

Nell'illustrare i molteplici aspetti che approfondiscono il senso di competenza relazionale, abbiamo distinto spesso i livelli di funzionalità, semi funzionalità e disfunzionalità. Questa distinzione è particolarmente utile non soltanto in chiave conoscitiva, ma soprattutto in quella applicativa perché ai diversi livelli di competenza relazionale devono corrispondere attenzioni, impegno e modalità diverse per rafforzare, prevenire o ripristinare. La Tabella 13.1 presenta dodici criteri per distinguere i diversi livelli di approccio preventivo. La prevenzione del disagio nelle relazioni intime ha un significato quasi sovrapponibile a quello dell'intervento fattivo ed efficace sulle relazioni intime; al posto del termine *prevenzione* possiamo usare però anche l'espressione "prendersi cura".

Gli interventi pre-terapeutici, qualsiasi essi siano, sono da evidenziare perché presentano il minor rischio, sono opportunità offerte a molti, costano meno, operano ad ampio spettro, di per sé possono avere un'alta efficacia che va verificata. Quelli terapeutici sono indirizzati a persone decisamente cliniche, avendo accertato i sintomi; sono in una certa misura obbligatori (l'alternativa sono gli psicofarmaci o l'istituzionalizzazione), hanno alti costi in denaro e impegno, gli operatori che intervengono devono avere un alto livello di professionalità e l'efficacia è di per sé bassa, nel senso che la finalità è di ripristinare un livello sufficiente di funzionamento; l'efficacia è comunque da verificare. Una via di mezzo sono gli interventi para-terapeutici per persone a rischio di disfunzionalità, proponendo la finalità di scongiurare questo rischio e stabilire comportamenti funzionali. Ad essa va applicata specificatamente l'espressione: "Meglio prevenire che curare".

Vorremmo preferire l'espressione "prendersi cura delle relazioni" ad altri termini equivalenti o vicini perché dice un'attenzione costante che diventa stile di vita relazionale, che sa accogliere con empatia gli altri e, se è il caso, li sa accompagnare facendo assieme un percorso formativo o curativo. Dal dizionario apprendiamo che il concetto di cura significa, in primo luogo, un pensiero attento e costante, una sollecitudine affettuosa, un fare qualcosa con diligenza e accuratezza. Contemporaneamente, dice anche un dedicarsi a un'attività concreta come, per esempio, la cura della casa, ma anche *l'insieme dei rimedi usati per guarire* da una malattia, e questo in senso proprio e preciso (per esempio, *una cura per il fegato*) oppure in senso figurato *la cura dei mali sociali*. Tutti questi significati possono essere applicati alle relazioni e, in particolare, alla cura della competenza relazionale. Qui l'attenzione diventa diligenza, specificità e conoscenza scientifica, superando luoghi comuni e miti, altrimenti

Tabella 13.1 Criteri per differenziare i livelli di approccio preventivo del disagio. Adattata da: L'Abate L (1988) *Le risorse della famiglia*, il Mulino, Bologna, p. 51

Criteri	Livelli di prevenzione del disagio		
	Primaria pro-attiva e pre-terapeutica	Secondaria para-attiva e para-terapeutica	Terziaria, reattiva e terapeutica
1. Rischio	Da basso a minimo	Alto: in bisogno ma non critico	Molto alto: critico
2. Reversibilità	Alta: dal 67 al 100%	Media: dal 34 al 66%	Da bassa a molto bassa: dallo 0 al 33%
3. Probabilità di rottura	Bassa ma possibile	Media ma probabile	Alta e reale (vera)
4. Popolazione interessata	Non clinica: designata ma non diagnosticabile	Pre-clinica e diagnosticabile	Clinica: critica e diagnosticata
5. Capacità di apprendere	Alta	Media	Bassa
6. Finalità	Aumentare competenza e resistenza alla rottura	Diminuire stress e possibilità di crisi	Recuperare il funzionamento possibile
7. Tipo di coinvolgimento	Volontario: molte possibilità	Obbligatorio: minori possibilità	Su invio: nessun'altra possibilità di scelta
8. Raccomandazioni	"Sarebbe utile", "Sarebbe bello"	"Devi, prima che sia troppo tardi", "Estremamente raccomandato"	"È necessario", "Nient'altro da fare", "Altre scelte sarebbero più costose"
9. Rapporto costi/benefici	Bassi/alti	Medi/variabili	Alti/bassi (?)
10. Efficacia	Alta (?)	Da verificare	Bassa (?)
11. Operatori	Volontari pre-paraprofessionisti	Professionisti di livello medio	Professionisti specializzati
12. Tipi di intervento	Rafforzamento generale	Molto specifico	Specifico e specializzato
13. Grado di specificità	Generale/bassa	Individualizzata/media	Specifico/alta

