

*Studio di casi e nuovi concetti teorici  
per migliorare le tecniche di colloquio*

# L'uso del Social Mode Work nel lavoro sociale

**Lorenzo Bertinelli**  
Psicologo psicoterapeuta, Parma  
**Giovanna Vendemia**  
Assistente sociale, Parma

*L'articolo presenta sei studi di caso nei quali è stato possibile applicare alcuni concetti derivanti dalla teoria della Schema Therapy, una teoria cognitivo-comportamentale di nuova generazione, che offre interessanti contenuti per orientare e potenziare la conduzione dei colloqui degli assistenti sociali. L'uso del concetto di Mode nella pratica di servizio sociale è proposto come strumento teorico e operativo che consente di osservare e accogliere le modalità emotive che il soggetto adotta nel corso del colloquio, potendo calibrare meglio l'intervento da attuare. Mediante l'adozione di un metodo prevalentemente qualitativo vengono analizzati alcuni momenti di colloquio, atti a focalizzare i processi e le ipotesi che scaturiscono dall'osservazione dei Mode. Nelle conclusioni di questo articolo, il riconoscimento delle modalità emotive degli utenti diventa anche uno strumento protettivo e benefico per la professionalità degli operatori.*

## **Parole chiave**

Colloquio – Mode – Aggressione verbale – Bisogni – Bisogni emotivi  
– Prevenzione – Abilità professionali.

Questa ricerca trae origine da un'esperienza di studio, applicata sul campo,<sup>1</sup> che ha l'obiettivo di potenziare l'efficacia delle tecniche di colloquio degli assistenti sociali impegnati nella relazione con le famiglie multiproblematiche e nella gestione di complesse dinamiche relazionali. La rilettura di un caso trattato dagli scriventi all'interno di riferimenti teorici nuovi della teoria cognitivo-comportamentale ci ha portato a ipotizzare che l'uso del concetto di *Mode*, dei quali si tratterà in questo

<sup>1</sup> Gli studi di caso sono stati realizzati con la preziosa collaborazione della dott.ssa Nicole Grifone, laureata in Servizio sociale, e della dott.ssa Angela Oliva, assistente sociale.

contributo, «intesi come parti della persona che pensano, provano e si comportano in un determinato modo» (Bertinelli e Vendemia, 2015, p. 385), consenta di comprendere meglio le condotte, talora distruttive, che sovente permeano la vita di famiglie e soggetti multiproblematici che accedono ai servizi sociali, potendole osservare come modalità di funzionamento emotive e cognitive.

Un tema tanto importante, quello dei bisogni emotivi, quanto inesplorato da parte degli assistenti sociali italiani, in balia di problemi contingenti, situati, riferiti a bisogni primari essenziali diventati ancora più pressanti (nei Paesi anglosassoni l'esistenza di *clinical social workers* consente di lavorare in maniera più puntuale su questo tipo di bisogni). Le difficoltà economiche pervadono infatti tutti i tipi di famiglia e, per tali ragioni, il servizio sociale si è dovuto attrezzare maggiormente, in scarsità di risorse, potenziando le proprie abilità di problem solving e lavorando sempre di più sostanzialmente su due fronti: la tempestività e l'efficacia degli interventi e delle prestazioni sociali erogate; il coinvolgimento del contesto sociale e comunitario come elementi essenziali della progettazione.

Il lavoro su situazioni contingenti rischia tuttavia di allontanare la dimensione operativa da quella più puramente relazionale, consulenziale ed emotiva. Già numerosi anni fa, studiosi inglesi sottolineavano come i cambiamenti economici e sociali in atto «avessero spinto gli assistenti sociali e gli educatori a un rapporto sempre più conflittuale con gli utenti, rendendoli demoralizzati e disorientati» (Jones e Novak, 1993, p. 195). Per superare queste criticità, si levano voci diverse: di chi afferma che per affrontare quest'epoca occorre uscire dalle categorie mentali della cultura occidentale, privilegiando un lavoro di integrazione sociale e adottando approcci e modelli culturali diversi, più rispettosi delle persone e delle diversità; o di chi pone l'accento sull'utilità di saper svolgere più funzioni di *counseling* per lavorare con le risorse interne delle persone e aiutarle a prendere decisioni e gestire situazioni (il documento stilato nel 2000 dalla International Federation of Social Work in relazione alla definizione di servizio sociale cita il counseling come una delle pratiche dell'assistente sociale). Su questo ultimo punto, occorre dire però che non tutti i professionisti nella pratica quotidiana accettano di lavorare «con le parti interne della persona», poiché questo significa addentrarsi in contesti meno conosciuti che si è timorosi di non saper gestire, terreni scivolosi nei quali si ha paura di cadere. E nonostante sia stata introdotta la competenza di counseling all'interno della Laurea Magistrale (LM87), resta ancora scarsa la formazione in tal senso, e di fatto radicata nel nostro Paese la tradizionale divisione tra professioni sociali e sanitarie, specie le professioni psicologiche alle quali demandare questo compito, che per altro non trova nel servizio sociale alcuno spazio istituzionalmente riconosciuto, se non in parte nel segretariato sociale, come definito dal DPR 328/2000 (art. 22, comma 4). Questo tema si inserisce all'interno del più ampio dibattito di quali competenze siano necessarie nell'attuale sistema di welfare per assumere adeguatamente le responsabilità professionali richieste e quali siano i vissuti e le motivazioni, nonché i percorsi lavorativi degli assistenti sociali in questi anni di crisi (Facchini, 2010; Bianchi e Filippini, 2013; Dente, 2013; Tognetti Bordogna, 2015).

Nella recente Prima Conferenza Italiana di Ricerca di servizio sociale, organizzata dalla Società Italiana di Servizio Sociale e svolta a Torino (25-26 maggio 2017), diversi

studi hanno messo in rilievo la complessità della gestione delle relazioni sociali; in particolare, in una ricerca svolta presso l'Università «Sapienza» di Roma, che ha intervistato i giovani assistenti sociali in formazione presso i corsi di laurea, è emerso che gli studenti si descrivono come sufficientemente bravi e formati a osservare, entrare in relazione, esprimere empatia, ma al tempo stesso si dichiarano in difficoltà a comunicare con chiarezza, gestire le emozioni, scegliere le domande giuste da porre nei colloqui con le famiglie (Di Norcia, Cremasco e Livi, 2017).

È importante rilevare, inoltre, la presenza di recenti studi e ricerche che mettono in evidenza come alte percentuali di assistenti sociali siano state oggetto di varie forme di violenza; in tal senso quella verbale risulta la più diffusa, con ripercussioni sul benessere emotivo e sulle stesse abilità professionali (Sicora, 2013; Sicora, Nothdurfter e Sanfelici, 2017).

In questo contributo, pertanto, si cercherà di mettere in evidenza come il potenziamento delle funzioni di counseling degli assistenti sociali necessiti di riferimenti teorici e tecniche nuove per porre davvero al centro la relazione che si crea tra operatore e utente, senza dimenticare che in letteratura sono molti i contributi che evidenziano come sia difficile lavorare nei servizi sociali e come a causa di queste criticità il burnout sia divenuto un fattore incisivo e dannoso per la qualità relazionale dei servizi, caratterizzato com'è da esaurimento emozionale, spersonalizzazione e riduzione dei sentimenti di autorganizzazione, potendo così dar luogo a frustrazioni e attriti (Halbesleben e Burkley, 2004). Una ricerca canadese del 2010 di J.R. Graham e M.L. Schier dell'Università di Calgary esplora i fattori che influenzano il benessere degli operatori sociali e tra questi individua proprio la capacità degli operatori di conoscere meglio se stessi e la propria dimensione emotiva e di *riconoscere i propri limiti personali* (p. 67).

