

## «Le differenze sono una ricchezza»

Ignazio Maniscalco <sup>1</sup>

1. Psychiatry, Department of Psychiatry, Hospital of Bolzano (SABES-ASDAA) Teaching Hospital of Paracelsus Medical University (PMU) Bolzano, Italy, Bolzano, ITA

**Corresponding author:** Ignazio Maniscalco, [magnazio@inwind.it](mailto:magnazio@inwind.it)

---

### Abstract

---

**Categories:** Psychiatry, Psychology

**Keywords:** social psychiatry, clinical psychiatry, child and adolescent psychiatry, bio-psycho-social model, psychiatry & mental health

### Editorial

«Le differenze sono una ricchezza» recita un vecchio slogan femminista. Le differenze, in realtà, possono, ma non necessariamente di per sé, costituire una ricchezza. Di per sé possono essere anche contraddizione, contrapposizione, motivo di conflitto. Per renderle risorse è necessario investirci, lavorarci sopra. Così, in un'équipe, la ricchezza della diversità dei suoi componenti non è automatica. Ogni operatore è portatore di punti di forza e di debolezza nel proprio agire professionale. Il capitale professionale e umano dell'équipe viene valorizzato solo attraverso un processo che inizia proprio dal riconoscimento delle differenze. Sé l'équipe conosce tutte le sue capacità attuali, sa su cosa può contare, sia in caso di emergenza che nello sviluppare nuove progettualità.

Sulle capacità potenziali si ingaggia un piano di lavoro, per rendere meno vulnerabili le fragilità e per consolidare i punti di forza. Ognuno si impegna nella doppia direzione e l'équipe si irrobustisce. L'armonizzazione delle differenze è l'ultimo e decisivo passo per farle diventare ricchezza. Si entra in un gioco di squadra dove, in caso di necessità, si è interscambiabili, ma, nell'ordinario, ci si avvale dei migliori contributi da parte di ciascuno. C'è lo psicologo più capace nella diagnostica e quello nella terapia; c'è l'educatore più portato all'accoglienza e all'ascolto e l'altro all'animazione socio-culturale. Un'équipe che sa bene utilizzare le differenze al proprio interno è ben allenata e anche più in grado di lavorare in questa direzione con gli utenti: sa vedere e individuare le loro capacità, le sa valorizzare e impegnarle al meglio [1].

Pertanto, il “gioco” di squadra nella doppia diagnosi appare fondamentale, poiché la condizione stessa di dipendenza patologica “associata” ad un disturbo psichiatrico - e viceversa - è di matrice chiaramente multifattoriale, il che necessita inevitabilmente, per il suo trattamento clinico, di un intervento multidisciplinare; dunque, di un lavoro a più braccia e più cuori.

### La “direzione obbligata” dell'approccio multidisciplinare

L'elemento umano in un'équipe socio-sanitaria - e in particolare nell'ambito delle dipendenze - è di fondamentale importanza per il buon funzionamento dell'organizzazione e lo sviluppo di offerte assistenziali di qualità. La visione dell'organizzazione solo attraverso i processi, le risorse, le regole e i protocolli e quant'altro faccia parte della componente “strutturale”, è certamente riduttivo e appartenente ad un passato che pensava erroneamente che bastasse ottimizzare le procedure ed agire sull'organizzazione tecnica dell'azienda/ente per poter assicurare un prodotto di qualità. La visione efficientista dell'organizzazione ha sicuramente dei lati positivi ma non può prescindere dal fatto che a “fare le cose non sono le procedure ma chi le esegue”. I moderni orientamenti organizzativi infatti ritengono le politiche sul personale il fattore strategico principale da tenere in forte considerazione per assicurare il successo delle attività e dare soddisfazione alla domanda e ai bisogni dei cittadini. Nella moderna visione sistemica attuale, una struttura socio-sanitaria, che sia pubblica o privata, prevede nel suo interno una serie di variabili organizzative che determinano la sua forma e il suo funzionamento. Queste variabili sono:

- la forma organizzativa cioè l'insieme degli elementi di base del sistema dei ruoli della struttura; essa esprime i criteri di fondo con cui viene attuata la divisione del lavoro tra i diversi operatori. Essa potrebbe essere definita come lo “scheletro” che da visibilità ai ruoli, alle gerarchie di potere e ai contenuti (organigramma).
- i meccanismi operativi cioè le regole formali di funzionamento dell'organizzazione con finalità di

trasmettere “l’intelligenza”

dell’organizzazione (processi, procedure eccetera). - La cultura e il potere organizzativo e cioè i comportamenti organizzativi, le culture esistenti, le regole informali “non scritte”, i limiti di accettabilità che si è data l’organizzazione, ecc..

Questo ultimo punto è chiaramente correlato agli operatori ed è di fondamentale importanza per il funzionamento dell’ente.

Gli enti infatti sono sempre più orientati ad essere un “insieme di professionisti” con alta specializzazione, autonomia e responsabilità e possono essere categorizzate in base alla loro centratura in:

- labor intensive: centrata sul lavoro/servizi;
- capital intensive: centrata sul capitale netto;
- personality intensive: alta intensità di qualità di personale per particolari prestazioni con alta attenzione alle relazioni interne tra operatori [2].

Vi possono, quindi, essere diverse impostazioni dell’ente in base al tipo di organizzazione e alla calibrazione del personale. La visione meccanicistica focalizza l’attenzione sulle “strutture” e non su chi fa le cose (e cioè il personale) mentre la visione contingente sistemica centra l’attenzione sugli operatori e sui processi da loro utilizzati per raggiungere gli obiettivi. Sempre di più, quindi, risulta importante la scelta e la gestione del personale.

## Presupposti per creare un gruppo di lavoro

Molti ricercatori concordano nell’affermare che non esiste una definizione univoca di gruppo. La parola “gruppo”, infatti, è entrata a far parte del linguaggio quotidiano, del senso comune e spesso sostituisce o è usata come sinonimo di aggregazione di persone che

non necessariamente sono gruppi. Per alcuni il fattore che determina un gruppo è la presenza di un “destino comune”, per altri l’elemento critico per definire un gruppo è la presenza di una struttura sociale. Altri studiosi ancora sostengono che un gruppo si definisce come tale per la presenza di interazioni faccia a faccia. Non è questa - ovviamente - la sede in cui approfondire le considerazioni appena riportate, tuttavia è importante rilevare come questi concetti possano essere legittimamente riferiti ad un particolare tipo di gruppo, sul quale si concentrerà unicamente l’attenzione d’ora in avanti: il “gruppo di lavoro” (“working team”).

Nel gruppo di lavoro, oltre alla interdipendenza del destino emerge un altro aspetto caratterizzante, che si può definire “interdipendenza del compito”, quando cioè esiste un obiettivo da raggiungere, un compito da assolvere, tale che i risultati di ciascun membro hanno implicazioni per i risultati degli altri. Questa interdipendenza può essere definita “positiva”, quando dà luogo all’instaurarsi di sentimenti di cooperazione e coesione tra i membri, favorendo una migliore prestazione del gruppo; oppure “negativa”, quando prevale la competizione che conduce a insicurezza, riduzione della coesione e peggioramento della prestazione complessiva. Tali i risultati di una sperimentazione condotta nel 1949 da M. Deutsch, con gruppi di studenti ai quali venivano affidati due tipi di compiti, uno privo di criteri chiari per obiettivare i risultati, se non attraverso il consenso del gruppo (discussione di un problema di relazioni umane), l’altro invece che permetteva un’azione personale anche senza il contributo dei compagni (ricostruzione di un puzzle). Una metà dei gruppi ebbe l’informazione che il loro lavoro sarebbe stato valutato in quanto lavoro di gruppo, mentre per l’altra fu annunciata una valutazione individuale nei termini del contributo personale al raggiungimento degli obiettivi del gruppo. Si veniva a determinare pertanto una situazione di collaborazione nel primo caso, di competizione nel secondo. I risultati dell’esperimento portarono alla conclusione che la situazione di cooperazione, più che quella di competizione, mostra caratteristiche di coordinazione degli sforzi, suddivisione dei compiti, pressione a raggiungere lo scopo, attenzione agli interventi dei colleghi, comprensione reciproca, atmosfera amichevole, produttività per unità di tempo, qualità del lavoro. Numerosi altri studi hanno indagato più specificamente le diverse situazioni in cui viene a crearsi una polarità collaborazione/competizione, dato che la ricerca di un ottimale equilibrio tra esse è da ritenersi uno dei problemi principali nella prospettiva del gruppo di lavoro.

La teoria “dei gruppi ottimali” si basa sul concetto di interazione degli elementi che compongono il gruppo; l’interazione si sviluppa intorno a due concetti essenziali: percezione di uno scopo comune e formazione di relazioni tra le persone. Il primo fattore consente l’utilizzazione dell’energia apportata dai membri per il raggiungimento dello scopo, rendendo possibile la distinzione tra il gruppo e la semplice somma degli individui. A questo punto anche altri aspetti assumono un’importanza determinante: il legame tra i membri, la composizione del gruppo, la qualità degli obiettivi. Affinché si possa sviluppare un gruppo è necessario che le persone siano motivate a mobilitarsi per il raggiungimento dello scopo, che vi sia una adeguata giustificazione della quantità d’energia necessaria per raggiungerlo, che gli obiettivi vengano dati in modo chiaro e tale da permettere la partecipazione e il coinvolgimento di tutti. Risulta così essenziale che per la formazione di uno scopo comune vi sia l’armonizzazione delle diverse percezioni dello scopo. Gli obiettivi devono essere, oltre che chiari, stimolanti per tutti i membri, in modo da permettere che venga attivata una stessa linea d’azione. Il secondo elemento che assume grande rilievo sono i rapporti che si instaurano all’interno del gruppo. La natura di tali rapporti influisce sulla possibilità che un gruppo si formi: in questa fase è cruciale la scelta dei futuri membri, essendo importante che le persone siano obiettivamente partecipi dello scopo comune e che si sentano soggettivamente motivate alla condivisione con gli altri. Da questo punto di vista anche il numero

dei partecipanti diventa un ulteriore aspetto rilevante: la dimensione che può essere ritenuta ottimale oscilla tra un minimo di tre e un massimo di venti individui. Date queste condizioni, il gruppo di lavoro può essere definito come il campo psicologico prodotto dall'interazione di tre o più persone riunite in una situazione faccia a faccia alla ricerca, definizione e raggiungimento di uno scopo comune. Per attivare un gruppo di lavoro è dunque necessario che i componenti del gruppo sappiano in anticipo quale sia il compito del gruppo e quindi è necessario che vi sia una esplicitazione ex-ante dei seguenti criteri: finalità del gruppo; obiettivo chiaro e realistico definendo la necessità di avere soluzioni ottenibili con la convocazione di un gruppo di lavoro specifico; commitment formale; interesse comune da parte dei membri del gruppo con fiducia reciproca ed equità all'interno del gruppo; risorse adeguate per svolgere delle attività (tempo, risorse finanziarie, competenze, attitudini). L'esistenza di queste condizioni assicura che il team sia ben orientato e coeso al fine di iniziare a lavorare in un contesto che permetta l'espressione delle operatività e il raggiungimento degli obiettivi. Nel contesto generale delle situazioni di fattibilità di cui tenere conto, esistono anche alcune variabili individuali dell'operatore da tenere in considerazione per l'attivazione di un gruppo ed in particolare sono quelle che possono intervenire sul comportamento dell'individuo. L'operatore infatti deve possedere alcune caratteristiche di base quali ad esempio: saper gestire l'emotività, il rischio (attitudine), saper prendere decisioni, parlare in gruppo, condurre una riunione, relazionare con il paziente e gestire la comunicazione interpersonale con i collaboratori [2].

