

# Un modello di processo eziopatogenetico trigenerazionale della tossicodipendenza. Parte seconda: idee sul trattamento

Stefano Cirillo, Roberto Berrini, Gianni Cambiaso, Doriana Losasso  
Roberto Mazza, Giuseppe Vena, Giuseppe Vinci e Carole Xhaet\*

## 1. PREMESSA: IL MODELLO EZIOPATOGENETICO RELAZIONALE

Con questo articolo intendiamo proseguire la comunicazione dei risultati del lavoro del *gruppo di ricerca* sulla tossicodipendenza, che opera, ormai da diversi anni, all'interno del Nuovo Centro per lo Studio della Famiglia diretto da Mara Selvini Palazzoli.

In un precedente articolo, apparso su questa stessa rivista [7] è stato presentato il modello eziopatogenetico, elaborato dal gruppo, per la tossicodipendenza da eroina nei pazienti di sesso maschile. Esso individua tre possibili percorsi processuali, ognuno scandibile in sette stadi, attraverso i quali si delinea la storia emotiva e relazionale della famiglia del tossicodipendente. L'elemento ricorrente che caratterizza l'evoluzione di tali percorsi trigenerazionali, in misure e modi diversi, è quello dell'*esperienza carenziale* vissuta non solo dal tossicodipendente, ma anche dai genitori nella propria famiglia d'origine, esperienza che viene però misconosciuta e minimizzata.

Rimandiamo all'articolo precedente per una approfondita descrizione del modello; qui, per comodità del lettore, riportiamo solo una sommaria descrizione dei sette stadi che illustra i tre percorsi del processo patogeno.

## 2. I SETTE STADI

### 2.1. PRIMO STADIO: LE FAMIGLIE D'ORIGINE E LA TRASMISSIONE INTERGENERAZIONALE DELLA CARENZA

Entrambi i genitori del futuro tossicodipendente hanno sperimentato con i rispettivi genitori una relazione carenziale, per qualche aspetto, senza poter ri-

---

\* Il gruppo, condotto da S. Cirillo, è composto da psicoterapeuti professionalmente impegnati in Servizi per le tossicodipendenze. Oltre agli autori di questo articolo, ne fanno parte A. Mancini e S. Palumbo.

conoscere il danno ricevuto. Un percorso tipico sembra essere quello che vede un *padre* precocemente adultizzato, che soffre della mancanza di un rapporto con il proprio padre, senza che la madre abbia riconosciuto gli sforzi da lui fatti per sostituirne le funzioni in famiglia, e una *madre* paralizzata in un rapporto conflittuale con la propria madre, conflitto che suo padre ha istigato o quanto meno non ha sanato.

## 2.2. SECONDO STADIO: LA COPPIA GENITORALE

La scelta del partner è potentemente condizionata dalle modalità che hanno caratterizzato la relazione di ciascun genitore con i propri genitori. In linea di massima, il marito non compensa - o addirittura acuisce - i bisogni insoddisfatti della moglie nei confronti di sua madre: è proprio la persistenza di tali bisogni che renderà la moglie incapace di accudire adeguatamente il figlio.

Identifichiamo [12]:

- 1) un *matrimonio d'interesse* in cui ciascun coniuge è visto essenzialmente dal partner come strumento per soddisfare i propri bisogni di realizzazione sociale o di emancipazione rispetto alla famiglia di origine.
- 2) un *matrimonio coatto*, assimilabile allo stallo di coppia descritto da Selvini Palazzoli e coll. [11] per i genitori degli psicotici.
- 3) un *matrimonio inesistente*, in cui si ha uno scambio emotivo tendente a zero, tra due partner con aspettative già in partenza molto basse e comunque rapidamente deluse. Un esito frequente in questi casi è la separazione.

## 2.3. TERZO STADIO: LE CARENZE DEL RAPPORTO MADRE/FIGLIO NELL'INFANZIA

La qualità del rapporto madre/figlio è tale da avere degli effetti di deprivazione e carenza rispetto ai bisogni affettivi primari del bambino, che però non ha consapevolezza del proprio disagio a causa di meccanismi di minimizzazione o occultamento del danno da parte degli altri membri della famiglia. Le modalità di tale deprivazione potrebbero essere tre:

- 1) *Accudimento "mimato"* in funzione dei propri bisogni. Impegnata su un fronte emotivo diverso da quello con il figlio (per esempio con la propria madre) - e comunque non con il coniuge (matrimonio d'interesse) - la madre esegue le mansioni accuditive in modo apparentemente ineccepibile, ma in realtà più funzionale ai propri bisogni che a quelli del figlio. Questa peculiare modalità rende impossibile al figlio di avere coscienza del danno subito.
- 2) *Accudimento strumentale* contro il coniuge. All'interno di una relazione coniugale di stallo, il figlio percepisce la madre come ipercoinvolta con lui, ma confusamente avverte che in realtà questa lo strumentalizza contro il coniuge.
- 3) *Abbandono*: in situazioni di sostanziale solitudine (matrimonio inesistente), la madre si rivela carente sia sul piano affettivo che sul piano accuditivo. L'occultamento avviene attraverso giustificazioni di necessità oggettive.

#### 2.4. QUARTO STADIO: LA RABBIA DEL FIGLIO IN ADOLESCENZA

Sotto la spinta delle trasformazioni che caratterizzano l'adolescenza, diventa più oneroso il mantenimento dei meccanismi di minimizzazione e di idealizzazione che caratterizzano la relazione madre-figlio. La parziale presa di coscienza del figlio non è ancora tale da scatenare la rabbia sintomatica, anche per la presenza di eventuali testimoni autorevoli (scuola, parenti, ecc.) che legittimano il comportamento della madre. Compaiono così comportamenti oppositivi e/o fallimentari non ancora sintomatici (insuccessi scolastici, sperimentazione di droghe leggere, uso di alcoolici, identificazione con gruppi violenti).

#### 2.5. QUINTO STADIO: IL FALLIMENTO DEL PASSAGGIO AL PADRE

Sentendosi solo in quanto deluso dalla madre, il figlio tenta di spostarsi verso il padre, mosso dal bisogno di un riconoscimento della legittimità dei propri sentimenti relativi all'inadeguatezza materna e dei propri diritti di individuazione, ma tale movimento non riesce.

Il padre si rivela infatti inaccessibile: può rifiutare il figlio in quanto lo sente figlio della coppia madre-suocera (percorso 1), o in quanto lo sente come rivale interno (percorso 2); oppure può risultare assente o manifestamente inadeguato (percorso 3).

