

L'IDEA NUOVA

Il progresso scientifico si muove su due tipi di movimenti solo apparentemente contrapposti: quello delle ricerche che tendono a verificare ipotesi già formulate e quello preparato dai dati che esse non spiegano, portando alla formulazione delle nuove. Inevitabile all'interno di una comunità professionale, percepire come rassicuranti e lodevoli le prime e come pericolosi e da osteggiare i secondi. Scegliere per questa rubrica, all'interno di una letteratura ormai vastissima e spesso ripetitiva sulla terapia, lavori del secondo tipo. Parlando di «idea nuova» ne supporremo sempre il significato propositivo. Sperando di dare un contributo allo sviluppo di una scienza realmente «riflessiva»: capace cioè, nel senso di Bateson, di comprendere se stessa nel campo della propria osservazione.

Il lavoro di Vinci sulla tipologia delle coppie che si incontrano lavorando con un figlio tossicodipendente costituisce da questo punto di vista un contributo esemplare. Contributo nel vivo di una esperienza clinica ricca ed approfondita, esso consente di gettare infatti a questo livello un ponte di grande interesse fra le descrizioni classiche della psicopatologia individuale e quelle più recenti sulle configurazioni tipiche delle famiglie in difficoltà. Aprendo spazi di ricerca del tutto nuovi a chi ritiene che i diversi modi di descrivere i problemi di chi sta male dipendono soprattutto dal punto di vista che si è scelto per guardarli.

Percorsi familiari nelle tossicomanie da eroina: verso una tipologia delle coppie parentali*

Giuseppe Vinci**

I. PREMESSA

La distinzione indicata da Olievenstein [10] tra «tossicomani» e «consumatori» può essere considerata anche dal punto di vista di seguito proposto. L'uso di sostanze psicoattive, legali o illegali, può avvenire in due condizioni di rapporto tra individuo e sostanza, profondamente diverse tra loro:

1. un uso relativamente controllato dall'individuo, che vede l'assunzione direttamente collegata all'ottenimento, del tutto o in gran parte consapevole, di determinati effetti in determinate circostanze; venuto meno l'effetto e cessata la circostanza che ha motivato l'azione, l'individuo riprende il corso normale della propria esistenza;

2. un uso connesso a bisogni profondi e poco o nulla consapevoli, in cui la sostanza ha una funzione autoterapeutica da un lato, e di «scelta di ruolo» dall'altro; uso che può essere considerato «un tentativo ripetuto di far fronte da soli a livelli di sofferenza percepiti come inaccettabili ... Questa idea apre la strada ad una considerazione delle tossicomanie come insieme disomogeneo di situazioni interpersonali unificate solo dal tipo di rimedio che per esse viene scelto» [6].

Il rimedio rappresentato dalla sostanza è estremamente importante per l'individuo, che tende a legarsi ad essa in modo stabile, incorrendo poi nei problemi di dipendenza farmacologica noti; dipendenza farmacologica che rappresenta una complicanza seria, ma

* Questo lavoro deve molto a indicazioni e suggerimenti di Stefano CIRILLO e Matteo SELVINI, che ringrazio, e nasce dal continuo confronto clinico con Francesco MAXIA, Pino VENA, Antonietta MANCINI, Azia CARRIERI, Piero BORRACCINO.

** Psicologo, Coordinatore SERT USL TA/6 - Grottaglie (TA).

tuttavia non la *ragione* della tossicomania, soprattutto in tema di droghe illegali.

L'uso di sostanza nel primo caso ha il valore di una *scelta reversibile* nel breve periodo, con un godimento degli effetti attesi che rende accettabile - per alcune situazioni e per certi tipi di sostanza - il parlare di «piacere» connesso all'uso.

Nel secondo caso la sostanza - l'eroina in modo specifico - esercita una funzione di sottrazione rilevante di dolore psichico, e pertanto appare impropria l'utilizzazione della categoria del piacere, se non come, appunto, riduzione della sofferenza. L'effetto atteso è principalmente lo stordimento [5].

Il consumo di sostanze nelle condizioni sub 1, di cui abbondano esempi nel passato e nel presente, può considerarsi come legato alla condizione umana, per diversi aspetti: la ricerca individuale sulla propria coscienza, e sui diversi stati di essa, o l'esigenza di prestazioni particolari in un dato momento; il bisogno di attenuare un dolore acuto o di esaltare una condizione di benessere o, ancora, il bisogno di possedere un elemento di identificazione con un gruppo in un momento definito e circoscritto. In particolare nell'adolescenza, secondo diversi ricercatori, l'uso occasionale di droghe in contesti sociali nei quali l'offerta di sostanza è diffusa, può considerarsi una «normale» sperimentazione. E questo in quanto «un tratto tipico dell'adolescenza è la ricerca o l'asserzione dell'indipendenza, e di una identità e di un funzionamento autonomi. Questo comprende la sperimentazione di molti comportamenti, atteggiamenti ed attività, prima di scegliere una direzione ed uno stile che siano propri. Questo processo di sperimentazione comportamentale può includere l'uso occasionale di stupefacenti leciti o illeciti» [9].

La caratteristica di fondo di questo tipo di uso di sostanze è rappresentata dal fatto di rispondere a *bisogni comuni*, transitori, spesso socialmente accettati o promossi (si pensi alle martellanti campagne pubblicitarie sui superalcolici), o a *circostanze* in cui l'uso di sostanze psicoattive è addirittura prescritto (si pensi all'uso di stimolanti in ambito militare, e non solo); in ogni caso a bisogni non profondi, non centrali, nella condizione esistenziale di quell'individuo, e ad occasioni particolari.

A proposito di «scelta di ruolo» cui si accennava prima per quanto riguarda l'uso nelle condizioni sub 2, invece, di cui solo ci occuperemo in questo lavoro sembrerebbe evidente che nella determinazione dell'esito tossicomano (anzichè altro comportamento sintomatico), in molti casi svolge un ruolo rilevante anche il senso sociale che assume l'essere considerato «un drogato»; senso che ha il valore di un messaggio che il paziente lancia nel sistema delle comunicazioni interpersonali nelle quali è inserito, per ottenere un cambiamento da parte di chi riceve il messaggio stesso. Anche i bambini sanno che la cosa che terrorizza maggiormente gli adulti, genitori in particolare, è la droga; se il gioco con loro si è fatto estremamente pesante, la tentazione di ricorrere all'arma più potente, che mette in moto fantasmi di autodistruzione e di morte, si fa avanti. Il senso del presente contributo è quello di proporre una riflessione su alcune ricorrenze empiricamente riscontrate nel lavoro con i tossicomani da eroina e su alcune idee che potrebbero spiegare queste ricorrenze. Le riflessioni e le ipotesi proposte vertono essenzialmente sul paziente maschio, anche se molte sono estensibili a pazienti di sesso femminile; per loro l'esperienza sin qui svolta è tale da consentire solo alcuni accenni su possibili linee di ricerca. Le idee e le ipotesi qui esposte rappresentano un tentativo - ancora allo stadio iniziale - di connettere il disturbo tossicomano al rapporto diadico padre-figlio paziente e madre-figlio paziente, ed a ciò cui rimanda, ovvero al tipo di relazione esistente nella coppia genitoriale; con alcuni accenni a ciò che padre e madre portano dentro di sé dalle rispettive famiglie d'origine. L'adozione di una prospettiva trigenitoriale anche per le tossidipendenze mi appare illuminante sia riguardo al *sensu* che assumono i comportamenti di padre e madre verso il figlio futuro paziente (passando attraverso il tipo di relazione tra loro come coniugi) sia per le *implicazioni terapeutiche* che possono derivarne. Il punto di partenza è il lavoro svolto da Luigi Cancrini, e il complesso delle sue indicazioni tipologiche [2-3-4-5-6]; il «terreno di coltura» delle ipotesi sulle dinamiche familiari e sui percorsi dei membri coinvolti è costituito dai lavori e dall'approccio sperimentato dall'équipe del Nuovo Centro per lo Studio della Famiglia di Milano diretta da Mara Selvini Palazzoli e composta, oltre a lei, da Stefano Cirillo, Matteo Selvini e Anna Maria Sorrentino [11-12-13-14].

E fondamentale premettere che non si vuole proporre qui una teoria eziologica generale delle tossicomanie, ma descrivere alcuni percorsi - tra altri possibili - che mi appaiono frequenti. E molti interrogativi sulle situazioni non includibili in questi percorsi.

