

# La costruzione di un processo diagnostico per le persone affette da dipendenza patologica da sostanze

## Premessa

Almeno quattro sono le questioni che vanno chiarite per poter fare proposte serie sulla costruzione di un processo diagnostico finalizzato alla cura delle persone in dipendenza patologica da sostanze psicotrope.

La prima riguarda la definizione degli obiettivi e della loro scala gerarchica relativamente al processo in questione

La seconda riguarda il sistema di premesse scientifiche che presiedono al argomentare e proporre

La terza riguarda la strategia o le strategie per costruire una cultura condivisa almeno in parte sostanziale sul processo di diagnosi

La quarta riguarda la relazione tra le prime tre e gli strumenti che si possono costruire per comunicare tra diversi attori durante il processo.

Intanto chiariamo cosa intendiamo per processo di diagnosi e cura. Ognuna di queste tre parole contiene un sistema di significati complesso e di non facile comprensione.

La parola processo. Processo è il contrario di atto o di somma di atti. Processo significa che la diagnosi non è classificazione, nosografia ma la costruzione di un sistema di significati e significanti che svelino il senso dell'esistenza che abbiamo davanti e della nostra esistenza in interazione con quella. Sappiamo che non possiamo conoscere un sistema complesso se non perturbandolo e che nel momento in cui lo perturbiamo quel sistema è già cambiato o cambia per non cambiare, sappiamo che la irriducibilità del senso di una esistenza è paradigma ma che proprio questa irriducibilità ci svela quel senso. Mille sarebbero le citazioni da fare per chiarire che se di processo, parliamo di un film e non di un fotogramma per quanto significativo possa essere.

La nostra proposta non può che essere quindi che la descrizione di un procedere e dei paradigmi dello stesso.

## La parola diagnosi

Letteralmente “dia” cioè attraverso gnosis il conoscere. Parte dalle premesse che Bateson ha chiarito così magistralmente in mente e natura. La mappa non è il territorio ovvero la rappresentazione dell’altro non è l’altro ma una sua interpretazione e quindi diagnosi significa rigore ermeneutico, quello di cui parla Gadamer. La diagnosi è scienza vale a dire approssimazioni e approfondimenti che disegnano rappresentazioni sempre più profonde e quindi ci portano verso il nocciolo del senso dell’esistenza di quella persona

Diagnosi significa la ricerca di ciò che non si vede di ciò che non appare. Quindi significa non conclusione ma esitazione, non definizione ma scoperta. In questo senso il processo diagnostico è molto simile a quello che Claude Levi Strauss disegna per l’antropologia o che Harold Garfinkel indica con il suo approccio etnometodologico.

La diagnosi non disdegna sistemi come il DSM V o test o altre forme di classificazione o misura ma ne sa riconoscere i limiti e l’immane errore. Non esiste misura senza errore. Non esiste conoscenza senza errore. Senza errore esiste solo la ripetizione, lo stereotipo, la morte del soggetto e della soggettività ... la morte che non ha come tutte le morti nessun bisogno di diagnosi poiché è definitiva certezza.

## La parola cura.

Nel secolo scorso questo concetto è stato articolato in almeno tre modi sostanzialmente diversi.

1. la cura come distruzione dell’altro in quanto altro,
2. la cura come cambiamento dell’altro e
3. la cura come compassione dell’altro in quanto altro

Per tutte e tre queste ermeneutiche il punto di partenza è lo stesso: il prendersi carico dell’altro. Ma per ognuna di esse il processo di realizzazione di questo “prendersi” segue percorsi completamente diversi l’una dall’altra. Vediamoli

### La cura come distruzione dell’altro in quanto altro

L’altro. Il tossicodipendente l’alcolista il folle è portatore di una esistenza l’insopportabile.

La prima reazione che si ha di fronte a qualche cosa di insopportabile e/o inaccettabile è quella di attribuire la colpa all'altro e di trovarne sistematicamente le prove (che siano irreali non ha alcuna importanza, ovviamente)

Sorvegliare e punire sono quindi le ovvie conseguenze. Il fine non è solo, come ingenuamente si può pensare e spesso è stato e viene dichiarato, il contenere e il redimere o riparare.

Il fine è distruggere, annientare l'altro in quanto altro.

Basta guardare i corpi dei folli che sono stati "sorvegliati" e curati nel senso di ri – condotti verso la sopportabilità e l'accettabilità. Sono corpi piegati, accartocciati, sono occhi abbassati, sono rin - chiusi materialmente e spiritualmente, sono passivizzati, resi bravi e buoni ... non fanno paura

L'altro è ridotto.

È oggetto della cura. Non ha parola. È la psicopatologia che gli viene attribuita. È la biochimica alterata di quella psicopatologia. È nella mano del medico che ne dispone, attraverso il suo linguaggio volutamente criptico, la via della sua ri - duzione. Letteralmente.

Se la colpa e il male può essere distrutto (ovvero l'altro in quanto altro) il modello è salvo. Il sapere gli è negato. Anzi il sapere è del curatore e solo di questi. Egli non è voce di alcunché. È il curatore che è voce. Quella voce dice chi è "il malato" o "la malattia". La sua parola è scienza nel senso della legge non nel senso dell'approssimazione. E la scienza, quando è legge, è verità inoppugnabile.

Il tossicodipendente è quindi separato e scomposto in modo tale che, in realtà, alla fine dei conti, non esiste e quindi non mette in discussione il modello. La diagnosi non è quindi un processo di conoscenza in cui l'altro mi svela e si svela quanto me. La diagnosi è classificazione funzionale alla scomposizione che procede quindi all'aggiustamento del "pezzo".

Il prodotto non è più un altro da me che mi interpreta e mi chiede interpretazione. Non è una ermeneutica dell'essere nel mondo che mi inter - essa.

Non è, punto! E come tale non dice, non svela, non sorprende, non ...

La cura come cambiamento dell'altro

In questo paradigma l'altro non è più insopportabile ... è sbagliato

Più precisamente è fuori norma nel senso che è fuori del range (minimo massimo) che definisce la salute. Come, per analogia, nelle analisi del sangue o nella epidemiologia o nella statistica.

Il folle e il diverso sono uno scarto nel senso matematico del termine, un vicolo cieco che va riaperto, un inespresso che va liberato.

La reazione che si ha di fronte a questo errore è "così non va bene". La colpa è di secondaria importanza; è "il non andar bene" la questione centrale.

Quindi il paradigma diventa : cambiare e riparare

Il fine è affermare il proprio primato rispetto all'altro. Se infatti l'errore va corretto ciò che non è errore è il sano e il giusto.

L'altro diventa soggetto nella misura in cui si lascia trasformare, si lascia cambiare. Ha parola nella misura in cui ridonda la parola del terapeuta e gli fornisce il materiale per farlo cambiare. È anche una biografia e non solo una patologia nella misura in cui ritorna a essere come avrebbe dovuto essere. Esiste nella misura in cui è nella competenza del curatore che lo riconduce attraverso la sua conoscenza allo stato dell'essere che avrebbe dovuto essere

Nella misura in cui ...

L'altro, in quanto altro, è condotto, segue.

Se cambia è guarito. La guarigione è l'orizzonte del curatore, non l'altro in quanto altro. E il curatore non può fallire pena il perdere l'orizzonte di senso e , quindi, se stesso.

Quindi il paziente (che deve appunto essere paziente) se non guarisce deve riessere ri - curato sin quando il cambiamento non avviene ridando senso al curatore o non esiste (e in questo caso spesso viene affidato a chi pratica la cura come distruzione).

La diagnosi è la costruzione dell'orizzonte di senso del curatore, è l'individuazione dell'errore, della disfunzione. È la separazione dell'errore dall'errante che diventa così non solo non colpevole ma anche oggetto della riparazione.

L'altro in questa separazione perde il senso del sintomo che, al contrario di ciò che questa parola significa, non è più ciò che tiene insieme il paziente bensì il "nemico"

da estirpare. Sicché può capitare che il paziente impazzisca, perdendo ciò che lo tiene insieme, attraverso proprio la cura del curatore ... si chiamerà allora questo: fuoco amico ... ciò che comunque lo terrà insieme è la cura del curatore, anche per sempre.

Il prodotto è un altro da me che mi interpreta ma che non mi chiede interpretazione. Non è una ermeneutica dell'essere nel mondo che mi inter – essa, ma un'ermeneutica dell'essere nel mondo che lo interessa.

L'altro è interpretato e deve imparare a interpretare il nuovo che non è mai stato: il cambiato, il guarito, il sano.

È, se ..., puntini! E solo come tale, è detto, è svelato, ...

Se cambia, se guarisce

Ma anche se non cambia e non guarisce non mette mai in discussione il curatore e la sua cura. Semplicemente è rimandato; sicché ripeterà, sin quando non cambia e non guarisce, la cura

La cura come compassione dell'altro in quanto altro

Qualsiasi essere umano indipendentemente da ogni qual si voglia sua caratteristica o condizione per il solo fatto di essere un essere umano ha comunque diritto alla cura e alla riservatezza che di quella è corollario.

La cura come distruzione e la cura come cambiamento non rispettano questo principio.

Ma v'è di più. Curare non ha solo come premessa questa posizione razionale; curare è sentire l'altro in quanto altro. Questa è la parte più difficile per il curatore poiché sentire l'altro in quanto altro indipendentemente da ogni qual si voglia sua caratteristica o condizione è letteralmente impossibile. L'altro, sul sentire, è e resta un luogo oscuro per il curatore. L'altro, dicevano i nostri vecchi maestri, è irriducibile a qualsivoglia parola o sentimento venga vissuto dal curatore

Irriducibile non incompatibile

La differenza è enorme. La conosce bene chi fa clinica autentica e non "trucco".

Compatire non significa denudare l'altro sul piano del sentire e delle emozioni, ne denudarsi.