#### 2.6. SESTO STADIO: L'INCONTRO CON LE SOSTANZE STUPEFACENTI

La solitudine e l'affiorante consapevolezza di essere sempre stato solo, il disagio e l'autosvalutazione conseguente a tale scoperta, la rabbia connessa con questo parziale disoccultamento, la confusione che tuttora persiste predispongono l'adolescente ad accettare l'incontro con l'eroina.

#### 2.7. SETTIMO STADIO: LE STRATEGIE BASATE SUL SINTOMO

I comportamenti successivi alla scoperta della tossicodipendenza contribuiscono a cronicizzarla.

Percorso 1) La madre evita la depressione e l'entrata in crisi enfatizzando il proprio accudimento infantilizzante. Il padre continua ad interagire debolmente. La retroazione del figlio è rappresentata dall'approfittare dei vantaggi offertigli dall'accudimento, riservando al sintomo l'unica espressione della propria autonomia (e della propria aggressività).

Percorso 2) La madre può continuare a privilegiare il proprio legame col figlio contro il padre (per esempio colludendo con la tossicodipendenza), il padre reagisce aumentando la sua distanza e la sua furia. Il figlio conserva il proprio potere attraverso la tossicodipendenza e si crea un'escalation che aumenta ulteriormente la svalorizzazione del padre nei suoi confronti.

Percorso 3) La madre prosegue nei propri atteggiamenti di disimpegno e di delega, accusando agenti esterni (la società, le cattive compagnie, gli spacciatori...) della tossicodipendenza del figlio: il fatto che il sintomo perduri le permette

una concreta possibilità di continuare ancora, con un figlio adulto, la propria delega espulsiva (per esempio in comunità).

La retroazione del figlio è l'escaletion della provocazione (trascuratezza della propria salute, con episodi di overdose, tentativi di suicidio, sieropositività, spaccio, rifiuto di programmi terapeutici, comportamenti illegali e violenti contro la madre).

La tabella 1 sintetizza i tre percorsi, la tabella 2 ne tenta un accostamento con le categorie diagnostiche di Cancrini.

TABELLA 1. Tre percorsi nello svolgimento del processo patologico

	<i>Percorso 1</i>	<i>Percorso 2</i>	<i>Percorso 3</i>
Tipo di matrimonio	D'interesse	Coatto	Inesistente
Scambio emotivo nella coppia:	Formale	Stallo	Assente
Rapporto madre/figlio nell'infanzia:	Accudimento mimato	Superinvestimento strumentale	Abbandono
Atteggiamento del padre verso il figlio adolescente:	Rifiuto del figlio della coppia madre/nonna	Rifiuto del figlio rivale interno	Assente o inadeguato
Effetti personali della sostanza stupefacente:	Evita la depressione	Contiene la confusione	Riduce la rabbia
Strategie basate sul sintomo:	Infantilizzazione	Collusività	Espulsività

TABELLA 2. Tre categorie diagnostiche

Tipo A tossicomanie "traumatiche"	Tipo B tossicomanie di "area nevrotica"	Tipo C tossicomanie di "transizione"	Tipo D tossicomanie "sociopatiche"
Percorso 1		Percorso 2	Percorso 3
Prevalenza di sintomi depressivi		Prevalenza di sintomi psicotici	Comportamenti antisociali

### 3. IL MODELLO COME GUIDA AL TRATTAMENTO

Intendiamo ora, con questo secondo lavoro, illustrare come il suddetto modello processuale, che abbiamo succintamente ripreso, possa costituire un'utile guida al trattamento, nel lavoro clinico con il tossicodipendente e la sua famiglia.

Le linee portanti delle strategie terapeutiche che proponiamo si fondano sul presupposto per cui la ricostruzione con la famiglia della sua specifica e peculiare storia emotiva e relazionale e, in particolare, il disoccultamento degli aspetti e/o degli eventi carenzianti costituiscono un potente fattore di cambiamento (anche se ovviamente non l'unico).

Tale ricostruzione, discussa con la famiglia nel corso della terapia, può snodarsi, come vedremo, attraverso differenti strategie di accesso e intervento: infatti diverso può essere lo "stadio" da cui può risultare utile partire, e differenti possono essere i sottosistemi su cui può apparire opportuno lavorare, in relazione sia al contesto in cui ha luogo il trattamento, sia alle caratteristiche della specifica situazione familiare (età del paziente e sua cronicità, disponibilità e resistenze alla collaborazione da parte dei singoli membri, ecc.).

### 4. UTILITÀ DELLA RICOSTRUZIONE DELLA "STORIA EMOTIVA" DELLA FAMIGLIA

La ricostruzione dell'intreccio tra:

- a) il disagio dei singoli genitori nelle rispettive famiglie d'origine (disagio patito, ma minimizzato);
  - b) la modalità attraverso cui tale disagio ha orientato la selezione del partner e condizionato negativamente il rapporto di coppia;
  - c) gli effetti che a) e b) hanno prodotto sull'accudimento dei figli, del paziente in particolare;  
può essere utile nella terapia delle tossicomanie per almeno due importanti motivi.
- 1) Essa restituisce senso al disagio sperimentato dal paziente nel suo percorso di vita, connettendolo ad una reale carenza subita. La famiglia esce così da una convinzione illogica e distorta che considera il paziente irragionevolmente sofferente (magari "perché ha avuto troppo") nonché creatore di sofferenze altrui, per giungere alla banale realtà per la quale se si sta male ci saranno delle ragioni - remote e prossime - che non fanno star bene. Realtà che, nel caso della tossicomania, per motivi che più avanti accenneremo soltanto, è ben lontana dall'essere "senso comune".  
La ricostruzione della "storia emotiva" della famiglia in chiave trigerazionale offre ai genitori una possibile sponda di riconoscimento del proprio disagio sperimentato nella famiglia d'origine, disagio ora riattualizzato dalla sofferenza per il figlio.
  - 2) La messa in luce dei nodi disfunzionali nelle relazioni come si sono prodotte ed evolute nel tempo, introduce il tema della *corresponsabilità* dei familiari nella genesi e nello sviluppo della sofferenza del figlio. L'appello a tale corresponsabilità mira a far uscire il paziente da una condizione di solitudine in cui non è compreso da nessuno (né da se stesso né dagli altri), condizione che, già

precedente il comportamento tossicomano, è divenuta totale con quel comportamento.

Il peso della responsabilità si divide e si alleggerisce. Al paziente si offre l'opportunità di guardarsi allo specchio senza sentirsi schiacciato da una immagine completamente avvilita di sé, "raddrizzare la schiena" e affrontare la propria quota di responsabilità nella situazione attuale.

