

Rete di intervento e costruzione del protocollo

IL PROTOCOLLO OPERATIVO PER L'AREA TOSSICODIPENDENZA/MINORI QUI PRESENTATO HA PREVISTO LA COSTRUZIONE DI UNA RETE DI INTERVENTO FORMATA DA OPERATORI DI DIVERSI SERVIZI E PROFESSIONALITÀ. SI TRATTA DI UNO STRUMENTO E, COME TALE, PRESUPPONE DELLE IPOTESI DI RIFERIMENTO, CHE QUI VENGONO DELINEATE E ANALIZZATE.*

Gianni Cambiaso

Psicologo e psicoterapeuta, didatta della Scuola di specializzazione in Terapia familiare "Mara Selvini Palazzoli", Milano

LA COSTRUZIONE DEL PROTOCOLLO

Da un punto di vista metodologico, la costruzione di un protocollo di intervento nell'area tossicodipendenza/minori ha previsto inizialmente la costruzione di una rete di intervento, attraverso la condivisione tra gli operatori dei diversi Servizi, e tra gli operatori di differenti professionalità all'interno di uno stesso Servizio, di obiettivi, indicatori, strumenti e atti professionali, e l'assunzione di alcuni comuni principi di riferimento. Il postulato alla base di tutto il lavoro successivo può essere così sintetizzato: "l'oggetto di osservazione non è l'individuo, ma la relazione".

Da questo principio di base consegue, come una sorta di corollario, una seconda basilare considerazione: "gli operatori che si occupano della relazione devono lavorare (in rete) secondo rappresentazioni e modalità condivise".

Schematicamente, il processo di lavoro potrebbe essere rappresentato dalla tavola 1.

IPOTESI CLINICHE DI RIFERIMENTO

D'altra parte ogni protocollo operativo, come quello qui proposto e che rappresenta appunto il prodotto del lungo

percorso di lavoro attuato da operatori di differente professionalità e provenienti dai diversi Servizi coinvolti, rappresenta a sua volta uno strumento e, come tale, presuppone delle ipotesi di riferimento.

Nel nostro caso, penso si possano differenziare tre ipotesi cliniche su cui implicitamente si fonda l'intero lavoro e, più in particolare, un'ipotesi clinica generale e due più specifiche al presente ambito di intervento e cioè a quei casi in cui la cura dell'adulto (il genitore) è chiamata a coniugarsi con le tematiche relative alla tutela del minore (il/i figlio/i). La prima ipotesi può essere così espressa come di seguito.

Ipotesi clinica generale: "il disagio di una persona riesce a essere meglio compreso e significato all'interno della storia familiare trigenazionale".

La famiglia è un sistema in continua evoluzione che si trova, nel corso della sua storia, a dover affrontare eventi stressanti che comportano un processo di riorganizzazione di compiti e ruoli e crisi di transizione (cfr. Scabini, 1995). Nelle situazioni in cui la crisi assume la caratteristica di un vero e proprio stallo evolutivo, l'individuazione dei fattori di rischio e dei fattori protettivi e il lavoro clinico basato sul loro contenimento/rinforzo vengono ad assumere un ruolo

fondamentale per il suo superamento. La storia trigenazionale della famiglia acquista così una particolare importanza nell'individuazione dei suoi limiti e delle sue risorse. La fragilità di un sistema familiare non riguarda solo la sua organizzazione, ma è attraverso la conoscenza della sua storia che possiamo intravedere i possibili scenari evolutivi.

