

Tesi di Laurea in Scienze e Tecniche Psicologiche per l'Intervento Clinico per la
Persona, il Gruppo e le Istituzioni

Resoconto dell'esperienza di Tirocinio

di Elisabetta Muto

Relatore

Prof. Massimo Grasso

Anno Accademico 2004/2005

Pubblicazione Internet a cura della SITAB, Società Italiana di Tabaccologia 2005

www.tabaccologia.org - www.gea2000.org - email: gea.2000@tiscali.it

INDICE

I. IL RESOCONTO CLINICO	1
1. Funzioni del resoconto	4
2. Modelli del resoconto	6
3. Conclusioni	8
II. IL TABAGISMO	6
1. La dipendenza fisica dal fumo	6
2. La psicologia del fumatore	8
III. IL TIROCINIO PRESSO “GEA PROGETTO SALUTE”	13
1. L’organizzazione e i suoi obiettivi	13
2. La mia esperienza di tirocinio	15
IV. I GRUPPI DI FUMATORI IN TRATTAMENTO (GFT)	21
1. Il processo di cambiamento	21
2. La struttura del GFT	22
3. La mia partecipazione al GFT	25
BIBLIOGRAFIA	ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.

CAPITOLO PRIMO

Il Resoconto Clinico

Per la lingua italiana con il termine *resoconto* s'intende una relazione per lo più particolareggiata, finalizzata ad informare il pubblico o un organo superiore. Il termine *clinico* (dal greco *klinikè*) si riferisce comunemente alla diagnosi ed al controllo di una malattia e, in senso figurato, sottintende l'essere dotato di prontezza di osservazione, di assimilazione e di giudizio. Riferito alla psicologia l'aggettivo clinico può invece essere ricondotto ad almeno tre significati:

- un approccio alla realtà basato sul rapporto interpersonale;
- una metodologia di studio della realtà fondata sull'osservazione diretta sistematica, nei suoi momenti di analisi e sintesi, implicando soprattutto un lavoro sul campo e l'utilizzo di una dimensione storica;
- un sistema didattico basato sull'esperienza di una realtà e non sull'uso di modelli artificiali (Grasso, Cordella, Pennella, 2003).

In una prospettiva psicologica il resoconto si caratterizza come processo conoscitivo attraverso cui lo psicologo può riflettere, raccontarsi e raccontare gli eventi, riportandoli al senso della propria prassi, ad una teoria della tecnica (Montesarchio, Margherita, 1998). A questo proposito è importante sottolineare il raccordo tra la *tecnica*, ossia il momento operativo vero e proprio, e la *teoria della tecnica*, ossia la dimensione teorica di riferimento che si esplica nel produrre un processo di significazione e di riflessione sulla prassi (Grasso, Cordella, Pennella, 2003). La caratteristica principale del resoconto è proprio questa riflessione critica e profonda sulla propria prassi che nasce dal raccontare, dal comunicare a sé e agli altri un'esperienza professionale o formativa; in quest'ottica il resoconto si configura come una particolare forma di narrazione che permette a chi racconta non solo di descrivere un'esperienza, ma soprattutto di esprimere le emozioni ad essa correlate. Il termine narrare significa "rendere noto"; il suffisso *-zione*, che deriva dal latino *actione*, trasmette al termine narrazione la dimensione dell'agire fino a comprendere l'azione (Grassi, 2002). Secondo quanto afferma Stern questa capacità di tradurre l'esperienza personale in termini linguistici è compresa in una tappa evolutiva che egli definisce il *Sè narrativo*, cioè la capacità tipica dell'essere umano di vivere contemporaneamente nel mondo della realtà e in un mondo simbolico che accresce le potenzialità comunicative. Stern sostiene che già intorno ai 15-18 mesi si organizza nel bambino un senso del Sè verbale, che si manifesta ad esempio attraverso l'uso del pronome, l'imitazione, il comportamento allo specchio. E' solo dopo il secondo anno di età però che emergerebbe un vero senso del Sè narrativo che dà la possibilità al bambino di riorganizzare il proprio modo di percepire gli eventi attraverso le nuove capacità di linguaggio (Stern, 1985). Seguendo questa concezione troviamo che sono gli schemi narrativi del Sé (SNS) a creare e archiviare le narrazioni sul Sé, fornendo una cornice che dà senso al passato e predetermina le azioni del soggetto. Proprio questa concettualizzazione ci conduce alla definizione di *pensiero autobiografico* (a mio modo di vedere particolarmente significativa nel caso di una resocontazione di tirocinio) per la quale il soggetto che narra è sia narratore che attore. Il resoconto autobiografico diventa uno strumento privilegiato non solo per rappresentare il proprio passato, ma anche per fornire un'anticipazione sul futuro, un modello che guida l'azione (Grassi, 2002). Tutti i resoconti del passato rappresentano una ricostruzione guidata da una strategia narrativa, che rende possibile selezionare particolari che potranno trasformarsi in una trattazione coerente che esprime il punto di vista del passato. L'atto del ricordare, in definitiva, non consiste nel ripescare contenuti depositati in memoria, ma è una narrazione personale dell'esperienza che si riattiva in funzione di un determinato contesto (Ammaniti, Stern, 1991).

In base a quanto finora enunciato possiamo dedurre la primaria importanza che nell'ambito di studio del resoconto riveste il concetto di *contesto*, definito da Carli e Paniccchia come un sistema di relazioni che i soggetti costruiscono continuamente tra di loro attraverso categorizzazioni pensate ed emozionate del contesto stesso (Carli, Paniccchia, 2000). La narrazione viene a delinarsi così come un susseguirsi di situazioni in cui agiscono personaggi che hanno specifiche competenze all'interno di specifici contesti (Grassi, 2002).

Ciò implica che la narrazione non è dotata solo di un testo, ma anche e soprattutto di un contesto relazionale e culturale. A partire da queste considerazioni si possono distinguere due approcci allo studio dei testi narrati: un *approccio contenutistico* secondo cui il testo è una cosa a sé e il soggetto che narra deve relazionare i suoi schemi mentali con la grammatica del testo e un *approccio contestuale* che considera le narrazioni imprescindibili dal loro contesto. Ed è proprio in funzione del contesto psicosociale in cui si esplica la prassi clinica che è possibile definire una struttura logico-formale del resoconto (ivi.). A tal fine è possibile confrontare due tipi di resoconto scientifico: quello sperimentale e quello clinico. I resoconti sperimentali, indipendentemente dall'oggetto di ricerca, sono elaborati secondo modalità strutturali costanti, permettendo ad altri autori di ripetere la ricerca utilizzando gli stessi strumenti su un campione che possiede le stesse caratteristiche. I resoconti clinici viceversa variano sia in funzione della tecnica applicata che da un autore all'altro, comportano infatti l'esplorazione di aspetti non noti, unici e irripetibili di ogni situazione (Lancia, 1990). Ne deriva che la strutturazione di un resoconto clinico esige un approccio idiografico, centrato sulle caratteristiche distintive di una specifica situazione, che pone in essere un processo inferenziale collegato al procedimento logico dell'*abduzione*, secondo il quale non si può mai giungere a certezze inconfutabili ma a possibili regolarità (Grasso, Cordella, Pennella, 2003).

Per quel che riguarda i resoconti clinici, alcune ricerche sono giunte a classificare i resoconti secondo due categorie di lettura: i resoconti riconducibili alla prima categoria, denominata *assertiva*, pongono come punto di osservazione la teoria e in questo senso costituiscono l'ambito in cui questa teoria può essere confermata; quelli riconducibili alla seconda categoria, detta *indagatoria*, invece, rivolgono l'attenzione all'evento, all'esperienza clinica nella sua componente relazionale dalla quale è possibile muoversi verso formulazioni generali (Gandini, Gheduzzi, Montixi, Ruggiu, 1990; Sesto, 1993).

E' evidente come la maggiore attenzione che la logica indagatoria riserva alla variabilità del contesto la renda elettiva per l'elaborazione dei resoconti clinici, imponendo un atteggiamento non scontato nei confronti della realtà che deve condurre a una riflessione sulla teoria della tecnica applicata.

Funzioni del resoconto

Produrre un resoconto significa per uno psicologo assolvere a due compiti tra loro correlati: da una parte elaborare un'esperienza di lavoro soprattutto da un punto di vista emotivo, dall'altra rapportarsi ad una comunità scientifica esplicitando i criteri che hanno fondato la sua prassi. Ne deriva che la capacità di stilare un resoconto è considerata una competenza organizzativa dello psicologo clinico che non basa la sua formazione professionale sulla riproducibilità delle tecniche, bensì sull'elaborazione di una riflessione sulla prassi costruita, di volta in volta, nella relazione con specifiche domande in specifici contesti (Lancia, 1990). In altri termini non si tratta solo di "dire ciò che si sa", ossia trascrivere i fatti senza elaborazione, ma di "trasformare ciò che si sa", più vicino al mondo della prassi psicologico-clinica che necessita della trasformazione della conoscenza e della consapevolezza degli obiettivi da ottemperare (Grassi, 2002).

Ciò che ci deve interessare non è una minuziosa ricostruzione di tutte le tappe di un intervento clinico, ma il modo in cui i contenuti di una storia si articolano in funzione della narrazione nel suo complesso. Il valore di un'azione, quindi, non è valutabile in sé ma rispetto alle altre azioni narrate, procedendo per paradigmi indiziari (Montesarchio, Margherita, 1998).

Possiamo, dunque, analizzare più in dettaglio le funzioni del resoconto in psicologia clinica (Grassi, 2002):

Il resoconto come ragionamento metarappresentativo, rappresenta una sintesi creativa e interpretativa che lo psicologo attua, una narrazione personale della realtà, piuttosto che una registrazione acritica degli eventi, che racchiude in sé un processo di significazione che determina l'esperienza stessa. Secondo quanto affermano Montesarchio e Margherita, selezionare e rendere rilevanti i fatti all'interno del continuum comunicativo della relazione è una questione di "punti di vista" e "inquadrature". Gli autori intendono per "punto di vista" la posizione dell'autore rispetto a ciò che sta narrando, una distanza che assume per farsi interprete dei comportamenti degli altri personaggi dell'azione. L'"inquadratura", invece, permette di selezionare quegli elementi che si ritengono utili per la narrazione eliminandone altri (Montesarchio, Margherita, 1998).

Il resoconto come ragionamento metarappresentativo mette in relazione la descrizione degli eventi con le proprie emozioni e con i propri pensieri, il clinico cioè nel resocontare mette in gioco se stesso. In psicologia clinica il resoconto dà l'opportunità di controllare le proprie azioni e controllarne il controllo. Lavorando a posteriori sui dati il resoconto costituisce uno spazio di riflessione sulle proprie azioni e pensieri (Gandini, Gheduzzi, Montixi, Ruggiu, 1990).

Il resoconto come comunicazione scientifica e verifica dell'intervento costituisce, come strumento di lavoro, il veicolo della conoscenza tra la dimensione privata di un setting d'intervento clinico e quella pubblica della comunità scientifica. Attraverso il resoconto lo psicologo rende la propria prassi passibile di validazione o di sconfirma da parte della comunità scientifica. Inoltre, attraverso questa funzione pubblica del resoconto è possibile risalire al modo di ragionare dello psicologo in funzione dei suoi interlocutori. I destinatari di un atto linguistico, infatti, determinano gli obiettivi del resoconto e forniscono i criteri con cui valutare esiti ed efficacia dello stesso.

Il resoconto come mezzo per apprendere a categorizzare. Comunemente, nella prassi clinica, le dinamiche di appartenenza si esplicitano nell'utilizzo da parte degli psicologi di un "set" di tecniche e modelli propri della scuola di cui fanno parte. E' in particolare l'utilizzo di strumenti concettuali che rimanda alle dinamiche di appartenenza e quindi ai processi di identificazione e di identità dello psicologo. Costruire un resoconto non significa solo applicare delle tecniche, ma implica anche un raccordo tra una presa di posizione e un pensiero personale su un contesto e le dinamiche istituzionali di una comunità scientifica di appartenenza. Ne deriva che l'identità professionale dovrebbe essere caratterizzata da una riflessione sull'esperienza clinica e sui modelli che sono utilizzati per categorizzare l'esperienza stessa in quel modo.

Le due componenti fondamentali della prassi psicologico-clinica sono la teoria e l'evento clinico. Il resoconto riassume in sé queste componenti e media le leggi generali delle prime con le irregolarità tratte dai casi clinici storicizzati e irripetibili (Gandini, Gheduzzi, Montixi, Ruggiu, 1990).

Modelli del resoconto

Dal momento che la stesura di un resoconto si configura come un'attività particolarmente complessa e caratterizzata da un processo di avvicinamento graduale al testo definitivo, in accordo con quanto afferma Grassi mi sembra opportuno descrivere quelli che possono essere in linea di massima i modelli-base del resoconto (Grassi, 2002):

Il resoconto come memoria storica: rappresenta ciò che lo psicologo scrive "di getto", una sorta di catena di libere associazioni. Non essendo concepito per la pubblicazione, permette un livello di strutturazione molto basso, per cui lo psicologo è libero non solo di usare il linguaggio che ritiene più opportuno, ma anche di scegliere di scrivere i fatti in ordine cronologico, di scrivere le idee man mano che vengono in mente o di citare solo gli elementi ritenuti più importanti.

Il resoconto come oggetto di supervisione: rappresenta il vero resoconto come strumento di conoscenza ed è ciò che si porta al supervisore e/o ad altri colleghi per confrontarsi e proseguire il lavoro. Anche nel

resoconto di supervisione, come nota Gori, bisogna prestare attenzione al contesto nella quale si colloca, poichè è possibile che la falsificazione dei dati sia più consapevole, soprattutto negli psicologi alle prime armi (Gori, 2001). Per queste ragioni si dichiara l'importanza nella supervisione di un'analisi delle dinamiche collusive non soltanto tra supervisionato e cliente, ma anche tra supervisore e supervisionato.