Significa essere disponibile a sentire ciò che la interazione con l'altro fa pathos in noi e accettare questo pathos, prima di interpretarlo, come un "dono".

Il segno della compassione autentica è sempre la sorpresa, l'inatteso, l'arcipelago di cui parla Eugenio Borgna.

Nulla di ciò si dà come segno nella cura come distruzione o guarigione.

L'altro, allora, non è ridotto

L'altro ci chiede ascolto e attenzione autentica.

Dialogo. Egli e io siamo dialogo così come ne parla Hans-Georg Gadamer dialogo è anche conflitto, discussione accesa a volte lunga e incerta nella sua definizione, ma mai monologo.

L'altro ha sempre qualche cosa da dire che vale la pena ascoltare. Ascoltare è interpretare, inevitabilmente. Ogni cosa compresa da un ascoltatore è tale poiché sta nel dominio del sistema di paradigmi con il quale egli ascolta, appunto.

E questo dominio non è mai tutto il possibile poiché ogni ascoltatore è un soggetto e come tale parziale.

La follia, la differenza allora sono parola, sono significato significante, vanno comprese.

Esse ci parlano di volta in volta dei vari sensi che l'essere nel mondo ha e spesso non sa di avere, ci schiudono alla nostra parzialità e precarietà e al senso che questo ci dà ( e al non senso che dà l'onnipotenza e i suoi simulacri): sono le sponde che fanno il fiume e quindi la storia e il processo non l'acqua ( sono i limiti che danno senso..)

Sono voce da interpretare, voce oscura poiché la verità non è certezza ma approssimazione.

E come voce ci sono indispensabili perché per poter dire io sono questo e non sono quest'altro quelle voci sono essenziali; abbiamo assoluto bisogno dell'altro.

Non per compiacerlo, non per costruire elegie sulla sua miseria ( che anch'essa ci rimanda alla nostra), per buonismi da dame di carità, non per questo

Per guardarlo dritto negli occhi e aprire il pugno in una mano tesa. E il tendere la mano suo e nostro

Veniamo ora alle quattro questioni di cui all'inizio di questo paragrafo.

### **La definizione degli obiettivi e la loro gerarchia nel processo diagnostico**

A chi e a cosa deve servire un processo diagnostico. La domanda è tutt'altro che scontata. Molte cartelle cliniche servono agli epidemiologi o a coloro che vogliono monitorare un fenomeno, altre servono al medico o all'educatore per definire, sulla base delle risorse disponibili, cosa si può fare in un determinato "caso", altre ancora servono ai servizi per comunicare e fare rete sul caso....

E il paziente?

Intendiamoci bene, non stiamo dicendo che le finalità di cui sopra non sono legittime. Lo sono eccome!

Stiamo dicendo che la proposta che cercheremo di costruire mette quelle finalità al secondo o al terzo o quarto posto perché al primo vuole mettere il paziente. Si fa diagnosi per curare lui innanzitutto.

Questo comporta però una serie di cambi di paradigma che è bene esplicitare. Il primo riguarda la famosa questione dell'osservatore. In sintesi ogni osservatore che osserva un soggetto osservato, in una certa misura, lo modifica nell'osservarlo e ne è modificato. Questo non avviene se l'osservazione è per l'osservatore unicamente finalizzata alla catalogazione.

Se c'è relazione, però, significativa eificante il paradigma conta eccome. Che conseguenze ha il paradigma dell'osservatore nel percorso processo diagnostico? Implica che l'ascolto partecipante deve prevalere sull'indagine e sul domandare. Implica in prima istanza il tentativo di essere teoricamente ateoretici per quanto si può (l'altro non è mai riducibile completamente alle parole che noi usiamo per descriverlo), implica il famoso "non giudicare" o rimanda l'inevitabile giudizio e contiene il potere seduttivo del suo semplificare, ecc. vedremo anche oltre.

Un secondo paradigma riguarda il cambiamento di ruolo e posizione del soggetto su cui si fa diagnosi. Per dirla con una semplificazione terribile egli non è colui che erra ma colui che cammina e che incontriamo nel suo cammino. Egli partecipa al

processo diagnostico. Uscendo dalla semplificazione proviamo a descrivere alcune conseguenze di questo cambio di paradigma. Sappiamo bene come sia dimostrato il carattere tendenzialmente recidivante della dipendenza patologica. Questo significa che la ricaduta è un fenomeno estremamente importante di un processo diagnostico e di cura, esagerando si potrebbe dire che senza ricadute quei processi diventano incerti e dubbi.

Sappiamo altresì bene per esperienza come il fallimento degli interventi nei soggetti con dipendenza patologica è una forma di manifestazione della propria esistenza. Sappiamo altresì che il modo con cui il soggetto si dà ragione dei fallimenti e se li giustifica è tendenzialmente ripetitivo e stereotipato (la colpa è di.....). Ma quasi mai nei processi diagnostici ci occupiamo di analizzare il senso dei fallimenti e li utilizziamo come parte del processo di svelamento e cura.

Sappiamo bene come la dipendenza patologica implica il rifiuto di paradigmi che per noi sono ovvi. Ad esempio la posticipazione del piacere e della ricompensa rispetto al lavoro o allo studio ecc. che è esattamente il contrario di quel “ora tutto e subito” tipico del craving. Oppure l’uso sistematico della violenza per semplificare conflitti emozionali che potrebbero tranquillamente essere risolti con altri sistemi. Il peso che hanno il sentire in modo forte e insopportabile emozioni che possono apparire ad un altro assolutamente non così devastanti. Ecc..

Un terzo paradigma riguarda un’obiezione che chi legge forse avrà già fatto. Si dice che il processo diagnostico precede il processo di cura e al massimo lo accompagna nella fase iniziale, ma, di certo, ha un termine. Noi sosteniamo che invece processo diagnostico e processo di cura sono due binari indispensabili entrambi per permettere al treno del trattamento di fare il suo percorso. Non stiamo sostenendo banalità del tipo “non si finisce mai di avere ulteriori elementi di conoscenza” ecc..

Stiamo sostenendo che se la diagnosi e la cura sono processi che continuamente si trovano di fronte a cambiamenti anche solo fatti per non cambiare (dinamiche omeoretiche) e a processi stocastici (come diceva Bateson processi che combinano sequenze ordinate e quindi prevedibili e sequenze casuali e quindi imprevedibili)

Per produrre un cambiamento di senso in un processo bisogna comprenderlo nel suo evolvere e non racchiuderlo in un tempo chiuso e definito.

Facciamo anche qui un esempio. Quante volte capita di incontrare storie di persone con dipendenza patologica che sono passate attraverso molti trattamenti che



hanno abbandonato o da cui sono stati espulsi e che dopo tutti questi “fallimenti” riescono ad uscire dalla dipendenza e quante altrettante volte abbiamo conosciuto persone che hanno iniziato un percorso di cura che hanno seguito diligentemente e che è sfociato in un percorso di reinserimento sociale che è riuscito e che, dopo tutto questo, tornano alla dipendenza patologica?

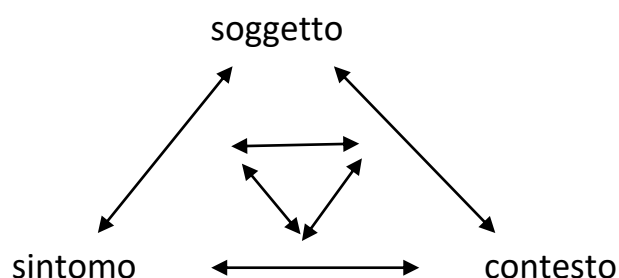
Non esiste nessuna sequenza che disegna una via maestra ma un lungo e continuo costruire anche quando l’impresa sembra disperata come dice F. Scout Fitzgerald: (“Si dovrebbe poter vedere che la situazione è disperata ed essere tuttavia decisi a renderla diversa”) finalizzato al ritrovare un senso della propria esistenza che non abbia bisogno della dimensione patologica.

Se c’è una metafora che si può usare per descrivere questo processo è quella della costruzione di una casa. L’architetto e il suo futuro abitante si incontrano e disegnano una ipotesi che poi inizia a essere messa in pratica. Cento volte l’abitante dice che vuole fare diversamente e cento volte l’architetto media e cerca una soluzione lungo tutto il tempo della costruzione e dei cambiamenti. Quando mai noi accetteremmo che, una volta fatto il disegno, l’architetto dica che ha concluso il suo compito e che se ne va e non segue i lavori e quante volte un architetto serio non prenderebbe, seriamente appunto, in considerazione tutte le variazioni che, man mano che la casa si costruisce, verranno richieste da chi vi abiterà?

Nel corso della proposta illustreremo anche altri cambiamenti di paradigmi che la costituiscono per ora ci fermiamo a questi tre.

### **Il sistema di premesse scientifiche che presiedono al argomentare e proporre il processo di diagnosi e cura delle dipendenze patologiche**

La letteratura scientifica del secolo scorso ci dice (semplificando enormemente) che il fenomeno umano si individua attraverso tre elementi e le loro interazioni



Con il termine soggetto intendiamo riferirci a tutti i contributi che hanno cercato di comprendere l'io e la sua "costruzione", quella che si chiama persona sua personalità, da John Bowlby a Sigmund Freud da Donald Woods Winnicott a Ludwig Binswanger, da Harry" Stack Sullivana Eugenio Borgna, da .... La lista dei contributi fondamentali è davvero lunga.

Con il termine sintomo (dal greco  $\sigma\upsilon\eta\ \tau\omicron\mu\epsilon$  letteralmente tenere insieme) ci riferiamo a quei processi che consentono all'io di rappresentarsi e di costituirsi come integrità non disgregabile. Tutti abbiamo uno o più sintomi (meglio sarebbe dire sistemi di sintomi): la dipendenza patologica è uno di questi come la dedizione ossessiva al lavoro e alla pulizia. Non sembri irrispettoso quanto abbiamo detto; il fatto che alcuni sintomi siano giudicati non accettabili e altri accettabili dipende da fattori che sono indipendenti dalla natura intrinseca del sintomo. C'è bisogno di ricordare che solo trent'anni fa la omosessualità era giudicata come un grave disturbo psichiatrico e che oggi è considerata una condizione onorevole e assolutamente accettabile.....

