"SiCura (Mente) nel sociale"

di Michela La Stella

"Dopo un tempo che non so calcolare riesco a calmarmi. Mi sento al sicuro. La paura di prima è svanita del tutto. È bastato un abbraccio (...)

Tra le sue braccia mi sento protetta dal mio passato, al sicuro nel presente e riesco a immaginare di avere aspettative per il futuro. Il domani non è più un buco nero. Non mi sento sola. Sento un legame. Sono a casa."

(Insegnami a vivere D. Volontè*)*

Il senso di sicurezza in ottica CMT

Al centro del modello della Control-Mastery Theory vi è la constatazione che le persone abbiano le capacità di eseguire inconsciamente funzioni mentali "superiori", di controllare in modo consapevole e inconsapevole la propria vita mentale conscia e inconscia, e che siano intrinsecamente motivate ad adattarsi alla realtà, a padroneggiare le difficoltà, a superare le loro inibizioni e i loro problemi, ad elaborare i loro traumi e a realizzarsi dal punto di vista personale e relazionale. Per esercitare al meglio queste capacità, le persone hanno bisogno di *sentirsi al sicuro* e di sentire che lo siano anche i loro cari. In altri termini, nel perseguimento della propria realizzazione e del proprio benessere personale, l'essere umano deve potersi sentire protetto, amato, stimato e deve sentire che i propri bisogni e desideri non siano causa di sofferenza per le persone che ama; queste condizioni di sicurezza, infatti, gli permetteranno di perseguire i propri obbiettivi e stare meglio (Gazzillo, 2016; Weiss, 2005, Weiss, 1993).

Fin dall'inizio della propria vita, per sopravvivere, ogni individuo ha bisogno di costruirsi un insieme di conoscenze, affidabili e il più possibile coerenti, su sé stesso, sugli altri e sulla realtà, servendosi delle capacità innate di osservazione, valutazione, inferenza, memoria e apprendimento.

Queste conoscenze fungono da guida al comportamento e vengono messe di volta in volta alla prova per vedere in che misura funzionano o se vadano modificate alla luce del mutare della realtà e degli esiti delle azioni che su di esse si basano. Queste conoscenze prendono il nome di *credenze*: elementi consci e inconsci, espliciti e procedurali, alla base della visione del mondo e della morale, della personalità e del comportamento (Genova, 2018; Gazzillo,2016; Bowlby, 1989).

Ogni comportamento dei *caregiver* fonte di sofferenza è motivo di grande angoscia per il bambino, poiché lo porta a sentire di essere a rischio di perdere le cure e la vicinanza del suo "ambiente sicuro", indispensabile per la sopravvivenza. Pertanto, per finalità adattive oltre che a causa di un'immaturità cognitiva ed emotiva, il bambino è portato a giustificare i genitori attribuendosi la responsabilità di ciò che accade: è adattivo e rassicurante pensare di avere la possibilità di cambiare una situazione avvertita come molto minacciosa. I vissuti di colpa che ne derivano, sebbene nascano da una motivazione prosociale e adattiva, se pervasivi e associati a *credenze patogene* (credenze, come sottolineano Weiss e Sampson, nelle quali il perseguimento di un obbiettivo sano e piacevole è associato ad un esito negativo, cioè ad una situazione di pericolo) derivate da esperienze traumatiche finiscono per plasmare la percezione, i comportamenti dell'individuo e le risposte al suo ambiente, producendo sofferenza, rimozioni, inibizioni e sintomi. La psicopatologia stessa può essere letta come espressione di credenze e schemi patogeni, di comportamenti costruiti al fine di adattarsi a un ambiente primario traumatico – seppur a spese dei propri bisogni, della propria autostima e del proprio benessere – che però si rivelano disfunzionali al mutare delle circostanze ed esitano in una forte sofferenza e stringenti inibizioni. A causa di ciò, nonostante sfidarle sia fonte di angoscia per via dei pericoli che esse paventano, ogni individuo è fortemente motivato a cercare una disconferma delle proprie credenze patogene e, mosso dall'imperativo dell'adattamento, cercherà continuamente (soprattutto in relazioni terapeutiche e di aiuto) di metterle alla prova per cercare di attestarne la falsità (Sampson, 2005; Weiss, 1993; Weiss, 1990).

La Control-Mastery Theory si basa quindi su due assunti teorici fondamentali: il primo è che gli esseri umani sono intrinsecamente motivati ad adattarsi alla realtà in cui vivono, assicurandosi come prima cosa che il proprio benessere e quello delle persone a cui sono legate non siano in pericolo; il secondo è che la mente umana, conscia e inconscia, lavora al servizio dell'adattamento, monitorando e valutando costantemente ciò che accade in noi e intorno a noi, nel tentativo di preservare un senso di sicurezza (Genova, 2018; Gazzillo, 2016, Weiss, 1990).

Pertanto, per aiutare i nostri pazienti in terapia e gli utenti dei servizi socio-assistenziali presso cui lavoriamo dobbiamo prioritariamente preoccuparci di fornir loro le *condizioni di sicurezza* che gli permettano di trovare il coraggio per coinvolgersi attivamente nella realizzazione dei loro obbiettivi sani e piacevoli, comprendere meglio se stessi e padroneggiare i loro traumi e problemi (Angrisani - *Comunicazione personale,* Giugno 2019) Gli utenti/pazienti cercano attivamente di costruire con i loro terapeuti o, nel caso di un servizio, con i loro educatori e operatori, una relazione che li faccia sentire al sicuro, fornendo delle indicazioni dirette e indirette su ciò di cui hanno bisogno (*coaching).* Nel contesto clinico, ciò avviene soprattutto nelle primissime sedute, nei momenti critici e quando hanno bisogno di modificare qualcosa nella relazione (Gazzillo, 2016; Sandler, 1960; Weiss, 1998; Weiss 1993; Weiss, 1990).

Di seguito, un esempio in cui emerge chiaramente quanto sia importante e necessario, prima ancora di qualsiasi tipo di intervento, trasmettere un senso di sicurezza, soprattutto nelle relazioni di aiuto.

