento individuale, si propone di favorire la verifica globale degli obiettivi raggiunti.

In questa fase è necessario che venga svolta una preparazione ed una elaborazione della imminente separazione dall'ambiente terapeutico. Tra breve verrà determinato il termine del percorso, pur se in realtà ad alcuni verrà offerta la possibilità di rimanere in qualche modo a contatto con il Centro. Il progetto è stato comunque concepito per avere un termine e per poter dare a tutti la possibilità di rivalutarsi, di sperimentare nel proprio mondo sociale ruoli e valori nuovi, o comunque più definiti da una maggiore consapevolezza e conoscenza di sé.

La filosofia di base del Progetto Ponte si può articolare in 4 punti fondamentali:

1) Offrire la possibilità di relazionarsi nel gruppo dei pari, con l'opportunità di sperimentare la funzione di specchio in una maniera costruttiva, e nello stesso tempo svolgere un lavoro di ristrutturazione della propria identità personale e sociale attraverso i gruppi terapeutici e le attività socializzanti e lavorative.

2) Nel caso di utenti affetti da HIV positivo, ritrovare una propria collocazione sociale relativa alla condizione di sieropositività.

3) Recuperare le relazioni all'interno della famiglia con presa di coscienza delle problematiche presenti, offrendo in momenti opportuni un supporto finalizzato all'elaborazione delle stesse.

4) Integrare un lavoro di gruppo con una psicoterapia individuale quando ciò si ritenga necessario.

L'obiettivo fondamentale che si ripropone è il raggiungimento graduale di una sufficiente autonomia personale. Mentre per quanto riguarda il percorso terapeutico tradizionale, tale obiettivo rappresenta un presupposto essenziale per mettere in condizione un individuo di esprimere al meglio le proprie potenzialità, nel Progetto Ponte è indispensabile considerare l'autonomia come un qualcosa che necessita di essere integrato con una rete di supporto che consenta al ragazzo di avere, al termine del programma, una serie di figure di riferimento che possano costituire dei validi punti di appoggio nei momenti di difficoltà.

Non si può quindi parlare di un sganciamento totale dal programma ma di una condizione nella quale vi sia la possibilità di mantenere le relazioni significative con la struttura, ma nello stesso tempo di usufruire di opportunità sociali a contatto con il mondo esterno.

A questo scopo è importante sottolineare l'importanza della Cooperativa di lavoro. La Cooperativa è un'associazione autonoma ma che vive in stretta collaborazione con il Centro. Al suo interno, la gestione amministrativa e lavorativa è gestita da collaboratori del Centro con un buon grado di conoscenza del programma, che consente loro di avere una visione delle cose consona alla filosofia del Programma.

Al termine del Progetto, ai ragazzi per i quali un inserimento in un ambito completamente esterno non è auspicabile, viene proposta la possibilità di assunzione presso la Cooperativa in una delle attività disponibili.

Nel contempo, dove lo si ritenga necessario si propone in collaborazione con il servizio pubblico, un invio per una terapia di sostegno presso un centro specializzato.

### *L'operatore ed il suo ruolo*

Al contrario di quanto accade nella terapia individuale, nel gruppo l'operatore ha una funzione molto più indiretta. I fattori curativi infatti non dipendono da lui ma dagli stessi membri del gruppo. La responsabilità e il compito principale dell'operatore è quello di aiutare il gruppo ad evolversi, a svilupparsi in modo costruttivo e produttivo. La stabilità di un gruppo crea sicurezza e continuità nel lavoro personale; in mancanza di questa il gruppo non può progredire. Tutti gli atteggiamenti che possono essere attuati dai componenti del gruppo nel corso del trattamento (sottogruppi, capri espiatori, acting out, ecc.), sono minatori nei confronti dell'integrità del gruppo. L'educatore deve quindi collaborare allo sviluppo delle norme interne. Nel gruppo si vengono a strutturare delle norme risapute e delle norme implicite, che favoriscono o vietano alcuni comportamenti. Alcune sono spesso dettate dal gruppo stesso o dall'operatore e possono essere tendenzialmente autodistruttive perché possono portare ad inibizioni o divieti nell'espressione di sentimenti. Alcune norme sono invece strettamente legate al tipo di terapia. L'educatore, con l'esperienza e la formazione, avrà a disposizione un buon numero di tecniche idonee a svolgere correttamente il suo lavoro. Tuttavia, come esposto da Yalom nel libro "teoria e pratica della psicoterapia di gruppo", potremmo riassumere in due atteggiamenti principali le possibilità di assumere il suo ruolo all'interno del gruppo:

