

Per uno sviluppo della comprensione psicopatologica-culturale dell'addiction e per un fondamento dell'intervento psicoterapeutico

EMANUELE BIGNAMINI, CRISTINA GALASSI

Summary – FOR A DEVELOPMENT OF THE PSYCHOPATHOLOGICAL-CULTURAL COMPREHENSION OF ADDICTION (DEPENDENCE) AND FOR A BASIS OF THE PSYCHOTERPEUTIC INTERVENTION. Addiction (for convenience we will also use the word “dependence” as a synonymous of addiction) is a pathological condition stemming from the interaction of different elements that constitute a complex system: any monocular or simplified vision is radically kept in check by the phenomenological and clinical reality. Moreover, the border between pathology and non-pathology in the dependences, is nuanced and floating and is effected by the changes of one of the most crucial and powerful vectors: the environment. The type of substances, their symbolization, the representation of the problem as well as the management of their psychophysical effects, the research of well-being, are strongly influenced by social recognition and by myths and collective fictions. The culture of limit denial and the technological increase in daily life, both incurred by financial purposes and both reinforcing collective great mania, make difficult the recognition and the definition of the clinical problem. The therapist, in particular the psychotherapist, can find him/herself in the condition of swinging between the loss of role and power and the drift to assume a role of fictional superiority: on one hand having to recognize him/herself outdated, on the other hand not being able to recognize the “prophetic” meaning of drug-addictive experiences. The therapy of dependence must be refunded in order to give it a meaning that can move among complication, complexity, in an open multidisciplinary system, in a relational and functional network, able to create changes in the meaningful references of the patient.

Keywords: ADDICTION, COMPLEXITY, PSYCHOTERAPY

I. Chiarificazione terminologica

Il termine avanzato nel titolo, “addiction”, è il termine comunemente usato nella letteratura internazionale per riferirsi ad un “disturbo da uso di sostanze” [18], disturbo che potremmo declinare un po’ più compiutamente come una relazione (patologica) tra soggetto e oggetto (sostanza, situazione, comportamento) caratterizzata da alterazioni neurobiologiche, funzionali e strutturali del sistema della gratificazione, da craving, da coartazione delle modalità e dei mezzi con cui il soggetto si procura piacere e da

marcata difficoltà alla rinuncia [9].

“Addiction”, come è noto, deriva dal termine giuridico latino “addicere”, che si riferisce all’istituto romano di rendere schiavo del creditore il debitore insolvente, fino a che non avesse ripagato il debito. Si riferisce quindi, in senso ampio, ad una condizione di schiavitù e il suo utilizzo in ambito clinico nei Paesi anglosassoni indica il sommarsi di “dependence”, che connota soprattutto la sindrome data da tolleranza e astinenza, e “craving”, che significa la fame ossessiva e non controllabile dell’oggetto.

Il termine “addiction” (e il suo correlato “addicted”) non è traducibile in italiano, come hanno dimostrato anche i Traduttori del DSM5, che lo hanno lasciato tale e quale nel testo edito da Raffaello Cortina. Infatti, le diverse possibilità di traduzione letterale, come “addeito” o “dedito”, cambiano area semantica perdendo la pregnanza di “schiavitù” e risultano ambigue sul piano delle implicazioni valoriali sociali (ad esempio, dedito all’alcol vs. dedito alla famiglia).

Il termine più frequentemente utilizzato in italiano è “dipendenza”, che non rende pienamente il significato che si vuole esprimere e che è spesso composto in “tossico-dipendenza”, finendo per limitare il campo alle dipendenze da sostanze. “Dipendenza”, inoltre, assume in clinica un significato specifico, laddove si tratta anche di “mania” (nel caso di uso di sostanze, di “tossicomania”), di abuso, di uso problematico, di uso patologico senza compulsione.

L’italiano, dunque, non dispone ad oggi di un lessico soddisfacente per indicare collettivamente le diverse condizioni problematiche o patologiche di un’area che si sta sempre meglio definendo e sempre più ampliando.

Pertanto, per comodità, nel testo che segue si utilizzeranno indifferentemente e come fossero equivalenti l’internazionale “addiction” e l’italiano “dipendenza” per riferirsi all’universo delle condizioni problematiche e patologiche caratterizzate dalla relazione soggetto-oggetto sopra descritta

II. *L’essenza dell’addiction*

Molte sono state e sono ancora le resistenze, anche tra i clinici, a considerare l’addiction una condizione patologica primaria, a se stante e con una propria identità.

Le precomprensioni diffuse nel comune sentire (nelle rappresentazioni condivise dalla massa, che si formano sulla base di esperienze limitate, di scambi di informazioni non verificate, di slogan pubblicitari e di visioni ideologiche. Cioè quelle rappresentazioni che limitano molto o prescindono dalla funzione critica del *pensare*) semplificano la dipendenza, oggetto sconosciuto, ancorandola a oggetti mentali già conosciuti.

Il processo di pre-comprensione, tuttavia, non si ferma alla finzione operativa, pur necessaria per maneggiare oggetti non noti, ma fa spesso uno scivolamento di livello con cui, grazie a una finzione rafforzata, la realtà semplificata *diventa* semplice.

Le precomprensioni comuni sono essenzialmente di tre tipi:

- la dipendenza assomiglia a un vizio e quindi è un vizio (precomprensione moralistica)
- le droghe intossicano quindi la dipendenza è una intossicazione (precomprensione medica)
- chi si droga ha anche altri problemi, quindi la dipendenza è secondaria ad un disagio (precomprensione psicosociale)

Non si approfondiscono in questa sede le conseguenze operative e concrete (la produzione di Leggi e norme, gli indirizzi di politica sanitaria, gli investimenti di ricerca e sperimentazione, le pratiche diagnostiche e terapeutiche, le ricadute sulla vita delle persone) di queste visioni, già ampiamente discusse altrove [9, 10, 11].

Ci limitiamo a mettere in evidenza che soprattutto la terza posizione è largamente diffusa ancora adesso tra clinici e anche tra specialisti del settore: molti sono ancora convinti che l'addiction sia l'epifenomeno che rivela la presenza di qualche altro problema, quindi che sia una condizione che non ha rilevanza in sé, ma sempre e solo in ordine al suo essere una complicazione (un sintomo e/o un tentativo autoterapeutico disfunzionale) [22, 31, 37, 38] di *qualcos'altro*. Ne è prova l'impostazione del PDM [34] in cui i disturbi da uso/dipendenza da sostanze sono descritti nell'Asse S, come pattern sintomatici, cioè le espressioni esplicite dei modi in cui i pazienti affrontano le esperienze. Nel PDM si afferma che il disagio acuto o cronico è al cuore dei comportamenti di dipendenza, che sono costanti i disturbi di personalità sottostanti, che la vulnerabilità specifica è il risultato di lacune evolutive dell'Io e dell'organizzazione del Sé connesse ad ambienti trascuranti, abusanti, caotici. Da ciò deriverebbe l'incapacità di regolare emozioni, autostima, relazioni, cura di sé; le sostanze sarebbero utilizzate per migliorare, controllare, cambiare o attenuare esperienze affettive troppo intense o confusive.

Questa visione appare molto logica e verosimile finché si resta all'interno di uno specifico paradigma di riferimento; purtroppo, però, non è in grado di rendere ragione di molte situazioni cliniche, in cui la possibilità di rilevare quanto ipoteticamente sottostante l'addiction sconfinava in ciò che Kernberg definisce "indottrinamento del paziente" [24].

Le interpretazioni dell'addiction sopra richiamate hanno impedito fino a tempi recenti di riconoscere la possibilità di accesso alla patologia non attraverso il malessere, ma attraverso la *normale e fisiologica* (per quanto culturalmente informata e ambientalmente orientata) ricerca del piacere. Le droghe, in quanto oggetti di consumo disponibili sul mercato e con un marketing pressante che ne spinge l'uso (si pensi all'alcol, ai cannabinoidi, agli stimolanti), anche attraverso la proposta di affascinanti modelli di stile e di esempi di comportamenti di successo, possono venire assunte da chi non ha

difficoltà personali, ma semplicemente desiderio di stare bene: l'innescò della patologia, in questi casi e in soggetti costituzionalmente *responder*, è dato dall'effetto *trasformativo neurobiopsicologico* prodotto dalle sostanze additive: una trasformazione che ha un *effetto di disvelamento* [9, 39] che illumina retroattivamente la vita precedente come mancante e ridefinisce i nuovi parametri della gratificazione. Il soggetto è cambiato dalla droga, capace di ricondizionare la memoria preverbale.

La dipendenza si struttura quindi, come condizione primaria a partire da un cambiamento che coinvolge l'assetto affettivo di base, il funzionamento cognitivo e della memoria, la dimensione sensoriale e corporea.

In effetti, se pensare alla dipendenza come una "normale malattia" (slogan provocatorio del Congresso nazionale della Società Italiana Tossicodipendenze – SITD, tenutosi a Torino nel 2001) ha un valore liberatorio rispetto ai pregiudizi di cui sopra, che ostacolano la corretta comprensione dell'oggetto di lavoro e indica la strada da seguire per un appropriato approccio clinico, è tuttavia un po' dissonante rispetto alle malattie davvero "normali" così come siamo abituati a rappresentarle.

L'addiction travolge i paradigmi che la clinica abitualmente utilizza: in particolare, spiazza radicalmente qualsiasi tentativo di approccio unidimensionale, lasciando lo "specialista" a confrontarsi con i limiti della sua disciplina. Così ogni prospettiva, neurobiologica, psicodinamica, sociologica, etica, politica, offre interessanti spunti del tutto validi finché resta nel centro del **suò** territorio, mentre perde pregnanza e diventa scarsamente convincente se si spinge troppo in periferia, ai confini con le altre dimensioni.

Su questo torneremo; per ora ci interessa sviluppare il tema della natura della dipendenza. Da tempo stiamo lavorando sul modello che considera la dipendenza la risultante di vettori quali il soggetto (con i suoi aspetti genetico-biologici e psicoaffettivi), l'oggetto con cui il soggetto interagisce (sostanza, situazione, comportamento; che ha effetti farmacologici e placebo e implica significati simbolici) e l'ambiente in cui tale interazione si realizza, che può avere valenza facilitante o deterrente.

In questo senso, da tempo affermiamo che l'addiction è una *patologia della relazione*, nel senso che si sviluppa a partire dalla interazione **tra** questi vettori; interazione che non ha esiti scontati e sempre prevedibili, potendo sortire condizioni assolutamente non patologiche, oppure situazioni di abuso, o di (tossico)dipendenza, o di (tossico)mania. Su questo abbiamo scritto altre volte riflessioni cui rimandiamo [9, 10, 11].

Adesso potremmo attualizzare il concetto (ed è questo il primo lavoro in cui lo esplicitiamo) affermando che la dipendenza non è una "normale malattia" ma è piuttosto una *organizzazione patologica* assumendo la definizione di "organizzazione" data da Conrad Waddington [48]: l'organizzazione "di un organismo vivente... è un concetto non semplice da definire, ma è sufficiente dire che se un'entità organizzata è spezzata in parti, la piena comprensione di queste parti può derivare solo riferendosi *alle relazioni che queste parti hanno con le altre parti* dell'organismo intero" (corsivo nostro).