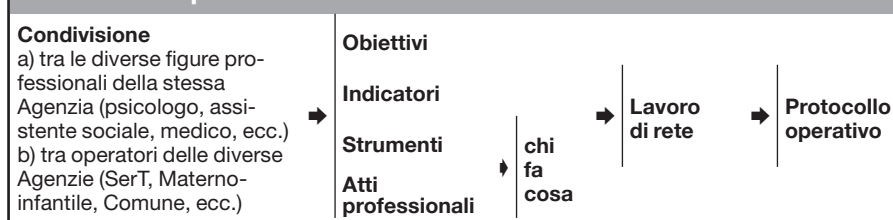
Da sottolineare che l'adozione di questa ipotesi clinica ha tra l'altro comportato una diretta ricaduta rispetto all'utilizzo condiviso di uno specifico strumento di lavoro: si tratta del genogramma, uno strumento che organizza le relazioni e gli eventi del ciclo vitale di una famiglia, raccogliendo i dati in modo analogico e offrendo così all'operatore una mappa semplice e di immediata comprensione, ma anche particolarmente significativa, a partire dalle famiglie d'origine dei genitori del paziente: in un'ottica trigenazionale non sono significative solo le componenti insoddisfacenti della relazione coniugale e le sue dirette risultanze nella relazione con i figli, ma anche le problematiche relative al rapporto di ciascuno dei genitori del paziente con la propria famiglia d'origine nel periodo dell'infanzia e dell'adolescenza. Quasi superfluo sottolineare, per quanto attiene alla nostra casistica, l'importanza di questa prospettiva ai fini di una valutazione della famiglia allargata in termini di limiti/risorse nella tutela del minore.

A questo primo riferimento teorico, che prescinde dalla specifica area psicopatologica indagata, possiamo aggiungere altri due, più specifici e circostanziati.

Ipotesi clinica specifica 1: "Il tossicodipendente è ancora legato a tematiche di dipendenza dalla propria famiglia di origine e queste difficoltà di svincolo, che rappresentano un vero e proprio stallo evolutivo, sono direttamente connesse con l'utilizzo e l'abuso di sostanze".

Quello che segnala la tossicodipendenza sarebbe cioè la presenza nelle tre generazioni (tossicodipendente, genitori, nonni) di carenze non riconosciute come tali, laddove l'aspetto patogeno non è rappresentato solo dalla trasmissione intergenerazionale della carenza in sé, quanto piuttosto dalla trasmissione del misconoscimento/minimizzazione della carenza stessa: esiste cioè la negazione di una connessione tra comportamento tossicomane e una serie di sofferenze riconosciute in quanto tali. La minimizzazione e il misconoscimento della carenza rappresentano le due diverse forme patologiche di distorsione che determinano una

TAVOLA 1 Il processo di lavoro



frattura o un'incoerenza tra i contenuti della memoria semantica e quelli della memoria episodica. Non si tratta ovviamente di fattori che "causano" la tossicodipendenza, ma di fattori che, in una narrazione caratterizzata dalla difficoltà di svincolo e autonomizzazione, predispongono a fare sì che l'incontro con la droga si trasformi in una condizione di dipendenza (cfr. Cirillo et al., 1996; Cambiaso, 2006).

Arriviamo a questo punto alla terza e ultima ipotesi clinica che vogliamo qui prendere in considerazione.

Ipotesi clinica specifica 2: Questo "essere ancora figlio" (supremazia del codice del bambino) non permette al paziente di sintonizzarsi adeguatamente sulle competenze necessarie a svolgere adeguatamente i compiti deputati al codice genitoriale.

In altre parole, tossicodipendenza e trascuratezza genitoriale vengono a rappresentare due sintomi di una stessa sofferenza psicologica e la strategia di lavoro con questa tipologia di pazienti passa dalla connessione tra la sofferenza in quanto figlio carente e l'inadeguatezza in quanto genitore (cfr. Cirillo, 2006).

"È come se il bagaglio traumatico di vita passata e non metabolizzata impedisse a queste persone di possedere uno stato mentale "libero" per costruire il momento presente secondo strategie differenti e funzionali alla costruzione di una relazione adeguatamente supportiva con il proprio figlio" (Crittenden, 1994).

Se ci immaginiamo, con una semplificazione grafica, i tre ruoli affettivi familiari fondamentali (figlio, coniuge e genitore) come tre fette di un'intera torta, possiamo immaginare, per quanto detto finora, che nel tossicodipendente/genitore la fetta appartenente al ruolo di "figlio" sia quella più ampia, come nella tavola 2.