- 1) l'esperto tecnico
- 2) il membro partecipante che si pone a modello

Il primo è stato da alcuni definito come un ingegnere sociale ma, nonostante il termine pregevole, denota una scarsa personalità. Se il gruppo deve stimolare necessariamente l'interazione che propende verso l'identificazione del microcosmo sociale, l'operatore non può focalizzare su di sé tutta l'attenzione, né essere unicamente un tecnico in grado di far funzionare una macchina.

La tecnica, in questo caso, viene posta come "supplente" del potenziale relazionale e la relazione si connota come priva o carente di affetti.

La seconda possibilità da parte dell'operatore è di porsi come un modello. Come citato in precedenza, l'assunzione del rischio nell'iniziare un processo di cambiamento diviene una parte centrale nella motivazione dell'utente. L'operatore ha tra i suoi compiti, l'assistere gli ospiti in questo esperimento.

L'educatore presenta un modello di spontaneità e di sincerità, tenendo sempre presente i bisogni del gruppo. La sua interazione con i membri del gruppo è fondamentale, nonostante abbia anche il compito di "tenere per sé" un certo tipo di emozioni. Deve essere disponibile ad accettare i suoi errori. Un modello "perfetto" è un cattivo modello; l'operatore diventa troppo cauto nelle affermazioni, timoroso di sbagliare, ecc.

Uno dei vantaggi nel mantenere questa posizione, è la possibilità di vedere il gruppo nella sua dimensione globale del suo sviluppo ed avere la consapevolezza di quanto è accaduto in passato e cosa accada oggi. Un altro pericolo della troppa autenticità è quello di accentrare troppo l'attenzione su di sé e di creare quindi un "mito dell'autenticità", che in questo caso si trasformerebbe per i pazienti in un obiettivo invece di essere un mezzo per raggiungerlo. E' innegabile che all'interno di un processo educativo (ancora di più se si tratta di persone con disagio psichico), le relazioni di transfert e controtransfert sono particolarmente intense.

Il rischio di incontrare difficoltà nella gestione del gruppo è molto alto, così come è alto il rischio di un coinvolgimento personale tale da impedire una visione obiettiva delle dinamiche presenti. Questa figura quindi è di estrema importanza. Di conseguenza è indispensabile che vengano utilizzati alcuni criteri selettivi nella scelta dell'operatore al quale verrà assegnata la responsabilità di un gruppo.

Alcuni operatori sono troppo in difficoltà a lavorare con sieropositivi, altri sono in difficoltà con ricaduti o con problematiche psicologiche di una certa entità, eccetera. Occorre quindi, alla base, una certa disponibilità e predisposizione ad assumere questo ruolo e l'aver inoltre una struttura personale sufficientemente solida da garantire un corretto svolgimento del percorso, senza che questo venga influenzato da problematiche personali.

Spesso nel campo professionale si rischia di assumere ruoli stereotipati, costruiti in base alle sole tecniche acquisite ma poco autentici. Il mostrarsi per ciò che si è, risulta un'operazione assai difficile, specie quando si ha a che fare con soggetti che adottano un numero svariato di strategie per smascherare l'operatore e porlo su un piano paritario, pieno di debolezze e vulnerabilità sotto ogni profilo.

L'ansia di "perdere" il proprio ruolo ed il riconoscimento che ne deriva diventa una delle trappole maggiori dell'operatore, che lascia percepire all'utente il "bisogno" di difendersi, di distaccarsi per non essere distrutto. E' proprio in questo aspetto che la struttura personale dell'operatore diventa molto importante e dove le tecniche hanno ben poco potere di compensare queste lacune.

Il saper ascoltare i bisogni dei ragazzi e il saper dar loro uno stimolo a trovare una risposta soddisfacente ad un quesito, il saper evitare i giochi psicotici ma nello stesso tempo essere in grado di accogliere nel modo adeguato un delirio o un tentativo di inglobamento, il saper sostenere ed accettare le differenze di intervento in persone diverse tra loro, l'accettare i propri limiti, non sono azioni che si "imparano" con un libro o una lezione teorica ma con l'esperienza e il confronto con i colleghi di lavoro.