La ricostruzione, a differenza di interventi "correttivi" o "rieducativi" orientati unicamente sul "deviante cattivo e perverso", offre alle persone e all'organizzazione familiare l'opportunità di un *passaggio evolutivo* importante, fondato sulla consapevolezza dell'accaduto e sul reciproco riconoscimento di sofferenze e responsabilità [10]. L'intervento "rieducativo" spinge nel buio sofferenze e disfunzioni, e così concentra sul capo del paziente il peso del proprio e altrui dolore, lasciandogli come via d'uscita solo la piena colpevolezza di sé. Se la rifiuta, l'esito probabile sarà la cronicità.

La cronicità può infatti essere vista anche come opposizione implicita verso una definizione della tossicomania che fa riferimento unicamente ad una volontà deviata del portatore: è il risultato di un atteggiamento del tipo "vorrei smettere ma non ce la faccio... è più forte di me" che si potrebbe tradurre in "non è vero che dipende solo da me". La cronicità esprime allora un rifiuto di responsabilità che fa corpo con il rifiuto degli altri, vicini e lontani, delle proprie corresponsabilità, unendo e in fondo proteggendo tutti nella comune definizione di "vittime della droga".

Per di più l'altra apparente via d'uscita, cioè l'accettazione da parte del paziente della propria totale colpevolezza, spesso comporta, come prezzo della rinuncia alle sostanze, l'autospegnimento depressivo (la rinuncia passiva e perdente) oppure la genesi di una personalità autoritaria, di una personalità, cioè, che, schiacciata dalla mancanza di riconoscimento e dalla violenza psicologica, tenderà a riprodurre su altri ciò che ha subito.

Per essere efficace, dunque, in termini generali, la ricostruzione deve svolgersi in una cornice non colpevolizzante per alcuno, ma in qualche modo deve testimoniare la condizione di relativa "necessità" sia del comportamento tossicomano sia della disfunzione a livello genitoriale, come processi che in parte sfuggono al controllo razionale e al potere diretto dei protagonisti.

Inoltre, durante tale ricostruzione del percorso eziopatogenetico la ridistribuzione delle responsabilità deve essere "bilanciata" in modo da evitare una sua possibile utilizzazione nell'ambito dei vecchi giochi familiari. Per evitare, ad esempio, che il paziente la utilizzi per incolpare i genitori "giustificando" e conservando il comportamento tossicomano; o che il genitore "periferico" trovi argomenti per confermare il suo antico disimpegno, e così via.

Infine, poiché il livello medio della qualità delle informazioni di cui la famiglia dispone in tema di tossicomanie è solitamente assai basso e spiccatamente "adattato" ai bisogni difensivi di ciascuno, è indispensabile che la ricostruzione avvenga in parallelo ad un costante lavoro informativo, che porti familiari e paziente ad una considerazione più realistica dei bisogni cui la tossicomania cerca inutilmente di rispondere, a partire dalla valenza autoterapeutica delle sostanze.

## 5. LE RESISTENZE

Il passaggio fondamentale della ricostruzione è quindi il riconoscimento delle carenze di accudimento e svezzamento (autonomizzazione) cui è stato (ed è) esposto il paziente, nelle loro connessioni con la storia emotiva del gruppo familiare. Questo, tuttavia, è il punto che sollecita nei genitori le maggiori resistenze, e non a caso.

Le ragioni principali di tali resistenze in *ciascuno dei genitori* possono essere individuate in:

- l'*autoprotezione da sensi di colpa* assai consistenti scatenati dal richiamo alla propria responsabilità, la quale, quanto più viene segretamente avvertita come fondata, tanto più viene respinta (negata a se stessi);
- il pericolo che l'altro coniuge utilizzi a proprio vantaggio, nell'ambito del *gioco di coppia* disfunzionale, l'ammissione di responsabilità;
- l'*idealizzazione dei propri genitori*: la possibilità di criticare se stessi in quanto genitori, infatti, è legata in parte alla possibilità di criticare i propri genitori, per quanto essi possano essere stati inadeguati nei propri confronti [9]. E sappiamo che spesso il genitore ha dovuto fare a suo tempo un serrato lavoro di negazione e/o di razionalizzazione della carenza subita nella famiglia d'origine. Tali negazione e razionalizzazione agiscono ora come barriere al riconoscimento del disagio del figlio e della propria responsabilità.

In altri termini, ciò che la ricostruzione mette in crisi nel genitore non è tanto e solo il modo in cui ha svolto tale ruolo. Non dovrebbe essere poi così difficile ammettere di aver sbagliato; può succedere. Ciò che il genitore avverte inconsciamente come oggetto dell'attacco è anche la relazione con i propri genitori, più precisamente il modo in cui ha idealizzato le figure genitoriali.

D'altro canto, *lo stesso paziente* spesso, inizialmente, nega la connessione tra tossicomania e comportamento genitoriale, forse cercando in questo modo di proteggersi dall'ammissione consapevole, e perciò bruciante, della carenza, così come ha fatto in epoca infantile.

Il tessuto connettivo delle diverse resistenze è costituito dalla *cultura dominante sulla tossicodipendenza* (costruita insieme ad altri adulti/genitori), fondata ancora su miti che alimentano e convalidano costantemente la deresponsabilizzazione, offrendo un finto ombrello protettivo. I principali di tali miti sono quelli relativi al ruolo delle amicizie, delle sostanze, degli spacciatori, del piacere, e su di essi si innestano le convinzioni sull'irrecuperabilità del drogato, o sulle comunità terapeutiche come vera e unica risposta, ecc. E su questi miti e convinzioni è necessario compiere un duro e paziente lavoro informativo e interpretativo.

Il complesso delle resistenze sopra accennate rende altamente improbabile l'efficacia di un lavoro terapeutico che attacchi direttamente la responsabilità genitoriale nell'accudimento del figlio paziente. È necessario individuare percorsi terapeutici articolati che, nel rispettare in qualche modo quelle resistenze, si propongano di cogliere i bisogni psicologici profondi che le determinano e le sostengono.

## 6. PERCORSI TERAPEUTICI

Tenendo presente la nostra ipotesi di stadiazione che vede l'aspetto relazionale dell'eziopatogenesi della tossicomania come un processo articolantesi in sette fasi, vedremo ora come sia possibile e opportuno, a seconda della specifica situazione, attivare percorsi terapeutici partendo da uno degli stadi citati.

Tra le molte variabili che determinano la scelta della "porta d'ingresso" da utilizzare per giungere all'aspetto centrale del nostro lavoro (il riconoscimento della carenza), le più importanti ci sembrano quelle relative a:

- il contesto nel quale viene presentata la richiesta di aiuto. Tale contesto può essere di tipo assistenziale o direttamente psicoterapeutico, e rimanda alle caratteristiche e agli scopi dell'équipe curante;
- le caratteristiche psicopatologiche e fenomenologiche della tossicomania (secondo quanto esaurientemente descritto da Cancrini [3-4] e da Clerici [5];
- le risorse presenti e disponibili nella famiglia.