la competenza nelle relazioni intime potrebbe essere scambiata col buon senso che ciascuno ritiene di avere a sufficienza.

Ci sono infatti tanti miti nella nostra cultura che a volte raggiungono l'estremo della follia (forse è la nostra società che continuamente li ripresenta e li mantiene!). Sono detti miti perché niente può essere più lontano dalla realtà. Ce ne sono tre che riguardano direttamente le relazioni intime:

1. *primo mito*: essere adulti in senso cronologico significa anche saper essere una persona umana pienamente efficiente e funzionante. Si presume così che le qualità di funzionalità, di efficacia e di competenza ci vengano date automaticamente sulla base dell'età. Un'altra manifestazione dello stesso mito consiste nella supposizione che se uno è istruito, magari con un diploma di scuola superiore o con un titolo universitario, automaticamente sia in grado di migliorare la propria capacità di relazionarsi agli altri intimi in modo efficace e progressivamente in positivo.

Su questa linea di riflessione, sappiamo che lo sviluppo emotivo, sociale e interpersonale è in gran parte indipendente dall'intelligenza *in sé e per sé* o, almeno, è richiesto un tipo di intelligenza diverso da quello che serve per imparare il contenuto di un libro e che chiamiamo intelligenza emotiva. Una cosa è certa, che diventare adulti in senso cronologico non significa diventare nello stesso tempo esseri umani responsabili, attenti, efficaci e competenti. L'età cronologica (non tanto l'intelligenza) non può essere equivalente alla competenza nelle relazioni intime;

2. *secondo mito*: sposarsi o convivere con qualcuno in una relazione intima, fondata sullo scambio sessuale, significa diventare automaticamente partner efficaci e funzionanti. Questa posizione non richiede particolari chiarimenti e dimostrazioni. Proprio il progressivo aumento di divorzi, senza menzionare i suicidi e gli omicidi fra partner, evidenzia come la maggior parte di noi non diventi partner efficace per il semplice fatto di vivere fisicamente con qualcuno o perché si è sposati. Il matrimonio e tanto meno la convivenza forniscono automaticamente le abilità necessarie per sostenere la relazione in una prospettiva di continuità;
3. *terzo mito*: mettere al mondo dei figli significa per ciò stesso diventare genitori efficaci e pienamente funzionanti. Non c'è bisogno di ricordare gli abusi, le negligenze e le punizioni che genitori incompetenti riversano sulla propria prole, come testimoniano le cronache quotidiane. Il capitolo sulla densità della genitorialità dice molto su questo mito.

Fuori dai miti e dalle ideologie, proprio dalla ricerca prolungata da anni procedendo con una corretta metodologia e mettendo a fuoco la ricchezza degli apporti che ruotano attorno alla competenza relazionale, trova giustificazione la gamma ampia di proposte applicative in quest'ambito e per i diversi livelli di funzionalità.

13.1 Il miglioramento della competenza relazionale

Questo miglioramento può avvenire attraverso diverse forme di auto-aiuto o con programmi volti a promuovere il ben-essere delle persone, delle coppie e delle famiglie. Entrambi gli approcci ricordati possono essere gestiti a distanza, tramite internet, utilizzando appositi scritti. Sono qualitativamente diversi da quelli para-terapeutici, volti a evitare esperienze negative per sé e gli altri o quelli di trattamento basato sugli scambi verbali faccia a faccia. Il trattamento di psicoterapia affronta, infatti, gravi

13 disfunzionalità e richiede probabilmente la combinazione di più modalità (auto-aiuto, promozione, prevenzione e trattamento) e forse anche un monitoraggio psichiatrico con farmaci psicotropi e/o anti-depressivi.