La formazione degli operatori va quindi indirizzata sia su un piano teorico/tecnico, sia su un piano personale/strutturale.

Nel primo caso il direttore del progetto ha tra i suoi compiti, il sostegno dell'operatore nel delineare le strategie di intervento tenendo presente le caratteristiche dell'utente e il livello di crescita attuale.

Nel secondo caso è necessario l'intervento di un formatore esterno con una supervisione personale o di équipe legata alla gestione del ruolo professionale nella struttura operativa.

Concettualmente il processo di crescita professionale viene determinato da passaggi graduali attraverso tre fasi fondamentali:

- **Role taking** (assunzione del proprio ruolo, senza alcun grado di libertà)
- **Role playing** (gioco di ruolo, che consente un certo grado di libertà)
- **Role creating** (creazione del ruolo, che lascia un ampio margine di iniziativa al soggetto)

L'addestramento al ruolo è uno dei cardini della formazione. L'opportunità di sperimentarsi con ruoli diversi in un setting "protetto", garantisce l'esplorazione di un mondo nuovo e ricco di possibili alternative. Il gioco, dimensione erroneamente destinata a far parte unicamente del mondo infantile, è una delle forme più eclatanti dell'espressione spontanea. Spesso anche gli adulti avrebbero bisogno di giocare e di riappropriarsi della propria spontaneità per poter poi dare il meglio di sé.

L'educatore stabilisce le regole del gioco ed è colui che ne diviene il garante. Ogni componente del gruppo ha il diritto di cercare di violarle (fa parte delle sue difese), ogni educatore ha il dovere di garantirle. Nel momento in cui queste condizioni vengono a mancare, il gruppo tende a sfaldarsi e ad interrompere il processo di apprendimento. Ogni gruppo, a seconda del suo obiettivo e tipologia, avrà le proprie regole (orario, frequenza, argomentazione, eccetera).

Non esiste una ricetta per un buon comportamento di un educatore ma certamente, attraverso la conoscenza delle proprie capacità e dei propri limiti, è possibile acquisire una certa autorevolezza nel gruppo. L'essere riconosciuti come "guida" all'interno di un gruppo non è determinato dalla quantità di "autorità" che si riesce a trasmettere ma dall'insieme di capacità che vengono trasmesse e che risultano essere un beneficio per il gruppo stesso.

La capacità di "accogliere empaticamente" è un requisito fondamentale nel lavoro di educatore. La capacità di percepire i sentimenti e i bisogni dell'altro "come se" fossero propri, senza tuttavia confonderli o mescolarli con i propri. Il principio del "come se", per essere attuabile, deve presupporre un saper ascoltare. Molte volte un utente si confida con l'educatore per il semplice desiderio di sentirsi ascoltato, e non ha alcun bisogno di ottenere delle risposte. Alcune volte, parte delle azioni che si compiono possono essere il frutto di una proiezione personale e di bisogni che in realtà non fanno parte dell'altro.

Le professioni sociali sono una grande risorsa, sia per chi ne usufruisce che per chi le esercita. Ma uno dei maggiori ostacoli consiste proprio nella difficoltà a separare se stessi dall'utente del servizio che viene offerto. Per fare ciò è necessario fare un percorso formativo che consenta di esplorare a fondo il ruolo sociale esercitato. Essere consapevoli dei propri limiti non significa crogiolarsi dietro ad un'incapacità, ma semplicemente accettarli come dati di fatto e cercare di migliorarsi continuamente. E' certo che ognuno, in una relazione d'aiuto o educativa, può "accompagnare" l'altro solamente fino a dove lui stesso è riuscito ad arrivare. Questo lascia intuire l'importanza che il cammino personale assume nell'intraprendere una qualsiasi attività sociale. E' possibile quindi che risulti molto difficile saper ascoltare gli altri, per il solo fatto che è già sufficientemente difficoltoso saper ascoltare se stessi. La capacità empatica d'altronde non è sempre una dote naturale, ma il frutto di un insieme di esperienze della propria vita. Alcune volte è sufficiente addestrarsi all'empatia, attraverso alcuni semplici esercizi, in particolare il provare a calarsi nei panni dell'altro. La dimensione empatica, correlata necessariamente da una buona capacità di ascolto, costituisce uno dei cardini della relazione. L'empatia agisce come una sorta di sedativo dell'ansia nei confronti dell'utente che avverte la disponibilità necessaria per essere accolto, ascoltato, compreso.