## 6.1. PARTIRE DALLE STRATEGIE BASATE SUL SINTOMO (STADIO 7)

Molto spesso la richiesta di intervento da parte della famiglia avviene in momenti di alta tensione emotiva (la scoperta della tossicomania, un episodio di overdose, il fallimento di tentativi autogestiti, ecc.) e di pericolo acuto (reale o vissuto come tale). Oppure, ancora, quando la famiglia appare bloccata nella ripetizione di tentativi di soluzione che hanno prodotto una progressiva sclerotizzazione delle posizioni: infatti ciascun componente della famiglia (incluso il paziente) ha reagito a proprio modo alla presenza del comportamento tossicomane, ma il complesso di tali reazioni, anziché contribuire all'estinzione di tale comportamento, ha involontariamente contribuito a cristallizzarlo, fino a produrre un assetto relazionale che sembrerebbe non poter più prescindere dal sintomo del paziente, ormai cronicizzato.

In tali situazioni, in particolare nell'ambito delle richieste generalmente avanzate ai servizi pubblici, vissuti in questi casi come contesti prevalentemente assistenziali, si pone con frequenza l'opportunità di avviare un intervento integrato (sanitario e relazionale) a partire dal *contenimento del sintomo* (come per altre patologie in fase acuta: psicosi, anoressia, ecc.) e dall'interruzione *delle strategie basate sul sintomo* [8].

Le richieste portate dal paziente o dai familiari in tali situazioni e contesti, pur differenziate nei contenuti, riguardano quasi sempre soluzioni urgenti, interventi rapidi, attesi o pretesi come magicamente risolutori del problema, sul piano fisico (disassuefazione) e/o sul piano sociale (inserimento in comunità. È rara la richiesta spontanea di un intervento psicologico, e ancor più rara la richiesta di una terapia familiare.

Le richieste di aiuto rivolte ai servizi, se da una parte esprimono l'urgenza e la tensione connesse alla sofferenza e alla drammaticità del sintomo, dall'altra, nel ricercare "soluzioni tampone", spesso non vanno nel senso di un reale cambiamento e possono collocarsi all'interno di strategie che inconsapevolmente mantengono il sintomo. Comunque, nel rivelare un'entrata in crisi dell'organiz-

zazione familiare, offrono una possibilità di accesso terapeutico. In queste condizioni, partire fin dal primo approccio da ciò che la famiglia porta può essere utile e, in alcuni casi, necessario per:

- facilitare l'aggancio e l'ingaggio terapeutico dei genitori e del figlio quando è debole la motivazione al cambiamento o la disponibilità ad un rapporto psicologico/psicoterapeutico;
- favorire la collaborazione di tutti i membri, aggirando il rischio di un irrigimento delle resistenze e/o di un drop-out precoce;
- rendere possibile la prosecuzione del lavoro terapeutico su tematiche più delicate e complesse, come la ricostruzione del processo eziopatologico.

La strategia implicita della famiglia di mantenimento del sintomo deve a questo punto confrontarsi con una *strategia terapeutica* che affronta il sintomo e che si muove flessibilmente tra l'adattarsi al sistema, per poter essere accettata, e l'introdurre un cambiamento, per non essere neutralizzata.

Il *contratto terapeutico* proposto coinvolge tutti i membri, ciascuno rispetto alle proprie responsabilità individuali e di ruolo.

I genitori sono invitati a collaborare in quanto genitori (in tale ruolo si presentano) per contribuire alla soluzione del problema del figlio, e non in quanto coniugi (stadio 2), o figli delle rispettive famiglie d'origine (stadio 1).

Vengono coinvolti come co-terapeuti, responsabilizzati rispetto all'andamento e all'esito del trattamento, rinforzando le potenzialità e le risorse di ciascuno nel proprio ruolo. Farli diventare parte del sistema terapeutico permette:

- di aggirare il senso di colpa connesso alla sospettata corresponsabilità nella genesi e nello sviluppo patologico, valorizzandoli invece nella corresponsabilizzazione alla risoluzione del problema;
- di evitare il rischio di probabili contromosse di boicottaggio del trattamento o di sfida all'esperto che condurrebbero al fallimento;
- di superare l'atteggiamento di delega al servizio.

Quanto al paziente, nell'ambito della sua presa in carico non si manca di responsabilizzarlo rispetto al proprio comportamento, anche per evitare il rischio di atteggiamenti autogiustificatori.

Partendo dal livello che la famiglia porta ("che fare"), si danno quindi delle prescrizioni, favorendo l'accordo sulle regole, responsabilizzando ciascuno nel proprio ruolo, rinforzando quello genitoriale. Viene convintamente comunicato che è un problema difficile da gestire da soli, che occorre unire le forze, che il comportamento genitoriale potrebbe essere di aiuto o di intralcio al percorso del figlio, ma che tutti assieme possono farcela a mettere in atto le prescrizioni date.

Le prescrizioni costituiscono la base da cui partire *per discutere le difficoltà incontrate nell'attuarle*. Tali difficoltà rappresentano perciò la fonte delle prime informazioni relazionali: esse vengono infatti connesse ai problemi che non riguardano più direttamente il paziente, bensì la coppia o i genitori come individui, e offrono l'apertura per accedere ai livelli relazionali, affettivi e di sofferenza di ciascuno. Diventa allora più facile lavorare sugli aspetti strumentali o carenzianti della relazione genitori-figli, riprendendone lo sviluppo diacronico (stadio 3 e 4).

I termini del contratto vengono a questo punto riformulati di conseguenza, e i genitori accettano di stare nella relazione anche come "pazienti", cioè come portatori di proprie sofferenze. In questa cornice di accettazione e di fiducia, sarà allora possibile, o più facile, indagare e trattare le tematiche relative al rapporto di coppia (stadio 2), ed al rapporto carenziato di ciascuno con i rispettivi genitori (stadio 1). La successione di questi stadi nel processo terapeutico non avviene in sequenza rigida, in quanto si utilizzeranno con flessibilità e discrezione le aperture emergenti o spontaneamente fornite nel corso del lavoro terapeutico.

Vediamo ora le specifiche difficoltà che emergono nell'attuazione delle prescrizioni da parte delle varie famiglie che appartengono alle tre tipologie individuate.

Nelle situazioni ascrivibili al percorso 1 ("matrimonio d'interesse" - "accudimento mimato") di solito non si manifestano grosse difficoltà a collaborare e ad attivarsi sul piano formale (presenza e puntualità agli appuntamenti, dichiarazione di disponibilità nell'area del "fare", ecc.), ma compare un'incapacità di attenzione e ascolto dei bisogni emotivi del figlio, che diventa evidente nel corso del trattamento, dopo un andamento iniziale apparentemente buono.

