

Domenico Marcolini

“Dal fatto sociale all’incontro: per una clinica delle dipendenze”

Mendrisio, 19 Novembre 2005

Lavoro da 25 anni in un Servizio pubblico per le tossicodipendenze.

Vorrei proporre la mia esperienza immaginandola, e quindi raffigurandola, come un progressivo percorso dall’esterno all’interno dalla tossicodipendenza, dal fatto sociale con tutte le implicazioni che esso ha assunto sul piano culturale, politico e legislativo, all’incontro con il singolo tossicodipendente nell’intento di stabilire una relazione terapeutica all’insegna della trattabilità della sua domanda d’aiuto.

Un itinerario che proverò a descrivere suddividendolo in quattro tappe la cui linearità descrittiva è valida solo a fini esplicativi, trattandosi di aree che si intersecano, influenzandosi vicendevolmente, nella quotidianità del nostro lavoro.

Un possibile titolo alla prima tappa di questo percorso potrebbe essere “umanizzare la legge” e spiego perché.

“Umanizzare la legge”

I presidi per le tossicodipendenze nascono sul finire degli anni '70 trovandosi ad agire, e quindi a costruire il loro operato, inventarsi una risposta, prima ancora di aver potuto elaborare un pensiero sulla patologia tossicomane.

Il consistente e rapido diffondersi dell’abuso e della dipendenza da sostanze illegali crea un forte allarme sociale ed i tentativi di dare interpretazione e risposta ad un fenomeno che va via, via acquisendo dimensioni sempre più drammatiche sconta, fin da subito, l’ambivalenza di un dibattito culturale e giuridico complicato dalla coesistenza di forti spinte repressive e la parallela tendenza ad iscrivere la tossicodipendenza allo status di malattia bisognosa di cure.

La tossicomania è fin da subito patologia doppiamente condannata dalla morale: sia per le modalità attraverso le quali il tossicodipendente si assicura il godimento (fuori delle leggi della società e della sessualità), sia per le conseguenze sociali dei suoi comportamenti.

Lo stigma sociale e gli agiti emarginanti nei confronti del tossicodipendente, la sua speculare ostilità verso le istituzioni, lo stereotipo sul carattere irreversibile dell’esperienza tossicomane rendevano, infatti, possibile il riemergere di tematiche che sembravano definitivamente superate nel contesto dei principi della stessa carta costituzionale: la violenza come efficace metodo pedagogico, la pena come atto d’amore.

Le nascenti risposte sociali al fenomeno sono tutte segnate dall’ideologia normativa e gli esiti sono spesso occasione di rinforzo di un’identificazione gruppale che mette in secondo piano l’identità soggettiva.

Per questo era prioritariamente necessario non sottrarsi ad un duro confronto sul piano culturale e civile: si trattava di un compito politico teso a piantare un cuneo nella compatta barriera che separava la nascente figura sociale del tossicodipendente dal resto della società.

Rivista Il Ruolo Terapeutico. Anno 2006 fascicolo 102

Ecco perché, pensando a quel periodo, mi pare di poter sinteticamente dire che il nostro lavoro trovava come precipuo fondamento il tentativo di far conoscere il fenomeno della tossicodipendenza rappresentandolo nella sua complessità per raggiungere una finalità in quel momento prioritaria: umanizzare la legge.

E' dopo la metà degli anni ottanta, man mano che si esce da un'interminabile emergenza che tutto autorizza e giustifica come in una sorta di chirurgia di guerra, che comincia ad intravedersi la possibilità di mettere finalmente nella giusta luce il problema della cura. Con la consapevolezza dei limiti insiti in ogni schematizzazione potremmo chiamare tale passaggio "dall'azione al pensiero"

"Dall'azione al pensiero"

Passaggio non semplice perché i prevalenti tentativi di risposta avevano fino ad allora privilegiato un'ottica prevalentemente gestionalistica che dava centralità, specularmente alla patologia che voleva curare, all'azione rispetto al pensiero e, in ogni caso, il pensiero prodotto è stato quasi sempre ostinatamente ideologico.

Indicativa, a tal proposito, la sproporzione, in quelli anni, fra la consistente e ciclica produzione di pensiero ideologico attorno alla questione droga e la letteratura piuttosto modesta che la psicoanalisi ed il pensiero psicologico più in generale hanno dedicato alla tossicodipendenza (per alcuni anni il principale testo di riferimento rimarrà per gli addetti ai lavori il fondamentale "Quei temerari sulle macchine volanti" di Luigi Cancrini, edito nel 1982).