Il resoconto come comunicazione scientifica: prevede la pubblicazione di una relazione clinica ritenuta significativa. Divenendo di dominio pubblico il testo necessita di alcune modifiche che lo allontanano da aspetti propri dell'interazione originale (ad esempio, distorsioni volte a proteggere la privacy del cliente). La trascrizione inoltre inevitabilmente comporta la perdita di alcuni elementi, come il non-verbale o il clima emotivo nel quale si è svolto l'intervento. Il resoconto scritto di un'esperienza clinica non è mai, per definizione, una narrazione oggettiva e distaccata in quanto, lo psicologo aggiunge le sue osservazioni per portare il lettore a condividere le sue impostazioni teoriche.

Il resoconto come relazione tecnica o "report": è preso in considerazione quando si deve descrivere il proprio operato in funzione di una precisa richiesta della committenza, tenendo presente che la narrazione cambierà nello stile e nel contenuto a seconda di chi la leggerà. Lo psicologo può stilare report con finalità:

- di giustizia penale o civile (perizie);
- cliniche (analisi della domanda, interventi di formazione);
- amministrative (pensionamenti, rapporti lavorativi).

Un concetto a lungo dibattuto nell'ambito della trattazione dei resoconti clinici è quello di *verità*. Nel passaggio dal fatto avvenuto al racconto redatto dallo psicologo avvengono delle trasformazioni simboliche, e per queste ragioni il piano di verità necessaria e specifica del resoconto è la *verosimiglianza*, in quanto assume il carattere di verità come intrinseco alla costruzione narrata, anziché attribuirlo agli eventi; in altre parole si intende la verità come struttura dell'esperienza soggettiva piuttosto che come carattere delle registrazioni oggettive (Ammaniti, Stern, 1991). Come afferma Merendino, "verità" significa innanzitutto analizzare. Il problema della verità, secondo questo autore, esprime la condizione del soggetto pensante di non poter mai andare al di là di se stesso, poichè quando ricerca qualcosa e crede di averla trovata, in realtà non ha fatto altro che trovare se stesso, ciò che lui stesso aveva creato. Le sue rappresentazioni della realtà, fantasie, pensieri, affetti, rapporti sono le mimetizzazioni con cui egli si rivela e si occulta senza potersi sottrarre a se stesso, senza potersi mai svelare e occultare a se stesso; la sua conoscenza è riflettersi come in uno specchio sulle cose e gli eventi e lui stesso fa da specchio ad essi (Merendino, 1984). Spence propone una differenza fra verità narrativa e verità storica. La *verità narrativa* è ciò che si costruisce nel dialogo clinico, può essere definita il criterio che usiamo per decidere se e quando una certa esperienza è stata colta e fermata con nostra soddisfazione; essa dipende dalla sua compiutezza, dalla continuità e dalla misura in cui la costruzione assume un taglio estetico. La *verità storica* è vincolata al tempo e consacrata alla rigida osservazione delle regole di corrispondenza: il fine è quello di arrivare il più vicino possibile a ciò che è realmente accaduto. Quando la costruzione di una storia ha acquistato verità narrativa diventa attendibile come qualsiasi altra ed entra a far parte del processo psicologico-clinico (Spence, 1982).

Conclusioni

In accordo con Merendino, possiamo dire che il racconto clinico permette mediante un'adeguata analisi di verificare o confutare la teoria applicata all'esperienza in esso descritta e di costruire perciò un discorso scientifico, che se analizzato alla stregua di un sogno, rivela i contenuti latenti e inconsci, non nel senso di inconsapevoli ma di "emozionali", non espressi al momento dell'esperienza, porta cioè a conoscenza tutto il significabile possibile insito nell'evento clinico originario (Merendino, 1984).

La redazione di un resoconto clinico sulla mia esperienza formativa di tirocinio ha rappresentato un'occasione unica e privilegiata per riflettere a posteriori su quanto ho vissuto in prima persona e quanto ho appreso in quel determinato contesto; infatti, ricostruire la mia esperienza, comunicarla e condividerla con gli altri mi ha dato l'opportunità di fare ordine in me stessa, instaurando un processo riflessivo in grado di dare un significato più profondo alle mie azioni. Inoltre, la resocontazione di tirocinio mi ha fornito l'opportunità di riconnettere la teoria alla pratica, individuando categorie psicologico-cliniche attraverso cui leggere la mia esperienza.

CAPITOLO SECONDO

Il Tabagismo

Svolgere l'attività di tirocinio in un centro che si occupa in prevalenza della dipendenza da tabacco mi ha offerto una possibilità di analisi e di approfondimento di questa problematica alla quale ho sempre prestato molta attenzione per la sua rilevanza clinica e sociale.

Nel 1999 la dipendenza da tabacco, ormai nosologicamente definita come Tabagismo, viene considerata una patologia a tutti gli effetti, fra l'altro "contagiosa", considerando la larga prevalenza sociale, e "recidivante" per l'elevato tasso di ricaduta nel periodo di cessazione o trattamento (Mangiaracina, Ottaviano, 2004). Ciò è stato possibile soprattutto perchè nel 1992 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel suo International Classification of Diseases (ICD-10) inserisce per la prima volta il fumo di tabacco nella sezione dedicata ai disordini mentali e comportamentali legati all'uso di sostanze psicoattive, e la Food and Drug Administration (FDA) afferma che la nicotina è una droga capace di creare dipendenza. Anche il Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) creato dall'American Psychiatric Association (APA) nel 1994 classifica la nicotino-dipendenza tra i disturbi psichiatrici (Mangiaracina, 2003).

Nonostante in alcuni Paesi la prevalenza di fumatori sia diminuita, a livello mondiale i casi di dipendenza tabagica e le malattie fumo-correlate sono in aumento.

Secondo alcuni dati epidemiologici, i fumatori nel mondo sono più di un miliardo, 1/3 della popolazione dei paesi industrializzati fuma e questa tendenza è in aumento tra le donne, tra gli adolescenti e nei paesi in via di sviluppo. I decessi attribuiti al fumo di tabacco a livello globale variano tra i 3 milioni e mezzo e i 4 milioni all'anno, cifre che secondo gli esperti dell'OMS sono destinate a salire nel futuro. Questa stima si basa sul profondo divario esistente tra le esigue risorse destinate dai governi per la ricerca e la prevenzione sul tabagismo e gli ingenti investimenti stanziati dalle multinazionali del tabacco per la pubblicità (Mangiaracina, Ottaviano, 2004).

L'Italia è tra i primi dieci paesi al mondo con la maggiore produzione di tabacco e al quarto posto nella vendita di sigarette e nel consumo pro-capite nell'Unione Europea. Dai dati emersi dall'indagine Multiscopo dell'ISTAT "Aspetti della vita quotidiana 1999" su un campione di 24 mila famiglie distribuite su tutto il territorio nazionale, si evidenzia come un elevato numero di non fumatori vive in famiglie dove è presente almeno un fumatore. Un fumatore passivo su quattro (27,6%) ha meno di 14 anni, quindi circa la metà dei bambini italiani da 0 a 14 anni convive con almeno un fumatore.

Il fumo in Italia provoca circa 90 mila morti l'anno, di cui 30 mila legate solo al tumore ai polmoni, 25-30 mila alle malattie cardiovascolari, 10 mila tra bronchite cronica ed enfisema polmonare (ivi.). Confrontando questi dati con le morti in un anno per Alcolismo (30 mila/anno) e per Eroina (1.100/anno) ci si rende conto della necessità di dare priorità al problema in una dimensione multimodale concentrandosi non solo sulla "cura" in senso stretto ma approntando progetti formativi/informativi basati soprattutto sulla prevenzione primaria.

La dipendenza fisica dal Fumo

Nonostante sia sempre evidente una sorta di confine tra il "fisiologico", inteso come aspetto strutturale, e lo "psicologico", inteso come studio dei processi mentali, lo psicologo non può esimersi dal conoscere almeno gli aspetti essenziali neurobiologici della dipendenza da tabacco, nonché le cause e i danni derivati dal suo consumo. Le informazioni che riguardano il fumo come comportamento a rischio per la salute sono indispensabili per affrontare, insieme al fumatore, tutte le problematiche ad esso legate. La

corretta informazione è il buon punto di partenza per avviare una riflessione e aumentare la motivazione del soggetto a decidere di smettere di fumare (Gremigni, in stampa). Pertanto, seppure in modo semplificato, evidenzieremo alcune informazioni di base sulla nicotino-dipendenza da un punto di vista fisiologico, rimandando l'approfondimento dell'argomento a fonti più autorevoli.

Il Tabagismo è un disturbo del comportamento complesso e multidimensionale nel quale esiste anche una forte componente genetica, neurobiologica e metabolica. Ci sono voluti decenni prima che il tabagismo venisse considerato "dipendenza" e non un semplice "vizio" o una piacevole "abitudine". La scoperta della nicotina come sostanza psicoattiva, in grado di suscitare, al pari di altre droghe, dipendenza psico-fisica, ha spostato l'attenzione sugli aspetti involontari del mantenimento di questa abitudine. A questo proposito, la ricerca clinica ha evidenziato differenze individuali, sia nella tendenza a divenire dipendenti dalla nicotina, sia nella capacità di smettere di fumare. La spiegazione genetica afferma che il consumo e la dipendenza da tabacco, come nel caso di molte altre droghe, sono governati da fattori genetici che interagiscono con fattori ambientali. Studi con gemelli separati hanno permesso di identificare l'influenza della componente genetica nel tabagismo. La varianza genetica, vale a dire la variabilità osservata nelle caratteristiche del fumare dovute al fattore genetico, è tra il 25% ed il 85%. Le evidenze sperimentali suggeriscono che mentre il rischio di diventare fumatore è dovuto al sovrapporsi di fattori sia ambientali che genetici, il mantenimento ha una forte componente quasi esclusivamente genetica (ivi.).

Le componenti chimiche del fumo di tabacco sono complesse e variabili, dipendono dalla qualità del tabacco, dalla lavorazione e dal modo in cui è fumato. Sono state identificate circa 4.000 componenti, le principali sono: il monossido di carbonio, l'acido cianidrico, gli ossidi di azoto, le aldeidi, i fenoli, gli alcaloidi (nicotina, lobelina, nornicotina), l'arsenico, gli elementi radioattivi. Il 1995 rappresenta una svolta in questo ambito: vengono confermati i meccanismi neurobiologici della nicotino-dipendenza. Si scopre che la nicotina ha un potere additivo maggiore dell'alcol e dell'eroina; inoltre ha proprietà di rinforzo, cioè la capacità di indurre uno stato di piacere e rimuovere uno stato di malessere, che aumenta la probabilità che si ripeta il comportamento stesso. Negli ultimi anni sono stati studiati i recettori cerebrali per la nicotina (nAChRs), mentre attraverso le tomografie a emissioni di positroni (PET) si sono dimostrate le modificazioni fisiopatologiche e biochimiche nei soggetti fumatori a livello del sistema mesolimbico. La nicotina attiva la liberazione di dopamina nelle aree dopaminergiche denominate "circuiti del piacere", deputate al controllo del comportamento motivato. L'attivazione delle aree dopaminergiche, con rilascio di dopamina, è il denominatore comune degli effetti delle sostanze d'abuso. Diversi studi hanno indicato come recettori nicotinici, siano localizzati sia nei neuroni mesencefalici dopaminergici che a livello del nucleo accumbens e della corteccia prefrontale. La nicotina agisce anche sul sistema noradrenergico, che utilizza appunto la noradrenalina come neurotrasmettitore. Questo sistema è attivato fisiologicamente nelle condizioni di attivazione ed allerta. I corpi cellulari che sintetizzano noradrenalina sono localizzati in un'area della base del cervello che si chiama locus coeruleus che proietta verso diverse altre strutture come l'ippocampo e l'amigdala. La nicotina favorisce la liberazione di noradrenalina sia direttamente agendo nel locus coeruleus sia indirettamente per via periferica. Quando la nicotina, e quindi la dopamina, viene improvvisamente a mancare, si libererà il sistema uguale e contrario della noradrenalina, con conseguenti frequenti e fastidiosi disturbi. Anche l'acetilcolina, che regola la trasmissione nervosa del sistema parasimpatico, stimola i recettori "nAChRs", ma la nicotina in questo caso riveste una duplice funzione: prima stimola il recettore e poi lo blocca (Mangiaracina, 2003). Secondo quanto afferma Fagerstrom, l'organismo del fumatore deve adattarsi a questo squilibrio, seguendo un neuro-adattamento che considera come un meccanismo di difesa. In altri termini, iniziando a fumare la nicotina si lega solo ad alcuni recettori e ne blocca altri. Vi è quindi una reazione dei neuroni che ne producono una maggiore quantità. A questa fase segue quella denominata di adeguamento o *upregulation*, in cui il soggetto fumatore si ritrova un numero maggiore di recettori di cui alcuni bloccati, altri attivati ed altri sensibili. Se il soggetto smette di fumare i recettori aumentati rimangono ancora per un anno sensibili alla ricezione di nicotina. Per questo motivo la ricaduta dopo astinenza porta nella maggioranza dei casi a recuperare la dose precedente in modo da saturare tutti i recettori rimasti attivi (Fagerstrom, Groman, 2000). Sembra dunque che l'effetto principale della nicotina sia inibitorio più che eccitatorio (Mangiaracina, 1992).

Da un punto di vista clinico, possiamo annoverare alcuni criteri suggeriti per valutare la dipendenza da nicotina (Mangiaracina, 2003):

il fallimento di svariati tentativi di smettere di fumare nonostante vi sia il desiderio di riuscirci;

l'utilizzo di un'elevata porzione del proprio reddito per procurarsi la sostanza;

continuare a fumare nonostante la presenza di un problema di salute;

il *craving*, cioè il desiderio intenso e incontrollabile dopo una breve astinenza, che rappresenta una causa importante di ricaduta.