2. CONTESTO SOCIALE, FAMIGLIA ED EZIOLOGIA DELLE TOSSICOMANIE

Affrontare il problema della eziologia delle tossicomanie è avventurarsi in un foresta di variabili tra loro intricate; variabili che spaziano dalla organizzazione di una parte non irrilevante dell'economia mondiale (la produzione e il traffico di sostanze, il riciclaggio di quantità enormi di danaro, ecc.) al funzionamento biochimico del sistema nervoso umano, passando per culture e legislazioni, tipi di organizzazione familiare e strutture di personalità connesse. Variabili che sono interconnesse a rete, alle quali bisogna peraltro aggiungere il ruolo del caso, ineliminabile tocco finale di ulteriore complessificazione. Discutere di circuiti familiari dell'eziologia della tossicomania non esclude quindi il ruolo degli altri punti della rete eziologica, in particolare non esclude l'evidenza per cui qualsivoglia organizzazione della famiglia è in strettissima relazione con quanto avviene nel contesto sociale nel quale è immersa. Scegliere di focalizzare l'attenzione su quanto succede di rilevante nel movimento degli affetti nella famiglia e nel suo paziente designato è un derivato - oltre che del fatto che solo questo sappiamo forse fare - della convinzione che lì si trovi la differenza ultima che spiega perché l'uno diventi tossicomane e l'altro no; differenza ultima che tende a comprimere le altre differenze di tempo e di luogo. Osserva a questo proposito Mara Scivini Palazzoli: «... un esercito di ragazzi e ragazze incontrano la droga. Perché però un enorme numero smette e un piccolo continua? Perché diventa rivelatore di un certo tipo di organizzazione familiare, in cui è stato impossibile al giovane sviluppare una vera e propria maturazione adolescenziale che consiste, in sintesi, nella assunzione adulta della responsabilità di sé stesso» [11].

3. GENITORI INCOMPIUTI COME FIGLI

Nel lavoro con le famiglie dei tossicomani, se si guarda alle storie di vita e all'infanzia di ciascuno dei genitori del paziente, è possibile vedere come tali storie siano costellate di rilevanti difficoltà e carenze sul piano emotivo. Difficoltà e carenze che fanno intravedere infanzie in cui essi hanno subito il ruolo di «bambini incompiuti».

L'incompiutezza, o il disagio, dei genitori del paziente come figli, in quanto a ciò che al tempo hanno incamerato in quel ruolo, è evidente in situazioni di gravissima marginalità sociale, nelle quali si assiste spesso ad una replicazione del disagio da una generazione all'altra in forme impressionanti e di facile previsione. L'assenza di risorse e di identità *culturali* (non materiali), e quindi l'assenza di una rete di sostegno comunitario, è tale da bruciare anche la disponibilità verso i figli, esposti a condizioni di violenza insostenibile *e resi fragili molto prima di poter diventare attivi. I segni e le ferite riportate in questo processo tendono ad essere riprodotti nella generazione successiva, se non intervengono fattori in qualche modo compensativi.*

In forza di un aspetto della cultura (e dell'ideologia) attualmente dominante - quello che tende ad identificare il benessere con il livello economico di appartenenza - si accetta e si riconosce volentieri come situazione «a rischio» nello scambio genitori figli quella caratterizzata da bassa collocazione socio-economica; forse perché facilmente osservabile e forse perché equazione di una diversità che conforta e rassicura l'osservatore sulla propria identità. Con la produzione nel senso comune di una curiosa scissione logica: se il disagio (la tossicomania in particolare) colpisce un soggetto definibile come emarginato si ammettono e si rilanciano le implicazioni dell'ambiente familiare nella genesi del disagio stesso («non poteva capitarci nulla di diverso, in quella condizione»); se il disagio colpisce un non-emarginato, l'ambiente familiare tende a non essere preso in considerazione. Essendo pregiudizialmente data per scontata la sua adeguatezza, l'analisi viene spostata su certi (endogeni) disturbi di personalità, le «cattive compagnie», improbabili «mutazioni genetiche» da una generazione all'altra, e così via. E forse il caso di ridiscutere e criticare il concetto di emarginazione per quanto implicitamente rende in sé positivo e adeguato ciò che per differenza è «centrale»; per quanto rende semplicistica e riduttiva la spiegazione della sofferenza che si esprime tra gli «incolti»; per quanto oscura l'imbarazzante presenza di povertà immateriali che coinvolgono tutti.

Ma la *riproduzione* del disagio psicologico da una generazione all'altra è ben visibile anche in quelle condizioni relativamente «forti» sul piano economico o di potere sociale, nelle quali però il bisogno nevrotico di autorealizzazione (o di conservazione di uno status per il quale si è molto combattuto) da parte di uno o entrambi i genitori diventa l'elemento centrale nell'organizzazione familiare e determina disimpegno verso i figli. Anche in questo secondo tipo di situazione è possibile riscontrare situazioni di incompiutezza dei genitori come figli, loro vissuti infantili di abbandono e di disagio, più o meno mascherati di necessità, e razionalizzati. Tali vissuti infantili agiscono poi come propulsori di un riscatto cieco, autocentrato, in cui il coniuge è visto prevalentemente come uno strumento e la presa in carico dei figli appare come una complicazione e un peso inattesi e ai quali

sfuggire; oppure come sorgente di insoddisfazione latente e profonda che gli altri sono chiamati a compensare: se il partner non ci riesce la richiesta slitta sui figli, con una tendenziale inversione nella direzione dello scambio genitore-figlio.

4. RAPPORTO DI COPPIA E DISAGIO NELLA FAMIGLIA

L'incompiutezza emotiva dei futuri genitori del tossicomane, quando non compensata, tende a riflettersi quindi nel rapporto coniugale e, in generale, nelle relazioni familiari. Proviamo ad individuare schematicamente i passaggi di tale processo. Semplificando terribilmente sulle ragioni della nascita del rapporto di coppia possiamo forse azzardare una sintesi del tipo seguente. La selezione del partner risponde prioritariamente ai richiami delle «parti molli» che ciascuno ha dentro di sé, ovvero ai richiami di ciò che si avverte più o meno inconsciamente come vuoto e incompiuto, e che si spera l'altro possa colmare o compiere. «Parti molli» che originano essenzialmente da tre ordini di fattori:

1. dall'essere *organismi viventi* che, in quanto tali, rispondono a logiche stringenti: la riproduzione - e l'accoppiamento che ne è la condizione - è qualcosa di meno di una libera opzione;

2. dall'essere *individui sociali*, sensibili agli orientamenti, alle mode, alle pressioni del gruppo familiare e/o esteso: il celibe è un «vitellone» (ma anche, con un po' di invidia, «scapolo», ossia «libero da vincoli») e la nubile una «zitella». Ma anche l'odierna definizione di «single» proietta su di loro l'ombra del sospetto che in fondo non stiano poi così bene;

3. dall'essere *persone* con una storia emotiva - essenzialmente la storia dei rapporti nella propria famiglia d'origine - che deve svilupparsi e che ha quantomeno delle lacune (quando non dei grossi vuoti) che aspirano alla compensazione nell'ambito che appare subito come il più appropriato, ovvero una nuova famiglia, la propria.

Il matrimonio in sé soddisfa i primi due ordini di fattori, potremmo dire in modo relativamente indipendente dalle qualità del partner, e non presuppone un particolare investimento emotivo, anzi può addirittura prescindere: i matrimoni per procura esistono oggi poco nella pratica, ma possiamo dire che esistono nella logica di un discreto numero di relazioni. Il vero matrimonio per procura lascia però aperta ai partners la possibilità di un investimento emotivo successivo (che può pur sempre scaturire da un incontro tra sconosciuti). Il legame coniugale che si origina prevalentemente sulla base di una pressione (in parte biologica, eminentemente sociale) tra partners che in qualche modo si sono scelti, cessa di esistere, esaurisce le sue finalità, nel momento stesso in cui si realizza. Tale situazione, che più avanti definiremo come di «matrimonio inesistente», è ben resa dalla storia della coppia di futuri genitori di un tossicomane, in cui, tra le altre cose, lui la tradisce nel primo giorno del viaggio di nozze.

Se sulla base della spinta originata dall'essere organismi viventi e dall'essere individui sociali possiamo dire che, per ciascuno, lo stabilire una relazione di tipo coniugale è cosa pressoché fatale, è però il terzo aspetto prima accennato (l'essere persone con una storia emotiva imperfetta) che orienta e governa la selezione di un partner *specifico*, con quelle particolari caratteristiche che si giustappongono a lacune e vuoti, per livellarli.

E' evidente come, probabilisticamente, esista un rapporto direttamente proporzionale tra: a) l'entità di quei vuoti; b) il bisogno di compensarli in una nuova e decisiva situazione (la coppia, la famiglia che si va a creare); c) l'investimento sul coniuge e la probabilità della delusione: anche l'altro ha le *sue* proprie *richieste* e le *sue* proprie *strategie*, e spesso si rivela essere l'oste con il quale si è dimenticato di fare i conti.

La relazione coniugale in quanto tale è costantemente in tensione e contraddizione tra *bisogni di dipendenza* (per ciò che l'altro può dare) e *bisogni di autonomia* (per ciò che l'altro limita o non può dare); bisogni di autonomia che si accentuano non appena i bisogni precedenti accennano a soddisfarsi, ovvero quando si percepisce che l'altro non è idoneo a soddisfarli. La tensione che nasce da questi bisogni contrapposti (e dalla difficile definizione sociale di quale sia oggi un modello accettabile di relazione uomodonna) può risolversi attraverso un complicato e stimolante gioco di accoglienza e separazione, oppure può bloccarsi nella delusione

- nel rancore. È quasi del tutto inevitabile, allora, se la coppia non si scioglie realmente, il trasferimento nell'area della relazione con i figli di quanto di scompensato trabocca dall'area coniugale, con la creazione di difficoltà di vario genere nella relazione con loro. Questa difficoltà può esprimersi come incapacità di prendersi cura dei loro bisogni materiali e affettivi elementari; come tendenza a considerarli prevalentemente in quanto luogo di proiezione di propri bisogni e di compensazione di ciò che né i propri genitori né il partner sono riusciti a dare; come strumento da impiegare nel confronto/scontro con il partner. Insomma come difficoltà nel non riuscire a trattare i figli per ciò che sono, ovvero soggetti verso i quali si ha il compito di renderli autonomi.