---

#### IL CASO DI FRANCESCO

---

I genitori di Francesco, ad esempio, aderiscono al programma terapeutico proposto dall'équipe curante, accompagnandolo ogni giorno al Centro Diurno, garantendogli tutte le necessità materiali e i comfort quotidiani (pietanze preferite, sigarette, vestiti, ecc.), ma si rivelano incapaci di ascoltare ciò che il figlio dice durante gli accompagnamenti, eseguiti in modo ligo (alternandosi, al mattino la madre, al pomeriggio il padre), e durante gli altri momenti trascorsi insieme. In ciò si ripropone una riedizione dello stile di accudimento carenziante dell'infanzia e dell'adolescenza di Francesco, occultato dall'ineccepibilità esteriore dell'impegno genitoriale. Il riconoscimento dell'incapacità di ascolto, soprattutto della madre, testimoniato dalla terapeuta utilizzando le circostanze concrete, comprese quelle visibili in seduta, chiarisce a Francesco il senso del proprio vissuto di svalutazione, e permette, riformulato il contratto, l'accettazione da parte della famiglia dell'esplorazione delle radici di tale incapacità nella storia emotiva della famiglia. In particolare, l'incapacità di ascolto della madre viene connessa alla sua mancata esperienza di essere stata ascoltata, a propria volta, nella sua famiglia d'origine.

Nelle tipologie dei percorsi 2 ("matrimonio coatto" - "superinvestimento strumentale") e 3 ("matrimonio inesistente" - "abbandono") l'adempimento alle prescrizioni è più difficile, se non impossibile, in quanto, per le situazioni di collusività caotica e ipercoinvolgimento (percorso 2) o di delega e/o marcato disimpegno (percorso 3), mancano le condizioni minime di subordinazione e di aggancio, anche solo formale, necessarie perché possano essere accettate delle indicazioni terapeutiche. In tali situazioni, pur diversificate nelle loro specificità, ci sembra utile, per creare l'aggancio terapeutico, partire con l'accettazione di ciò che la famiglia porta, vale a dire i suoi limiti emotivi, perché questi possano venire riconosciuti. Si può infatti ipotizzare che in tali tipologie di famiglie la carenza sia presente come elemento massicciamente caratterizzante anche la storia relazionale ed emotiva dei genitori e che, pertanto, offrire comunque uno spazio relazionale di attenzione e riconoscimento alla loro persona e alla loro storia

(per quanto si rivela o si intuisce dal materiale presentato dalla famiglia) permetta di avviare un processo di cambiamento. A segnalare l'avvenuto aggancio terapeutico, ottenuto più sulla base di un "dare" che di un "richiedere", registriamo le immancabili reazioni di stupore, sollievo, riconoscenza, manifestate in maniera anche esplicita in particolare dalle madri, di fronte ad un'esperienza relazionale positiva, nuova e inaspettata.

#### 6.1.1. IL LAVORO CON I CRONICI

Partire dalle strategie basate sul sintomo appare specialmente indicato in molte situazioni di cronicità gravitanti intorno ai servizi assistenziali.

Nel caso dei cronici, infatti, a volte la dinamica familiare da cui ha preso spunto la tossicomania recede sullo sfondo, mentre la "figura" diventa l'identità personale in buona parte strutturata sull'essere tossicomane. Rispetto a questa peculiarità, può essere utile avviare il lavoro nei servizi con una forte presa in carico del paziente, in un formato individuale.

Tale presa in carico è finalizzata da un lato all'assolvimento del mandato istituzionale di tutela dello stato di salute del tossicomane, dall'altro alla creazione di condizioni obiettive che impediscano il riprodursi del circuito "colpevolizzazione-ricaduta-colpevolizzazione" (tipico del sistema relazionale da cui proviene), attraverso forme di accudimento "incondizionato", che partano cioè dall'accettazione dello stato di difficoltà della persona e puntino a saturarne i bisogni terapeutici.

Per quest'ultimo aspetto è, tra l'altro, molto importante, soprattutto in fase iniziale, che sia data una forte risposta farmacologica, migliore di quella autoterapeutica, che non neghi il bisogno di sedazione, ma lo collochi temporaneamente su un livello accettabile (legale e "pulito") e, soprattutto, diretto da un curante.

L'obiettivo che questa modalità di approccio si prefigge è quello di creare uno spazio temporale, come di "tregua", che consenta l'acquisizione di elementi utili alla interruzione dei circuiti relazionali ricorsivi e fallimentari tra paziente, famiglia e servizio (triangolo che è la vera sede della cronicità). Questo a partire dalla consapevolezza che spesso il servizio utilizza codici comportamentali del tutto sovrapponibili a quelli della famiglia (divenendo una sorta di famiglia istituzionale, che minaccia, punisce, premia), ripercorrendo e convalidando, in quel modo, le antiche battute piste del bastone (l'abbandono) e della carota (l'infantilizzazione).

Nel corso della "tregua" si sondano progressivamente i vari sottosistemi relazionali (familiari e non) cui partecipa il paziente, al fine di ottenere dati qualificanti non tanto sul piano della genesi della tossicomania, quanto su ciò che la conserva.

Una successiva convocazione allargata alla coppia genitoriale e/o alla fratria punta alla individuazione ed esplicitazione delle connessioni tra cronicità e dinamiche familiari. Non sempre tali connessioni vanno esplicitate precocemente, se si riesce a promuovere condizioni che facilitino i componenti della famiglia a stabilire tali connessioni essi stessi, facendoli diventare parte attiva e "pensa-

te” nella relazione terapeutica, essenzialmente attraverso un uso delle domande informative piuttosto che attraverso interpretazioni dirette.

#### 6.2. PARTIRE DAI PRIMI COMPORTAMENTI OPPOSITIVI (STADIO 4)

Nei casi in cui l'insorgenza della tossicomania è relativamente recente, tale da permettere di ricostruire con precisione l'esordio della sintomatologia e le concomitanze ad essa collegate (il paziente è quindi generalmente un adolescente o un tardo adolescente), l'attenzione può essere centrata sulla ricerca e l'analisi dei primi *comportamenti oppositivi non ancora sintomatici* (\*), conseguenti al parziale disoccultamento della condizione carenziante e/o confusiva cui il paziente è stato (è) esposto (stadio 4).

In particolar modo ritroviamo quasi sempre la presenza di insuccessi scolastici, che si collocano a cavallo tra la fine della scuola media e l'inizio delle scuole superiori; non è infrequente anche l'uso di droghe leggere.