Questa "metafora geometrica" mette in evidenza come il lavoro sulla tossicodipendenza attuato dal Servizio per le tossicodipendenze consista in un certo senso nel favorire gli aspetti relativi allo svincolo e all'autonomia, riducendo di conseguenza la "fetta" del figlio, mentre i Servizi che lavorano sulla recuperabilità genitoriale hanno come obiettivo quello di aumentare la "fetta" del genitore. Dal momento che in una torta l'aumento di una porzione comporta di conseguenza una riduzione dell'ampiezza delle altre fette e viceversa, è possibile osservare come il lavoro di valutazione e intervento di entrambi i Servizi sia strettamente finalizzato, nel rispetto delle specifiche competenze a un unico obiettivo, in un sinergico

TAVOLA 2 I tre ruoli affettivi familiari fondamentali

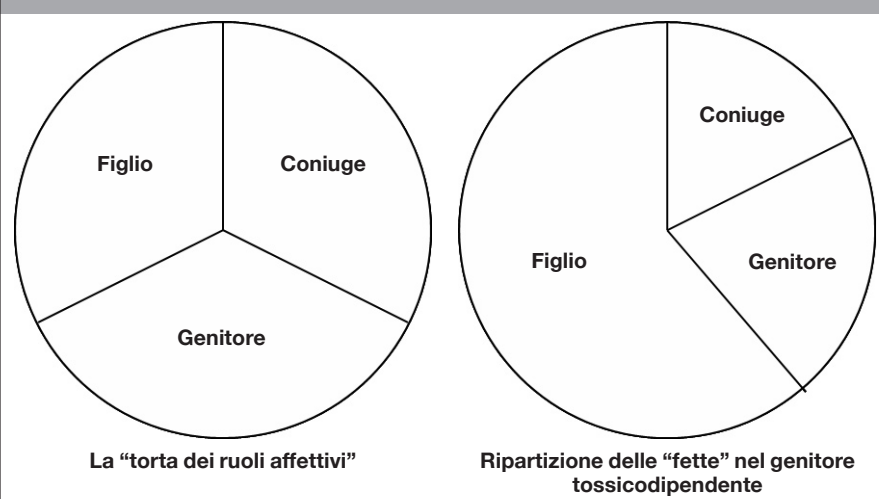
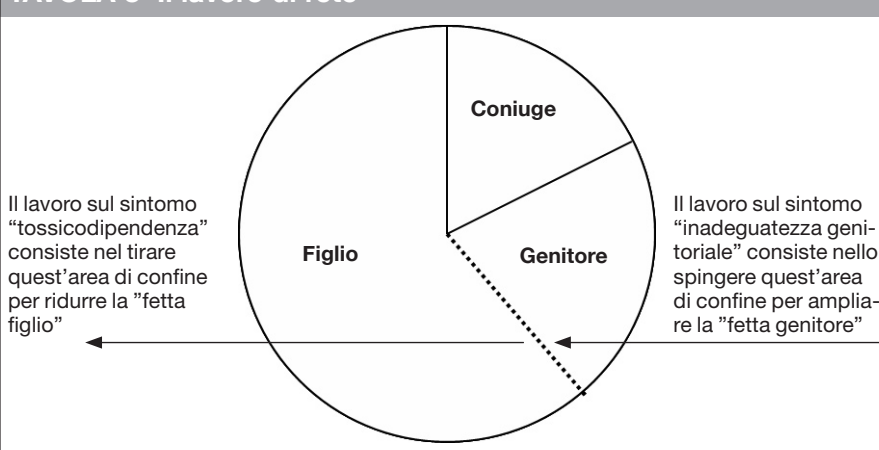


TAVOLA 3 Il lavoro di rete



lavoro di rete. Due facce di una stessa medaglia, come sintetizza la tavola 3.

SISTEMI INSTABILI: IL PARADIGMA DEL CAOS

Vorrei infine soffermarmi su un altro paradigma che in qualche modo si situa sullo sfondo degli argomenti qui trattati e che è rappresentato dalla complessità e dalla teoria del caos.

È già stato accennato a come la famiglia possa essere considerata, in alcune fasi specifiche del suo ciclo vitale, alla stregua di un sistema instabile, non lineare, in continua evoluzione, che attraversa stati critici, in una "regione di frontiera" tra ordine e caos (cfr. Cambiaso, 2005) e che si trova, nel corso della sua storia, a dover affrontare eventi stressanti e crisi fisiologiche che comportano un continuo processo di riorganizzazione.