Aiutare gli assistenti sociali a non sentirsi impreparati ad affrontare situazioni relazionali complesse e conflittuali anche nel contesto lavorativo diventa pertanto una materia privilegiata da trattare, per sconfinare realmente oltre i limiti posti dalle risorse a disposizione, in vista della possibilità di attivare forme di integrazione comunitaria, o ancora della possibilità di conciliare questi interventi.

All'interno di questo articolo si cercherà pertanto di porre in evidenza quelle possibilità esistenti per l'operatore di cogliere le «aperture» che spesso l'utente offre, anche nelle situazioni di bisogno più contingente, e che rappresentano degli inviti a cogliere la propria *parte vulnerabile*.

La finalità ultima di questo lavoro è quella di avvicinare e rendere più omogenee due parti essenziali della professione sociale: l'uso della teoria nella pratica sociale e in particolare l'uso di alcuni concetti psicologici di nuova generazione nella gestione delle relazioni sociali con gli utenti e le famiglie che afferiscono ai servizi; la rielaborazione dei concetti teorici utilizzati, alla luce dell'esperienza pratica effettuata («teoria della pratica») (Dal Pra Ponticelli, 1987, p. 80). La possibilità di utilizzare concetti di tipo clinico in un contesto non clinico è una sfida ambiziosa, che riporta alla volontà di rimettere al centro del lavoro sociale la capacità degli operatori di fare propri nuovi assunti teorici e al tempo stesso imparare dall'esperienza, per migliorare la relazione sociale costruita.

Con queste ipotesi teoriche iniziali, viene di seguito presentata la sperimentazione su casi concreti di concetti che fanno riferimento alla teoria della *Schema Therapy*, una teoria cognitivo-comportamentale di nuova generazione, come sviluppata da Jeffrey Young negli anni Novanta.<sup>2</sup>

Prima di entrare nello studio empirico di questi *case study*, nel paragrafo che segue vengono ripresi brevemente i concetti principali di riferimento e, successivamente, viene ricostruito il progetto di ricerca e sono sintetizzati i risultati ottenuti.

## Riferimenti teorici per la costruzione di un Social Mode Work

Con questo contributo, ci si propone di assumere all'interno della pratica sociale alcuni concetti derivanti dalla Schema Therapy, una teoria integrazionista (che assorbe anche teorie come quella dell'attaccamento di Bowlby, 1988) che si sviluppa in psicologia negli anni Novanta, per cercare di superare i limiti della teoria cognitivo-comportamentale, in modo particolare nel trattamento dei disturbi di personalità. In tale contesto, infatti, pur in presenza di relazioni collaborative, si osservava nei pazienti l'incapacità di collaborare davvero e di mettere in atto cambiamenti emotivi significativi. Vedremo nel corso dell'articolo come tutto questo abbia molta assonanza con il lavoro degli assistenti sociali, impegnati in relazioni con utenti che tendono a cronicizzare le proprie difficoltà.

In questa cornice teorica, le reazioni spesso inspiegabili dei nostri utenti e la rottura dei patti costruiti faticosamente con il Servizio nascerebbero non tanto dal tipo di relazioni stabilite nel progetto (attraverso il quale il Servizio è magari già intervenuto per migliorare le condizioni economiche, abitative e di socializzazione della persona), o dal rapporto con gli eventi critici della vita, ma dalle modalità emotive adottate all'interno della relazione d'aiuto, e nel confronto con la propria parte vulnerabile. In quest'ottica, gli operatori sociali sono chiamati a formulare un'ipotesi non solo sul funzionamento del sistema familiare, bensì anche sulle parti vulnerabili che ogni soggetto esprime all'interno delle relazioni sociali.

Secondo la teoria della Schema Therapy, alla base del malessere e del disagio espresso dagli individui vi sarebbero bisogni primari non soddisfatti nel corso dell'infanzia e dell'adolescenza, dai quali avrebbero origine i cosiddetti schemi maladattivi precoci, ovvero strutture cognitive ed emotive che contengono ricordi, emozioni, pensieri e sensazioni somatiche. Quando gli schemi si formano sono modelli di vita pervasivi, che consentono di dare un significato alle esperienze di carenza e sofferenza vissute; il problema nasce quando pensieri, emozioni e sensazioni si riattivano e si ripresentano anche in situazioni e momenti della vita completamente diversi da quando si sono formati.

Il bisogno di una certa coerenza cognitiva e di stabilità nella visione di se stessi, e del mondo, condurrebbe a riattivare questi schemi, con il pericolo di adottare modalità

---

<sup>2</sup> Jeffrey Young è il fondatore e direttore del Cognitive Therapy Institute Center di New York e del Connecticut oltre che dello Schema Therapy Institute di New York. Insieme ad altri due psicologi clinici e docenti, Eshkol Rafaeli e David P. Bernstein, è uno dei pionieri della Schema Therapy.

di funzionamento incongrue e inefficaci nel momento presente (Rafaeli, Bernstein e Young, 2012).

L'approccio teorico descritto va pertanto a focalizzarsi sui bisogni non soddisfatti durante l'infanzia e sull'interiorizzazione delle figure genitoriali, distinguendo gli schemi dalle modalità di fronteggiamento che l'individuo mette in atto nelle situazioni critiche di vita.<sup>3</sup> Nella Schema Therapy gli stati emotivi, cognitivi e comportamentali messi in atto in un determinato momento sono denominati *Mode*: essi si attivano in base allo schema radicato all'interno del soggetto. I *Mode* possono essere raggruppati in quattro categorie: *Mode Bambino disfunzionale* (associati a intense emozioni negative come tristezza e abbandono, in cui ci si sente come bambini incapaci di affrontare le situazioni, e violati nei propri diritti); *Mode Genitore disfunzionale* (una sorta di interiorizzazione dei comportamenti inadeguati delle figure genitoriali); *Coping Mode* (modalità di fronteggiamento e reazione a eventi critici, e alla gestione dei *Mode Bambino* e dei *Mode Genitore*); *Adulto funzionale* (lo stato nel quale il soggetto è in grado di vedere se stesso e la propria vita in maniera realistica).

La categorizzazione dei *Mode* consente quindi all'operatore di orientare il colloquio potendo osservare e riconoscere le modalità emotive che l'utente presenta in quel momento; al tempo stesso, ricorda all'operatore di adottare una modalità di Adulto funzionale per non entrare in simmetria con la persona.

Il processo di transizione da un *Mode* all'altro è inoltre utile all'operatore per cogliere la problematicità del soggetto e comprendere cambiamenti, altrimenti non spiegabili, di quei soggetti spesso definiti «ambivalenti», con cambi repentini di comportamento, spesso incongrui rispetto alla situazione.

La dimensione circolare dei *Mode* consente anche di comprendere meglio ove intervenire: fare un intervento sociale quando la persona si trova in una condizione di distacco emotivo (non esprime emozioni ed empatia, racconta la propria storia come se non fosse la sua, evita situazioni) può essere rischioso e può rinforzare ulteriormente il senso di inadeguatezza della persona, poiché confusa con uno scarso interesse verso il suo stesso problema (ad esempio, il padre in modalità emotiva distaccata, che non si presenta agli incontri con la figlia minore dopo aver chiesto al Servizio di disciplinare gli incontri).