Certo è che i più avevano riempito il buco della tossicodipendenza con la propria visione del mondo in un'escalation di polemiche senza fine.

Si disse di tutto della tossicomania, così come si fece di tutto del tossicomane non rendendosi conto che proprio questa sua "disponibilità" ad essere trattato in tutti i modi era il segno palese ed inequivocabile del limite stesso della sua posizione soggettiva (A. Villa "il Ruolo Terapeutico" n° 49).

Anziché interrogare questo limite lo si era spostato a piacere con movimenti autoreferenziali che hanno finito con il mettere il soggetto in secondo piano rispetto al paradigma di riferimento di chi, di volta in volta, si faceva carico del tentativo di una risposta di cura.

Inizialmente, quindi, la mancata considerazione del parametro individuale, con l'enfasi riservata al parametro politico-legislativo prima e a quello gestionale poi, ha fortemente condizionato la questione della cura.

In estrema sintesi potremmo dire che nel suo secondo decennio di espansione, la tossicodipendenza rimane ancora oggetto di scarso interesse da parte delle tradizionali agenzie deputate alla cura del disagio psichico e relazionale che, di fatto, si mantengono fuori, per non competenza istituzionale e/o per supposta incompetenza, dall'intervento sul campo.

Nascono delle produzioni teoriche che tuttavia non risultano fruibili nel trattamento del paziente tossicodipendente per il quale si continua a proporre la tipologia di cura che in quel momento occupa il campo: la comunità terapeutica.

Fino a quando il dato di realtà mette in crisi la legittimazione di quella che allora era parsa l'unica strategia d'intervento possibile. La comunità terapeutica, infatti, pur rappresentando uno strumento prezioso, rivela i suoi limiti sia perché risulta evidente che l'accesso a tale

opportunità terapeutica non è generalizzabile, sia perché le pratiche di cura più diffusamente in uso nelle comunità sono svilite dal prevalere di una logica gestionalistica che offre poco spazio alla soggettività del paziente (“Conserva l’ordine e l’ordine ti conserverà” è il significativo slogan proposto da una comunità ancor oggi molto attiva in Italia).

Tale evidenza pone la necessità di ricercare altre strade: è così che si arriva ad un più motivato e intenso confronto con il sapere che la psicologia e la psicoanalisi in particolare erano andate producendo attorno a possibili ipotesi interpretative di un fenomeno che il modello sociologico poteva interpretare solo in termini molto generali.

La tappa successiva vedrà esprimersi il tentativo di avvicinare alla pratica clinica quei paradigmi teorici che fino ad allora erano parsi troppo distanti dalla concreta operatività.

“Alla ricerca di una teoria psicologica esplicativa della tossicodipendenza”

Volendo indicare quelle che sono state le teorie di riferimento che, per quanto mi riguarda, ho sentito in maggiore sintonia con il mio quotidiano operare, potrei richiamare un insieme di teorizzazioni accomunate dalla centratura data al tema della identità impedita, incompiuta o negata.

Penso in particolare ad autori come Claude Olievenstein che riprende il pensiero lacaniano sulla cosiddetta fase dello specchio, stadio decisivo per la formazione dell’identità del bambino, Ettore Perrella che fonda la sua teorizzazione a partire dalle ricerche di Margaret Mahler sulla psicopatologia del processo d’individuazione e separazione in età precoce e ad Heinz Kohut quando pensa la tossicodipendenza come espressione di un grave disturbo dell’identità.

Il contributo di questi autori può essere così riassunto: il bisogno di dare espressione alla propria soggettività, bisogno appartenente a ciascun individuo, trova nel futuro tossicodipendente un impedimento rappresentato dalla qualità delle relazioni primarie. L’amore malato che le caratterizza fa sì che al soggetto sia negato il riconoscimento del valore della propria individualità.

Tali teorizzazioni rispondevano in modo convincente al mio percepire come il tossicodipendente ci parlasse di un bisogno di soggettività a cui sono state negate forme condivisibili per realizzarsi.

Da qui la centralità del tema dell’identità incompiuta e/o negata perché è venuto meno il riconoscimento della realtà individuale che a sua volta ha impedito il raggiungimento di una sufficiente individuazione.