Con il termine contesto intendiamo riferirci a tutto ciò che costituisce per il soggetto luogo ove si rappresenta attraverso i sintomi e tutto ciò che interagisce con questa rappresentazione in termini di significato e di significanti. La cultura di appartenenza è contesto la rete soggettiva pure il cibo e i vari riti che appartengono a un luogo e così via. Per poter dire questo sono io e questo non sono io abbiamo assoluto bisogno degli altri e dell'interazione con gli altri e questa interazione ha codici, riti, simboli che si sono costituiti nei millenni e ne determinano, in parte, le dinamiche.

Si pensi all'interazione tra maschile e femminile e alle sue forme culturali e sociali si pensi alla concezione del lavoro, a quella dell'autorità. Sono tutte forme che sottilmente ci costituiscono lo sfondo in cui ci rappresentiamo nel nostro essere nel mondo. Ho detto sottilmente perché ciò che davvero ci condiziona ci appare come secondario mentre crediamo e definiamo davvero importante quello che in realtà è epifenomeno. La metafora dell'iceberg ci può far capire. Sappiamo che ciò che appare è in realtà un decimo di ciò che è e non appare e che ciò non appare permette di apparire a ciò che appare, Archimede ce lo ha spiegato....

Facciamo un altro esempio perché questi concetti sono tutt'altro che facilmente comprensibili. Ad esempio noi crediamo che ciò che è importante nella scuola è l'apprendimento in tutte le sue forme materiche. Faccio notare che è almeno altrettanto importante che la scuola insegni a regolare il contatto fisico attraverso la

disposizione della classe , che insegni che esiste un controllo sociale dei bisogni primari che non può essere facilmente ignorato (per andare far pipì bisogna chiedere permesso....). che esiste un ordine gerarchico dei valori in cui il primo posto è tenuto dalla conformità sociale quale valore dei valori, ecc...

L'interazione tra soggetto e sintomo. È questa una interazione estremamente importante. Essa esplica una questione centrale nel nostro essere nel mondo: quella del valore assoluto della persistenza rispetto al cambiamento. Persistere significa per il vivente poter controllare prevedere e manipolare ciò che accade in funzione della sua esistenza persistenza. È per questo che il sintomo, il tenerci insieme è così importante per ciascuno di noi, se troviamo ciò che ci tiene insieme e possiamo persistere nell'essere stabilmente esistenti. Ci sono centinaia di prove di tutto ciò, le nostre agende di cui non possiamo fare a meno, le nostre routine che nessuno ci può e deve toccare, le nostre forme di lamentazione che come bene ci ha spiegato Elias Canetti ci consentono di esorcizzare il cambiamento... è per questo che una dipendenza patologica è, al di là di tutto, così difficile da cambiare.. è tendenzialmente persistente.

Il cambiare (che è certamente presentato come valore superiore al persistere proprio perché in questo modo tutta l'attenzione va su quello e non sul 90% dell'esistenza che è persistenza ) è potenzialmente una minaccia al persistere. Anche qui gli esempi si sprecano. Quante volte, quando siamo molto depressi e infelici, ci chiudiamo, non vogliamo vedere nessuno, smettiamo di mangiare e perdiamo il sonno quando invece proprio perché siamo giù dovremmo vedere gli altri e non isolarci, dovremmo darci cose buone e premiarci invece di punirci ecc... quando stiamo male la risposta prevalente è che tendiamo a farci ancora più male dicendo che questo ci fa bene.

Comprendere quindi questa interazione significa fare un passo decisivo verso la comprensione del senso di una esistenza

L'interazione sintomo contesto. Anche questa è una interazione molto importante per il processo diagnostico e di cura. Non si tratta solo della constatazione che la rappresentazione sociale (immagine più giudizio secondo Serge Moscovici) determina il destino dei portatori di certi sintomi (abbiamo già fatto l'esempio degli omosessuali ma anche la enorme differenza percepita tra il sintomo della dipendenza da alcool rispetto a quello ad esempio della dipendenza da droghe sintetiche, ecc.), si tratta di ben altro. Provocatoriamente oseremmo dire che ogni

contesto sociale ha bisogno di un certo numero di dipendenti patologici per continuare a esistere. È così terribilmente vera questa affermazione che il numero di dipendenti patologici complessivi resta dentro un range costituito da un minimo e un massimo che oscilla mai superando quel range. Possono cambiare le forme della dipendenza (più alcool che gioco qui in Bolivia più gioco che eroina in Italia) ma sembra tendenzialmente stabile questo “numero”. C’è di più. Se davvero i contesti sociali non avessero “bisogno” di una certa quantità di devianza si comporterebbero di conseguenza e darebbero concretezza alle loro affermazioni. Da studi fatti da autorevoli istituti di ricerca (fonte Nomisma) risulta che la spesa per prevenire curare e contenere il fenomeno dipendenze patologiche è così distribuita: più o meno in tutti i paesi: un 60-65% in repressione che coinvolge non più di un 1-3 per cento della popolazione, un 25-35% in cura che coinvolge percentuali minime di popolazione e un 1-3% in prevenzione che dovrebbe coinvolgere tutta la popolazione. Ora, secondo voi, data questa distribuzione della spesa, quanto è vera l’affermazione che la cosa più importante è la prevenzione e quale è il reale intento di un sistema che distribuisce in questo modo il budget (sapendo altresì che con la repressione nel campo delle dipendenze patologiche si è solo ottenuto la persistenza del fenomeno)?

Si può comprendere questa situazione adducendo molti ragionamenti. Da quello banale che per poter definire una conformità sociale è necessario se non indispensabile definire ciò che non è conforme e costruire su di esso la colpa e quindi il sorvegliare e punire di cui sopra; a quello, forse meno banale, che la rappresentazione del lato oscuro e la possibilità di individuarlo, fuori di noi, nell’altro è fortemente consolatoria e aggregante per la stragrande maggioranza di ciò che si chiama sociale. Non è però compito nostro analizzare queste ipotesi interpretative. È compito nostro sottolineare che tutto ciò ha un peso molto rilevante nel processo di cura e diagnosi. Solo due esempi: quanto attrae, data la situazione di cui sopra, l’assumere atteggiamenti da eroe negativo in funzione dell’affermazione della propria identità per reazione; quanto il mentire a se stessi e agli altri, l’autoinganno di cui parla Leon Festinger, tipico delle condotte di dipendenza patologica non trova senso in queste altre forme di autoinganno collettivo?

La terza interazione tra soggetto e contesto. Studi di alcuni decenni fa hanno dimostrato come la condizione di sofferenza psichica (e non dimentichiamoci che la dipendenza patologica fa parte del DSM V) implica una significativa riduzione del mondo vitale e relazionale del soggetto. Detto in altre parole la rete soggettiva e

anche quella “oggettiva” con la comparsa dello stato di patologia si riducono da 20-50 elementi di rete a 3-5 elementi di rete. Ed è il contesto che abbandona il soggetto anche con la sua complicità. Qui la questione si fa seria. Queste nostre culture hanno ridotto la sofferenza la malattia e la devianza a fattori da eliminare, a errori, a non senso. Ne abbiamo fatto simulacri della morte e come tali da negare. Chi li rappresenta diventa oggetto di questa situazione e trova nel essere così definito un senso , paradossalmente , ancora più forte e significativo. Quanta distanza tra questa dinamica e quella descritta da Luigi Cancrini della tribù Maori ove se uno entra in crisi psicotica e fa il “matto” tutti fanno i matti in modo tale che, se il soggetto vuole significare la sua sofferenza, ha la sola strada di smettere di fare il matto....

Vorremmo essere chiari. Non v'è nessun intento giustificazionista in quello che stiamo dicendo. Vogliamo solo rendere la comprensione dei processi diagnostici e di cura sufficientemente complessi in modo tale che si possa uscire una volta per tutte dalla semplicistica logica hollywoodiana dei buoni e dei cattivi che a nulla conduce se non a separazione abbandono e sofferenza.

Molte altre osservazioni si potrebbero fare su quanto sin qui illustrato. Preferiamo però provare a disegnare un primo abbozzo di proposta per dare maggiore concretezza a quanto siamo venuti dicendo e a quanto avremmo ancora da dire.

## La proposta

Illustreremo la proposta con la stessa modalità con cui si disegna un quadro. La ragione di questa scelta è molto semplice: coerentemente con quanto sin qui detto vogliamo offrire la base per un confronto che inizi e continui tra tutti coloro che fanno diagnosi e cura. Si costruisce assieme questo processo e non può essere altrimenti.

Gli attori che fanno diagnosi e cura delle dipendenze patologiche sono professionalmente molto diversi con formazioni altrettanto diverse anche all'interno di una stessa professionalità, con convinzioni e esperienze anche queste segnate dalla diversità e con epistemologie e ermeneutiche altrettanto diverse.

Tutto ciò disegna una difficoltà ma anche una possibilità. Se queste differenze accettano di confrontarsi, anche duramente, su un piano scientifico rispetto alle proprie posizioni, si può comporre un bellissimo quadro. Non a caso nei quadri le

differenze di colori, di disegni e la trasfigurazione del rappresentato da senso allo stesso.