Se volessimo tentare a questo punto una ipotesi di «qualità accettabile» nello scambio familiare, potremmo dire quanto segue.

«Qualità accettabile» nella coppia può forse definirsi quella che scaturisce dalla costante oscillazione tra impegno verso l'altro e disimpegno, passando per forme di scambio dettate dall'opportunità

- dalla convenienza. Ciò vuol dire passare da una presa in carico dei bisogni dell'altro come persona portatrice di una diversità che va rispettata ed accolta, ad un condizione di autonomia reciproca che è autoresponsabilizzazione; passando, come detto, attraverso scambi di modesta entità in cui l'opportunità e la convenienza sono contemporaneamente prova d'impegno e di autonomia; con una dialettica tale da rendere l'impegno una condizione per l'autonomia, e viceversa.

Nel rapporto genitore figlio: la presa in carico del figlio (ovvero il riconoscimento dei suoi bisogni) è la premessa indispensabile per lo svincolo, se partiamo dal presupposto che una buona unione è premessa di una buona separazione. D'altro canto, la presa in carico del figlio è effettivamente tale solo se è finalizzata allo svincolo.

5. UNO SCHEMA DI CORRISPONDENZE

L'intreccio tra problemi nella coppia e problemi nel rapporto genitori-figli è forse rappresentabile con lo schema seguente, che verrà illustrato di seguito.

Tipo di matrimonio	Inesistente	D'interesse	Coatto
Scambio emotivo della coppia	Assente	Formale	Stallo
Rapporto genitori-figli	Abbandono	Impegno Mimale	Superinvestimento Strumentale

Letto dall'alto verso il basso, il passaggio da un gradino all'altro dello schema esprime una probabilità di corrispondenza che ha luogo se non intervengono altre condizioni. Ad esempio, un matrimonio inesistente, con un rapporto di coppia assente, determina nei figli una condizione sintomatica abbandonica se non intervengono altri fattori compensativi oggettivi (la presenza di altri adulti che si occupano positivamente di loro, per es.) e/o soggettivi (l'idea che i figli si fanno della situazione, che può spingerli a badare attivamente a se stessi, cercando all'esterno ciò che non hanno in casa). Un figlio investito dalla madre come consolatore delle pene inflitte dal marito può in adolescenza spostarsi verso il padre ed esserne accolto, sfuggendo così alle richieste invischianti e patogene della madre. E così via.

Insomma siamo alla vecchia regola per cui «dove c'è un figlio disturbato c'è sempre una coppia disturbata, anche se non tutte le coppie disturbate producono figli disturbati» [1].

Lo schema rappresenta quindi tre tipologie di intreccio tra problemi della coppia e condizione emotiva dei figli, tre modalità emblematiche di assetto relazionale poste in continuum tra loro e suscettibili di oscillazioni e spostamenti in relazione agli eventi importanti che investono e percorrono la famiglia.

A proposito di continuità tra le tipologie, possiamo immaginare come dalla prima alla terza cresca progressivamente nell'area coniugale l'investimento emotivo di uno o di entrambi i coniugi sul partner (da zero all'incastro totale e immobilizzante) passando attraverso tutte le possibilità intermedie; così come nell'area del rapporto con i figli cresce progressivamente dalla prima alla terza tipologia l'investimento emotivo di almeno uno dei genitori su almeno uno dei figli, da zero al superinvestimento strumentale.

Tre tipologie che determinano in uno o più figli, *nel caso di incontro tra questi e l'eroina*, modalità di svolgimento della tossicomania che dal punto di vista fenomenologico e dei modelli comunicativi nel sistema familiare sono stati individuati dagli studi di Cancrini. Sarà più avanti evidente come la prima tipologia conduca a quelle che Cancrini definisce come tossicomanie «sociopatiche»; come il secondo percorso possa sboccare nelle tossicomanie che Cancrini definisce «da nevrosi attuale» ed il terzo a quelle da lui definite «di transizione». L'accento nella tipologia qui proposta è invece collocato sull'eziopatogenesi del disturbo al livello della coppia e della prima generazione.

6. LA DISFUNZIONE NEL RAPPORTO DI COPPIA

Vediamo ora di definire la logica e i termini dello schema, partendo dall'arca coniugale.

6.1. *Il matrimonio inesistente*

Per «*matrimonio inesistente*» si deve intendere una relazione nella quale le aspettative reciproche, già molto basse in partenza, sono andate rapidamente deluse, spesso prima ancora del matrimonio stesso. L'incontro tra i partners è stato inerziale e casuale; spesso si tratta di persone che hanno alle spalle terra bruciata (sostanziale abbandono nell'infanzia, prima, ed espulsione alla prima occasione dopo); famiglie d'origine deboli o inesistenti sul piano delle relazioni, nelle quali è difficile o impossibile rientrare o trovare un sostegno per costruire altre situazioni, una volta emersa la nullità del matrimonio.

Nel matrimonio inesistente, l'originaria mancanza di interesse per l'altro, o esperienze abbandoniche particolarmente traumatiche nell'infanzia di entrambi hanno precluso la possibilità stessa dell'investimento emotivo. Lo scambio nella coppia tende quindi a zero.

Al momento dell'arrivo alla consultazione familiare, la conflittualità e la distanza nella coppia sono manifeste e hanno già prodotto tentativi di separazione, storie di tradimenti o dichiarazioni di responsabilità del tipo «abbiamo sbagliato matrimonio».

6.2 *il matrimonio d'interesse*

Nel caso del «*matrimonio d'interesse*» il partner è stato visto essenzialmente come strumento per soddisfare propri bisogni, psicologicamente *importanti ma non vitali*, quasi sempre iscritti nel l'«agenda segreta». Si tratta di bisogni relativi all'identità sociale, di bisogni materiali almeno in buona parte soddisfatti, di significati che il matrimonio assume nella dinamica tra ciascuno e la propria famiglia d'origine.

Nel matrimonio d'interesse lo scambio è quindi formale, più o meno compensato dal guadagno reciproco; vige una sorta di «patto di non aggressione» che consente il relativo godimento di quanto acquisito con il matrimonio stesso, benchè di norma sia ben presente l'insoddisfazione per tutto ciò che non rientra nelle ragioni di interesse, ovvero per il prezzo pagato per quelle ragioni. Se le aspettative verso l'altro sono risultate sproporzionate, la delusione ha derubricato il rapporto ad una condizione di facciata (la costruzione di un «sepolcro imbiancato»). I coniugi possono essere d'accordo su tutto, tranne che sull'essenziale (ovvero la qualità della loro relazione), su cui evitano accuratamente il confronto.

Il vuoto visibile esistente nella relazione può essere espressamente indicato dai protagonisti come prova della bontà della relazione stessa («non abbiamo mai litigato»). E' evidente come questa seconda situazione possa essere per alcuni aspetti maggiormente patogena per i figli, perchè più confondente.

Ciascuno dei coniugi ha la testa altrove piuttosto che nella famiglia nucleare: nella propria famiglia d'origine, per continuare un combattimento non concluso dall'allontanamento; nel lavoro, o con altri partner, per cercare una realizzazione che compensi i molti vuoti della relazione coniugale o l'insoddisfazione esistenziale di base comunque originata.

6.3. *il matrimonio coatto*

Per «*matrimonio coatto*» si deve intendere quello che vede i coniugi assortiti sulla base di bisogni psicologici profondi che in una parte fondamentale sono stati soddisfatti dalla relazione coniugale. Un esempio di tale assortimento tra i genitori di un tossicomane sembra essere con una certa frequenza quello tra un padre carente e depresso, che esprime nel rapporto con il coniuge il bisogno profondo di esser tirato su, e una madre carente anch'ella ma attiva, che porta il bisogno di avere qualcuno da tirar su. Il rapporto che nasce su queste basi tende a fissarsi su di esse in quanto, per tenersi, non deve avere sbocchi; ciascuno correrebbe altrimenti il rischio di perdere l'altro.

Il soddisfacimento del bisogno più importante crea una profonda dipendenza reciproca, che impedisce tra l'altro la rottura della relazione, nonostante sia presente anche una forte insoddisfazione per le caratteristiche del coniuge che non rientrano in quelle che hanno determinato quella specifica unione. Il rapporto è caratterizzato da due elementi:

- a) l'impossibilità di affrontare le aree di insoddisfazione per diversi motivi, ma tipicamente per il timore che l'altro usi questa ammissione di sofferenza per aumentare il proprio potere; b) l'uso di strategie che, utilizzate per dare sfogo indirettamente alla propria frustrazione, inconsapevolmente ricaricano la frustrazione dell'altro, incastrandosi l'una nell'altra in un modo che determina lo stallo di coppia descritto da Mara

7. LA DISFUNZIONE NEI RAPPORTI GENITORI- FIGLI

Sul versante del rapporto genitori figli, nella *prima tipologia* troviamo situazioni di progressivo disimpegno, sino *all'abbandono* vero e proprio. Ad un rapporto di coppia assente corrisponde in questa tipologia di processi relazionali anche una palese non presa in carico della prole, o per inabilità all'investimento emotivo in quanto tale, e/o per strategia mirante a colpevolizzare l'altro delle conseguenze dell'abbandono sui figli. In qualche caso il bersaglio della colpevolizzazione è rappresentato anche dai propri genitori, in quanto autori dell'espulsione che ha portato a quel matrimonio. La condizione abbandonica dei figli, quando è precocissima, falcia le possibilità di sviluppo dell'individuo, destinato a presentarsi sulla scena delle relazioni interpersonali in condizioni di estrema fragilità e condizionabilità.