Uno degli aspetti più rilevanti che ho avuto modo di osservare nella mia esperienza con i fumatori in trattamento è proprio la loro difficoltà a gestire la crisi di astinenza. Si ipotizza infatti che la up-regulation dei recettori nicotinici sia alla base dei sintomi negativi descritti alla cessazione del fumo. Tra questi troviamo: stato di malessere generalizzato, alterazione dell'umore, ansia, irritabilità, agitazione, disturbi del sonno (Mangiaracina, 1999).

La psicologia del fumatore

Il fumo è un comportamento dannoso per la salute e questo rende necessaria la conoscenza dei danni che la sigaretta produce alla salute e dei meccanismi di base che rendono l'organismo vulnerabile al suo uso. Ma poiché il fumo è, innanzitutto, un comportamento è indispensabile conoscere i processi psicologici che lo regolano e lo guidano a livello individuale (conoscenze, credenze, emozioni, motivazioni, processi decisionali e caratteristiche di personalità), ma anche quelli che lo influenzano a livello sociale (Gremigni, in stampa).

In più di 50 anni di consumo di tabacco il fumatore ha acquisito una sua identità e una personalità strutturata. Infatti, numerose interviste somministrate ai giovani che proponevano una lista di aggettivi da attribuire alla figura del fumatore hanno dimostrato che lo stereotipo sociale che ne deriva è privo di connotazioni negative, come invece accade per l'immagine del giocatore d'azzardo o per l'alcoolista. L'immagine sociale del fumatore che ne deriva presenta caratteristiche di autonomia e virilità che condizionano per certi versi l'iniziazione al fumo degli adolescenti (Mangiaracina, Ottaviano, 2004). Come afferma la psicoanalista francese Lesourne, la sigaretta ha un carattere principalmente iniziatico, è il simbolo dell'accesso al gruppo che rappresenta agli occhi dell'adolescente l'intera società. Per molto tempo si fuma solo nel gruppo dei pari come se la sigaretta possa servire per affrontare lo sguardo degli altri, per camuffare quell'angoscia d'inferiorità e affermare la propria individualità; oppure permette di far sparire aspetti di sé che non si accettano. Ciò che traspare è che iniziare a fumare per i giovani significa ricercare una potenza fallica, la sessualità in quanto appannaggio esclusivo degli adulti. Domina nel giovane fumatore l'idea che il potere sessuale vada "rubato", che sia legato all'avere e non all'essere. Il neofita della sigaretta si impegna così in una sofferenza inutile, dimostrando di preferire la propria autodistruzione per sembrare qualcuno che non è (Lesourne, 1986). Alla domanda "Perché fumi?" la risposta più comune è: "Perché mi piace!". In realtà il fumo, definibile come patologia da dipendenza, non rappresenta un'autentica fonte di piacere, e non vi è fumatore che viva la propria dipendenza senza un travaglio interiore. Il grande fumatore trae dalla sua abitudine più sofferenza che piacere; è umiliato dal fatto di non riuscire a dominarla, si sente colpevole di fumare troppo e sopporta questo comportamento senza gioia, con rassegnazione. E anche se alla fine abbandonerà il comportamento tabagico, non riuscirà mai a sbarazzarsene completamente poiché il timore di ricaderci sarà sempre presente. La relazione piacere-sofferenza è un punto cruciale per l'analisi del comportamento tabagico. Il piacere rappresenta la facciata, ciò che è visibile agli altri; la sofferenza sembra invece predominare lo scenario interno del fumatore nel discorso con sé stesso e, quando non è evocata direttamente, anche il piacere è stranamente assente. Lesourne parla di "masochismo morale" riferendosi a quei sentimenti che esprimono la sofferenza psichica del fumatore: *vergogna*, per essere un individuo senza volontà e coraggio di smettere, incapace di controllarsi; *senso di colpa*, per il deterioramento cui sottopone il proprio corpo; *angoscia*, che nasce dall'inquietudine di poter essere

colpito dal cancro (ivi.). Quello che colpisce nei fumatori è la *scissione*, uno dei meccanismi di difesa più arcaici, agita prima a livello dell'abitudine stessa, poi all'interno dell'abitudine. Il tabagismo infatti non è considerato indesiderabile dal grande fumatore, un sintomo; egli lo situa quasi sempre all'esterno del suo essere, ai margini delle sue preoccupazioni. Ma non può essere considerato neanche un tratto di carattere perchè il fumatore ammette subito il suo conflitto con la sigaretta. Analizzando la scissione all'interno dell'abitudine ci si trova di fronte alla necessità del fumatore di duplicare questa scissione: prima distinguendo le "buone" sigarette dalle "cattive", poi mettendo da parte le conseguenze del tabagismo. Per il fumatore la paura di un esito fatale del tabagismo è scissa, intellettualizzata e staccata dal suo vissuto quotidiano. L'atteggiamento dominante rispetto a questa paura è un misto di fuga e di provocazione, un sentimento di paura e allo stesso tempo di sfida, che determina nella mente del fumatore l'illusoria distinzione tra le "buone sigarette" e le "cattive sigarette". Le buone sigarette rientrano nell'ordine della ricompensa meritata e rappresentano il piacere permesso. Oltre ad essere molto piacevoli, le buone sigarette sono fumate in piena coscienza, accompagnate da uno stato di pace e sollievo. Se il fumatore si limitasse alle buone sigarette non ci sarebbero conflitti ma solo fumatori felici. Purtroppo la maggior parte delle sigarette appartiene alla categoria delle "cattive". Più che cattive potremmo considerarle come non volute, fumate per abitudine, meccanicamente e per soddisfare un bisogno piuttosto che una voglia. Le cattive sigarette sono associate a situazioni spiacevoli come la tensione, il nervosismo, l'attesa, la noia. Colmano un vuoto ma non danno piacere. Per i fumatori queste sigarette sono la causa della loro "schiavitù" perché su di esse non riescono ad esercitare nessun potere. Esaminando attentamente gli elementi che fanno da sfondo alla sofferenza dei fumatori, ciascuno correlato strettamente all'altro, ci si accorge che sono la metafora della situazione infantile di rivalità con la madre: il fumatore soffre perché ha un' *abitudine* che gli dà tutto sommato poco piacere, da cui è assolutamente dipendente e che rischia di ucciderlo facendogli del male. Se alla parola *abitudine* sostituiamo la parola *madre*, otteniamo ciò che può essere vissuto a livello fantasmatico da un bambino insoddisfatto che proietta sulla madre, dalla quale si sente totalmente dipendente e che rende responsabile della propria insoddisfazione, una forte aggressività rendendola una madre mortifera. C'è quindi nella dipendenza tabagica la possibilità di risolvere una questione molto antica: ripetendo continuamente esperienze traumatizzanti, ogni sigaretta fumata è infatti un minitrauma che il fumatore si infligge. In quest'ottica, il tabagismo rappresenta una lotta perché ci sia una relazione oggettuale a tutti i costi, perché l'oggetto, cioè la relazione con gli altri, esista anche se cattivo. Meglio un oggetto cattivo che l'assenza dell'oggetto. Smettere di fumare significa compiere un'elaborazione del lutto attraverso l'attività tabagica e la sua cessazione testimonia l'accettazione della perdita di un oggetto che fino ad allora era legato al proprio essere. Il masochismo del fumatore assume dunque un significato molto complesso in quanto la sofferenza che si infligge è allo stesso tempo una ripetizione stereotipata e una ricerca di controllo, un'apertura verso il problema e contemporaneamente una chiusura, una punizione per un desiderio di onnipotenza e allo stesso tempo una realizzazione dello stesso desiderio (Lesourne, 1986).

Che piacere c'è allora nel fumare? In fin dei conti, se il fumatore non ricavasse alcun vantaggio dalla sua abitudine non continuerebbe a fumare. Indubbiamente il tabagista riceve dalla sigaretta un senso di rassicurazione nei rapporti sociali e interpersonali, protezione nelle situazioni di disagio, o semplicemente la sigaretta rappresenta un premio dopo una fatica (Mangiaracina, Ottaviano, 2004). Al di là di questo, il tabagismo, come Freud per primo ha affermato, può essere considerato un sostituto della masturbazione e quindi una tipica pratica autoerotica (Freud, 1905). All'inizio, l'atto di fumare non sembra presentare nessun carattere autoerotico: né "auto" come ripetizione su di sé e per sé di esperienze arcaiche (le prime sigarette sono infatti fumate per ottenere il riconoscimento degli altri), né "erotismo" (le prime sigarette sono sgradevoli e non servono per controllare l'angoscia ma per fronteggiare le figure genitoriali). La Lesourne ipotizza che si riproduca un fenomeno analogo a quello che sta all'origine della sessualità. Come la sessualità, la sigaretta creerebbe un desiderio insaziabile che può originare piacere. Dal trauma delle prime sigarette si avvierebbe così un fenomeno di co-eccitazione libidica che costituisce la base dell'autoerotismo. In quest'ottica il fumatore, come il bambino, instaura un ripiegamento autoerotico: dalla sigaretta per gli altri passa alla sigaretta per sé (Lesourne, 1986). La sigaretta diventa così il mezzo tramite il quale ci si autoprocure piacere senza avere bisogno degli altri.

Nel comportamento tabagico vi sono, però, anche altri tipi di piacere legati al soddisfacimento di bisogni arcaici come quello noto dell'oralità, ma anche quello dell'analità e della problematica fallica (Mangiaracina, Ottaviano, 2004). L'atto di fumare ripeterebbe un'attività autoerotica orale che tende a ricreare allucinatoriamente l'unione con la madre allo stesso tempo nirvanica e mortifera. La sigaretta, come il seno, si mette tra le labbra e le stimola, pur essendo all'esterno del corpo. Inoltre, la sigaretta si presta a rappresentare l'atto della suzione presente nella prima fase dello sviluppo della libido, ma rappresenta anche l'oggetto della fase cannibalica, l'oggetto che si distrugge per appropriarsene. Ogni sigaretta fumata è infatti distrutta. Questo aspetto aggressivo/distruttivo è molto presente nella personalità del fumatore, soprattutto nel soddisfacimento del bisogno dell'analità. Se l'oggetto orale è ora buono ora cattivo, l'oggetto anale si colloca in una posizione in cui regna l'ambivalenza: è contemporaneamente buono e cattivo. In quanto buono, lo si vuole possedere e controllare affinché non diventi cattivo; in quanto cattivo, si vuole aggredirlo ma non distruggerlo, altrimenti si annullerebbe anche l'oggetto buono. La sigaretta d'altronde si presta alla simbolizzazione della problematica anale: soffiare il fumo evoca la defecazione (Lesourne, 1986). Affumicare l'ambiente permette di soddisfare il bisogno arcaico della marcatura del territorio con i propri odori, anche se possono essere intossicanti per gli altri. Non solo la sigaretta aggredisce l'altro, ma si aggredisce la sigaretta invece dell'altro. L'aggressività trova un catalizzatore nel comportamento tabagico. Schiacciare la cicca nel posacenere o calpestarla energicamente equivale ad esprimere forme di piacere distruttivo (Mangiaracina, Ottaviano, 2004). Per quanto riguarda la problematica fallica, la sigaretta può assumere un significato fallico in tre modi: come simbolo del pene in quanto attributo maschile, come rappresentante della potenza sessuale adulta, e come incarnazione della potenza assoluta.

La vicinanza del reale e del simbolico, del fisico e dello psichico, costituisce il principale polo di attrazione della sigaretta. Essa permette al fumatore di ripartire dalle esperienze corporee per staccarsene. Con la sigaretta, il fumatore si accosta all'avidità orale, all'aggressività e al dominio anale, all'ambizione fallica, rivivendo le esperienze fondanti e avendo l'opportunità di elaborarle (Lesourne, 1986).

Questo simbolismo che la sigaretta assume è strettamente legato all'aspetto manipolatorio del tabagismo, ossia un corredo gestuale fatto di movenze e sequenze. Di solito si sottovaluta quanto di inconscio vi sia in un comportamento. In realtà, la nostra psiche è governata da forze non sempre riconosciute e accettate che si esplicitano a volte in ambiti quali l'espressività gestuale. Considerando le componenti che definiscono "il teatro del fumare", è possibile individuare tre aree rappresentative della gestualità del fumatore: quella del contatto con la sigaretta che implica l'aspirazione del fumo; la manipolazione della sigaretta, del pacchetto e dell'accendino; la postura e la cinetica del corpo nell'atto del fumare. Queste tre parti possono essere ricondotte ad esigenze di piacere corporeo, a finalità di comunicazione sociale, a ricordi di vissuti infantili (Mangiaracina, Ottaviano, 2004). Proprio a questo proposito, alcuni autori, appartenenti alla tradizione psicoanalitica hanno attribuito alla componente gestuale del fumatore significati regressivi, cioè memorie motorie e affettive riconducibili al proprio passato e richiamate da stati di disagio psicologico. Secondo questa concettualizzazione, nella vita adulta è rintracciabile quell'insieme di energie, pulsioni e movenze che caratterizzano le relazioni con le figure genitoriali nei primi mesi di vita, e che sono in grado di predeterminare i comportamenti in momenti di tensione o bisogno. Il neonato, infatti, è capace di organizzare un'attività mentale cui consegue una tipica motilità. L'anello di congiunzione tra il neonato e il fumatore è la dipendenza da qualcosa che dà piacere e alla quale è difficile rinunciare. La soddisfazione del piacere, in entrambi i casi, si concretizza nella suzione; così come nell'astinenza i sentimenti dominanti in entrambi sono la rabbia, l'angoscia, la tristezza. I movimenti del fumare sono legati ad almeno tre esigenze: l'esigenza di scaricare una tensione non dovuta a contenuti mentali che crea movimenti senza finalità; un bisogno di aggrapparsi a qualcosa che dia sollievo e benessere; l'antico riflesso di tenersi a quell'oggetto d'amore (in passato la madre, oggi la sigaretta) per non essere abbandonato. In ogni caso le componenti affettive della gestualità del fumatore si conformano alle necessità e alle emozioni dell'adolescente prima e dell'adulto poi. Il comportamento tabagico, attraversata la fase adolescenziale, diviene una pratica meno deputata all'esibizionismo maggiormente rivolta alla risoluzione di conflitti interni. Secondo alcuni studi, il rituale complesso e polivalente dell'abitudine tabagica si configura come il simbolo di