Richard è un bambino trasferito in Casa Famiglia per decreto del Tribunale. Fin da piccolo ha sperimentato il momento della doccia come fortemente traumatico: la mamma per ovviare al "problema" della sua vivacità era solita legarlo a una sedia e aprire il doccino, facendogli scorrere l'acqua addosso. Nel migliore dei casi, la madre rimaneva con lui e lo lavava velocemente, mandandogli il sapone negli occhi, facendogli bere l'acqua per non farlo urlare e riempiendolo di graffi con le sue unghie lunghe. Altre volte, invece, lo dimenticava lì e spesso l'acqua diventava o troppo bollente o troppo fredda. I primi giorni in cui abbiamo provato a fargli fare la doccia si dimenava dandoci calci e pugni; se ci avvicinavamo con la spugnetta si accucciava all'angolo della doccia impaurito e a volte si mordeva. Voleva essere lasciato solo, e voleva portare nella doccia una sedia. Più di una volta ci chiedeva di legarlo "se non mi legate poi vi faccio un casino" e la mia risposta tipo era "in questa casa c'è "Super Pippo" (il nome del mocio) che

asciuga benissimo e se invece allaghi e fai una piscina… io nell'armadietto ho il costume, alle brutte mi faccio un bagnetto anche io!" Sentendo queste parole generalmente, dopo poco, si tranquillizzava. Richard ha allagato il bagno, rotto le ante della doccia, spaccato il vetro un paio di volte e tirato le bottiglie dello shampoo per diverse settimane, e ogni volta mi chiedeva di essere legato, e ogni volta la mia risposta rimaneva stabile. Ci sono voluti quasi due mesi di esperienza di doccia in modalità "divertente", lui seduto sulla sedia e noi lì, accanto a lui, che giocavamo con il sapone (fatto apposta per bambini e che non brucia agli occhi) a fare le bolle o la schiuma per tranquillizzarlo. Ora Richard si fa la doccia da solo, senza sedia e solo quando deve lavare i capelli mi chiama e chiede di essere aiutato.

La trascuratezza e i maltrattamenti che a lungo gli sono stati inflitti dalla madre hanno portato Richard a sviluppare una credenza patogena, sorretta da un senso di colpa da Odio di Sé, che lo induce a sentirsi meritevole di maltrattamenti e punizioni in quanto "casinista"; durante le docce, metteva alla prova questa credenza patogena mediante un test di transfert per compiacenza, quando chiedeva di essere legato, sperando inconsciamente di ricevere una risposta che non avallasse la rappresentazione di sé come bambino distuttivo e meritevole di punizioni e contenzione.

Il "senso di sicurezza" nel Sociale

Applicare la Control-Mastery Theory in servizi Sociali, Assistenziali ed Educativi richiede una conoscenza del contesto specifico come condizione preliminare indispensabile per approntare tipologie d'intervento che, oltre a essere sintonizzate alle necessità dell'utente, trovino un avallo e una sostenibilità all'interno della rete degli attori coinvolti nell'elargizione del servizio.

Ogni servizio - vedi Assistenza Educativa Culturale (AEC); Sostegno a scuola; Servizio per Integrazione e Sostegno dei Minori in Famiglia (SISMIF); centri di accoglienza per anziani; centri di accoglienza semiresidenziali e residenziali; ecc. - ha un mandato, una finalità di utilità sociale, si rivolge ad un certo tipo di destinatari e nasce per risolvere uno specifico problema. Una delle principali caratteristiche dichiarate di servizi così specifici e mirati è quella di riuscire a far sentire l'utente, fin dal primo approccio, "contenuto" e al sicuro (Angrisani- *Comunicazione personale,* Giugno 2019)

Richard arriva in casa famiglia a febbraio, ha 7 anni e mezzo ma ne dimostra molti meno. È molto magro, ha un cappello in testa che gli copre tutti i capelli e le orecchie, e ha le mani molto screpolate. Ha freddo e non vuole levarsi né la giacca né il cappello. Il suo viso è dolcissimo, ma presenta un evidente problema odontoiatrico: ha l'arcata superiore della bocca molto allargata e i denti davanti separati. Richard porta il ciuccio, indossa il pannolino e, scopriamo ben presto, si nutre volentieri con il biberon. Sembra essere totalmente distaccato da ciò che lo circonda. Sembra spaesato, ma al tempo stesso indifferente a ciò che

avviene intorno a lui: non si lascia coinvolgere, si guarda attorno incuriosito, si intrattiene con molti giochi che poi rifiuta buttandoli a terra, porta altri giochi in prossimità della zona genitale, compiendo gesti sessualizzati, ma poi butta a terra anche quelli. Sembra che tutto lo attiri ma nullo lo soddisfi pienamente. Si comporta come un "animaletto", salta e si agita: ho come l'impressione di avere a che fare un insieme di particelle sparpagliate che insieme compongono Richard e non con un bambino compatto. Richard ha una storia pluri-traumatica di incuria, deprivazione affettiva, abusi fisici, psicologici e sessuali. Ha sviluppato delle difese autistiche e delle condotte autolesioniste che mette in atto nei momenti in cui dice di essere invaso dalle "paure" e quando si sente più solo. Spesso, in modo impulsivo, mette in atto dei comportamenti violenti, facendo male a sé stesso, agli altri bambini e anche alle educatrici: quando si rende conto del male fatto tende, più che a mostrarsi dispiaciuto, ad autopunirsi (mordendosi, sbattendo la testa forte sul muro, dandosi pugni e schiaffi da solo fino a piangere). Sembra essere davvero spaesato e disorganizzato ma, nonostante la grande difficoltà nel provare a gestire le proprie emozioni e nel tollerare la frustrazione, è un bambino molto sensibile e intelligente.