III. Pieghe e grovigli

Questa visione implica, sul piano clinico, che gli aspetti psicologici della dipendenza possono essere compresi appieno solo se comprendiamo la loro relazione con gli aspetti biologici, culturali, ambientali e sociali, che quindi dobbiamo riconoscere.

Così impostata, la questione è solo apparentemente una complicazione e solo apparentemente ci fa passare da una visione monodisciplinare ad una multidisciplinare. In realtà, accade qualcosa di molto più radicale: ci fa superare il paradigma della complicazione e ci proietta in quello della complessità (del resto avremmo dovuto aspettarcelo: i sistemi viventi, neurobiologici e psicosociali, sono per definizione sistemi complessi [45, 30]) e le differenze sono sostanziali.

Non potremo più pensare di spiegare, spianare le pieghe della complicazione (la cosa piena di pliche), mettendo ordine e disponendo linearmente i rapporti di causa ed effetto; non potremo più pensare all'oggetto di lavoro come ad un sistema chiuso, che possiamo circoscrivere, isolandolo dai confondenti e dai perturbanti, per descriverne le parti in modo cristallino; non potremo più pensare di produrre cambiamenti con atti di potere, top-down, e non potremo più pensare di prevedere, se non in modo azzardato, come si scommette sul risultato di una partita di calcio, l'esito delle azioni messe in moto e volte al cambiamento, sul quale non abbiamo il controllo.

Ci troviamo, invece, di fronte a oggetti di lavoro costituiti da plessi, grovigli e intrecci che formano *sistemi aperti* [41, 42] costituiti da elementi a loro volta complessi e influenzati da altri sistemi complessi, tutti che interagiscono attraverso interazioni non lineari e contemporanee; sistemi che obbediscono al determinismo, ma non di tipo laplaciano.

«Possiamo considerare lo stato attuale dell'universo come l'effetto del suo passato e la causa del suo futuro. Un intelletto che ad un determinato istante dovesse conoscere tutte le forze che mettono in moto la natura, e tutte le posizioni di tutti gli oggetti di cui la natura è composta, se questo intelletto fosse inoltre sufficientemente ampio da sottoporre questi dati ad analisi, esso racchiuderebbe in un'unica formula i movimenti dei corpi più grandi dell'universo e quelli degli atomi più piccoli; *per un tale intelletto nulla sarebbe incerto ed il futuro proprio come il passato sarebbe evidente davanti ai suoi occhi*»

(*Essai philosophique des probabilités*, Pierre Simon Laplace, 1812. Corsivo nostro)

Piuttosto, ad un determinismo “debole” il cui esito è imprevedibile: “*nei sistemi complessi l'imprevedibilità e il paradosso sono sempre presenti ed alcune cose rimarranno sconosciute*” [30]; hanno una elevata perturbabilità (effetto farfalla) e un equilibrio instabile al margine del caos; hanno una caratteristica che è solo loro (e non è applicabile ai sistemi complicati), la *resilienza*, un meccanismo di difesa dal caos che è la adattività data dalla ridondanza dei sistemi funzionali; sono caratterizzati dalla autoorganizzazione delle componenti attraverso interazioni locali bottom-up, per cui il cambiamento di equilibrio del sistema è possibile solo attraverso una gestione e non

attraverso una imposizione.

Le conseguenze di questa presa di coscienza della natura dell'oggetto di lavoro sono, sul piano clinico, di un impatto straordinario.

IV. *Perdita di controllo e conoscenza*

La prima conseguenza è che il clinico è assalito dall'ansia: domande come “sarò mica diventato un eclettico banalizzante? O forse con-fondo sociologia, psicologia e neurobiologia?” tormentano le notti in cui riflette su di sé.

E domande come “ma allora che *potere* di cambiamento ha il mio intervento? Che senso e che efficacia ha il mio curare?” tormentano le altre notti, quelle in cui si interroga sui suoi pazienti contemplando le ultime review della Cochrane Collaboration [14].

La seconda conseguenza è che le diverse aree di ricerca, per quanto forti e convincenti, iniziano a rendere i loro confini più permeabili e a scambiare materia con altre aree: si creano miscele avventurose, ma quanto mai interessanti.

IV. 1. *Aperture: neurobiologia, genetica, epigenetica (susceptibility does not mean inevitability)*

Da una parte abbiamo le ricerche neurobiologiche, che ci dicono che “siamo carne e il cervello è materia. Questa materia, per quel che ne sappiamo ora, non è la mente, ma la *condiziona* e la *struttura*. La capacità delle droghe di modificare la memoria preverbale, quindi lo stato affettivo di base del soggetto, trasformando in modo sostanziale la traccia mnemonica lasciata dalle sue prime esperienze di vita e la salienza che egli attribuisce ai fatti, crea una discontinuità nel Sé e nella storia personale, definisce una *prima e un dopo la droga* che solo nella tossicodipendenza si ritrova. E questo cambiamento è operato *attraverso* un meccanismo neurobiologico, una chiave molecolare concreta” [11].

I meccanismi neurobiologici implicati nell'addiction sono estremamente suggestivi: l'attivazione dopaminergica del reward system; la fissazione nei nuclei ippocampali della memoria del comportamento tossicomane come buono e utile alla sopravvivenza dell'individuo e della specie (l'equivoco biologico che fonda la dipendenza); l'impairment della corteccia prefrontale e delle sue funzioni inibitorie, con la conseguente perdita di controllo sulla funzione del sistema limbico; la regolazione allostatica;... Il senso di potenza che trasmettono tutte queste conoscenze porta a *prevedere*, come naturale conseguenza delle numerose ricerche nel settore promosse dal NIDA (National Institute on Drug Abuse), che tra pochi anni la dipendenza potrà essere curata come un qualsiasi disturbo, con un apposito farmaco (*scommettiamo?*). Ma a fianco di simili posizioni positivistiche, cominciano a diffondersi la PNEI, la psiconeuroendocrinologia, e l'epigenetica, che apre alla “genetica debole” o espressiva, modulata dall'ambiente.

Dal punto di vista biopsicosociale, prendere in considerazione l'approccio genetico ed epigenetico all'addiction evidenzia e conferma nuovamente la necessità di inte-

grazione ed approfondimento tra i vari elementi, senza chiusure a priori e rappresenta una sfida nella diagnostica e nelle scelte terapeutiche durante il lavoro quotidiano con i pazienti.

L'epigenesi è il processo mediante il quale si realizza lo sviluppo auto-organizzato di un organismo a partire dalle cellule progenitrici differenziate. Sappiamo come, nonostante ogni cellula dell'organismo contenga elementi essenzialmente identici di DNA, una differenziazione nel formare tessuti e organi distinti si realizzi attraverso cambiamenti regolati dal potenziale trascrizionale di ciascun gene. Uno degli esempi che viene spesso portato per descrivere la condizione del DNA rispetto alla trascrizione e quindi al ruolo dell'epigenesi nel determinare le caratteristiche di un organismo in relazione con l'ambiente è quello che vede il DNA come uno spartito, che può essere eseguito (trascritto) in modi diversi. Molti dei processi di regolazione genica che sono attivi nella normale crescita/differenziazione di cellule e tessuti durante lo sviluppo sono gli stessi che mediano l'adattamento cellulare all'ambiente dell'organismo adulto. La regolazione del potenziale trascrizionale è mediato da vari e complessi processi, che includono l'attivazione/inibizione dei fattori di trascrizione, modificazione della struttura della cromatina e del DNA, codifica o non codifica del RNAm. Come intervengono le sostanze psicoattive nella trascrizione e nella regolazione epigenetica? Agendo attraverso le connessioni sinaptiche, alterano l'attivazione intracellulare a cascata dei recettori neurotrasmettitoriali e i meccanismi di re-uptake degli stessi e questo ha conseguenze dirette sull'attivazione o inibizione dei fattori trascrizionali. Poiché le alterazioni nel potenziale trascrizionale possono durare anni, questo renderebbe più comprensibile anche la possibilità di ricadute dopo periodi drug-free anche lunghi. Attraverso questi meccanismi di trascrizione epigenetica modificata dall'esposizione cronica alle sostanze, si può comprendere come le influenze dell'ambiente durante lo sviluppo e nel corso dell'esistenza, possano far aumentare o diminuire il rischio di addiction. Per esempio, precoci life-stress o l'esposizione a sostanze psicoattive durante l'adolescenza possono rendere un cervello adulto più vulnerabile all'addiction.

Risultano suggestive ed interessanti le riflessioni di A. Damasio [17], quando parla di "valore biologico" per intendere quella dotazione fondamentale di qualsiasi essere vivente, in qualsiasi istante, che rappresenta l'insieme equilibrato dei parametri chimici compatibili con una vita in buona salute (omeostasi). Lo stato primordiale del valore è lo stato fisiologico del tessuto vivente in un intervallo omeostatico adatto alla sopravvivenza.

Il concetto di valore, secondo Damasio, è fondamentale per capire l'evoluzione, lo sviluppo e l'attività cerebrale. Al concetto di valore sono abbinati due aspetti: la conservazione della vita e i bisogni che ne derivano. Il valore è indissolubilmente legato al bisogno, e il bisogno alla vita. Nelle quotidiane attività sociali e culturali noi formuliamo valutazioni che hanno sempre una connessione diretta o indiretta con l'omeostasi. Questa connessione spiega perché i circuiti del cervello umano siano dedicati in modo tanto dispendioso non solo alla previsione e al rilevamento di perdite e

guadagni, ma anche al timore delle prime e alla promozione dei secondi, e come mai gli esseri umani sono ossessionati dall'assegnazione di un valore. Dall'ipotesi di Damasio, possiamo provare ad immaginare che l'attribuzione di valore simbolico possa essere espressione delle complesse interconnessioni top-down e bottom-up cerebrali e se tutti gli esseri viventi sono "programmati" per riconoscere ciò che ha valore in senso biologico ed omeostatico, solo gli umani possono fare quel salto tra valore biologico e valore simbolico, sia in senso evolutivo, costruttivo, che regressivo, distruttivo, attraverso il contributo definitivo della neocorteccia. È qui che si gioca il concetto di libero arbitrio, i fondamenti dell'etica e, perché no, del consumismo stesso.

Le emozioni, secondo Damasio [16], sono "servitori ed esecutori diligenti" del principio di valore. L'ipotesi dei marcatori somatici di Damasio fornisce un'altra interessante suggestione circa l'integrazione tra l'aspetto decisionale e l'interazione con l'ambiente. I marcatori somatici verrebbero acquisiti attraverso l'esperienza con l'ambiente e sarebbero sotto il controllo di un sistema neurale di preferenze funzionale all'evitamento del dolore e alla ricerca del piacere, che presumibilmente viene "sintonizzato" per raggiungere questi obiettivi nelle situazioni sociali. Il cervello risponde a stimoli sociali che possono garantire piacere immediato, o che permettono la regolazione omeostatica, come per esempio il sollievo dalla condizione astinenziale. I sistemi cerebrali che modulano le emozioni, la memoria, la cognizione e che permettono all'individuo di stare nel mondo influenzano la decisione di usare o non usare sostanze, o attivare un certo comportamento. Prendere una decisione è un atto mentale, ma un atto mentale o un evento non attivano da soli un comportamento. Un atto mentale è solo una parte di un processo complesso che si realizza tra l'attivazione neuronale e l'azione. Il grado di auto-controllo, la realizzazione di una libera scelta dipendono da questo complesso sistema biopsicosociale.