Restringendo all'area della competenza relazionale, è opportuno – tenendo ferma la distinzione ricordata – mettere a fuoco i possibili approcci che vanno oltre il quadro concettuale presentato nel libro assieme a quelli che derivano direttamente da esso.

Sul primo versante possiamo ricordare il saper giocare (non intendiamo certo la dipendenza, per esempio, dal gioco d'azzardo!) e il dedicarsi al volontariato. Certamente varia nelle diverse fasi del ciclo di vita, ma il saper spendere un po' di tempo da trascorrere nel gioco ha effetti positivi sul benessere delle persone. Anche la dedizione a iniziative di volontariato, prendendosi cura degli altri meno fortunati, serve alla salute e promuove la competenza relazionale, a meno che non significhi una fuga dalle relazioni tra intimi. In queste scelte possiamo intravedere un collegamento con lo stile creativo-conduttivo, con la propensione della pienezza dei sé e con l'equilibrio nelle priorità.

Meritano particolare attenzione i programmi di formazione delle abilità sociali. Si tratta di programmi di arricchimento strutturati, gestiti da formatori semi-professionisti sotto la supervisione di un professionista, con esercizi replicabili adatti sia per coppie che per famiglie. Quasi tutto ciò che è stato presentato come specificazione del concetto di competenza relazionale può essere tradotto in programmi di arricchimento. L'influenza pervasiva e crescente di internet suggerisce poi che la scrittura a distanza sarà il modo abituale di comunicare in questo nuovo secolo; si tratta allora di capire e individuare le modalità adatte per lo specifico approccio formativo o di aiuto. Probabilmente il confronto sul campo di due modalità diverse per lo stesso obiettivo potrebbe aiutare a individuare quella più efficace per quella specifica situazione.

Le risorse personali

Un programma di arricchimento che lavora sulle dimensioni individuate *E, R, A, Aw, C* è già stato costruito e applicato da diverso tempo con successo. In teoria, la natura strutturata del programma permette di ridurre l'intervento facendo lavorare per iscritto su specifici temi (magari al computer);

La capacità di amare

Un concetto ridondante, ma che può essere esplicitato in diversi aspetti costruendo esercizi specifici. Per esempio, l'essere come presenza, il dare e ricevere importanza, costruire delle priorità consistenti, coltivare l'intimità, tenere la giusta distanza, rafforzare le qualità di relazione dei genitori.

La capacità di controllo di sé

Ci sono alcuni esercizi di pratica interattiva relativi alla esternalizzazione, e quindi allo scarico senza o con poco controllo rabbia e collera. Circa la internalizzazione, un quaderno di lavoro è dedicato al procrastinare, ma ci sono esercizi interattivi tesi a instaurare un equilibrio tra la tendenza a esprimere sentimenti ed emozioni in ritardo e quella a scaricare esternando ogni tensione.

Gli stili nelle relazioni intime

Su questi stili sono stati creati diversi esercizi volti a rafforzare lo stile CC e far abbassare quelli RR e AA.

Le priorità

Un programma di arricchimento sia per le priorità verticali che per quelle orizzontali viene utilizzato da anni dando risultati soddisfacenti.

L'intimità tra persone vicine

È stato creato almeno un centinaio di esercizi riguardanti quest'area, suddivisi per temi specifici: superare l'evitamento dell'intimità, la disponibilità agli altri, vedere il bene, il prendersi cura, la condivisione dei sentimenti feriti, il perdono, come proteggere, la responsabilità e saper godere.

13.2 Interventi di prevenzione per evitare esperienze negative

Gli interventi preventivi o terapeutici vanno differenziati in base al livello e al tipo di funzionalità. Per esempio, anche se per la maggior parte la funzionalità è scarsa, potrebbe non essere necessario interventi ad hoc per raggiungere un miglioramento e una persona potrebbe trovare beneficio da pratiche a basso costo, come la danza, l'esercizio fisico, i massaggi, il dedicarsi al volontariato, come già detto.