### **Vantaggi del gruppo multidisciplinare**

I vantaggi del gruppo di lavoro multidisciplinare sono molti e possono essere così definiti:

- Cognitivo: allargamento delle responsabilità ed elaborazioni più ricche.
- Motivazionale: condivisione delle decisioni con aumento della motivazione professionale.
- Relazionale: aumento dell'affettività, del riconoscimento e del senso di appartenenza.
- Organizzativo: aumento dell'integrazione con promozione della condivisione delle conoscenze, dei linguaggi, dei metodi ed alla fine degli obiettivi, della mission e della vision.

Vi è inoltre una maggior diffusione delle conoscenze con una loro capitalizzazione all'interno dell'organizzazione. Il tutto porta sicuramente ad una diminuzione delle possibilità di errore nella decisione. Il gruppo permette di allargare gli stereotipi di osservazione del singolo che portano alla creazione anche di pregiudizi, che rendono meno affidabile l'analisi della realtà e la successiva decisione. Lavorare all'interno di un gruppo multidisciplinare fa sì che vi sia una concorrenza di esperienze e conoscenze che permettono, se ben gestite, di raggiungere il risultato atteso e arricchire notevolmente le potenzialità diagnostiche e terapeutiche. Bisogna però tenere conto che ogni individuo ha le mappe cognitive e i propri sistemi di problem analysis e decision making. Le mappe cognitive in particolare, attraverso le quali si esplica l'osservazione e l'interpretazione delle realtà, vengono generate dall'esperienza, dalle conoscenze e dall'interpretazione che l'individuo fa e "fissa" durante la propria. Esse determinano gli stereotipi di valutazione, gli orientamenti dei meccanismi di problem analysis e problem solving. Le mappe cognitive sono anche le generatrici dei pregiudizi e dei diversi punti di vista. Le mappe cognitive sono in grado di influenzare fortemente quindi il decision making.

Il gruppo permette di allargare gli stereotipi di osservazione del singolo che portano alla creazione di "pregiudizi" che rendono meno affidabile l'analisi della realtà e la successiva decisione.

Le decisioni infatti risentono dei "valori", fissati anche in queste mappe cognitive, dei singoli professionisti, dell'enfasi che questi mettono nella loro osservazione ed in particolare dei problemi del paziente in relazione alla loro specifica professionalità e formazione culturale. Tutto questo porterà ad una diversa definizione delle priorità e quindi a formulare dei diversi obiettivi in termini terapeutici [2]. Non tenere conto di questi meccanismi vuol dire commettere un errore di valutazione delle problematiche interne ai gruppi professionali multidisciplinari. Il gruppo multidisciplinare oltre ad essere una grande risorsa può essere anche fonte di possibili incoerenze e conflittualità.

### **Criticità del gruppo multidisciplinare**

Le principali criticità del gruppo di lavoro multidisciplinare: la conflittualità, la deresponsabilizzazione parassitaria, la polarizzazione e la propensione al rischio. I conflitti in un gruppo sono da considerare una "fisiologica" situazione di lavoro (se la produttività e le relazioni sono mantenute entro limiti accettabili e "normali"). La finalità da porsi è quella di massimizzare i conflitti positivi (confronto costruttivo e professionale) e minimizzare i conflitti negativi (scontri di tipo relazionale per problemi di potere). La conflittualità può far arrivare il gruppo allo stallo con aumento dei costi e della motivazione. Una delle cause di possibile conflitto è la trasmissione dei messaggi durante la discussione nel gruppo. Il messaggio trasmesso infatti ha sempre due aspetti: un aspetto del contenuto del messaggio, cioè gli aspetti concreti e di merito, che può essere in grado di attivare conflitti "positivi" e un secondo aspetto della relazione è la forma espressiva, il tono mite o aggressivo eccetera, che può attivare conflitti "negativi". La deresponsabilizzazione parassitaria è un fenomeno per il quale all'interno del gruppo vi possono essere delle persone che si responsabilizzano ed assumono atteggiamenti di non coinvolgimento diretto e partecipe, utilizzando il gruppo in maniera "parassitaria" senza dare quindi nessun contributo ma utilizzando strumentalmente il gruppo. La polarizzazione è un fenomeno per il quale all'interno del gruppo le posizioni di maggioranza o a più alta intensità espressiva e/o di assertività, tendono ad inibire la minoranza o il "non allineato" e a perdere le posizioni dei punti di vista di alcuni partecipanti. Questo fenomeno incrementa il rischio di errore

nelle decisioni. La propensione al rischio è il fenomeno per il quale all'interno del gruppo si può sviluppare un aumento della propensione ad adottare soluzioni più rischiose in quanto condivise con un maggior numero di persone. Tutto questo per la comparsa di un falso senso di sicurezza in quanto la decisione rischiosa è condivisa da un più alto numero di persone che porta alla diminuzione della prudenza.

## **Le componenti multidisciplinari dell'équipe e l'unitarietà delle azioni**

Le équipe dei servizi delle dipendenze (sia quelli privati che, soprattutto, quelli pubblici) presentano spesso un team frammentato con obiettivi non coordinati, diverse priorità tra gli operatori, programmi indipendenti, una multigestione dei pazienti con criteri di valutazione dei risultati diversi tra i vari operatori. Spesso il paziente ha una "multirisposta" con una conseguente inefficacia degli interventi.

Vi è, quindi, la necessità di ricondurre le singole componenti operative ad un team unitario multidisciplinare che abbia obiettivi coordinati, priorità condivise, programmi predefiniti nei tempi e nei modi. Tutto questo anche con criteri di valutazione dei risultati univoci e una gestione ed una risposta unitaria che soddisfi la domanda del paziente. Questa modalità porterà ad un miglioramento dell'efficacia degli interventi.

Al fine di ottenere una risposta coordinata ed unitaria da un team multidisciplinare, quale è quello dei servizi delle dipendenze, è necessario, però, che vi siano dei prerequisiti che rendono possibile e fattibile l'instaurarsi di tale condizione. I principali prerequisiti possono essere così elencati:

### Requisiti generali

- Condivisione, da parte dei componenti del gruppo, della logica "problem analysis & problem solving" con uno stile di lavoro "per obiettivi e programmi".
- Condivisione della logica che il decision making deve essere "evidence based".
- Condivisione ed applicazione dell'approccio organizzativo e gestionale.

### Requisiti organizzativi

- Esistenza di processi assistenziali formalizzati e conosciuti.
- Esistenza di protocolli e linee guida di riferimento per le patologie e le situazioni trattate dalle aziende sanitarie locali (standardizzazione delle conoscenze).
- Matrice compiti e responsabilità chiara.
- Organizzazione delle procedure di triage all'ingresso. - Presenza di un "responsabile di programma".
- Presenza di un "supervisore" con leadership partecipata ed empowerment.
- Condivisione da parte dei team working delle modalità operative sopra riportate.
- Alto grado di adattamento reciproco con basso grado di conflittualità. Requisiti tecnologici
- Presenza di un sistema informatico di supporto al management che permetta la verifica rapida del programma impostato sul paziente (es. prestazioni erogate - output) e la valutazione degli esiti (risultati clinici - outcome), delle prenotazioni, ecc. [2].

## **L'équipe "professionale"**

Gli operatori professionali hanno costituito un punto di arrivo nel lungo cammino delle comunità terapeutiche. All'inizio non era disponibile un gruppo di lavoro di tipo professionale. Per le prime comunità, spesso di convivenza e di vita, l'apporto era volontario: lavoratori di diversa provenienza che dedicavano il loro tempo libero, qualche genitore, amici. Allo stesso modo le comunità erano impostate sull'auto-aiuto gerarchico, in base all'anzianità di percorso e di permanenza in comunità delle persone tossicodipendenti che portavano avanti il programma, non facevano perno su un sapere professionale, ma sull'esperienza accumulata e sul saper fare dei più "vecchi", accompagnati a loro volta da qualcun altro che aveva già sperimentato l'intero percorso in un'altra comunità.

Gli educatori professionali, ad esempio, che hanno rappresentato inizialmente la figura chiave del lavoro nella comunità terapeutica (affiancati pian piano, in maniera sempre più sistematica, da psicologi e, in forma minore, da medici), sono il risultato dell'evoluzione del processo e dell'applicazione degli Atti di Intesa Stato-Regioni nel corso degli anni Ottanta e Novanta. Tuttavia, sui titoli professionali dell'operatore di comunità si è discusso e si discute ancora moltissimo. Alla nascita delle comunità terapeutiche per tossicodipendenti, l'unico "titolo" era quello di aver concluso positivamente il percorso e mostrare interesse per rimanere e "cambiare" di ruolo. L'arrivo degli operatori laureati o con diploma (e, comunque, provenienti da "fuori") ha dato luogo in moltissime strutture ad una fase molto difficile e carica di tensione. Gli operatori "storici" accusavano i nuovi arrivati di essere totalmente privi di conoscenze ed esperienze. E questo è stato senz'altro vero. D'altra parte, gli operatori con titoli ufficiali ma con scarsa esperienza sul campo hanno considerato i colleghi "ex" come "privi delle necessarie basi scientifiche e professionali". In molte strutture i due gruppi sono entrati in conflitto aperto o sotterraneo. Più recentemente, le indicazioni normative in materia hanno facilitato l'acquisizione di alcuni titoli attraverso sanatorie gestite dalle regioni mentre, al tempo stesso, hanno imposto che comunque gli operatori entrati successivamente possedessero un titolo minimo (operatore di comunità, OSA o similari; tutti richiedono il titolo base di scuola media inferiore o superiore). Contemporaneamente, l'Atto d'Intesa Stato-Regioni del 1999 stabilisce i criteri minimi quanto a presenza di personale in possesso di titolo di laurea (educatori, psicologi o psichiatri) e in relazione alla

specializzazione o alle caratteristiche della comunità terapeutica (pedagogico-riabilitativa, terapeutico-riabilitativa, per doppia diagnosi etc.).