In particolare, tale ipotesi di fondo corrispondeva più di altre ad un mio sentire che trovava precipuo fondamento in tre considerazioni.

1) la già citata “disponibilità” del tossicodipendente ad essere trattato in tutti i modi quale segno palese ed inequivocabile della inconsistenza della sua identità (cfr. Zelig).

2) l’identificazione con la figura sociale del tossicodipendente (come sarà in seguito per le diverse “monosintomaticità” che caratterizzano la nostra epoca clinica) equivalente ad un’identificazione immaginaria per la quale il tossicomane è primo di tutto un

Rivista Il Ruolo Terapeutico. Anno 2006 fascicolo 102

“personaggio” piuttosto che un soggetto (dal “noi tossicomani” all’io soggetto di un progetto di cura).

3) la constatazione, con particolare riferimento al lavoro clinico con gli adolescenti ed i pazienti più giovani, dell’esistenza di un tema che accomunava le storie di più grave sofferenza: il passaggio adolescenziale, e più in generale l’acquisizione di un’identità adulta, erano impediti dalla formazione sintomatica d’area tossicomantica quando i protagonisti segnalavano un’impossibilità a rappresentarsi il futuro, al saper guardare lontano, al saper assumere un’ampia prospettiva, quali espressioni di un processo identificatorio disturbato o impedito.

Tommaso Senise in Psicoterapia breve di individuazione, testo dedicato alla psicoterapia con l’adolescente, collega al processo di costruzione dell’identità soggettiva la possibilità di rispondere a domande quali “chi sono”, “come voglio diventare”, “quale sarà il mio futuro”.

Era ed è peraltro evidente come alle ragioni di questo futuro negato concorrano, intrecciandosi, concause di varia natura, sia sul piano politico-sociale, sia su quello più individualmente psicologico e relazionale.

Rispetto ai fattori di carattere sociologico voglio solo qui ricordare le convincenti analisi relative ai paradigmi della cultura giovanile da parte d’autori come Vittorino Andreoli ed Umberto Galimberti in Italia e, più recentemente, Miguel Benasayag (“L’epoca delle passioni tristi”) in Francia, che ci segnalano come, a seguito di una serie di mutamenti sociali, vi sia stata, da parte dei giovani, una progressiva perdita della dimensione del futuro da cui un pervasivo senso d’impotenza ed incertezza che toglie riferimenti alla possibilità di orientare prospetticamente le azioni del presente.

Ma se è probabilmente vero che la sofferenza giovanile d’area patologica esprime in maniera limite una condizione che si estende ad una gran parte del mondo giovanile, credo altresì che le diverse intensità percettive di tale sofferenza siano condizionate da fattori di natura psicologica e relazionale che appartengono all’esperienza individuale.

Per quanto andavo, infatti, osservando mi ha fin dall’inizio molto colpito la frequenza con la quale nelle storie familiari dei futuri tossicodipendenti, comparissero personaggi rappresentati da genitori che hanno pensato il figlio come strumento progettuale del proprio sogno ed hanno assimilato l’altro a sé, da figli chiamati a precoci ed improprie assunzioni di responsabilità, da pazienti designati che, nel rivendicare l’esercizio dei propri diritti e della propria libertà, nel frattempo la temono, da bambini che non hanno trovato nell’adulto, nell’altro, un ponte verso il futuro, ma un ostacolo che ha loro impedito di crescere, svilupparsi, desiderare e lottare.

La tossicodipendenza quindi come indicatore di un’identità impedita, incompiuta o negata. Provo a mostrare questo pensiero attraverso alcuni esempi clinici.

Luca ha 20 anni, lo vedo da due mesi per un uso disordinato di sostanze che non si configura come vera e propria dipendenza. Dopo alcuni colloqui emerge quale area problematica centrale il rapporto con la madre. La madre di Luca soffre da molti anni di un importante disturbo depressivo e Luca sente di essere l’unico in grado di comprenderla e di rappresentare la sua unica ragione di vita e la sua unica difesa contro un mondo esterno ostile. Il rapporto che Luca ha con le sostanze (problematico abuso d’alcol e cannabinoidi) sostiene la ricerca di uno sbalzo e si limita ai momenti di divertimento. Luca è consapevole della propria incapacità di realizzare forme di divertimento diverse pur