La focalizzazione e la ridefinizione dei fallimenti scolastici (o di altri comportamenti dello stesso segno) in termini di comportamenti oppositivi/depressivi permette di:

- a) ottenere una buona collaborazione da parte dei genitori, in quanto, anche se non si parla direttamente di droga e delle emergenze del momento, il discorso resta comunque centrato sul paziente; contemporaneamente, però, quest'ultimo inizia a perdere la sua definizione di “cattivo soggetto”, mentre vengono alla luce elementi del suo disagio;
- b) rintracciare connessioni tra l'esordio di questi comportamenti e elementi significativi della storia e delle vicende familiari, avviando così la verifica delle ipotesi eziopatogenetiche che i terapeuti hanno elaborato dopo il primo colloquio di raccolta dati.

---

#### IL CASO DI AGNESE

---

Citiamo per esempio il caso di Agnese (\*\*), diciannovenne, che fa uso di eroina da sette mesi allorché si presenta ad un Centro di Consultazione Familiare. Dopo il primo colloquio per la compilazione della cartella, i terapeuti decidono di approfondire nella prima seduta (che avviene con la famiglia nucleare) l'indagine sul fallimento scolastico di Agnese, che due anni prima fu bocciata in II liceo scientifico. Agnese, sentendosi molto portata per il disegno, avrebbe voluto fare il Liceo Artistico, per lavorare nello stesso campo del padre, impiegato nel settore della grafica. Insistendo sulla successione cronologica degli avvenimenti e smentendo alcuni tentativi di depistaggio del padre, grazie anche alla testimonianza del fratello, i terapeuti accertano che, alla fine della terza media, il padre recise brutalmente il desiderio della figlia di fare il Liceo Artistico: “Vuoi andare a fare la madonnara in piazza Duomo?”. Confrontando il percorso di Agnese con quello del fratello, emerge che Agnese era stata in qualche modo “pompata” narcisisticamente dagli

---

(\*) Per il concetto di “comportamento inusitato” cfr. Selvini e al., 1988, pp. 178-180.

(\*\*) Anche se il modello è stato elaborato a partire da una casistica di soggetti di sesso maschile, riportiamo come esempi anche casi di tossicodipendenti femmine, sia perché in questa sede ci preme evidenziare soprattutto gli aspetti legati ai processi terapeutici, sia perché ipotizziamo comunque l'esistenza di un'analogia tra le due tipologie. La verifica dell'estensibilità del modello alla tipologia di sesso femminile è comunque, al momento, oggetto di studio da parte del gruppo di ricerca.

atteggiamenti di continua attenzione da parte del padre, con il quale aveva un rapporto di reciproca idealizzazione: era insomma "il gioiellino di famiglia". Il disoccultamento del voltafaccia paterno (che si è concretizzato nel definirla incapace di intraprendere come lui una professione artistica) permette di ridefinire i primi comportamenti fallimentari di Agnese come segno della sua rabbia e della sua ribellione. Così Agnese, nella seduta successiva, riconosciuta la validità dell'ipotesi di partenza, introdurrà il discorso della sua "timidezza", che il fratello commenterà come un aspetto importante che né lui né i genitori avevano mai percepito, e che condurrà i terapeuti a indagare sulla mancanza di fiducia in se stessa, conseguente a una modalità particolare di accudimento da parte della madre.

È possibile a questo punto, proseguire nell'indagine secondo due differenti direzioni:

- 1) esplorare prevalentemente la relazione madre-figlio in quel periodo, per risalire al rapporto madre-figlio nell'infanzia (stadio 3), sulla linea quindi di una ricerca degli elementi di disaccudimento. Da questo si giunge alla relazione madre-nonna e all'eventuale triangolazione transgenerazionale, toccando elementi tipici dello stadio 1 (ricorrendo anche, se necessario, a una o più sedute individuali con la sola madre).
- 2) esplorare la relazione padre-figlio nella prima adolescenza, per evidenziare le carenze del ruolo paterno (stadio 5). Questa strada è da privilegiare quando, sulla base degli elementi anamnestici raccolti in precedenza, relativi agli aspetti di adultizzazione precoce del padre del paziente, risulta particolarmente agevole mettere in connessione le disfunzionalità del rapporto padre-figlio con l'adolescenza mancata del padre, toccando così, anche in questo caso, elementi caratteristici dello stadio 1 (anche qui eventualmente attraverso convocazioni individuali del solo padre).

In entrambi i casi si prepara il terreno ad un nodo cruciale della terapia, rappresentato dall'analisi degli elementi di idealizzazione presenti nel rapporto dei genitori del paziente con i rispettivi genitori, cioè di mancato riconoscimento della carenza subita.

Questo modo di procedere, che privilegia l'analisi dei rapporti diadici [2], dovrà essere evidentemente inserito in una trama più complessa che preveda anche altri livelli di indagine, innanzitutto quella relativa al rapporto di coppia (stadio 2), poi quella sui rapporti incrociati di ciascuno dei genitori con la famiglia d'origine del coniuge, e infine quella sugli elementi significativi che si possono ricavare dall'esame del gioco interno alla fratria.

### 6.3. PARTIRE DALLA CONDIZIONE DEI GENITORI NELLE FAMIGLIE D'ORIGINE (STADIO 1)

In alcuni casi è possibile orientare fin dall'inizio il lavoro terapeutico all'esplorazione delle difficoltà di ciascuno dei genitori nella propria famiglia d'origine, ossia dei problemi degli stessi nella condizione di figli (stadio 1).

Tenendo conto del fatto che tale esplorazione induce sempre forti resistenze in merito al riconoscimento della carenza subita, appare comunque possibile esordire da questo stadio nei casi in cui:

- sia già definito un contesto psicoterapeutico che ha a che fare con la famiglia;
- dall'acquisizione dei dati sulla storia familiare emergano "fatti" (convivenze

con parenti o altri episodi fortemente significativi del loro invischiamento, emozioni evidenti in seduta al riguardo) che testimoniano l'attualità delle dinamiche in atto tra la famiglia e qualche componente della prima generazione;

- la condizione "drug-free" del paziente consente un lavoro meno condizionato dalle urgenze poste dal sintomo.

Il vantaggio offerto da questo "accesso", che entra subito sul versante tri-generazionale, è rappresentato dal fatto che la connessione colpevolizzante tra tossicomania e comportamento genitoriale inadeguato viene temporaneamente allontanata, nel mentre si struttura la coscienza dell'importanza delle relazioni con i genitori nel determinare i comportamenti dei figli.

L'ingaggio dei genitori, almeno nei casi in cui la loro idealizzazione dei propri genitori non sia estrema, risulta facilitato dall'eco attuale del proprio negato disagio di figli, finalmente oggetto di riconoscimento.