La routine fissa e prevedibile della struttura sembra aver "ricompattato" Richard. Avere e dover necessariamente rispettare degli orari e dei tempi molto ben precisi legati alle varie attività lo ha aiutato a trovare contenimento all'interno di un ambiente caratterizzato da stabilità e da una routine "sana" e in grado di farlo sentire al sicuro. Inoltre, io stessa sono diventata la sua figura di riferimento. A ogni bambino viene assegnato un "amico speciale" (educatore di riferimento) – il cui ruolo è molto enfatizzato in struttura sia tra gli educatori che tra i bambini – che si prende cura di tutti quegli aspetti più personali e concreti: dal comprare i vestiti, i giochi, i materiali per scuola, allo scegliere lo sport, fare colloqui con le maestre e partecipare alle riunioni GdLH, fino al seguirlo per tutta la parte più strettamente medica e alle volte anche giuridica. Sapere di avere una figura che lo tiene in mente, forte e stabile, che, supportata dall'equipe, si prende cura di lui, ha fatto sentire Richard progressivamente sempre più al sicuro. Infatti, in meno di 4 mesi Richard ha raggiunto delle autonomie che, in strutture prive di un educatore di riferimento per ogni bambino, generalmente si assumono in 4-5 anni. Questo è stato possibile sicuramente grazie alle sue grandissime capacità di adattamento e al lavoro di collaborazione che abbiamo e stiamo continuando a svolgere come equipe. Tuttavia, ciò che gli ha permesso fin da subito (quando non erano sufficienti nemmeno gli abbracci a contenere la sua rabbia distruttiva) di sentirsi al sicuro e contenuto è stata, in un certo senso, la struttura stessa.

Come tutte le istituzioni (ad esempio quelle militari o religiose) i servizi hanno la tendenza a essere rigidi, a preservare sé stessi e la loro propria organizzazione e "mentalità". Tale tendenza può portare a far sì che eventuali credenze patogene alla base del funzionamento del servizio o attive nella psicologia di alcuni operatori possa esitare in comportamenti che impongono rigidamente le prassi e le regole del Servizio, senza prestare attenzione ai bisogni specifici dell'utente e al tipo di risposta necessario a farlo sentire compreso e sicuro, e rischiando così di riproporre lo stesso tipo di esperienza avuta con i *caregiver* traumatici. Il mancato superamento dei *test* dell'utente può dar vita così a *circoli viziosi, e cronicizzare* le difficoltà del servizio nel rispondere e trattare l'utente. Ogni

utente, infatti, necessita di un tipo di atteggiamento specifico, la cui mancanza può molto probabilmente portare a una condizione stabile e ricorrente di test non superati (Angrisani-*Comunicazione personale,* Luglio 2019)

> *Quando è arrivato in struttura, Richard non mangiava molto, a meno che non avesse a disposizione cibi liquidi che potesse ingerire senza l'ausilio di posate. Le operatrici/ausiliarie in cucina non riuscivano a passargli il cibo e farlo diventare liquido per una ragione pratica, di tempo: in struttura, infatti, i bambini con un menù dedicato sono parecchi e a Richard, non avendo particolari allergie o intolleranze, non è stato possibile concedere un'attenzione particolare. Anche noi educatori, avendo tanti bambini da seguire, non riuscivamo a trovare tempo per frullare il pasto in modo che anche lui riuscisse a nutrirsi come gli altri. Questo ha rappresentato una fonte non indifferente di frustrazione per Richard, che, non sentendosi compreso nelle sue difficoltà, nel corso delle prime settimane non riusciva ad avvicinare nemmeno la posata alla bocca.*
>
> Questo è solo uno degli esempi in grado di mostrare come la rigidità della struttura, se da una parte contiene e rassicura, dall'altra, per quante giustificazioni si possano trovare alla base del suo razionale, può minare fortemente il senso di sicurezza dell'utente.

La Control-Mastery Theory applicata al sociale è davvero di grande utilità perché non solo permette di comprendere il senso dei comportamenti, cosa sta accadendo nella relazione e quindi anche quello che l'educatore o l'operatore sta provando, ma aiuta anche a capire come bisogna porsi, che tipo di atteggiamento tenere e cosa bisogna fare. Ogni paziente/utente ha un "piano" più o meno dettagliato e generalmente inconscio: vuole realizzare i suoi obbiettivi e disconfermare le *credenze patogene* che lo ostacolano, modulando i sensi di colpa che sostengono queste credenze (Gazzillo, 2016; Weiss, 1998, Weiss, 1990). Apprendere e formulare il *"piano del paziente*" permette di comprendere gli obbiettivi che l'utente vuole essere aiutato a raggiungere e ciò che lo ostacola in questo. Fornisce un valido supporto, da una parte, per capire quali decisioni bisogna prendere, come bisogna trattare ogni specifico utente e come rispondere ai comportamenti che mette in atto, al fine di aiutarlo a stare meglio, a essere meno ansioso, più coraggioso, a progredire verso i suoi obiettivi e a rientrare in contatto, rielaborandoli, con i propri traumi (interventi *pro-plan*); dall'altra, consente di limitare gli interventi che tendono ad avere l'effetto opposto, che non sono coerenti con il suo "piano" (*anti-plan*). Comprendere e formulare il piano del paziente aiuta a prevedere come quel paziente/utente metterà alla prova le sue credenze patogene, decidere ed

assumere l'atteggiamento migliore, e a individuare quei c*ircoli viziosi* che si vanno a verificare, oltre che tra utente e operatore, anche con i colleghi dell'equipe (Gazzillo, 2016).