Questo sottile filo permette di lasciarsi andare ed "affidarsi" all'altro, certo di non correre alcun pericolo. Quando parliamo di mettersi nei panni dell'altro, è chiaro quanto sia necessario essere profondamente consapevoli del proprio punto di vista, e della necessità di abbandonarlo momentaneamente per calarsi nel punto di vista di chi si ha di fronte.

Non è infatti sufficiente chiedersi "come ci si comporterebbe in una determinata situazione" ma "come ci si comporterebbe in una determinata situazione secondo il punto di vista dell'altro.

***I gruppi terapeutici: gruppi di verifica, gruppi con modalità psicodrammatiche, gruppo AIDS/HIV.***

### **Gruppi di verifica**

Sono un punto fermo per quasi tutto l'arco del Progetto e vengono condotti con modalità classiche, basate sul confronto reciproco tra i suoi componenti. Le "regole del gioco" sono patrimonio del gruppo, che a sua volta assume sia una funzione di controllo sociale che di definizione delle regole comportamentali.

Il termine “gruppo” è utilizzato in genere per definire un insieme di persone unite da un fine o obiettivo comune. Sostanzialmente, nel nostro campo, ciò si rifà al concetto di Comunità Terapeutica espresso da Maxell Jones, ovvero la potenzialità del gruppo nell'essere nella sua globalità un fondamentale agente terapeutico per l'apprendimento interpersonale.

Il gruppo, nel suo insieme di elementi e di variabili relazionali, offre riscontri vantaggiosi e possibilità che la relazione individuale non può offrire proprio per la sua connotazione a carattere duale. L'opportunità di “rispecchiarsi” o di ritrovare nell'altro un'idea comune o un valore di un evento, stimola una maggiore presa di coscienza di sé ed un desiderio di vicinanza affettiva. E' chiaro che ciò può valorizzare l'individuo nel momento in cui l'apertura e la struttura del gruppo è in grado di sfruttare ed utilizzare sotto forma di risorsa le differenze presenti.

Apprendere dal gruppo, in questo caso su una base oggettiva e costruita su precisi dati di realtà, rafforza il senso di appartenenza, di sicurezza, e di fiducia di base nel gruppo.

Anche se difficilmente vi è una esplicita richiesta, all'educatore viene assegnato il ruolo di “garante”: colui che si fa carico di assicurare il rispetto delle regole del gioco. Trattandosi, come detto in precedenza, di un gruppo di verifica, l'importanza dei segnali e dell'attenzione dell'operatore diviene fondamentale.

### **Gruppi con modalità psicodrammatiche**

Lo Psicodramma ha origine come psicoterapia di gruppo, della quale Jacob Levy Moreno fu tra i principali promotori, in contrapposizione alla terapia Psicoanalitica Freudiana dell'epoca. Le prime esperienze significative si svolsero con gruppi di prostitute, detenuti, profughi, seguendo criteri di

sviluppo che hanno portato Moreno a delineare le proprie strategie e metodologia di intervento. Il metodo Psicodrammatico è basato sull'azione e sul fornire in uno spazio consono l'opportunità di esplorare il proprio mondo intrapsichico attraverso la rappresentazione scenica. Naturalmente ciò è condizionato dalla disponibilità, dalla motivazione personale e dalla consapevolezza del rischio di scontrarsi con aspetti nuovi e sconosciuti, appartenuti fino a quel momento al mondo dell'inconscio. Contrariamente a ciò che molti affermano, lo Psicodramma mira essenzialmente all'integrazione dell'individuo. Ogni processo all'interno del gruppo non ha come obiettivo la catarsi abreativa, ma il reintegrare attraverso la modificazione del campo percettivo i contenuti espressi, rielaborati ed esplorati in tutte le loro forme e significati affettivi.