Rivista Il Ruolo Terapeutico. Anno 2006 fascicolo 102

potendo prefigurarsele come desiderabili (ha parzialmente sperimentato il piacere di leggere, viaggiare, andare in montagna, ma non riesce a farlo come vorrebbe). Nonostante tenda a volte a banalizzare questa sua difficoltà (“così fanno tutti”) sembra intuire che nella ripetitività dei suoi comportamenti c’è una componente coattiva di cui si sente prigioniero. In questo momento stiamo riflettendo sul significato che può rivestire il suo bisogno di un divertimento “spensierato”: ci sembra di poterci avvicinare all’idea che il divertimento sia possibile solo a condizione che il pensiero sia offuscato, alterato, deviato. Da cosa derivi questo bisogno Luca non è ancora in grado di coglierlo. Ma la sua incapacità di rispondere alla domanda “come si vede tra dieci anni?” gli fa intravedere un impedimento che non aveva potuto riconoscere dentro di sé. Luca dice: “Non riesco a vedere ... non riesco proprio a vedermi ... come faccio a pensare al mio futuro ... mia madre avrà sempre bisogno di me ...”.

Simone è un paziente che ho seguito per circa 4 anni e che ha da poco concluso la sua terapia. L’uso di eroina nel suo caso è sfociato in una tossicodipendenza che lo ha accompagnato dai 17 ai 19 anni. Simone è il primo di quattro figli. Della propria storia riporta la costante sollecitazione a comportarsi da bambino maturo e responsabile. Ricorda l’espressione di soddisfazione della madre nel rievocare un aneddoto della sua infanzia: lui che viene regolarmente incaricato dalla maestra della scuola materna di distribuire le caramelle agli altri bambini.

L’orgoglio di sua madre nasceva dalla percezione, in Simone, di un atteggiamento di saggezza, affidabilità, equità. Simone cresce mantenendo le promesse e corrisponde all’idealizzazione della madre diventando per lei il figlio (unico dei quattro) con il quale “è sufficiente uno sguardo per comunicare”. Con il primo insuccesso scolastico arriva la droga che svolge due importanti funzioni: rivela e copre la paura di Simone di tradire le aspettative materne e nel contempo svela l’impossibilità per Simone di continuare ad essere messo al posto dell’ideale della madre, rende cioè manifesto il rovescio dell’idealizzazione subita.

Franco torna in terapia a 38 anni dopo un tentativo di suicidio. Fino a quel momento, nella sua storia di paziente ci sono stati tre anni di comunità terapeutica (dai 24 ai 27 anni) preceduti da una fase di accoglienza presso il nostro servizio. Nei dieci anni successivi alla comunità la sua vita è trascorsa in maniera per lui soddisfacente e Franco non ha mai avvertito il bisogno d’ulteriori interventi terapeutici. L’evento che scatena il movimento depressivo che lo porta a tentare il suicidio è costituito dal tradimento da parte della compagna che ha incontrato poco dopo la conclusione del percorso comunitario. L’infanzia di Franco è caratterizzata da un’intensa vicinanza con la madre. Questa relazione fusionale e totalizzante sembra proteggere entrambi dal padre, uomo violento, incoerentemente autoritario, spesso ubriaco. Nella tarda adolescenza, dopo il “no” del suo primo grande amore, avviene l’incontro con la droga che a sua volta diventa una relazione fusionale e totalizzante. La comunità terapeutica svolge per Franco una funzione strutturante che gli permette di regolare autonomamente il proprio comportamento. Dopo l’esperienza comunitaria avviene l’incontro con la partner, anche questo folgorante, come

Rivista Il Ruolo Terapeutico. Anno 2006 fascicolo 102

quello con la droga. Nel ricordarlo Franco ne sottolinea la proprietà trasformativa rispetto alla sua identità: “da rospo a principe grazie al suo bacio”. La terapia consente oggi di evidenziare le analogie che caratterizzano i passaggi del suo percorso esistenziale. L’immagine di sé è sempre dipesa da un’unica fonte di legittimazione: la madre prima, la droga poi e successivamente la partner. Rimane immerso in un registro femminile idealizzante, l’identificazione con il padre non è raggiunta e non è possibile. La comunità terapeutica immette apporti paterni di natura normativa, ma probabilmente nemmeno questa esperienza gli permette di sviluppare una fonte di legittimazione interna. Durante la permanenza in comunità e negli anni successivi con la partner, Franco si riconosce delle qualità positive grazie ad un consenso che proviene da altri. Nel momento in cui viene a mancare questa convalida dall’esterno Franco ha un totale crollo della sua identità.