Durante una riunione d'equipe, organizzando alcuni interventi su Richard, ci siamo confrontate su quanto per lui fosse importante non rimanere isolato. Molte volte dice di non voler rimanere solo e di voler compagnia, sia di noi educatori sia degli altri bambini, ma poi, quando entra in relazione, spesso, agitandosi, finisce per distruggere qualsiasi cosa gli capiti davanti e mette in atto una serie di comportamenti aggressivi e pericolosi verso sé stesso e verso gli altri. Richard, pur verbalizzando in modo molto chiaro il desiderio di voler stare e volersi relazionare con gli altri, non ci riesce. spesso diventa aggressivo e altri bambini, quando lui si avvicina, hanno paura e si scansano. Un pomeriggio ho proposto ai bambini un intervento di danza terapia, attraverso un gioco sul "dialogo motorio" (Bellia, 2007; Bellia, 2001). Il gioco consisteva nel disporci tutti su un lato della stanza, con un sottofondo musicale, un bambino alla volta raggiungeva il centro e assumeva con il corpo una forma libera, a piacere, e la teneva finché non si erano posizionati tutti i bambini. Al termine, dopo esserci guardati si "scioglieva la forma" ci si rimetteva tutti dallo stesso lato della sala e si ricominciava, cambiando ogni volta leadership.
Questo gioco, oltre per il cambio della leadership, è utilissimo per far comunicare, nel dialogo motorio, gli opposti, ad esempio un bambino all'inizio può prendere una forma accovacciata "di chiusura", quello che si va a posizionare vicino a lui magari si mette a braccia aperte e in piedi "posizione di apertura", questi due opposti dialogano tra loro e spesso si verifica che poi i bambini, più o meno inconsapevolmente, si scambiano le forme trovando nuove possibilità. Un'altra particolarità di questo gioco è la scelta libera della vicinanza. Ai bambini ho dato due consegne precise: all'inizio potevano scegliere la loro "distanza preferita" purché non ci fosse contatto tra di loro, dopo invece potevano scegliere sempre una "distanza preferita" ma questa volta che permettesse un contatto con almeno un altro bambino. Questo gioco è servito a tutti, ma soprattutto a Richard, sia per trovare nuove possibilità dentro ad alcuni vincoli dati, sia per fargli fare un'esperienza divertente, intensa e correttiva di vicinanza con i suoi "fratelli di casa", senza dover mettere in atto condotte aggressive. Appena ho proposto il gioco, sia Richard sia gli altri bambini erano molto impauriti, tanto che nelle prime "forme finali" erano tutti molto distanti gli uni dagli altri, ma nelle ultime si sono posizionati tutti molto vicini, ognuno rispettando il proprio e altrui senso di sicurezza. I bambini si sono divertiti molto ad entrare in relazione tra di loro in modo "nuovo". Nessuno aveva più paura e tutti rispettavano gli spazi degli altri. Riuscivano ad abbracciarsi pur rispettando le "distanze di sicurezza". Alla fine del gioco, abbiamo deciso di comune accordo (con gli altri bambini e Richard stesso) di adottare la "tecnica dell'abbraccio": quando Richard si comincia ad agitare e "scompattare" perché gli vengono le "paure", lo abbracciamo tutti forte. E lui dopo poco si calma non ferendo né se stesso né gli altri e non distruggendo nulla.

Ho proposto e poi messo in atto questo intervento, tenendo bene a mente l'obbiettivo esplicito di Richard "stare in compagnia" e gli ostacoli che non gli permettevano di raggiungerlo. I suoi comportamenti aggressivi verso gli altri e di rifiuto della vicinanza esprimevano in realtà un forte senso e desiderio di disconferma di quella credenza patogena per cui lui merita di essere rifiutato perché aggressivo. Il risultato di questo intervento pro plan attraverso l'uso della danzamovimentoterapia è stato sorprendente fin da subito. Richard stava meglio, era meno ansioso, più coraggioso nell'avvicinarsi ad alcuni bambini e anche meno frustrato nel rispettare la distanza che ponevano altri. È riuscito quindi, in generale, a progredire verso il suo obbiettivo, entrando in contatto e rielaborando lo schema traumatico che lo ha portato a pensare che lui vicino agli altri è pericoloso (facendogli mettere in atto quasi sempre dei test di transfert per

compiacenza). Questo intervento ha avuto poi una notevole risonanza anche sugli altri bambini che hanno capito quanto, come e quando avvicinarsi a lui e abbracciarlo.

Quando ci si affida troppo rigidamente a regole e prassi istituzionalizzate, il servizio sociale rischia di non comprendere appieno l'utente e di concepire gli interventi che predispone come oggettivamente "buoni" ed educativi, nonostante continuino a rivelarsi inefficaci nell'aiutare lo specifico individuo, spesso infine etichettato come “resistente”, “difficile” o “impossibile” e, purtroppo, a volte emarginato o escluso. La maggior parte delle volte, questa presunta oggettività e bontà, o "imprescindibilità" del sistema, rende il servizio incapace di rispondere alle richieste e ai bisogni dell’utente in modo appropriato e “terapeutico”. Se gli operatori (tutti i membri di un'equipe, anche non psicologi) impostassero i propri interventi e gestissero le relazioni con gli utenti conoscendo i principi basilari alla base del funzionamento psichico di ognuno di loro (“formulazione del piano”), si potrebbe dare vita a servizi e azioni molto più efficaci e trasformative. Risulta di fondamentale importanza, pertanto, sensibilizzare gli operatori rispetto alla necessità di ogni utente di sentirsi prima di tutto al sicuro, aiutarli a comprendere che ogni persona necessita di condizioni differenti (dipendenti dalla specificità delle esperienze personali, delle credenze patogene e degli obiettivi evolutivi) per raggiungere questo senso di sicurezza e che ogni intervento va adattato o anche sostanzialmente modificato in base alle esigenze “terapeutiche” di ogni singolo individuo.

L’atteggiamento dell’operatore (sempre caso specifico) nei confronti dell’utente assume un’importanza quasi sovraordinata rispetto al contenuto delle sue comunicazioni o alla natura delle sue azioni. L’atteggiamento a volte si rivela l’unico strumento davvero utile per poter far sentire al sicuro l’utente. Quando nessun intervento sembra funzionare, quando l’utente sembra regredire o non riuscire a trarre beneficio alcuno dal servizio, probabilmente bisogna fermarsi, osservare e rimanere in ascolto, chiedersi se davvero si sta facendo del proprio meglio per farlo sentire al sicuro, se davvero si crede in lui e se davvero si è pronti a sostenerlo anche quando sembra che nulla si muova (Angrisani, Gazzillo, 2016; Gazzillo, 2016; Sampson, 2005).