La teoria dei ruoli rappresenta il cardine dell'esperienza terapeutica attraverso lo Psicodramma. Ogni individuo, nella quotidianità, ha la necessità di assumere una quantità indeterminata di ruoli, a seconda del contesto e del bisogno di relazione con l'altro. A volte però gli stereotipi possono agire a discapito della spontaneità e della possibilità di creare ruoli nuovi soddisfacenti, per sé e per gli altri. La cristallizzazione che ne deriva, determina la difficoltà ad espandersi e ad ampliare le potenzialità del proprio io.

Nello Psicodramma la spontaneità viene stimolata, e con essa tutte le forme creative che sono alla base dell'interazione. L'uso della corporeità diviene, nel "qui ed ora" Psicodrammatico, una delle massime espressioni del proprio essere, del linguaggio non verbale, del coinvolgimento nel quale la funzione corporea svolge un ruolo determinante nella caratterizzazione di un evento. Lo spazio terapeutico viene denominato "Teatro di Psicodramma", dove il Direttore svolge la funzione attiva di regista, stimolatore, contenitore emozionale. Ogni "protagonista" ha la possibilità di interagire con altri membri del gruppo e di avvalersi della loro collaborazione come "io ausiliari", nella rappresentazione della propria scena. Nel caso di trattamento di pazienti con grave disagio psichico, il ruolo degli "io ausiliari" viene agito da professionisti adeguatamente formati.

Oltre al campo terapeutico, lo Psicodramma viene utilizzato anche in ambito formativo, generalmente per attività nel sociale (educatori, infermieri, insegnanti, eccetera).

Naturalmente i contenuti, cognitivi ed emotivi, sono limitati al rapporto con il ruolo professionale in relazione all'attività lavorativa. La scelta di utilizzare tecniche Psicodrammatiche all'interno del Progetto Ponte è stata dettata principalmente dall'estrema versatilità che questo strumento offre in soggetti con particolare disagio. Lo Psicodramma consente di svolgere un lavoro sul profondo, pur rispettando i tempi di ognuno nell'esplorazione del proprio mondo interno. Non è da sottovalutare inoltre che il Progetto è semi-residenziale e che quindi si presenta la necessità di svolgere un lavoro di integrazione tale da mantenere un equilibrio tra lavoro personale e il rapporto con la realtà all'esterno del Centro. E' possibile quindi esplorare e verbalizzare i contenuti relativi al proprio stato d'animo, senza intaccare o mettere in discussione la verità soggettiva di ciascuno e nello stesso tempo reintegrarla con l'aiuto dei compagni. La dimensione del gioco o del mondo fantastico trovano nel gruppo uno spazio adeguato, favorendo l'interazione tra i partecipanti. La corporeità nella tossicodipendenza è spesso vissuta in maniera estranea, quasi fosse un aspetto secondario e poco importante rispetto al disagio psicologico. La stessa violenza che il tossicodipendente attua nei confronti di se stesso attraverso l'uso di droga, lascia intuire quanto vi sia una percezione del corpo proiettata verso un suo utilizzo come veicolo (o mezzo per soddisfare il bisogno di coprire un disagio), piuttosto che come risorsa esistenziale volta al ricercare delle relazioni costruttive.

Trattandosi di gruppi chiusi, che convivono anche all'esterno del setting Psicodrammatico, emerge inoltre la necessità di una chiara collocazione e della garanzia di uno spazio adeguato per ogni partecipante. La possibilità di rivisitare le proprie esperienze significative attraverso l'azione Psicodrammatica, passa attraverso lo stimolo che l'alternanza fusionalità/individuazione offre, in contrapposizione al bisogno di dipendenza/trasgressione del tossicodipendente.

L'aver chiari i confini di sé e quelli degli altri diventa in alcuni momenti un'esigenza prioritaria, che esprime il bisogno di ogni individuo di definirsi in modo chiaro ed esplicito. Il rischio di "fondersi", soprattutto nei casi di persone che hanno vissuto la dipendenza come necessaria al "sopravvivere", può risultare molto alto, con la conseguenza di limitare le possibilità di sviluppo.

Il rispetto di una gradualità nelle attività da proporre e dei tempi soggettivi di ognuno, è quindi essenziale per garantire un corretto processo di cambiamento.

Un ultimo aspetto particolarmente importante è la possibilità di utilizzo della sociometria, particolarmente efficace nell'elaborazione delle relazioni all'interno del gruppo. Pur trattandosi di uno strumento particolarmente complesso, il suo utilizzo risulta molto utile nelle occasioni in cui si ritiene che le relazioni all'interno del gruppo stiano assumendo connotazioni emotive particolarmente intense e che necessitano di un'elaborazione.