Le possibili modalità emotive che l'operatore può riconoscere sono sostanzialmente di sette tipi: impulsiva, arrabbiata, esigente, punitiva, arresa, evitante, ipercompensante (per un ulteriore approfondimento si rimanda a Rafaeli, Bernstein e Young, 2012, pp. 19-76).

Nella modalità *impulsiva* (definita *Bambino impulsivo*), la persona si getta nell'azione senza pensare alle conseguenze e cade inevitabilmente in conflitto con le persone che hanno una posizione di autorità. Nella modalità *arrabbiata* (definita *Bambino arrabbiato*), la persona è travolta da sentimenti di abbandono, sfiducia, umiliazione, trascuratezza, nei casi più gravi di maltrattamento e abuso. La rabbia può passare da

<sup>3</sup> Nella sua teoria, Young ipotizza 18 schemi maladattativi precoci che fanno riferimento a cinque domini che raggruppano i bisogni prevalentemente insoddisfatti nel corso dell'infanzia e adolescenza, durante i quali anche le tipologie di contesto familiare hanno grande influenza e importanza. In particolare, dagli schemi del primo dominio secondo Young si originano le più importanti patologie relazionali che derivano da bisogni non soddisfatti di stabilità, cura, affetto, protezione, inclusione sociale.

0 a 10 in tempi brevi ed essere esplosiva. La modalità arrabbiata è quella che assume le sfaccettature più diverse e interessanti per l'operatore sociale che è chiamato a riconoscerle per non cadere in errore durante il colloquio. La rabbia infatti può assumere funzioni diverse: può essere definita «calda», densa di emozioni, ricordi, che ha valenza comunicativa ed è sentita dall'operatore come autentica, dovuta a uno stato di sofferenza espressa dalla persona; oppure può essere una rabbia evitante, che tiene a distanza l'operatore, contestandolo, denigrandolo di continuo (*Protettore arrabbiato*). La rabbia in questo caso non è esattamente reale, ma per lo più utilizzata contro l'operatore. Infine, vi è la rabbia espressa all'interno di una strategia ipercompensante, nella quale la persona passa all'azione, usa potere e prepotenza in varie forme per costringere l'operatore a fare o non fare determinati interventi. La persona si pone così in una posizione di dominio (*Aggressore prepotente*).

Le modalità emotive *esigenti* e *punitive* fanno invece riferimento a modalità disfunzionali di tipo genitoriale (*Mode Genitore esigente* e *Mode Genitore punitivo*). La modalità esigente induce la persona a essere fortemente orientata alla realizzazione degli obiettivi e poco incline ad accettare i fallimenti propri e altrui, mentre la modalità punitiva induce emozioni di svalutazione, vergogna e senso di colpa.

Infine, le modalità emotive di *resa*, *evitanti* o *ipercompensanti* sono definite *Mode di Coping*, e fanno riferimento ad altrettante strategie di «sopravvivenza» sviluppate per far fronte a situazioni dolorose. Nel primo caso la persona agisce in maniera passiva e sottomessa, nel tentativo di evitare conflitti o rifiuti (sebbene al prezzo di rinunciare ai propri bisogni). Nelle modalità di evitamento, invece, le persone riescono a evitare o almeno a ridurre le emozioni intense connesse ai *Mode* parentali e Bambino. Le persone attivano così forme di distacco, evitamento, comportamenti autoconsolatori (ad esempio, assunzione di droga o gioco d'azzardo), o rabbiosi che, come già detto, allontanano le persone. Nelle modalità ipercompensanti le persone riescono a far sentire gli altri, attorno a sé, come dominati, attaccati, spaventati, degradati. Queste modalità emotive possono assumere vesti diverse, dalla ricerca di attenzioni spasmodica, a forme di narcisismo estremo, manipolazione e aggressività prepotente.

L'obiettivo per l'operatore sociale che gestisce il colloquio all'interno di questa cornice teorica è pertanto quello di riuscire ad allearsi con la parte vulnerabile della persona, la parte più vera, quella dei bisogni insoddisfatti del bambino che è ancora presente nella persona (*Bambino vulnerabile*). La proposta è quella di integrare ai principi classici del lavoro sociale un atteggiamento di partecipazione attiva del soggetto e di osservazione dei cambiamenti emotivi, da parte dell'operatore sociale. Infatti, il ruolo dell'assistente sociale nei colloqui di aiuto non è quello di identificare gli schemi di profondità del soggetto (lavoro clinico) ma, piuttosto, quello di osservare le modalità che la persona mette in atto nell'affrontare una data situazione al fine di riconoscere e comprendere quanto quelle modalità emotive influenzano le sue scelte. E in particolare comprendere le ragioni dei comportamenti delle persone, evitando di cadere in errori di giudizio o rapportando al proprio operato, e spesso alla propria persona, l'andamento della relazione. I casi studiati consentiranno di rappresentare in maniera operativa i vantaggi che alcuni principi della Schema Therapy possono apportare, se opportunamente integrati, nell'operatività del social work.

## Il disegno della ricerca

Il disegno di ricerca ha preso forma in un contesto di studio qualitativo, ove più che parlare di «metodi» o di «fasi» è stato possibile avviare un processo dinamico, con osservazione collocata nella realtà affinché acquistasse la visibilità necessaria (Wilson, 1989).

Nella ricerca qualitativa, infatti, «il processo di ricerca non è una ben definita sequenza di procedure che seguono un nitido disegno, ma una confusa interazione tra il mondo concettuale e il mondo empirico, dove deduzione e induzione si realizzano nello stesso tempo» (Corbetta, 1999, p. 365).

L'adozione di tecniche qualitative d'indagine in questo caso è una scelta legata da una parte all'utilizzo dello studio di caso, non adatto a una generalizzazione dei risultati ottenuti e, dall'altra, alla posizione e al ruolo degli scriventi, intrinsecamente interni al contesto studiato.

Per prepararsi a condurre i colloqui cercando di utilizzare i concetti sopra descritti, è stata seguita pertanto una traccia scritta per orientare le domande e poter rielaborare poi i dialoghi: si è infatti partiti sempre dall'osservazione dei *Mode* di coping con i quali le persone si presentavano al colloqui, individuandone la dimensione principale: resa, evitamento, oppure ipercompensazione.

A partire dall'osservazione di tali *Mode* veniva gestito il colloquio, raccolta la storia di vita e fatte ipotesi teoriche su come questi *Mode* potessero essere una risposta ai *Mode Genitoriali* e *Mode Bambino* prevalenti nel soggetto.

Le storie di vita raccolte, in uno o più colloqui e visite domiciliari, per ragioni di spazio sono qui solo brevemente accennate, ma rappresentano un momento importante, mediante il quale è stata avviata una relazione più approfondita ed è stato possibile comprendere meglio le ragioni delle attuali posizioni assunte.

I colloqui, solitamente condotti a due, sono stati rielaborati alla luce del confronto e delle osservazioni che emergevano. È stata fatta una trascrizione parziale non audio-registrata.<sup>4</sup> Infine, è stato somministrato un breve questionario all'assistente sociale che ha applicato i concetti teorici proposti per capire quali vantaggi e quali difficoltà avesse incontrato.