"Ho sempre amato il deserto. Ti siedi su una duna di sabbia. Non vedi niente. Non senti niente. E tuttavia qualcosa brilla in silenzio".

(Il piccolo principe, Antoine de Saint-Exupéry*)*

Per essere aiutati è necessario che gli utenti passino attraverso esperienze emotive correttive adatte a riparare l'influenza traumatica e le credenze patogene sviluppare a partire da esperienze precedenti. Nell'esperienza emotiva correttiva, concetto elaborato da Alexander (1946), l'aspetto emozionale è preminente. È secondario che questa esperienza correttiva abbia luogo in un contesto di psicoterapia, in seno alle matrici di rapporti che caratterizzano un servizio sociale o nelle relazioni della vita quotidiana. L'aspetto centrale è costituito dall'esperire modalità di rapporto opposte a quelle traumatiche che consentano alla persona di mostrare una grande varietà di modalità comportamentali. All'interno dei servizi, favorire esperienze emotive correttive aiuta l'utente a padroneggiare i suoi conflitti irrisolti, non solo perché il conflitto transferale è meno intenso di quello originario, ma anche perché l'educatore assume un atteggiamento diverso da quello che il genitore/caregiver aveva assunto verso il bambino nella situazione conflittuale originaria (Alexander, 1930).

Mentre l'utente continua ad agire secondo modalità transferali non più attuali, le reazioni dell'educatore si conformano strettamente alla situazione terapeutica reale. Ciò rende "l'arena terapeutica" come un incontro di pugilato in cui l'utente si scontra con un gioco d'ombre (*one-sidedshadow-boxing*), e così l'operatore ha l'opportunità di aiutarlo sia a *vedere* con l'occhio della mente sia a *sentire* l'irrazionalità delle sue reazioni emotive. Nello stesso tempo, l'atteggiamento obiettivo e comprensivo dell'operatore permette all'utente di gestire in modo diverso le sue reazioni emotive e di compiere nuove assestamenti del vecchio problema. La vecchia modalità era un tentativo adattivo da parte del bambino nei confronti del comportamento genitoriale (Alexander, 1946; Alexander, 1930). Attraverso il modo di essere e l'atteggiamento del terapeuta, diverso da quello dei *caregivers* primari, l'utente ha così l'opportunità di far fronte ripetute volte, sotto

circostanze più favorevoli, a quelle situazioni emotive che erano precedentemente intollerabili e alle relative credenze patogene, e di imparare a gestirle in un modo diverso da quello precedente (Rogers, 1951). L'atteggiamento empatico, accettante e non giudicante dell'operatore permette al l'utente (attraverso il superamento dei *test* del paziente) di gestire differentemente le sue reazioni emotive e di vedere il problema sotto una nuova *gestalt*. Quindi, il processo di cambiamento avviene perché l'utente attraverso "nuove" esperienze emotive adatte a sfatare le esperienze emotive avute nel passato impara a discriminare, soprattutto emotivamente, la situazione passata da quella presente e di conseguenza i costrutti iniziano ad essere flessibili all'esperienza presente (Alexander,1930).

La Control-Mastery theory riprende a pieno questi assunti e, nel mettere in risalto quanto, per sentirsi al sicuro, ogni utente/paziente abbia bisogno di esperienze specifiche (che variano in relazione ai traumi vissuti, alle credenze che ne ha sviluppato, ai sensi di colpa inconsci che lo fanno soffrire e agli obbiettivi che vuole raggiungere) e che ciò che lo fa sentire al sicuro è quindi *caso-specifico* e *momento-specifico,* sottolinea quanto un bravo educatore deve poter capire di che tipo di esperienza ha bisogno quell'utente in quel momento (Angrisani, Gazzillo, 2016). I modi in cui si esplica la ricerca di aiuto sono strettamente caso-specifici, fortemente influenzati dall'intensità, dalla pervasività e dal tipo di credenze patogene di cui la persona soffre, dagli obiettivi che vuole raggiungere e dal momento-specifico (Biuso,2018). Nella relazione di cura, infatti, l'operatore dispone di diversi strumenti attraverso cui può aiutare l'utente, a partire dalle comunicazioni, il modo in cui risponde ai test e il tipo di relazione che gli offre, relazione che sarà "terapeutica" nella misura in cui è diversa da quelle traumatiche vissute dal paziente (Angrisani, Gazzillo 2016).

Richard, dopo avermi messo alla prova per quasi quattro mesi ed essersi assicurato che non lo considero un bambino cattivo meritevole di maltrattamenti e rifiuti, ora si fida di me. Mi riconosce come figura di riferimento, mi cerca molto soprattutto nel momento del bisogno e, attraverso i giochi e le attività che facciamo insieme, riesce anche ad esplorare e sperimentarsi in situazioni per lui "nuove" che "gli mettono le paure". Durante il turno di lavoro, oltre a lui, ci sono altri otto bambini che necessitano della stessa