caratteristiche personali o di posizioni sociali. Ogni gesto compiuto nell'attività tabagica è un microuniverso di espressioni comunicative e di significati personali. E' proprio in virtù di tale personalizzazione che si suppone la presenza di motivazioni diverse caso per caso. Si palesa dunque la necessità di provare a scoprire come una persona ha potuto fare della sigaretta una storia personale. Il polimorfismo simbolico della sigaretta è indubbiamente una delle basi della frequenza della dipendenza tabagica, perché ciascuno, qualunque siano i suoi conflitti, con la sigaretta trova il mezzo di ritornarvi e ripeterle. Tuttavia nel fumatore non c'è solo il desiderio di ripetere un conflitto infantile: se così fosse fumerebbero tutti. In realtà, al di là di ogni personale specificità, il tratto comune dei fumatori risiede in quel legame tra autoerotismo e masochismo (Lesourne, 1986), quell'"odi et amo" espresso in piena coscienza paradigmatico per milioni di fumatori che, come afferma Italo Svevo, affligge il fumatore in nome di un piacere che resta inspiegabile "*perché tutti noi, i fumatori, siamo convinti che il fumo non ci fa bene e non abbiamo bisogno di venirne convinti, ma continuiamo a fumare perché...o anzi senza perché*" (Svevo, 1999, p. 9). Attraverso la mia esperienza con i fumatori in trattamento ho osservato come non vi è una motivazione razionale che il fumatore riesce a fornire per spiegare la propria dipendenza; si evince dai loro discorsi che la sigaretta è considerata come un oggetto transizionale inadatto al suo ruolo, posto tra la realtà e l'illusione, senza valore ma allo stesso tempo estremamente prezioso, situato dal fumatore in una posizione marginale eppure essenziale, che lo aiuta ad affrontare più la morte che la vita (Lesourne, 1986).

All'interno di questa cornice teorico-concettuale atta ad analizzare nello specifico la psicologia del fumatore possiamo annoverare anche un modello psicologico in grado di fornire una spiegazione alle dinamiche emozionali proprie dei comportamenti dipendenti come il Tabagismo: l'Analisi Transazionale.

L'Analisi Transazionale e i comportamenti dipendenti

Un modello che fornisce una comprensione dei meccanismi di dipendenza esaminando i sistemi con cui gli individui interagiscono tra di loro è l'Analisi Transazionale (AT). Si tratta di una teoria psicologica elaborata negli anni '60 da Eric Berne. Berne considera i comportamenti umani come espressione dell'interrelazione fra aspetti cognitivi ed emotivi della personalità che si manifesta in sistemi che egli chiama Stati dell'Io. Queste strutture di personalità sono:

Stato dell'Io Genitore: si forma attraverso le relazioni con le figure genitoriali, racchiude le norme e i giudizi (Genitore Normativo=GN) e la protezione verso sé stessi e verso i figli (Genitore Protettivo=GP).

Stato dell'Io Adulto: rappresenta il mediatore logico e razionale delle attività del Genitore e del Bambino (Adulto=A).

Stato dell'Io Bambino: è la parte pura e istintiva, che desidera affetto e ama giocare e inventare (Bambino Libero=BL) ma è anche la sede dei sentimenti di dipendenza e di adeguamento alle norme (Bambino Adattato=BA) (Berne, 1979).

La personalità completa comprende dunque tutti questi stati anche se necessariamente separati tra loro. Secondo quanto afferma Berne i comportamenti dipendenti da persone, oggetti, sostanze, azioni, derivano da modalità apprese fin da piccoli nelle relazioni simbiotiche non risolte. La caratteristica della relazione simbiotica è che due o più persone si comportano come se fossero una sola persona, e nessuno di loro energizza completamente i propri stati dell'Io. La relazione simbiotica è una tappa evolutiva fondamentale e promuove lo sviluppo delle capacità di spontaneità e consapevolezza che per Berne rappresentano le basi della salute mentale. I comportamenti dipendenti non solo limitano la persona, ma la portano persino ad autodistruggersi, sia a livello reale che fantasmatico. Sono comportamenti passivi

che tendono a ostacolare l'analisi razionale di un problema, e di conseguenza l'attivazione di tutti gli stati dell'Io per giungere ad una soluzione "sana". L'AT esamina quattro comportamenti dipendenti:

- Il non far nulla: qui l'energia psichica è volta a inibire le risposte del pensiero (ad esempio il silenzio, lo sguardo fisso nel vuoto).
- Sovradattamento: nel quale il soggetto cerca di compiacere gli altri e si adegua a questa fantasia.
- Agitazione: implica l'utilizzo dell'energia in attività senza scopo (ad esempio fumare, torcersi ciocche di capelli).
- Incapacitazione o violenza: comprende comportamenti difensivi messi in atto dalla persona per contrastare attese catastrofiche che immagina e teme senza assumersi nessuna responsabilità.

In quest'ottica, il fumare è considerato da Berne come "comportamento passivo di agitazione" visto che è caratterizzato da una sequenza ripetitiva che condanna la persona a un'insoddisfazione perenne e ad un'impotenza umiliante. Ciò sembra derivare da una sopravvalutazione dell'oggetto e da una pretesa magica di felicità, come se questa dipendesse solo dal possedere e non da un processo attivo di significazione della realtà (Berne, 1971). La reazione di un soggetto dipendente a una qualsiasi situazione positiva o negativa è caratterizzata: da una mancanza di attivazione dei propri stati dell'Io GP, A e BL; da sentimenti di insoddisfazione e soddisfazione vissuti dal proprio Bambino Adattato che lo invadono nella sua passività, aspettando sempre qualcuno dall'esterno che a seconda della situazione lo consoli o lo lodi; da un conflitto "ego-distonico", in cui una parte di sé desidera qualcosa ma un'altra inconsciamente la intralcia per dinamiche non risolte, e nella confusione assume compulsivamente tabacco, farmaci, cibo nel tentativo di ottenere magicamente uno stato di pace, anche se alla fine non ottiene altro che uno stato provvisorio che innesca un circolo vizioso senza fine (Iavarone, 2002).

CAPITOLO TERZO

Il tirocinio presso “GEA Progetto Salute”

L’organizzazione e i suoi obiettivi

“GEA Progetto Salute” è una ONLUS, Organizzazione Non Lucrativa di Utilità Sociale. Si occupa fondamentalmente di promozione della salute sviluppando e consolidando attività e progettualità nell’ambito specifico delle dipendenze da droghe legali con particolare riferimento al Tabagismo e ai problemi fumo-correlati. Fondata nel 1997 è stata concepita per contribuire ad offrire un maggiore impulso al Terzo Settore, al non-profit, basato su progettualità ed interventi nell’ambito delle patologie di larga prevalenza sociale, con la consulenza di esperti.

GEA rivolge particolare attenzione alle aree in cui i servizi istituzionali appaiono più carenti. Questo spiega in gran parte l’impegno nel campo delle droghe legali e del Tabagismo. La struttura lavora in rete con organi istituzionali e non governativi, nazionali ed internazionali; sviluppa e mantiene i contatti con varie realtà estere e si avvale di molteplici competenze specialistiche. Nel campo del Tabagismo si avvale della consulenza tecnico-scientifica della Società Italiana di Tabaccologia, unica società scientifica italiana specializzata nel settore, e del suo presidente, il prof. Giacomo Mangiaracina. I rapporti esteri sono assicurati soprattutto attraverso la sezione italiana del forum *Globalink International*. Globalink è una organizzazione sorta nel contesto dell’UICC (Union Internationale Contre le Cancer) con sede a Ginevra e rappresenta il maggiore network mondiale degli specialisti nei programmi di controllo del Tabagismo finanziato dall’Unione Europea; è uno strumento che permette, in tempo reale, la divulgazione di informazioni e pareri tecnici inerenti la prevenzione e la terapia di questo tipo di dipendenza.

Uno dei cardini intorno ai quali ruotano le attività di GEA è il suo sito web, considerato il mezzo più efficace ed esaustivo nel fornire informazioni ed assistenza agli utenti. “www.gea2000.org” è un portale divulgativo tecnico-scientifico, diventato da subito lo strumento di comunicazione privilegiato, con una sua redazione giornalistica che realizza una e-Newsletter specialistica, “Tabagismo e PFC” (PFC sta per “Problemi Fumo Correlati”). Attraverso il sito è possibile anche iscriversi al forum di discussione che permette di dialogare on-line con specialisti della problematica tabagica. Inoltre il sito informa e documenta attraverso link specifici ad altri portali creati dalle organizzazioni che collaborano con GEA. L’attività operativa di GEA Progetto Salute si muove fondamentalmente attraverso quattro punti:

FORMAZIONE di medici, psicologi, operatori socio-sanitari e scolastici per ottemperare alla richiesta di multidisciplinarietà del fenomeno tabagico.

PREVENZIONE attraverso informazione, documentazione, lavoro di rete, interventi nelle scuole, creazione e partecipazione a campagne di sensibilizzazione sociale.

TERAPIA attraverso l’attuazione di programmi d’intervento multidisciplinari nel trattamento della dipendenza tabagica.

RICERCA attraverso il monitoraggio e la valutazione dei programmi antifumo in collaborazione con la Società Italiana di Tabaccologia (SITAB) e la cattedra di Farmacologia dell’Università di Roma “La Sapienza”.

I progetti formativi di cui si occupa GEA, realizzati soprattutto con la collaborazione della Società Italiana di Tabaccologia, sono sia residenziali che a distanza, attraverso internet, e sono rivolti principalmente a gruppi target precisi come medici, personale sanitario ospedaliero, operatori socio-sanitari, psicologi. I corsi si prefiggono la formazione di operatori e conduttori di programmi antifumo. I docenti che tengono le lezioni sono tutti esperti delle tematiche inerenti al corso: dalle patologie e problemi fumo-correlati alla multidimensionalità della dipendenza, dalle dinamiche interattive nei gruppi antifumo all'aspetto legislativo del tabacco, dagli aspetti psico-sociali del Tabagismo alle prove pratiche di conduzione.

Un progetto formativo recentemente organizzato si è rivolto ad una figura professionale che riveste un ruolo chiave nella prevenzione e nella terapia del Tabagismo: il farmacista. Questo progetto, chiamato "Farmacie senza fumo", si basa su eventi formativi, residenziali e a distanza, con supervisione ed assistenza di tutor; le lezioni sono tenute via internet attraverso la piattaforma di *web learning* di Telecom Italia. Obiettivo del progetto è la formazione di farmacisti in grado di informare e sensibilizzare il cliente fumatore, indirizzandolo ad un approccio terapeutico integrato. Il progetto prevede anche la creazione di un network nazionale di "Farmacie senza Fumo".

Un'iniziativa ancora più recente, che coinvolge, sempre, farmacie e farmacisti, è il progetto "La Scuola in Farmacia", realizzato in collaborazione con Assofarm, Telecom Learning Services, la Società di Tabaccologia e con il patrocinio dell'Agenzia Nazionale per la Prevenzione. Il progetto prevede la realizzazione di un videogame interattivo in CD-Rom, realizzato appositamente da un'azienda specializzata, progettato da una equipe di specialisti, e la sua distribuzione a ragazzi dagli 11 ai 13 anni (scuola media) all'unica condizione per i ragazzi di compilare un breve questionario che permette di valutare quali e quanti programmi hanno realizzato le scuole italiane nel campo del Tabagismo.

Riguardo alle grandi campagne di prevenzione alle quali GEA partecipa come referente per l'Italia, vi sono i progetti della Commissione Europea. Il primo, svoltosi dal 2002 al 2004, "*Feel Free to Say No*" è stato indirizzato agli adolescenti. Il secondo, denominato "*HELP!*", è partito nel corso del 2005 e terminerà nel 2007 ed è la nuova campagna mediatica anti-fumo della Commissione Europea. I presupposti su cui verte si basano su:

- 1) il documento elaborato dalla Conferenza di Roma del novembre 2003;
- 2) gli esiti della precedente Campagna "*Feel-Free to Say No*";
- 3) gli studi europei sul tabacco.

Il nome "*HELP!*" vuole rappresentare due intenzioni: la prima è una sorta di appello nei confronti alle varie organizzazioni governative e non, affinché agevolino e permettano l'attuazione delle strategie globali di intervento; la seconda è quella di garantire un aiuto ai fumatori (per smettere) e ai giovani (per non cominciare). Il programma si snoda attraverso spot TV, diffusione a mezzo stampa, eventi locali, sito web. Scopo di queste iniziative è aumentare il livello di consapevolezza tra i giovani e tra i fumatori, circa gli effetti negativi del fumo di tabacco. Il progetto "*Feel Free to Say No*" si è basato su una strategia di comunicazione integrata che ha fatto ricorso a spot televisivi, pubblicità su riviste per giovani, organizzazione di eventi oltre che alla presenza di testimonial appartenenti al mondo dello spettacolo. Per fornire un utile supporto ai vari eventi nei Paesi europei, è stato organizzato uno spettacolo itinerante, il "*Truck Tour Show*" che ha permesso di incontrare i giovani direttamente nelle piazze della loro città e non tra le mura di una scuola. Il Truck ha raggiunto Roma in occasione della Giornata Mondiale senza Tabacco del 31 maggio 2004, dando l'opportunità ai giovani di riconoscere da vicino la validità del messaggio comunicato usando il loro linguaggio. I messaggi chiave della campagna non sono comunicati sotto forma di divieti o ammonizioni, ma sul richiamo emotivo e sulla comunicazione creativa per attirare l'attenzione dei giovani e stimolare i loro interessi.