Nell'ambito delle scienze fisiche, in contrapposizione al paradigma meccanicistico, a partire dagli ultimi decenni del Novecento, anche se in realtà le sue origini si possono far risalire ad alcuni lavori di Poincaré delle fine dell'Ottocento che però non avevano avuto seguito, si assiste all'affermazione di

un nuovo paradigma di riferimento: il caos.

Così come la fisica classica descrive esaurientemente i fenomeni lineari (un semplice esempio è quello che riguarda il comportamento delle bocce in movimento su un tavolo da biliardo), la scienza del caos studia i sistemi dinamici non lineari, instabili, caratterizzati dall'essere sistemi aperti, irreversibili, ben scarsamente prevedibili, tendenti all'auto-organizzazione, e rappresenta così la scienza del cambiamento. Con le sue tesi forti sul comportamento universale della complessità, si occupa della natura globale dei sistemi, sconfinando così oltre le linee di demarcazione tra le varie discipline scientifiche (cfr. Capra, 2001).

La scoperta del paradigma del caos ha così prodotto una vera e propria rivoluzione, un cambiamento radicale di modello di riferimento, che ha trascorso il campo della fisica. I suoi concetti

Note

* Il contributo presentato è relativo a un percorso formativo che, avviato nell'ambito dell'affido alla fine degli anni '90, è proseguito con gli operatori dei servizi dai Servizi sociali e sanitari di una Zona del Centro genovese, che stanno sperimentando il modello proposto. Di tale esperienza verrà pubblicata una testimonianza in uno dei prossimi numeri di PSS.

di base hanno iniziato infatti a rappresentare un rigoroso modello matematico di riferimento o, in altri casi, anche più empiricamente, una metafora con un alto valore euristico per numerose discipline scientifiche, sia nelle scienze esatte sia in quelle sociali e umane, trovando possibile applicazione in tutti quegli ambiti in cui è necessario descrivere l'evoluzione di un sistema, i suoi cambiamenti e passaggi di stato bruschi tra situazioni di stabilità strutturale, le sue discontinuità.

Il caos rappresenta “uno degli elementi che entrano in una fenomenologia più generale, tipica di molti sistemi, non solo naturali, ma anche sociali, la quale prende il nome di complessità” (Bertuglia, Vaio, 2003).

E, di conseguenza, riguarda molto da vicino la psicologia, “la scienza che per antonomasia si occupa di sistemi e di processi che sono inevitabilmente e implacabilmente complessi” (Sacco, 2003).

I sistemi instabili sono descritti dalla scienza del caos, una scienza di processo, che avanza tesi forti sulla natura dei sistemi complessi. La scienza del caos ci suggerisce che in un sistema instabile, non lineare, i cambiamenti sono scarsamente prevedibili, che non esiste una relazione proporzionale tra causa ed effetto (“effetto farfalla”), che esiste una tendenza all'auto-organizzazione.

Nel sistema famiglia, come appunto accade nei sistemi instabili, in stato critico:

- è impossibile prevedere il comportamento del sistema a lungo termine;
- effetti normali e grandi sconvolgimenti possono avere cause simili;
- è possibile non trovare segni premonitori di un evento catastrofico;
- è importante la storia del sistema.

Sono evidenti le implicazioni (o forse più semplicemente le suggestioni) insite in questa analogia. Vorrei soffermarmi su quelle che, almeno a mio avviso, appaiono come le più significative, in particolare per chi si dedica a un lavoro clinico e di recupero in concomitanza di fasi del ciclo vitale e sintomi a elevata instabilità quali, ad esempio, le famiglie maltrattanti, certe crisi dell'adolescenza, alcune tossicodipendenze e, in particolare, quando alcune di queste variabili critiche si sommano, come nel caso dei genitori tossicodipendenti

1) L'individuazione dei fattori di rischio e dei fattori protettivi, e il lavoro clinico basato sulla riduzione dei primi e sul consolidamento dei secondi, viene ad assumere un ruolo fondamentale. Come è noto, non possiamo prevedere i terremoti, ma possiamo determinare

le zone caratterizzate da instabilità e quindi a rischio sismico e lavorare preventivamente sul rinforzo delle misure preventive e protettive. Non è possibile prevedere il comportamento di un sistema instabile, ma è possibile fare previsioni relative al suo funzionamento e ai suoi sviluppi, anche se queste previsioni riguarderanno più i suoi aspetti qualitativi e globali che non i valori precisi dei suoi singoli componenti in un dato istante.