## Studi di caso: i Mode osservati nei colloqui e gli interventi effettuati

### *Primo colloquio. Il caso della sig.ra Katy*

Il primo caso è quello di Katy, madre di un figlio affetto da sindrome di Down. Katy è una donna di 50 anni circa che ha lasciato il suo Paese d'origine per seguire il marito, ma poco dopo il loro matrimonio si è concluso. Katy non ha alcuna intenzione di intraprendere relazioni con altri uomini, consapevole del fatto che non dureranno

<sup>4</sup> I nomi di tutte le persone citate sono stati cambiati ed è stato tolto ogni riferimento che consenta di riconoscere le situazioni trattate. I dialoghi sono stati riadattati alla finalità esplicativa del presente lavoro.

a lungo. Questa sensazione è legata alla sua storia di vita. Sua madre si ammalò gravemente e morì quando Katy aveva 10 anni. Successivamente la donna perse rapporti anche con il padre, il quale si trasferì molto lontano. Katy chiede all'assistente sociale un colloquio per ottenere il cambio dell'alloggio in cui vive con un altro di edilizia pubblica più idoneo, e una serie di aiuti per il figlio. La signora tende subito a indirizzare il colloquio nella direzione in cui lei preferisce incanalare il dialogo. Spegne qualsiasi tipo di emozione e affronta la prima parte del colloquio con un evidente distacco emotivo.

A.S.: Salve, signora, come sta?

Katy: Salve. Sono venuta da lei per consegnarle i documenti che le interessavano. Le ho portato tutto ciò che lei mi aveva chiesto. Finalmente ora può presentare la domanda di cambio alloggio... Lei sa che ho dei problemi con i miei vicini di casa. Loro non rispettano i miei confini, sono invadenti e non rispettano le regole del condominio [aumenta il tono della voce], consumano acqua e utenze a discapito degli altri condomini. Io non posso pagare i loro consumi... Sennò sono costretta a chiamare mio nipote, LUI SÌ CHE SA COME FARE, così vediamo un po' chi comanda, se noi o loro!!

A.S.: Signora, conosco bene il problema che ha con i suoi vicini. Comprendo la sua preoccupazione, ma mi parli piuttosto del suo ex marito, come vanno le cose tra voi.

Katy: Non sento alcuna emozione nei suoi confronti. Ho rapporti con lui solo per il bene dei miei figli. Non voglio essere coinvolta in altre relazioni con altri uomini. Sono interessata solo al mio corpo. Ho solo bisogno di una casa e dell'assegno di cura per mio figlio, il Servizio deve aiutarmi!

Nel corso del colloquio, l'assistente sociale osserva nella signora distacco emotivo, in particolare con riferimento alla sua storia di vita e quando le si chiede di parlare del suo ex marito. In alcuni momenti del colloquio, la rabbia viene espressa passando da un *Mode Bambino arrabbiato* a un *Mode Prepotente*, quando la donna sente di doversi difendere. La rabbia viene usata come strumento per cercare di ottenere dall'assistente sociale quanto richiesto. L'assistente sociale, in base alla conoscenza della storia di vita della donna e al colloquio effettuato, ipotizza che Katy si trovi a fare i conti con un profondo senso di abbandono e di sfiducia nei confronti delle persone che la circondano. Il colloquio si conclude con l'idea dell'operatore di un'ulteriore visita a domicilio. Con questa proposta l'assistente sociale contrasta lo schema di profondità ipotizzato per la signora Katy, ovvero quello di abbandono/instabilità, tanto che Katy alla fine del colloquio, sebbene non abbia ottenuto risposte fattive sui servizi chiesti, sembra rassicurata. L'assistente sociale adesso è consapevole che il comportamento dell'utente ha sovente la funzione di mettere alla prova la sua tenuta, nel timore che anche lei l'abbandoni.

### *Secondo colloquio. Il caso della sig.ra Jasmine*

Il secondo caso è quello di Jasmine, una donna di origine etiope, sposata, con due bambini. Arrivò in Italia diversi anni fa con la speranza che la madre potesse darle un



supporto nella cura dei figli, quando lei sarebbe stata impegnata nel lavoro, ma non fu così. La madre venne colpita ben presto da una grave malattia e fu proprio Jasmine a doversi occupare di lei, dei suoi bambini e della cura della casa. Oggi Jasmine non ha un lavoro e non ha tempo per sé, in quanto la cura della madre le richiede un grande impegno nell'arco di tutta la giornata. Jasmine arriva al colloquio con l'assistente sociale avanzandole la proposta di poter avere un alloggio più grande, per la tranquillità della madre e per poterla accudire meglio. Il colloquio si focalizza su questo e non sulla possibile ricerca di un lavoro per lei. Jasmine vuole occuparsi lei stessa della madre, nonostante le difficoltà economiche che il nucleo sta vivendo.

A.S.: Salve, signora, come sta? Io e lei non ci conosciamo bene: vorrei capire meglio la sua storia e come sta vivendo la situazione. Mi racconti qualcosa della sua vita. Quand'è arrivata in Italia e come mai è venuta proprio qui?

Jasmine: Sono di origine etiopica, sono arrivata in Italia qualche anno fa con mio marito e i miei bambini. Sono laureata in Lingua italiana per stranieri e sono venuta con l'intento di trovare lavoro qui; contavo sul supporto di mia madre che poteva aiutarmi, ma purtroppo non è stato così. Oggi sono io a occuparmi di lei tutto il giorno. Mi sento debole, impotente, non so come poterla aiutare.

A.S.: Comprendo la sua preoccupazione. Suo padre dov'è? È rimasto in Etiopia? Ha dei rapporti con lui?

Jasmine: Mio padre è rimasto in Etiopia e non si è voluto occupare più di lei da quando ha scoperto che era stata colpita da questa malattia. Sono tanto arrabbiata con lui. Non ha mai chiamato neanche per sapere come sta. Sono infuriata per questo... Mi sento in colpa nei confronti di mia madre, vorrei fare di più, aiutarla a stare meglio... Se lei avesse una casa più grande e una camera per lei, starebbe meglio.

Nel corso del colloquio l'assistente sociale osserva nella donna un repentino cambio di *Mode*: quando le si chiede notizie del padre si attiva un *Mode vulnerabile* e a tratti *arrabbiato* (*Mode Bambino*, che esprime emozioni intense negative, cambia il tono della voce e l'espressione facciale a causa della frustrazione e del dolore che la situazione provoca). Poco dopo l'attenzione si sposta nuovamente sulla madre, la donna si sente in colpa nei suoi confronti e riferisce un eccessivo senso di responsabilità per la situazione di salute della stessa. L'assistente sociale nel corso del colloquio è riuscita a entrare in ascolto con la parte vulnerabile della donna, che si è fidata e si è aperta sui propri sentimenti. Si ipotizza che i comportamenti della signora siano una risposta a due possibili schemi di profondità (che derivano da bisogni insoddisfatti), ovvero quello di inadeguatezza, che la porta a sentirsi non abbastanza all'altezza della situazione (e per questo essere responsabile per la madre la rende adeguata) e quello di abbandono (essere in «comando» le consente di non essere in balia degli altri). Il comportamento di autosacrificio da parte della signora nella cura della madre, che la porta a rinunciare ad aspetti importanti della sua vita (lavoro, stabilità, ecc.), evidenzia un *Mode esigente* (*Mode Genitore*) che porta la donna a fare continue richieste e pressioni su se stessa per soddisfare la madre. L'intervento dell'assistente sociale richiama la donna a una prova di realtà, cercando di limitare le idee irrazionali e facendola riflettere sulle possibilità e i vantaggi che potrebbe avere nel caso in cui non ottenesse un diverso alloggio, ma conservasse

quello, potendo accedere però a una serie di servizi (centro diurno per la madre, avvio al lavoro per sé, ecc.).