Sempre nell'ambito della prevenzione un importante progetto al quale GEA collabora da anni è "Roma senza Fumo", organizzato dall'Assessorato alle Politiche Sociali e della Salute del Comune di Roma,

con la costituzione di un Comitato Tecnico Scientifico per la Prevenzione del Tabagismo. Obiettivo fondamentale è la *No-Smoking Policy* del Comune, perseguita attraverso la creazione di uno “sportello tabagismo” rivolto ai dipendenti e la collaborazione con i servizi socio-sanitari locali e con le scuole. Il progetto prevede di fare del Comune di Roma un comune “*smoke-free*”. All’interno del progetto “Roma senza Fumo”, GEA si sta adoperando per introdurre nelle scuole la campagna europea “*Smoke Free Class Competition*”, un programma nato in Finlandia nel 1989 e in parte finanziato dalla Commissione Europea. Lo “*Smoke Free Class Competition*” nasce per una prevenzione specifica del tabagismo, che si contrappone agli approcci tradizionali basati su strategie atte a suscitare paura per impedire ai ragazzi di fumare. Il programma, infatti, rinforza il comportamento *smoke-free* premiando con un viaggio chi rimane libero dal fumo per sei mesi. In accordo con le teorie dell’apprendimento, “*Smoke Free Class Competition*” si basa sul concetto che un rinforzo positivo aumenta la probabilità di produrre un comportamento desiderato. Il non fumare diventa così un comportamento vincente e meritevole influenzando le norme sociali del gruppo.

Nell’ambito della prevenzione, inoltre, GEA organizza numerosi congressi e giornate di studio come la “Giornata Nazionale per i Diritti dei Nonfumatori” (nonfumatori come parola unica e con la N maiuscola), il 5 novembre di ogni anno e la “Giornata Mondiale Senza Tabacco”, il 31 maggio. Per quanto riguarda il secondo evento, quest’anno GEA ha promosso un nuovo progetto chiamato “*Missione in Congo*” in collaborazione con l’associazione benefica “*Magic Amor*” che opera sia in Italia che all’estero, ma in questo caso si concentra nella zona di Budjala, regione della Repubblica democratica del Congo. L’iniziativa consiste nel devolvere l’equivalente in denaro di un pacchetto di sigarette per svolgere interventi di sviluppo.

Medici e psicologi, interessati alla problematica tabagica, svolgono all’interno della struttura operativa attività volte oltre che alla prevenzione anche alla terapia del tabagismo. Uno degli obiettivi dell’organizzazione, infatti, è proprio quello di sostenere e aiutare chi vuole smettere di fumare. Per attuare ciò, GEA organizza servizi di counseling e terapie di gruppo ad approccio cognitivo-comportamentale e motivazionale, basate sul metodo dei Gruppi di Fumatori in Trattamento (GFT) sviluppato da Mangiaracina, dove il gruppo viene considerato luogo privilegiato per favorire l’approfondimento delle motivazioni personali che stanno alla base della decisione di smettere di fumare, gli stadi del cambiamento, il confronto e l’aiuto reciproco.

L’associazione realizza a Roma i programmi GFT, tramite convenzione con le rispettive direzioni amministrative, con il Policlinico Umberto I e l’ospedale San Filippo Neri.

Dalla sua consolidata esperienza GEA propone, in collaborazione con la SITAB e con il Codacons, un progetto specifico per le aziende italiane chiamato “Aziende Senza Fumo” basato su una strategia multilivello e trasversale sia all’aspetto preventivo che a quello terapeutico. Gli obiettivi fondamentali dell’intervento nelle aziende sono: 1) Rendere gli ambienti di lavoro salubri e liberi dal Fumo; 2) Proteggere tutti i lavoratori dall’esposizione al fumo di tabacco ambientale; 3) Provvedere un’assistenza efficace, scientificamente validata, e con operatori qualificati, per i fumatori che intendono smettere.

La mia esperienza di tirocinio

Di fronte a nuovi compiti e a nuove sfide l’essere umano è pieno di ottimismo, carico di aspettative, forte di speranze e così è stato anche per me nell’esperienza di tirocinio. Sin dal principio il desiderio di intraprendere un nuovo percorso formativo e la valenza psico-socio-culturale della tematica tabagica hanno accresciuto in me l’entusiasmo e la convinzione per ciò che avrei fatto.

La scelta di svolgere il tirocinio presso un’organizzazione privata non lucrativa è nata dalla volontà di esplorare la dimensione organizzativa del Terzo Settore, ossia l’area non istituzionale dei servizi sociali che sopperisce alle carenze dei servizi istituzionali e governativi ponendo in primo piano i bisogni

umani e non i profitti, la cooperazione e non la competitività. In questa cornice sono nati e cresciuti i programmi di lotta al Tabagismo.

Ho avuto modo di constatare come nell'area della dipendenza tabagica l'assenza dei servizi pubblici è palesemente conclamata rispetto alla gravità del problema e, a parziale spiegazione di ciò, sono giunta a conclusione che i numerosi interessi economici che gravitano intorno alla distribuzione del tabacco non permettono di sviluppare adeguati progetti preventivi. Da questa prospettiva il mio interesse è stato innanzitutto osservare e analizzare il ruolo dello psicologo all'interno della realtà dei servizi sociali privati e nella fattispecie osservare come si dispiega la competenza dello psicologo verso un fenomeno così vecchio ma allo stesso tempo così nuovo come il Tabagismo.

Per quanto mi riguarda, ma credo che sia così per la maggioranza degli studenti, l'esperienza di tirocinio è cominciata ancor prima dell'inizio vero e proprio nella struttura ospitante. Già nella fase di invio della domanda di tirocinio si sono accresciute in me tante fantasie caratterizzate a volte da un pizzico di presunzione pensando che finalmente mettevo da parte i libri e potevo "fare la psicologa", altre volte invece mi assalivano dubbi e timori sulle mie capacità non solo professionali ma soprattutto umane. Ho vissuto il mio tirocinio con un sentimento di ambivalenza: all'entusiasmo che contraddistingue l'avvio di nuove esperienze si affiancava spesso un senso di inadeguatezza nell'affrontare compiti che non erano spiegati in nessun manuale; mettere in gioco me stessa con quello che sapevo fare e soprattutto con quello che non sapevo fare, conoscermi nel confronto con gli altri. Ho capito che non si può mai prescindere dalla propria emozionalità per entrare in rapporto con qualsiasi contesto, nella fattispecie quello di tirocinio, e che tale soggettiva emozionalità necessita di essere esplorata per trasformarsi in qualcosa da sfruttare per accrescere la propria competenza, partendo proprio dall'analizzare la propria domanda, provare a capire oltre alle proprie aspettative ed esigenze anche quanto quest'ultime possono essere accolte ed elaborate dal contesto relazionale.

Nella ricerca di una struttura ospitante la mia attività di tirocinio mi sono posta nell'ottica del "fare" e non del "pensare". Mi sono resa conto, a posteriori, che la mia era la fantasia del "possedere" (considerata in questo caso come una categoria neo-emozionale) ossia idealizzavo qualcosa che stava al di fuori di me, dal quale mi sentivo esclusa e per questo volevo portarla dentro di me ma senza istituire nessun pensiero atto a dargli forma. Ciò mi ha portato inizialmente a rapportarmi in modo improduttivo, rifiutando di riconoscere l'estraneità dell'altro e di fondare relazioni basate sullo scambio reciproco. Costruire una relazione e raggiungere una posizione produttiva è stato nella mia esperienza tutt'altro che semplice ed ha comportato un percorso di sviluppo fatto di insidie e difficoltà.

Il contesto organizzativo presso il quale ho svolto il tirocinio, che ho descritto nei suoi obiettivi e nell'operatività nel paragrafo precedente, era caratterizzato da un *modus vivendi* basato su peculiari dinamiche emozionali. Una dinamica che lo fondava, che mi ha colpito particolarmente, era quella di considerarsi una "famiglia". [...] L'individuazione della mia funzione all'interno del contesto di tirocinio, è stata progressiva, ed ha raggiunto la sua completezza al termine dell'esperienza stessa soprattutto attraverso il lavoro di resocontazione. E' stato importante riflettere che quando da un lato l'alternativa era quella di rifuggire la relazione e dall'altro quella di colludere, l'opportunità che mi sembrava più costruttiva era quella di entrare nella relazione per costruire una committenza e non per ottemperare ad un mandato sociale.

Inizialmente le attività che svolgevo mi facevano pensare che la mia competenza stesse subendo una negazione in quanto sembravano prive di una dimensione psicologica che io invece desideravo esplorare. In più quando in svariate occasioni notavo la differenziazione di attività tra tirocinanti pre e post-lauream aumentavano in me pregiudizi sul fatto che ci potesse essere una demarcazione tra chi potenzialmente "vale di più" e chi "vale di meno". Solo attuando un pensiero su tale simbolizzazione mi è stato possibile capire che i compiti assegnatimi non erano un semplice riempimento delle ore, ma erano un'offerta costruita sulle mie competenze, che in ogni caso prevedeva per me la possibilità di sperimentarmi in una nuova funzione. Tutto ciò non è stato facile e automatico, e la mia posizione è stata soprattutto quella di chi voleva comprendere il proprio ruolo. Suppongo che il mio cambiamento di

posizione si sia ricordato al vissuto confusivo e di frustrazione, elaborato e sostenuto dalla sospensione dell'agito di tale vissuto. Se, infatti, la competenza dello psicologo clinico si dispiega nel lavorare con le emozioni e con le relazioni, ancora di più deve compiere questo lavoro uno psicologo in formazione, mettendosi in gioco in prima persona con tutta le proprie emozioni al fine di utilizzarle in funzione della sua crescita.

Nello specifico, il tirocinio si è svolto in prevalenza presso la sede di GEA. Eravamo 7 tirocinanti che ci alternavamo negli orari di apertura della sede. Qui ho avuto modo di svolgere mansioni di vario tipo, soprattutto organizzative e di segreteria con particolare attenzione ad attività a carattere di ricerca. La redazione mensile delle e-newsletter "Tabagismo e PFC" era una delle mansioni che mi coinvolgeva particolarmente in quanto le considero un metodo semplice e veloce per la divulgazione scientifica delle informazioni riguardanti il Tabagismo e i problemi ad esso annessi. Era mio incarico selezionare, con gli altri tirocinanti, informazioni inerenti l'argomento del mese, scelto precedentemente dai responsabili di testata, e redigere uno o più bozze di articoli da sottoporre alla revisione del direttore scientifico, il prof. Giacomo Mangiaracina, il quale provvedeva poi alla spedizione tramite mailing list agli utenti di GEA che ne facevano richiesta.

Ogni venerdì si svolgeva la riunione di tutti i tirocinanti presieduta dal direttore scientifico che teneva delle lezioni teoriche su aspetti specifici del Tabagismo. Gli incontri rappresentavano anche un momento di riflessione condivisa sulla nostra esperienza nella struttura e le nostre impressioni sulle attività svolte.

Nell'ambito della ricerca ho avuto modo di scrivere e tradurre articoli reperiti tramite internet concernenti, in prevalenza, progetti di prevenzione attuati a livello mondiale. Proprio questo lavoro di ricerca e di confronto con altri Paesi mi ha fatto riflettere e render conto della condizione in cui versa l'Italia nei confronti del Tabagismo: nella classifica dei Paesi industrializzati siamo fra gli ultimi per quanto riguarda la lotta al tabacco e la tutela dei diritti dei non fumatori.

Internet è stato ancora una volta indispensabile per partecipare ad un corso di formazione per conduttori di programmi anti-fumo istituito dall'AIMAR (Associazione Scientifica Interdisciplinare per lo Studio delle Malattie Respiratorie). Nel corso delle sessioni teoriche sono stati discussi gli aspetti epidemiologici del fumo di tabacco e delle malattie fumo-correlate, approfondendo il legame tra fumo e malattie respiratorie e gli aspetti psico-comportamentali della dipendenza da nicotina. La disassuefazione dal fumo di tabacco è stata affrontata sia dal punto di vista farmacologico che comportamentale. Nelle sessioni pratiche è stato possibile visionare delle situazioni cliniche simulate attraverso il *role playing* (simulazione di ruolo) e l'analisi e il commento di casi clinici, fornendo risposte terapeutiche adeguate ad ogni caso. Il corso è risultato formativo per noi tirocinanti in quanto ha affrontato tutti gli aspetti della dipendenza da tabacco anche se, dal mio punto di vista, presentava delle carenze nella trattazione degli aspetti psicologici.

GEA mi ha dato l'opportunità di poter seguire incontri e convegni che si sono dimostrati di grande utilità per avere una conoscenza completa della dipendenza tabagica. Fra questi posso annoverare la conferenza stampa che ha presentato il progetto "*Prevenzione in Discoteca*" che vede in prima linea la Commissione Europea con la campagna "Feel-Free to Say No", la Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, la Società Italiana di Tabaccologia, la Società di Alcolologia e La Fondazione Luigi Guccione per i familiari delle Vittime della Strada. Gli obiettivi sono quelli di veicolare informazioni e messaggi ai giovani concernenti la prevenzione di incidenti stradali, malattie sessualmente trasmissibili, consumo di tabacco, alcol e droghe. Le modalità sono varie: 1) allestimento di un desk per serata-evento con disponibilità di materiale informativo; 2) proiezione su maxi-schermo di spot della Commissione Europea, della LILT e della Fondazione Guccione; 3) misurazione della qualità dell'aria in discoteca; 4) alcol-test all'uscita dalla discoteca. Le presenze medie ad ogni evento sono calcolate intorno alle 1.500 persone, dunque l'impatto diretto con il pubblico è rilevante, senza contare i risvolti mediatici dell'operazione.