Per orientare verso scelte logicamente fondate negli approcci preventivi e terapeutici, i disturbi di personalità vanno differenziati nei due gruppi: quelli che esprimono esternalizzazione dei problemi e quelli che spingono all'internalizzazione. Con disturbi di internalizzazione, data la loro tendenza a ritardare e all'introspezione, può essere adatto in primo luogo il dialogo faccia a faccia, che è modalità base della psicoterapia, magari integrata da altri compiti assegnati per casa e che utilizzano vari tipi di scrittura o di attività non verbali. Con la tendenza all'impulsività e con capacità inadeguate di analisi, è preferibile assegnare compiti scritti a casa. Una volta superato lo scompensamento della crisi o il pericolo di essere incriminati (oppure per chi è già in carcere), possono essere di aiuto gli esercizi per aumentare la riflessione e l'introspezione, mentre vengono attivati i controlli per tenere sotto osservazione e abbassare l'impulsività.

Gli ultimi tre decenni registrano la messa a punto di nuovi interventi strutturati di competenza relazionale con carattere psico-educativo. Sono pacchetti di training di durata limitata, su argomenti specifici destinati a persone, coppie o famiglie normali o semi-funzionanti, volti, per esempio, alla formazione dell'assertività che è il tema specifico che ha dato l'avvio a questa modalità. Per *assertività* si intende la possibilità di farsi sentire e, quindi, di trattare con successo situazioni interpersonali difficili. Ovviamente, la gamma di training di competenza relazionale comprende una varietà di aspetti, tra cui l'assertività, le competenze relazionali pre-professionali, la gestione delle attività di vita quotidiana, le micro-abilità interpersonali, la capacità di gestire gli incontri, la gestione affettiva (rabbia, tristezza, ansia), la gestione cognitiva

13 (prendere decisioni, saper fare, *problem solving*, *brainstorming*, la contrattazione, il pensiero positivo, la consapevolezza interpersonale, questioni di intimità, affettività e sessualità).

Una definizione più generale riguardante la competenza relazionale può indirizzare a un repertorio di comportamenti verbali e non verbali attraverso i quali le persone interessate influenzano positivamente o negativamente il comportamento di partner intimi e non intimi (compagni, genitori, fratelli, insegnanti e collaboratori) incidendo sull'ambiente circostante a lungo termine per ottenere gli esiti desiderati e rimuovere o evitare quelli indesiderati, sia all'interno della famiglia che in altri ambienti (scuola, lavoro, luoghi di tempo libero). La misura in cui i partecipanti riescono a ottenere i risultati desiderati ed evitare quelli indesiderati, senza infliggere dolore o sofferenza agli altri, la competenza relazionale viene rafforzata. In questo senso, la maggior parte dei programmi psico-educativi di formazione sociale hanno lo scopo di correggere specifiche aree per innalzare il livello di competenza.

13.2.1 La formazione della competenza relazionale

L'attenzione alla competenza relazionale, più che puntare sull'impegno per dedurre motivazioni cosce e inconscie o individuare stati interni o tratti di personalità, pone attenzione alle situazioni di disadattamento e ai comportamenti devianti intesi come deficit di abilità semplici. Quindi, le persone con deficit di competenza relazionale hanno bisogno di formazione o di allenamento più che di terapia. Questa formazione è attuata mediante la presentazione puntuale dei concetti attraverso istruzioni verbali e scritte, conferenze, esperienze di modellamento, utilizzo di prove e di manuali guida, verifiche di feedback, compiti a casa, training di rilassamento, auto-rinforzo, materiale didattico vario, ecc.

Le prove consistono in un addestramento reiterato delle competenze acquisite, nella discussione aperta e diretta e quindi nella generalizzazione delle abilità acquisite applicandole ad altri ambienti come le attività di casa, sul posto di lavoro o nel tempo libero. Per generalizzazione si intende la capacità di utilizzare le competenze apprese in uno specifico contesto attuandole in un altro ambiente e ottenendo effetti simili e, in genere, una maggiore utilità implicita, esterna al contesto formativo di partenza.