Partiamo provando a individuare alcuni elementi dei processi di cura e diagnosi con l'umiltà che deriva dalla coscienza della nostra ignoranza ma anche dalla possibilità di attenuarla se si instaurerà ciò che abbiamo detto nei tre paragrafi precedenti-

Gli elementi verranno presentati non in ordine di importanza ma in disordine in modo da rispettare quanto sin qui detto, a ogni elemento verrà dato una ragione di esistenza e una modalità di processo. Per ogni elemento verrà indicato un metodo e, in allegato verrà presentato una forma di raccolta. Iniziamo

### **La storia del soggetto.**

Ognuno di noi è una storia. Quando la raccontiamo i semeiotici (Algirdas Julien Greimas) ci dicono che diamo un senso a tutta la nostra vicenda attraverso alcuni processi che sono presenti in tutte le storie. C'è il ciclo dell'eroe (positivo o negativo) in cui una situazione di fatto viene perturbata da "un drago" che fa sì che intervenga l'eroe per ritornare alla situazione di fatto (quante storie di dipendenza seguono questo schema: c'è un conflitto tra i genitori, il figlio o la figlia viene messa in mezzo, il figlio o la figlia fa in modo che scoprano che utilizza sostanze psicotrope e a volte i genitori sospendono il conflitto (spesso apparentemente) per la gravità della situazione del figlio o della figlia). C'è il ciclo dell'attaccamento distacco non compiuto (quanto narcisismo anche patologico si sviluppa nella impossibilità da parte del figlio di completare il ciclo dell'attaccamento attraverso il distacco dalla madre stessa, quante figlie sono legate al non potere costruire un proprio volo perché destinate all'accudimento della madre da vecchia (vedasi quel bellissimo libro di Laura Esquivel "Como agua para chocolate")) e così via.

Non solo dichiariamo il senso soggettivo della nostra vicenda, esprimiamo anche la rappresentazione sociale (immagine più giudizio) degli universi attoriali che abbiamo incontrato, diamo la nostra soggettiva visione del mondo. Esprimiamo la nostra morale e la nostra estetica. E nel fare queste cose disegniamo le interazioni che secondo noi esistono tra queste. Riveliamo la nostra epistemologia e la nostra ermeneutica.

Raccogliere una storia significa raccogliere tutto questo e molto di più.

## **Il metodo**

Il metodo non può che essere fondato sull'ascolto e l'utilizzo della ridefinizione come tecnica per consentire all'altro di svelarsi.

In questo senso sarebbe davvero molto utile la scrittura come metodo per consentire nel racconto l'emergere della riflessione che spesso, nel parlato, fa fatica a emergere, soffocata come è dalle emozioni.

Quando raccontiamo la nostra storia le emozioni sono il colore del disegno che descriviamo. Sono potenti e profonde anche quando il soggetto appare fare cronaca e non storia. Queste emozioni sono in parte (come i contenuti e i giudizi) determinate dall'immagine che chi racconta ha dell'interlocutore (a un fidanzato o una fidanzata si raccontano cose e emozioni ben diversi che ad esempio a uno psicologo...) ma in parte sono proprie della struttura di personalità di chi racconta.

Scrivere implica controllare proprio quell'eccesso di emozioni che nel parlare spesso vengono fuori

## **Le aree di indagine**

Vedi allegato 1

## **La narrazione della relazione**

Noi non solo siamo una storia ma la facciamo o almeno crediamo di farla, e nel farla quasi sempre tendiamo a ripetere. Sarebbe molto complesso e lungo tentare di spiegare perché, crediamo però che l'evidenza di questa tendenza sta anche nelle nostre storie e quindi possiamo constatarla facilmente

Quando un paziente incontra chi si propone come capace di curare inconsciamente (entrambi) si predispongono a ripetere una interazione che nella sua dinamica profonda non è diversa da quelle precedenti anche se nella sua manifestazione di superficie appare completamente nuova (quante volte abbiamo sentito la frase "tu non sei come gli altri" e quante volte abbiamo detto la frase "se tu seguirai il processo di cura ce la farai")

Cosa svelano queste ripetizioni. Svelano le dinamiche profonde che ci muovono e che muovono chi ci sta di fronte. Il bisogno di riparazione che si esprime nel "io ti salverò" o nel "vediamo quanto davvero sei in grado di non abbandonarmi nonostante tutto ciò che ti farò". Il bisogno di ritorno ad uno stato di fusionalità

tipico della relazione madre bambino e il bisogno di curarsi attraverso la cura dell'altro. Eccetera.

Ora queste dinamiche, che si costituiscono nella relazione, possono essere complementari o simmetriche in diversa misura. Se sono complementari la ripetizione è assicurata. Se sono simmetriche si apre una partita estremamente complessa.

Conoscere quindi e svelare questa narrazione è fondamentale per comprendere il senso della relazione

## **Il metodo**

Tre sono le operazioni che occorre compiere per comprendere ciò di cui abbiamo appena parlato

Sapere il pregresso delle richieste di cura come è andato. Una delle ragioni di questa proposta è proprio quella di consentire alle realtà di cura di sapere tutti i precedenti percorsi di trattamento non solo dal punto di vista del paziente ma anche da quello degli operatori delle precedenti strutture che lo hanno trattato. Questo non ha come fine quello di colpevolizzare sotto qualsiasi forma il paziente stesso quanto quello di comprendere la narrazione del suo processo per evitare un rischio molto grave nel campo del trattamento delle dipendenze patologiche: quello della cronicizzazione. Ne parleremo in seguito.

Utilizzare l'analisi epistemologica per comprendere cosa ci si gioca. Ogni operatore ha una epistemologia come ogni servizio come ogni paziente come ogni rete sociale come ogni contesto sociale. Una o più di una ovviamente.

Ora poiché l'epistemologia corrisponde al come (si pensa la realtà, ce la si rappresenta, si decide, si agisce, ecc.) è evidente che comprendere in un processo diagnostico e di cura quali epistemologie sono in gioco è essenziale. Questo anche perché non esiste una epistemologia più "giusta" delle altre. Tutte sono ambigue nel senso che sono complesse con aspetti potenzialmente positivi e aspetti potenzialmente distruttivi.

Per nostra fortuna le epistemologie si rifanno a otto grandi filoni di costruzione di quel "come" e quindi il campo da esplorare è finito e non infinito

La supervisione. A un processo diagnostico e di cura la supervisione è essenziale. So bene le obiezioni più che valide che vengono fatte a una tale pratica. Problemi di



costi, di mantenimento di una ideologia interna della istituzione, di compatibilità con gli operatori ecc. eppure prima o poi credo che dovremo arrivare a trovare una soluzione praticabile.

### **Aere di indagine**

Vedi allegato 2

### **Il mondo relazionale e la famiglia**

Noi siamo gettati nel mondo e siamo un mondo. Noi costituiamo il mondo, il nostro mondo soggettivo, attraverso significanti e significati che ci individuano e ci permettono di sentirsi soggetti e di pensare che vi è un senso in ciò che ci circonda (buono o cattivo o intermedio e ambiguo che sia, ma un senso).

Quello che abbiamo appena detto è assolutamente centrale per ogni persona. Le prove? Da Donal Winnicott e i suoi studi sul bambino deprivato dove dimostra come se nei primi anni di vita veniamo privati del mondo materiale e relazionale in cui ci costituiamo subiamo un danno molto severo. Ai modi con cui si costruiscono i bambini soldato che per diventare perfette macchine di morte devono essere privati di ogni possibilità di senso attraverso la separazione violenta dal loro mondo, la tortura senza alcun scopo sensato e l'odio e la ferocia come pratica di esistenza emozionalmente neutra.

Ci sono due luoghi ove si rivela con quale tipo di processo di costituzione e espressione di senso ha a che fare il paziente.

Il primo luogo è la rete relazionale soggettiva e la sua dinamica. Ognuno di noi se prova a far la lista delle persone che per lui sono significative disegna un universo di 20-50 soggetti e delle relazioni tra di loro che è tutt'altro che casuale. È il mondo relazionale così come lo percepiamo e quindi lo viviamo. Quanto maschile e femminile c'è in quel mondo, la logica della significanza è quella classica famiglia amici colleghi nemici ecc. o è diversa? Quanta è ampia la rete soggettiva e se collochiamo i luoghi in cui incontriamo questi significati significanti quale territorio disegniamo. E il tempo della relazione significativa quanto e quale è. Sono domande che individuano il soggetto ma c'è un altro che per la cura è ancora più importante nella rete di significatività relazionale il curatore c'è e che posto ha e come evolve quel posto?

Il secondo luogo sono le forme di costituzione soggettiva del mondo affettivo familiare. Gli oggetti interni materni e paterni così come soggettivamente li percepiamo ci dicono quanto spazio interno, ad esempio, abbiamo per delle relazioni positive con il modo del maschile e del femminile, ci dicono cosa consciamente o inconsciamente cercheremo continuamente di riparare attraverso la nostra esistenza, ci dicono quanto siamo sicuri internamente vale a dire capaci di previsione controllo e manipolazione degli eventi in modo tale da non entrare in ansia, panico o peggio.

## **Il metodo**

Mentre per conoscere la rete soggettiva di un paziente e la sua dinamica è sufficiente condurre una breve intervista semi strutturata che si può aggiornare ogni sei mesi un anno (vedi allegato 3) ben più complesso è il comprendere la dinamica e la relazione degli oggetti interni di un soggetto

Tuttavia senza entrare in un campo in cui è necessaria una preparazione professionale specifica possiamo, semplificando molto, dire che la posizione che il soggetto mostra di avere da un punto di vista fenomenico con la madre e il femminile in generale e la stessa che mostra di avere con il padre e l'universo maschile ci possono dare alcune indicazioni di massima

## **Aree di indagine**

Vedi allegato 3

## **Le capacità e le competenze**

Raramente nei processi diagnostici vengono rilevate le risorse che il soggetto e il contesto sociale del contesto hanno. Come se queste non avessero nel bene e nel male un ruolo decisivo nel processo di cura. Abbiamo detto nel bene e nel male perché anche in questo caso la complessità non consente semplificazioni. Non parlo solo di quei casi in cui una persona è capace di essere un ottimo carpentiere anche se alcolista. Parlo soprattutto del fatto che avere una abilità o una competenza quasi mai basta se non si accompagna a altre risorse che spesso vengono date per scontate. Un esempio semplice da fare è, nel campo delle dipendenze la situazione di coloro che fanno molto bene un lavoro ma non possiedono (come quasi tutti i tossicodipendenti) la capacità di posticipare il piacere per cui non riescono in una situazione di autonomia a non chiedere un anticipo del salario, ad arrivare in orario,

a rispettare una gerarchia. Il fatto che invece ci riescono benissimo nella comunità terapeutica non significa affatto che abbiano acquisito quelle modalità in modo tale da viverle anche fuori della comunità....