2) La storia trigerazionale della famiglia acquista una particolare importanza ai fini di dare un senso alle aree di criticità. La fragilità di un sistema familiare e la determinazione dei punti di criticità non riguarda solo la sua organizzazione, ma sono definite dalla sua storia e dai meccanismi di trasmissione intergenerazionale sia delle carenze sia dei fattori di resilienza.

Se nei sistemi caotici “le catene di eventi non sono prevedibili, non si può dire però che niente sia prevedibile, perché nella regolarità statistica che emerge nel corso di molte catene di eventi possiamo sperare di riconoscere le leggi dei processi storici. Tali leggi definiscono le proprietà generali non di una, ma di molte narrazioni, e rispecchiano così il carattere del fondamentale processo storico alla base delle singole catene di eventi” (Buchanan, 2001). È la storia del sistema a indicare i suoi possibili sviluppi.

3) Famiglie con strutture analoghe, pur muovendo da uguali condizioni di partenza, possono evolvere in modo molto differente tra loro, sviluppando in un caso disfunzionamenti patologici, in un altro trovando ristrutturazioni e forme di auto-organizzazione sufficientemente adeguate. Pensiamo ad esempio a famiglie potenzialmente maltrattanti che possono sviluppare o meno il sintomo in seguito a eventi stressanti, pur avendo, all'osservazione, caratteristiche di sistema isomorfe.

4) Nel lavoro clinico con un sistema-famiglia a struttura instabile, in un'area di confine tra ordine e caos, è possibile che fattori di cambiamento apparentemente di scarsa entità siano in grado di indurre significativi effetti ristrutturanti. Sia in positivo (pensiamo, ad esempio, all'effetto ristrutturante che può avere una particolare connessione, una particolare prescrizione o l'utilizzo di una particolare metafora nel corso di una terapia), sia in negativo (pensiamo, tra l'altro, a certe “inspiegabili” ricadute nel corso del trattamento di una tossicodipendenza).

Le significative trasformazioni che possono innescare piccole perturbazioni non rappresentato semplicemente

cambiamenti di natura quantitativa, ma possono innescare dei veri e propri mutamenti rispetto alla qualità del sistema stesso.

“La fisica non lineare ha [...] tra i suoi concetti basilari quello di rottura di simmetria: le transizioni dalle dinamiche ordinate al caos deterministico avvengono infatti tipicamente in modo brusco e discontinuo, attraverso il superamento di determinate ‘soglie critiche’ nei valori di qualche variabile (detta ‘parametro di controllo’) quelle che René Thom chiamava ‘catastrofi’ e che oggi si usa indicare, meno drammaticamente con il termine di ‘biforcazioni’. Catastrofi o biforcazioni che dir si voglia, il termine indica comunque un fenomeno tipicamente non lineare, che però aggiunge un ulteriore tratto qualificante rispetto alla non linearità ‘semplice’: esso ci dice infatti che non solo in determinate condizioni un piccolo mutamento può dar luogo a grandi conseguenze, ma anche che, sotto ulteriori e ben precise condizioni, un (piccolo) mutamento quantitativo può dar luogo a conseguenze qualitative (infatti la dinamica risultante non risulta solo proporzionalmente più complicata, e nemmeno più complicata non proporzionalmente: diventa, semplicemente, un'altra cosa)” (Musso, 1997).

CONCLUSIONI

Chi lavora in situazioni analoghe a quelle che ci siamo costantemente trovati ad affrontare nel corso di questo lavoro, si trova costantemente a contatto con il disordine e la disorganizzazione. L'idea di dover ricominciare ogni volta da capo è una sensazione diffusa. Cosa può fare, come può sentirsi, come può comportarsi di conseguenza l'operatore psicosociale allorché il caos, anziché essere contenuto e ricomposto, risulta viceversa addirittura teorizzato? Cosa vuol dire la consapevolezza di aver a che fare con sistemi complessi, mutevoli, imprevedibili, in cui non sussiste alcuna correlazione tra cause ed effetti, a loro volta inseriti in un mondo non lineare, altrettanto soggetto a sfuggenti mutamenti?