Alla luce di queste prospettive, appare chiaro come le interpretazioni causali psicologiche debbano necessariamente integrarsi con la comprensione del funzionamento neurobiologico senza necessariamente stabilire delle priorità di importanza, se non sul piano idiografico.

IV. 2. *Contaminazioni della psicologia*

Dall'altra, la lettura simbolica dei fenomeni sembra poter fare a meno del corpo dell'uomo. Ci manca il Padre e la sua funzione castrante [36], aspetto che però richiama in modo suggestivo l'impairment delle funzioni inibitorie della corteccia prefrontale indotto dalle droghe (e tuttavia, nella società occidentale odierna, ci manca tanto anche la Madre e la sua funzione di accudimento e consolazione). Non godiamo realmente, ma solo in modo fittizio, perché la relazione con l'altro non è di scambio erotico; il nostro godimento è solo eccitazione, stato fisiologico che non apre alla felicità e al senso, ma sollecita solo i sensi, il corpo-cosa.

Ma la lettura simbolica trapassa in quella sociale: "il mentale è sociale", ammette lo stesso Recalcati. E Galimberti [21] afferma "nel deserto dell'insensatezza che l'atmosfera nichilista del nostro tempo diffonde, il disagio non è più psicologico, ma

culturale". È un disagio che gli individui avvertono come profondamente loro, ma che li trascende nell'epoca delle passioni tristi, in cui la condizione di crisi non è più considerabile temporanea e passeggera, ma diventa lo stato costante e continuativo in cui il soggetto rimane immerso. Benasayag e Schmit [8], riprendono quanto già Spinoza aveva considerato a proposito di senso di impotenza, di disgregazione, di mancanza di senso.

Le condizioni ambientali attuali *in cui noi curiamo i nostri pazienti* sono descritte da Z. Bauman [6] come imprevedibilità del sistema, paralisi della progettualità e insignificanza delle scelte. Da qui la deriva individualista-narcisista e i meccanismi di identificazione delle masse con quelli che possiamo chiamare i *super-narcisisti* "coloro che sono modelli di successo mass-mediatico *in quanto* in grado di far coincidere un desiderio stereotipato con una realtà fittizia (radicalmente finzionale: avere tutta la *figa* che si vuole non è avere la possibilità, di cui si avrebbe bisogno, di *fare l'amore con la donna*). E l' *in quanto* è esibizione del denaro posseduto, del potere-*cosa*, devitalizzato, mortifero e mortificante, della fondamentale ingiustizia (io possiedo e tu no) trasformata in trofeo (io possiedo e tu mi ammira). Il super-narcisista gode, perversamente, della ammirazione di coloro cui ha sottratto il denaro, gode del pensiero che gli altri pensino che lui stia godendo mentre loro fanno di non potere; il godimento si fonda sulla esclusione dell'altro (ammesso solo come voyeur)" [11]. Sembra tautologico lo sviluppo di fenomenologie ad hoc della dipendenza (crescita del gioco d'azzardo e del consumo di stimolanti).

Cozolino [15] percorre le contaminazioni della psicopatologia ad opera sia della neurobiologia sia della sociologia e considera il cervello come un organo sociale costruito tramite l'esperienza, progettato dall'evoluzione per l'apprendimento e la memoria, intersecato da reti neurali destinate a ricevere, elaborare e comunicare messaggi attraverso la sinapsi sociale. La sinapsi sociale è lo spazio che ci separa e il mezzo che ci lega insieme in organismi più ampi (famiglia, gruppi, società, specie).

Per Cozolino il confine tra organico e funzionale, tra natura e cultura è dissolto nel concetto di *plasticità esperienza-dipendente* e il più adatto è chi ha ricevuto le migliori cure genitoriali, che gli consentono di avere un buon senso di sé, capacità di gestire le relazioni e di regolare lo stress. L'internalizzazione dell'amore materno costituisce la memoria implicita di sensazioni viscerali, somatiche e di emozioni, che danno una qualità alle relazioni che richiama il "marcatore somatico" di Damasio [16].

Anche Cozolino, come Recalcati, sottolinea l'importanza della capacità "inibitoria" (verso egoismo, competitività, aggressività) per la salute mentale, che si realizza nell'interdipendenza (scambio di cure e attenzioni: connessione, curiosità, narrazione), concetto molto vicino alla psicologia Adleriana [1, 2] che considera l'amore, il lavoro e le relazioni sociali (sentimento sociale, cooperazione) i fondamentali compiti dell'uomo.

Tutti questi elementi aprono la strada ad altre contaminazioni ancora, di tipo più specificamente socioeconomico: l'infelicità è il motore che alimenta i consumi ("Sono un

pubblicitario. Farvi sbavare è la mia missione. Nel mio mestiere nessuno desidera la vostra felicità, perché la gente felice non consuma” [4], la cui ripresa sembra l’unica via di salvezza della società occidentale; ma in un circolo vizioso, gli “economisti della felicità” hanno dimostrato che l’aumento del PIL degli Stati corrisponde ad un aumento del senso di insoddisfazione per le condizioni di vita, in particolare per la bassa qualità delle esperienze relazionali, la perdita di fiducia nelle istituzioni, il confronto con il reddito degli altri (General Social Survey, 1975-2004). Di straordinario tempismo sono le nuove regole europee per il calcolo del PIL (SEC, sistema europeo di calcolo, 2010), che introducono nel computo della ricchezza dei Paesi anche mercato della droga, contrabbando e prostituzione.

Se il consumo è fondato sulla insicurezza personale, è fondamentale avere un cattivo sistema educativo (fondato sulla insicurezza del futuro, la competizione, il possesso), in quanto alimenta motivazioni estrinseche (studio non ciò che mi piace ma ciò che riuscirò a vendere) e reificazione (cinismo e sfiducia, bassa generosità, cooperazione ed empatia). La scuola delle “tre I”, inglese, informatica, impresa, e il sistema del numero chiuso all’Università ne sono l’esempio lampante.

Viviamo immersi in un ambiente che determina le nostre esperienze anche al di là delle relazioni di cura, affettive e delle esperienze specifiche: lo spazio urbano (città a bassa identità, non-luoghi), la pervasività del lavoro (bisogno di denaro), il traffico, la scuola, il sistema sanitario, la pubblicità e i mass-media, il sistema post-democratico, lo Stato, il Mercato, ... formano la nostra mente e danno forma alla psico(pato)logia. Lo scambio “felicità per piacere” (cioè la cessione della ricerca di senso in cambio di sensazioni) non è limitato alla tossicodipendenza, ma è il paradigma culturale su cui si regge il nostro sistema sociale ed economico: l’uso di sostanze si è progressivamente trasformato da comportamento deviante a stile di vita adattativo.

IV. 3. *Espansioni di antropologia e sociologia*

IV. 3. 1. *I Mutamenti della identità personale*

Il modo automatico e comunemente utilizzato di pensare l’identità personale (e, di conseguenza, i fondamenti della psicologia e della psicopatologia) è quello descritto da Bellodi [7]. L’identità *classica* si struttura, a livello concettuale, attraverso una pre-comprensione del mondo con caratteristiche meccanicistiche. Continuità, precisi confini del Sé, coerenza, costanza, unità, unicità, intenzionalità e profondità sono gli elementi considerati comuni a individui che si muovono in una *realtà* dove le relazioni tra azione e percezione sono stabili (causali, temporali, etc.), dove i desideri rimangono a margine e in cui la pluralità delle percezioni tende a convergere in una concezione comune. La “realtà” è una dimensione collettiva e condivisibile, il “vero” ha una sola definizione ed è possibile distinguere piani diversi delle proposizioni. Questo modo di concepire l’identità è il punto di riferimento che rassicura: si può distinguere vero da falso, stabilire regole che durano nel tempo, organizzare le interazioni tra individui in modo stabile. Insomma, è un modo di vedere che consente di

sentire che si può controllare la dimensione collettiva.

Tuttavia, altri modi di concepire l'identità erano già stati descritti più di mezzo secolo fa. In "Le pansée sauvage" [28], Levi-Strauss aveva distinto l'identità e l'essere nel mondo in quella dell'*ingegnere* e quella del *bricoleur*.

L'ingegnere utilizza un pensiero analitico, è teso a dominare il territorio, organizza la collettività e suddivide il lavoro. Cause ed effetti sono regolati in modo trasparente ed è possibile risalirne la catena di successioni logiche; la trasmissione della cultura avviene attraverso la scrittura. L'approccio dell'ingegnere fa coincidere la salute con le caratteristiche sopra descritte dell'identità classica (*identicità*) e la pazzia è vista come alterazione delle caratteristiche di unità e coerenza (conflitto e scissione). Per usare la definizione di Lai [27], siamo nell'*unitarismo riduzionista*, che stabilisce connessioni causali, legali, intrauniversali tra eventi fisici (corpo), retorici (narrazione) e mentali (desiderio).

Il bricoleur, invece è colui che prova, sperimenta, è un dilettante, usa oggetti sparsi, sviluppa nuovi concetti per usarli per un po' e poi abbandonarli. L'identità è discontinua, ha confini imprecisi, modificabili e incostanti nel tempo, è incoerente tra le parti di sé. È una identità condivisibile, fungibile, casuale, reattiva, aprojectuale; prevale l'estensione superficiale al posto della profondità. Oggetti e pensieri non contano per se stessi, ma per le loro reciproche relazioni. La trasmissione della cultura è di tipo orale. È il mondo della realtà virtuale e della simulazione (se ci si rappresenta le possibilità di relazioni interpersonali di Second Life o delle Chat, le caratteristiche di cui sopra appaiono chiare [47]: il meccanismo regolatore non è dato dalla linearità causa-effetto, ma è opaco, si propone in una forma familiare che *funziona* e può essere *usato come se lo si conoscesse*. In questo caso Lai parla di *disunitarismo estensionista*, in cui le connessioni sono trans-universali, illegali, occasionali.

Il modello identitario fondato sulla simulazione (il bricoleur di Levi Strauss) è fortemente amplificato e stressato dai mezzi di comunicazione digitali, in particolare dal ruolo che ha assunto la comunicazione via WEB. Coloro che sono *nativi digitali* ricevono un imprinting culturale che influenza radicalmente il loro funzionamento mentale. Di conseguenza, cambia il paradigma psicopatologico: non ha più senso parlare di conflitto o di scissione in un ambiente in cui irrompono discontinuità e frammentazione. La realtà viene costruita e smontata con una tale velocità che non si hanno più riferimenti stabili e *indiscutibili*; si può fare una affermazione registrata dai media e poi sostenere che "si è stati fraintesi". Le opinioni non sono in rapporto ai valori personali, che non hanno più senso, ma all'utilità momentanea. Gli accordi e le regole non hanno consistenza e durata nel tempo. Anche la distanza interpersonale è regolata in modo non univoco, in una contemporaneità di vicinanza e lontananza impensabile nella realtà "reale", ma possibilissima nella simulazione. La realtà è virtuale, quindi resettabile, la storia non ha più valore come ancoraggio, ma viene abbandonata e annullata da spostamenti verso altri interessi. Con pazienti bricoleur, il terapeuta ingegnere troverà ben difficile fare un "contratto terapeutico" che abbia qualche possibilità di sopravvivere più di qualche istante. E qui il fallimento della terapia non è dovuto a problemi tecnici, ma alla reciproca alienità.