La condizione abbandonica tende ad investire *tutti* i figli, dando luogo alla presenza di più tossicomani nella fratria, oppure alla compresenza di tossicomani ed altri disturbi del comportamento su base carenziale (devianza «sintomatica», disturbi depressivi, compromissione della capacità intellettive, ecc.). Al momento dell'arrivo alla consultazione familiare l'aggressività tra i componenti della famiglia può esprimersi apertamente, oppure la squalifica massiccia di ciascuno verso l'altro, in particolare degli altri verso il paziente, affiora imponente tra i sospiri. L'atteggiamento delegante ed espulsivo verso il paziente è immediato, mascherato dalla necessità di tenerlo lontano dalle sostanze. Atteggiamento che, più in generale, trova conferma ed alimentazione nei mass media, attraverso la tendenza - anche lì pienamente espressa - a concentrare l'attenzione sulle sostanze ed i loro effetti (anziché sulle ragioni della domanda di sostanze) e attraverso la sommaria mitizzazione del ruolo delle comunità terapeutiche. Nella *seconda tipologia*, ad un rapporto di coppia formale, che vede i partners sostanzialmente centrati su se stessi, l'investimento genitoriale reale sui figli, in particolare sul futuro paziente, è stato modesto e debole nel periodo precedente l'insorgere dei problemi: non si riscontrano all'analisi delle storie familiari periodi di *pienezza della relazione*. I ricordi paterni sul tossicomane bambino sono lacunosi e quelli materni tutti incentrati sulla normalità. Ma anche nelle situazioni in apparenza soddisfacenti il vissuto infantile del paziente è costantemente di carenza, ed il vissuto dei genitori è parallelo: «sarebbe stato perfetto se...».

Coerentemente con questa osservazione, dalla ricerca di Shedler e Block [15], si rileva, attraverso uno studio longitudinale su un gruppo di soggetti in età evolutiva seguiti dai cinque ai diciotto anni, che le madri di coloro che ai 18 anni risultano consumatori abituali di stupefacenti (anche se non eroinomani), osservate nell'interazione con il figlio fatta quando questi aveva sette anni apparivano «relativamente gelide, poco comunicative e poco protettive. Non sembrano incoraggiare i loro figli, e parallelamente sono preoccupate in modo ossessivo e manifesto dei loro livelli di performance».

Ricostruendo le storie familiari di molti tossicomani maschi, i cui genitori sono impegnati in uno scambio formale, appare che prima dell'emersione del disagio - mentre il padre è proiettato all'esterno della famiglia - l'impegno materno è «*mimato*», è *solo* apparente: si nutre di esterioresità («non gli è mai mancato niente...») e/o di affettuosità tanto manifesta quanto intimamente inconsistente. Quella stessa affettuosità che caratterizza i rapporti infantili, nei quali si cerca di prendere dalle relazioni anche quando si dà.

*Il rapporto tra madre e figlio futuro paziente è simile a quello di una bambina, Francesca, con il suo gattino, Nero. Nero è baciato, coccolato, abbracciato da Francesca. Ma la lettiera rimane sporca, la scodella dell'acqua spesso è vuota, il cibo ora abbonda ora scarseggia. I bisogni del gatto, cioè, non sono adeguatamente considerati e Francesca essenzialmente prende **da lui il proprio piacere di manipolarlo, di giocarci, di ingozzarlo quando ne ha voglia. Se chiediamo a Francesca se ama il gatto, lei non avrà dubbi nel dire sì, e molti osservatori esterni confermeranno il suo parere. Se potessimo chiedere al gatto se si sente amato da Francesca, probabilmente non saprebbe rispondere, perché da un lato sente bisogni importanti non riconosciuti, ma dall'altro la sua padroncina lo bacia e lo abbraccia. Ma Francesca è una bambina e Nero un gattino...***

L'impegno mimato costruisce l'autoillusione nei genitori di dare, anche quando stanno solo prendendo dal bambino-orsacchiotto, o quando stanno dando unicamente per mettere a tacere una voce petulante e scomoda.

A situazioni sociali «forti» corrisponde a volte un investimento che si potrebbe definire «estetizzato». I bambini sono gli elementi di una composizione, di una scenografia, che deve apparire gradevole all'esterno poiché questo è il bisogno di uno e entrambi i genitori. Non c'è l'assunzione di un ruolo di responsabilità (la relazione col bambino

viene al limite teorizzata come di amicizia, ossia di scambio paritario), e non vengono colti i primi segnali di disagio (gli atteggiamenti inibiti del bambino diventano «buona educazione» ecc.).

In definitiva, *l'autoillusione di aver dato (sul versante genitoriale) e di aver ricevuto (da parte del paziente) rappresenta l'elemento confusivo determinante nello scambio genitori figlio* in questa seconda tipologia.

Non c'è triangolazione, *almeno sino all'emergere dei problemi conportamentali.*

Con ciò si vuol dire che nel processo evolutivo dell'organizzazione familiare, l'arrivo in scena dei primi seri problemi (anche non legati a droghe) procurati dall'attività sintomatica del figlio, tende a modificare la precedente qualità dello scambio, aprendo la porta al cambiamento positivo, o al consolidamento e all'estremizzazione delle condizioni problematiche di partenza. Un insuccesso scolastico o un disturbo psicosomatico, ad esempio, possono portare verso la riflessione e l'adeguamento della presa in carico del figlio, oppure verso un rafforzamento del rifiuto celato di lui, oppure ancora verso una sua triangolazione all'interno della coppia genitoriale. Nel paragrafo «Un percorso trigerazionale comune» vedremo più da vicino il passaggio dall'impegno mimato alla triangolazione e da questa alla tossicomania del figlio.

Al momento della consultazione la famiglia si propone in modo molto simile a quello delle famiglie con figli portatori di disturbi psicosomatici rilevanti su base depressiva: la preoccupazione non è rivolta tanto alla sofferenza del paziente quanto allo sconvolgimento più o meno grave che il disturbo arreca al gruppo familiare; il sentimento prevalente nei genitori è l'autocommiserazione (il «questo proprio non ce lo meritavamo») che nel caso delle tossicodipendenze stride paurosamente con il pericolo di morte cui è in fin dei conti esposto il paziente.

Nella *terza tipologia* l'investimento di uno dei genitori (nella nostra casistica, rappresentata prevalentemente da tossicodipendenti maschi, si tratta quasi sempre della madre) sul figlio futuro paziente esiste, anche in modo intenso, ma diviene progressivamente sempre più *strumentale*. In parte, specie inizialmente, è reale, anche se generazionalmente incongruo, in quanto compensatorio di una mancanza affettiva avvertita dalla madre; in parte via via maggiore, però, è strumentale, in quanto giocato contro il partner, al quale viene testimoniato il possesso di una capacità di cure e di affetto che a lui viene negata, nell'ambito del combattimento coniugale occulto. Tale manovra giunge sino agli estremi della attivazione di una spiccata gelosia. La madre si occupa sì del figlio, ma con lo sguardo rivolto sempre al marito. Il futuro paziente è posto perciò in una condizione di indecidibilità progressivamente più marcata e pessimistica sulla propria collocazione affettiva. A tratti viene definito e si sente il privilegiato, a tratti un nessuno. Viceversa se l'investimento fosse reale darebbe origine ad altri disturbi meno gravi tipici delle situazioni psicologicamente incestuose.

All'arrivo in consultazione familiare l'alleanza tra paziente e uno dei genitori contro l'altro è immediatamente visibile, ed è il punto di contatto reale tra i primi due. Le sedute iniziali tendono ad aprirsi con il coro delle lamentele e degli attacchi verso il paziente, cui seguono raffiche di squalifiche sempre meno velate verso il genitore isolato, a volte sino al punto di presentare questi come il vero paziente.

In questi casi, l'atteggiamento espulsivo verso il paziente (la richiesta di invio in comunità terapeutica) esprime più che altro il tentativo di congelare la situazione esistente, attraverso una uscita che non è definita come tale, in analogia con quanto osservato da Fruggeri [7] per i ricoveri del paziente psichiatrico.

8. IL COMUNI DENOMINATORE DELLA DISFUNZIONE NEL RAPPORTO GENITORI FIGLI

È rappresentato dalla non presa in carico del figlio come tale; figlio che rimane, in forme assai diverse tra loro, di fatto in una condizione di deprivazione. Nella prima tipologia l'apporto dei genitori verso i figli tende a zero, i figli sembrano non esserci, non esiste un progetto famiglia. Nella seconda lo scambio tra genitori e figli è illusorio. Nella terza lo scambio è intenso ma falso. Il figlio è un'arma nello scontro con il partner. C'è l'imbroglio.