Una possibile risposta ce la offre Brian Arthur, uno dei componenti storici dell'Istituto di Santa Fe (cit. in Waldrop, 1995): “mantenere aperto il maggior numero di scelte possibili. Dobbiamo rinunciare all'ottimalità, cercando piuttosto qualcosa di attuabile, di funzionante... Quel che stiamo cercando di fare è massimizzare la resistenza, o la capacità di sopravvivere, di fronte a un futuro mal definito. E ciò rende più importante la capacità di conseguire la massima consapevolezza

possibile delle reazioni non lineari e dei percorsi casuali. Si scruta il mondo, e non ci si aspettano circostanze durevoli”.

In sintonia con questa posizione, Edgar Morin sostiene che di fronte alla complessità siamo chiamati ad abbandonare i programmi per sostituirli con delle strategie. Le prime, infatti, rappresentano procedure forse rassicuranti, ma inevitabilmente rigide: “sequenze di azioni definite che devono essere eseguite senza variazione in un ambiente stabile ma, dal momento che vi è una modifica delle condizioni esterne, il programma è bloccato. La strategia, per contro, elabora uno scenario d’azione esaminando le certezze e incertezze della situazione, le probabilità e improbabilità. Lo scenario può e deve essere modificato secondo le informazioni raccolte, i casi, i contrattempi o le sorti favorevoli incontrate strada facendo. Possiamo, nelle nostre migliori strategie, utilizzare piccole sequenze programmate ma, in un ambiente instabile e incerto, si impone la strategia. Questa deve talvolta privilegiare la prudenza, talvolta l’audacia e, se possibile, entrambe insieme. La strategia può e deve effettuare compromessi” (Morin, 2001).

Questo, in effetti, è quanto abbiamo percepito costantemente nei tanti casi clinici analizzati, nel lungo e appassionante percorso che ci ha portati alla condivisione di una sufficientemente buona prassi di lavoro clinico.

Bibliografia

- Bertuglia C. S., Vaio F., *Non linearità, caos, complessità*, Bollati Boringhieri, Torino, 2003.
- Buchanan M., *Ubiquità*, Mondadori, Milano, 2001.
- Cambiaso G., “Il sistema famiglia tra ordine e caos”, *Child Development and Disabilities*, vol. XXXI, 1, 2005.
- Cambiaso G., “Prospettiva trigenerazionale nelle dipendenze patologiche”, *Quaderni di Itaca*, 13, 2006.
- Capra F., *La rete della vita*, Rizzoli, Milano, 2001.
- Cirillo S., *Cattivi genitori*, Raffaello Cortina, Milano, 2006.
- Cirillo S., Berrini R., Cambiaso M., Mazza R., *La famiglia del tossicodipendente*, Raffaello Cortina, Milano, 1996.
- Crittenden P., *Nuove prospettive dell’attaccamento*, Guerini, Milano, 1994.
- Morin E., *I sette saperi necessari all’educazione del futuro*, Raffaello Cortina, Milano, 2001.
- Musso P., *Filosofia del caos*, Franco Angeli, Milano, 1997.
- Sacco G., *Psicoterapia e sistemi dinamici*, McGraw-Hill, Milano, 2003.
- Scabini, E., *Psicologia sociale della famiglia*, Bollati Boringhieri, Torino, 1995.
- Waldrop M. M., *Complessità*, Instar, Torino, 1995.

“Vai, che quando torni sei diversa”

NELL’AMBITO DELLE INIZIATIVE DI VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE DEI CITTADINI, RISULTA INTERESSANTE IL PERCORSO SVOLTO DAL GRUPPO DI AUTO-MUTUO AIUTO “MI CURO DI TE”, UN GRUPPO PER CAREGIVER PROMOSSI IN AMBITO PUBBLICO E ATTIVO DA CIRCA TRE ANNI.¹ IL SIGNIFICATO, COLLETTIVO E INDIVIDUALE, DELL’INIZIATIVA EMERGE ANCHE DALLE TESTIMONIANZE DEI PARTECIPANTI.