Le due componenti del "sapere", quella accademica e quella concreta, in particolare nella comunità terapeutica, sono parimenti indispensabili [1]. Sembra difficile, peraltro, stabilire un profilo definitivo dell'operatore di comunità, anche alla luce dell'esperienza per cui gli stessi operatori laureati si trovano in un ambito (quello residenziale, ad esempio) che richiede competenze specifiche e differenti nonché difficilmente riscontrabili nei testi accademici. Una risposta sta nella centralità dello staff, come elemento regolatore e integratore di differenti saperi.

## **L'integrità dell'équipe e l'integrazione del paziente**

Soltanto l'équipe, nel suo insieme, può affrontare la contraddittorietà del paziente in doppia diagnosi, fornendo risposte diverse, tra loro complementari, che una sola persona non è in grado di dare contemporaneamente. Risposte legate da un solido filo di armonia e coerenza. L'integrazione dei terapeuti diventa così strumento per favorire una integrazione interiore del paziente stesso. A patto che sappia essere mantenuta. Costantemente infatti il paziente la sottopone a verifiche ed attacchi. I membri di un'équipe che palesano solidarietà reciproca da un lato forniscono al paziente garanzie su cui fondare la fiducia, dall'altro vengono da lui sentiti come pericolosi perché non controllabili. Può riacquistare tale controllo solo facendoli litigare. Tentativo che ha successo in misura direttamente proporzionale al sussistere, anche nei terapeuti, di un nucleo narcisistico. Solo quando ogni operatore (chi dà i farmaci, chi fornisce aiuto psicologico, chi si occupa dell'assistenza e della riabilitazione) raggiunge la convinzione che il suo ruolo è pari agli altri e che la sua priorità non è assoluta, ma determinata nei vari momenti dalle esigenze del paziente, diventa possibile offrire al paziente un modello di identificazione riguardo l'accettazione del proprio limite e il riconoscimento del valore dell'altrui collaborazione, anziché stimolare in lui un'ulteriore sfida onnipotente. Da quanto detto, risalta chiaramente la necessità di una comunicazione costante tra i vari membri dell'équipe e l'utilità della figura di un coordinatore che sia in grado, da una posizione neutrale, di accogliere e valutare i diversi elementi e fenomeni, sia del paziente che degli operatori, facilitando il superamento delle inevitabili difficoltà che un lavoro in gruppo comporta.

Secondo la scelta metodologica del modello integrato il punto di partenza è quindi costituito dal corretto rilevamento degli specifici bisogni del paziente, inteso nella sua unitarietà e non scisso in componenti biologiche, psicologiche, sociali. Tale rilevamento va effettuato in base alle evidenze cliniche che emergono dalla storia del paziente, dalle sue precedenti esperienze di vita (comprese quelle terapeutiche), dal rapporto attuale con le persone significative del suo ambiente e con gli operatori che di lui si occupano. È necessario quindi organizzare un setting di osservazione per raccogliere i dati fenomenici e relazionali offerti dal paziente e dal contesto familiare, dati che, a differenza di quanto avviene nella patologia meno grave, appaiono spesso divergenti, contraddittori. Anche gli operatori, non soltanto per la differente formazione culturale e professionale, ma per una diversa reazione emotiva, è facile si attestino su opinioni differenti. Ad esempio, di fronte ad un paziente con manifestazioni aggressive una infermiera avverte paura ed un'altra, sentendolo "come un bambino impaurito", prova tenerezza. Appare scontato come ne conseguano proposte terapeutiche antitetiche. Maternage o fermezza? Raggiungere una comune chiave di lettura dei comportamenti e delle manifestazioni psicopatologiche del paziente implica tempi di attesa e, talvolta, attriti tra i vari componenti dell'équipe. Ma soltanto così evitiamo interventi automatici, parziali; soltanto così avviene il "passaggio dal mio al nostro paziente", cioè quella presa in carico collettiva indispensabile per mantenere una continuità nello svolgimento del programma terapeutico-assistenziale. Anche quando la violenza delle manifestazioni aggressive o altre anomalie comportamentali indotte dal delirio pongono una condizione di emergenza, l'osservazione rimane premessa indispensabile per un intervento adeguato, ma naturalmente deve svolgersi in ambienti idonei ad un miglior contenimento di queste particolari condizioni. Effettuata, sulla base di una corretta diagnosi funzionale, la focalizzazione degli specifici bisogni del paziente, si presenta il non facile compito di "fornire la credenza" [3], cioè svolgere in modo semplice e diretto una funzione simile a quella attuata nel medioevo dagli scalchi quando assaggiavano in presenza del padrone cibo e bevande precedentemente preparate, per dimostrare che non erano avvelenate. È necessario cioè garantire al paziente l'accettazione dei suoi bisogni, perché si instauri fiducia nei confronti degli operatori.

Le precedenti considerazioni delineano un paradigma volto al superamento della lotta di potere tra psichiatria, psicologia, sociologia per assicurarsi il ruolo di unica risposta terapeutica alla cosiddetta doppia diagnosi. Sul piano clinico la diagnosi funzionale è il primo passo verso l'impostazione di un intervento integrato. Permette, infatti, di finalizzare il trattamento secondo il livello dell'inadeguatezza strutturale di base del paziente e la fase (acuta, subacuta, cronica) della patologia, tenendo conto delle maggiori o minori potenzialità evolutive del paziente e della presenza o meno di angoscia panica. In caso di deficit marcato, si rende maggiormente necessaria una "protesi", quindi saranno più consistenti gli interventi assistenziali e le terapie farmacologiche, volti a mantenere una condizione di relativo funzionamento, a prevenire crisi acute o un ulteriore deteriorarsi delle già ridotte capacità. La psicoterapia analitica, adeguatamente modificata attraverso l'introduzione di nuovi "parametri" [4], può contribuire al raggiungimento di tali fini. In caso di maggiori potenzialità emotivo-evolutive, le tecniche psicologiche avranno più spazio nel trattamento, affiancate da assistenza e/o farmacoterapia nella misura in cui il paziente non possiede ancora sufficienti risorse e forza dell'Io necessarie per un funzionamento autonomo. Durante la fase acuta i farmaci avranno un ruolo essenziale, anche se non esclusivo, per contenere il carico eccessivo di angoscia e favorire una riorganizzazione della personalità, mentre successivamente, pur essendo utilizzati per diminuire la vulnerabilità al panico, potranno essere ridotti. Così come l'assistenza e la riabilitazione, nei vari momenti

della malattia, avranno caratteristiche e finalità diverse. Spesso però, nella pratica clinica, tale integrazione si risolve in una sovrapposizione di interventi, contemporanei o successivi, con il mantenimento di una gerarchia di valore fondata sulla formazione culturale e professionale degli operatori, di frequente tra loro in conflitto. Una reale integrazione del progetto terapeutico nelle sue varie articolazioni può fondarsi soltanto su una solida integrazione dell'équipe. E tale condizione, sottolinea Zapparoli, viene raggiunta costituendo un linguaggio comune che nasca dal riconoscimento dei bisogni specifici del paziente e dall'ascolto attento degli insegnamenti che egli stesso ci dà.

## Il "campo allargato"

Nell'intervento multidisciplinare viene valorizzata l'idea di un setting più duttile, che permetta di adattare la tecnica ai bisogni relazionali del paziente, modularla in funzione del contenimento delle sue angosce. Si sottolinea la funzione dell'empatia nel rapporto con simili pazienti, danneggiati originariamente da esperienze di mancata condivisione e scarso contatto emotivo. Attraverso il concetto di "campo allargato" [5] è riconosciuta la necessità di non chiudere l'intervento analitico all'apporto di ulteriori elementi atti a rendere più comprensibile la situazione mentale del paziente. Campo allargato che comprende, in particolare, gli altri curanti e la famiglia. Riguardo quest'ultima, già Federn [6] aveva sottolineato l'importanza, nel trattamento degli psicotici, di colloqui con i vari membri, onde ottenere una collaborazione al programma. Per gli psicotici, infatti, il rapporto con il terapeuta si sviluppa quando sono ancora attuali nella realtà quotidiana del paziente le figure genitoriali, con cui egli continua ad intrattenere complessi e patologici legami. Quando cioè è ancora inserito in una "amalgama familiare" antievolutiva ove differenziazione, cambiamento, sono percepiti come intollerabile minaccia di perdita e di morte. Negli anni recenti numerosi psicoanalisti, superata la posizione che anche nella patologia grave i genitori siano un ingombro da escludere per regolamento contrattuale, andando al di là dell'equazione terapia familiare = indirizzo sistemico, si confrontano con questo nuovo oggetto rappresentato dalla famiglia disfunzionante nella sua totalità. Proponendo interventi che non si limitano a colloqui di supporto e consigli psicopedagogici; interventi fondati su nuove capacità teoriche e procedure tecniche modificate; interventi attuati spesso in modo bifocale da terapeuti che lavorano insieme.

L'interesse crescente verso le attività di riabilitazione, evidenziando il limite di interventi univoci, come possono essere quello farmacologico e psicologico, sottolinea la necessità di farsi carico degli aspetti deficitari. Le strategie proposte assumono sostanzialmente due forme: a) tecniche educative e di skills training, per rafforzare ed ampliare capacità sociali e lavorative; b) interventi supportivi, volti a strutturare ambienti più idonei al livello di funzionamento del paziente o caratterizzati dall'introduzione di figure di sostegno (come O.S.S., animatori sociali e maestri d'arte). Da rimarcare come a più riprese venga sottolineata l'esigenza di: adattare le procedure alle necessità del singolo paziente, dal momento che ognuno presenta una particolare costellazione di abilità e deficit; ridimensionare le aspettative individuali e familiari verso un livello di funzionamento realisticamente raggiungibile. Viene anche messo in evidenza che i programmi sono facilitati dalla somministrazione di adeguati farmaci psicotropi a giusto dosaggio, nell'ambito di una collaborazione tra tecnici della riabilitazione e psichiatri.