IV. 3. 2. *Il Digimodernismo e il consumismo*

“Digi-modernismo” è una contrazione di “modernismo digitale”, definizione con la quale il critico e filosofo inglese Alan Kirby [25] descrive l’attuale periodo culturale emerso alla fine degli anni ’90, in continuità più che in rottura con il post-modernismo. Altrimenti definito *pseudo o post-postmodernismo*, digimodernismo è un termine che deriva dalla costruzione e gestione dei testi attraverso l’utilizzo di strumenti digitali, con una modalità di elaborazione parziale, collettiva, in continua costruzione e mutamento; una riformulazione ininterrotta realizzata da qualunque fruitore della Rete. Le caratteristiche del testo digitale sono: costruzione continua, evanescenza, riformulazione, anonimato, paternità sociale, fluidità di confini (web 2.0). Se la fine del post-modernismo, nell’analisi di Kirby, si può collocare al crollo delle Twin Towers, la nascita del digi-modernismo non è contemporanea a quell’evento. Non esiste un background storico-culturale che permetta di definirlo cronologicamente, se non per quanto riguarda l’utilizzo dell’elettronica e del digitale. Il post-modernismo è stato superato insieme ai suoi valori non più funzionali, obsoleti ed inattivi, ma senza che intervenisse la sostituzione di un sistema valoriale totalmente nuovo. Si è passati da un modello verticale, dove il sapere e l’apprendimento venivano trasmessi da una generazione all’altra all’interno di un sistema gerarchico, ad un modello orizzontale dominato dagli strumenti digitali: il web è orizzontale e paritario poiché tutti possiamo essere a pari diritti utenti della rete [3].

A partire dall’analisi del cambiamento letterario e culturale, Kirby allarga lo sguardo alle conseguenze che questa modalità espressiva ha comportato, sottolineando come sia rilevabile una sintonia tra le attuali modalità espressive e quello che definisce “l’assalto consumistico”. Nell’era digimodernista le caratteristiche considerate “normali” sono quelle propuginate dal consumismo: auto-gratificazione, deresponsabilizzazione, superficialità, frivolezza, frammentazione sociale, brevi capacità (span) attentive. Dal nostro osservatorio possiamo rilevare come molte delle sostanze psicoattive siano assolutamente sintoniche a questo sfondo culturale, così come tutti notiamo un incremento dei comportamenti additivi. I problemi sociali oggi sono quelli consumistici: obesità, anoressia, malnutrizione, drug addiction, gambling, binge drinking. Programmi e video consumistici mostrano come comprare, vendere, rinnovare, ampliare, vestirsi, cucinare, crescere figli, sposarsi, bere, mangiare: tutto ci spinge a cogliere e a conoscere ciò che è “buono”, dove buono sta per “buono-da-comprare”. Il consumismo, lo dice il suo nome, si mangia anche le risorse del pianeta, le distribuisce in modo iniquo e su quello stesso pianeta getta i propri scarti in misura più alta delle sue possibilità di assorbimento. Internet spesso implode attraverso il suo minimo comun denominatore di intrattenimento trash e può diventare l’habitat (come il consumismo stesso) della non-socializzazione (si veda il fenomeno dell’*hikikomori* in Giappone). Utenti cliccano annoiati e semi-ipnotizzati senza sosta, passando da una pagina web all’altra, senza un fine evidente, in una sorta di “trance da tastiera”. Fruitore “ingolfati” sperimentano una perdita di volontà, un craving per incastri digitali che eccedono ogni realistica durata o proposito razionale, imponendo un imperialismo proprio,

un aggiramento di tutte le altre richieste di tempo e sé. Le forme di comunicazione digi-moderniste (e-mail, chat rooms, reality, TV interattiva, SMS...) hanno proprietà additive.

“La società agisce un ruolo patoplastico attraverso la manipolazione della cultura collettiva: la regolazione della accessibilità agli oggetti (il prezzo), la regolazione del potere individuale (il mercato del lavoro), la regolazione del desiderio e del desiderabile (i miti e modelli collettivi, trasferiti dal marketing e dalla pubblicità), la regolazione della sensazione di felicità (che la propria vita abbia significato, valore, senso, direzione, finalità, pienezza *attraverso il possesso*), la regolazione delle comunicazioni interpersonali (anche tra genitori e figli; anche per i tempi, i luoghi, la tecnica della comunicazione): tutto questo modifica la *persona* e quindi modifica la mente e quindi la psico(pato)logia.” [11]. Il mercato dei consumi è attivo già nelle precoci fasi dell'esistenza umana attraverso la pubblicizzazione di oggetti di volta in volta diversi, che una volta posseduti qualificano il soggetto. L'educazione al “consumo progressivo” [3] è frutto di studiati interventi di marketing effettuati dalle grandi corporation che sostengono e si nutrono del modello consumistico

V. *Una psicoterapia coerente (con la patologia)*

Abbiamo tentato di chiarire la natura dell'addiction in quanto organizzazione patologica; abbiamo quindi cercato di argomentare che si tratta di una condizione che, nel suo insieme, deve essere vista dalla prospettiva della complessità. Definito l'oggetto di lavoro, ci troviamo ora nella necessità di declinare nell'intervento clinico (psico) terapeutico quanto abbiamo premesso.

Avendo definito un punto di partenza, dobbiamo esplicitare il punto cui si vuole arrivare. Per fare questo, dobbiamo ancora definire verso dove si vuole andare con l'intervento terapeutico.

Ci chiediamo dunque qual è il prodotto che:

1. è possibile raggiungere;
2. si vuole raggiungere;
3. si è pagati per raggiungere.

Dal punto di vista del processo logico e clinico-organizzativo, l'ordine dei tre punti va invertito.

V. 3. *La questione della committenza*

Il terzo punto chiama in causa la questione della committenza. Di fatto, non possiamo curare una persona perché *noi terapeuti* riteniamo che lo si debba fare. Il nostro intervento si colloca sempre e necessariamente in un contratto, dove vi è chi paga perché vuole ottenere un vantaggio. Non è detto che chi paga sia anche l'oggetto della cura. In Italia, la maggior parte degli interventi di cura per le dipendenze sono finanziati dallo Stato, sia direttamente attraverso i Servizi del sistema sanitario nazionale (i

cosiddetti SerD) sia indirettamente attraverso i Servizi del cosiddetto Privato sociale convenzionato (in particolare, le Comunità Terapeutiche).

Gli interventi puramente privati sono attualmente, in Italia, talmente rari che possiamo trascurarli: sul piano quantitativo, si tratta per lo più di psicoterapie individuali, condotte da professionisti che operano quasi sempre secondo il modello della “dipendenza secondaria ad un disagio” e, in genere, richiedono che il comportamento additivo sia già sotto controllo prima di iniziare l’intervento. Di fatto, questi approcci sono poco interessanti per il discorso che qui stiamo sviluppando, perché in genere si tratta semplicemente di applicazioni anche alla dipendenza di epistemologie, impostazioni e tecniche già pronte per l’uso ed essenzialmente pensate per altro (quando non per *tutto*).

Di fatto, quindi, il committente più significativo per la cura delle dipendenze è lo Stato e il vantaggio che vuole ottenere attraverso la terapia è dichiarato nelle Leggi che governano il sistema sanitario, oltre che in quelle generali, compresa la Costituzione (tralasciamo, per questioni di pertinenza e di spazio, ogni considerazione sulla contraddittorietà dei principi e dei fini formalmente dichiarati e delle pratiche messe in atto nella e dalla società civile. Rimandiamo per questo, ad esempio, a Bignamini [10]).

Le leggi però definiscono solo le finalità di ordine generale che vogliono tutelare il diritto alla salute (per un interessante disamina in proposito si rimanda a Cavicchi [13]) e i principi che si devono osservare nell’erogare la cura, non potendo scendere nel dettaglio del risultato tecnico che si vuole conseguire.

Di fronte ad un committente istituzionale che dà indicazioni generali di principio, il professionista che opera nei Servizi pubblici e privati convenzionati deve prima *interpretare* e poi *negoziare* con il richiedente (non più il paziente, ma “l’esigente” di Cavicchi) gli obiettivi della cura, per poter poi declinare gli interventi conseguenti e le tecniche da applicare.

V. 2. *Il fine della cura*

La interpretazione delle finalità della cura (e, di conseguenza, l’interpretazione del proprio ruolo terapeutico) è un compito che spetta al Professionista, o meglio al Servizio (il concetto di *organizzazione curante* ritornerà più avanti, data la natura di *organizzazione patologica* dell’oggetto di cui ci occupiamo) e corrisponde al secondo punto sopra elencato.

Richiede, oltre ad una corretta rappresentazione del problema, sia dal punto di vista teorico, come è stato fatto più sopra, sia dal punto di vista della comprensione approfondita della specifica situazione, anche una chiara rappresentazione di come si inducono i cambiamenti e del risultato critico che è necessario raggiungere.

Nella clinica delle dipendenze ha notevole rilievo, sotto questo profilo, la teoria motivazionale [34], ampiamente adottata nella pratica dei Servizi e di impianto cognitivista. In estrema sintesi, si tratta di una impostazione che ritiene che il paziente sia motivabile ad un cambiamento grazie ad opportuni interventi del terapeuta, che, in un clima comprensivo e non giudicante, permette al paziente di riconoscere convin-

zioni errate e di fare un bilancio consapevole dei vantaggi e degli svantaggi che un determinato comportamento implica. Gli interventi si adattano allo stadio motivazionale in cui il paziente si presenta (il ciclo motivazionale prevede: precontemplazione, contemplazione, determinazione, azione, mantenimento, ricaduta) avendo il terapeuta l'obiettivo di far spostare l'assetto del paziente ad una fase più evoluta. Elemento fondamentale della impostazione motivazionale è il presupposto che la motivazione non sta nel paziente, ma viene espressa e si sviluppa *nel rapporto con il terapeuta* il quale contribuisce significativamente alla sua strutturazione.

Tralasciando i limiti di questa impostazione (in particolare, la sua visione illuministica dell'uomo e una posizione anti Wittgensteiniana di perseguimento del "bene"), bisogna rilevare che ha il grande pregio di mettere in evidenza che il primo prodotto (forse l'unico, certamente il più utile) dell'intervento terapeutico non è la modifica del comportamento, ma il cambiamento della *visione* del paziente sul suo problema.

Abbiamo preso lo spunto da una teoria e da una tecnica terapeutica riconosciuta, diffusa e accuratamente descritta e manualizzata come quella motivazionale per arrivare al punto che ci interessa: il paziente si presenta al terapeuta con una propria definizione del problema e con proprie convinzioni su obiettivi e processi di cambiamento. Di solito, queste definizioni e queste convinzioni sono condizionate dalle precomprensioni collettive di cui dicevamo all'inizio e sono funzionali al mantenimento del problema o, quantomeno, sono espressione dell'ambiente emotivo, affettivo, culturale in cui il paziente ha sviluppato il suo problema; molto spesso, nelle dipendenze, anche lo stesso riconoscimento del problema e della sua natura è oggetto di conflittualità tra il paziente e figure del suo contesto. Il passaggio chiave che rende possibile la terapia e che, nelle dipendenze, costituisce l'essenza stessa della terapia, è l'interazione con il paziente e con il suo entourage finalizzata a cambiare *il senso* che viene dato agli accadimenti, in particolare a quello indicato come il problema specifico. Nella nostra pratica clinica, già dagli anni '90, abbiamo definito che *il prodotto* primario e indispensabile del processo di cura è il *cambiamento dei referenti di significato* del paziente: il primo output della relazione terapeutica dovrebbe essere una *metanoia*, una visione diversa su che cosa sta capitando e del perché e come sarebbe possibile far accadere qualcosa di diverso.