attenzione e, anche se io non sono la loro "amica speciale", sono comunque una figura di riferimento e come tale devo prendermi cura di loro. I primi di luglio è stato il compleanno di Giulia, una bimba di 6 anni; durante il momento della merenda pomeridiana le avrei fatto trovare una torta e l'avremmo festeggiata. Quella mattina Richard è stato il primo a svegliarsi. Finita la colazione l'ho mandato a lavarsi denti e viso e poi, mentre anche gli altri facevano colazione e a turno andavano a lavarsi, l'ho aiutato a vestirsi. Quando ho aiutato Giulia a prepararsi, ho impiegato un po' più di tempo: abbiamo scelto un vestitino speciale e le ho pettinato i capelli facendole una treccia. Richard, vedendo che davo molte attenzioni a Giulia e non tollerando la frustrazione di esser stato lasciato solo a finire di mettere lo scotch sui regali per lei e a terminare di colorare il bigliettino di auguri, si è molto arrabbiato e dopo vari tentativi di attirare la mia attenzione (cercando di salirmi in braccio, andando a fare dei rumori forti in un'altra stanza per farmi accorrere da lui e venendo a tirare i capelli a Giulia), mentre tornava l'ennesima volta nell'altra stanza dove lo avevo mandato con un compito ben preciso (sottolineandogli che di lì a poco sarei andata a controllare il suo operato), ha scaraventato a terra un quadro con delle foto, che è andato in mille pezzi. Nonostante gli altri bambini si fossero spaventati e Richard stesso fosse venuto a dirmi quello che aveva fatto, ho detto a tutti di non avvicinarsi al vetro rotto, di finire quello che stavano facendo e che non appena avessi finito la treccia a Giulia sarei andata a vedere come fossero venuti il pacchetto regalo e il bigliettino di auguri, e solo dopo mi sarei occupata del quadro che oramai era rotto. Quando sono andata nell'altra stanza ho cercato di rimanere il più tranquilla possibile, mi sono avvicinata a Richard (che era rannicchiato su sé stesso, come se volesse difendersi) gli ho dato un bacio, una carezza e gli ho chiesto di farmi vedere il regalo e il biglietto che aveva preparato per Giulia. Lui, dopo avermi fatto vedere come aveva colorato il biglietto, mi ha detto: "E ora? Mi metti in punizione?" A quel punto l'ho preso in braccio e ho deciso di spiegargli che non ero affatto arrabbiata, che avevo capito che tutto il suo comportamento era stato causato dal fatto che non gli stavo dedicando delle attenzioni e che lui si era arrabbiato per questo. Gli ho spiegato che nonostante fossi dispiaciuta per il quadro, da una parte ero contenta, perché aveva fatto un gesto estremo verso un oggetto e non più verso sé stesso. Ho cercato di dar valore al vissuto emotivo che aveva provato, sottolineando però che io, anche se mi occupo degli altri bambini, rimango sempre la sua educatrice di riferimento, la sua, e solo sua, "amica speciale". Poi gli ho dato la scopa, abbiamo pulito insieme a terra e nel pomeriggio, prima dei festeggiamenti, l'ho mandato con l'assistente a comprare una nuova cornice per la foto. È un paio di volte che Richard, mentre mi occupo degli altri bambini, viene da me e mi dice "io ora faccio una cosa di là… tu poi vieni anche da me?"

Richard, attraverso una serie di test di rifiuto per compiacenza al senso di colpa da odio di sé, stava cercando di disconfermare la sua credenza patogena che lui non sia degno di attenzioni e che anzi meriti solo di essere sgridato, "legato perché se no fa un casino", non considerato e messo in punizione. Io sapevo di aver dedicato del tempo a lui nella prima parte della mattinata, ho compreso il suo disagio e nel cercare di rimanere comprensiva del suo stato e accogliente davanti alle sue proteste e richieste di attenzione gli ho dato un compito ben preciso da svolgere (che poi sarei andata controllare). Ciò che volevo fargli arrivare, mantenendo un atteggiamento quanto più tranquillo possibile, era che il prendermi cura di un'altra bambina non avrebbe mai potuto precludere il legame che c'è tra noi, che io lo stavo comunque tenendo nella mente e che, in generale, non potrà mai fare niente che possa suscitare in me una reazione di rifiuto, allontanamento o disinteresse nei suoi confronti. In questo episodio, ciò che ha fatto la differenza, ciò che ha permesso il cambiamento, è stata la possibilità di esprimere aggressività senza il rischio di perdere la vicinanza e il sostegno dell'educatore.

In accordo con quanto sottolineano Alexander (1946) e la CMT (Gazzillo, 2016) è possibile affermare che l'esperienza reale di non correre più il rischio di essere rifiutato dalle figure di

riferimento (compreso l'operatore), e il sentimento di sicurezza che ne consegue, è necessaria affinché l'utente raggiunga il contatto emotivo. Pertanto, una relazione è terapeutica nella misura in cui fornisce un'esperienza emotiva correttiva nella quale l'utente vede i propri *test* superati e l'operatore assume un atteggiamento diverso dall'atteggiamento traumatico dei *cargiver,* e dall'atteggiamento che l'utente ha adottato nei loro confronti durante l'infanzia (Angrisani, S., Gazzillo, F., 2016).

Importante, inoltre, è aiutare l'operatore a comprendere che quei comportamenti disfunzionali che si oppongono ai "modi previsti" del servizio non sono indice di cattiveria o negligenza, né tantomeno una sfida, un attacco o una mancanza di rispetto nei propri confronti o nei confronti del proprio operato (lettura, questa, che inesorabilmente porterebbe a cadere in "circoli viziosi"), ma un modo in cui l'utente sta rispondendo a una lettura, alterata dalle proprie credenze patogene, del tipo di proposta che gli viene fatta e che non vive in maniera sintonizzata, nella forma e nel contenuto, ai suoi specifici bisogni. (Angrisani *Comunicazione personale,* Giugno 2019)

Spesso la mancanza di capacità analitica porta educatori e operatori sociali a mettere in atto comportamenti che minano il senso di sicurezza necessario all'utente per raggiungere i suoi bisogni "terapeutici" e di "sviluppo". Per questo motivo sarebbe di grande utilità che l'educatore/operatore non si limitasse a mettere in atto condotte dettate dall'istinto o da un'applicazione pedissequa delle regole previste dal servizio, ma piuttosto si mettesse prioritariamente in una posizione di osservazione e ascolto, finalizzata a comprendere la complessità e la specificità della situazione dell'utente e dei suoi bisogni.

Saper leggere i comportamenti degli utenti come una forma di adattamento a contesti relazionali traumatici, quindi comprendere che gli utenti non reagiscono a come si presentano loro "realmente" le cose ma a come le percepiscono, e che il loro comportamento disfunzionale è comunque il frutto di un adattamento a un contesto patologico e il tentativo di disconfermare le credenze patogene che da esso hanno derivato (Curtis, Silberschatz, 2005; Sampson, 1990), permette non solo di modulare e tollerare il senso di frustrazione e impotenza (che rappresentano alcuni dei fattori di rischio più

importanti della sindrome da *burnout)* molto frequente nelle relazioni di aiuto, ma anche di favorire un'apertura mentale e curiosità nuove che facilitano l'individuazione di nuove strategie di intervento, più centrate ed efficaci.