## L'educatore professionale

L'Educatore Professionale è l'operatore sociale e sanitario che, in base ad una specifica preparazione teorico-pratica garantita dal diploma universitario abilitante, stila ed attua specifici progetti educativi e riabilitativi. La figura professionale, regolata dal decreto ministeriale n. 520, opera all'interno di un'équipe multidisciplinare con la quale porta avanti un progetto terapeutico globale volto ad uno sviluppo equilibrato della persona. Tale progetto ha come primo obiettivo il reinserimento psicosociale dei soggetti in difficoltà e viene quindi attuato in un contesto di partecipazione e recupero della vita quotidiana. La finalità generale del lavoro di un educatore professionale è quindi il cambiamento e in essa risiede la principale differenza tra il lavoro educativo e l'assistenzialismo. L'educazione può essere definita scienza del cambiamento, proprio perché questo è intenzionale sia parte dell'educatore sia da parte del soggetto, che non solo lo percepisce bensì lo ricerca. Ciò che si intende per cambiamento è una modifica della propria visione, della percezione e della lettura di se stessi ed infine anche delle condizioni di vita. Il cambiamento è inteso anche come conquista o attribuzione di significato a eventi e fatti del passato o del presente del soggetto: si va quindi ad accogliere la storia della persona e a prendere il ruolo di deposito di ricordi e memorie, custodendoli e conservandoli: l'educatore deve fungere da contenitore e raccogliere e tenere insieme le parti del Sé del soggetto che si trova in difficoltà esistenziale. In questo modo si diventa testimoni attivi e si apre all'altro la possibilità di riprendere in mano le proprie esperienze, rileggerle e ricostituire un percorso interpretativo di sé. Se ci si accerta che qualcuno può conoscere e tenere dentro di sé la propria storia senza esserne spaventato, scandalizzato o sopraffatto, si può attuare una ristrutturazione cognitiva della propria esperienza e di conseguenza della propria visione di se stessi.

L'educatore deve procedere verso una forma di conoscenza rivolta alla specificità, all'individualità e all'irripetibilità del soggetto e deve quindi mettere in atto un passaggio che porti alla comprensione dell'altro, con tecniche che consentano di accedere ai contenuti interiori del soggetto senza distorcerli imponendo i propri schemi interpretativi. Si parla quindi di capacità entropatica: consiste nel cogliere il vissuto esistenziale dell'altro. L'entropatia è un atteggiamento spirituale che permette di penetrare nell'intima esperienza altrui e consiste nel saper vedere nell'altro ciò che sarebbe egli stesso se

fosse al posto suo. Le tecniche che l'educatore deve sviluppare sono quindi volte ad un coinvolgimento del soggetto nella scoperta e nell'utilizzo di orizzonti esistenziali nuovi, ma mantenendosi sempre nell'ambito della sua stessa quotidianità: a livello metodologico, quindi, ciò che è influente è saper usare in modo consapevole e programmato i momenti del quotidiano. Inoltre è importante comprendere che l'educatore, in nessun ambito, svolge il ruolo di modello ovvero quello di soggetto al quale si fa riferimento ai fini della riproduzione o dell'imitazione. In educazione si parla di "testimone": quest'ultimo è colui che dichiara qualcosa, che trasmette la validità di un'esperienza non essendone lui stesso l'esempio, ma riferendosi ad un modello. In un processo educativo bisogna necessariamente partire da un presupposto di fiducia nell'utente ma con ciò non si intende esclusivamente l'adempiere agli obblighi esteriori, quanto più l'autenticità e la congruenza tra i sentimenti manifestati e quelli effettivamente provati. Un elevato livello di autenticità crea armonia tra le persone in relazione e permette di riflettere con serenità sui propri sentimenti, sulle proprie esperienze e sui propri pensieri: le relazioni interpersonali vengono facilitate se le persone interagiscono in modo trasparente e congruente.

A questo proposito, è anche necessario stabilire un rapporto sulla base di una contrattualità il cui presupposto è l'accordo tra le parti. Ciò stabilisce la base per una piattaforma relazionale che pone l'educatore in una posizione di "guida". Tale posizione va però compresa attraverso il comportamento dell'educatore stesso, il quale deve sfruttare le competenze che garantiscono armonia ed equilibrio nella gestione dell'autorità all'interno della relazione educativa: oltre alla congruenza ed autenticità, bisogna dimostrare autorevolezza e amorevolezza. L'educatore deve essere quindi capace di organizzare gli interventi in vista dell'autonomia del soggetto, di orientare le attività prospettando un progetto di vita, di accompagnarlo nella ricerca di soluzioni ai problemi esistenziali e di gestire con lui le situazioni di conflitto. Deve cogliere e rispettare il soggetto nella sua situazione, comprendere il suo mondo e incoraggiarlo nel vedere le sue risorse, incrementare la fiducia e l'autostima, stimolare la motivazione per un agire autonomo e responsabile. È importante che ogni azione educativa si basi su dei valori, allontanandosi dal rischio di produrre quello che potrebbe diventare un addestramento: i valori permettono di attivare ed innalzare la capacità discriminante della persona, favorendone la crescita del senso critico. Attraverso la relazione trasmetto valori che devono essere interiorizzati con l'obiettivo di produrre un cambiamento finalizzato alla crescita della persona, nei limiti e nelle possibilità della stessa. Per questo la differenza sostanziale tra la relazione educativa e una qualsiasi altra relazione sta proprio nell'intenzionalità educativa e sulla messa in atto di procedure e percorsi volti al conseguimento di una meta precedentemente concordata. Inoltre, ciò verso cui ci si muove è un accompagnamento del soggetto nella distinzione tra cosa può essere giusto per la propria dignità e cosa non lo è, lasciando all'utente stesso la libertà di scegliere. Spesso anche le scelte che si crede corrispondano alle più intime convinzioni sono il frutto di un condizionamento da parte delle figure di riferimento: il soggetto stesso a volte preferisce continuare a compiacere gli altri, piuttosto che acquisire consapevolezza sulle proprie inclinazioni per poi maturare scelte autonome.

Quest'ultimo passo richiede costanza, fatica e autocoscienza ed è per questo che in alcune occasioni, dipendere dagli altri genera più sicurezza. Ma la libertà, nel suo senso più ampio, è la facoltà dell'uomo di agire e pensare in autonomia ed è la condizione che permette di agire secondo le proprie scelte. Entra in gioco perciò la motivazione: in psicologia, si definisce come l'insieme dei bisogni, desideri o intenzioni che prendono parte alla determinazione del comportamento e che conferiscono a questo unità e significato. La motivazione è quindi il movente del comportamento, sia esso conscio o inconscio. Può essere attivata secondo varie modalità, prima tra queste è la legge dei contrari: una situazione attiva un bisogno della situazione opposta (il bisogno di movimento nasce dopo una prolungata immobilità, il bisogno di riposo nasce invece da un'intensa attività). Un altro fattore di attivazione è l'inizio del processo di soddisfazione: iniziare ad essere gratificati da un'attività, porta il soggetto a tendere verso di essa. È fondamentale, in conclusione, che la motivazione al cambiamento parta da se stessi e non sia imposta esternamente da altri soggetti (famiglia, amici, équipe stessa). Il lavoro educativo permette di dare continuità a ciò che è accaduto in sede di colloquio con altre figure professionali, senza però invadere il campo di competenza altrui. Nella misura in cui la comunicazione all'interno dell'équipe è costante e circolare e gli obiettivi terapeutici sono condivisi, il lavoro educativo si svolge in sinergia con quello delle altre professionalità. L'obiettivo principale è quello di contenere e sostenere il soggetto nella messa a punto di adeguate strategie di coping per la gestione delle numerose difficoltà legate alla dipendenza e che minano frequentemente il suo equilibrio. Il bisogno compulsivo di assumere la sostanza vincola la vita del soggetto: il fisico è condizionato dalle patologie correlate alla sostanza/e di abuso, la quale può anche causare l'esordio di patologie psichiatriche; le relazioni sociali si impoveriscono e anche l'attività lavorativa spesso diventa un impegno troppo oneroso da mantenere. Smontare la dinamica di dipendenza per poi ricostruire delle abitudini di vita scevre dalla sostanza è quindi un percorso lungo e tortuoso, all'interno del quale l'educatore ha il ruolo di affiancare il soggetto senza però sostituirsi a lui nel fare fatica. Questo è un aspetto che molto spesso spaventa perché senza la sostanza si entra in contatto con le proprie fragilità.

## **Il ruolo della psichiatria nella doppia diagnosi**

Le tossicodipendenze si sono imposte violentemente nel contesto sociale e culturale italiano degli anni ottanta, inducendo profondi cambiamenti ai diversi livelli della realtà sanitaria e assistenziale del nostro paese che tuttora perdurano. Purtroppo, la classe medica italiana si è rifiutata - all'inizio dell'epidemia di

consumo delle più svariate sostanze - di considerare tale comportamento come una patologia di chiara pertinenza psichiatrica, arrivando spesso a stigmatizzarlo solo moralisticamente. Tale approccio finiva, in breve tempo, per colludere con il riduzionismo di buona parte della classe politica e dell'opinione pubblica italiana. Il fenomeno veniva sempre più connotato, infatti, ora come "vizio" dai contorni esclusivamente sociali, ora come attributo collaterale di problemi da trattare prioritariamente in contesti ideologico-politici. Nonostante il rapido espandersi dei comportamenti di abuso e dipendenza e i loro effetti sul piano sanitario e sociale, tale approccio ha dunque impedito - per lungo tempo - di sviluppare una chiara consapevolezza del fatto che i disturbi da uso di sostanze rappresentano, invece, una patologia del comportamento che investe "a macchia d'olio" sia la dimensione biologica che quella psicosociale della persona coinvolta. Probabilmente in questo conta soprattutto un pregiudizio culturale e scientifico che è insito nelle culture operative presenti nel campo: quella biopsicosociale, propria del personale pubblico delle ASL e degli enti locali, e quella educativa etico-affettiva del volontariato. La prima cultura (ASL, enti locali, ecc.) spinge nella direzione degli interventi tecnicamente fondati, utili ma non sufficienti perché sottovaluta ampiamente la sfera educativa e dello stile di vita il cui degrado accompagna costantemente le tossicodipendenze e nella cui revisione terapeutica non basta l'intervento puramente clinico. La seconda cultura (volontariato) spinge nella direzione degli interventi fondati sulla educazione e sulla modificazione dello stile di vita, ma spesso ha sottovalutato gli aspetti psicopatologici delle personalità che accompagnano le tossicodipendenze. Questi ultimi forse non sempre possono cambiare, ma di essi il tossicomane deve comunque prendere conoscenza (se non vuole ricadere all'infinito nella sua condizione tossicomane) in un ambito non solamente educativo, ma più specificamente clinico biopsicosociale. La contrapposizione spesso radicale di queste culture, ed il mancato riconoscimento dell'una da parte dell'altra e viceversa, sono in parte responsabili degli esiti minimi degli interventi in questo campo. Nell'area della disintossicazione la sopravvalutazione della questione clinica, in questo caso spesso solo farmacologica, ha portato alla realizzazione di interventi fini a sé stessi, incapaci di proporre percorsi di cambiamento significativi ed adeguati alla gravità della patologia e/o del comportamento di cui ci occupiamo.