Questo passaggio è critico perché preliminare alla condivisione del progetto terapeutico, ma prima ancora e soprattutto, per portare il paziente ad una posizione più autentica che gli consenta effettivamente di riconoscere il suo stile di vita e operare eventualmente una scelta. Potremmo dire che, in realtà, la *vera* terapia consiste nella fase preliminare all'intervento tecnico specificamente volto a cambiare il comportamento del paziente [29].

Questo cambiamento dei referenti di significato non è un cambiamento solo cognitivo, ma profondamente emotivo e anche somatico: produce un cambiamento dei rapporti tra le diverse parti della persona, chiamando in causa nel modo più radicale e pieno l'unità biopsicosociale della persona.

Pensare a questo cambiamento come ad un evento che riguarda anche le diverse parti della persona ha rappresentato, nella pratica clinica quotidiana con i nostri pazienti,

uno degli aspetti più stimolanti ed innovativi nel trattamento terapeutico. A partire dalle “precomprensioni” di cui sopra (moralistica, medica, psicosociale) e dalla necessità di rimettere in discussione questi modelli accogliendo quello della complessità e dell’unità bio-psico-sociale della persona, si è sperimentato un intervento che prevede il fornire ad alcuni pazienti suggestioni che descrivano la condizione del loro essere “sofferenti” in un’accezione che richiama il loro “cervello sofferente”, afflitto e “leso” dall’operare delle sostanze al suo interno. Fornire spiegazioni (sempre mediate all’interno di una relazione terapeutica che non può prescindere da quelle caratteristiche di alleanza, ascolto empatico, fiducia e genuino interesse) circa il “cervello” in quanto organo, “malato”, “difettoso” perché ingannato e “messo in scacco” dalle sostanze, ha permesso di ottenere risultati interessanti sul piano degli esiti del trattamento stesso (compliance, raggiungimento e mantenimento dell’astinenza). Come se, l’essere messi di fronte alla consapevolezza che il cervello-addicted, in quanto organo, è esso stesso, nelle sue capacità di scelta, giudizio e controllo, inaffidabile, permetta lo sviluppo di un’identificazione positiva con il proprio “cervello-malato” e l’attivazione di comportamenti più protettivi ed adattivi nei confronti del sé. Quello che potrebbe apparire uno stimolo alla scissione diventa invece un’alleanza interna, una “*negoiazione tra il Sé e il cervello*” [19], che permette l’attivazione di strategie difensive più evolute ed adattive. Una conseguenza importante, rilevabile durante la prosecuzione dei trattamenti, è lo svilupparsi di strategie più forti di potenziamento della responsabilità e dell’autonomia. In questo nostro contributo abbiamo sottolineato quanto sia determinante, nello strutturarsi di una dipendenza, l’impairment frontale; abbiamo anche evidenziato la necessità di superare quelle precomprensioni che vedono la dipendenza epifenomeno di (psico)patologie altre, abbiamo ribadito l’effetto patoplastico della cultura addicted. Adottare una risposta terapeutica che preveda questo orientamento aiuta a depotenziare la finzione (assai comune nei nostri pazienti) dell’onnipotenza del pensiero (il cui rovescio della medaglia è la colpa) e aiuta ad immaginare e ad accettare che controllare e controllante siano situati nello stesso sistema (il cervello, appunto), e che pertanto il non riuscire, nonostante la volontà esplicitata, a raggiungere o a mantenere un comportamento astinenziale non può e non deve essere solo visto come una mancanza di volontà (precomprensione moralistica), o sia inevitabile perché conseguenza di traumi precedenti (precomprensione socioculturale), o sia inevitabile perché condizione di malattia (precomprensione medica).

Questo riposizionamento consente di uscire sia dall’impotenza vittimistica (“quello che mi capita è determinato da fattori esterni cui non posso sottrarmi”) sia dalla finzione onnipotente (“**io-se-voglio** –che mi penso unito nelle mie diverse parti- posso cambiare la mia situazione”) riportando all’interno di sé la dinamica di scambi e ricerca di equilibri necessaria per il cambiamento.

Da questo punto che possiamo definire (come sopra evidenziato) pre-contrattuale, si struttura, laddove possibile e necessario, un intervento integrato di tipo sanitario-farmacologico, psicoterapeutico, educativo, socioassistenziale, andando ad osservare, conoscere e trattare la complessità e l’unicità di quella persona e cercando di struttu-

rare per essa un intervento *veramente* individualizzato.

Le conoscenze neuroscientifiche possono essere, se integrate, nuovi strumenti utili al trattamento. La psicologia del profondo si integra in questi approcci se la si intende come possibilità di osservazione del *non-conosciuto* del paziente, cioè di quell'inconscio **relazionale** non solo sede di pulsioni regressive o di traumatici fantasmi ancestrali, ma struttura mentale attiva, coesa, meccanismo di sopravvivenza fondamentale che interviene in continuazione nel mediare le esperienze della vita utilizzando propri schemi di interpretazione [44].

All'interno della relazione terapeutica non è possibile comprendere alcuna funzione psicologica senza la rilevazione dei processi di attivazione affettiva inconscia che precedono il comportamento esplicito ed il pensiero conscio.

La visione della teoria motivazionale, quindi, va integrata con la comprensione psicodinamica e con l'essere anche carne dell'uomo, carne che è corpo e che è emotività sottocorticale e preverbale (una parte del *non-conosciuto*) e con il suo essere un prodotto culturale, necessitato a ragionare come il suo ambiente gli permette grazie alla istruzione, al tipo di interazioni, di modelli e di incentivi.

Il terapeuta, di fronte ad una condizione così complessa, si propone come *uno dei vettori* che contribuiscono al risultato, relativizzando radicalmente il suo potere rispetto alla concezione aulica del curante: non può certo presupporre di ribaltare, in brevi e distanziati momenti di incontro, la pressione continua e costante esercitata dal corpo e dall'ambiente.

Tuttavia il terapeuta non è impotente, ma ha alcune possibilità che consentono al suo vettore di assumere un peso maggiormente determinante. La relazione che il terapeuta si gioca con il paziente è una relazione che ha significati molteplici e specifici: rappresenta una speranza e un timore; giunge dopo un periodo di valutazione e decisione e si caratterizza come richiesta; è asimmetrica rispetto al bisogno e alla competenza sullo stesso; catalizza emozioni; ha il peso di un "giudizio" (anche se non vuole essere giudicante); può essere usata (e manipolata) in modo potente dal paziente e dalle figure del contesto del paziente; ma soprattutto è parte all'interno di una *organizzazione curante* e rimanda costantemente alle altre parti.

Questo ultimo punto è di importanza critica e richiama il concetto di "one team" [5]. L'organizzazione curante è tale perché è concepita avendo in mente il paziente: la sua *architettura*, a partire dalla disposizione degli ambienti e degli arredi, alla logistica, per finire alla struttura gerarchica e funzionale, è informata non dai bisogni dei professionisti ma da quelli del paziente. Si articola quindi in luoghi fisici e mentali differenti e separati, dove il paziente può scambiare parti diverse di sé, portando bisogni materni di accoglimento e di consolazione, ricevendo cure per i mali del suo corpo, dovendo osservare regole e contenitori di tipo paterno, trovando limiti non superabili, utilizzando supporti per interagire con il resto del mondo. Venendo riconosciuto nelle sue diverse parti da un team che sa di costituire le connessioni di una rete (perché così è stata progettata l'organizzazione curante), il paziente si trova ad interagire con

un sistema che promuove l'integrazione, con uno stomaco mentale che digerisce e metabolizza i nutrienti eliminando le scorie. In queste condizioni, il rapporto con il terapeuta si propone come il rapporto con un microcosmo articolato che è ologramma e rappresentazione del sistema di vita del paziente, con cui è possibile rigenerare i rapporti tra le parti in causa, sentire in modo differente, pensare in modo più articolato. Questo è possibile anche in un sistema ambulatoriale e non solo in strutture residenziali, a condizione che la regia del sistema sia consapevole e che sia allargata alla intera équipe curante: come detto, i sistemi complessi non funzionano grazie ai leader e a processi top-down, ma grazie ai sistemi di sviluppo e di adattamento locali, bottom-up. È fondamentale che la filosofia di cura dell'organizzazione sia chiara, esplicita e condivisa (almeno in misura sufficiente). Proprio per questo Normann [32] afferma che la filosofia del Servizio, è l'elemento di efficienza (e di efficacia) fondamentale per una organizzazione di servizi alla persona; la quantità degli strumenti e delle risorse è decisamente meno importante di questa qualità.

V. 2. 1. *Complessità ed EBM (evidence based medicine)*

L'apparente vaghezza delle finalità terapeutiche prima espresse "rigenerare i rapporti tra le parti in causa, sentire in modo differente, pensare in modo più articolato" e del prodotto atteso "cambiamento dei referenti di significato" chiamano in causa immediatamente il razionalismo imperante e la necessità di misurare i risultati ottenuti. L'EBM che tanta fortuna sembra incontrare in questo momento storico, reclama il suo tributo.

Purtroppo, l'EBM si basa su presupposti che riducono la realtà ad un sistema complicato, non potendo applicarsi alla complessità. Vale, dunque, solo al centro dei sistemi di riferimento, dove l'organizzazione curante può concentrarsi su problemi semplificati, isolati dal contesto (dai confondenti) e trattabili separatamente. Come ogni altro approccio razionalista, vale su ogni singolo aspetto del problema, ma non sul suo insieme.

In letteratura (per tutti si richiamano le review della Cochrane Collaboration [14]) gli interventi terapeutici per l'addiction vengono misurati su esiti quantificabili scelti non perché siano quelli "giusti", ma proprio perché sono misurabili, rinunciando quindi ad una complessificazione della valutazione: si utilizzano l'impatto sulla mortalità droga-correlata, la riduzione del comportamento di addiction (misurata attraverso test "oggettivi": esami di laboratorio, soldi spesi per l'azione additiva), la ritenzione in trattamento.

Ovviamente questi parametri sono rilevanti, ma il loro significato è indecidibile: infatti, 1) si tratta di esiti risultanti da un insieme di vettori, come è dimostrato dalla non reversibilità del ragionamento ("ho ridotto l'assunzione di eroina perché prendo una dose adeguata di metadone", ma "ho ripreso l'assunzione di eroina, pur continuando a prendere la dose adeguata di metadone, perché ho avuto gravi conflitti sentimentali") e isolare un vettore in specifico per attribuirgliene l'esito *tout court* implica dei bias significativi e 2) non è detto che corrispondano ad un miglioramento della salute della

persona e del suo sistema (“ho smesso di fumare ma litigo molto di più in famiglia”). La scelta di output sulla base delle proprie necessità di misurazione porta, ad esempio, a generalizzazioni come “trattare è sempre meglio che non trattare” (tesi contestata, ad esempio, da Scarscelli [43]) e “i trattamenti psicosociali sono in realtà equivalenti a prescindere dalla loro impostazione”; quest'ultima affermazione banalizza in particolare gli interventi cosiddetti psicoterapeutici, nei quali vengono ammassati tutti gli approcci e tutte le tecniche che non siano farmacologiche, dalla psicoanalisi classica, ai “dodici passi”, al contingency management, ai gruppi di preghiera.