Mara Canciani

Assistente sociale, con master in psicologia gerontologica, Comune di Soncino (CR)

L’idea di raccontare la propria esperienza di partecipazione al gruppo e di portare la propria testimonianza individuale rappresenta il risultato di un percorso finalizzato a divulgare l’iniziativa. Dopo circa due anni dall’avvio del progetto del gruppo di auto-mutuo aiuto “Mi curo di te”, è stata infatti condivisa a più livelli (con i componenti del gruppo stesso, con l’amministrazione comunale, con associazioni e gruppi di volontariato del territorio) l’idea di ripubblicizzare la proposta attraverso la realizzazione di un convegno.²

La preparazione dell’evento ha rappresentato per il gruppo anche un’importante opportunità per mettere a fuoco il percorso fatto e ricostruirne il senso. Se l’esperienza in sé aveva prevalentemente provocato nei facilitatori sorpresa, per gli esiti positivi e inattesi, la dinamica creatasi per la preparazione del convegno non è stata da meno.

Ancora una volta, hanno colpito e stupito lo slancio con cui persone non più giovanissime hanno raccolto l’invito a preparare una breve testimonianza personale rispetto all’esperienza realizzata, la qualità della partecipazione messa in campo per preparare l’evento, ma soprattutto la ricchezza di vissuti e di apprendimenti che il gruppo ha testimoniato.

Concretamente, il gruppo ha deciso di preparare e presentare nel convegno, oltre alle testimonianze individuali, una descrizione dell’esperienza realizzata. Sono stati dedicati pertanto alcuni incontri di gruppo all’impostazione e realizzazione della relazione scritta da presentare. I facilitatori (uno psicologo e un’assistente sociale) hanno messo a disposizione del gruppo gli appunti di tutte le riunioni, sono stati stesi per punti gli argomenti trattati e, dopo

alcuni incontri di discussione sugli aspetti ritenuti importanti per i partecipanti, è stata abbozzata una traccia della presentazione. Una delle partecipanti si è poi offerta di riscriverla per la presentazione al convegno.

Proprio in virtù del percorso di preparazione svolto dal gruppo, è parso importante lasciare alla voce del gruppo il compito di descriverne la trama.

L’ESPERIENZA DEL GRUPPO “MI CURO DI TE”

La storia e la composizione

Nel mese di marzo del 2005, dopo l’approvazione del regolamento dei servizi di sostegno alla domiciliarità, l’Amministrazione ha voluto istituire un gruppo di auto-mutuo aiuto rivolto ai familiari di persone anziane o in difficoltà, per offrire loro un’occasione di incontro e di conoscenza reciproca.

Spesso, infatti, chi si occupa dell’assistenza a una persona non autosufficiente è talmente preso dal proprio compito da venirne totalmente assorbito e chiudersi in un mondo fatto di tristezza e di rassegnazione.

Note

¹ Anche se le esperienze di auto-mutuo aiuto per caregiver in Italia sono ancora numericamente limitate, prevalentemente circoscritte ad alcune aree geografiche e generalmente promosse in ambito associativo, non sono mancati in questi ultimi anni studi, contributi e ricerche volti a mettere in rilievo le numerose e importanti funzioni che queste iniziative possono svolgere e i vantaggi che ne possono derivare per coloro che vi aderiscono.

Tra gli aspetti sicuramente significativi, vi è la sottolineatura del diverso ruolo che i cittadini in difficoltà vengono ad assumere, passando da soggetti bisognosi di cure, e pertanto dipendenti dall’aiuto di tecnici ed esperti, a soggetti attivi, in grado di affrontare e gestire autonomamente, attraverso l’aiuto reciproco, le proprie difficoltà, arrivando anche ad assumere significative forme di cittadinanza attiva.

² L’iniziativa è stata realizzata il 27 gennaio 2007 presso il Comune di Soncino, distretto di Crema, provincia di Cremona.