All'opposto la sopravvalutazione educativa etico affettiva della questione della disintossicazione portata dalla cultura dei volontari ha, al contrario, sottodimensionato dal punto di vista clinico ogni serio intervento finalizzato a definire almeno in parte nei nostri pazienti gli effetti biologici e psichici preesistenti all'uso di droghe e quelli devastanti prodotti dall'uso di sostanze attive sul sistema nervoso centrale. In tal caso purtroppo si è ritenuto, anche inconsapevolmente, che la comprensione dei problemi psicopatologici fosse secondaria e che queste sostanze fossero così poco efficaci sul sistema nervoso centrale da poter essere dimenticate con un semplice sforzo della volontà. Così non è, e questa lettura della intossicazione ha prodotto "il tacchino freddo", "la disintossicazione a crudo", i semplici accompagnamenti affettivi e tutoriali ad un problema che ha fondate (e dimostrate) radici anche biologiche e psichiche.

Nel campo della doppia diagnosi si è passati dall'ignoranza e dalla rimozione piena del problema che ha caratterizzato, con poche lodevoli eccezioni, l'approccio clinico degli ultimi venti anni nelle dipendenze patologiche, alla assunzione spesso acritica del problema nell'attualità. Assistiamo così ai comportamenti più vari in materia che consistono soprattutto in una autoaffermazione di competenza in questa "nuova disciplina" (appunto la doppia diagnosi) senza alcuna modificazione del modus operandi. Per alcuni servizi pubblici, in generale la doppia diagnosi sembra che sia utilizzata soprattutto per confermare la cronicizzazione e l'adattamento spesso iatrogeni dei pazienti ad una pratica clinica frequentemente rinunciataria, quasi esclusivamente farmacologico-sostitutiva e, in ogni caso, povera di strumenti e risorse innovativi che stimolino i pazienti in senso evolutivo e nel senso della riabilitazione psicosociale. Per altri enti ausiliari c'è spesso l'autentica invenzione di una competenza acquisita sul campo senza che però nulla cambi né nell'approccio diagnostico né nel lavoro clinico ed educativo quotidiano. Si tratta, naturalmente, dei sistemi gattopardeschi che, sia negli ambiti pubblici che in quelli privati, un sistema spesso autoreferenziale come quello degli interventi nelle tossicodipendenze inascoltato dalle autorità competenti ha adottato per sopravvivere a sé stesso mantenendo immutate le sue caratteristiche di fondo. Riteniamo invece che la questione della doppia diagnosi sia una questione della massima importanza nel nostro campo clinico ed educativo e che, proprio per questo, non possa essere né sottovalutata né all'opposto strumentalizzata per lasciare tutto così com'è. Essa, difatti, costituisce un'occasione fondamentale proprio per la revisione critica della lettura clinica ed educativa del male di cui ci occupiamo e per il cambiamento delle risposte che si danno oggi ai nostri pazienti appunto nel campo clinico ed educativo. Per fare questo bisogna rivisitare anzitutto la questione della diagnosi. Difatti si parla di doppia diagnosi, ma spesso nei servizi pubblici e privati non esiste nemmeno la diagnosi e la definizione del caso passa per un unico criterio che è appunto quello dell'aver fatto uso di droghe prescindendo da ogni altro dato di conoscenza della persona tossicodipendente nella sua struttura e nelle sue dinamiche di personalità, oltre che nei suoi comportamenti.

Un primo passo serio che occorrerà fare in questo senso sarà quello di tentare di definire seri criteri diagnostici comunemente riconosciuti che puntino a costruire una diagnosi multidisciplinare e multiassiale. Un corretto inquadramento dei casi secondo criteri corretti non può prescindere da due passaggi che appaiono fondamentali:

1) L'osservazione clinica del tossicodipendente in condizioni attive (facente uso di sostanze) e, successivamente, in condizioni drug-free ed in ambiente protetto. Tale osservazione ha bisogno di dinamicità poiché non definisce la diagnosi nel giro di un mattino ma certamente la realizza in periodi medio-lunghi nei quali la condizione drug-free può lasciare emergere disturbi psichici preesistenti o generati



dalle stesse sostanze. Il trattamento degli stessi può modificarli nel tempo modificando così lo stesso quadro diagnostico. La diagnosi dinamica deve potersi realizzare dal momento del primo accoglimento del caso in poi e richiede uno spirito comune tra gli enti pubblici e privati che cooperano nel trattamento dei tossicodipendenti. Tale spirito comune, fondato sull'osservazione nei vari setting del trattamento, richiede - se vi è la disponibilità generale al compito - una formazione integrata. Su queste basi si può costituire successivamente un utile monitoraggio del trattamento dei tossicodipendenti.

2) La disponibilità di strumenti diagnostici che coinvolgano a vario livello gli operatori implicati nel processo terapeutico e che giovino a chiarire sia la complessiva condizione clinica del tossicodipendente sia l'eventuale copresenza di disturbi psichiatrici. Tra questi strumenti certamente ci sono l'ASI, l'MMPI, la SCID. Il problema reale consiste nel come mettere insieme una procedura diagnostica concreta, utile e realizzabile, che tenga conto della realtà dei servizi e del loro necessario coinvolgimento in questa procedura.

In generale possiamo dire che questi due presupposti della doppia diagnosi, osservazione dinamica e disponibilità di strumenti diagnostici, potrebbero essere realizzati in un Dipartimento delle dipendenze patologiche in cui si realizzi una integrazione pubblico privato così come essa viene descritta nella riforma del d.m. 444 o anche in una comunità terapeutica o in un servizio pubblico che dispongano da soli di tutte le fasi del trattamento: dall'accoglienza in poi, così come lo stesso 444 riformato renderebbe possibile. Una diagnosi diversamente curata rivelerebbe con ogni probabilità, così come attesta la letteratura scientifica internazionale, la copresenza - con diverse prevalenze - del disturbo derivante dalle sostanze e di disturbi della personalità o dell'umore o di tipo psicotico.

La considerazione del fatto che il disturbo additivo (dipendenza e/o abuso di sostanze) possa essere associato a un disturbo psichiatrico si va sempre più affermando sia in ambito scientifico che tra coloro che direttamente si occupano di tossicodipendenti e di alcolisti. Se in passato si sono potuti liquidare in modo sbrigativo i disturbi psichiatrici dei tossicodipendenti come semplici conseguenze dell'assunzione delle sostanze psicoattive, in questi ultimi tempi una crescente mole di evidenze documenta come, nelle diverse storie cliniche, il disturbo psichiatrico possa precedere, associarsi, o conseguire all'uso di sostanze, costituendosi, tra le due condizioni, rapporti che possono essere, di volta in volta, di autocura, di causalità o di semplice associazione [7]. Occorre sottolineare come ad associarsi con i disturbi da uso di sostanze non sia sempre un quadro psichiatrico conclamato: più spesso si tratta di condizioni "di confine", cioè quadri intermedi tra le difficoltà temperamentali, relazionali e di natura psicopatologica che entrano in un coinvolgimento e in un equilibrio possibile con l'assunzione di droghe, venendone modificati, cristallizzati oppure condotti a lunghi periodi di latenza nella storia che va dalla adolescenza alla prima giovinezza [8]. In questo senso, grande attenzione deve essere posta, dal punto di vista clinico, alla sequenza cronologica con cui si presentano i disturbi psichici e quelli additivi: infatti, l'esordio di sintomi psicotici immediatamente successivo all'assunzione di psico-stimolanti non ha lo stesso significato degli stessi sintomi che compaiono a distanza di tre mesi dall'assunzione di cocaina. Tutte le sostanze da abuso sono capaci di "mimare" i disturbi psichiatrici e se la diagnosi duale è posta in un periodo troppo ravvicinato alla disassuefazione c'è il rischio di una sopravvalutazione dei livelli di comorbidità psichiatrica. Anche in relazione agli studi sulla comorbidità psichiatrica non si possono equiparare le diagnosi attribuite ai pazienti nel corso della vita (lifetime) con quelle attuate direttamente sui pazienti al momento dello studio (current). Pertanto, oltre ad evitare una diagnosi "frettolosa", anche gli interventi di psicofarmacologia richiedono di essere necessariamente mirati su specifici quadri clinici; così come, per il trattamento del disturbo additivo in sé, con agonisti o con antagonisti degli oppioidi, non si "dovrebbe" - le virgolette appaiono necessarie - utilizzare una modalità casuale o orientata da generiche valutazioni di gravità (o, ancor peggio, dalla manipolazione del paziente).

## Supporto psicologico e psicoterapia nella doppia diagnosi

L'intervento sul paziente tossicodipendente con rilevanti problemi psicopatologici mira, in molti casi, alla stabilizzazione farmacologica basata su oppiacei come il metadone, oltre che su neurolettici, antidepressivi, modulatori dell'umore [9,10]. Meno frequentemente esso mira a cambiamenti delle strutture psichiche e delle disposizioni relazionali associate alla patologia, quali sono conseguibili mediante una psicoterapia. Questa frequente rinuncia all'obiettivo più ambizioso ha diversi motivi: in primo luogo, certamente, l'importanza centrale della dipendenza da sostanze nell'economia motivazionale dei pazienti, ma poi anche una loro scarsa propensione all'auto-osservazione e alla metacognizione, come anche la difficoltà, presente nei disturbi di personalità di secondo cluster, a mantenere relazioni stabili nel tempo e a modulare le emozioni [11,12,13,14]. Si tratta, cioè, di persone che in gran parte non riescono a sostenere nel tempo un impegno psicoterapeutico formalizzato. Nonostante tutto ciò, si ritiene possibile svincolare da un setting psicoterapeutico di tipo "rigido", il processo di cambiamento delle strutture psichiche e relazionali e realizzarlo, a certe condizioni, entro il percorso curativo che il paziente segue nel corso della sua presa in carico nelle diverse strutture deputate. I programmi oggi ritenuti idonei per i tossicodipendenti, anche con gravi psicopatologie, prevedono che essi facciano alcune fondamentali esperienze: a) un rapporto con un medico investito del coordinamento delle diverse iniziative; b) la stabilizzazione farmacologica, mirante al contenimento dei sintomi astinenziali come di quelli psicopatologici in senso stretto;

- c) eventuali ricoveri ospedalieri in medicina e in psichiatria;
- d) periodi di vita comunitaria caratterizzata, oltre che da attività riabilitative, da regole per lo più rigide;
- e) in parte dei casi, una relazione psicoterapeutica con uno psichiatra o psicologo, con funzioni di sostegno, ma avente talora anche lo scopo di favorire la presa di coscienza e il cambiamento di aspetti della personalità che rivestono importanza patogenetica;
- f) un lavoro sulle dinamiche dei rapporti del paziente con i familiari [15].