Porta anche a paradossi: ad esempio, dato che si considera che le terapie con metadone siano efficaci in un range che va dai 60 agli 80 mg/die, i Servizi per le dipendenze sono stati sottoposti a un duro processo critico per la grande variabilità di dosaggi che utilizzano. L'EBM, cioè, non si è posta la domanda se la variabilità fosse una capacità di adattarsi ad un problema complesso o una malpratica, ma ha seguito la propria impostazione autoreferenziale secondo la quale i risultati di ricerca sono immediatamente trasferibili alla pratica clinica; ha assunto che i tossicodipendenti avessero, in fondo, tutti quanti un problema sovrapponibile per il quale potesse essere applicato lo stesso tipo di intervento *a prescindere dalla variabilità dei pazienti, dei servizi e della loro interazione terapeutica.*

Del resto, dal punto di vista degli studi empirici, si presuppone che la diagnosi sia definibile con precisione fin dall'inizio del trattamento, che gli aspetti etiopatogenetici non abbiano rilievo, che la struttura di personalità non sia rilevante, che i pazienti possano essere trattati come se avessero quell'unico disturbo e che la comorbilità sia un semplice fenomeno di addizione casuale [29]

In realtà, accettando la complessità e surfando sui confondenti (Tinti: surfare sulla complessità) [45], si possono strutturare sistemi di valutazione dei risultati terapeutici che misurano l'efficacia degli interventi [12]. Chiaramente, il surfare non ci consente di individuare, separare e ordinare precisi meccanismi causa-effetto, aspirazione massima della EBM, ma non previsto dai sistemi complessi; ci permette però di rilevare una efficacia di *sistema*, laddove l'organizzazione curante incontra l'organizzazione patologica e si trasforma con essa. Questi cambiamenti sono misurabili, eventualmente anche con gli indicatori, gli standard e i parametri razionalisti proposti in letteratura, che però assumono una pregnanza del tutto diversa [12].

L'organizzazione curante che ha per oggetto di lavoro problemi complessi, come nel caso dell'addiction, deve sapersi muovere utilizzando paradigmi diversi: deve saper utilizzare i riferimenti e i metodi della complicazione quando può semplificare e ridurre il problema del paziente a specifici sottoproblemi, per i quali è dunque possibile predisporre protocolli, procedure, flow-chart, PDTA (piani diagnostico-terapeutico-assistenziali). E deve saper passare alla gestione della complessità quando deve maneggiare questioni come il progetto di vita, quando deve integrarsi con altri sistemi terapeutico-assistenziali, scambiare risorse, strumenti e condividere obiettivi con altri nodi della rete.

La capacità di muoversi consapevolmente con paradigmi diversi, cambiando livello teorico e operatività è ciò che oggi distingue, sul piano culturale, gli interventi (psico)te-

rapeutici per le dipendenze. L'organizzazione assume un valore (psico)terapeutico nel suo insieme, a partire dalla sua concezione architettonica, fino alla sua gestione pratica.

V. 2. 2. *Una ulteriore chiarificazione terminologica (e concettuale)*

Parlare di complessità non significa parlare di aspetti che rimangono solo su un piano speculativo: la gestione della complessità richiede (ed è possibile farlo) interventi molto concreti. Di fatto, come terapeuti *agiamo* nella complessità e, parafrasando i sistemici, non è possibile non farlo. La questione è esserne consapevoli, non negare questa dimensione e accettare che i nostri interventi siano molto più vicini di quanto crediamo all'effetto farfalla: il terapeuta introduce, il più consapevolmente possibile, certo, un perturbante nel sistema e non può prevedere con certezza gli effetti di ciò che ha fatto.

Negare questa dimensione, induce terapeuti molto intelligenti, molto narcisisti e molto spaventati dal principio di indeterminazione di Heisenberg a formulare teorie inossidabili, in grado di spiegare tutto, sempre e comunque, e di ricomprendere nella propria teoria anche qualsiasi altra teoria o dimensione del sapere, in un accesso di hubris; una posizione autoerotica che, anche quando lo predica, rifiuta lo scambio genitale e generativo con l'altro, ridotto sistematicamente ad un volenteroso dilettante non ancora assurdo alle vette della conoscenza.

Analogamente, quando si fa riferimento al paradigma della complicazione e ai processi di semplificazione necessari per mettere ordine e razionalizzare problemi e soluzioni, non si deve scambiare semplice con facile. I problemi di ingegneria meccanica stanno certamente in questo paradigma, ma ovviamente sono tutt'altro che facili; richiedono, invece, una metodologia molto sofisticata per raggiungere soluzioni il più possibile semplici, ma non certo intuitive. Lo stesso, ovviamente, vale per l'approccio EBM, che però deve essere applicato agli ambiti in cui è appropriato applicarlo.

V. 1. *La questione del risultato possibile*

Lo psicoterapeuta si è dunque chiarito che la sua principale finalità è indurre un cambiamento dei referenti di significato nel paziente. Questo è lo scopo primario del suo intervento, tanto che potremmo dire che il terapeuta non ha, nella prima fase di cura, nessuna velleità di modificare il comportamento additivo del paziente (questa è una posizione strategica).

Per inciso, in merito alla valutazione di efficacia, si evidenzia come sia possibile rilevare questo cambiamento se si ha cura di annotare fin dall'inizio le rappresentazioni del paziente sul suo problema, sul perché si sia generato, su quali condizioni lo mantengano e su ciò che pensa possa essere utile per modificare la situazione, per confrontarle con le successive evoluzioni.

La domanda tecnica allora diventa: in che misura e come è possibile favorire il cambiamento desiderato? Il terapeuta ha due importanti punti di forza: gioca sul suo terreno e fa parte di una organizzazione curante

V. 1. 1. *Giocare sul proprio terreno*

L'ingaggio con un addicted è particolarmente impegnativo e quindi bisogna sfruttare al meglio ogni posizione di vantaggio.

Va considerato che il paziente, giunto più o meno volontariamente o liberamente al colloquio, condivide la cultura collettiva e le precomprensioni sulla dipendenza che abbiamo illustrato all'inizio. Lui per primo è convinto di essere un vizioso, debole di carattere; meno spesso pensa di essere intossicato e raramente è convinto di drogarsi per un qualche motivo esterno (affettivo, sociale, economico), anche se frequentemente usa queste argomentazioni come "scuse". Partendo dal presupposto che le sue convinzioni corrispondano al vero, si aspetta che il terapeuta condivida il suo giudizio negativo sul suo comportamento e che probabilmente abbia anche un giudizio negativo su di lui come persona. Soprattutto si aspetta che il *terapeuta desideri* che lui cambi e che quel desiderio riempia la sua mancanza, sostituisca il suo non-desiderio ed equilibri la sua ambivalenza. Di conseguenza, il terapeuta dovrebbe, secondo lo schema del paziente, esplicitare la sua soluzione al problema e dirgli che cosa deve *fare*.

L'atteggiamento del terapeuta, invece, è finalizzato a sviluppare (a verificare fino a dove si può sviluppare) il cambiamento di mentalità del paziente: si astiene da offrire indicazioni operative (fatte salve le urgenze) e si mostra interessato a conoscere.

Potremmo dire che la *lentezza* del terapeuta è un elemento caratteristico dei primi scambi: il terapeuta pone e si pone domande, è attento ai particolari, dà importanza ad ogni minuzia, verifica la coerenza del quadro di insieme. In un certo senso, esibisce la sua perplessità e comunica la delicatezza della situazione, la fragilità non del paziente, ma dei progetti di cambiamento di fronte ad una condizione così complessa.

Il paziente deve essere spostato dal suo terreno, che è *agire* la dipendenza compresi anche i tentativi di smettere, che sa mettere in scena e sa anche sabotare, al terreno del terapeuta che è quello del ri-conoscimento e di una potenza limitata. Queste due funzioni, pensare e progettare realisticamente, sono finalizzate alla definizione di obiettivi raggiungibili (*gestione clinica per obiettivi*). Il terapeuta ha in mente cosa *fare per* il paziente, ma si confronta su cosa *fare con* il paziente, negoziando ciò che è effettivamente possibile realizzare (*gestione per obiettivi attraverso una relazione contrattuale*). Evitando interpretazioni precoci e stereotipate, il terapeuta accompagna il paziente nella presa di contatto con la sua ambivalenza, con la rinuncia dolorosa all'oggetto amato, con il suo corpo indocile, con ciò che capita in lui-con-la-droga.

Come nel caso di Mario, 45 aa., in carico al nostro Servizio da 12 anni, ma seguito da altri Ser.D. dal 1989. Una storia di dipendenza da oppiacei, cocaina, alcol, varie esperienze carcerarie e comunitarie. Un bagaglio di accurate diagnosi, indicazioni relative ad un soggetto "borderline", piuttosto classico nella tipologia degli utenti ipotizzabili come afferenti ad un Ser.D. Così è, in effetti: storia di familiarità per uso di sostanze, disagio e deprivazione sociale, vita ai margini, atteggiamento richiedente e spesso verbalmente aggressivo. Riesce tuttavia a stare in una relazione terapeutica e ha alle spalle anni di comunità dove ha partecipato a gruppi, colloqui psicologici, ecc.

e dove gli hanno detto che il suo problema è l'affettività e il rapporto con la madre ex-alcolista. Mario "sa" tutto questo, come più volte ripete, accentuando il proprio vissuto fallimentare nel non riuscire ad integrare i due aspetti (la consapevolezza sul piano cognitivo ed il craving per le sostanze). È così, certo, ma adesso? Che fare? Mario è davanti a noi. A seguito del cambio del suo terapeuta di riferimento, si prova ad attivare una strategia nuova. Nella fase di aggancio, si prova ad accogliere il suo vissuto tentando una ridefinizione del problema come sopra proposto. All'inizio la reazione è quasi di stupore, poi di alleggerimento. Con il tempo, Mario comincia a pensare che forse allora non è solo una questione di volontà fallita o di "marchio" indelebile. Con la sua "efficienza intellettuale modesta" (da un test di Rorschach somministratogli in passato) comincia ad informarsi, si attiva anche rispetto alla conoscenza del fenomeno cercando notizie, facendosi domande, portando tutto all'interno della relazione terapeutica. Può così strutturare un'immagine nuova di sé, che non rinnega la parte "malata", ma che sostiene quella che riesce a pensare ad un'eventuale ricaduta come ad un evento non dipendente solo dalla sua fragilità (del sé), ma da qualcosa che è più "concreto", che può essere conosciuto, combattuto, senza cadere nella colpa se non ci si riesce, né nella sensazione illusoria di controllo onnipotente se, ad oggi, è ancora astinente (dal 2012. Oggi assume 8mg di BPN, farmaco agonista, e antidepressivo).

Nel frattempo si sono affrontati, durante i colloqui, i temi del rapporto con la madre, i suoi vissuti relativi all'affettività, al lavoro, alle relazioni con gli altri; si è cercato di affiancare Mario in un percorso di riabilitazione che ancora appare estremamente incerto, ma che gli sta fornendo comunque una nuova esperienza di sé e nuove aperture sul senso della propria esistenza.