Una delle maggiori difficoltà nella conduzione dei gruppi è rappresentata dalla base comune di una storia di tossicodipendenza e dalla convivenza anche al di fuori del gruppo stesso. Questo, specie all'inizio, crea delle grosse resistenze dal "mettersi in gioco" e il possibile giudizio che gli altri possono dare a colui che "osa" per primo, condiziona in maniera considerevole il lavoro di gruppo.

### **Gruppo AIDS (Dott. Mattia Morretta)\***

L'istituzione di un gruppo centrato sulla tematica AIDS (condotto da un collaboratore esterno, proveniente dall'area del volontariato sociale) rappresenta il frutto di una scelta di affrontare in modo diretto e inequivocabile la tragedia della malattia e del dolore, superando atteggiamenti mistificatori che finiscono per colludere con la tendenza alla rimozione del problema da parte dei diretti interessati, cioè dei tossicodipendenti sieropositivi e non. La superficialità di un approccio generico o di maniera adottato da gran parte delle Comunità di Recupero riflette infatti la paura degli operatori medesimi di

fronte all'eventualità di portare alle sue estreme conseguenze la riflessione sui significati dell'AIDS. E' probabile, in verità, che l'AIDS rimetta in discussione molti "programmi" che si presentano come strade a senso unico verso una normalità idealizzata e una socializzazione tanto forzata quanto insensata, privilegiando un'attitudine che insegna ma non educa.

Il gruppo HIV-AIDS definisce la creazione di un ambito specifico per la problematica all'interno di un percorso stabilito, il che significa riconoscere l'importanza del dare una "dimensione" alla realtà dell'AIDS nonché dell'aver cura della sofferenza provocata dall'infezione anche solo come minaccia.

E' la struttura che sceglie nell'interesse del soggetto e, transitoriamente, al suo posto l'approfondimento di tematiche ansiogene e inquietanti. L'identità e l'integrità dei membri del gruppo sono "garantite" (tutelate) dagli operatori che li accompagnano nell'esperienza di presa di coscienza.

Così facendo, la struttura si assume la responsabilità di prendere in carico i vissuti e la condizione delle persone con HIV/AIDS e al contempo invia un messaggio esplicito nel senso dell'accoglimento del problema AIDS al fine di conseguire un adattamento. Non viene offerta una "soluzione", bensì l'opportunità di acquisire abilità di autogoverno e di orientamento, senza millantazioni e in tutta onestà.

In pratica, proponendo e offrendo l'esperienza del gruppo AIDS, l'Ente dichiara la necessità di far fronte consapevolmente alla questione e la fiducia nella possibilità di realizzare, in ogni caso, forme costruttive di convivenza con l'AIDS. L'aspetto coercitivo della partecipazione al gruppo, che pure costituisce un ostacolo relativamente alle motivazioni e ai tempi propri dei singoli componenti, enfatizzando ed oggettivando il vissuto dell'imposizione di "cattivi pensieri", spinge le persone a manifestare e giocare "in pubblico" le riluttanze e le resistenze sperimentate in solitudine e nel silenzio. La dichiarazione della difficoltà e l'espressione della debolezza sono autorizzate dalla presa di posizione dell'Ente, che si assume la responsabilità di scegliere la strada del confronto e della parola in attesa di veder la capacità di scelta attraverso il lavoro del gruppo stesso.

Si tratta, anzitutto, di passare da un piano fantastico e fantasmatico (l'AIDS mitizzato: impensabile, impossibile, invivibile, non affrontabile) a un piano di realtà, mettendo le persone di fronte alla evidenza di quel che già accade, cioè la CONVIVENZA seppur precaria o accidentata. Si può partire da quel che c'è e da quel che si è, permettendosi di verificare le strategie di sopravvivenza adottate più o meno in-consciamente e la tenuta o il temuto crollo al cospetto dei vissuti interiori estrinsecati.