È consapevolezza generale che i bisogni di salute mentale non sono stati rispettati e soddisfatti con le tradizionali metodiche fatte con conversazioni faccia a faccia in contatti personali, come la psicoterapia.

I professionisti della salute mentale sono di fronte alla sfida di imparare a utilizzare le tecnologie attualmente disponibili per raggiungere le popolazioni finora trascurate e che hanno bisogno di colmare la loro incompetenza relazionale, utilizzando maggiormente lo scrivere a distanza, migliorando il rapporto costi-efficacia e raggiungendo più persone: tutto questo in alternativa o in aggiunta al rapporto personale basato sulla conversazione.

Con la televisione, i computer e internet, il settore della formazione alla competenza relazionale ha il potenziale per raggiungere e aiutare in modo interattivo, attraverso

lo scrivere a distanza, un numero molto maggiore di persone di quante siano state raggiunte finora, che sono nell'area della funzionalità (però a rischio), della semi-funzionalità (ma nel bisogno) e della disfunzionalità (già in crisi). I tradizionali programmi psico-educativi di formazione delle abilità che richiedono un dialogo faccia a faccia con il contatto verbale con un formatore dovranno cedere il passo alle tecnologie programmate per lavorare a distanza. Di conseguenza, i programmi volti al miglioramento e alla diffusione della competenza relazionale avranno un futuro nella misura in cui si impiegheranno le tecnologie esistenti per raggiungere e aiutare di più le persone carenti di capacità relazionali, più di quanto non sia stato possibile in passato.

13.3 Esercizi interattivi in condizioni cliniche

Sono esercizi scritti, pratici e interattivi oppure dei quaderni di lavoro per persone in condizioni borderline o cliniche. Sono stati creati perché vengano utilizzati come compiti a casa intervallati da sessioni di dialogo faccia a faccia non molto frequenti. Lo scopo delle sessioni è di controllare il risultato ottenuto dai compiti una volta completati. Di per sé il controllo può essere effettuato anche on-line, una volta che è stato raggiunto l'ingaggio terapeutico. Può esserci però anche l'inversione delle parti, nel senso che si accetta il rapporto faccia a faccia quando il soggetto (persona, coppia o famiglia) ha completato gli esercizi per casa. Questa è una procedura operativa standard nella pratica medica e non vi è alcun motivo razionale o empirico perché la stessa pratica non possa essere seguita in un intervento di salute mentale.

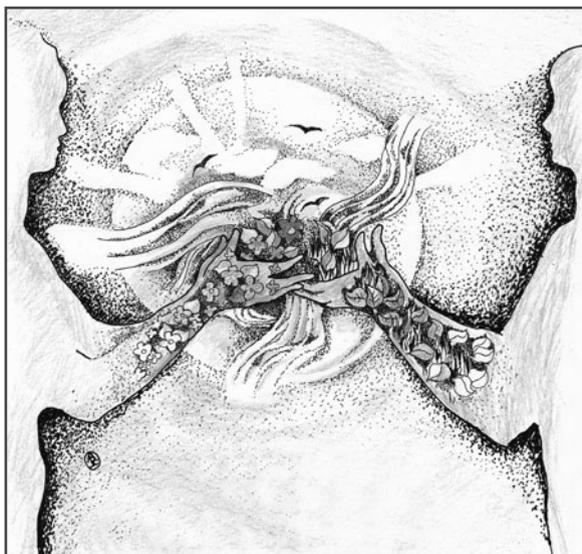
Questo modo di operare può suonare eccentrico al professionista della salute mentale che ama mettere in gioco la propria presenza e la propria parola. Si può controbattere dicendo che se la presenza, il dialogo faccia a faccia e la competenza del professionista sono così importanti, queste qualità dovrebbero essere usate con parsimonia e in modo selettivo, non solo sulla base delle parole, ma sulla base di atti, come il completamento dei compiti per casa prescritti che rappresenterebbe il modo migliore per valutare se i clienti sono interessati a lavorare per il cambiamento o se vogliono dipendere dal terapeuta senza assumersi la propria responsabilità.