Sul piano pratico, *stare sul proprio terreno* implica:

- raccolta della domanda esplicitata dal paziente;
- richiesta al paziente di definizione accurata del problema;
- approfondita inchiesta sulle rappresentazioni del paziente in merito al problema (cause, fattori favorevoli e di mantenimento, utilità del comportamento patologico, radicamento dello stesso, etc);
- indagine sulle aspettative del paziente in termini di esiti auspicati, di metodi di cura considerati efficaci, di tempi previsti;
- a corollario, aspettative e rappresentazioni del paziente sul Servizio (che risente dello status negativo di servizio "della mutua" e...per i tossici! Grucho Marx affermava: "non mi iscriverei mai ad un club che accettasse gente come me").
- introduzione della visione del terapeuta:
- informazione e proposta di ridefinizione del problema;
- problematizzazione delle rappresentazioni;
- verifica della possibilità/interesse del paziente ad accogliere il punto di vista presentato;
- fissazione del punto di equilibrio possibile.

Questa prima fase del trattamento è simile alla impostazione delle terapie adleriane di tipo cognitivista-costruttivista definita da Oberst e Stewart [33]. La conduzione di un colloquio così impostato richiede una grande attenzione “multipiano”: oltre alla raccolta di informazioni, si osserva il funzionamento del paziente e si pongono le basi per la relazione terapeutica successiva, che consentirà lo scambio emotivo e gli interventi elaborativi. Quest'ultimo aspetto è talmente significativo e specialistico che, nella nostra esperienza, il colloquio iniziale deve essere svolto da uno psicoterapeuta e non da altri professionisti, come spesso accade nei Servizi; è il colloquio che definiamo di “imprinting” proprio perché lascia un segno significativo sullo sviluppo successivo del rapporto reale, affettivo e simbolico tra paziente e organizzazione curante.

Il processo delineato ha come scopo finale un accordo paziente/curante sui punti di cui sopra. La gestione clinica per obiettivi richiede che sia sempre disponibile una mappa, nota e condivisa tra paziente e curante, che indichi dove si è, dove si vuole andare, con che strumenti, in quanto tempo e come si verificherà il progresso verso la meta. Il lavoro per definire gli obiettivi del trattamento definisce le caratteristiche della relazione con il paziente, che non può che essere contrattuale, al fine di favorire la mentalizzazione.

La definizione condivisa dell'obiettivo non è sempre raggiungibile e, soprattutto, non è detto che sia raggiungibile in tempi brevi; più facilmente, si avvia con il paziente una negoziazione nella quale si cerca il punto di equilibrio possibile tra le diverse rappresentazioni. Il mantenimento della differenza di punti di vista tra paziente e terapeuta (gap terapeutico) è ciò che fonda la forza traente della relazione terapeutica.

Durante il periodo, anche lungo, della negoziazione, accadono due cose: la diagnosi viene verificata e perfezionata attraverso una osservazione della interazione, oltre che attraverso strumenti ad hoc; si cominciano ad effettuare alcuni interventi concreti dai quali si ricavano elementi esperienziali utilizzati per riflettere con il paziente. Ad esempio, l'andamento di una terapia farmacologica messa in atto sulla base dell'accordo *possibile* con il paziente (cioè mirata ad obiettivi di cura che *il paziente riesce a vedere*) viene recuperato nell'ambito psicoterapeutico per le sue valenze emotive e di ridefinizione del senso della cura.

Questo periodo viene chiamato “terapia pre-contrattuale”: si tratta infatti di un vero e proprio intervento terapeutico, che però avviene prima che si sia riusciti a trovare un accordo esplicitabile con il paziente tale da consentire di definire un contratto di cura. Apparentemente, il terapeuta scende sul terreno del paziente, agendo *con lui* gli interventi *per lui* possibili; nella realtà, il terapeuta non sopravvaluta, ai fini della soluzione di un problema erroneamente definito, il valore delle azioni intraprese, ma investe tutto il suo sforzo nel sostenere nel paziente un processo di cambiamento dei referenti di significato.

Carlo, 24 anni, usa eroina e cocaina da tre anni quando si presenta al Servizio, introdotto da un amico già utente in carico. Nel colloquio di imprinting sostiene che non è come gli altri, che sono deboli: lui è forte e con un piccolo aiuto farmacologico cambierà radicalmente la sua situazione nel giro di poco tempo. Vede l'uso di sostanze

come un comportamento da deboli che lui avrebbe assunto solo per un passeggero momento di confusione dovuto ad elementi esterni (rottura di un rapporto sentimentale che durava da alcuni anni, nessuna prospettiva di occupazione dopo il diploma professionale). Ha tentato di disintossicarsi da solo, comprando al mercato illegale farmaci agonisti, ma si dice che non è riuscito per via della irregolarità con cui riusciva a trovare quanto gli serviva. Lo psicoterapeuta si trova di fronte una persona “barriata” nei suoi schemi, che non accetta punti di vista alternativi né problematizzazioni. Gli esprime, senza giudizio, un punto di vista diverso, avendo cura di non presentarlo come una profezia infausta, ma come uno strumento per essere più efficaci. I colloqui successivi continuano su questa linea di confronto, con la massima cura del terapeuta nell’essere rassicurante e nel mostrarsi alleato alla finalità generale esplicitata dal paziente; nei colloqui vengono commentati gli esiti della terapia farmacologica che nel frattempo il medico ha impostato. Il paziente non ha aderito alle indicazioni del medico, che gli proponeva una terapia a dosaggio adeguato e costante, per forzare una terapia a bassa dose e a scalare. Le ricadute vengono utilizzate dal medico sul piano dell’esame di realtà e dallo psicoterapeuta sul piano del loro valore indicativo di un atteggiamento inefficace e sul loro pericolo sul piano emotivo (scoraggiamento, Abstinence Violation Effect). Gradualmente, Carlo riconosce il suo terrore di essere “drogato” e l’angoscia che i suoi amici tossici di età avanzata proiettano sulla sua rappresentazione di vita. L’atteggiamento rigido e minimizzante, trionfante, aveva funzione di allontanamento di questo spettro. Ora però lo spettro si affaccia e il paziente è in una condizione di rischio elevato (in questa fase possono verificarsi overdose). Lo psicoterapeuta può dunque ridefinire “il problema” articolandolo in *diversi* problemi e recupera lo scambio avvenuto nel colloquio di imprinting per rassicurare il paziente che quello che gli sta capitando non è né una conferma che lui è “debole” come tutti gli altri, né che quel destino è ineluttabile: semplicemente, si devono usare i mezzi adeguati per trattare problema riconosciuti correttamente; e un mezzo adeguato è, per lui, rilassarsi e affidarsi, distribuendo il peso della conduzione della terapia che finora ha portato da solo. Dopo quasi sei mesi di “terapia precontrattuale”, è finalmente possibile trovare un accordo. Ma soprattutto, si è strutturata una relazione significativa che consente a Carlo di raggiungere in breve (questa volta sì) l’astinenza che mantiene ora da 15 mesi.

V. 1. 2. *Fare funzionare l’organizzazione terapeutica*

L’addiction è, nella nostra concezione, una organizzazione patologica in quanto costituita da parti che assumono in pieno il loro significato per i rapporti tra di loro. Le diverse parti, nessuna secondaria, necessitano di attenzione e cura da parte di un sistema terapeutico che sia sufficientemente strutturato per gestirle: una organizzazione curante.

Anche le parti della organizzazione curante assumono pienamente la loro funzione solo se i rapporti tra di loro sono ben articolati.

Oltre a quanto già sopra detto a proposito della architettura organizzativa, va chiarito

che per “parti” si devono intendere anche i diversi ruoli che strutturano l'organizzazione, come i responsabili di funzione, di presidio e la direzione della struttura. Ognuna di queste figure può mettere in scena funzioni mentali ed affettive diverse, in grado di sollecitare nel paziente reazioni differenti, che lo psicoterapeuta può utilizzare nel suo lavoro specifico.

Questa funzione è fondamentale nella gestione dei tratti antisociali, frequenti nell'addiction, dove il ruolo normativo di un Responsabile può avere due funzioni: il contenimento e il riconoscimento di valore.

Il contenimento, cioè la definizione, il controllo e la tenuta sulle regole, è fondamentale sia al Servizio sia al paziente, perché rende possibile una interazione non (solo) distruttiva. A seconda del suo stile e delle sue caratteristiche, il Responsabile potrà essere più o meno diretto, ma il suo intervento è richiesto ogni volta che un paziente diventa eccessivamente aggressivo e trasgressivo. La collocazione in un ruolo specifico della funzione regolatrice e della aggressività, consente ad altri ruoli di gestire più facilmente gli scambi ad altri livelli; allo psicoterapeuta consente di parlare di ciò che avviene con “l'altro”, in una oggettivazione della situazione che facilita la mentalizzazione.

Il riconoscimento di valore è la funzione di valorizzazione del paziente turbolento, quando la turbolenza è dettata dalla diminuzione di status sociale collegata all'essere in cura al SerD. Persone abituate, nel loro ambiente, a comandare, sono radicalmente spiazzate dal rapporto asimmetrico paziente/curante, soprattutto quando avviene in pubblico (questo aspetto, spesso trascurato è invece critico). Ad esempio, “uomini di rispetto”, notabili del loro quartiere, sono spesso insofferenti di doversi confondere con le persone qualsiasi e di dover essere “comandati” dagli operatori per gli appuntamenti e gli altri impegni di cura. In questo caso, il Responsabile può svolgere il ruolo di operatore di “alto livello” che proietta il suo status elevato sul paziente, con un effetto immediato di sedazione. Sentirsi trattati in modo speciale, “privilegiato” rispetto agli altri (“sono un paziente del Primario”) riporta un equilibrio che permette lo svolgimento della terapia. Lo psicoterapeuta, visto come collaboratore del Responsabile, ha la possibilità di svolgere la sua funzione in un contesto relazionale rassicurante, che facilita al paziente l'emergere di dimensioni più intime e private, il riconoscimento di fragilità diversamente inconfessabili.

Luigi si presenta regolarmente con ritardi o anticipi straordinari sull'orario dell'appuntamento. Appena entra nei locali del Servizio, aggredisce l'operatore di segreteria clinica e pretende di “essere visto subito”, creando caos e confusione. All'ennesima scenata, il Primario interviene e lo porta con sé in una stanza. Appena dentro, Luigi si calma. È possibile, in breve, comprendere che la sua posizione di piccolo “boss del quartiere” lo mette molto a disagio nel farsi vedere in sottomessa attesa nella sala d'aspetto dell'ambulatorio. Il Primario gli rimanda che anche lui è molto imbarazzato, dato che non riuscire a garantire la tranquillità dell'ambulatorio e il rispetto per i suoi collaboratori mette in discussione il suo potere. Si trova un “accordo tra boss”: Luigi diventa ufficialmente un paziente (anche) del Primario, cosa che egli può spendere per poter recuperare la sua superiorità sugli altri, in modo da potersi presentare in

sala d'attesa mantenendo il suo rango: *tutti* sanno che il Primario è importante, molto impegnato e segue solo pazienti "speciali". Ritardi e anticipi scompaiono, come pure gli atteggiamenti aggressivi. Il setting ridefinito consente allo psicoterapeuta il lavoro sul piano del Sé, superando le maschere e aprendo a un contatto emotivo prima impossibile.