Il gruppo deve consentire l'elaborazione di un LINGUAGGIO per parlare di AIDS, nominarlo e nominare le paure, le inquietudini, far circolare e scambiare "cose buone", energie positive, idee che sostengono al posto di quelle che mutilano e rendono invalidi. Il dissacro sull'angoscia e sulla

sofferenza mira a "richiamare un io dagli abissi della patologia" (O. Sacks), incoraggiando un pensiero "positivo" capace di far compagnia e di tollerare anche la disperazione. Nel gruppo viene combattuto il potere degli stereotipi diffusi sulla condizione di persona sieropositiva o malata e la pervicacia del catastrofismo imperante, senza tuttavia scivolare verso la l'onnipotenza o la maniacalità. Di fatto, l'AIDS è la malattia che "nessuno" vuole avere e chi è malato è concepito come un disgraziato condannato ad una morte vergognosa. La valorizzazione dell'esperienza di convivenza con la malattia (confronto serrato con la sofferenza, la mortalità, il senso della vita, l'invalidità) avvia un processo di "umanizzazione" della persona sieropositiva che rende possibile l'AUTO-RICONOSCIMENTO. La definizione dell'identità dà forza perché consente al soggetto di radicarsi nella sua esperienza reale di restare sospeso nell'inconsistenza del Voler o dover essere.

Il cammino del gruppo prevede la riflessione sul tema dell'assunzione della responsabilità esistenziale (vivere la propria vita), di cui l'aspetto dell'uso di precauzioni nella vita sessuale è solo una conseguenza "secondaria". Vanno sondate le rappresentazioni della malattia e della morte, individuati i nodi fondamentali del rapporto con i congiunti e la società nel suo complesso, offrendo le coordinate di base per situarsi in modo realistico nel sociale. Occorre precisare le dinamiche della "lotta" tra "sani" e "malati" e tra gli stessi "malati", cercando di rendere comprensibili le ragioni degli uni e degli altri. Solo inoltre inevitabili ripetuti confronti con le questioni della solitudine e della "lontananza" (separatezza) sempre associate all'aumento della coscienza di se stessi e della propria mortalità.

Il lavoro nel gruppo deve tener conto delle diverse personalità e delle situazioni di partenza molto complicate, quando non disastrose (storie di gravi privazioni e violenze), il che condiziona notevolmente il livello dell'approfondimento. Particolare complessità è aggiunta dalla presenza di persone con disturbi psichiatrici e di persone sieronegative. Nel primo caso è necessario calibrare gli interventi sulle difese psichiche più rigide e minimali (spesso di tipo psicotico), e ciò implica un percorso più "superficiale". Nel secondo caso si tratta di contenere il conflitto di "interesse" tra chi è sieronegativo e deve restare tale (benché sovente sussistano altre condizioni patologiche, es. epatiti croniche) e chi è sieropositivo e talora ha già sperimentato vari tipi di malattie legate all'HIV.

Inevitabilmente il lavoro sull'identità di persona con HIV/AIDS tende a porsi come prioritario e a richiedere ai componenti sieronegativi un ruolo di testimoni accompagnatori. Il confronto è comunque stimolante ed educativo, anche perché tutti sono accomunati dalla necessità di fronteggiare un oneroso svantaggio esistenziale e di rinvenire motivazioni forti per il cambiamento. I componenti del gruppo sono persone che provengono da un passato "terribile" capace di imporsi come destino di fallimento, profezia e verità ultima. Nel gruppo AIDS si tenta di dare e fare SPAZIO ad un PRESENTE concepibile e vivibile, in cui poter operare scelte di vita pur in assenza di garanzie di "successo". Si è alla ricerca di un EQUILIBRIO, sempre instabile, tra l'estraneazione e l'identificazione: cioè, tra il vivere la malattia come "nemico" esterno, e quindi rifiutandola radicalmente (il che equivale ad estraniarsi da se stessi), e l'abbandonarsi passivamente alla corrente della malattia, diventando tutt'uno con essa come abbracciando il proprio carnefice (il che equivale a perdere se stessi).

Per i sieropositivi quanto per i sieronegativi l'obiettivo è comunque quello di riuscire a tollerare di vivere nell'INCERTEZZA, rinunciando per quanto possibile all'idealizzazione delle certezze come assolute. Al termine del percorso di circa un anno (incontri di un ora e mezza con frequenza quindicinale), le persone sieropositive del gruppo hanno la possibilità di formulare la richiesta (e quindi di "scegliere" il proseguimento del lavoro di riflessione e accompagnamento. Tale eventualità si configura come conferma della validità degli assunti di partenza.