Tutto ciò non mette in discussione che non sia utile al processo di cura, ovviamente, avere un quadro del sistema di capacità e competenze.

Le caratteristiche del contesto di appartenenza del soggetto possono essere sia una risorsa che un vero e proprio fattore di recidiva. Bisognerebbe sempre domandarsi che ruolo gioca la famiglia e la rete sociale nel mantenere la dipendenza del soggetto, del paziente designato? Le alleanze per non cambiare sono ordinarie tra persone in dipendenza patologica e loro contesto relazionale.

Ma come le reti e i contesti contribuiscono a “ammalare” così possono contribuire a “curare”. Per questo fa parte del processo di cura il lavoro comunitario e di strada. Le condizioni per cui un contesto sia un potente fattore di cura sono per lo meno le seguenti. Il contesto non deve stigmatizzare, non deve ignorare o negare o costruire capri espiatori, in una parola deve semplificare meno possibile. Il contesto deve partecipare nel senso di farsi parte del processo di cura nelle forme e nei modi con cui abbiamo descritto la cura come attenzione. Il contesto deve non avere fretta, saper aspettare non farsi ricattare dalla recidiva e dal fallimento. Ecc.

## **Il metodo**

Sulle capacità e competenze, comprese quelle di metalivello che abbiamo indicato, la metodica del così detto bilancio di competenze pare la più indicata.

Sottolineo il fatto che però sono proprio quelle di meta livello che più interessano il processo di cura. Per individuarle si possono fare sperimentazioni e si può mettere in campo l'osservazione partecipante che abbia come obiettivo primario proprio lo svelare quelle

Sul lavoro sul contesto credo che tre siano i metodi che si possono mettere in campo

Il primo consiste nel mettere in campo la metodica del teatro di comunità (dell'oppresso, di strada o come si fa chiamare) vale dire quella metodica che attraverso il rappresentare (come nella tragedia greca) consente davvero di avere una capacità di penetrazione e influenza notevole (certamente più notevole delle

campagne informative che a nulla servono se non a confermare chi si crede fuori dalla dipendenza patologica come fuori dalla dipendenza patologica ....).

Il secondo consiste nel intervento di rete così come Ross Spek e Carolin Attneave lo hanno descritto. Il vantaggio di questo metodo è l'incisività nel tempo breve, lo svantaggio nel fatto che è oggettivamente molto difficile e va fatto da professionali ben preparati e competenti

Il terzo consiste nel metodo descritto in ECO 2. Lo svantaggio di questo metodo sono i tempi estremamente lunghi, il vantaggio è paradossalmente la continuità dello stesso

Aree di indagine

Vedi allegato 4

### **I “valori” simbolici legati alla dipendenza patologica**

Perché capita a molti soggetti di provare o consumare saltuariamente sostanze psicotrope senza incorrere nella dipendenza patologica e ad altri invece no? Certamente le proprietà intrinseche della sostanza, il piacere che da, paradossalmente la sua conformità (alcool) o difformità (extasi o similari) che agiscono come volano di appartenenza (poco importa se alla “normalità” o alla devianza). Certamente il come viene connotata quella particolare sostanza dalla cultura di appartenenza e così via.

A nostro giudizio però vi sono tre questioni che raramente vengono considerate e che sono invece di particolare importanza proprio per il processo diagnostico e di cura.

La prima riguarda l'enorme valore simbolico che nelle nostre culture è stato dato al protagonismo (al mito dell'eroe) all'autonomia individuale e al potere e di conseguenza la connotazione tendenzialmente svalutante del partecipare del dipendere e della mitezza. È sufficiente andare alla mitologia che fonda questa costruzione simbolica valoriale per capire. L'eroe per eccellenza è Eracle uno psicopatico individualista assassino stupratore violento che ci viene presentato come colui che supera tutte le prove e diventa proprio per questo un semidio. Il soggetto autonomo per eccellenza è rappresentato dal mito di Ulisse uno psicopatico individualista assassino stupratore violento che ci viene presentato

come il modello del self men che affronta ogni prova per vincere il suo destino ovviamente fulgido. Il mito del potere è ben rappresentato da Prometeo un ladro ingannatore e mentitore che pensa di essere scaltro e invece fa introdurre a Pandora tutte le sofferenze nell'umanità e finirebbe male se non fosse che proprio da Eracle viene liberato....

Non sembri azzardato dire che in ogni persona in dipendenza patologica vi sono tracce di questi tre miti. Lo rivelano le frasi che spesso pronunciano "smetto quando voglio" i comportamenti che assumono particolarmente quelli violenti transitivamente e riflessivamente, la postura protagonica che mostrano e così via.

La seconda riguarda il gioco che è sotteso alle dipendenze patologiche (invero anche agli sport estremi al gioco di azzardo e a molte altre forme) e che magistralmente è stato così ben descritto da Fëdor Dostoevskij nel "il giocatore" e da Jean Baudrillard nel "lo scambio simbolico e la morte". Per dirla con una boutade ogni volta che sfido la morte mi sento vivo. Solo che questa sfida deve essere continuamente incompiuta, persa, per poterla ripetere all'infinito; come nel giocatore d'azzardo che se vince gioca tutto ciò che ha vinto sin quando non perde anche quello che non ha vinto, per avere la giustificazione per giocare di nuovo e di nuovo perdere in un ciclo infernale come nell'alcolismo dove devo ripetere all'infinito quella simulazione della morte che è la sbronza sino al coma etilico, e così via. L'oggetto allora (che siano le carte piuttosto che la sostanza psicotropa o lo sport estremo dipende da fattori di contesto educativo e culturale e economico) assume un valore simbolico potentissimo. Racchiude in se un sistema di significati fondanti essenziali anche se in realtà non racchiude un bel niente. È psicosi allo stato puro e come tale potente e persistente.

La terza riguarda l'autoinganno di cui parla Leon Festinger. Questo processo è molto potente nelle dipendenze patologiche ma ha la sua matrice nella percezione di una dissonanza emotiva e cognitiva tra due bisogni sentiti ugualmente vitali per l'esistenza del soggetto ma che non possono essere risolti contestualmente perché se rispondo a uno nego il secondo e viceversa. Per risolvere questo conflitto irrisolvibile e irriducibile ma percepito come vitale allora adotto un "meccanismo di difesa" che consente di semplificare la situazione in modo tale da "scioglierla". Nelle dipendenze patologiche l'uso di questo "meccanismo" e il suo valore simbolico è evidente. Le persone in dipendenza patologica ad esempio fanno fatica a gestire alcune dinamiche emozionale che si vivono e nello stesso tempo hanno un assoluto

bisogno di controllarle per contenere il potenziale distruttivo che quelle possono avere. La paura, l'odio, il rancore, l'impotenza, la rabbia ecc. sono alcune di queste. Se do alla sostanza il valore dell'essere capace di controllarle e contenerle basta usarla sistematicamente per aver risolto quel potenziale conflitto (le cose sono ovviamente molto più complesse ma non è questo il luogo dove approfondire)

## **Il metodo**

Davvero non è difficile comprendere come un soggetto ha introiettato il mito dell'eroe, il mito del protagonismo e quello del potere. È a volte sufficiente osservare come si muove, veste, quali sono i suoi "preferiti". È sufficiente osservare come non fa gruppo, come tenta di essere unico. È sufficiente osservare il suo rapporto ambivalente con l'autorità. Il punto è svelare quanto il soggetto affida a queste semplificazioni la sua esistenza. Un metodo è certamente quello della costruzione di momenti anche di gruppo in cui sia possibile condividere il fallimento di quei linguaggi simbolici e sia possibile sperimentare la bellezza del partecipare del dipendere e della mitezza

Sulla questione della morte e della sua seduzione la questione è davvero complessa. Vi sono però simulacri della morte che ci possono dare indicazioni intorno al come il soggetto se ne fa sedurre. La malattia, l'angoscia di perdita e di abbandono sono due di questi. In particolare il secondo appare particolarmente presente nelle storie di dipendenza patologica sia nell'attaccamento (è un caso che i primi mesi di trattamento i soggetti siano spesso collaborativi per poi fallire nei successivi?) che nell'angoscia che essi provano nel distacco, in ogni forma di distacco

Sull'autoinganno crediamo che un processo di osservazione di come essi vivono le emozioni del lato oscuro e un processo di educazione alla gestione di quelle emozioni sia la via maestra. Anche in questo caso il rappresentare il fare da specchio è un buon metodo.

## **Aree di indagine**

Vedi allegato 5

## **La psicopatologia e la normalità**

Crediamo che da quando si è incominciato a parlare di doppia diagnosi si siano fatti passi in avanti e forse alcuni indietro sia sulla diagnosi che sulla cura e di conseguenza sul trattamento.

La definizione dell'OMS di malattia cronica recidivante ha tuttavia involontariamente generato anche alcuni problemi di non poco conto. Per chiarire noi crediamo che le persone sono mele e non arance, vale a dire che non bisogna confondere il bisogno che abbiamo, per fare scienza, di segmentare il nostro discorso sulla realtà (psichico, fisico, sociale, ecc.) con la realtà in quanto tale. Per dirla nuovamente alla Bateson "la mappa non è il territorio". Nella realtà non esiste la salute e la malattia, la patologia e la normalità. Queste sono categorie utili a descrivere il mondo, non il mondo. Se è pur vero che anche per mangiare una mela bisogna fare spicchi questi sono arbitrari non prestabiliti dalla realtà fenomenica come in una arancia.