Andrea che adesso ha 25 anni perde il padre all’età di quattro anni. La madre, rimasta vedova, va incontro ad una grave forma depressiva. La morte del marito rimane per lei a tutt’oggi un lutto non elaborato. Posso dire questo perché mi sono trovato nella condizione di seguire entrambi e ciò mi ha permesso di immaginare la tonalità emotiva dell’ambiente in cui è avvenuta la crescita di Andrea.

La ricerca del meglio sia rispetto alla scelta delle scuole, sia nelle attività del tempo libero sembrano aver rappresentato il tentativo della madre di compensare un vissuto d’inadeguatezza rispetto ad un compito educativo sentito ormai come troppo interamente a suo carico e vissuto con grande paura. Andrea, da parte sua, con un comportamento adattivo rassicura la madre sul suo benessere, fino all’adolescenza, quando l’emergere di importanti difficoltà scolastiche annuncia l’esistenza di uno stato di marcata sofferenza. Nel vissuto di Andrea coesistono la rabbia per la schiacciante responsabilità che inconsciamente sente di dover assumere e la colpa per la propria incapacità di mitigare l’angoscia della madre. E’ di quel periodo un ricordo riportato da Andrea con molta nitidezza: in un Natale arriva, da parte degli zii materni, un regalo inaspettatamente importante e desiderabile, un motorino. Tutti interpretano la sua reazione di pianto come espressione di gioia e commozione; nessuno immagina quanto lontano da tali sentimenti sia ciò che Andrea prova in quel momento. Il significato del suo pianto emergerà nel lavoro psicologico e riguarderà la presenza di profondi vissuti di indegnità: sente di non meritare quel regalo che inconsapevolmente vive come non destinato a lui, ma a quello che lui dovrebbe essere e non è. L’indegnità in questo caso, direbbe Perrella, è una manifestazione della scissione dell’Io fra oggetto ideale e oggetto scarto. Il superamento di una fase tossicomane che Andrea in seguito attraverserà, avverrà soprattutto grazie all’elaborazione di questi vissuti.

Spero che questi frammenti clinici abbiano mostrato in maniera più esplicativa il tema ricorrente nelle storie dei futuri tossicodipendenti a cui mi riferivo precedentemente: un arresto del percorso formativo dovuto al disconoscimento della propria realtà soggettiva. Su tale arresto la droga s’innesta fornendo una soluzione provvisoria ed illusoria: permette di sottrarsi al confronto con l’amore malato dell’Altro che espone al rischio di abbandono, disconferma, idealizzazione, rifiuto, dismisura, divoramento.

Rivista Il Ruolo Terapeutico. Anno 2006 fascicolo 102

Spero inoltre di essere riuscito a trasmettere come l'esperienza clinica mi abbia permesso di vedere con crescente chiarezza quanto il problema della cura implichi, più che l'adozione di una logica pedagogico-gestionalistica, l'attenzione al compito di restituire riconoscimento e spazio ad una soggettività negata.

Sia chiaro che non penso e non voglio proporre tali concettualizzazioni come una compiuta, esauriente ed esaustiva teoria sulla genesi e sullo sviluppo delle dipendenze patologiche e della tossicodipendenza in particolare.

Più semplicemente costituiscono ipotesi interpretative che, per me più di altre (e sottolineo per me), sono un aiuto per intravedere il mondo interno del paziente, guidano la mia funzione interrogante e ne arricchiscono l'effetto.

E', infatti, evidente come altri colleghi, e tra voi sicuramente più di uno lo potrà testimoniare, operino efficacemente nella cura delle dipendenze patologiche utilizzando differenti riferimenti teorici.

Ed è proprio questa constatazione che mi permette di introdurre il passaggio successivo del percorso che cerco di rappresentare. Mi riferisco alla proposta di privilegiare una concezione della teoria intesa come concezione della cura pensandola come teoria che riunisce i fondamenti della relazione d'aiuto, il cui peso nel processo di cura è primario rispetto a quello assunto dalle varie teorie esplicative della tossicodipendenza e, più in generale, della psicopatologia.

“Dalla teoria psicologica esplicativa della tossicodipendenza alla teoria come concezione della cura”

Possedere una valida concettualizzazione teorica relativa alla psicopatologia delle dipendenze era molto importante perché mi permetteva di disporre di un contenitore psichico capace di dare maggiore comprensione alla sofferenza emotiva portata dal paziente tossicodipendente.