Da questa parte dello schema, quella del rapporto genitori-figli, si potrebbe dire che, in alcuni casi, gli estremi si toccano: un figlio totalmente strumentalizzato, come nelle situazioni psicotiche, è in effetti abbandonato nella sua dimensione reale. Per contro, in molte situazioni di totale abbandono è riscontrabile una condizione di strumentalizzazione, allorché nel conflitto aperto di coppia precocemente delusa (del tipo «matrimonio inesistente») si giunge alla politica del «tanto peggio (per tutti), tanto meglio», se il «tanto peggio» del fallimento del figlio può essere utilizzato da uno o da ciascuno dei partners per dimostrare all'altro le sue colpe.

Al momento della consultazione, nelle situazioni includibili nelle prime due tipologie, caratterizzate dalla prevalenza di elementi di carenza nello scambio genitori-figli, il paziente ha solitamente un atteggiamento di tipo depressivo-aggressivo, con caratteristiche infan-

tili, che ha analogie impressionanti - pur nella diversità dei contesti - a quello riscontrabile tra i bambini istituzionalizzati precocemente. Nella terza tipologia, laddove c'è fondata aria di tradimento e delusione l'atteggiamento del paziente è per lo più depressivo «toutcourt».

In tutti e tre i casi, il paziente si sente fundamentalmente *un orfano*, e per di più condannato al fatto che non ha nessuna possibilità di dimostrarlo. Se ci tenta, viene immediatamente sommerso dalla elencazione delle innumerevoli cose che i genitori hanno sempre fatto per lui, spesso «nonostante - in fondo - non le meritasse». Oppure viene sommerso dalla enumerazione dei suoi comportamenti problematici, di opposizione e di rifiuto in atto sin da quando era in fasce.

Questi atteggiamenti dei familiari sono sostenuti dall'ideologia corrente sull'origine del comportamento tossicomane, che è condivisa da tutti, *paziente compreso*. Tale ideologia (chè di ideologia trattasi, avendo la cultura dominante sulla droga i caratteri di impermeabilità e di refrattarietà alla dimostrazione e alla verifica tipici delle ideologie) fa riferimento a due parametri fissi: le cattive amicizie e la debolezza colpevole e ingiustificabile del paziente, che cede di fronte al piacere perverso o alla sostanza cattiva.

Possiamo forse dire, a questo punto del ragionamento, che la fragilità effettiva e la reale condizionabilità del tossicomane rispetto alle amicizie, la sua *eterodipendenza*, («avrebbe dato l'anima per i suoi amici, sin da piccolo») possono essere considerate come ulteriore dimostrazione del suo bisogno di acquistare, letteralmente, relazioni in cui sperimentare attenzione verso di sé, rispecchiamento, considerazione positiva, in modo chiaro ed esplicito, non condizionato e strumentale. Poichè nel tossicomane tale bisogno è straordinariamente elevato in quanto da sempre *insoddisfatto*, la stia capacità di discriminare criticamente le relazioni si riduce drasticamente, con l'effetto di dar luogo a rapporti nei quali egli è semplicemente il pollo da spennare, da un punto di vista materiale, o la persona da assoggettare psicologicamente.

Questa osservazione mi sembra coerente con quanto affermato da A. Miller [8]: «... poiché la madre reale non si era rivelata disponibile (altrimenti suo figlio non sarebbe diventato dipendente da qualche droga), il bambino non poté sperimentare nè una buona simbiosi, nè una separazione liberatoria e rimarrà per tutta la vita dipendente dall'immagine della madre ideale che egli desiderava, ma che non ha mai avuto. La sostanza a cui egli è ora assuefatto gli procura perciò non solo un senso di benessere, ma anche tutti i tormenti della dipendenza».

Il gruppo che abbia assunto questa funzione sostitutiva, crea, è vero, l'illusione di una madre migliore, ma richiede anche una spietata sottomissione alle sue norme...».

Una annotazione al limite della suggestione: è nel vissuto depressivo carenziale che si fissano le basi della futura tossicodipendenza: la produzione nell'organismo di endorfine, che normalmente è attivata dalla constatazione di essere immerso in un contesto potentemente positivo, è sempre stata modesta: provvederà l'eroina a colmare finalmente il vuoto; la dipendenza che nell'infanzia mira a una protezione che qui non c'è stata e dunque persiste, tiene attivo il bisogno di legarsi, a qualunque costo, a persone (o sostanze) che sazino la fame di completamento.

Il tentativo dei genitori di deresponsabilizzarsi, di non riconoscersi «parte in causa» nell'eziologia del disagio, enfatizzando il collegamento tra elementi esterni (le amicizie e gli spacciatori) ed elementi intrapsichici o di carattere (caduti dal cielo) del figlio, può essere letto come la conferma dello scarso coinvolgimento nella relazione con lui, oltre che come una manovra per proteggersi dall'angoscia generata dal senso di colpa.

Una ulteriore prova di questo è nella tardività così frequente della «scoperta» della tossicodipendenza. A volte sembra che il paziente sia costretto a rivelarla, dopo mesi o anni durante i quali nessuno si è accorto di fatti facilmente interpretabili. Il suo «non ce l'ho fatta più a nascondermi» equivale al dire «non potevo più sopportare di sentirmi un ectoplasma trasparente».

9. L'EROTIZZAZIONE DEL RAPPORTO GENITORE-FIGLIO/A PAZIENTE

Come già evidenziato da Stanton e Todd [16] è il genitore di sesso opposto al paziente ad essere maggiormente coinvolto nella vita del figlio. Questo coinvolgimento, tipico della seconda e, più raramente della terza tipologia, da parte del genitore è mimato o strumentale, ma dal futuro paziente è percepito inizialmente come reale, per diventare poi progressivamente sempre meno certo.

Il paziente tossicomane ha in molti casi avuto una posizione che - esteriormente - potrebbe definirsi di «cocco» di padre o madre, a seconda del sesso: in realtà questa posizione è solo lasciata intravedere, ma non si presenta mai come effettiva e compiuta. Se la seduzione è ambigua promessa, la relazione tra genitore e paziente in questo caso è caratterizzata da promessa ambigua di seduzione. In

pratica un nulla, nel quale si sente un vago profumo di cose buone ed essenziali, che lascia nel paziente solo un vissuto di carenza, spesso per giunta indicibile, inesprimibile con le parole, perchè «i fatti» (l'andamento dello scambio materiale) sembrerebbero testimoniare il contrario.

All'interno di questa dinamica tra genitore e paziente di sesso opposto non è raro riscontrare - soprattutto dopo l'eplosione sintomatica - una erotizzazione del rapporto che può spingersi anche sino ad assumere l'aspetto di una relazione incestuosa non compiuta.

La premessa della erotizzazione è l'assenza di un rapporto coniugale reale che rimane peraltro più o meno intensamente desiderato (anche se alle proprie condizioni) e candida il paziente a svolgere per lo stesso genitore una funzione compensatoria proprio sul piano dei ruoli sessuali.

Quando interviene la tossicomania, tra il paziente maschio e la madre si sviluppa un rapporto che ha le caratteristiche di quello tra amanti tormentati, in cui progressivamente il paziente assume un ruolo sadico e violento (di chi ha bisogno della prova del possesso dell'altro) e la madre un ruolo di vittima eroica che si sacrifica per il suo amato, non reagendo adeguatamente alla violenza. Si ha la sensazione che, a livello inconscio, il genitore sia stato catturato dalla inattesa intensità della relazione - che rappresenta una novità nei propri vissuti sentimentali - in qualche modo godendone. Il che rimanda al vissuto a sua volta carenziale del genitore sia rispetto alla famiglia d'origine, sia rispetto al proprio matrimonio. Penso che non si spieghi diversamente la strana e complice tolleranza, a volte di anni e anni, di situazioni violente (che poi magari si chiudono - ma sempre dopo troppo tempo - con la denuncia e l'arresto del figlio e l'acquisizione del titolo di madricoraggio).

Si può dire che l'erotizzazione del rapporto rappresenti una complicazione imprevista dell'impegno mimato o dell'investimento strumentale: la seduzione (mimata, perchè essenzialmente narcisistica), agita dal genitore nell'ambito del gioco di coppia, nella tempesta emotiva indotta dall'attività sintomatica del paziente, si fa più difficile, e sfugge al controllo dell'adulto. L'atteggiamento seduttivo può spegnersi bruscamente, dando luogo nel paziente ad un vissuto di tradimento, oppure può scivolare verso l'emissione di segnali sessuali reali, per quanto immediatamente negati, coperti, contraddetti. Con ciò si vuol dire che l'erotizzazione intervenuta è *altro* rispetto al gioco triangolare precedente; perchè si mobilita la dimensione erotica c'è bisogno di segnali reali che riguardano una coppia.

È evidente come l'erotizzazione della relazione possa essere facilmente contrabbandata dal genitore coinvolto, a se stesso e al paziente, come inequivocabile testimonianza d'affetto inesplicabilmente respinta.

Situazioni erotizzate, ma in modo meno passionale, si riscontrano anche in situazioni abbandoniche, nelle quali il figlio è totalmente un pari, proprio perchè è un estraneo. Il disimpegno sostanziale rispetto al ruolo genitoriale può creare tra genitore e figlio/a la *distanza* «utile» al non mantenimento saldo del tabù dell'incesto, che vacilla, esponendo la relazione all'irruzione di tematiche legate ai ruoli sessuali.