Un'implicazione meno radicale di queste proposte riguardanti gli interventi terapeutici riguarda le fasi successive. In primo luogo, dopo un modulo di consenso informato in merito ai compiti, l'assegnazione potrebbe riguardare compiti di facile esecuzione, come la compilazione di un questionario riguardante i comportamenti singoli o di coppia, oppure le attività della famiglia. In secondo luogo, le attività assegnate dovrebbero essere ordinate da quelle più facili e gradite ai partecipanti e progredire poi fino a compiti più difficili e complessi, specifici per il funzionamento target di individui, partner e famiglie. In questo modo, la terapia faccia a faccia basata sulla parola potrebbe, per esempio, essere accompagnata dall'assegnazione di esercizi pratici da completare come compiti per casa riguardanti aspetti laterali al problema centrale affrontato nella sessione, come i conflitti relazionali oppure dei disturbi individuali.

13 Questa proposta risponde a un paradigma nuovo per gli interventi terapeutici che prevede un processo di intervento gerarchico: piano A (auto-aiuto); piano B (esercizi interattivi scritti di competenza); piano C (sessione con interventi faccia a faccia parlati); piano D (psicofarmaci). Se il piano A non funziona, si passa al piano B; se B non funziona, si applica il piano C. Se C non funziona, si applica il piano D. Se necessario, nei casi più gravi, tutti questi piani possono essere applicati assieme in modo sinergico.

Accenniamo per titoli gli esercizi creati e già applicati da professionisti diversi, distinguendo, come già indicato, quelli adatti per affrontare i disturbi di internalizzazione in ragazzi/adolescenti e adulti e, successivamente, i disturbi di esternalizzazione sempre in ragazzi/adolescenti e poi in adulti:

1. disturbi di internalizzazione:
 - ragazzi e adolescenti: ansia di separazione, disturbo d'ansia, depressione, paure, stress post-traumatico, sindrome di Asperger;
 - adulti: disturbo depressivo, fobie, procrastinazioni, ansia, depressione, disturbo post-traumatico da stress, solitudine;
2. disturbi di esternalizzazione:
 - ragazzi e adolescenti: disturbi distruttivi dello sviluppo, deficit di attenzione e iperattività, rabbia, disturbo di condotta, opposizione di provocazione, agitazione;
 - adulti: rabbia, ostilità, aggressività, comportamento antisociale, agitazione.
3. altri disturbi: iperdipendenza, abuso sessuale, problemi psicologici, sbalzi d'umore.

Box 13**Programma strutturato sull'intimità di coppia**

Il programma è stato costruito utilizzando i criteri dei programmi strutturati per la parte riguardante le sessioni con il formatore e il piccolo gruppo (all'incirca otto coppie) e i criteri indicati per i quaderni di lavoro per la parte riguardante la consegna individuale e di coppia come compiti per casa.

La costruzione del programma

Dopo la costruzione del questionario sull'intimità coniugale che traduce in modalità valutativa il modello di intimità illustrato nel capitolo decimo, è seguita la proposta di creare un programma strutturato che abbinasse sessioni di gruppo e impegno personale e di coppia in compiti per casa. Questo passaggio è stato giustificato dalla qualifica di prescrittività degli strumenti valutativi sulla quale avremo l'opportunità di ritornare. Il programma è stato intitolato: "Misteriosa, non magica la nostra intimità" per indicare come la condivisione di *presenza* o essere sia una realtà che non si comprende soltanto con le capacità cognitive, ma che abbisogna della sinergia equilibrata di tutte le risorse personali attivabili nel processo di scambio di informazioni e di beni. Misteriosa, pertanto, significa complessa (comprende tanti armonici), non basta sia spiegata a parole, rimangono sempre aspetti da riprendere e da ricomprendere. Questo non vuol dire che sia magica, che va e viene come vuole, qualcosa che piove dal destino, che viene donata da non si sa chi, che se ne va improvvisamente e che non dipende dalla volontà dei due protagonisti. Non è magica perché costruita, col-

tivata e arricchita dalle gioie e dai dolori uniti all'impegno nella vita quotidiana di coppia.