V. 1. 3. *Differenziazione e impossibilità*

Da ultimo, è fondamentale riconoscere che l'addiction è una condizione patologica cui accedono persone con strutture e dotazioni molto diverse: è una specie di terminale che da una parte rende omologhi i diversi, dall'altra raccoglie soggettività provenienti dai quattro punti cardinali. Un'accurata valutazione diagnostica e prognostica è quindi necessaria per mettere in azione ipotesi di lavoro adeguate.

Con alcuni pazienti è francamente impossibile fare un qualsiasi trattamento che vada al di là di una protezione per la sopravvivenza (per cultura, dotazione intellettuale, gravità della condizione fisica o socioeconomica, rifiuto). In questi casi non si può fare una psicoterapia, ma non è impossibile avere in mente obiettivi e stare in relazione. Con alcuni, si ha accesso solo al discorso sulle sostanze e sui farmaci; e le uniche azioni praticabili sono le cure per il corpo (dalla pulizia che ridà un volto umano e accesso al rapporto, all'alimentazione che ridà forza, alle medicazioni dei fuori-vena, al monitoraggio dello stato infettivologico e internistico,...).

Qui l'organizzazione terapeutica deve dare il meglio di sé: le azioni degli infermieri sul corpo possono assumere un valore comunicativo, metaforico, simbolico e trasmettere contenuti emotivi di importanza radicale. La mente curante si sposta quindi nella équipe di discussione caso, in cui lo psicoterapeuta contribuisce alla comprensione di ciò che avviene nella cura: fatta salva la loro specifica professionalità e preparazione, gli infermieri diventano le *mani psicoterapeutiche* dell'organizzazione curante.

VI. *Conclusioni*

L'addiction va considerata una organizzazione patologica; le componenti biologiche, psicologiche, relazionali, sociali sono non solo ineluttabilmente collegate, ma anche aggrovigliate tra loro, formando un oggetto complesso. Come tale, ha caratteristiche specifiche e ridimensiona la velleità di costruire modelli onnicomprensivi sia di lettura sia di intervento.

Costituisce un terreno di straordinario interesse, se si è attratti dalla esplorazione di territori inesplorati e non facili.

La gestione della complessità richiede un pensiero in grado di considerare gli oggetti di lavoro non solo in modo interdisciplinare, ma in grado di passare di piano (clinico, organizzativo, sociale, psicoterapeutico,...) senza sgomenti e *ricordando* le altre dimensioni. Richiede anche che il pensiero si muova in una *rappresentazione concreta* di quella complessità, che è l'organizzazione curante.

La psicoterapia nell'addiction non solo è possibile, ma è imprescindibile. Certo, deve

essere pensata in ordine al problema da trattare, come del resto ogni approccio psicoterapeutico. Deve quindi essere, prima di tutto, inscritta nella architettura organizzativa, che deve essere funzionale ad una gestione della unità biopsicosociale della persona e alla regolazione della relazione paziente/équipe curante, in ordine ai bisogni e alle possibilità di ognuno. Può, in questa cornice, definire setting su misura per interventi strutturati, sempre fondati sulla negoziazione di obiettivi accuratamente contrattualizzati.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individual-Psychologie*, tr. it. *Prassi e teoria della Psicologia Individuale Comparata*, Newton Compton, Roma 1970.
2. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, De Agostini, Novara 1990.
3. AIME, M., PIETROPOLLI CHARMET, G. (2014), *La fatica di diventare grandi. La scomparsa dei riti di passaggio*, Einaudi Editore, Torino.
4. BARTOLINI, S. (2010), *Manifesto per la felicità. Come passare dalla società del ben-avere a quella del ben-essere*, Donzelli Editore, Roma.
5. BATEMAN, A., FONAGY, P. (2004), *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalisation Based Treatment*, Oxford University Press, Oxford.
6. BAUMAN, Z. (2000), *Liquid Modernity*, tr. it. *Modernità liquida*, Ed. Laterza, Roma-Bari 2002.
7. BELLODI, L. (2005), *Psicopatologia funzionale*, Elsevier Masson, Milano.
8. BENASAYAG, M., SCHMIT, G. (2004), *L'epoca delle passioni tristi*, Feltrinelli, Milano 2004.
9. BIGNAMINI, E. (a cura di, 2001), *La dipendenza da sostanze. Un'introduzione per la comprensione e per l'intervento*, Publiedit Edizioni, Cuneo.
10. BIGNAMINI, E. (2014) L'autonomia e le Patologie da dipendenza. Disciplina o cultura? In *Mission*, 41/2014, XII, 14-20, Franco Angeli, Milano.
11. BIGNAMINI, E., GALASSI, C. (2014), La società dipendente: natura o cultura? In D'EGIDIO, P. F., LUCCHINI, A. (a cura di), *La società dipendente. Il sistema di competenze e responsabilità per comprendere, decidere ed agire*, Franco Angeli, Milano.
12. BIGNAMINI, E., MARTINI, C. (2014), Misurare gli effetti della cura: la strada verso il benchmarking, in *Outcome nelle dipendenze. Esiti della patologia, esiti del trattamento*, Ce.r.co Edizioni, Milano.
13. CAVICCHI, I. (2014), *Il riformista che non c'è*, Dedalo Edizioni, Bari.
14. COCHRANE COLLABORATION, www.cochrane.it
15. COZOLINO, L. (2006), *The Neuroscience of Human Relationship: Attachment and the Developing Social Brain*, tr. it. *Il cervello sociale. Neuroscienze delle relazioni umane*, Raffaello Cortina, Milano 2008.

16. DAMASIO, A. (1994), *Descartes' Error. Emotion, Reason and the Human Brain*, tr. it. *L'errore di Cartesio. Emozione, ragione e cervello umano*, Adelphi, Milano 1995.
17. DAMASIO, A. (2010), *Self Comes to Mind. Constructing the Conscious Brain*, tr. it. *Il sé viene alla mente. La costruzione del cervello cosciente*, Adelphi, Milano 2012.
18. DSM-5 (2013), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, tr. it. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Raffaello Cortina, Milano.
19. DUMIT, J. (2003), Is it Me or My Brain? Depression and Neuroscientific Facts, *Journal of Medical Humanities*, vol. 24, n. 1/2.
20. FERDICO, M. (2011), *Neuroscienze, sostanze, emozioni*, in HINNENTHAL, I. M., CIBIN, M. (a cura di), *Il trattamento residenziale breve delle dipendenze da alcol e da cocaina*, Ed. SEED, Torino.
21. GALIMBERTI, U. (2007), *L'ospite inquietante. Il nichilismo e i giovani*, Feltrinelli Editore, Milano.
22. KANTHZIAN, E. J. (1985), The Self-Medication Hypothesis of Addictive Disorders: Focus on Heroin and Cocaine Dependence, *Am. J. Psychiatry*, 142, 1259-1264.
23. KENDLER, K. S., JACOBSON, K. C., PRESCOTT, C. A., NEALE, M. C. (2003), Specificity of Genetic and Environmental Risk Factors for Use and Abuse/Dependence of Cannabis, Cocaine, Hallucinogens, Sedatives, Stimulants and Opiates in Male Twins, *Am. J. Psychiatry* 160: 687-695.
24. KERNBERG, O. F. (1976), *Object-Relations Theory and Clinical Psychoanalysis*, tr. it. *Teoria della relazione oggettuale e clinica psicoanalitica*, Bollati Boringhieri, Torino 1980.
25. KIRBY, A. (2009), *Digimodernism. How New Technologies Dismantle the Post-modern and Reconfigure Our Culture*, Continuum Publishing, New York.
26. KREEK, M. J., NIELSEN, D. A., BUTELMAN, E. R., LAFORGE, K. S. (2005), Genetic Influences on Impulsivity, Risk Taking, Stress Responsivity and Vulnerability to Drug Abuse and Addiction, *Nature Neuroscience*, vol.8, n. 11.
27. LAI, G. (1998), *Disidentità*, Feltrinelli Editore, Milano.
28. LEVI-STRAUSS, C. (1962), *Le pensée sauvage*, tr. it. *Il pensiero selvaggio*, Il Saggiatore, Milano 1964.
29. MIGONE, P. (2005), Sono davvero efficaci le psicoterapie *evidence-based*? In *Il ruolo terapeutico*, 98: 103-114.
30. MORIN, E. (1990), *Introduction à la pensée complexe*, tr. it. *Introduzione al pensiero complesso*, Sperling e Kupfer, Milano 1993.
31. MUESER, K. T., DRAKE, R. E., MERCER-McFADDEN, C., Mc HUGO, G. J., BOND, G. R. (1998), Review of Integrated Mental Health and Substance Abuse Treatment for Patients with Dual Disorders, *Schizophrenia Bulletin*, 24: 589-608.
32. NORMANN, R. (1985), *La gestione strategica dei servizi*, Etas, Milano.
33. OBERST, U. E., STEWART, A. E. (2003), *Adlerian Psychotherapy. An Advanced Approach to Individual Psychology*, Brunner-Routledge, Hove, New York.
34. PROCHASKA, J. O., DI CLEMENTE, C. C., NORCROSS, J. C. (1992), in Search of How People Change: Applications to Addictive Behaviors, *Am. Psychol*, 47: 1102-1114.

35. PDM (2006), *Psychodynamic Diagnostic Manual*, tr. it. *Manuale diagnostico psicodinamico*, Raffaello Cortina, Milano 2008.
36. RECALCATI, M. (2013), *Il complesso di Telemaco*, Feltrinelli Editore, Milano.
37. RIGLIANO, P. (2004), *Doppia diagnosi. Tra tossicodipendenza e psicopatologia*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
38. RIGLIANO, P. (2004), *Piaceri drogati. Psicologia del consumo di droghe*, Feltrinelli Editore, Milano.
39. RIGLIANO, P., BIGNAMINI, E. (a cura di, 2009), *Cocaina. Consumo psicopatologia trattamento*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2009.
40. ROBINSON, A. J., NESTLER, E. J. (2011), Transcriptional and epigenetic mechanism of addiction, *Nature Review Neuroscience*, 12, Nov.
41. ROVERA, G. G. (1979), Il sistema aperto della Individual-Psicologia, *Quaderni della Rivista di Psicologia Individuale*, n. 4.
42. ROVERA, G. G. (2004), Il modello adleriano nelle relazioni d'aiuto, *Riv. Psicol. Indiv.*, 56, 9-14.
43. SCARSCELLI, D. (2003), *Riuscire a smettere*, Ed. Gruppo Abele, Torino.
44. SCHORE, A. (2009), *The Paradigm Shift: the Right Brain and the Relational Unconscious*, American Psychological Association, Toronto, Canada.
45. TINTI, T., www.tulliotinti.net
46. TSUANG, M. T. et alii (1998), Co-Occurrence of Abuse of Different Drugs in Men: the Role of Drug Specific and Shared Vulnerabilities, *Arch. Gen. Psychiatry*, 55: 967-972.
47. TURKLE, S. (1996), *Life on Screen*, tr. it. *La vita sullo schermo*, Apogeo, Milano 1997.
48. WADDINGTON, C. H. (1961), *The Nature of Life*, Atheneum, New York

Emanuele Bignamini
Dipartimento Dipendenze 1
Torino ASL TO2
Corso Lombardia 187
I-10151 Torino
E-mail: emanuele.bignamini@gmail.com

Cristina Galassi
Dipartimento Dipendenze 1
Torino ASL TO2
Corso Lombardia 187
I-10151 Torino
E-mail: galassi.cristina@virgilio.it