La parola cronica merita poi un approfondimento specifico per non cadere in equivoci gravidi di conseguenze negative. Cronico vuol dire a tendenza ciclica non irrisolvibile perché strutturale. Tutti noi siamo cronici nel senso che abbiamo processi che sono tendenzialmente ciclici e ripetitivi a meno che non interveniamo per interromperli. Ciò non vuol dire che siamo irrecuperabili... non a caso subito dopo la parola cronica c'è la parola recidivante. Detto questo che ci pare assolutamente fondante (dire a dei bambini di 8 9 anni che si ubriacano di birra o di colla che sono dei malati cronici recidivanti ci pare davvero eccessivo) ci pare altrettanto importante affermare che, in molte situazioni, lo stato di sofferenza, spesso assolutamente non percepita, che manifesta una dipendenza patologica, può essere correlata a una psicopatologia o se volete a una sindrome psichiatrica. Il paradosso è che per il paziente la sindrome psichiatrica viene curata curata proprio con la dipendenza patologica. Per questo diventa una malattia cronica recidivante.

In questo senso la dipendenza patologica è la soluzione, si fa per dire, che il soggetto ha trovato a uno stato di "sofferenza insopportabile" e di fronte al quale si è sentito completamente impotente. È un sintomo quindi. Estremamente potente perché per il paziente è percepito come soluzione (non è un caso che quindi i soggetti prima di

abbandonare questa percepita soluzione di fatto, al di là delle parole, ricadano più e più volte)

Se la ferita è un malattia psichiatrica come la depressione il bipolarismo, la psicosi ecc. è ancor più evidente la resistenza alla cura e al trattamento.

Ma trattare la ferita da sola come se questa non fosse anche una soluzione o la soluzione da sola come se non vi fosse anche una ferita è un errore.

L'approccio non può non esser multidisciplinare e profondamente rispettoso della complessità. In alcuni paesi del così detto primo mondo si è commesso questo errore: si è affidata alla sola psichiatria e, a volte, ai soli farmaci la cura e quindi anche il processo diagnostico

Si è tornati all'errore di Lombroso quello di credere che la parte è il tutto e non un punto di vista dell'osservatore che non è affatto detto che corrisponda alla realtà fenomenica dell'osservato..

Per fortuna questa tendenza è talmente chiaramente fallimentare quanto tutte quelle monotematiche che l'hanno preceduta (la comunità e l'unica via, il lavoro è l'unica via ecc). Ripeto soltanto un approccio multidisciplinare e profondamente rispettoso della complessità del fenomeno e dei soggetti che lo vivono appare ermeneuticamente corretto

Ma torniamo alla nostra proposta. La questione che è in gioco relativamente a ciò che stiamo dicendo è quella della possibilità da parte della persona in dipendenza patologica di prendere coscienza proprio della sua condizione di dipendenza patologica, di fare quello che nell'Anonima Alcolisti è il primo passo: dichiarare di essere alcolista. Il problema è che non solo il soggetto deve riuscire a riconoscere questa condizione ma anche il contesto di immersione e in particolare la famiglia (ovviamente in forma diversa).

Questa possibilità si dà a alcune condizioni.

La prima è quella che è stata magistralmente illustrata in una bellissima pellicola "A beautiful mind". Il protagonista, un grande matematico affetto da schizofrenia paranoide, costruisce un mondo che non esiste (delira) e mette in crisi tutti i suoi affetti. Quando sua moglie gli dice che non ne può più e se ne va, di fronte al rischio di una perdita così dolorosa si dà improvvisamente conto che "sono 10 anni che vedo e parlo con una bambina di otto anni e non è mai cresciuta". Il piano di realtà



irrompe nel suo delirio e gli permette di prendere coscienza della sua condizione e quindi di accettare seriamente la cura.

La seconda si deduce dalla prima. Nell'esperienza clinica sono quasi sempre elementi periferici e apparentemente secondari che consentono il cambiamento o per lo meno la cura. Certo può anche capitare il caso tipo "via di Damasco" ma quasi sempre accade che qualcuno a un pozzo chiede un bicchiere d'acqua....

La terza è illustrata, in metafora, anche nel film di cui sopra. Quando alla fine della vicenda il protagonista riceve il premio Nobel per la matematica e nel suo discorso fa una bellissima dichiarazione di amore verso sua moglie, nell'uscire dalla sala vede i personaggi del suo delirio. Li vede ma sono muti. L'esperienza degli stati di sofferenza più profonda non sono un errore una non esperienza, al contrario sono una esperienza che non si può cancellare e che bisogna portare con se come parte del senso della propria esistenza, come un sapere prezioso che visto sotto altri paradigmi ci fa uomini. L'unica certezza che abbiamo è che siamo uguali perché tutti siamo fragili: terapeuti pazienti curatori e curati. Questo consente la cura: la nostra fragilità non la nostra superiorità. Quindi non possiamo connotare di positività unicamente la normalità e di negatività unicamente la patologia. Non lo possiamo fare noi né il paziente né il contesto se davvero vogliamo affermare il primato della cura-

## **Il metodo**

Sul primo punto (quello di diagnosticare e intervenire perché il soggetto e gli elementi di contesto cambino il paradigma con cui dichiarano la realtà) crediamo che bisogna mettere in campo diverse metodologie. La prima deve aver come finalità quella di depotenziare il sistema emozionale che sorregge l'impianto paradigmatico precedente. Molti esempi si incontrano nei Vangeli. L'uso del paradosso "chi è senza peccato scagli la prima pietra" l'uso della trasgressione e dell'inaspettato (il cieco dalla nascita o le parabole) ecc. possono essere metodiche che consentano di comprendere come la forza del paradigma preesistente è davvero relativa. Facciamo alcuni esempi puramente esplicativi. Il chiedere ad esempio al paziente e al contesto più prossimo di dimostrare ciò che danno per scontato: vale a dire che il paziente è un tossicodipendente e loro sono le vittime del paziente, per poi affermare che lui "fa" il tossicodipendente e non "è" e che quindi può essere altro da ciò che fa e che il contesto "si sente e designa vittima" ma non è vittima e

quindi può fare altro (in sintesi uscire dal paradigma dell'impotenza che giustifica il non cambiamento a quella della possibilità) è uno di questi esempi. L'utilizzo della nostra capacità di cambiare il setting diagnostico e di cura in modo tale da depositare il gioco delle parti che è definito proprio dal setting quando questo è stereotipato e rigido. E così via.

Una seconda metodologia riguarda l'alternare situazioni di diagnosi e cura in condizione di protezione, da parte dei curatori, del paziente a situazioni in cui i curatori accompagnano i pazienti proprio là dove, senza alcuna protezione, si misuravano con il sintomo (la strada ad esempio) e in quella "realtà" dare al paziente la possibilità di avere un altro punto di vista che ovviamente non verrà accolto (probabile la ricaduta che d'altra parte ribadiamo è una situazione inevitabile del processo di cura) ma in cui si supererà la realtà artificiale di un luogo del male e di un luogo, da una altra parte, del bene

Una terza metodologia riguarda più propriamente l'intervento sul contesto e la diagnosi e cura di comunità. Eco2 è un sistema di intervento compatibile con quanto stiamo dicendo che sicuramente va migliorato e concretizzato di più e altrettanto sicuramente esistono altre esperienze altrettanto valide di intervento di comunità che consentano diagnosi e cura della stessa. Ciò che è importante è comprendere che prevenzione cura e trattamento e reinserimento sono i nomi che noi diamo ai morsi di una mela non degli spicchi ben separati di una arancia. La realtà assomiglia, lo ripetiamo molto più alla mela che alla arancia

Sul secondo punto (quello della perturbazione periferica e secondaria) possiamo indicare quanto segue. Tutti noi abbiamo fatto esperienza, nel bene e nel male, di quanto sia vera l'affermazione che a volte accadimenti che ci sembrano assolutamente casuali e poco significativi hanno improvvisamente assunto l'importanza di un cambio di paradigma su una questione della nostra vita. Ovviamente questo è capitato e capita anche ai nostri pazienti e ai componenti dei loro contesti. La premessa è che il caso non esiste, esistono, come dicevamo, processi stocastici ma non casuali. Ora ciò significa che per ciascun soggetto vi sono elementi (sistemi di emozioni e percezioni) che attivano quelle aree dello stupore del "non lo avevo mai pensato" che aprono appunto al cambio di paradigmi. Molti sono i metodi per indagare queste aree: dal far fare al paziente la lista delle piccole cose che gli danno un piccolo piacere e poi suggerirgli che quando è in crisi o ha

fatto qualche cosa di negativo si premi invece di punirsi e farsi punire, al educarlo al pensiero laterale e creativo, allo stimolarlo al bello, ecc.

Sul terzo punto (quello di cambiare la connotazione di positività e negatività) il punto di partenza è svelare di quale tipo di connotazione è portatore il paziente e il suo contesto di immersione. L'operazione è tutt'altro che difficile ma ciò che bisogna ricavare dalle connotazioni e i giudizi che vengono espressi è tutt'altro che immediato. Si tratta infatti di comprendere le correlazioni che intercorrono tra ciò che viene detto tra i vari soggetti. In questi casi l'utilizzo del differenziale semantico in matrice quadratica e del calcolo dei coefficienti di correlazioni tra le matrici che ne conseguono dà indicazioni sufficientemente significative

Aree di indagine

Vedi allegato 6

## La strategia

Le sei aree che abbiamo indicato non esauriscono di certo la lista di ciò che si può fare come processo diagnostico. Mancano ad esempio l'area delle dinamiche del o dei sistemi familiari, tutta la parte anagrafica, l'analisi della situazione economica lavorativa e della situazione di scolarità,, l'eventuale parte penale e di relazione con i provvedimenti della magistratura, l'analisi medica e tossicologica, per indicarne altre parti importanti.