Ancora: è il disimpegno sostanziale a impedire nel genitore periferico le manifestazioni concrete di gelosia. Egli «non vede» ciò che succede tra i due semplicemente perchè non è interessato; al limite, può anche esserne contento, perchè questo gli è utile ad auto-assolversi, in quanto se proprio ci deve essere una qualche responsabilità genitoriale, questa è del coniuge, che ha troppo viziato, coccolato, rovinato insomma «quel/la cretino/a che ci è cascato/a».

10. LA DISTRIBUZIONE DELLE TOSSICOMANIE TRA MASCHI E FEMMINE

Come è noto, la stragrande maggioranza delle tossicomanie si sviluppa nella popolazione maschile. Alcune ipotesi, da approfondire, su questo dato, possono essere:

- il campo delle possibili compensazioni della delusione coniugale per una donna è, nelle condizioni sociali attuali, di gran lunga più ristretto di quello di un uomo, essendo meno accessibili per lei, nei fatti e culturalmente, le possibilità di proiettarsi all'esterno (nel lavoro, nella competizione professionale, nella politica, nelle relazioni con altri in genere). La probabilità che la stessa trasferisca su di un figlio - maschio, per le ragioni accennate nel paragrafo precedente - le aspettative andate infrante col marito è quindi ben più elevata di quanto non possa avvenire per il padre in relazione alla figlia;

- la trasgressione pericolosa e impegnativa è culturalmente sollecitata più per i maschi che per le femmine. E ciò ha che fare con la «scelta» della tossicomania come sintomo, in relazione al significato sociale che ad essa attribuisce il contesto.

Quando però il padre cattura la figlia bambina in un gioco superficiale seduttivo, si ha una frattura profonda nel rapporto tra lei e la madre che sembra avere conseguenze ben più pesanti della triangolazione sul maschio. Ciò è testimoniato dal carattere più duro e disperato con il quale così spesso si manifesta la tossicomania nella ragazza. Quando, nella preadolescenza, incomincia ad essere percepita da lei la carenza anche nel rapporto con il padre, si apre nel suo cuore un baratro dal quale emergono profonde tendenze

autodistruttive.

II. UN PERCORSO TRIGENERAZIONALE COMUNE

L nella seconda tipologia (vale a dire nella linea processuale matrimonio d'interesse-rapporto di coppia formale-impegno verso i figli mimato) che sembra concentrarsi la parte quantitativamente maggioritaria delle tossicomanie. Ed è a questa tipologia (molto più raramente nelle altre) clic fanno riferimento alcune diffuse ricorrenze evidenziate nelle storie di vita di padre, madre e figlio paziente; partendo da quelle storie si è delineato un percorso trigenerazionale che, nelle sue grandi linee, mi sembra piuttosto frequente.

Le ricorrenze in questione erano le seguenti:

1. la presenza di padri socialmente competenti, a volte ipercompetenti, di fatto, o - più raramente - solo per presunzione soggettiva;
2. la presenza di madri anch'esse socialmente competenti, apparentemente miti, in realtà dotate di determinazione e forza interiore considerevoli;
3. il coinvolgimento del figlio in attività professionali gestite direttamente o indirettamente dal padre, prima della tossicomania e dopo l'emersione dei primi problemi comportamentali.

Intrecciando questi tre elementi, e seguendone i fili a monte e a valle, si delinea un percorso che appare comune a molte situazioni, anche se è ovviamente lontanissimo dal rappresentare una regola. Eccone una sintesi.

11.1. Il padre

Il futuro padre del paziente esce da una famiglia nella quale ha svolto un ruolo genitoriale, poichè vi era in qualche modo deficitaria o assente la figura paterna.

La mancanza o l'assenza del padre possono essere oggettive (padre deceduto, malato, alcolista, ecc.), oppure relative ad aspetti nella relazione con la moglie (passivo, periferico, ecc.). Il futuro padre del paziente ha quindi cercato di prenderne il posto, con quel che ne consegue in quanto ad aspettative verso la madre, *lavorando principalmente sulla linea del farsi carico dei problemi della famiglia, a partire da quelli materiali* (al posto del padre o meglio di lui).

Ha sviluppato perciò buone (o spiccate) capacità professionali, relativamente all'area che gli è proposta dal contesto socio-economico dal quale ha preso le mosse: se fa il fruttivendolo è (o si ritiene) un ottimo fruttivendolo, se è un imprenditore è (o si ritiene) molto capace, e così via. Ma tutto questo non è stato riconosciuto in modo per lui soddisfacente da madre e fratria: ha magari ricevuto da parte materna il rinforzo per il suo atteggiamento sul piano valoriale («bravo, bravo»), ma non su quello affettivo, che era il suo vero obiettivo. A volte ha reagito a questa situazione con un iperadeguamento (diventando sempre più competente), che resta ugualmente non riconosciuto come egli avrebbe desiderato. La situazione si prolunga sino a quando non è colpito dalla dolorosa intuizione di essere stato trattato come una bestia da soma. Allora, arrabbiato e deluso cede e decide l'uscita attraverso il matrimonio.

Il malcontento che ha accompagnato questo percorso e la delusione finale portano il futuro padre del paziente (che ha ormai le caratteristiche del *self-made man, indipendentemente dal livello oggettivo raggiunto*) a selezionare un tipo di partner che gli procuri ciò che ha ambito e non ottenuto nella propria famiglia, innanzitutto il riconoscimento pieno delle proprie virtù e la conseguente posizione subordinata degli altri.

La delusione sperimentata porta quest'uomo a «mettersi al sicuro», attraverso la selezione di una donna che non gli crei troppi problemi; che sia contenta del fatto stesso di essere stata scelta da un uomo abile e capace; che gli consenta di mettersi a riposo dopo tanto ingrato lavoro. La scelta tenderà quindi a ricadere su di una persona che abbia qualche caratteristica utile a tenerla su un piano inferiore: oltre ad essere di rango sociale o culturale appunto inferiore, la partner può essere una «ragazzina», oppure - se lui ha tardato ad arrendersi con la propria famiglia - una donna che a causa dell'età sta per uscire dal mercato delle relazioni matrimoniali, oppure ancora una «sartina» mite e sottomessa. In ogni caso, *non una persona senza valore* ma, anzi, con delle qualità che siano ben riconoscibili all'esterno: l'aspetto fisico, l'appartenenza ad una «buona famiglia», l'essere definibile come ottima donna di casa, e così via. Infatti il nostro uomo, da persona competente quale si ritiene, e quasi sempre è, sa riconoscere il valore. Inoltre non può consentire un proprio indiretto deprezzamento attraverso la scelta di una partner palesemente inadeguata.

(Il valore di molte donne madri di tossicomani trova peraltro anche una successiva conferma nella loro capacità di aggregarsi e combattere sul problema delle tossicodipendenze).

11.2. La madre

La futura madre del paziente ha, sin quando è nella propria famiglia, caratteristiche simili a quelle del futuro padre, ovvero di persona con una buona opinione di sé, che però non è stata confermata dai genitori. Sente di essere vittima di una ingiustizia, ha per così dire il vissuto della straniera in casa e non si è sentita mai realmente valorizzata per le sue qualità. Insomma una Cenerentola, ma più consapevole di sé e più determinata rispetto al personaggio della fiaba.

La selezione del partner partirà quindi in lei dal bisogno di valorizzazione, *agito anche come rivalsa verso la famiglia d'origine*.

Quando all'orizzonte si profila l'opportunità di un uomo che ha alcune caratteristiche di superiorità, che promette una vita sicura (apparentemente in cambio di poco) e che consente di distanziare la famiglia d'origine, tale opportunità viene colta al volo. Fidanzamenti brevi o brevissimi sono frequenti in queste situazioni.

Il matrimonio d'interesse è quindi rappresentato dall'accoppiamento di questi bisogni, importanti ma non vitali, sia per lui che per lei.

11.3. Il figlio

Come abbiamo detto, nella seconda tipologia la delusione di una parte importante delle aspettative reciproche dei coniugi è stata generalmente rapida, in quanto entrambi esprimevano sostanzialmente lo stesso bisogno unidirezionale (dall'altro verso se stessi) di cure e valorizzazione.

Il futuro paziente nasce in questa situazione, che vede il padre già ritornato all'esterno (magari a «fare sacrifici per i figli», in realtà nell'unico ambito nel quale si sente realizzato) e la madre che compensa in vario modo la difettualità del legame coniugale (coltivando gli aspetti della propria identità sociale, restando legata alla famiglia per regolare vecchi conti affettivi, producendo - anche in relazione a quanto appena detto - un impegno che abbiamo definito «mimato»).

Passando alla qualità del rapporto genitori-figli, dal punto di vista del vissuto del paziente il contatto emotivo con la madre è incerto e confuso: c'è e non c'è; quello con il padre tende a poco. Generalmente nello sviluppo del paziente si riscontra una prima fase di timidezza e inibizione connessa alla situazione carenziata e confusiva: il paziente bambino si muove nella relazione con la madre «in punta di piedi» e «facendo il bravo», aspettando una promozione affettiva che però non arriva. L'impegno materno mimato, (con le sue caratteristiche di bella scatola vuota, di fascinazione e di assenza snervante intermittenti), da un lato genera un vissuto di dolorosa carenza, e dall'altro un desiderio di riconoscimento affettivo che immobilizza nell'attesa. È quest'ultimo aspetto che blocca l'allontanamento del bambino da una condizione sgradevole e perdente; ed è in questa fase che si fissano le condizioni che ostacoleranno il processo di individuazione, lo svincolo, l'investimento reale su altre figure (partners femminili in particolare, come si riscontra all'analisi delle relazioni tra tossicomani ed eventuali ragazze).