L'intervento si conclude positivamente: Jasmine appare disposta a intraprendere nuove strade, a cercare un lavoro part-time, ad esempio.

### *Terzo colloquio. Il caso di Silvia, Riccardo e Nicola*

Il terzo caso è quello della signora Silvia, che ha un figlio, Nicola, con invalidità al 100%, e un altro figlio, Riccardo, presente all'incontro presso il Servizio. Il colloquio ha inizio con la richiesta di informazioni della signora per poter aiutare il figlio disabile, inserito da otto anni in una cooperativa, che sta vivendo un particolare momento di difficoltà. Il figlio minore Riccardo si mostra distaccato dall'argomento in questione. All'inizio del colloquio Riccardo ha uno sguardo basso, risulta distaccato ed evitante, a tratti anche annoiato (sbuffa).

A.S.: Come va il percorso di Nicola in cooperativa? Quante volte la frequenta? Da quanto tempo è lì?

Silvia: Nicola è inserito in cooperativa da ben otto anni e la frequenta da lunedì a venerdì. Ultimamente i rapporti con lui sono difficili. C'è qualcosa che lo disturba, riporta costantemente sentimenti di ansia. Ha un forte disagio e non riesce a esprimersi quando qualcosa non va.

A.S.: Si confida con qualcuno a casa rispetto ai suoi rapporti difficili con le persone in cooperativa? Ha dei punti di riferimento in famiglia?

Silvia: Non riesce a esprimersi o confidarsi a casa. Riporta solo frasi o parole dette, ma poi non spiega i reali motivi del suo disagio.

*L'assistente sociale a questo punto si rivolge all'altro figlio, chiedendogli quali siano i loro rapporti.*

Riccardo: Ho un rapporto molto conflittuale con mio fratello. Io non sopporto lui e lui non sopporta me... A me sta bene così... Non mi sono mai chiesto il perché di questo rapporto... Non lo considero più di tanto. Quando ero piccolo vedevo che i miei amici potevano picchiare i loro fratelli quando litigavano, a me non lo hanno mai permesso! Rispetto a quello che sta succedendo mi sento indifferente, non voglio essere coinvolto.

A.S.: Oggi come stai? Vivi ancora questi sentimenti? Che cosa ti fa arrabbiare di tuo fratello?

Riccardo: Sono passati questi sentimenti di fastidio. Oggi ho altre valvole di sfogo. Mi sono rifugiato nella lettura. Ho un mondo tutto mio. Tratto alla pari Nicola perché lui è una persona normale. I miei genitori non lo hanno mai fatto!

A.S.: Oggi sei qui, però. Hai accompagnato tua madre. Quindi ti interessa la situazione?

Riccardo: Sono venuto perché me lo ha chiesto mia madre. Mio fratello si approfitta della sua situazione e ci marcia. Io lo metto alla prova, anche quando mi chiede un aiuto ai videogiochi, lascio che ci metta la testa, ci deve ragionare!

*Nel corso del colloquio si affronta il problema del «Dopo di noi». La madre riferisce all'assistente sociale di avere dei progetti per Nicola, anche in accordo con altre mamme della cooperativa; il progetto che la madre ha intenzione di fare fa suscitare l'ipotesi*

che, nel momento in cui i genitori non ci saranno più, Nicola non avrà grossi punti di riferimento. L'assistente sociale a questo punto chiede a Riccardo cosa ne pensa del progetto in questione.

*Riccardo:* Non vorrei che questa cosa mi tenga legato al suo problema. A me non interessa, vorrei focalizzare la mia vita su altro.

L'uso dell'osservazione dei *Mode* all'interno del colloquio consente di comprendere che in questo sistema familiare Riccardo è forse il soggetto più vulnerabile: sentitosi messo da parte dai genitori quando hanno scoperto la malattia dell'altro figlio, ha dovuto attivare forme di protezione, distaccandosi dalla situazione per evitare sofferenza e frustrazione. Il colloquio svolto e orientato dal concetto di *Mode* fa comprendere che l'intervento dell'assistente sociale debba essere indirizzato anche su Riccardo che, se aiutato a rimettersi in equilibrio e sentirsi giustamente posizionato all'interno della situazione (coinvolto, ma non eccessivamente responsabilizzato), potrebbe aiutare il sistema familiare e diventare egli stesso una grande risorsa. Nel corso del colloquio Riccardo presenta sostanzialmente due *Mode*: *Protettore distaccato* e *Protettore arrabbiato*. Il primo è espresso specie all'inizio del colloquio, per poi lasciare spazio alla rabbia.

L'intervento dell'assistente sociale cerca allora di esplorare meglio la rabbia di Riccardo, per capire di che natura sia. Dopo poco, Riccardo chiude lo spazio di apertura con l'assistente sociale dicendo: «lo ha chiesto mia madre di venire», bloccandosi e quindi confermando una modalità *Protettore*.

Quando l'argomento va a trattare la questione del «Dopo di noi», l'assistente sociale interviene non chiudendo il colloquio (ovvero non dicendo direttamente a Riccardo che lui può essere un aiuto, una risorsa, ecc., proprio perché Riccardo si trova in una modalità di *Protettore*, per cui non accetterebbe rinforzi positivi), ma aprendo il dialogo e chiedendo a lui solo cosa ne pensa del progetto in questione, dando importanza alle sue idee nella sostanza, facendolo parlare piuttosto che rischiare di chiudere la conversazione con complimenti che non potrebbe accettare in quel momento. Dalla storia familiare e dall'interazione avvenuta, l'assistente sociale ipotizza che lo schema prevalente del *Bambino vulnerabile* espresso da Riccardo sia quello di deprivazione emotiva. Se c'è distacco infatti è perché sta proteggendo la sua vulnerabilità.

Alla fine l'operatore contrasta la modalità emotiva del *Protettore distaccato* chiedendo a Riccardo cosa gli piace fare, se ha degli hobby o se pratica degli sport. Lui risponde descrivendo in modo dettagliato tutti gli sport che ha praticato finora e racconta della sua passione per il calcio.

#### *Quarto colloquio. Il caso di Rina*

Il quarto caso è quello di Rina, una donna di circa 60 anni, madre di Enrico, un giovane di 35 anni che circa due anni fa è stato colpito da un gravissimo incidente domestico. Enrico ha subito molti interventi, con esiti negativi. Oggi deve essere costantemente mobilizzato, ha bisogno di costanti cure e attenzioni, è seguito dal Servizio e percepisce tutte le prestazioni e gli aiuti che sono previsti in base al suo

grado di invalidità. Enrico ha una paraplegia e non ci sono speranze di recupero; anche le capacità intellettive sono state danneggiate. Rina ed Enrico hanno un rapporto molto stretto, a tratti morboso, che ha condotto Enrico a uno stato di isolamento sociale. Il colloquio si svolge al domicilio, ove l'assistente sociale propone di recarsi per incontrarli insieme.

A.S.: Salve, signora, come sta? Buongiorno, Enrico! Non ci vediamo da tempo. Ho provato anche a telefonarle, signora. Volevo sapere come stavate e come va Enrico.

Rina: Come al solito. Ormai mi occupo di lui tutto il giorno. L'assistente familiare ci aiuta solo qualche giorno a settimana, e per poche ore. Non riesco a rientrare nelle spese e ho dovuto abbassare le sue ore... Io però sono in difficoltà e lei non mi risponde alle mail e non mi dice mai le cose come stanno! Anche il fisioterapista dovrebbe tornare, ma non si è fatto più sentire. Enrico ha bisogno di fare fisioterapia, lui solo così potrà tornare a camminare... e magari riuscire a fare quello che ti piaceva, vero Enrico? ... e visto che qui nessuno mi aiuta provvedo io ad aiutarti, vero? [prima rivolta a Enrico e poi rivolta all'assistente sociale]. Lui si deve muovere, capito? E anche I SERVIZI DOVREBBERO FARE DI PIÙ!