#### IL CASO DI VANNA

Ricordiamo ad esempio il caso della Sig.ra Vanna, che, a un colloquio prefissato per lei e la figlia tossicodipendente, si presenta insieme alla madre, non invitata. Il terapeuta, utilizzando questa circostanza, esplora la qualità del rapporto tra Vanna e la madre nell'infanzia, cercando indizi utili a verificare l'ipotesi della carenza, non emersa nei precedenti colloqui individuali con Vanna. Mentre, rispondendo al terapeuta, Vanna afferma di non ricordare per niente la propria madre nell'infanzia, quest'ultima, rattristata e pentita, afferma: "C'ero sempre, ma non avevo un minuto per potermi occupare di lei, mai, mai...!". Poi l'anziana signora racconta le ragioni della propria indisponibilità legate alla coabitazione con i suoi genitori vecchi e malati. A questo punto Vanna tentenna e qui, per la prima volta, le vengono gli occhi lucidi in seduta: "Sì, mi ricordo che aveva sempre qualcosa da fare... quando avevo bisogno non c'era mai!". Così Vanna, che non aveva avuto lo spazio per sentirsi bimba, non ebbe quello per sentirsi mamma, perché fu la nonna ad allevare la nipotina assieme alla sua secondogenita, nata un mese dopo la figlia di Vanna!

È evidente come, partendo dallo stadio 1, sia agevole il passaggio "ordinato" agli altri stadi del processo.

#### 7. IL LAVORO PER SOTTOSISTEMI

Come abbiamo già accennato (parlando di colloqui riservati al paziente cronico, nonché di sedute individuali con un genitore allorché si intenda lavorare sul suo rapporto con la famiglia d'origine) il lavoro per sottosistemi può rendersi utile, o addirittura necessario. Necessario, ad esempio, in relazione all'indisponibilità a collaborare da parte di qualcuno dei membri della famiglia, dopo la fase di consultazione (o addirittura in presenza di un rifiuto a partecipare alla consultazione stessa) e contemporaneamente in relazione alla disponibilità di risorse in altri componenti della famiglia; utile (sul piano dei contenuti) per approfondire aspetti e problemi specifici che riguardano essenzialmente quel sottosistema, o per affrontare più agevolmente tematiche che suscitano troppe resistenze se affrontate con la famiglia riunita. Utile, inoltre, per rispondere e riconoscere bisogni di presa in carico a livello individuale e infine per marcare i processi di differenziazione e di svincolo che si vogliono favorire nel percorso terapeutico.

Ovviamente si provvederà nel prosieguo del lavoro a “riassemblare” nel livello familiare quanto di rilevante sarà emerso nel lavoro con i sottosistemi.

### 7.1. IL LAVORO INDIVIDUALE CON IL PAZIENTE

L'assenza o l'indisponibilità dei genitori, o un'espressa e forte richiesta in questo senso da parte del paziente, possono indurci a intraprendere una fase di lavoro con lui, pur rimanendo sempre orientati verso la ricostruzione delle sue vicende familiari e pronti a coinvolgere la sua famiglia (ove esistente) nel trattamento qualora il lavoro con lui solo si rivelasse insufficiente.

Coerentemente con quanto evidenziato nella costruzione del modello eziopatogenetico, si può ipotizzare che il paziente abbia una storia di accudimento carenziato, che ha prodotto una individuazione incerta (a volte con le caratteristiche del falso sé) e l'impossibilità di una reale autonomizzazione (cui la tossicomania risponde con una pseudo-autonomizzazione) [1].

Il processo terapeutico può di conseguenza prevedere un percorso che proponga implicitamente le fasi tanto di accudimento (dando risposta ai bisogni affettivi misconosciuti), che di individuazione e autonomizzazione.

Tale percorso si gioca nell'articolazione di due livelli di intervento tra di loro interconnessi:

- a) favorire nel paziente la comprensione della propria storia e dei cambiamenti attuali che si rendono necessari in relazione a quanto in essa emerso;
- b) riconoscere i bisogni precedentemente occultati e rispondervi, attivando adeguate risorse terapeutiche (farmaci, inserimenti residenziali o semi-residenziali, opportunità lavorative, ecc.)

Nel lavoro individuale con il paziente può essere utile esplorare il rapporto con la sostanza. L'obiettivo di tale approfondimento è quello di evidenziare le connessioni tra uso della sostanza da un lato, storia personale, familiare e mondo emotivo interiore dall'altro, partendo dalla considerazione che per il tossicomane il far uso di sostanze viene agito in termini più o meno compulsivi, e la droga viene vista o come oggetto magico/onnipotente (definizione che condivide con il mondo dei “tossici”) o come oggetto demonizzato e distruttivo (definizione che gli arriva dalla famiglia e dal sociale), e quasi mai considerata in termini autoreferenziali.

Può essere utile approfondire sia l'esplorazione della fase dell'incontro con la sostanza (se la tossicomania non è di molto precedente il contatto terapeutico), sia della/e ricaduta/e, alla ricerca di eventuali ridondanze significative.

Questo lavoro dovrebbe permetterci di arrivare al riconoscimento:

- della funzione autoterapeutica della droga in quanto farmaco e della funzione comunicativa del drogarsi in quanto sintomo;
- dei sentimenti di solitudine, rabbia e/o confusione e/o del bisogno di sentirsi qualcuno, sottesi all'uso della sostanza.

Questa consapevolezza può favorire l'emergere di nuove connessioni tra lo stato di disagio soggettivo e le esperienze di rapporti carenzianti nella propria famiglia.

Contemporaneamente è molto importante porre attenzione all'effetto destrutturante di questa “rivelazione” e favorirne il processo di elaborazione e ri-

strutturazione, sia proseguendo nel lavoro clinico con l'evidenziare la storia emotiva dei genitori, a loro volta figli incompiuti, ed i loro eventuali movimenti autocritici di tipo costruttivo e riparativo, sia attivando altre risorse di supporto individuate nel sistema di rete del soggetto e/o del servizio.