Riprendendo i contenuti delle sei scale del questionario nelle ricerche per la costruzione e validazione delle stesse, era stato notato che i punteggi dei maschi erano diversi da quelli delle femmine. Questi risultati mettevano in luce un diverso modo di approcciare le tematiche dell'intimità dei mariti e delle mogli e facevano intravedere l'opportunità di utilizzare il confronto come strumento di formazione. La letteratura poi, pur nella diversità delle ricerche empiriche, indicava che soltanto il 25% delle coppie in relazione stabile raggiunge un grado soddisfacente di intimità psicologica: ciò vuol dire che esiste un vasto campo di possibilità di intervento utile.

L'occasione per la costruzione e la messa a punto del programma venne offerta dalla decisione della Fondazione Centro della Famiglia di Treviso di dedicare le proposte di formazione continua per gli operatori volontari sulle tematiche dell'intimità coniugale. La prima stesura comprendeva le indicazioni per le sessioni di gruppo e i quaderni di lavoro per le consegne da svolgere a casa. Si prevedevano sei tappe, una per ogni dimensione del questionario di intimità coniugale. Dopo questa prima esperienza, il materiale didattico venne ripreso, corretto, riordinato secondo il metodo dei cinque passaggi per ogni tappa. Il primo passaggio viene svolto in gruppo con lo scopo di mettere a fuoco l'argomento, una specie di *debriefing* per raccogliere da ciascun partecipante il primo impatto, soprattutto di natura emotiva, all'argomento proposto: l'interesse suscitato, le eventuali difficoltà intraviste, le esperienze in merito, l'opportunità di fare chiarezza sui concetti e sui vissuti e ogni altro aspetto utile per avviare il processo di revisione e di approfondimento. Il secondo passaggio prevede almeno un'ora di riflessione personale, seguendo le indicazioni del quaderno di lavoro. La persona è impegnata a cogliere i propri vissuti più profondi e a cercare di dar loro un nome, cioè di oggettivare i sentimenti, ma anche di rileggerli criticamente utilizzando la propria capacità di riflessione, di logica, di ragionamento, di confronto con le esperienze fatte, ecc. Il tutto serve come preparazione personale al dialogo di coppia (terzo passaggio), ancora seguendo la guida del quaderno di lavoro. Il dialogo va svolto all'insegna dell'ascolto e non del giudizio, al confronto e al rispetto dei diversi vissuti, alla capacità e volontà di scoprire un terreno comune di condivisione, ma anche di accettazione delle differenze. Vengono suggeriti alcuni esercizi di comunicazione non verbale per sollecitare e rinforzare l'accoglienza reciproca. Il quarto passaggio coincide con l'incontro di gruppo che ha lo scopo di confidare da parte di ogni coppia agli altri partecipanti il significato del lavoro finora svolto e di chiedere chiarimenti e spiegazioni su aspetti risultati meno chiari o di difficile applicazione alla propria relazione. Il formatore ha il compito di aiutare i presenti a porsi in ascolto partecipato, a dare eventuali spiegazioni, a trarre le conclusioni individuando gli aspetti condivisi e quelli che differenziano le varie coppie, a invitare ciascuna coppia, come lavoro da fare a casa, a tirare le somme

scegliendo “tre idee particolarmente significative e un impegno individuale o di coppia da tradurre in pratica nel prossimo periodo”. Questo compito per casa rappresenta il quinto passaggio. Qualche anno più tardi è stata inserita nel programma la possibilità di chiedere e di ricevere per internet degli approfondimenti presi da un'antologia di testi precedentemente confezionata e di scrivere al formatore una valutazione libera dell'utilità del lavoro svolto nella tappa (oltre alla possibilità di ottenere spiegazioni su termini e significati degli esercizi da svolgere).