Ma intanto carenza e confusione producono i loro effetti e nascono i primi sintomi: disturbi psicosomatici, difficoltà scolastiche, problemi comportamentali.

Questi sintomi producono un'onda d'urto che investe la coppia genitoriale e tende a spostarla verso il comune rifiuto del prodotto filiale mal riuscito, oppure verso una conflittualità aperta mascherata da dissidio pedagogico, con l'accensione di una triangolazione. La delusione coniugale occultata comincia a rigurgitare e ad essere agita attraverso la posizione da assumere verso il figlio. La costellazione relazionale che tende a configurarsi vede madre e figlio far coppia rispetto al padre.

In quest'ultimo caso, lo sviluppo del paziente vede, dalla preadolescenza in poi, una fase reattiva e conflittuale-depressiva, rivolta principalmente contro il padre, ma tesa a mettere anche alla prova, a verificare, l'esistenza o meno del rapporto con la madre. Ad essere attaccato è innanzitutto il padre, in quanto il suo atteggiamento di distanza è almeno chiaramente leggibile, anche se il vero bersaglio dei comportamenti inaccettabili è l'ambiguità materna. Alla coscienza del paziente appare però - e sempre di più man mano che lui diventa attivo nel conflitto - solo la difficoltà con il padre. Si determina cioè, qualche tempo dopo la triangolazione del paziente nel gioco di coppia, un comportamento sintomatico del tutto simile al «comportamento inusitato» descritto da Mara Selvini Palazzoli e al. dove la madre rappresenta il genitore perdente e il padre quello vincente: «Il ragazzo ... insulta violentemente il genitore vincente, o non gli risponde più, si chiude in camera sua rifiutando di uscire, oppure comincia a sperperare denaro, a rientrare tardi la notte, o smette di studiare, o addirittura di andare a scuola. Con tale comportamento egli persegue contemporaneamente due obiettivi: da un lato punta a sfidare l'arroganza del vincente, a rintuzzarne le provocazioni, a «fargliela vedere»; dall'altro mira a mostrare al perdente come dovrebbe fare per ribellarsi: vuol dargli cioè il buon esempio» [14].

La difettualità del paziente diventa ingombrante, sfugge al potere di controllo della madre, cui era stata esplicitamente delegata la funzione di allevamento/educazione e richiama in campo il padre. Questi da un lato non tollera che qualcuno gli rovini la facciata della costruzione (il sepolcro imbiancato) cui tiene molto, e dall'altro è attratto dalla felice opportunità di mettere a posto, finalmente, la coppia moglie-figlio, squalificando la prima e piegando il secondo.

Spesso (quasi sempre se il padre è un lavoratore autonomo) l'arrivo in campo del padre vede l'inglobamento del figlio nell'attività professionale paterna. Il tentativo paterno di piegare il figlio ha l'effetto di incrementare la conflittualità tra i due, e di rendere più ambigua la posizione materna, oscillante tra lo schierarsi con il marito nel controllo del comportamento del figlio e con questi contro le intemperanze, gli scatti e le squalifiche del marito, che sempre più la investono in prima persona.

La condizione emotiva del paziente sarà quindi, in questa fase, un alternarsi di depressione (quando la madre si sposta sul coniuge) e di euforia (quando la madre accenna a spostarsi verso di lui).

L'incontro con l'eroina, nel vissuto del paziente, è in continuum con questa dinamica di emozioni a spirale ascendente, ed assume il duplice senso detto in premessa, di sedazione di una condizione depressiva e di mossa nel gioco delle relazioni, tesa a mettere in ginocchio con l'arma più potente (l'essere un drogato) chi vuole piegarlo da avversario (il padre) e chi non si definisce chiaramente (la madre). L'arrivo in scena delle sostanze confonde ulteriormente le acque della relazione: inchioda il paziente alla sua difettualità, finalmente conclamata.

È questo il punto in cui il cerchio del problema si chiude con il catenaccio della cultura della droga oggi dominante: ossia con quell'inossidabile intreccio tra private difese e pubbliche opinioni che rende il tossicomane (prodotto di una storia di vita essenzialmente eterodeterminata) «vittima della droga», cioè stolto carnefice di se stesso e di chi gli sta intorno.

12. UN PROBLEMA DI DIPITRENZE TRA TOSSICOMANIA E PSICOSI

La terza tipologia considerata, che vede la coppia tendere allo stallo di coppia e un genitore superinvestire strumentalmente un figlio, oltre ad essere spiccatamente minoritaria da un punto di vista quantitativo rispetto alle altre, è profondamente diversa da esse. Infatti sul versante del rapporto genitori-figli le prime due sono accomunate da una condizione carenziale piuttosto esplicita nel primo caso e annegata nella confusione dell'impegno mimato nel secondo. Nella terza tipologia si verifica invece una presa in carico tanto forte quanto finalizzata ad altro che non sia la crescita psicologica del figlio (quindi una non presa in carico). Il senso e la dinamica delle relazioni sono, da un punto di vista qualitativo, del tutto simili a quelle che generano psicosi secondo il modello eziologico proposto da Mara Selvini e coll. [14]. Da questo punto di vista, una interessante linea di ricerca potrebbe essere rappresentata dall'analisi di quei casi in cui tossicomania e psicosi sembrano sovrapporsi nella stessa persona. Allo stato, ma partendo da una casistica davvero troppo limitata, mi sembra che, dal punto di vista del vissuto del paziente, si verificano due situazioni: una prima vede la tossicomania come l'estremo tentativo autoterapeutico di evitamento del crollo psicotico, inconsciamente avvertito come incombente; la seconda come un incontro tra persona e sostanza successivo all'emersione del disagio psicotico in cui, come analizzato da Cancrini a proposito delle tossicomanie di transizione, la droga viene usata principalmente come farmaco [5]. In entrambi i casi a me sembra molto presente il tentativo della persona di darsi una identità diversa da quella di «matto»; cioè di definire e qualificare il proprio disagio riferendolo ad una patologia sociale meno squalificante sul piano dell'immagine sociale e sul piano del senso personale: «sto male perchè sono un drogato».

Al di là delle situazioni di sovrapposizione tra tossicomania e psicosi, si potrebbe dire che le relazioni familiari nella terza tipologia differiscono da quelle che generano psicosi sul piano della loro intensità patogenetica. Differenza di intensità che forse potrebbe esser resa nel modo seguente.

La psicosi è il frutto di un imbroglio, ovvero di «un processo interattivo complesso che sembra strutturarsi ed evolversi attorno ad una specifica tattica comportamentale messa in atto da un genitore, caratterizzata dall'ostentare come privilegiata una relazione diadica intergenerazionale (genitore-figlio) che di fatto non è tale. Questo nel senso che il presunto privilegio non è affettivamente autentico, bensì strumento di una strategia mirata contro qualcuno, di solito l'altro genitore». ([14], pag. 70). Se la psicosi nasce dunque da un imbroglio quasi totalmente riuscito (una storta di inconsapevole delitto perfetto) che inchioda il paziente al tentativo ripetuto di svelarlo, la tossicomania che scaturisce da questo tipo di relazioni e significati è una strumentalizzazione più grossolana, in cui l'incertezza del paziente sulla propria collocazione affettiva verso il genitore invischiante è sostanzialmente orientata in modo pessimistico, e quindi depressivo.

Il paziente tossicomane in qualche modo tenta di uscire da una

situazione emotiva sgradevole rispetto alla quale ha solo speranze residuali di risoluzione. Sostituisce la disillusione verso il genitore con l'illusione delle sostanze.

Il paziente psicotico conserva la speranza che l'altro, il genitore che si era proposto come alleato, si definisca nel modo da lui ricercato, e combatte tenacemente e sottilmente per farlo uscire dall'ambiguità. Noti molla il sintomo sinchè ha speranza.

La tossicomania esprime invece, in questa tipologia, il sentimento di una sconfitta e di un tradimento percepiti come avvenuti ed irreparabili, con qualche sprazzo di intensa speranza che subito si spegne.

COMMENTO

Sono grato alla Rivista per l'occasione che mi offre di commentare questo lavoro di Vinci, che mi pare bello e ricco, e alla cui elaborazione sono lieto di aver potuto dare qualche piccolo contributo. Non l'ho fatto basandomi sulla mia esperienza clinica, che in materia di tossicomania è pressochè inesistente, ma sulla mia esperienza metodologica, vale a dire l'aver partecipato, e il partecipare tuttora, alla stimolante ricerca che conduciamo, sotto la guida di Mara Selvini Palazzoli, sui processi interattivi ricorrenti rintracciabili nelle famiglie con figlio psicotico. L'entusiasmo suscitato da tale avventura scientifica mi ha spinto a cercare di riprodurre lo spirito nella modellizzazione dei giochi tipici prima delle famiglie trascuranti i cui figli vengono collocati in affidamento, poi di quelle maltrattanti e incestuose sottoposte a provvedimenti della Magistratura e, più recentemente, di quelle dei tossicodipendenti. Infatti ho condotto, all'interno di un'iniziativa formativa del Nuovo Centro per lo Studio della Famiglia, un gruppo di colleghi desiderosi di trasferire la ricerca di modelli eziopatogenetici specifici al campo della tossicomania. Le linee lungo cui si è sviluppata la nostra riflessione presentano suggestive analogie con quelle su cui ha proceduto l'analisi di Vinci, in modo indipendente, anche se nell'ambito del medesimo alveo formativo.