Queste rappresentazioni teoriche però non mi dicevano come poter inserire tale comprensione in un processo vivo e dinamico, dove la soggettività del paziente potesse trovare riconoscimento, spazio, trattabilità e quindi affermazione.

Come dire: dopo aver riconosciuto nel paziente che ho di fronte l'esistenza di una problematica di tipo identitario e conseguentemente intuito che l'obiettivo della terapia debba consistere nel rafforzamento della sua posizione soggettiva, devo pormi il problema di come raggiungere questo obiettivo.

Di come, all'interno di ogni relazione, di ogni singolo incontro, saper cogliere tutte le possibili occasioni per dare titolarità e parola al paziente.

L'incontro con il pensiero e la pratica formativa del Ruolo Terapeutico hanno significato il liberatorio e strutturante accesso a tale strumento operativo.

Non è ovviamente possibile dare ora una completa ed esaustiva rappresentazione del “ruolo pensiero” e di com'è andato arricchendosi e precisandosi nel corso degli anni.

Rivista Il Ruolo Terapeutico. Anno 2006 fascicolo 102

Una caratteristica che contraddistingue la teorizzazione del Ruolo Terapeutico è quella di porsi come una concettualizzazione applicabile ai più svariati campi d'azione delle professioni d'aiuto, accessibile a tutte le figure professionali e valida nelle diverse espressioni sintomatiche.

Questa teorizzazione offre concetti generali di riferimento e confronto la cui funzione può essere simbolicamente rappresentata dall'immagine di una bussola che, fornendo dei punti cardinali, può guidarci dicendoci dove ci troviamo, in quale direzione andare e come correggere la nostra rotta.

Proverò ad illustrarne i contenuti essenziali e a mostrare come il loro utilizzo possa risultare particolarmente utile nella clinica delle dipendenze.

Il setting siamo noi

Tale "slogan" riassume il concetto di setting proposto da Sergio Erba (Domanda e risposta –per un'etica e una politica della psicoanalisi-1995) che rielabora, sviluppandole in risposta alla crescente esigenza di allargare gli ambiti dell'applicazione psicoanalitica, le riflessioni sul tema prospettate da Enzo Codignola (Il vero e il falso, 1977).

Ne scaturisce un'idea per la quale il setting non svolge una funzione solo esteriore e formale nel fare da cornice all'attività terapeutica, ma intrattiene anche un rapporto dialettico e complementare con il processo (la vicenda intersoggettiva) che si sviluppa fra paziente e terapeuta.

Per rappresentare questo concetto Erba propone l'immagine del fiume che è tale in quanto la massa d'acqua in movimento (il processo) scorre entro degli argini (il setting) preesistenti e fissi.

In tale concezione gli elementi del setting non si limitano alla definizione degli aspetti temporali, spaziali e contrattuali, ma comprendono anche, e qui si colloca il segno maggiormente innovativo della proposta concettuale e formativa del Ruolo Terapeutico, il ruolo del terapeuta.

Così come gli elementi concreti del setting (es. la sede in cui la relazione d'aiuto si svolge, le modalità pratiche dell'incontro, ecc.) devono essere predefiniti, analogamente devono preesistere nella mente del terapeuta alcuni punti di riferimento relativi alla propria funzione.

Mi riferisco a quegli attributi che costituiscono l'essenza stessa del ruolo terapeutico.

Ad essi appartengono l'adulità, la competenza, l'autorità, la capacità, la responsabilità, l'ottimismo quali prerogative del ruolo che intuitivamente quasi tutti i terapeuti condividono al di là della personale modalità di esplicitarle nel processo di cura.

Mi riferisco inoltre ai requisiti di stabilità, costanza, regolarità, coerenza, trasparenza che il lavoro terapeutico richiede, anch'essi largamente riconosciuti nella loro importanza al di là delle soggettive ed inevitabili difficoltà ad attenervisi.

Ovviamente il modello strutturale è un'astrazione: il terapeuta in carne ed ossa si troverà sempre, nella propria condizione soggettiva, più o meno distante dalla posizione indicata dal modello.

Ma il modello ci consente di poter verificare ed eventualmente correggere la nostra posizione ogni volta che ci accorgiamo di essere spostati rispetto a dove vorremmo/dovremmo essere.