Ovviamente viene premesso alle tappe un momento di presentazione reciproca e di socializzazione con la somministrazione del questionario di intimità coniugale. Svolto il lavoro delle tappe (se il ritmo programmato è quello settimanale, dopo un mese e mezzo circa dall'inizio), c'è ancora lo spazio per la verifica finale, il re-test e la proposta di un follow-up a sei mesi, dove c'è la possibilità anche di confrontare alcuni risultati della prima con la seconda somministrazione del questionario di intimità coniugale.

Durante l'anno 2005 hanno chiesto di partecipare al programma una cinquantina di coppie in alcune tornate. Una dozzina ha cominciato ma poi interrotto il cammino di training dopo qualche tappa, adducendo come motivo degli im-

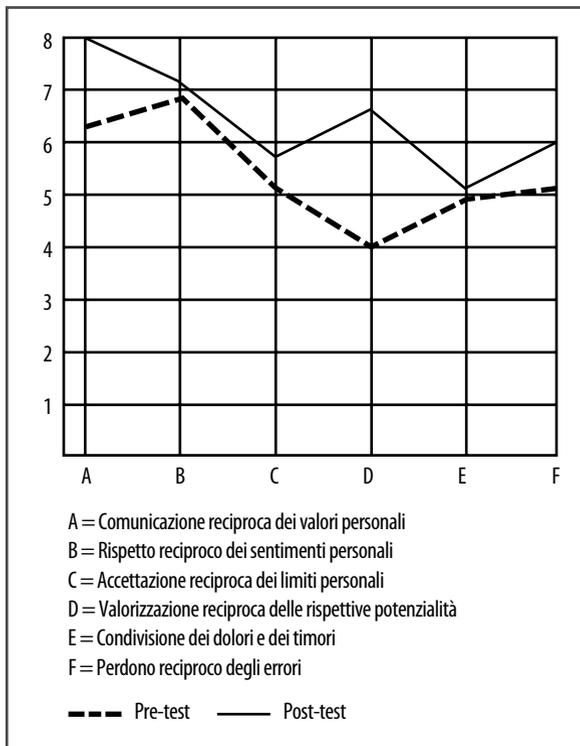


Fig. 13.1
Media dei punteggi (%) degli accordi positivi sulle scale di intimità coniugale prima di iniziare il programma e dopo il programma

pegni sopraggiunti; in realtà, era abbastanza palese la loro difficoltà nell'affrontare le problematiche della loro intimità relazionale. Le rimanenti 48 coppie hanno completato il programma e il confronto tra la prima e la seconda somministrazione del questionario è riassunto nella Figura 13.1, che riporta in percentuale i punteggi degli accordi positivi.

I valori della prima somministrazione sono così distribuiti: sopra la media la Comunicazione reciproca dei valori personali e il Rispetto reciproco dei sentimenti personali; sulla media l'Accettazione dei limiti personali, la Condivisione dei dolori e il Perdono reciproco degli errori; sotto la media la Valorizzazione reciproca delle potenzialità del partner. Con la seconda somministrazione l'andamento dei valori cambia così: tutte le dimensioni sopra la media, tranne la E (Condivisione dei dolori), che rimane sulla media. Differenze significative tra prima e dopo appaiono per la Comunicazione reciproca dei valori personali, per la Valorizzazione reciproca delle potenzialità del partner e per il Perdono reciproco degli errori; non ci sono scarti significativi per le altre tre dimensioni.

Pertanto, il lavoro con il programma ha inciso maggiormente sulla dimensione della Comunicazione reciproca dei valori personali e sulla Valorizzazione per rispettive potenzialità. Non ha spostato di tanto la percentuale del Rispetto dei sentimenti personali (d'altronde già alta) e quella dell'Accettazione dei limiti personali e della Condivisione dei dolori (sulla media). Il processo formativo ha messo in moto una comunicazione maggiore e una conoscenza reciproca maggiore; il rispetto dei sentimenti personali mostrava fin dall'inizio un punteggio alto, mentre l'Accettazione dei limiti e la Condivisione dei dolori si rivelavano dimensioni più difficilmente aggredibili con questo programma perché, con ogni probabilità, come abbiamo già detto, si collocano a un livello più profondo dell'identità personale.