A.S.: Signora Rita, comprendo la sua rabbia e la sua fatica, ma non pensa che per Enrico potrebbe essere importante anche poter vivere in un contesto di maggiori stimolazioni, insieme ad altre persone? Cosa ne pensa di inserire Enrico in un centro diurno? Lì verrebbe assistito e potrebbe stare in compagnia con altri ragazzi e ragazze.

Rina: No, no, io non mi fido. Noi due abbiamo i nostri ritmi, vero Enrico? So che ormai questa è la mia vita, sono abituata a stare sempre con lui, non riesco a distaccarmi da lui. Lo farei solo se potessi essere presente anche io, perché anche lui si sentirebbe più sicuro e tranquillo. Ha paura senza di me, lo capisco solo io quando si agita e non riesce a esprimersi.

L'assistente sociale è a conoscenza del fatto che Enrico non tornerà a camminare e osserva che la donna sta assumendo un *Mode Protettore distaccato* che le consente di fantasticare su qualcosa che non è reale, come la possibilità che Enrico ritorni ad avere alcune funzionalità perse nell'incidente. Di fronte alla proposta di un progetto di socializzazione e cura diurna esterna a casa, la signora rifiuta e non accetta di poter perdere il controllo della situazione che solo lei può garantire. Essa adotta quindi un *Mode di Ipercontrollo*, alla ricerca di possibili prove a favore di quanto affermato, nel tentativo di far fronte alla situazione o quanto meno di avere la sensazione di poterla governare. L'assistente sociale, riconoscendo questa modalità emotiva, comprende che sarà molto difficile contrastare la strategia adottata da Rina nel vano tentativo di alleviare le sue sofferenze. Una strategia che l'ha condotta all'isolamento per sé e il figlio. In questa modalità, ogni tentativo dell'assistente sociale focalizzato su un avvicinamento al centro pomeridiano da parte di Rina, per farle conoscere i suoi operatori e le attività svolte, sarebbe probabilmente inutile, poiché Rina si chiuderebbe ancora di più o cercherebbe tutte le evidenze per impedire l'inserimento. L'assistente sociale decide allora di lavorare maggiormente sul disagio di Rina, di incontrarla per parlare di se stessa e conoscere le sue abitudini, per poi farle qualche proposta concreta, mentre il figlio ha la possibilità di andare al centro qualche ora.

### Quinto colloquio. Il caso di Cristian

Il quinto caso è quello di Cristian, un uomo di circa 40 anni, con una storia di dipendenza e carcerazione passata. È il terzo di tre figli e gli altri fratelli hanno sempre cercato di aiutarlo, sebbene ora mostrino segni di grande stanchezza. Cristian convive con amici in un appartamento in affitto, e nel contesto condominiale ha relazioni conflittuali; di recente si è licenziato dal lavoro poiché il datore di lavoro gli attribuiva mansioni secondo lui troppo pesanti.

Il signor Cristian irrompe negli uffici dell'assistente sociale pretendendo di parlare con lei immediatamente e di avere delle risposte più adeguate in merito alle sue richieste. Non è la prima volta che Cristian usa questa modalità, si è già rivolto al Servizio con richieste di informazioni e aiuto rispetto ai suoi problemi abitativi ed economici. La responsabile del Servizio interviene, in quanto Cristian è aggressivo e alza sempre più la voce, avvicinandosi fisicamente all'operatore che tenta di rispondere ricordando tutte le cose già fatte per lui. Anche l'assistente sociale in risposta a Cristian alza sempre di più la voce. La responsabile gli fa capire che questa condizione non è idonea per poter avere un colloquio utile, ove sia possibile ascoltarlo e ascoltarsi reciprocamente.

*Cristian:* Voglio parlare con l'assistente sociale! Sono giorni che la cerco. ADESSO LEI MI ASCOLTA e mi fa entrare! [Irrompe nell'ufficio dell'assistente sociale mentre urla].

Ma come fa lei a comportarsi così? COME FA A FREGARSENE... a lavorare in questo modo? Io soffro, non dormo da giorni, ma lei se ne frega! È così che lavora? Si può sapere perché non mi fa la domanda di aiuto economico? SE LEI MI AVESSE FATTO LA PRATICA NON SAREI QUI, non saremmo arrivati a questo punto!

*A.S.:* Allora, Cristian, le ho già detto tante volte che cosa deve fare, le ho dato informazioni per il lavoro e la casa. ADESSO PERÒ IO NON POSSO RICEVERLA, non ho altre indicazioni da darle. IL SERVIZIO NON PUÒ FARE NIENTE!

*Cristian:* La mia condizione è peggiorata e il Servizio non può fare niente? Devo fare delle analisi, le esenzioni del ticket non le coprono.

*A.S.:* Senta, Cristian, le ho già detto che NON POSSIAMO FARE NIENTE! [L'assistente sociale si sovrappone alla voce di Cristian e alza il tono della voce come lui].

*Cristian:* VEDE? È VERO CHE SE NE FREGA DI ME, non ascolta i miei bisogni!

*Responsabile del Servizio:* Allora, sig. Cristian, abbiamo assolutamente intenzione di ascoltarla e adesso venga con me ché fissiamo un appuntamento. Mi segua, andiamo di là e vedrà che troveremo un momento per ascoltarla perché capiamo che se urla e sta così male è perché c'è un motivo. [La responsabile si pone fisicamente tra l'assistente sociale e il sig. Cristian e lo conduce fuori lentamente ponendo enfasi sul fatto che comprende il suo malessere].

*Cristian:* Sì, ma io ho bisogno subito, non tra un mese!

*Responsabile:* Abbiamo compreso che sta molto male, lo vedo che lei sta male, e per questo è importante che possiamo parlare con calma, per ascoltarla bene, affinché lei possa dire quello che le sembra importante!

*Cristian:* Dottoressa, io ho letto su internet, vede, che voi date questi aiuti, vede qui c'è scritto tutto, ho anche scaricato il modulo che l'assistente sociale deve compilare!

*Responsabile:* Ascolti, Cristian, se lei si focalizza su quello che trova scritto su internet è inutile che stia qui. O si fida di noi e di quello che le sto dicendo, o di quello che c'è scritto su internet.

- Cristian:* Sì, ha ragione, ma io tutte le notti leggo internet, mi informo, studio...
- Responsabile:* Quindi dorme molto poco se passa la notte a leggere su internet...
- Cristian:* Sì, è vero [voce bassa]. Fatico a dormire e per questo passo la notte davanti al computer... Non sono più seguito da nessuno. Prima avevo uno psichiatra, in passato, del Sert, che mi seguiva, adesso nessuno mi ascolta, io ho bisogno di aiuto! ... Ma senta, può leggere qui? Vede? C'è scritto quello che dicevo io?!
- Responsabile:* Allora, Cristian, vede cosa è successo? Lei si è calmato e siamo riusciti ad ascoltarla e a capire che lei ha problemi a dormire e riposare. Ogni tanto si attiva il Cristian «Avvocato», quello che deve sapere tutte le norme, tutte le regole per poter controbattere, ma vede cosa succede? Questo comportamento la logora, la fa star male e non si sente ascoltato, perché una parte di lei è esausta.
- Cristian:* Sì, devo fare delle analisi, non ho i soldi, e dovrei fare esami che non sto facendo, ma sto male, ho tanti sintomi...
- Responsabile:* Vede, Cristian, questo è un argomento di cui parlare con l'assistente sociale: la sua salute, come lei si sente [gli viene dato un appuntamento].
- Cristian:* Allora non mi date niente ora? [Ride].