Un setting così concepito, permette di verificarne l'adesione non solo sul versante del paziente (come si è più abituati a pensare) ma anche, e in maniera privilegiata, su quello del terapeuta. In quest'ottica non mi limito ad interpretare la seduta disattesa piuttosto che la trasgressione ad una regola comunitaria da parte del paziente, ma ricerco un significato anche e soprattutto rispetto al mio discostamento da quei punti cardinali che indicano la mia funzione ideale di terapeuta. Ad esempio: perché mi sento responsabile di qualcosa che dovrebbe competere al paziente? Oppure: perché mi trovo a lavorare "su di lui" anziché "con lui"? O ancora: perché in quel particolare caso il mio ottimismo di ruolo viene meno? E infine: perché mi trovo ad imporre la mia autorità, trasformandola così in potere, anziché ricercare la consensualità del paziente?

Spesso tale verifica è particolarmente difficile per lo svilupparsi di ingombri affettivi e relazionali nello svolgimento della nostra funzione: c'è allora bisogno di un terzo quale può essere il lavoro di formazione e supervisione.

Ritornando allo specifico tema della cura nelle tossicodipendenze posso testimoniare come la continua ricerca di una posizione coerente con i concetti fondanti la relazione d'aiuto e lo sforzo di mantenerla abbia prodotto effetti di trattabilità della domanda d'aiuto proprio in quanto è il ruolo da noi rappresentato, se accompagnato da una sua sostanziale interiorizzazione, a possedere intrinsecamente potenzialità terapeutiche.

Se è vero, infatti, che abbandono, disconferma, idealizzazione, rifiuto, dismisura, divoramento, hanno rappresentato le carenze o le distorsioni subite dai nostri pazienti nel corso del loro processo formativo, comprendiamo come l'inedita offerta di una relazione capace di rappresentare in forma sufficientemente sana quella funzione accrescitiva che in passato è stata impropriamente svolta, possa di per sé costituire un'importante occasione evolutiva.

Ne consegue, quindi, che è curando se stesso che un terapeuta può curare il paziente. Sottoponendo a continuo monitoraggio il proprio funzionamento nella relazione d'aiuto il terapeuta riuscirà a mantenere quella posizione che "costringerà" anche il suo interlocutore ad occupare correttamente la propria rendendo possibile il processo di cura.

Dopo aver parlato di questo concetto così importante nel "ruolo pensiero", il setting siamo noi, voglio ricordare altri due concetti portanti, così centrali nella nostra teorizzazione da divenire, nel tempo, anch'essi due slogan.

"La domanda viene prima della risposta"

Ne accenno brevemente: il primo si riferisce al rapporto che esiste tra la domanda d'aiuto e la risposta terapeutica. Tale rapporto si declina attraverso tre enunciati: a) la domanda viene prima della risposta; b) domanda e risposta sono in rapporto paritario; c) la risposta è sulla domanda e non alla domanda.

Tema centrale nella tox dove è più difficile che altrove privilegiare il soggetto quale protagonista della cura perché, almeno inizialmente, non domanda una cura avendola già trovata. Dico inizialmente perché poi, inesorabilmente, interviene il limite intrinseco alla sostanza: il compito onnipotente assegnato alla droga si rivela via, via sempre più illusorio. E' allora che siamo chiamati a confrontarci con una domanda che all'inizio sarà, per sua stessa natura, una "non domanda" in quanto domanda spesso impossibile, se non involuta, confusa, contraddittoria, ambivalente, strumentale, in ultima analisi malata.

Rivista Il Ruolo Terapeutico. Anno 2006 fascicolo 102

Una domanda, quindi, che abbisogna di un lavoro preliminare che permetta al soggetto stesso di costruire una domanda di cura.

Il fifty/fifty

La regola del fifty/fifty può essere così tradotta: ciascuno è responsabile del proprio 50%. Detto in altri termini: come posso io terapeuta fare la mia parte, se il paziente non fa la sua? Ciò significa che posso e devo fare molto perché la mia proposta terapeutica sia chiaramente e correttamente percepita nel suo significato, nella sua potenzialità.

Ma se il mio interlocutore rifiuta, perché non può o perché non vuole, di assumere la propria parte, incontro un ostacolo che non posso superare solo sforzandomi di fare meglio.

Le nostre personali capacità, le nostre energie, la nostra oblatività possono realizzarsi solo se capaci di mantenersi nel proprio 50%.