Un ultimo punto, non per questo meno importante, sul quale vorrei porre l'attenzione sono le condizioni di lavoro dei cosiddetti "operatori sociali". Spesso infatti, gli operatori che lavorano nel sociale, soprattutto quelli impiegati nelle strutture residenziali, hanno una base oraria di 36-38 ore a settimana organizzata in una turnazione ciclica che vede l'alternarsi di mattine, pomeriggi e notti; il lavoro è duro e oneroso, le condizioni generali non sono sempre favorevoli, lo stipendio non è quasi mai proporzionato alla qualità e alla quantità di lavoro svolto, molte sono le responsabilità e pochi i momenti in cui è possibile prendere fiato o trovare una possibilità di riflettere in maniera condivisa sullo stato mentale proprio e degli utenti. Nella maggior parte dei casi, gli operatori non riescono nemmeno a sperimentare le condizioni base per potersi mettere in ascolto dello stato emotivo dell'utente perché appunto troppo esausti della loro condizione e demotivazione. Ciò rischia di favorire l'insorgenza di *circoli viziosi* e l'oscillazione, da parte degli operatori, tra la posizione di chi ha tutte le risposte e le soluzioni più giuste per lo specifico utente e quella di chi si sente "vittima" dell'utente, a cui vengono attribuite, in maniera persecutoria, caratteristiche e colpe lontane dall'esperienza reale del bambino e, cosa ben più grave, possibile foriere di una ritraumatizzazione. (Angrisani *Comunicazione personale* Giugno 2019; Gosetti, La Rosa, 2009). Per far sì che questo lavoro non diventi pericoloso e mini i bisogni dell'educatore è necessario lavorare sia sullo stato emotivo che su quello motivazionale degli operatori, approntando adeguate (in termini di numero e di qualità) riunioni di equipe e di supervisione che, oltre a monitorare il lavoro svolto, garantiscano uno sguardo attento, di cura e contenimento dell'esperienza emotiva degli operatori stessi, considerata sempre alla luce del "sistema/servizio" nel quale sono inseriti.

Mi sembra utile riportare un esempio che possa descrivere quanto un intervento in cui si perde di vista il bambino/utente possa rivelarsi non solo inutile, ma anche pericoloso in termini di comportamenti regressivi

(in questo caso autolesionistici) e di come invece con un minimo di attenzione e intervento più centrato il bambino/utente non solo si senta più tranquillo ma riesce a sviluppare a importanti *insight.*

Una sera ho dato a Richard e ad un'altra bambina il compito di aiutarmi ad apparecchiare la tavola. Richard, fino a poco tempo prima, usava solo stoviglie di plastica (piatti, posate, bicchieri, tazza della colazione) perché, avendo paura del coccio e del vetro a causa di pregresse situazioni di violenza che aveva subito, le rifiutava scaraventandole a terra e rompendole. Quella sera, invece, era stato molto attento e con cura mi aveva aiutata a sistemare la tavola. Durante tutto il pasto Richard mette in atto comportamenti che decido, seppur rimproverandolo, di non punire, dal masticare il cibo per poi sputarlo nel piatto, al rovesciare l'acqua sul tavolo, dal tirare molliche di pane al mettere le mani nel piatto sporcandosi e pulendosi poi sulla tovaglia. A fine pasto, mentre finivo di sbucciare la frutta per tutti i bambini, uno di loro ha sbattuto forte due piatti tra loro e dopo qualche secondo Richard ha afferrato e scaraventato a terra una pirofila di coccio, facendola andare in mille pezzi. L'assistente di sostegno di Richard (che è presente e sta con lui tutto il giorno), prima che potessi dire qualsiasi cosa, lo ha sgridato alzando molto la voce e mettendo subito in atto un "intervento educativo": lo ha portato in camera, a riflettere. Quando dopo qualche minuto la vedo tornare senza il bambino, le chiedo dove fosse e mi dice: "L'ho messo sulla sedia del pensiero, in camera sua, così impara che non può rompere sempre tutto, che poi a pulire ci penso sempre io. È tutta la cena che gliele facciamo passare tutte. Mò basta". A quel punto decido di intervenire, mando gli altri a lavarsi i denti e corro in camera da lui che nel frattempo aveva cominciato a mordersi le braccia facendosi uscire il sangue, lo abbraccio forte nel tentativo di tranquillizzarlo e gli dico di aver capito che qualcosa lo avesse impaurito. Qualche minuto dopo, mentre gli altri si mettevano a letto, decido di coinvolgerlo nel lavaggio dei piatti. Prima lui insapona e io sciacquo, poi ci diamo il cambio. Questa attività lo diverte, maneggia in modo sicuro le stoviglie. Quando terminiamo di asciugare e riporre con cura tutto a posto mi chiede di avere una caramella per il lavoro svolto. Io gli dico che la caramella non glie l'avrei data come premio per aver lavato bene i piatti, ma come premio per esser stato coraggioso, aver pulito e maneggiato per quasi 20 minuti tanti piatti di coccio, senza farsi vincere dalla paura. Lui mi guarda senza dire nulla, tanto da farmi pensare che, forse preso da stanchezza, non aveva capito bene il senso di ciò che volevo dirgli, per poi, sempre senza fiatare, allungare un braccio con la mano aperta, come per dirmi "va bè, ora però dammi la mia caramella". Dopo la sua ricompensa, lo accompagno a letto e gli do il solito bacio della buona notte; lui, afferrandomi il braccio, mi dice "i piatti non li ho rotti perché vicino c'eri tu. Io lo so che non devo buttare le cose a terra e romperle. Ho capito. Mi sono dispiaciuto e non lo voglio fare più".