Il cambiamento delle strutture psichiche e relazionali può realizzarsi strutturando le esperienze di trattamento in maniera tale da far fare al paziente esperienze di carattere correttivo [16,17,18] atte a modificare gli elementi essenziali dei processi patogenetici che sono alla base della loro patologia psichica e tossicofilica. Attraverso il mantenimento nel tempo, dovuto principalmente agli operatori, di relazioni di attaccamento a diverse figure delle équipes terapeutiche, queste esperienze correttive dovrebbero attivare nel paziente diversi processi di cambiamento. Tra questi i più importanti appaiono essere:

- a) la presa di coscienza e il controllo delle sequenze di emozioni, cognizioni e comportamenti che sfociano nell'uso di sostanze; b) la promozione dell'esperienza, del riconoscimento e della modulazione delle emozioni;
- c) lo sviluppo delle competenze metacognitive, tra cui il riconoscimento e la critica dei processi di costruzione di vissuti allucinatori e deliranti;
- d) l'assunzione, per modellamento, di modalità di percezione e gestione della realtà che siano antitetiche con le dinamiche che portano all'uso di sostanze;
- e) la correzione di cognizioni patologiche;
- f) la modificazione delle rappresentazioni patologiche del rapporto Sé-Altro e dei diversi stati assunti dal proprio Sé;
- g) il collegamento del processo patogenetico attuale con la storia personale e familiare; h) il cambiamento di dinamiche interpersonali e familiari che favoriscono l'uso di sostanze.

Il cambiamento finale è conseguenza del succedersi delle diverse esperienze legate ai diversi contesti, ognuna suscettibile di favorire cambiamenti parziali, in progressiva concatenazione, e concorrenti a una globale riorganizzazione della psiche individuale e delle sue modalità di relazionarsi con gli altri, correlata alla rinuncia alla dipendenza [11,12,19,20].

## **Controindicazioni emotive alle resistenze del paziente**

La corretta comprensione dei bisogni del paziente con doppia diagnosi non è soltanto ostacolata da pregiudizi ideologici, ma passa anche attraverso la non sempre facile utilizzazione delle reazioni emotive che tale paziente suscita nei terapeuti. In particolare, secondo Zapparoli, due sono le emozioni caratteristiche del rapporto con lo psicotico che assolvono tale compito: la paura e la noia. Esse orientano a riconoscere se le richieste emancipative corrispondano ad effettive capacità od abbiano un pericoloso carattere velleitario. Sono emozioni che il paziente trasmette mediante un meccanismo di identificazione proiettiva, cioè che mette dentro gli altri perché possano provare ciò che lui stesso sperimenta. La paura indotta da comportamenti aggressivi segnala al terapeuta che lo psicotico stesso deve difendersi da situazioni ed oggetti percepiti come paurosi: spinte irrealistiche verso un'autonomia incompatibile con il bisogno simbiotico; parti troppo vive degli operatori che devono essere soffocate; assenza emotiva di figure significative che non permette al paziente di sentirsi vitale; privazione di uno spazio in cui poter "fare il matto". Premessa necessaria perché il terapeuta possa utilizzare il suo vissuto è, però, che la paura non venga negata, tenuta "segreta", ma riconosciuta, elaborata con il paziente. Questo naturalmente è possibile solo se non ci sono eccessive preoccupazioni per l'incolumità personale. In caso contrario il terapeuta deve esplicitare tali preoccupazioni, dire al paziente: se diventi troppo minaccioso non sono più in grado di aiutarti, diventa necessario il tuo trasferimento in un ambiente idoneo a contenere quell'aggressività che mi spaventa. Allo stesso modo il terapeuta deve essere attento alle paure espresse dai familiari, anticipando manifestazioni violente da parte del paziente, tragica espressione del tentativo di rompere un legame di dipendenza senza avere le risorse per farlo. Anche la noia è un segnale importante come risposta indotta nel terapeuta dal paziente, che lo esclude o lo rende impotente. Tale risposta, in alcune fasi del trattamento caratterizzate in senso evolutivo, è conseguente ad un disinvestimento emotivo che il paziente attua nei confronti del terapeuta per emanciparsi, riuscire a fare da sé. Ma, in altri casi, il disinvestimento oggettuale si configura come difesa dal panico che intraprendere attività autonome genera nel paziente. Egli vuole restare nel suo stato di fusionalità in quanto il progetto di una indipendenza, pur desiderata, non è sostenuto da forze adeguate.

## **Le richieste impossibili**

Sempre nell'ambito delle reazioni controtransferali che aiutano a cogliere il significato di manifestazioni e comportamenti psicotici, quindi a comprendere meglio il paziente ed i suoi bisogni, è doveroso soffermarsi brevemente sulla sensazione di impotenza che i pazienti con doppia diagnosi, soprattutto i più gravi, suscitano nel terapeuta. Non mi riferisco a quello stato interiore che rappresenta un polo dell'oscillazione illusione-delusione fondata sul non riconoscimento del limite (il limite del paziente ed il limite del ruolo di "garitore"). Parlo, invece, della condizione emotiva che insorge di fronte alle "richieste impossibili" [3], quando non si può dare una risposta diretta né non dare una risposta, se non determinando nel paziente una reazione oppositiva o accentuando la sua insistenza. Sono richieste che vanno dalla condivisione, come

terapeuta, di un rapporto incestuoso con il partner simbiotico o del progetto di uccidersi insieme a lui sino a proposte erotiche che coinvolgono sul piano personale. Oppure richieste che si configurano come domanda ambivalente, tale da "far impazzire" [21], di sostegno ad emanciparsi e, al tempo stesso, di mantenimento della dipendenza. Sono richieste impossibili perché con esse il paziente comunica il suo sentirsi in una situazione impossibile. Possiamo aiutarlo solo decifrando tale situazione, comprendendo che violenza e sessualità sono finalizzate a ben altri scopi rispetto a quelli "normali", utilizzando il vissuto di impotenza evocato in noi dal paziente come elemento clinico che rinvia alle sue difficoltà di trovare uno sbocco al problema della fusione simbiotica.

## **Limiti e piste da seguire nell'integrazione delle diverse professionalità**

Sebbene manchino all'appello altre importanti figure professionali, come l'assistente sociale e l'infermiere, si preferisce porre l'accento sull'intersezionalità che le équipes dovrebbero raggiungere, senza mai sottovalutarne i limiti. L'integrazione ai vari livelli nel settore della comorbilità è sostenuta, infatti, da differenti necessità. Innanzitutto gli individui, le singole professioni, le équipes ed i Servizi non sono onnipotenti. I limiti che caratterizzano questi diversi soggetti rendono necessaria la collaborazione con altri attori sociali per progettare e realizzare interventi adeguati. Se fossero in grado di risolvere autonomamente i problemi connessi alla comorbilità, non sarebbe allora necessaria l'integrazione. Ogni soggetto individuale o collettivo costruisce nel tempo consolidate e relativamente statiche modalità di conoscere ed agire. La "realtà" tende ad essere vista in modo stereotipato da parte delle singole professioni e organizzazioni. Si sviluppano così delle routine cognitive ed operative. Per far fronte alla complessità ed ambiguità che caratterizzano i problemi della comorbilità, sono richieste capacità di costruire rappresentazioni dei problemi, sviluppare progetti e realizzare azioni più ricche ed innovative. C'è bisogno di capacità d'inventare, non solo di ripetere, di riapplicare un sapere consolidato. È di fondamentale importanza, in simili situazioni, una capacità di vedere, rappresentarsi diversamente le situazioni, i problemi. I processi d'integrazione, mettendo a contatto con le differenze, favoriscono la messa in discussione delle routine, aprono alla diversità, favoriscono la messa in discussione di modi di rappresentarsi la realtà e di agire di conseguenza. Possono alimentare le curiosità e le trasgressioni. L'integrazione è anche l'occasione per costruire un contenitore sufficientemente buono - non eccellente per carità - per soggetti che si debbono misurare, come clienti ed operatori, con la complessità ed ambiguità della comorbilità. Piuttosto che una serie di soggetti e contenitori frammentati, che si fanno portatori di visioni di rappresentazioni dei problemi e di strategie spezzettate, si può così costruire un contenitore, un'organizzazione, forse temporanea, che si prenda cura di questioni, sofferenze e speranze [22].

L'integrazione può essere certamente generativa. Può produrre attraverso l'incontro di diversità qualcosa di nuovo, anche d'imprevisto e forse di trasgressivo. Essa può generare valore aggiunto in termini d'erogazione di servizi più evoluti ed apprezzati, sviluppo di conoscenze, coordinamento tra Servizi. L'integrazione può però anche essere distruttiva, mortifera. Può essere impiegata per distruggere valore, capacità delle parti. In questi casi si osserva come una professione od un Servizio siano orientati a sottomettere o parassitare l'altra parte. È il caso in cui si mira all'integrazione, ad esempio con un altro gruppo professionale od équipe, per affermare la superiorità dei propri quadri di riferimento. L'integrazione è allora intesa quasi come sinonimo di gerarchizzazione del sapere. L'assistente sociale sarà ben integrata se ben subordinata allo psicologo od allo psichiatra. In questa direzione sembrano anche andare i processi d'integrazione tra Servizi quando, ad esempio, un DSM manifesta interesse per l'integrazione con un SerD per colonizzarlo, per utilizzarne le risorse indirizzandole secondo un progetto proprio e non sviluppato in una prospettiva dialogica. Se una delle parti si rappresenta il rapporto in termini parassitari, si costruiscono delle premesse per un'integrazione distruttiva, assolutamente poco o nulla generativa, almeno per l'altro. L'integrazione, anche quando ha potenzialmente elementi generativi, è anche una minaccia alle difese costruite faticosamente da ciascun attore individuale e collettivo. Ciascun gruppo ha sviluppato modi di vedere ed agire stabili, divisioni del lavoro, rapporti gerarchici, che, per quanto imperfetti, offrono una mappa sufficientemente stabile, una cornice entro cui muoversi. Si tratta d'elementi che definiscono, spesso inconsapevolmente, il senso, il valore, gli orientamenti nel lavoro, ma anche cosa sia una patologia. Una delle funzioni fondamentali di un'organizzazione è di cercare di costruire un legame tra episodi, segni, fatti, dando a ciò un senso. L'organizzazione cerca di produrre ordine in ciò che di per sé potrebbe essere solo caotico, angosciosamente frammentato. Ciò dovrebbe permettere di dare un senso alla sofferenza, a comportamenti individuali e sociali, all'uso di sostanze proibite e certamente dannose, a pensieri, comportamenti, emozioni angosciosi, altrimenti definiti come insensati. Così potranno essere rappresentati, secondo i punti di vista, come immorali, patologici, asociali, folli, criminali, scandalosi, ecc. [22]. Il professionista dovrebbe essere in grado di vedere in termini più ricchi ed articolati del semplice cittadino. Ma anche il più preparato professionista, la più ricca organizzazione vedono in termini limitati, necessariamente parziali, le situazioni.