Rappresentare stabilmente e coerentemente tale concetto, nella clinica di pazienti portatori di una patologia, la dipendenza, che intrinsecamente esprime la rinuncia ad un'identità autonoma, pone inevitabilmente ai nostri interlocutori quella richiesta di soggettivizzazione che non è mai stata loro realmente posta.

Vorrei concludere con la rappresentazione che una mia paziente fa della sua difficile ricerca di una posizione soggettiva attraverso il racconto da lei portato di una fiaba più volte ascoltata nell'infanzia e poi dimenticata, il cui ricordo è stato rievocato nel corso della terapia. Il tema che vedremo riproporsi è quello di un'incessante e disperata lotta per la sopravvivenza tra spinte vitali e scenari mortiferi, in una dimensione narcisistica nella quale la relazione con l'altro appare pensabile solo in termini di estrema dipendenza dallo sguardo e dalla conferma dell'altro.

“Morinda era un giovane abete, viveva nella foresta e, come ogni anno, aspettava impaziente il Natale sperando di essere scelta dagli uomini e dai bambini che puntualmente arrivavano. Tra gli abeti girava la voce che quelli scelti erano destinati ad una vita bellissima in città. Dopo anni di attesa era arrivato il momento di Morinda. Era diventata un abete grande e folto e venne subito scelta. Il papà iniziò a segare il tronco ... lì per lì Morinda ci restò un po' male, ma subito pensò che il gioco valesse la candela; così disse addio alle sue radici e si fece caricare in macchina.

Arrivata a casa era superfelice ... era tutto come lo aveva sognato: il camino, i canti natalizi, i regali, i colori e i profumi, ma soprattutto le sue decorazioni. Era davvero bella tutta agghindata, e tutti quelli che venivano a fare gli auguri alla “sua” famiglia avevano sempre un complimento anche per lei.

Morinda si sentiva l'abete più felice del mondo e pensava non finisse mai. Invece il Natale passò e Morinda si accorse che senza le sue radici, pian piano i suoi aghi cominciarono a cadere. Un bel giorno, non si sa come mai, la mamma decise di toglierle tutti i suoi begli addobbi e alla fine la buttò di sotto, tra due bidoni di immondizie ... dalle stelle alle stalle! Morinda era disperata, non riusciva a spiegarsi il perché di quel comportamento ... lei si sentiva già della famiglia, aveva fatto il possibile per essere perfetta, per dare alla “sua”

Rivista Il Ruolo Terapeutico. Anno 2006 fascicolo 102

famiglia un Natale perfetto e invece loro ... Sola, al freddo, ormai Morinda era solo immondizia e piangendo aspettava la sua fine ...

Prima di proseguire nel racconto ed esporne il finale, è importante che io ricordi di aver chiesto alla mia paziente di scrivere la fiaba, se ne avesse avuto voglia, perché mi pareva importante poterla fermare e riprendere. Nella seduta successiva mi porta, scritta a mano, la fiaba con due finali; il primo era quello che mi aveva già raccontato, il secondo quello che la madre, da lei interpellata, le aveva confermato essere il vero finale della storia.

Finale 1

“Quando ormai non aveva più speranze e non sentiva neanche un po’ di linfa scorrere nel suo tronco, arrivò un tipo davvero strano e iniziò a guardarla, e dopo giorni di silenzio e solitudine, arrivò inaspettato un complimento: l’uomo disse “ma che bel tronco!”. Morinda pensò fosse pazzo, insomma lei si sentiva bruttissima. Invece lui la portò a casa sua e iniziò a scolpirla. Giorno dopo giorno Morinda si trasformò in una scultura, in una donna bellissima e ancora oggi tutti la ammirano in un famoso museo e lei è ancora più felice che a Natale”.

Finale 2

“Il papà andò a gettare le immondizie e pensò che era stupido buttare un tronco così grosso ... così lo riportò in casa, lo fece a pezzi e lo bruciò nel camino. Morinda pensò che stavolta era davvero la fine, invece le ceneri vennero sparse nel prato di fronte e l’anno dopo iniziarono a crescere tante piccole Morinda che aspettavano impazienti di diventare abeti belli e forti per essere scelti per il Natale”.

Questa relazione è stata presentata il 19 novembre 2005 a Mendrisio (Svizzera) presso la Clinica Psichiatrica Cantonale, all’interno del Seminario “La domanda d’aiuto e la risposta terapeutica”.