Il riattivarsi di ricordi spiacevoli, in cui la madre gli rompeva i piatti addosso, ha portato Richard a rivivere in terrore provato in quell'occasione e a mettere alla prova la credenza patogena, sorretta dall'odio di sé, che da quella e analoghe esperienze ne aveva derivato: sono cattivo e merito maltrattamenti, punizioni e rifiuto. Il suo comportamento poteva essere letto come un "test di rifiuto", un test che aveva già cominciato a fare durante la cena (con i suoi "dispetti" aveva già cercato di vedere se io avessi voluto allontanarlo dalla sala da pranzo o meno), che per altro stava procedendo in modo molto sereno e divertente con tutti gli altri bambini. Consapevole di ciò, sentivo che dovevo resistere dalla tentazione di allontanare e punire Richard. L'assistente di Richard gli aveva, invece, inconsapevolmente riproposto una scena analoga a quella tante volte vissuta durante le docce con la madre: isolato e "costretto" a una sedia perché cattivo e immeritevole. Gli agiti autolesionistici sono stati la reazione compiacente a questa idea, frutto del fallimento del test da parte dell'assistente che, dal canto suo, si è arrabbiata con me accusandomi di aver minato il suo senso di autorità e di non aver rispettato le consegne date in equipe, di usare punizioni standard e uguali per tutti i bambini.

“Curare la mente”, all'interno di un servizio socio-educativo o assistenziale, deve essere uno scopo che si poggia prioritariamente sull'individuazione e sulla messa in atto di atteggiamenti, comportamenti e risposte che consentano all'utente di giungere al più elevato senso di sicurezza possibile, condizione imprescindibile per costruire le fondamenta di qualsiasi relazione di aiuto. La Control-Mastery Theory, riuscendo a cogliere la specificità della psicologia di ogni singola persona e a suggerire il tipo di risposte e interventi più appropriati per quest'ultima, sono certa sarebbe di grande utilità nel massimizzare l'efficacia e il funzionamento dei servizi. Per quel che ho potuto sperimentare, in una struttura residenziale per minori questo modello rappresenta un validissimo e concreto aiuto, nonché un valore aggiunto.

Bibliografia

- Alexander F. (1930). Zur Genese des Kastrationskomplexes. Internationale Zeitschift für Psychoanalyse, 1930, XVI Band (trad. inglese: *Concerning the genesis of the castration complex.* Psychoanalytic Review, 1935, XXII, 1).
- Alexander F., Thomas M. French et al., (1946), *Psychoanalytic Therapy: Principles and Application*. (cap. 2,4,17), New York: Ronald Press.
- Angrisani, S., Gazzillo, F. (2016), Scegliere il giusto atteggiamento. In Gazzillo, F., (2016), *Fidarsi dei pazienti. Introduzione alla Control-Mastery Thepory.* Milano: Raffaello Cortina (pp.141-156).
- Bellia V., (2001) Dove danzavano gli Sciamani. Franco Angeli, Milano.
- Bellia V., (2007) Se La cura è una danza. Franco angeli, Milano
- Biuso G.B., (2018) Come funziona il Counselling Universitario. In CMT-IG (2018), *Esplorazioni Teorico-cliniche. Il primo anno del CMT-IG*. Edizioni CMT-IG, Roma.
- Bowlby J., (1989), *Una base sicura*, Raffaello Cortina, Milano.
- Curtis, J.T., Silberschatz, G. (2005), The Assessment of Pathogenic Beliefs. In G. Silberschatz (a cura di) *Transformative Relationships: The Control- Mastery Theory of Psychotherapy* (pp.69-92). New York: Routledge.
- De Luca, E., Mazza, C., Gazzillo, F. (2018), Mente relazionale e inconscio adattivo. In CMT-IG (2018), *Esplorazioni Teorico-cliniche. Il primo anno del CMT-IG*. Edizioni CMT-IG, Roma.
- Gazzillo, F. (2016), *Fidarsi dei pazienti. Introduzione alla Control-Mastery Theory*. Raffaello Cortina, Milano.
- Genova, F., (2018), La biologia della sicurezza. In CMT-IG (2018), *Esplorazioni teorico-cliniche. Il primo anno del CMT-IG*. Edizioni CMT-IG, Roma.
- Gosetti G. , La Rosa M. (2006) *Sociologia dei servizi. Elementi di organizzazione e programmazione.* FrancoAngeli, Milano
- Rogers C., (1951), *La terapia Centrata sul Cliente*, Giunti Editore.
- Samspon, H., (2005), Treatment by attitudes. In G. Silberschatz (a cura di), *Transformative Relationships: the Control-Mastery Theory of of Psychotherapy (pp.111-119).* New York: Routledge.
- Sampson, H. (1990), The Problem of adaptation to reality in Psychoanalitic Theory. *In Contemporary Psychoanalysis*, 26(4), pp.677-691.
- Sandler, J. (1960), I*l background della sicurezza*. Tr. It. In Sandler J., (a cura di), La ricerca in Psicoanalisi. Borninghieri, Torino 1980.
- Silberschatz, G., (2005), The Control-Mastery Theory. In G. Silberschatz (a cura di), *Transformative Relationships: The Control- Mastery Theory of Psychotherapy* (pp. 3-23). New York: Routledge.
- Weiss, J., (2005), Safety. In G. Silberschatz (a cura di), *Transformative Relationships: The Control- Mastery Theory of Psychotherapy* (pp.31-42). New York: Routledge.
- Weiss, J., (1998), Unconscius plans and unconscius conflict. Replay to commentary. In *Psychoanalytic Dialogues*, 8(3), pp.443-453.

- Weiss, J., (1998), Patients unconscius plans for solving their problems. In *Psychoanalytic Dialogues*, 8(3), pp. 411-428.
- Weiss, J. (1993), *Come funziona la psicoterapia*. Tr. It. Bollati Borninghieri: Torino,1999.
- Weiss, J. (1990), the Centrality of adaptation. *In Contemporarary Psychoanalysis*, 26 (4), pp. 660-676.
- Weiss, J., (1952), Crying at the happy Ending. *In Psychoanalitic Review*, 39,4, (p.338).