Dal 9 al 12 febbraio ho partecipato alla seconda edizione del SANIT, una mostra convegno sui servizi sanitari, che si è svolta alla Fiera di Roma. La manifestazione ha lo scopo di parlare di salute con un linguaggio semplice e diretto, sia ai cittadini che agli operatori di settore in un contesto trasparente e

collaborativo poiché esiste una forte necessità di comunicazione e di confronto sia all'interno stesso delle strutture sanitarie che tra queste e gli utenti. L'obiettivo di questa manifestazione è quello di mettere in moto tutte quelle sinergie e quelle risorse in grado di portare un contributo di proposte e modelli capaci di far progredire in modo significativo il "sistema sanità" del nostro paese. Come tirocinante ho affiancato i responsabili di GEA nell'accoglienza degli utenti allo stand; ho collaborato misurando il monossido di carbonio ai fumatori che lo richiedevano e offerto informazioni sui centri specializzati per smettere di fumare. E' stata un'occasione interessante partecipare all'evento in quanto mi ha permesso di entrare in contatto diretto con le persone; soprattutto mi ha fornito un punto di vista privilegiato per osservare l'atteggiamento delle persone in relazione alla figura dello psicologo. A questo proposito le mie constatazioni sono molto deludenti: lo psicologo è considerato nell'immaginario comune come una figura legata a qualche potenziale malattia, che suscita timore di giudizi e per questo motivo si mettono in atto dei tentativi per sminuire la sua competenza. Ancora più deludente è per me il fatto che questa manifestazione ha avuto in prevalenza come frequentatori medici e infermieri che, in linea teorica, sono figure professionali che dovrebbero collaborare con lo psicologo. A questo proposito è stato interessante per me in questo tirocinio capire l'importanza di superare la visione dicotomica medico/psicologo, ossia non separare il sapere medico da quello psicologico ma procedere verso un'integrazione di entrambi i punti di vista. Ciò significa soprattutto un passaggio da una "monocultura arroccata" al "dialogo", inteso come un processo co-creativo che procede secondo una logica di esplorazione, apprendimento e cambiamento reciproco (Tomassoni, Solano, 2003). Un'ulteriore considerazione riguardo a questo evento è che nonostante il SANIT si prefigga come obiettivo la divulgazione di progetti a carattere preventivo e di promozione della salute era evidente la mancanza di programmi a carattere psicologico sia nei convegni sia negli stand.

Oltre che nella sede di GEA, ho svolto il tirocinio anche presso la LILT (Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori), l'Associazione di volontariato per l'assistenza agli anziani "Fra' Albenzio" e il Policlinico Umberto I.

La collaborazione con la LILT prevedeva per noi tirocinanti la presenza periodica alle riunioni degli specialisti dell'area Tabagismo. E' stato uno dei pochi momenti in tutta la mia esperienza di tirocinio in cui ho davvero osservato la collaborazione multidisciplinare necessaria tra diverse figure professionali (medico oncologo, medico igienista, psicologi, avvocati, biologo) per affrontare il Tabagismo. Sono stata anche coinvolta dagli operatori a partecipare alla "Staffetta per la Vita" un evento di gruppo organizzato dalla Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori al fine di celebrare la vita nella vittoria sul cancro da parte degli ex pazienti oncologici e il coraggio dei pazienti in lotta. La "Staffetta per la vita" permette inoltre di informare, educare, sostenere le comunità locali e di raccogliere risorse per i programmi di prevenzione e le attività della LILT.

Nell'Associazione per l'assistenza agli anziani "Fra' Albenzio", con la quale GEA collabora da tempo, mi sono occupata del Centro di Dialogo con gli anziani: tre ore a settimana le svolgevo presso la sede della "Fra' Albenzio" dedicandomi a contattare telefonicamente gli anziani residenti nelle zone limitrofe l'associazione. Operare a stretto contatto con persone che dedicano la maggior parte del loro tempo al volontariato mi ha arricchito enormemente dal punto di vista personale e umano. Inoltre svolgere questa attività con gli anziani ha rappresentato per me un valore aggiunto. Per ascoltarli e dialogare con loro è stato necessario dimostrarli tanta sensibilità e pazienza. Credo che l'assenza della psicologa-tutor abbia comportato il fare affidamento alle mie capacità umane più che ad una mia competenza psicologica. Infatti in questa esperienza con gli anziani ho vissuto un senso di abbandono che mi impediva di dare un senso a quello che stavo facendo; ogni mio dubbio e ogni mia paura rimanevano inespressi. Quando ho cominciato a percepire l'affetto degli anziani, ho capito che probabilmente stavo ricercando una gratificazione e un riconoscimento che non avvertivo all'interno del contesto di tirocinio. Questa constatazione mi ha offerto l'opportunità di sperimentarmi in una nuova funzione in grado di raccordarsi ad una competenza clinica svincolata da categorie giusto/sbagliato, positivo/negativo sicuramente poco produttive: riflettere e mettermi in gioco nelle relazioni, concentrarmi sui processi per osservare da "dentro" e non da "fuori".

Presso il Policlinico Umberto I mi è stata data la possibilità, come tirocinante, di assistere alle terapie cognitive comportamentali che aiutano i fumatori a smettere denominate “Gruppi di Fumatori in Trattamento (GFT)”. Tratterò nella specifico questa esperienza nel capitolo successivo.

All’attività di tirocinio in sé è susseguita un’ulteriore e altrettanto difficile esperienza a cui è stato necessario dedicare molte riflessioni: la resocontazione di tirocinio, fase caratterizzata dall’emergere di numerose difficoltà. Innanzitutto, mi sono resa conto di ricercare nella relazione con il supervisore dell’elaborato finale quell’occasione di confronto e di crescita per la mia competenza psicologica che mi è mancata durante il tirocinio. Sentivo il bisogno di confrontarmi in modo più profondo con il supervisore per riuscire a capire un’esperienza che mi appariva complessa da elaborare e da “riflettere” in una dimensione emozionale. Mi aspettavo un’impostazione del lavoro più condivisa e cooperativa in quanto la ritengo un elemento essenziale in qualsiasi iter formativo per attuare un processo di crescita e sviluppo. Il fallimento di tale pretesa mi ha portato a relazionarmi nel contesto di tesi con le stesse dinamiche agite nel contesto di tirocinio. Inizialmente anche nel contesto di tesi mi ponevo in un’ottica adempitiva considerando questo lavoro come l’ennesimo compito al quale ottemperare. Di conseguenza la domanda di aiuto che rivolgevo al supervisore si basava su un meccanismo di delega agito attraverso un atteggiamento di passività e di lamentela. Dal momento che avvertivo, anche se in modo confuso, uno squilibrio tra le mie capacità nell’affrontare quest’*impasse* e l’obiettivo da raggiungere delegavo al supervisore la risoluzione di tale relazione improduttiva. La maggior parte delle volte ho vissuto l’errore come un deficit personale piuttosto che come una risorsa da sfruttare per migliorarmi. Vivevo gli incontri di restituzione con l’ansia che caratterizza un esame piuttosto che con la tranquillità di trovarmi in un contesto relazionale facilitante caratterizzato dall’alleanza e dall’empatia e finalizzato al confronto formativo. Le sollecitazioni del supervisore a sospendere l’attività di compilazione del resoconto per riflettere e analizzare le fantasie agite all’interno del contesto organizzativo del tirocinio sono state importanti per leggere in un’ottica psicologica le mie emozioni. Il passaggio da un’ottica adempitiva ad una costruttiva nel contesto di tesi è stato un compito faticoso che non avevo mai affrontato prima, contrassegnato dal dovermi confrontare con me stessa, con le mie debolezze che avvertivo come gravi inadeguatezze, forse perché non sempre mi sentivo stimata per le mie capacità. Ho attraversato una profonda crisi personale nel dover analizzare me stessa quasi invischiata in un compito che percepivo ancora prematuro per la mia poca esperienza nell’ambito psicologico-clinico.

Adesso che la mia esperienza formativa è terminata ed è diventata anche più chiara sono arrivata ad interrogarmi sul tipo di eredità formativa che tale esperienza mi ha lasciato. Il mio obiettivo, soprattutto a posteriori, è stato quello di considerare il tirocinio come un’esperienza formativa e di verifica delle competenze, piuttosto che come percorso impostomi dall’università per raggiungere un titolo. Questa prospettiva pone quindi da un lato ciò che è dato, dall’altro ciò che è costruito, come dimensioni che all’interno del tirocinio orientano un percorso volto a perseguire situazioni differenti: nel primo caso un’esistenza autonoma, indipendente dal contesto e dagli obiettivi, nel secondo caso la presenza di obiettivi e di una strategia per raggiungerli. Nella dimensione di tirocinio dato si agisce un atteggiamento adempitivo in cui lo studente svolge un tirocinio qualsiasi pur di acquisire i crediti necessari al conseguimento della laurea, senza nessun interesse nell’intraprendere un percorso di rielaborazione coerente di tale esperienza. In questo caso il tirocinio diventa una delle tante esperienze alla quale non si è riusciti a dare un senso che cadono in una sorta di dimenticatoio. Invece, in una dimensione di tirocinio costruito si intende la costruzione come modalità di porsi nei confronti del processo, per raggiungere un tirocinio consapevole, riorganizzato e rielaborato, partecipato, e del quale si riesca a scorgere la coerenza nei confronti della nuova formazione universitaria. Diventa importante in quest’ottica essere committenti del proprio tirocinio, ciò significa non “fare tanto per”, ma porsi una domanda, all’interno di una relazione con un contesto, riflettendo sulla propria posizione, dandosi degli obiettivi, all’interno della nuova funzione del tirocinante triennialista. Aver spostato la mia posizione verso il contesto di tirocinio da una dimensione di controllo all’aver prodotto delle riflessioni critiche, ha portato a diversi risultati. Innanzitutto mi sono resa conto di come l’apprendimento sia del “saper fare” (acquisire competenze professionali) che del “saper essere” (acquisire competenze interpersonali) si ottiene più efficacemente se lo consideriamo significativo per la nostra crescita personale. Sviluppare

questo lavoro di resocontazione mi ha permesso una profonda comprensione del contesto, stimolando la voglia di conoscerlo, di capirne il funzionamento. Inoltre lo spostamento dal versante adempitivo, cioè dell'accettazione dei progetti perché lo si sente un dovere, al versante degli obiettivi ha permesso di comprendere come pensare al tirocinio come ad un'occasione costruttiva e non come ad un percorso obbligato.

Credo che per dare un senso alla mia esperienza sia stato necessario cominciare a relazionarmi con l'altro, considerando la diversità come una fonte di arricchimento personale, nonché la possibilità di svincolarmi da dinamiche di potere e di controllo per assumere come obiettivo la verifica della competenza da sfruttare per costruire le future relazioni professionali. Insomma l'opportunità di stilare un resoconto sul tirocinio mi ha permesso di non lasciar cadere quest'esperienza nell'indifferenza, contribuendo ad avviare un processo di significazione sull'iter formativo di tirocinio all'interno di quello universitario.

CAPITOLO QUARTO

I Gruppi di Fumatori in Trattamento (GFT)

Le terapie di gruppo organizzate da GEA si rifanno al “Piano dei 5 Giorni (Five-Day Plan)” di McFarland e Folkenberg caratterizzato dall’assoluta direttività del conduttore, da una sollecitazione emozionale forte causata dalla visione di filmati ad effetto terroristico e da un dialogo minimo. Nel 1985 Mangiaracina ha elaborato questo programma apportando però sostanziali cambiamenti riguardanti i seguenti punti: 1) colloquio clinico preliminare; 2) potenziamento delle dinamiche interattive; 3) formazione dei conduttori; 4) coinvolgimento e follow-up dei fumatori; 5) integrazione di altre modalità terapeutiche. Nascono così i Gruppi di Fumatori in Trattamento. Si ritiene preferibile usare il termine “in trattamento” perché dà indicazione di un processo che rimanda l’attenzione al presente tenuto costantemente sotto controllo per intervenire su di esso (Mangiaracina, 2003).

Il Ministero della Sanità considera le terapie di gruppo l’approccio terapeutico elettivo per il trattamento della dipendenza tabagica presentando un’elevata possibilità di successo. Dati relativi al 2003 concernenti i GFT condotti al Policlinico Umberto I ed elaborati dalla cattedra di Farmacologia dell’Università “La Sapienza” danno una percentuale di successo del 61% ad un anno di astinenza (ivi.). Tuttavia frequentando i gruppi mi sono resa conto che al di là delle cifre in questi programmi entrano in gioco numerose variabili come la capacità dell’operatore e la possibilità da parte del soggetto di attivare risorse per attuare un cambiamento profondo nella propria vita.

Il processo di cambiamento

Gli esseri umani sono in costante e, a tratti inconsapevole, evoluzione. Nonostante ciò cambiare risulta sempre molto difficile. Il cambiamento è caratterizzato da una palese ambivalenza: da una parte la difficoltà nell’affrontare tutto ciò che è considerato sconosciuto; dall’altra parte vi è invece la dimensione del rinnovamento che porta le persone a migliorarsi ad ogni esperienza vivendo il cambiamento come risorsa e non come rischio (Pasini, Francescato, 1999).

Negli ultimi anni si è sviluppato un nuovo approccio psicologico di terapia delle dipendenze: l’approccio motivazionale basato sul modello transteorico elaborato da Prochaska e Di Clemente sul quale si basano anche i Gruppi di Fumatori in Trattamento. L’elaborazione di questo modello è derivata dalla necessità di disporre di una teoria generale dei sistemi in grado di comprendere sia il cambiamento spontaneo che quello successivo ad una terapia (Prochaska, Di Clemente, 1982).

Secondo il modello motivazionale transteorico la motivazione passa attraverso alcuni stadi seguendo un percorso ciclico e progressivo (il processo è rivolto in questo caso allo specifico della situazione del fumatore):

Nello stadio di *PRECONTEMPLAZIONE* il fumatore non prende in considerazione l’idea di smettere; non sospetta neppure di avere un problema che richiede un cambiamento e per questo motivo, generalmente, i soggetti in questo stadio non si presentano spontaneamente al trattamento ma più spesso vengono inviati da familiari e/o amici.