Si è potuto osservare come spinte di tipo economicistico/mercantile, centrate sull'idea che compensi, premi e disincentivi economici siano strumenti adeguati a realizzare integrazioni tra professioni, équipes e Servizi, non siano sufficienti ad alimentare processi d'integrazione generativi e non solo strumentali. Se il motore risulta prevalentemente di tipo monetario il personale viene orientato ad ottenere il massimo vantaggio immediato col minor costo. L'obiettivo diventa così, spesso anche esplicitamente, quello del conseguimento del guadagno economico e non quello dell'erogazione di un servizio integrato orientato al paziente. Il senso che guida l'integrazione, se meramente economico, è troppo debole od esclusivamente strumentale. Non sono nemmeno sufficienti ed efficaci interventi di tipo prescrittivo, centrati sul comando, sulla definizione di protocolli rigidi, in cui le varie parti sono chiamate ad adempiere a procedure standardizzate. Ciò perché si ha a che fare con situazioni, oggetti, problemi fluidi, dai confini incerti, che non richiedono tanto fedeli

esecutori, ma soggetti capaci di un pensiero specifico per le diverse situazioni con cui sono chiamati a misurarsi. Non sono efficaci, in queste situazioni, protocolli di tipo meccanicistico in cui si prescrive con precisione cosa e chi deve fare specifiche operazioni, ben definite e quindi controllabili. Non sono efficaci integrazioni basate sulla precisa e rigida definizione dei confini di competenza ed operativi tra DSM e SerD, o tra psichiatri e psicologi, tra medici e infermieri. Serve piuttosto la capacità di costruire luoghi che aiutino gli operatori, i gruppi ed i Servizi a dialogare, a pensare in modo generativo. Spazi in cui sia alimentata, suscitata la curiosità, il confronto, la ricerca attorno ad oggetti di lavoro (i problemi da trattare) ambigui, dai confini sfumati. Serve capacità di pensiero, di riflessione sulle questioni che vengono poste. Sono queste condizioni che motivano ad investire per erogare servizi di valore, integrandosi con altri soggetti. Serve dunque assumere una posizione clinica, nel senso letterale del termine: di vicinanza, dialogo, ricerca "con" e non "su", in cui si abbia cura dei problemi e dei pazienti.

Nel campo della comorbilità e nelle condizioni generali dell'ambiente socio-sanitario sono d'importanza sempre più critica gli interventi orientati a ridurre la confusione in cui gli operatori debbono pensare ed agire. Qual è il senso del lavorare assieme? Perché dovremmo collaborare? A quali finalità risponde l'investimento in questa direzione di risorse, tempo, affetti e pensieri? Il fornire delle risposte convincenti, ed ancor meglio il costruire assieme un senso sufficientemente condiviso tra Servizi e pazienti, sono dei potenti collanti organizzativi. L'aver lavorato assieme per dare senso alla collaborazione mette alla prova i differenti punti di vista, gli stereotipi, genera interrogativi e sollecita a trovare risposte condivise. È evidente che qui viene proposta una pista assai diversa dall'integrazione basata sul rispetto di norme e procedure (che pure possono avere una loro utilità). L'ipotesi è che dare spazio, sollecitare interrogativi sul perché valga la pena avviare e gestire processi d'integrazione, per cercare assieme delle risposte a interrogativi complessi, sia un interessante ed efficace itinerario per alimentare il coordinamento e rafforzarlo. L'arricchimento che può essere generato in un processo di questo tipo, porta anche ad uno sviluppo interno ai singoli Servizi. Per questa via sono sollecitati a rivedere e ripensare il senso delle loro routine cognitive ed operative. La necessità di esplicitare ad altri il senso, le logiche che sottendono le proprie azioni, sollecita operatori ed équipes a chiarificare le proprie posizioni, mette in luce la relatività delle visioni. Lo sviluppare assieme il senso dell'integrazione, ed ancor prima quello del trattamento, aiuta a contestualizzare problemi ed obiettivi. Un investimento in termini d'integrazione tra due servizi, come, ad esempio, tra DSM e SerD, non ha un senso in sé, ma muta a seconda dei contesti geografici, temporali e culturali. D'altro canto un'integrazione che non ha bisogno di senso, che va fatta perché semplicemente prescritta da protocolli, da una razionalità strumentale, può ben essere definita come "insensata". In sostanza potremmo dire che l'individuazione del valore dell'integrazione sulla comorbilità, in gran parte, consiste in un'operazione di sense-making. Anche in questo caso l'integrazione passa attraverso la ricerca, la costruzione del valore e nel contempo lo genera. Attraverso l'integrazione di Servizi, professioni ed équipes infatti si genera valore. Si aumenta il capitale sociale dell'organizzazione. Ossia si arricchisce il sistema di relazioni che sostiene la capacità di lavorare e vivere assieme, di aver fiducia, che rende comprensibili e quindi prevedibili i comportamenti degli altri. Il capitale sociale, come dice Coleman, non è una ricchezza depositata negli individui, né nei mezzi di produzione, ma è intrinseca alla struttura di relazioni tra le persone. È questo un genere di valore particolarmente prezioso in un contesto complesso, caratterizzato da incertezze ed ambiguità, da alti rischi di frammentazione, con richieste crescenti di senso, di flessibilità ed autonomia, che tratta oggetti dai confini scarsamente definiti, come appunto il campo della comorbilità. Il valore dunque, che può essere generato da un processo d'integrazione in queste condizioni, risiede sia nel prodotto (soluzione, evoluzione, differente gestione del problema), che nel processo stesso (sviluppo di capitale sociale). Per costruire processi d'integrazione, in questo settore ed in queste condizioni, servono responsabili, autorità in grado di sostenere processi come quelli appena descritti. Capaci quindi di costruire legami, senso, interesse per affrontare assieme i rischi della ricerca e della novità. Sono di scarsa o nulla utilità, se non addirittura distruttivi, soggetti che comandano o che si sottraggono a queste funzioni imprenditive [22].

## Capitalizzazione del giusto aiuto

«Se i percorsi per arrivare alla droga sono diversi,  
diversi risultano i percorsi per uscirne»  
(Luigi Cancrini)

Solo quando è in grado di sperimentare sufficiente fiducia nei confronti dell'équipe terapeutica il paziente con doppia diagnosi può arrivare a stabilire un'alleanza che gli permette di capitalizzare l'aiuto fornito. Aiuto "giusto" in quanto fondato sul riconoscimento di specifici bisogni, attento a gradualità e limiti, rispettoso di obiettivi apparentemente contraddittori che trovano conciliazione in un programma articolato d'intervento. Ad esempio, può succedere che il paziente regredisca a livello dei suoi comportamenti con l'operatore addetto all'assistenza, ma che, proprio vedendo soddisfatti i bisogni regressivi, sviluppi la capacità di progredire all'interno della relazione psicoterapeutica. Oppure accade che dimostri un miglior adeguamento alla realtà perché ha trovato una "residenza emotiva" in cui vengono accolte le espressioni deliranti. In altri casi diventa possibile utilizzare i farmaci solo se a livello psicoterapeutico viene prima chiarito il significato che l'assunzione di tali farmaci riveste per il paziente, sono affrontate le paure connesse con questa assunzione. O, al contrario, l'interpretazione di una dinamica simbiotica si rivela fruibile a patto che in precedenza, attraverso il farmaco, siano state ridotte le angosce paniche relative a tale dinamica. Cioè l'interpretazione può servire da "veicolo" al farmaco e, viceversa, il farmaco può servire da "veicolo"

all'interpretazione. Il passaggio dalla condizione di subire la terapia a quella di diventarne attivamente partecipe, stabilire una collaborazione è quindi reso possibile dallo strutturarsi di un contesto che si configuri per il paziente come sistema di sicurezza. A tal fine è indispensabile l'estensione dell'intervento alla famiglia. I genitori del paziente nutrono di solito aspettative sproporzionate alle oggettive capacità del paziente e, contro ogni evidenza, nonostante le crisi psicotiche, tendono a mantenere elevato il livello di tali aspettative. Un programma terapeutico improntato al rispetto del deficit non viene quindi facilmente condiviso. Diventa necessario elaborare le resistenze, evitare che il paziente si senta al centro di richieste contrapposte, avverta una divergenza lacerante tra persone che, a titolo diverso, si occupano di lui.

In particolare è di estrema importanza il contributo del partner simbiotico. Un uso errato del concetto di "madre schizofrenogena" [23] ha alimentato la tendenza ad operarne l'allontanamento, onde eliminare la sua influenza negativa sul paziente. Mahler invece segnala la saggia decisione di fare affidamento anche sulla madre, per quanto distruttiva, considerandola preziosa fonte di informazione, indispensabile collaboratrice. Questo permette di diminuire nella coppia simbiotica la neofobia e le conseguenti resistenze al cambiamento, stabilire se la terapia debba proporsi di mantenere o rompere lo stato fusionale ed eventualmente in che misura, evitando forzature al distacco. Forzature che comportano per il paziente problematiche connesse alla fedeltà verso la figura materna ed angoscia di subire, come ritorsione, l'abbandono. Forzature che alimentano una conflittualità mamma-terapeuti, un braccio di ferro da cui questi ultimi non possono uscire che sconfitti. Naturalmente tale collaborazione non è facile né immediata, ha carattere di instabilità e talvolta può essere attuata solo in modo parziale. Fornire al paziente sistemi di sicurezza passa poi attraverso un'altra fondamentale premessa: che i componenti stessi dell'équipe abbiano raggiunto convincimento e fiducia in una tecnica volta alla riduzione delle manifestazioni psicotiche attraverso il dialogo con la "parte matta", deficitaria del paziente e non sul tentativo di eliminare tale parte mediante farmaci o interventi psicologici diretti esclusivamente a rafforzare l'io, l'esame di realtà. Ciò che i terapeuti abbiano superato una serie di resistenze da cui derivano continue oscillazioni tra onnipotenza risanatrice e vissuti di impotenza, idee di incurabilità, o, per usare il linguaggio di Hillmann, tra una posizione di "redenzione eroica" (io ti salverò) e quella antinamica di "repressione eroica" (non perdiamo tempo con soggetti per cui nulla si può fare).