Abbiamo scelto quelle sei per i seguenti motivi.

Primo.

Se vogliamo costruire insieme una cultura del trattamento e quindi della diagnosi e della cura dobbiamo trovare aree dove le differenze tra i vari attori da un lato permettano a ciascuno di essi di poter esprimere la propria cultura dell'intervento e dall'altro permetta di trovare aree di saperi confrontabili e condivisibili.

La costruzione di una cultura del trattamento, d'altra parte, è una premessa indispensabile per concentrare tutta l'attenzione degli attori sulle costruzioni di processi di diagnosi e cura davvero efficaci perché integrati e integranti.

In un sistema di tal fatta, e solo in un sistema di tal fatta, le differenze diventano potenzialità e non conflitti che nulla hanno a che vedere con la sofferenza dei pazienti e dei loro contesti di immersione.

## Secondo

Il luogo ove ciò che abbiamo detto nel primo punto si può realizzare è il sapere che la letteratura scientifica ci ha consegnato. Proprio perché il sapere scientifico non è la verità ma il metodo per approssimarsi ad essa, è umiltà e verifica, è metodo sperimentale, è confronto e dialogo.

Abbiamo quindi scelto di non privilegiare nessuna teoria proprio perché in scienza la teoria è sistema di ipotesi. Siamo stati in un certo senso teoricamente ateoretici ma anche attenti ascoltatori di ciò che le teorie ci hanno indicato come possibili percorsi di scienza.

Abbiamo fatto questo per rispetto delle convinzioni e delle appartenenze diverse degli attori in gioco, convinti come siamo che il problema non è dove sta la verità ma con quale metodo possiamo cercarla

## Terzo

Il nostro compito è quello di innescare un processo che renda coerenti integrate e compatibili le strategie di prevenzione cura e riabilitazione che sono, come abbiamo già detto, nomi che diamo a sistemi di azioni che nella realtà si influenzano reciprocamente. Ogni modello comunitario propone una interpretazione del fenomeno che influenza la costruzione sociale dello stesso e ogni intervento di prevenzione da una lettura dello stesso che rende più o meno compatibile un percorso di trattamento.

Dovevamo far questo costruendo le condizioni di un percorso di dialogo anche duro ma serio e possibile.

Su questo possibile vale la pena che chiariamo ulteriormente.

Chi ha letto le pagine precedenti può aver pensato che ciò che stavamo proponendo era molto astratto, poco praticabile perché poco comprensibile e quindi irrealizzabile.

Proviamo a rispondere all'obiezione con due argomentazioni.

La prima

Le alternative che avevamo erano le seguenti. Prendere una delle tante ottime schede diagnostiche che già esistono e proporla, ma ogni scheda diagnostica risponde ai criteri di chi l'ha fatta e come tale sarebbe stato un atto che avrebbe suscitato rifiuto per l'imposizione che significava. Oppure avremmo potuto chiedere alle differenti posizioni di trovare loro un terreno condiviso su cui noi, poi, avremmo fatto la proposta, ma se questo fosse stato possibile già ci sarebbe un sistema di diagnosi e cura integrato e condiviso

Oppure potevamo trovare un metalivello su cui ritrovarci tutti a fare un processo di ricerca scientificamente fondato che consentisse, nel tempo, di raggiungere per gradi quell'obiettivo. Un metalivello di tal fatta deve essere il più alto e affascinante possibile non un minimo comun divisore....

La seconda

Abbiamo ben presente quella bellissima poesia di Machado "caminante no hay camino" abbiamo disegnato un processo non una meta. Vogliamo percorrere una strada insieme. Dove arriveremo è meno importante del come cammineremo insieme. Questa era ed è la nostra preoccupazione. Certo non sono la scelta delle scarpe che definisce la meta né ciò che metteremo nello zaino né le regole che ci possiamo dare prima di partire per camminare insieme ....tutte cose astratte che non sono la meta, ma permettono il cammino che ora andremo a descrivere. "viaggiatore non c'è cammino si fa il cammino camminando"

Il punto di partenza sarà ovviamente illustrare la proposta raccogliere i suggerimenti e le obiezioni ma soprattutto le aree di interesse che ciascuna realtà vorrà privilegiare perché più affine alla propria esperienza. La proposta sarà quella di costruire un confronto - formazione su quelle arre e su quelle che invece non sono parse interessanti. Il percorso di formazione dovrà produrre prodotti che verranno socializzati tra tutti i partecipanti alla formazione (schede di rilevazione, proposte metodologiche, aree su cui fare ricerca, ecc.). una formazione work in progress secondo le linee del Action Learning.

La formazione utilizzerà metodologie come il role play e sarà fatta sia per unità di intervento che tra unità di intervento. In modo da costruire una coscienza operativa

comune. Si dovrà quindi arrivare a produrre schede che siano condivise di diagnosi finalizzate anche al trattamento trasversale dei pazienti. Insomma si dovrà fare sistema.

Questo fare sistema dovrà anche estendersi a quelle organizzazioni che fanno prevenzione nei contesti dei pazienti in modo tale che sia possibile attivare anche loro nei processi di diagnosi e intervento. Troppe volte infatti ci si trova a dover accettare nel trattamento una delega totale del contesto e della famiglia che certo non aiuta a superare la dinamica del paziente designato. E troppo spesso di fronte all'abbandono del trattamento non si fa nulla perché non si lavora assieme a chi opera proprio nel contesto in cui il paziente tornerà

Accanto a questo percorso ve ne dovrà essere un altro. Bisognerà costruire insieme agli attori che parteciperanno alla formazione azione un sistema di valutazione di processo. Spieghiamo brevemente cosa si intende per valutazione di processo

Con il termine valutazione di processo ci riferiamo a un sistema di misure che hanno come obbiettivo quello di consentire a coloro che vivono un intervento (operatori, destinatari e contesto organizzativo) di avere costantemente indicazioni sull'andamento delle interazioni che tra di loro si danno al fine di migliorare la probabilità di centrare l'obbiettivo che si sono dati.

Un sistema di valutazione di processo non guarda le singole azioni ma il senso complessivo che esse producono e la congruenza tra le varie componenti che partecipano un determinato processo. Sostanzialmente mira a migliorare la performance del processo nel suo complesso migliorando "l'interazione operativa" tra gli attori che lo compongono attraverso misure successive che consentano di correggere gli "errori" che possono darsi nella stessa.

Concentrarci sulla costruzione di un sistema di valutazione di processo e non sulla valutazione degli esiti o della qualità - quantità delle prestazioni ha molto più senso se vogliamo essere coerenti con quanto abbiamo sin qui affermato.

Un tale sistema è indispensabile se si vuole davvero costruire una rete di intervento capace di diagnosi cura trattamento e intervento sui contesti sociali.

Il farlo sarà parte del sistema di incontri e formazione. Il primo passo sarà individuare insieme gli indicatori da usare per la valutazione dei processi.

Oltre alla formazione in azione e alla valutazione di processo sarà necessario costruire un percorso lungo di ricerca che abbia tre obiettivi che purtroppo quasi mai vengono perseguiti nel campo del trattamento dei soggetti in sofferenza sociale e psicologica.

Il primo obiettivo è quello di operare con la ricerca la sistematizzazione e la documentazione e pubblicazione dei lavori che verranno fatti. Purtroppo moltissime esperienze e buone pratiche restano quasi sempre nella memoria individuale di chi le ha vissute e non diventano sapere condivisibile

Questa perdita sistematica di conoscenza è uno spreco intollerabile. Ci rendiamo conto che spesso non si può chiedere a chi opera o vive un trattamento di fare questo tipo di ricerca ma se il progetto che stiamo presentando potrà connettersi con le università sarà possibile, magari offrendo agli studenti di diverse discipline di fare tesi su questo tipo di lavori, produrre la documentazione scientificamente fondata di cui sopra

Il secondo è quello di formare gli operatori di comunità e di strada all'approccio etnometodologico proprio perché questo approccio scientifico consente attraverso l'osservazione partecipante e l'intervista semi strutturata ecc. di comprendere le dinamiche sociali non a partire da una teoria ma vivendoci dentro come codesti operatori fanno ogni giorno

Il terzo obiettivo del capitolo ricerca dovrebbe essere quello di individuare un protocollo per lo studio dei fattori di rischio relativamente alle dipendenze patologiche. Su questa questione del rischio e dei suoi fattori in realtà, a parte le riflessioni della Mary Douglas c'è veramente poco,

eppure dovrebbe essere esattamente il contrario, a volte si ha l'impressione che ci si accontenti di constatare l'esistenza del fenomeno e non si cerchi di comprendere quali caratteristiche ha la potenziale popolazione bersaglio.

gli allegati che presentiamo sono estremamente eterogenei per consentire a ciascuno di individuare le aree di interesse e di approfondimento con cui misurarsi attraverso il percorso di formazione. Non vanno quindi persi come modelli ma come gli scaffali di un super. Nulla di più

## **Allegato 1**

In somma sintesi gli elementi che possono essere oggetto di indagine relativamente alla storia del soggetto

I primi tre anni di vita da raccogliere ovviamente attraverso l'intervista dei soggetti della famiglia allargata o delle istituzioni che si sono occupate del Bambino.

Di questi primi tre anni andrebbero conosciute almeno queste quattro cose: rapporto con la madre e con il cibo, eventuali separazioni dovute a nascita prematura o a infermità dalla madre, la fase del distacco dalla stessa e sintomatologie presenti durante il periodo oltre che eventuali cambiamenti di ambiente fisico e relazionale.