Il signor Cristian arriva al Servizio sociale con diverse modalità ipercompensanti che oscillano tra l'essere aggressivo e prepotente e auto-esaltare le proprie conoscenze per sottomettere l'operatore, sostituirsi all'assistente sociale e imporre la sua visione dei problemi. L'assistente sociale in questo caso entra in simmetria con l'utente e questo non fa che aumentare i toni. La rabbia è utilizzata dalla persona principalmente per controllare l'operatore e imporgli di stare nell'ufficio assumendo una modalità aggressivo-prepotente. Al fine di mettere tutti «in protezione», la prima azione necessaria è quella di riposizionarsi nella conversazione, uscendo dall'ufficio o facendo uscire la persona poiché altrimenti non è possibile disattivare tale modalità. Vista la simmetria toccata dall'operatore, l'intervento di una terza persona risulta funzionale a ristabilire un ordine e il responsabile riesce a disattivare la modalità attiva riportando l'attenzione verso il malessere della persona, usando alcune parole dette dall'utente con toni più pacati. L'intervento dell'operatore che utilizza il concetto di *Mode*, a questo punto, è quello di aiutare la persona a comprendere e distinguere quella parte di sé che lo fa star male, in questo caso il «Cristian avvocato» che lo tiene sveglia di notte, dalla sua parte vulnerabile di Bambino che realmente soffre, perché emotivamente deprivato. Usare il termine «Cristian avvocato» consente all'assistente sociale di rendere visibile per la persona la distanza tra sé e quella parte di se stesso.

Alla luce della storia di vita raccolta, del colloquio sopra descritto e di altri colloqui, l'assistente sociale ipotizza che le modalità di ipercompensazione di Cristian derivino da deprivazione emotiva e quindi dalla sensazione che gli altri non esprimano mai abbastanza interesse ed empatia verso i suoi bisogni, portandolo a reagire in maniera rabbiosa e non facendo altro che allontanare sempre di più le persone.

### *Sesto colloquio. Il caso di Nicolas*

Il sesto caso è quello di Nicolas, un uomo di 50 anni circa, affetto da problemi cardiaci in carico da tanti anni al Servizio sociale. L'uomo è stato inserito in un collegio

fin da quando aveva due anni e non ha mai avuto dei legami con i suoi genitori, a causa del loro abbandono. Oggi Nicolas ha una moglie e una figlia. Il signore arriva al colloquio con l'assistente sociale per il rinnovo dell'assegno di cura ma, non conoscendo la nuova assistente sociale, con apparente facilità inizia a parlare della sua storia di vita.

A.S.: Se la sente di raccontarmi qualcosa della sua storia di vita?

Nicolas: Sono sposato da ben 23 anni e ho una figlia di 15 anni che frequenta l'istituto superiore. Lei ha bisogno di essere seguita perché ha problemi di discalculia. Io la esorto sempre a studiare, anche perché io ho invece una laurea in Pedagogia, ma non ho mai esercitato. Sono stato in collegio fin da quando avevo due anni. Sono stato sballottato da uno all'altro. Alcuni erano dei lager. Sono malato da quando avevo due anni. Sono stato danneggiato dopo aver fatto un piccolo intervento. I miei genitori mi hanno inserito subito in un collegio. Erano dei contadini e hanno delegato all'istituzione. Cosa sbagliatissima da fare [tono distaccato].

A.S.: Come si sentiva lei in quegli anni?

Nicolas: Eravamo tutte delle persone abbandonate! Quando cresci in un collegio diventi una belva. Inizi a costruire il tuo futuro e rompi le catene. I primi due anni lì sono stati duri, tutti noi abbiamo bisogno di una figura di riferimento. Abbiamo bisogno di sicurezza e di esprimere le nostre debolezze [il tono è pacato sofferente].

A.S.: Mi sembra di capire che si sentiva solo. Che significato aveva per lei questo? Come sono i rapporti con i suoi genitori oggi?

Nicolas: Mio padre è morto. Mia madre ha 87 anni, ma non ho rapporti con lei. Ci sentiamo ogni tanto al telefono, anche se mi sembra di sentire una signora estranea. Leggo con distacco tutto questo. Non accetto che i miei fratelli prendano le parti dei miei genitori! Non li capisco proprio! [Alza la voce].

A.S.: Riprova la solitudine di nuovo come allora?

Nicolas: Sì, esattamente come allora [tono basso].

A.S.: Anche con i suoi fratelli ha quindi dei rapporti difficili?

Nicolas: Sì sono sempre giustificati dicendo che in collegio stavo meglio, che almeno lì avevo qualcosa da mangiare e che riuscivano a curarmi. Come fai a stare meglio in una struttura del genere?

A.S.: Ritornando alla sua vita di oggi, però, mi sembra che abbia fatto un cammino importante, un lavoro, una famiglia, alcune soddisfazioni.

Nicolas: Sì, è vero, io e mia moglie siamo arrivati tardi alla genitorialità, ma nonostante tutto io sono l'unico tra i miei fratelli a essere sposato e ad avere una figlia...

A.S.: Bene, penso che lei nonostante tutto abbia dei motivi per essere soddisfatto.

Nicolas: Sì, è proprio vero, se non avessi loro... [Accenna un sorriso e mostra più empatia].

L'uso dell'osservazione dei *Mode* all'interno del colloquio consente di comprendere come all'inizio del colloquio Nicolas adotti un *Mode di coping Protettore distaccato*, descrivendo una vita che non sembra essere sua, quasi una narrazione giornalistica che elenca dettagliatamente ma senza emozioni tutto quello che è avvenuto. Anche quando denuncia il comportamento dei suoi fratelli e gli errori fatti dai suoi familiari, descrive la rabbia come qualcosa che non sembra appartenergli. Nella parte finale del colloquio la ripresa di temi di «riscatto» nella sua vita (moglie, figli, lavoro) consente di aprire la conversazione e di accogliere la parte vulnerabile di Nicolas, che accenna un sorriso. In questo modo l'assistente sociale cerca di contrastare lo schema di pro-

fondità ipotizzato (di abbandono). Inoltre, Nicolas esprime verso la fine del colloquio la parte funzionale e adulta di se stesso.

## Conclusioni

Il Social Mode Work è stato applicato nel corso di sei colloqui, avvenuti con utenti dei servizi sociali già conosciuti. Per tutti i casi è stato possibile procedere alla rielaborazione alla luce dei concetti teorici sopra descritti e solo per un caso, nel quale si è dovuto chiamare un mediatore culturale, è stata osservata la difficoltà di applicare la teoria descritta e per tali situazioni sarebbe utile uno studio a parte più approfondito.

Questo studio di casi in sintesi ha permesso di mettere in evidenza come il riconoscimento dei *Mode* (concetto che fa riferimento alla teoria psicologica della Schema Therapy) possa essere utile per l'assistente sociale a dare una cornice di senso a quello che avviene all'interno dell'interazione con l'utente, osservandone i cambiamenti all'interno dello stesso colloquio e ipotizzando i bisogni insoddisfatti che caratterizzano la parte vulnerabile della persona.