Se, in questa prospettiva multidisciplinare, ogni fase richiede un'attenzione specifica, volta a definire i bisogni particolari del paziente e a cercare di promuoverne certi particolari cambiamenti, vi sono nondimeno delle caratteristiche comuni a tutto l'aggregato dei servizi coinvolti che si costituiscono come fattori terapeutici generali [24]. Essi riguardano gli atteggiamenti che tutti gli operatori devono condividere, in funzione sia di una coerenza dei loro compiti e dei messaggi dati al paziente, sia anche dell'esigenza terapeutica di non farsi coinvolgere dalle dinamiche tipiche dei tossicodipendenti e di modificarne invece le modalità relazionali patogene: la sfida, la delega, l'impotenza presunta, l'urgenza esibita, l'inattinenza e la deresponsabilizzazione, la profezia negativa.

Tutti gli operatori dovranno allora condividere la necessità di concordare il progetto curativo, in particolare tempi, modalità, strumenti, ruoli, responsabilità, vie di comunicazione, controindicazioni. La definizione, da parte degli stessi operatori, dei limiti e dei confini, delle responsabilità e dei ruoli e, con ciò, della propria identità, contrasta un aspetto fondamentale della dinamica tossicomana, quello per cui non vengono posti mai né limiti né definizioni reciproche, e propone quindi l'operatore come modello di un'identità capace di limitarsi e definirsi [25]. Analoga funzione ha il porsi "down" degli operatori, l'assunzione cioè di un ruolo non salvifico né totipotente che alimenterebbe le dinamiche dicotomico-scissionali dei pazienti. Un'altra dimensione del processo patogenetico tossicomano, quella dell' "avere tutto e subito" viene contrastata e corretta facendo concordemente sperimentare al soggetto, e al suo contesto d'appartenenza, la processualità temporale - il "passo dopo passo", la "azione dopo azione" - cioè i ritmi non tossicomani della scansione delle varie fasi del progetto e la gradualità necessaria per una sua reale attuazione. Importante, in questa prospettiva, è la definizione degli obiettivi finali e intermedi, come anche l'introduzione della prospettiva del possibile fallimento, e di cosa si fa in tal caso: criteri definitivi dell'evento e dei suoi significati e implicazioni. Introdurre questa prospettiva significa rompere la circolarità viziosa della tossicodipendenza, tesa tra aspettative irrealistiche e idealizzanti e delusioni catastrofiche mai analizzate: imparare ad apprendere dai fallimenti, andare a un livello più profondo di comprensione delle cause e delle alternative positive.

Gli operatori devono offrire spazi di differenziazione, così contrastando le modalità tipicamente tossicomane di confusione, agglutinamento e collasso in modelli ripetitivi e sterilmente distruttivi. Devono offrire al paziente l'opportunità di sperimentare diversi livelli del proprio Sé e di cimentarsi in costruzioni positive, in azioni, relazioni, progetti costruttivi. Ogni operatore può essere chiamato a sviluppare ipotesi su quali sofferenze - specificamente individuate in contenuti, motivazioni e forme - siano alla base dell'uso di sostanze da parte del singolo paziente e su come le dinamiche psicopatologiche interagiscano con le dinamiche più propriamente tossicomane.

Tutta la problematica della doppia diagnosi rischia di farci dimenticare che il paziente non è realmente doppio, né presenta una vera e propria molteplicità di patologia. Il consumo di sostanze e gli aspetti psicopatologici rappresentano un'unità esistenziale all'interno della quale i fenomeni patologici acquistano un senso proprio, specifico per quel paziente. Uno dei compiti dell'équipe curante è giungere ad una comprensione sempre più adeguata della funzione di senso dei sintomi psico-comportamentali. Nel caso della doppia diagnosi, e anche nelle tossicodipendenze pure, il campo osservativo deve essere ampio e comprendere le diverse aree di funzionamento (area psichica, biomedica, tossicologica, relazionale, affettiva, familiare, area della scolarità/lavoro, area legale, funzionamento ed adattamento sociale).

L'indagine a tutto campo ha la funzione di rilevare elementi problematici, ma pure risorse personali o presenti nell'ambiente. Tutto ciò ha importanza ai fini della prognosi e del trattamento. È altrettanto importante l'individuazione della corretta sequenza temporale della comparsa dei sintomi o dei comportamenti patologici; ma la discriminante primario/secondario non dovrebbe essere utilizzata per decidere della competenza sul caso di questo o quel Servizio. Non è sempre vero che è difficile per un paziente con doppia diagnosi smettere di drogarsi o di bere. Non è infrequente che tali pazienti raggiungano la sobrietà in modo più rapido dei tossicodipendenti puri; tuttavia il loro comportamento e le difficoltà di adattamento alla quotidianità non si modificano. Spesso i sintomi psicopatologici si esacerbano dopo l'astensione dalle sostanze, ma il paziente potrebbe abusare dei farmaci prescritti, soprattutto di tranquillanti.

Purtroppo gli operatori non sempre dimostrano una competenza specifica per l'approccio a questa tipologia di pazienti. Appaiono sempre più urgenti adeguate iniziative di formazione. Una formazione adeguata dovrebbe coinvolgere in modo integrato tutte le componenti coinvolte nell'assistenza ai casi con doppia diagnosi: SerD, DSM, privato sociale. La formazione dovrebbe essere intesa non solo come mezzo per acquisire nuove competenze, ma anche come occasione per elaborare i vissuti controtransferali. La supervisione continuativa dell'équipe di un Servizio da parte di un consulente esterno dovrebbe entrare nella prassi normale.

## Additional Information

### Disclosures

**Conflicts of interest:** In compliance with the ICMJE uniform disclosure form, all authors declare the following: **Payment/services info:** All authors have declared that no financial support was received from any organization for the submitted work. **Financial relationships:** All authors have declared that they have no financial relationships at present or within the previous three years with any organizations that might have an interest in the submitted work. **Other relationships:** All authors have declared that there are no other relationships or activities that could appear to have influenced the submitted work.

## References

1. Maurizio Coletti, Leopoldo Grosso: La comunità terapeutica per persone tossicodipendenti. Edizioni Gruppo Abele, 2002.
2. Giovanni Serpelloni, Elisabetta Simeoni, Franco Aldegheri: TEAM WORKING, COMPORTAMENTO ORGANIZZATIVO E MULTIDISCIPLINARIETÀ. QUALITY MANAGEMENT nelle Dipendenze.
3. Zapparoli, Giovanni Carlo: La psicosi e il segreto . Boringhieri, Torino; 1987.
4. Kurt R. Eissler: Effetto della struttura dell'Io sulla tecnica psicoanalitica . 1953.
5. Antonello Correale, Luigi Rinaldi: Quale psicoanalisi per le psicosi? . Cortina Raffaello, 1997.
6. Federn, Paul: Ego psychology and the psychoses. Basic Books, New York; 1952.
7. Luthar, S. S., Merikangas, K. R., & Rounsaville, B. J: Parental psychopathology and disorders in offspring: A study of relatives of drug abusers. Journal of Nervous and Mental Disease. 1993, 181:351-357. [10.1097/00005053-199306000-00003](https://doi.org/10.1097/00005053-199306000-00003)
8. LA RICERCA SUI DISTURBI PSICHIATRICI NEI PAZIENTI TOSSICODIPENDENTI ED ALCOOLISTI . (1994). <https://www.priory.com/ital/riviste/personalita/gerra.htm#:~:text=Un%20crescente%20numero%20di%20valutazioni%20re>
9. Marc Galanter, Herbert D. Kleber: Psychotherapy for the Treatment of Substance Abuse . American Psychiatric Pub, 2011.
10. Dowd E.T., Rugle L: La tossicodipendenza, trattamenti a confronto. McGRAW-HILL, 2001.
11. Linehan, M. M: Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. Guilford Press, 1993.
12. Ryle, A., Leighton, T., & Pollock, P: Cognitive analytic therapy and borderline personality disorder: The model and the method. John Wiley & Sons Inc, 1997.
13. Peter Fonagy, Mary Target: Attaccamento e funzione riflessiva . Cortina Raffaello, 2001.
14. Giovanni Liotti: Le opere della coscienza. Psicopatologia e psicoterapia nella prospettiva cognitivo-evoluzionista. Cortina Raffaello, 2001.
15. Angelo Fioritti, Joel Solomon: Doppia diagnosi. Epidemiologia, clinica e trattamento. Una introduzione alle condizioni di comorbilità tra disturbi psichiatrici e dipendenze patologiche. Franco Angeli, 2002.
16. Alexander, F., & French, T. M: Psychoanalytic therapy; principles and application. Ronald Press, 1946.
17. Carpy, D. V. (1989): Tolerating the countertransference: A mutative process. . The International Journal of Psychoanalysis. 70:287-294.
18. Safran, J. D., & Segal, Z. V: Interpersonal process in cognitive therapy. . Jason Aronson (ed): 1990.
19. Safran, J. D., & Muran, J. C: Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide . Guilford Press, 2000.
20. Anthony Ryle & Ian B. Kerr 2002: Introducing Cognitive Analytic Therapy. Principles and Practice. John Wiley & Sons, Chichester; 2002.
21. Searles, H. F: Collected papers on schizophrenia and related subjects . International Universities Press, 1965.
22. Orsenigo, A: Apprendere ad apprendere: la valutazione nei servizi educativi . Progettare futuri. Corradini, A (ed): EGA Editore, Torino; 2004. 2004:363-372.
23. Fromm-Reichmann, F: Notes on the development of treatment of schizophrenics by psychoanalytic therapy . Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes. 1948, 11:263-273.
24. Friedman, W. J: Memory for the time of past events . Psychological Bulletin. 1993, 113:44-66.
25. Rigliano P.: Indipendenze alcol e cibo, farmaci e droghe rischio e azzardo, le relazioni di dipendenza . Gruppo Abele, 1998.