Nello stadio di *CONTEMPLAZIONE* il soggetto è caratterizzato dall’ambivalenza, va avanti e indietro tra le ragioni di preoccupazione e le giustificazioni per non preoccuparsi, tra le ragioni per cambiare e quelle per continuare a fumare. In questo stadio il ruolo dell’operatore può essere decisivo poichè accade spesso che il soggetto richieda una consultazione e provi ad attuare un cambiamento.

Attraverso uno stadio che va sotto il nome di *DETERMINAZIONE*, il soggetto si dà, per un periodo, un'opportunità di ricercare attivamente una soluzione al problema. Lo stadio di determinazione è di breve durata: se quest'opportunità viene colta, il fumatore passa allo stadio successivo sperimentando in concreto un cambiamento; altrimenti la disponibilità sfuma e la persona scivola indietro nello stadio di contemplazione.

Nello stadio dell'*AZIONE*, il soggetto s'impegna in azioni concrete volte al conseguimento di un cambiamento. Se hanno successo, dopo qualche tempo (circa sei mesi) il soggetto entra nella fase successiva. L'azione è lo stadio con cui frequentemente (a torto) s'identifica l'intero processo di recupero, dimenticandosi che esso è il risultato di un percorso che ha portato a quel punto.

Lo stadio del *MANTENIMENTO* è caratterizzato dal consolidamento delle nuove abitudini cercando di prevenire le ricadute.

Il percorso descritto in precedenza non è lineare bensì ciclico in quanto in qualsiasi punto può verificarsi una *RICADUTA* che riporta il paziente agli stadi precedenti (precontemplazione, contemplazione, determinazione) (Di Clemente, 1994).

Oltre all'individuazione di stadi, l'approccio transteorico riconosce l'importanza di due fattori, legati entrambi all'autocontrollo, che possono prevedere il passaggio da parte del fumatore da uno stadio del cambiamento a quello successivo: l'Autoefficacia e la Bilancia Decisionale. L'*Autoefficacia* si riferisce alla fiducia che un individuo ripone nelle proprie capacità di realizzare un comportamento prestabilito. Nel campo della dipendenza da tabacco l'Autoefficacia rappresenta il livello di fiducia del fumatore rispetto alla propria capacità di resistere all'astinenza superando situazioni critiche che potrebbero indurlo ad una ricaduta (Di Clemente, 1981). La *Bilancia Decisionale* permette di mettere a confronto i pro e i contro del comportamento dipendente e spesso funziona da promotore del cambiamento (Spiller, Scaglia, Ceva, 1997).

Le differenze tra i vari stadi descritte da questo modello implicano la necessità di scegliere ed adattare la comunicazione e gli eventuali interventi alla motivazione del paziente e al suo grado di disponibilità al cambiamento. Se si sceglie un intervento non appropriato allo stadio in cui si trova il fumatore si rischia di attivare le sue resistenze al cambiamento. Nell'ottica motivazionale la comparsa di una resistenza al cambiamento, o il suo inasprimento, deve indurre l'operatore a cambiare strategia.

La struttura del GFT

“Un obiettivo comune è un obiettivo condiviso da tutti i partecipanti del gruppo e perciò uguale per tutti ma non identico poiché in esso si realizza una convergenza di scopi diversi: bisogni, desideri, motivazioni individuali dei suoi membri: il gruppo ha struttura propria, fini peculiari, motivazioni individuali. Per questo motivo gli spettatori di un cinema o i viaggiatori di un autobus non sono un gruppo in quanto non sono legati da una relazione di interdipendenza: essi condividono un obiettivo identico ma non comune” (Muti, 1989, p. 11).

Un Gruppo di Fumatori in Trattamento è composto da un insieme eterogeneo di persone, di diversa estrazione sociale, età e sesso, accomunate dalla dipendenza da tabacco e dal desiderio di vincerla. Si configurano come un particolare gruppo di “auto-aiuto” che sfrutta le risorse potenziali e si fonda sull'esperienza positiva di chi ha già affrontato e superato gli stessi problemi. La caratteristica di questi gruppi è che i membri che lo compongono sono sia fruitori che fornitori di sostegno psicologico (Francescato, Putton, 1995). Il GFT differisce in un punto dalla struttura classica dei gruppi di auto-aiuto: la presenza di un conduttore che però ha una funzione di facilitatore delle dinamiche interattive tra i membri del gruppo. I partecipanti al GFT si descrivono spesso come impotenti di fronte alla loro dipendenza, convinti che il controllo del loro comportamento non dipenda da loro ma sia esterno.

Frequentando questi gruppi ho notato come i soggetti riescono ad elaborare il loro vissuto d'impotenza in uno di autoefficacia. Proprio il fatto di frequentare un gruppo di pari dà avvio ad un processo di identificazione con altre persone che vivono la stessa dipendenza; si impara ad avere fiducia nelle proprie capacità di cambiamento vedendo che si può essere utili agli altri. Inoltre concentrandosi sul "qui ed ora" si possono stabilire piccoli obiettivi raggiungibili con l'aiuto degli altri, che permettono di determinare traguardi più importanti (ivi.).

Il GFT è caratterizzato da un approccio multidisciplinare integrato che prevede anche un sostegno individuale ai fumatori che lo richiedono e la terapia nicotinic sostitutiva.

Il programma GFT presenta tre momenti peculiari: la fase preparatoria, la fase intensiva e la fase di mantenimento.

La fase di *preparazione* è caratterizzata da un colloquio clinico e da una seduta preliminare. Nella relazione di aiuto il colloquio pone molta attenzione alla relazione psicologo-paziente, tende ad esplorare la situazione cosciente (i sentimenti, le angosce, il rapporto con gli altri) dal punto di vista del soggetto, e deve soprattutto chiarire le motivazioni della richiesta di aiuto, le aspettative (Falcone, 1999). E' importante che lo psicologo analizzi la domanda per esaminare gli agiti emozionali che si manifestano nella richiesta del soggetto per non cadere nella trappola dei processi collusivi (Carli, 1993). Lo psicologo deve imparare ad ascoltare sé stesso, ad auto-osservarsi per non scivolare nell'identificazione e nella proiezione. Il colloquio clinico permette di:

Conoscere lo stato emotivo del soggetto fumatore, la dimensione comunicativa che lo mette a suo agio superando le resistenze. L'operatore si conosce mentre sperimenta il paziente e conosce il paziente mentre sperimenta sé stesso. In questo modo si diventa promotori di processi di cambiamento. Il cliente esplora il contesto terapeutico e le capacità del terapeuta, mentre il terapeuta esamina la storia del cliente attraverso un'indagine anamnestica.

Capire lo stadio di cambiamento del soggetto ma anche le sue reali intenzioni. A sua volta dovrà capire la struttura del programma e l'importanza di attuare un cambiamento personale. Orientare il soggetto verso la sua decisione attraverso consigli, fiducia, competenza, interventi diretti ad affrontare l'ambivalenza. Decidere l'eventuale adesione al programma che per l'operatore coincide con l'offrire al cliente l'opportunità di realizzare il personale processo di cambiamento, per il cliente coincide invece nel porre la sua fiducia nel terapeuta, nel programma e soprattutto su sé stesso (Mangiaracina, 2003).

Un elemento fondamentale nella relazione terapeuta-soggetto che s'instaura sin dal colloquio clinico è l'empatia, ossia quella sorta di identificazione parziale e temporanea che permette di anticipare quello che l'altro sta per fare fino a cogliere e capire la sua esperienza (Falcone, 1999). Non vi è empatia senza l'ascolto profondo e l'osservazione: nell'identificazione empatica l'esperienza viene prima accolta e poi distanziata attraverso un lavoro riflessivo. La dimensione dell'ascolto è intesa come uno spazio concesso al paziente per individuarlo prendere atto della sua identità. Ma l'ascolto si qualifica anche come spazio che lo psicologo si concede per accogliere e comprendere ciò che accade dentro di sé in relazione al paziente (Grasso, Cordella, Pennella, 2003). Un'insidia che il terapeuta può incontrare nel suo percorso è l'atteggiamento giudicante che non permette una reale conoscenza del soggetto. L'ascolto consente di sviluppare capacità di contenimento dell'atteggiamento giudicante. Nella fase di preparazione rientra anche una seduta preliminare fra tutti i partecipanti al programma compreso l'operatore organizzata circa una settimana prima della fase intensiva. La seduta preliminare è un momento fondamentale in cui il fumatore inizia ad affrontare il problema della dipendenza attraverso il rapporto tra pari e con il terapeuta. Inoltre permette una predisposizione sia sul piano mentale che fisiologico chiedendo ai soggetti di diminuire il numero di sigarette in modo da ridurre l'intensità della crisi di astinenza. Ciò contribuisce ad attenuare le resistenze e gli atteggiamenti di difesa dei fumatori i quali, a volte, tendono a percepire il terapeuta come una figura genitoriale normativa e giudicante. I partecipanti insieme all'operatore si siedono in circolo in modo da facilitare la comunicazione dare una sensazione di eguaglianza; viene fornito ad ogni partecipante un cartellino con il proprio nome. L'operatore fa altrettanto. Il nome evidenzia che si tratta di una relazione tra persone, indipendentemente dal ruolo o da altre discriminanti (Mangiaracina, 1999).

La seconda fase del programma GFT è detta *intensiva* in quanto si snoda in cinque sedute consecutive. La dinamica di conduzione in questa fase è molto direttiva. Non si può “far smettere” di fumare ma è necessario offrire al fumatore una possibilità di cambiamento quando dentro di sé avrà già maturato il desiderio di un tentativo. Il Tabagismo è una dipendenza difficile da eliminare. La terapia è resa difficile dal legame simbiotico che il fumatore ha creato con la sigaretta sia per i contenuti simbolici che per gli aspetti gestuali. La prima della cinque sedute consecutive è incentrata proprio sull’abitudine e sugli automatismi del fumatore. I partecipanti devono prendere coscienza del loro stato di dipendenza, molti fumatori scoprono che fumano non per piacere ma solo per abitudine. L’operatore deve fare in modo da accrescere questa consapevolezza. Le altre sedute intensive si basano prevalentemente sulla discussione fra partecipanti e operatore intorno alla crisi d’astinenza, della sua gestione nel gruppo e in gruppo. La sperimentazione della diversità di reazioni nel gruppo permette di non considerare la propria esperienza come riferimento assoluto. Soprattutto attiverà dinamiche di sostegno verso chi si considera più debole nell’affrontare tale cambiamento.

Nella terza fase detta di *mantenimento* lo scopo è quello di consolidare la decisione espressa dai fumatori di smettere di fumare. E’ in questa fase del GFT che si rivela la capacità del conduttore: modificare il proprio ruolo da direttivo a semi-direttivo per favorire il più possibile l’interazione tra i membri, la libera espressione di emozioni e di bisogni, lo scambio di esperienze, il mutuo aiuto. Le sedute di mantenimento sono settimanali e durano per quattro settimane. Questa fase può essere ampliata fino a 8-10 settimane poiché la maggior parte delle ricadute avviene nei primi tre mesi; è questo il periodo più a rischio in cui il sostegno risulta particolarmente importante. Sono previsti anche supporti ulteriori come la terapia individuale per i partecipanti che ne fanno richiesta e controlli clinici gratuiti (Mangiaracina, 2003).

Alle sedute intensive e a quelle di mantenimento intervengono sia ex partecipanti al GFT per infondere coraggio con la loro esperienza, sia specialisti (nutrizionista, farmacologo) per approfondire ulteriori aspetti della dipendenza da tabacco.

La mia partecipazione al GFT

La mia partecipazione al Gruppo di Fumatori in Trattamento è iniziata con l'attesa di scoprire come un gruppo si evolve nelle sue dinamiche; ben presto, però, mi sono resa conto che sarebbe stata un'esperienza che poteva concorrere a scoprire e verificare le mie competenze attraverso processi riflessivi.