\* Il Dott. Mattia Morretta (Psichiatra-Sessuologo), autore di questo scritto, ha offerto la sua collaborazione a questo progetto in modo continuativo dalla sua apertura, avvenuta nel novembre del 1992. Oltre alla conduzione del gruppo AIDS, svolge un'attività formativa per gli operatori del Centro sul tema dell'AIDS e della SESSUALITA' e una supervisione casi al gruppo degli operatori del Progetto Ponte.

### *Il trattamento con le famiglie.*

Fermo restando l'invito a tutti i genitori al partecipare ai gruppi di auto aiuto, nel progetto sono previsti incontri con tutta la famiglia con frequenza mensile.

Rendere partecipe la famiglia del percorso in atto e rendere anch'essa protagonista nell'offrire il proprio contributo al cambiamento. La "presa in carico" si propone come un presupposto

fondamentale nel giocare le alleanze con il progetto. Emergono a volte resistenze e pregiudizi sul progetto, come difesa da uno stato in cui il timore della scoperta di una identità del figlio, che tanto avevano odiato come tossicodipendente, sia in realtà un qualcosa di sconosciuto e inaccettabile.

Dopo i primi incontri, si stabiliscono gli obiettivi di massima da raggiungere e, se il caso lo ritiene opportuno e possibile, la famiglia viene inviata presso un centro specializzato in Terapia Familiare.

In alcuni casi un invio risulta essere necessario non tanto per la complessità del caso ma per il rischio di confondere il ruolo degli operatori che si ritrovano a lavorare in due setting completamente distinti e dove ogni emergente non può essere confusa o alterata dalla relazione che la famiglia nella sua totalità instaura con gli stessi.

L'intervento con le famiglie risulta nella maggior parte dei casi particolarmente problematico. La filosofia del Centro d'altronde, comprende la presa in carico della famiglia ma in funzione del trattamento dell'utente. Molto spesso invece, le famiglie del Progetto Ponte, andrebbero prese in carico alla pari dell'utenza. Tutto ciò, ammesso che sia positivo sul fronte terapeutico, comporterebbe un investimento di operatori e di energie eccessivo.

## Riferimenti Bibliografici

- Adler, “Borderline Psicopathology and its treatment, Jason Aronson N.Y., 1985
- American Psichiatric Association, “DSM III-R”, Masson Milano, 1983
- Bergeret, “La Personalità Normale e Patologica”, Cortina Milano, 1994
- L. Cancrini, “Quei Temerari sulle Macchine Volanti”, Nuova Italia Scientifica Roma, 1982
- Cotugno/Benedetto, “Il paziente Borderline”, Franco Angeli Milano, 1995
- Paola De Leonardis, “Lo Scarto del Cavallo”, Franco Angeli Milano, 1994
- Edi Gatti Pertegato, “Dietro la Maschera”, Franco Angeli Milano, 1987
- M. Jones, “Il Processo di Cambiamento”, Franco Angeli Milano, 1987
- Kernberg, “Disturbi Gravi della Personalità”, Boringhieri Torino, 1987
- Linehan, “Cognitive and Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder: The Dialectics of Effective Treatment, Guilford N.Y., 1992
- M. Mahler, “La nascita Psicologica del Bambino”, Boringhieri Torino, 1978
- J.L. Moreno, “Principi di Sociometria e Psicoterapia di Gruppo”, ETAS Kompass Milano, 1964
- J.L. Moreno, “Manuale di Psicodramma”, Astrolabio Roma, 1985
- J. Paris, “Il Disturbo Borderline di Personalità”, Cortina Milano, 1995
- Don Mario Picchi, “Progetto Uomo”, Ed. Paoline Milano, 1990
- C. Rogers, “La Terapia Centrata sul Cliente”, Martinelli Firenze, 1970
- Saraceno, “La fine dell’Intrattenimento”, Etaslibri Milano, 1995
- Winnicott, “La distorsione dell’IO in rapporto al vero e falso sè”, 1960
- Winnicott, “Gioco e Realtà”, Armando Roma, 1974
- Yalom, “Teoria e Pratica della Psicoterapia di Gruppo”, Boringhieri Torino, 1977