Il riconoscimento dei *Mode* consente di agire forme di accoglienza e ascolto, oppure interagire orientando l'azione al contenimento e alla limitazione in maniera consapevole, non entrando in simmetria con le modalità emotive di rabbia, distacco o ipercompensazione. In particolare, l'operatore che impara a osservare il *Mode* attivo in quel momento può proteggersi da forme di aggressività verbale e comportamenti impulsivi riconoscendo la funzione che la rabbia dell'utente ha in quel momento. Se da una parte la rabbia di un *Mode Bambino disfunzionale* ha la funzione di esprimere la propria sofferenza e per questo va accolta e fatta «ventilare» dall'operatore, la rabbia espressa da una modalità aggressivo-prepotente è incontrollata, smisurata e fredda, tesa ad allontanare l'operatore, denigrarlo e metterlo «al muro». Una rabbia che richiede un intervento diverso al fine di arginarla, accompagnando fuori dai locali la persona, oppure interrompendo il colloquio e uscendo dall'ufficio, ad esempio (si veda il caso di Cristian). Imparare a riconoscere i comportamenti degli utenti come non riconducibili alla propria persona, bensì alle modalità di funzionamento che l'utente mette in atto all'interno del sistema di relazioni, può avere un effetto benefico e protettivo della professionalità dell'assistente sociale, così come può prevenire forme di pregiudizio da parte dell'operatore verso l'utente.

Anche l'operatore, infatti, può adottare modalità emotive che oscillano tra due dimensioni prevalenti, riconducibili a due *Mode Genitoriali*: quello *esigente*, fortemente orientato alla realizzazione degli obiettivi e poco incline ad accettare i fallimenti propri e altrui; e quello *punitivo*, quando prevalgono pensieri ed emozioni connessi a senso di colpa, vergogna e svalutazione se la persona non sta, ad esempio, al patto o progetto concordato.

Introdurre il concetto di *Mode* nella pratica di servizio sociale e nella gestione dei colloqui di aiuto consente pertanto di utilizzare uno strumento specifico per osservare i comportamenti, dare significato alle parole e alle modalità utilizzate dagli utenti



e riuscire ad affrontare determinate situazioni difficili. Questo strumento teorico e operativo permette soprattutto di dare ordine e significato al mondo interiore della persona portatrice di situazioni problematiche e a orientare il lavoro dell'operatore in base al *Mode* che il soggetto adotta (arrabbiato, impulsivo, esigente, punitivo, arreso, evitante, distaccato). Infatti, in base ai *Mode* che l'utente esprime, il ruolo dell'operatore è quello di saper osservare, riconoscere e gestire al meglio queste modalità.

In conclusione possiamo affermare che l'utilizzo di concetti della Schema Therapy, all'interno dei colloqui di aiuto, può rappresentare un nuovo e valido strumento di lavoro per gli assistenti sociali, aiutandoli a dare un senso diverso alle proprie azioni e anche a quelle delle persone/utenti dei Servizi. In un contesto come quello attuale, ove la dimensione relazionale si nutre di forme di violenza verbale e aggressività che richiedono di attivare forme di protezione per sé e per l'utenza, pare urgente trovare forme di intervento efficaci. La dimensione fin qui studiata ha riguardato per ora la dimensione del lavoro con l'utenza, ma ulteriori e più approfondite ricerche potrebbero essere condotte anche nell'ambito del lavoro con i gruppi e lo sviluppo di risorse informali.

## Abstract

The article presents six case studies in which it was possible to apply some concepts deriving from the theory of Schema Therapy, a new generation cognitive behavioral theory, which offers interesting contents to orientate and strengthen social workers' interviews. The concept of Mode, as a theoretical and operative tool, in the practice of social service allows to observe and accept the emotional modalities that the subject adopts during the interview, being able to better calibrate the intervention to be implemented. The article therefore analyzes some interviews, aimed at focusing the processes and hypotheses that guide the use of Mode observation. The method used for the analysis of the collected material is predominantly qualitative. In the conclusions of this article, the recognition of users' emotional modalities, proves to be a protective and beneficial tool also for the professionalism of the operators.

## Keywords

Interview – Mode – Verbal aggression – Emotional needs – Needs – Prevention – Professional skills.

## Bibliografia

- Bertinelli L. e Vendemia G. (2015), *Professione Sociale e Psicologia: il Modello della Schema Therapy come assunzione di ruolo*, «Psicoterapia cognitiva e comportamentale», vol. 21, n. 3, pp. 367-389.
- Bianchi E. e Filippini S. (2013), *Le responsabilità professionali dell'assistente sociale*, Roma, Carocci Faber.
- Bowlby J. (1988), *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*, New York, Basic Books.
- Corbetta P. (1999), *Metodologia e tecniche della ricerca sociale*, Bologna, il Mulino.
- Dal Pra Ponticelli M. (1987), *Lineamenti di servizio sociale*, Roma, Astrolabio.
- Dente F. (2013), *Le nuove dimensioni del servizio sociale*, Rimini, Maggioli.
- Di Norcia A., Cremasco D. e Livi M.A. (2017), *Interventi di tutela dei minori e delle famiglie: La formazione universitaria fornita agli studenti dei corsi di laurea di base in Servizio Sociale è «sufficientemente buona»?», Book of Abstract CIRSS2017, <http://www.cirss2017.org>.*
- Facchini C. (2010), *Tra impegno e professione: Gli assistenti sociali come soggetti di welfare*, Bologna, il Mulino.
- Graham J.R. e Schier M.L. (2010), *Felici del proprio lavoro*, «Lavoro Sociale», vol. 10, n. 1, pp. 61-76.
- Halbesleben J.R.B. e Burkley M.R. (2004), *Burnout in organizational life*, «Journal of Management», vol. 30, n. 6, pp. 859-879.
- Jones C. e Novak T. (1993), *Social Work Today*, «British Journal of Social Work», vol. 23, n. 3, pp. 195-212.
- Rafaelli E., Bernstein D. e Young J. (2012), *Schema Therapy: Fondamenti di base e differenze dalla terapia cognitiva*, Sassari, Istituto di Scienze Cognitive Editore.
- Sicora A. (2013), *La violenza contro gli operatori dei servizi sociali e sanitari*, Roma, Carocci Faber.
- Sicora A., Nothdurfter U. e Sanfelici M. (2017), *Conoscere per agire: Violenza ed aggressioni contro gli assistenti sociali*, Ricerca condotta dal Consiglio Nazionale degli Assistenti Sociali, dalla

Fondazione Nazionale Assistenti Sociali oltre a numerosi Ordini regionali (la sintesi della ricerca è reperibile all'indirizzo [http://www.cnoas.it/Press\\_and\\_Media/Comunicati\\_Stampa/2017\\_395.html](http://www.cnoas.it/Press_and_Media/Comunicati_Stampa/2017_395.html)).

Tognetti Bordogna M. (2015), *Voglio fare l'assistente sociale: Formazione e occupazione dei laureati in Servizio sociale in tempi di crisi e discontinuità*, Milano, FrancoAngeli.

Wilson T. (1989), *Metodi qualitativi contro metodi quantitativi nella ricerca sociale*, «Sociologia e Ricerca Sociale», vol. 29, pp. 3-33.

Bertinelli L. e Vendemia G. (2017), *L'uso del Social Mode Work nel lavoro sociale. Studio di casi e nuovi concetti teorici per migliorare le tecniche di colloquio*, «Lavoro Sociale», vol. 17, suppl. al n. 6, pp. 73-91, doi: 10.14605/LS50