Le dinamiche relazionali fondanti il setting presso il quale si è svolto il GFT, da me seguito, presentano alcuni elementi in comune con il mio contesto di tirocinio quali trovarsi, anzitutto, in un setting prettamente medico (presso il Policlinico Umberto I), secondo poi la conduzione del programma affidata ad un medico ospedaliero. Credo che queste variabili abbiano inciso pesantemente su uno spostamento dell'attenzione quasi esclusivamente sul versante fisiologico della dipendenza tabagica all'interno del gruppo. Inoltre anche questo contesto si presentava come una piccola famiglia molto chiusa al suo interno in cui ognuno deve rivestire un ruolo fisso e indiscutibile. Da ciò penso si sia generato un atteggiamento di indifferenza nei confronti di noi tirocinanti psicologhe da parte del conduttore e del gruppo, un "fare come se non ci fossimo" che ha contribuito a catapultarci in uno stato quasi di passività nei confronti delle relazioni e dell'esperienza stessa. Molte volte mi sono interrogata sul perché di tale atteggiamento: forse perché rappresentavamo una competenza psicologica da tenere lontana dal proprio modello medico considerato superiore? O perché comprendere la nostra estraneità rappresentava per il conduttore un compito che non rientrava nel proprio ruolo? In ogni caso suppongo che la mia presenza come tirocinante sia stata vissuta in questo contesto come un dovere al quale ottemperare piuttosto che come un'occasione di confronto formativo in grado di arricchirsi nella diversità. Nonostante il mio desiderio fosse di entrare nella relazione sia con il conduttore che con il gruppo, percepire che dall'altra parte non vi era la stessa volontà mi portò a chiudermi sempre di più in me stessa, abbandonando mano a mano qualsiasi opportunità d'incontro con l'altro. La relazione che questo contesto propone al suo cliente, è la stessa relazione che io come tirocinante ho visto riproposta nei miei confronti, e che quindi viene utilizzata quasi come un vero e proprio schema relazionale che, come accennavo in precedenza, è caratterizzato dal modello medico/paziente contraddistinto dalla depersonalizzazione del paziente, il quale è travolto da un insieme di procedure e protocolli di cui diventa oggetto passivo, mentre il medico diventa un tecnico incapace di cogliere lo spessore esistenziale in cui si radica il disagio del paziente. Si tratta dunque di un rapporto asimmetrico fondato sulla dipendenza cognitiva, affettiva e relazionale del paziente dal medico; un modello statico in cui appare quasi impossibile modificare la relazione soprattutto in senso paritetico (Tomassoni, Solano, 2003). Anch'io, anche se nel mio ruolo di tirocinante, sono stata travolta da questo sistema relazionale e mi sono resa conto, specialmente attraverso la trascrizione di questo resoconto, di aver colluso con la fantasia di pretesa di passività del conduttore. Inizialmente ho colluso soprattutto nel momento in cui sono fallite le mie aspettative riguardo alla partecipazione alle terapie agendo la fantasia di presunzione di superiorità del mio modello psicologico così come il conduttore faceva con il suo modello medico. L'utilizzo del modello attraverso un'appartenenza che si presume superiore può rappresentare il modo più facile per screditare l'altro e svuotarlo delle sue competenze in contrapposizione a quella che vuole essere la costruzione di un processo relazionale da sviluppare. L'aver percepito che dall'altra parte si stava utilizzando il proprio modello come un'arma mi ha indotto ad una posizione di autodifesa impedendomi di sviluppare una relazione costruttiva con l'altro. Infatti, lo stare nella relazione permette di legittimare le proprie ipotesi, per favorire uno scambio e non per attaccare l'altro, ma nel ruolo di osservatrice distaccata che ricoprovo all'interno del gruppo, caratterizzato dall'assenza di dialogo con l'altro, molte delle ipotesi che io facevo restavano nella mia mente, in una posizione per nulla interlocutoria che tendeva a vedere nell'altro solo ciò che poteva concorrere alla giustificazione dei miei agiti.

A tal proposito, il confrontarmi con il supervisore della tesi nel descrivere il mio ruolo nel gruppo come quello di "osservatrice passiva" è stato, per me, uno spunto di riflessione interessante che mi ha fatto capire come mi vedessi con gli occhi degli altri senza istituire un pensiero sul perché di questa situazione. Infatti solo a posteriori sono riuscita a realizzare che il mio ruolo di osservatrice era tutt'altro che passivo; il fatto che non ci fosse dialogo né con il conduttore né con il gruppo non escludeva che io

potessi sfruttare questa esperienza come un momento formativo per riflettere sulla mia funzione e verificare la mia competenza.

Proverò a spiegare meglio tali dinamiche emozionali attraverso il dispiegarsi delle sedute.

Mi sono recata alla prima seduta introduttiva carica di entusiasmo per l'inizio di questa nuova esperienza anche se con un pizzico di ansia poiché in realtà non sapevo bene cosa mi aspettasse. La seduta introduttiva era preceduta dai colloqui clinici individuali a cui, nonostante avessi chiesto di presenziare, non potei partecipare per problemi organizzativi. Questo rifiuto lì per lì non mi suscitò alcuna riflessione come, invece, accadde in seguito quando capii che era un tentativo di emarginazione. Tale simbolizzazione collusiva mi ha fatto pensare al modello del "dentro-fuori", ossia "mettere fuori" tutto ciò che si considera estraneo e pericoloso per "non mettere dentro", per non farci appartenere pienamente al gruppo attraverso una possibile relazione. Il focus della seduta di gruppo era puntato sulla conoscenza reciproca dei suoi membri, che, uno ad uno, si presentava raccontando il proprio vissuto legato al tabagismo, ad esclusione di noi tirocinanti. Non riuscivo a dare un'interpretazione a questo gesto, che percepivo come arrogante, in quanto pur non partecipando in veste di fumatori eravamo comunque presenti nel gruppo e sebbene la nostra presenza fosse silenziosa contribuivamo in qualche misura all'esistenza di quel sistema gruppale. Da questa iniziale delusione prese l'avvio una più profonda frustrazione derivata dalla consapevolezza che da sola non sarei riuscita a modificare queste relazioni in cui non vi era spazio per l'estraneità come risorsa.

Le sedute intensive sono state per me molto faticose anche perché tra i fumatori vi era un'atmosfera carica di tensione dovuta in parte alla crisi d'astinenza ed in parte alla mancanza di sostegno reciproco affannati nella ricerca dell'appoggio del conduttore. Come già in precedenza sostenuto, credo che ciò avvenisse perché il conduttore aveva impostato la relazione sul modello medico/paziente e i suoi interventi si incentravano prevalentemente sugli aspetti fisiologici della dipendenza tabagica senza cogliere lo spessore psicologico che si nascondeva dietro la scelta di smettere di fumare. Ho avuto modo di constatare con grande meraviglia come i membri del gruppo sono passibili di influenza da parte del conduttore: lo stesso atteggiamento di indifferenza assunto dal conduttore nei nostri confronti fu lo stesso che assunsero anche i membri del gruppo. Dalla frustrazione che derivava da tanta incomprensione si aggiunse anche quella di sentirmi impotente dentro un processo collusivo contrassegnato dalla fantasia di controllo da parte dell'altro, senza la possibilità di esplorare e costruire un significato con gli altri. Di fronte a tanta confusione percepivo come un vuoto intorno a me, non ero in grado di dare un senso alla mia presenza. Cercavo di immedesimarmi nel ruolo del conduttore chiedendomi cosa avrei fatto al suo posto, ma poi non riuscivo ad emergere da questi pensieri. Sperimentavo solo un senso di abbandono da parte dei responsabili del mio tirocinio, soprattutto da parte della psicologa-tutor. Probabilmente il suo affiancamento mi avrebbe permesso di andare oltre la frustrazione e l'incomprensione attraverso una costruzione condivisa della propria emozionalità.

La resocontazione di tirocinio mi ha permesso di emergere da tale trappola relazionale improduttiva attraverso una riflessione sulle mie dinamiche emozionali.

Conclusioni

L'obiettivo di questo lavoro di resoconto è stato l'istituzione di un processo di riflessione e di significazione sull'esperienza di tirocinio pre-lauream. Svolgere il mio tirocinio presso un'organizzazione che si occupa del tabagismo ha rappresentato per me la fonte di molti stimoli conoscitivi e ad incentivare l'interesse e l'approfondimento della tematica ha contribuito il fatto che il tutto stava accadendo in un momento di radicali cambiamenti culturali prim'ancora che legislativi. Studiare e analizzare da vicino le problematiche della dipendenza tabagica è stato come addentrarsi in una terra sconosciuta per molto tempo lontana dall'attenzione degli psicologi, per non so quale ragione. Al di là di ciò, attraverso le attività di tirocinio sono entrata in contatto con il dominio sconfinato e modesto della vita quotidiana nel quale nasce e agisce il rito ossessivo della sigaretta. Infatti la sigaretta è la grande protagonista ma anche la grande assente della vita quotidiana in quanto se ne parla troppo poco sia a livello preventivo che terapeutico. Per tutte queste ragioni mi è sembrato opportuno,

all'interno di questo lavoro di tesi, approfondire le cause e le dinamiche che sottendono la dipendenza tabagica soprattutto dal punto di vista psicologico. Il tabagismo è attraversato da due grandi assi: il desiderio di ritornare alle origini della vita psichica e il desiderio di dominare la morte. Questo doppio desiderio corrisponde all'ambivalenza che contraddistingue l'attività tabagica. Il fumatore sembra avere un piede nel passato perché ripete esperienze antiche traumatizzanti, e un piede nel presente perché le ripete attraverso gesti corporei come se fosse ancora un bambino. La mia riflessione, partecipando ai Gruppi di Fumatori in Trattamento, si è concentrata proprio su questo corredo gestuale che scandisce la vita di un fumatore e che è la cosa che più gli manca quando smette. Fumando si ritorna a ripetere i traumi dell'infanzia ed al contempo si cerca anche di dominare la morte in modo arcaico cioè attraverso l'agire, la messa in scena, la motricità. E' stato sorprendente per me scoprire la polivalenza simbolica della sigaretta atta a rappresentare tutti gli oggetti significativi del fumatore. Ma ancora più sorprendente è stato osservare nelle terapie di gruppo la tormentata sofferenza del fumatore che ha deciso di smettere considerando la sua "abitudine" umiliante e colpevolizzante. Mi sono resa conto attraverso questa mia esperienza con i fumatori che progetti di prevenzione basati sulla pressione moralistica e sul terrorismo psicologico risultano poco efficaci soprattutto tra i giovani. E' necessario raggiungere i giovani parlando il loro linguaggio, attirando la loro attenzione, stimolando i loro interessi. Ritengo altrettanto necessario l'attuazione di un cambiamento culturale, delle convinzioni, delle abitudini, un lavoro che ciascuno può fare solo per sé e non al posto di un altro.

Bibliografia

1. Ammaniti M., Stern D. N. (a cura di) (1991), *Rappresentazioni e narrazioni*, Laterza, Bari.
2. Berne E. (1971), *Analisi Transazionale e Psicoterapia*, Astrolabio, Roma.
3. Berne E. (1979), *Ciao, e poi?*, Bompiani, Milano.
4. Carli R. (1987), *Psicologia clinica. Introduzione alla teoria e alla tecnica*, UTET, Torino.
5. Carli R. (1993), *L'analisi della domanda in psicologia clinica*, Giuffrè, Milano.
6. Carli R., Paniccia R. M. (2000), *L'analisi emozionale del testo*, Franco Angeli, Milano.
7. Di Clemente C. C. (1981), "Self-efficacy and smoking cessation maintenance: A preliminary report", *Cognitive Therapy and Research*, 5, pp. 175 e ss.
8. Di Clemente C.C. (1994), "Gli Stadi del Cambiamento: un approccio transteorico alla dipendenza", in Guelfi G. P., Spiller V., Motivazione e stadi del cambiamento nelle tossicodipendenze, *Il vaso di Pandora*, 2, pp. 37 e ss.
9. Fagerstrom K., Groman E. (2000), "Dipendenza da nicotina: sviluppo, meccanismi e differenze individuali", *L'Epidemia di fumo in Italia*, EdIAIPO.
10. Falcone A. (1999), *Diagnosi Clinica. Teoria e metodo*, Borla, Roma.
11. Francescato D., Putton A. (1995), *Star meglio insieme*, Arnoldo Mondadori Editore, Milano.
12. Freud S. (1905), *Tre saggi sulla teoria sessuale*, trad. it. in "Opere" (1970), vol. 4, Boringhieri, Torino.
13. Gandini C., Gheduzzi E., Montixi M. C., Ruggiu P. A. (1990), "Il resoconto clinico in psicoterapia: una proposta metodologica", *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, pp. 142 e ss.
14. Gori E. (2001), *L'esperienza psicoanalitica. Scrivere i fatti clinici*, Pendragon, Bologna.
15. Grassi R. (2002), *Narrazioni in entrata, narrazioni in uscita: resocontarsi in psicologia clinica*, in Montesarchio G. (a cura di) (2002), *Colloquio in corso*, Franco Angeli, Milano.
16. Grasso M. (1997), *Psicologia clinica e psicoterapia. Teoria e tecnica dell'intervento psicologico*, Kappa, Roma.
17. Grasso M., Cordella B., Pennella A. R. (2003), *L'intervento in psicologia clinica*, Carocci, Roma.
18. Gremigni P. (in corso di stampa), *La Psicologia del Tabagismo*.
19. Iavarone M. (2002), *Libera le tue Ali*, Armando Editore, Roma.
20. Lancia F. (1990), "Prassi e resoconto in psicologia clinica", *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, pp. 52 e ss.
21. Lesourne O. (1986), *Il grande fumatore e la sua passione*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
22. Mangiaracina G. (1992), *Uscire dal fumo*, Edizioni ADV, Firenze.
23. Mangiaracina G. (2003), *Curare il fumo*, EDUP, Roma.
24. Mangiaracina G., Ottaviano M. (a cura di) (2004), *La Prevenzione del Tabagismo*, Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, Roma.
25. Merendino R. P. (1984), "Il racconto clinico. Sue funzioni nel processo di formazione e del sapere psicoanalitico", *Rivista di Psicoanalisi*, 30, pp. 53 e ss.
26. Montesarchio G., Margherita G. V. (1998), *Il colloquio: le strutture narrative*, in Montesarchio G. (a cura di) (1998), *Colloquio da manuale*, Giuffrè, Milano.

27. Muti P. (1989), *Il lavoro di gruppo*, Franco Angeli, Milano.
28. Pasini W., Francescato D. (1999), *Il coraggio di cambiare*, Arnoldo Mondadori Editore, Milano.
29. Prochaska J. O., Di Clemente C. C. (1982), "Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change", *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, pp. 276 e ss.
30. Sesto C. (1993), "Categorie di lettura del resoconto clinico: un'analisi dei resoconti psicoanalitici e sistemico-relazionali", *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, pp. 110 e ss.
31. Spence D. P. (1982), *Verità narrativa e verità storica*, trad. it., Martinelli & C., Firenze, 1987.
32. Spiller V., Scaglia M., Ceva S. (1997), "La bilancia decisionale, uno strumento per favorire il superamento dell'ambivalenza", disponibile on line: www.caen.it/psicologia/biladeci.htm
33. Stern D. (1985), *Il mondo interpersonale del bambino*, Boringhieri, Torino.
34. Svevo I. (1999), *Del piacere e del vizio di fumare*, Passigli Editori, Firenze.
35. Tomassoni M., Solano L. (2003), *Una base più sicura. Esperienze di collaborazione diretta tra medici e psicologi*, Franco Angeli, Milano.