Successivamente sino alla preadolescenza: andamento scolastico, presenza di comportamenti indicanti una incapacità di contenimento emozionale, iperattivismo, eventuali separazioni o violenze domestiche in cui il ragazzo è stato messo in mezzo o ha assistito, comportamento verso la nascita di eventuali fratelli o sorelle

Preadolescenza e adolescenza: andamento scolastico, presenza o meno di comportamenti antisociali, eventuale inizio dell'assunzione di sostanze e suo vissuto, rapporto con il gruppo dei pari e o la bandiera, esperienze sessuali e affettive e rapporto con il fallimento e la perdita, rapporto ove ci sia con il padre la madre e i fratelli e sorelle

Da questo momento in poi: andamento lavorativo ove vi sia, andamento delinquenziale ove si sia manifestato e rapporto con la giustizia nelle sue componenti, andamento affettivo e sessuale, circolarità comportamentale e di rappresentazione della realtà



## **Allegato 2**

Raccolta di tutti gli interventi che sono stati precedentemente fatti in termini di cura

Chi li ha fatti

Tempi di attuazioni con interruzioni e riprese

Tipologia dei trattamenti

Valutazione da parte degli operatori che hanno effettuato gli interventi

Proveniva da andava a

Eventuali valutazioni diagnostiche

Ecc.

I modelli epistemici

## **Allegato 3**

L'analisi della rete soggettiva procede dovrebbe procedere nel seguente modo

La domanda chiave per compilare la prima colonna (ovviamente da modulare a seconda del soggetto) è:

prova ad elencare, così come ti vengono in mente, le persone che per te sono significative nella tua vita sia positivamente che negativamente

all'obiezione "cosa intendi per significative" o simili va sempre risposto "quello che tu ritieni sia il significato di questa parola va benissimo"

se il soggetto domanda "ma relativamente a che periodo della mia vita, oggi o in generale o....."

l'indicazione da dare è

scegli il periodo che vuoi. Ciò che importa è che tu in questo momento li senti tali

se il soggetto chiede se può mettere persone scomparse la risposta è sempre sì.

Si può aiutare il soggetto a rispondere dando i seguenti e solo i seguenti suggerimenti

Oltre ai soggetti che hai elencato vi sono altre persone con cui sei in relazione a cui chiederesti un consiglio, o che sono importanti nel lavoro o nello studio

Vi sono altri amici o conoscenti con cui hai rapporti e relazioni per te importanti

Bisogna almeno una volta insistere chiedendo “non ve ne sono altre, pensaci bene”

Non importa se i moduli sono compilati dall’intervistatore o dal soggetto.

L’importante è che contengano tutte le informazioni e soprattutto che l’intervistatore si limiti a registrare e solamente o solleciti con la domanda di cui al paragrafo precedente o faccia domande unicamente finalizzate alla completezza della compilazione.

Se il soggetto chiede relativamente a animali la risposta è sempre sì

Se il soggetto chiede rispetto a personaggi che non sono nella sua vita quotidiana (attori, personaggi dello sport, ecc...) la risposta è sempre sì

Se il soggetto chiede rispetto a oggetti materiali la risposta è sempre no

Nella prima colonna non è necessario che vi siano scritti nome e cognome. Va bene anche solo uno dei due o una sigla. L’importante è che il soggetto sia ben cosciente del significato del solo nome o della sigla.

Nella seconda colonna il soggetto deve qualificare il tipo di relazione (parentale, amicale, lavorativa, ecc...).

Le domande guida possono essere

Per te è....

Oppure

È significativo perché.....

La terza colonna è la più difficile da compilare

Bisogna infatti che la persona si metta nella posizione di ciascuno dei soggetti che ha indicato e risponda alla seguente domanda

Secondo te se avessimo chiesto a..... di indicarci le persone per lui significative, quali di quelle che tu hai messo nella lista avrebbe segnalato

Essendo messa nella colonna iniziale una numerazione progressiva è sufficiente per ogni rigo riportare i numeri corrispondenti.

<b>N</b>	<b>LAS PERSONAS SIGNIFICATIVAS</b>	<b>CONEXIÓN</b>	<b>LAZOS SECUNDARIOS</b>
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			

18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			

## Allegato 4

L'analisi dei fallimenti consente un processo di coscientizzazione e di individuazione delle forme con cui si autogiustifica la ripetizione di un comportamento

### FALLIMENTI

SONO PRESENTI	RISPETTO ALLO SMETTERE	RISPETTO AL SOCIALE	RISPETTO AL RELAZIO- NALE	RISPETTO AL SE'
SECONDO L'OPERATORE	SI NO  /1/ /2/	SI NO  /1/ /2/	SI NO  /1/ /2/	SI NO  /1/ /2/
SECONDO IL SOGGETTO	  /1/ /2/	  /1/ /2/	  /1/ /2/	  /1/ /2/
IL SOGGETTO ELABORA PREVALENTEMENTE NEL SEGUENTE MODO  LA COLPA E':				
- di una persona	/1/ /2/	/1/ /2/	/1/ /2/	/1/ /2/
- della famiglia	/1/ /2/	/1/ /2/	/1/ /2/	/1/ /2/
- della rete	/1/ /2/	/1/ /2/	/1/ /2/	/1/ /2/
- del servizio	/1/ /2/	/1/ /2/	/1/ /2/	/1/ /2/
- degli eventi sfavorevoli	 /1/ /2/	 /1/ /2/	 /1/ /2/	 /1/ /2/
- sua	/1/ /2/	/1/ /2/	/1/ /2/	/1/ /2/
- della società	/1/ /2/	/1/ /2/	/1/ /2/	/1/ /2/
- non sa	/1/ /2/	/1/ /2/	/1/ /2/	/1/ /2/

altro_____    				
	/1/ /2/	/1/ /2/	/1/ /2/	/1/ /2/
RISPETTO AL TENTATIVO CHE STA FACENDO IL MODO DI PORSI E' DEL TIPO				
- "Questo tentativo andrà come gli altri	/1/ /2/	/1/ /2/	/1/ /2/	/1/ /2/
- "Questa volta é diverso perchè lo voglio veramente	/1/ /2/	/1/ /2/	/1/ /2/	/1/ /2/
- "Questa volta é diverso perchè i miei e la rete mi sostengono	/1/ /2/	/1/ /2/	/1/ /2/	/1/ /2/
- "Tu sei diverso dagli altri"	/1/ /2/	/1/ /2/	/1/ /2/	/1/ /2/
- "La soluzione trovata è quella giusta"	/1/ /2/	/1/ /2/	/1/ /2/	/1/ /2/
- "Non so dire come andrà"	/1/ /27	/1/ /2/	/1/ /2/	/1/ /2/
altro_____    				
	/1/ /2/	/1/ /2/	/1/ /2/	/1/ /2/

FALLIMENTI DAL PUNTO DI VISTA DELLA **FAMIGLIA**

SONO PRESENTI:	RISPETTO ALLA PROPIA CAPACITA' EDUCATIVA	RISPETTO ALLA PREGNANZA DEL NUCLEO FAMIGLIARE	RISPETTO ALLA CAPACITA' DI AGIRE RISORSE
SECONDO <b>L'OPERATORE</b>	SI NO  /1/ /2/	SI NO  /1/ /2/	SI NO  /1/ /2/
SECONDO LA <b>FAMIGLIA</b>	/1/ /2/	/1/ /2/	/1/ /2/
SECONDO LA FAMIGLIA <b>LA COLPA E':</b>			
del coniuge	/1/ /2/	/1/ /2/	/1/ /2/
reciproca	/1/ /2/	/1/ /2/	/1/ /2/
di un fratello e-o sorella	/1/ /2/	/1/ /2/	/1/ /2/
di un parente	/1/ /2/	/1/ /2/	/1/ /2/
delle cattive compagnie	/1/ /2/	/1/ /2/	/1/ /2/
della ragazza-o	/1/ /2/	/1/ /2/	/1/ /2/
del soggetto	/1/ /2/	/1/ /2/	/1/ /2/
dei servizi	/1/ /2/	/1/ /2/	/1/ /2/
della società	/1/ /2/	/1/ /2/	/1/ /2/
di eventi sfavorevoli	/1/ /2/	/1/ /2/	/1/ /2/
di eventi traumatici	/1/ /2/	/1/ /2/	/1/ /2/
non sa	/1/ /2/	/1/ /2/	/1/ /2/
altro _____ — _____ _____	    /1/ /2/	    /1/ /2/	    /1/ /2/

RITIENI DI AVER RACCOLTO ALTRI DATI SIGNIFICATIVI SUI FALLIMENTI?

SI/1/ NO /2/

SE SI, QUALI ?

---

---

---

---

---

L'OPERATORE RITIENE CHE IL SISTEMA DEI FALLIMENTI SIA IL PUNTO DI PARTENZA PER LA FORMULAZIONE DI UNA DIAGNOSI ?

SI /1/ NO /2/

## **Allegato 5**

Osservazione dei seguenti elementi

Quali passioni dichiara di avere

Chi sono i suoi miti nello sport nella musica ecc.

come si muove in gruppo quale postura ha verso il protagonismo e verso chi è protagonista

il suo rapporto ambivalente con l'autorità.

Come si comporta di fronte alla malattia

Come si comporta per contenere l'angoscia di perdita e di abbandono

Come si comporta con il rancore

Con la paura,



con l'odio

con l'indifferenza

ecc.

## **Allegato 6**

Accompagnare e osservare il soggetto nel suo contesto di immersione poi con lui cercare di comprendere i vissuti e i processi che nel suo contesto ordinario di vita automaticamente si svolgono

Pensare in comunità a intervento aperto e alternato

Analisi della comunità attraverso l'applicazione dell'approccio etnometodologico

Analisi dei documenti

Osservazione partecipante

Interviste non strutturate

*Roberto Merlo*

*Via G. Marengo, 34*

*Acqui Terme (AL)*

*Tel. 0144 356741*