I punti che vorrei sottolineare a proposito della sua analisi sono tre.

Il primo è il fatto che un articolo come questo fornisce un apporto significativo all'aumento della conoscenza scientifica. Vinci procede infatti partendo dai lavori di Cancrini, che hanno rappresentato la base su cui si sono formati tutti i terapeuti a indirizzo relazionale che operano nel settore delle tossicodipendenze, e in particolare da tre tipi della sua ben nota classificazione (tossicomania sociopatica, da nevrosi attuale, di transizione). Per ciascun tipo egli, dandone per acquisite sia la fenomenologia sia le modalità comunicative nel sistema familiare così come sono state individuate e descritte da Cancrini, si adopera a rintracciare un processo familiare eziopatogenetico specifico. Tali processi sono caratterizzati in modo sufficientemente preciso da poter essere ripercorsi da qualunque terapeuta che voglia, di fronte a un caso della propria casistica, cimentarsi a verificare (o falsificare) l'ipotesi eziopatogenetica proposta. Ciò rappresenta un esempio concreto di come utilizzare le conoscenze elaborate dai predecessori per offrire le proprie alla comunità dei colleghi, in modo che nessuno più debba ripartire da zero e che la conoscenza sulle modalità patologiche (e normali) di funzionamento delle famiglie aumenti progressivamente. Questa posizione rischia però di rimanere minoritaria nel campo della terapia familiare italiana, in cui l'adesione all'opzione teorica (o ideologica?) del costruttivismo radicale ha condotto molti a estremizzare gli effetti dell'interdipendenza tra osservatore e oggetto osservato (in sè fondamentale apporto della scienza contemporanea). Questi colleghi si limitano così nei fatti ad occuparsi dell'osservatore, e cioè del terapeuta e delle sue tecniche, e cessano di studiare l'oggetto osservato, cioè le famiglie e le persone che le compongono, negando così le premesse perchè si costituisca un patrimonio di conoscenze scientifiche sulla patogenesi familiare.

Il secondo punto è rappresentato dal livello di complessità che l'analisi di Vinci raggiunge, complessità che era (ed è) assente nei lavori ispirati a un'ottica sistemica pura e semplice. Nel suo scritto non troviamo un sistema familiare, irrigidito nel suo hic et nunc e appiattito in un gioco inanimato di interazioni. Siamo messi viceversa di fronte a una famiglia composta da persone, ciascuna delle quali è portatrice di bisogni e capace di strategie per raggiungerli, e ne seguiamo l'intreccio delle relazioni in una prospettiva storica, processuale, che abbraccia l'arco di tre generazioni. Il recupero della dimensione individuale, che fa emergere dagli schemi di Vinci padri e madri (e non genitori indifferenziati) e della dimensione temporale (con il tentativo di scansione in stadi) sono ormai entrati a far parte del movimento di terapia familiare «al di là del sistema». Ma la complessità delineata da Vinci si crea grazie anche all'attenzione alle singole diadi che la compongono. In terapia familiare la dimensione diadica non ha ancora piena cittadinanza, eccezion fatta per la coppia coniugale. È come se scomporre la triade dell'interpretazione madre-padre-figlio per analizzare anche le due diadi parentali che la costituiscono

(madre-figlio, padre-figlio) rischiasse di farci scivolare in un campo di pertinenza psicanalitica, nel quale ci muoveremmo con imbarazzo. L'analisi delle modalità di accudimento materno operata da Vinci mi sembra una promettente trasgressione di questo tabù. Per arricchire ulteriormente questo livello della complessità manca ancora la presenza della fratria: il ruolo giocato da fratelli e sorelle del tossicodipendente nel processo familiare andrà inserito ad arricchire questa prima bozza di modello.

L'ultimo punto che voglio sottolineare è il richiamo alla dimensione della responsabilità. Mi sembra che la premessa di Vinci, che in rapporto alla droga non dimentica l'esistenza di responsabilità collettive connesse con gli interessi economici e con i meccanismi socio-culturali, ma mette in primo piano il ruolo svolto dai movimenti degli affetti nella famiglia nel determinare la tossicodipendenza in un figlio, testimonia una scelta coraggiosa sul piano terapeutico. Questa posizione richiede infatti la capacità di collaborare con genitori di cui si mette fortemente in risalto la responsabilità - certo inconsapevole e dunque non discutibile sul piano della colpa morale, ma pur sempre responsabilità - nella genesi della sofferenza del figlio. E questa capacità clinica dev'essere robusta, perché non può che scontrarsi con un'elevata resistenza dei genitori a mettersi in crisi, resistenza che come Vinci fa notare è favorita dall'ideologia corrente che enfatizza il peso dei fattori sociali (vedi le «cattive compagnie») e assolve di fatto la famiglia, delegando in modo semplicistico la cura del tossicodipendente alle comunità terapeutiche. Mi sembra che l'appello alla responsabilità dei genitori possa avere qualche speranza di successo esclusivamente se parte da un terapeuta che si assume la sua, di responsabilità, nell'aiutare ciascun membro della famiglia a riconoscere i propri errori e a porvi rimedio. Un atteggiamento indispensabile di genuina presa in carico da parte del terapeuta è condizione indispensabile per poter vincere la tendenza di molti genitori all'espulsione e alla delega e quella reattiva dei tossicodipendenti alla fuga nell'aggressività autodistruttiva: ed è proprio questa capacità di presa in carico che noi terapeuti familiari spesso non abbiamo fin qui a sufficienza sviluppato.

Stefano Cirillo

COMMENTO

La lettura del contributo di Giuseppe Vinci mi ha fatto piacere per più di un motivo. Sul piano personale ci ho visto confermato, con solidità di argomenti, un tentativo di classificazione delle tossicomanie in cui sono impegnato da molti anni. Sul piano teorico mi ha consentito di sciogliere un nodo decisivo per lo sviluppo di una riflessione volta ad utilizzare, in una moderna ricerca sulle famiglie, il patrimonio di ricerca accumulato nel campo proprio della psicologia dinamica e delle psicoterapie centrate sul funzionamento della mente individuale. Sviluppando il discorso di Mara Selvini-Palazzoli e del suo gruppo di lavoro sulla dimensione necessariamente longitudinale della ricostruzione eziopatogenetica (o più precisamente, forse, processuale: ad evitare che l'idea sulle cause ritorni e per indicare quanti processi possono attivarsi, e diversi fra loro, a partire da un insieme di circostanze date); Vinci riesce infatti a verificare, a livello delle coppie genitoriali prima, e delle altre diadi intergenerazionali poi, la possibilità di una distinzione troppo spesso trascurata dai terapeuti familiari della seconda generazione (quelli della prima, da Bowen a Jackson, da Wynne a Whitaker avevano, a mio avviso, ben chiaro in mente la necessità di distinguere le famiglie «psicotiche» da quelle «nevrotiche»), fra famiglie e famiglie, fra sintomi e sintomi del paziente designato. Con implicazioni di grande rilievo d'ordine pratico (clinico) e teorico (di organizzazione concettuale del discorso sui sistemi aperti).

Il problema, che è di grande rilievo, va in effetti molto al di là di quello posto da uno studio sulle tossicomanie. Per ciò che mi riguarda ho tentato di affrontarlo in modo sistematico, con l'aiuto di Cecilia La Rosa, all'interno di un libro intitolato «Il vaso di Pandora», dedicato agli studenti di Medicina e di Psicologia perché mi sembra intollerabile il fatto che si continui ad ignorare, parlando di persone che stanno male in vario modo, la necessità di un confronto costruttivo fra i dati evidenti ai terapeuti della famiglia, agli psicoanalisti e agli psichiatri: diversi fra loro per la differente prospettiva in cui ognuno di loro si è collocato. Quello che risulta per ora, e su cui c'è ancora molto da lavorare è la necessità di iniziare un discorso sulle aree (psicotica, nevrotica, comportamentale) all'interno delle quali si definiscono i disturbi più tipici ed a cavallo delle quali vanno collocate manifestazioni complesse (del tipo delle tossicomanie ma anche del disturbo alimentare psicogeno e di altri problemi psicosomatici) che devono (possono) essere considerate come il risultato possibile dell'incontro fra una serie di vincoli determinati processualmente e ricostruibili in termini di storia e un insieme di fattori che agiscono dall'esterno (del tipo offerta di droga, mode culturali e «sfida» somatica) e di cui Vinci sottolinea, giustamente, qui, il ruolo spesso del tutto casuale.

Ce n'è abbastanza, mi pare, per rimboccarsi le maniche guardando, con curiosità ed entusiasmo, al futuro del nostro lavoro. Verso un

superamento delle contrapposizioni che hanno bloccato il mondo «psi» in una situazione terribilmente simile a quella delle famiglie psicotiche più indifferenziate: provando a chiudere di nuovo, nel vaso che Pandora incautamente aprì il serpente della discordia. Con benefici certi per chi, a uno qualunque di noi è costretto (per sua sfortuna o, parafrasando Mattia Pascal, inaccettabile impotenza) a chiedere aiuto o insegnamento.

Luigi Cancrini