---

#### IL CASO DI FABRIZIO

---

Si veda il caso di Fabrizio (28 anni, tossicodipendente conosciuto da anni al servizio), che risulta particolarmente illustrativo. Dopo il fallimento di precedenti interventi di terapia familiare e di comunità, la terapeuta inizia con lui un lavoro di ricostruzione della storia emotiva familiare e un'analisi degli avvenimenti che hanno bloccato i precedenti processi terapeutici attivati. Fabrizio in adolescenza, dopo la separazione dei genitori, aveva deciso di andare a vivere con il padre, deluso dalla madre che, incapace di gestire le crescenti difficoltà di rapporto con il figlio adolescente, lo aveva inserito in collegio. La presa di coscienza dell'inadeguatezza e dell'inaffidabilità del padre, conseguente alla scoperta che questi aveva tentato di sedurre la sua ragazza, lo porta ad un crollo depressivo. Il lavoro terapeutico aiuta Fabrizio a comprendere il senso della propria solitudine e della propria rabbia e, parallelamente, ad accettare, con maggior senso di realtà, i limiti emotivi dei genitori. Tali limiti non sono collegabili tanto all'aver un figlio tossicodipendente, quanto alla loro storia di figli nelle rispettive famiglie d'origine e alla precoce delusione vissuta nella loro relazione di coppia. Grazie a questo lavoro, Fabrizio deciderà di inserirsi nuovamente in una struttura comunitaria su cui poggiare il proprio progetto di reinserimento e autonomizzazione. È infatti ormai consapevole del senso dei propri vuoti affettivi, frutto prima della relazione carenziale sperimentata con la madre e poi dell'appoggio fittizio del padre. Così potrà, per un verso, finalmente accettare davvero la relazione d'aiuto propostagli dall'iter comunitario. Parallelamente, riuscirà a rifiutare la "seduzione" del padre, che gli si riproporrà attraverso un invito a trasferirsi da lui, come fece durante la sua adolescenza nonché durante i suoi precedenti tentativi terapeutici. Questa volta Fabrizio riuscirà a non interrompere il soggiorno in comunità, in quanto comprende che l'invito è fatto dal padre in termini strumentali alla soddisfazione dei propri bisogni narcisistici e di auto-affermazione.

#### 7.2. IL LAVORO CON IL SOTTOSISTEMA CONIUGALE

È intuitivo come in ogni caso una fase determinante del lavoro terapeutico debba svolgersi con il sottosistema coniugale, sui versanti delle "ragioni" dell'accoppiamento (le spinte di partenza derivanti dall'esperienza nella famiglia d'origine e le conseguenti aspettative verso il coniuge), degli adattamenti prodotti nel tempo dalla storia coniugale, dei riflessi di tali adattamenti sulla funzione genitoriale nel passato e nel presente.

Il lavoro con la coppia consente l'esplicitazione del disagio sperimentato nell'ambito coniugale e molto spesso negato, o ammesso unicamente come derivato dai problemi posti dal figlio (ancora una volta colpevole verso sé e verso gli altri). È come se la tossicomania del figlio consentisse a ciascuno dei genitori di manifestare rabbie e paure (di diversa origine e variamente orientate) lungamente inespresse, ora finalmente legittimate ad emergere. Rispetto alla tossicomania infuria spesso una triangolazione mascherata da dissidio pedagogico, che si esprime in modi tipici a seconda dei vari tipi di matrimoni [12]. Il disoccultamento in sede familiare di questa dinamica apre al lavoro con il sottosistema coniugale.

A volte, circostanze oggettive che impediscono il coinvolgimento diretto del figlio tossicodipendente nella terapia possono comunque offrire l'opportunità di sviluppare un lavoro con la coppia genitoriale utile per ricostruire e rielaborare la storia emotiva familiare e per offrirla successivamente al paziente.

---

#### IL CASO DI ALESSANDRO

---

Suggestivo al riguardo è l'esito del trattamento di Alessandro (28 anni): il ragazzo è al suo ennesimo inserimento in comunità, a dire dei genitori "autonomamente" scelto da lui, ma in realtà a seguito di una pseudo-espulsione da casa da parte loro, che sono collaboratori volontari della medesima comunità. In tale occasione viene offerto alla coppia, che appare eccessivamente coinvolta nella "gestione" della tossicodipendenza del figlio, uno spazio di contenimento emotivo e di ascolto dei problemi posti loro da Alessandro, unica possibilità individuata di fronte all'autosufficienza che i due proclamano, in quanto, pur in senso lato, terapeuti essi stessi. Dopo una fase iniziale di accettazione da parte del terapeuta delle resistenze portate, in cui l'unico argomento di discussione sono le vicende del figlio, i suoi andirivieni dalla comunità - alla strada - agli operatori amici di famiglia, fase che favorisce l'instaurarsi di un clima di fiducia, diventa gradualmente possibile avviare un lavoro clinico sugli aspetti inerenti al loro essere coniugi e individui, e non più solo genitori di Alessandro. Il momento chiave del processo terapeutico è lo svelamento in seduta di un segreto familiare, di cui la moglie è custode: il marito, Vincenzo, nato da una relazione estemporanea, venne abbandonato dalla madre ancora in fasce ("sulla ruota") e poi ripreso, grazie all'intervento di quello che divenne marito della madre e suo padre legale. "Il coperchio è saltato!" sono le uniche parole del Sig. Vincenzo di fronte a questa rivelazione, parole che riprendono un'immagine precedentemente usata dalla terapeuta a proposito della sua ermetica reticenza, che rinserrava, come un coperchio, tutta la storia della famiglia. In seguito l'uomo avvia una rielaborazione dei propri sentimenti di rancore e rabbia nei confronti di quello che credeva suo padre; gradualmente, acquistano senso i suoi vissuti profondi di abbandono, l'adultizzazione precoce e la castrazione delle sue aspirazioni e potenzialità adolescenziali (poteva diventare un campione di nuoto) nonché il conseguente superinvestimento narcisistico del rapporto con il figlio, Alessandro, desiderato ancor prima e più del matrimonio stesso, su cui proietterà i propri bisogni di realizzazione mancata. Anche la moglie, dal canto suo, ha sviluppato un analogo rapporto di superinvestimento emotivo con il figlio, rapporto compensatorio ai propri bisogni affettivi, non saturati nel legame di coppia. La comprensione da parte di ciascuno dei coniugi della storia infantile propria e dell'altro, che li ha portati alla ricerca di una compensazione "risolutiva" nel rapporto coniugale, nonché degli aspetti carenziali e strumentali del rapporto di entrambi con Alessandro, li renderà capaci di condividere con il figlio, nel frattempo uscito dalla comunità, la narrazione "disoccultante" di tutto questo materiale e di ripristinare, con affetto più libero, un nuovo rapporto con lui, questa volta tenendo maggior conto dei suoi bisogni.

#### 7.3. IL LAVORO INDIVIDUALE CON LA MADRE DEL PAZIENTE

Solitamente le madri accettano con molta disponibilità le convocazioni individuali.

Le ragioni più importanti di questa adesione ci sembrano le seguenti:

- la crisi della madre è generalmente più forte di quella del padre, coerentemente con il ruolo centrale della donna nell'organizzazione familiare, e quindi la sua motivazione ad un lavoro psicologico è più evidente;
- spesso la madre del paziente ha già avuto episodi depressivi e/o ha già cercato di tamponare in qualche modo un suo riconosciuto "esaurimento";

- frequentemente c'è in lei il desiderio di palesare problematiche di coppia legate a carenze affettive (o più raramente all'area della sessualità), che emergerebbero difficilmente in sedute con il coniuge o altri familiari.

Gli obiettivi principali del lavoro individuale con la madre possono essere:

- offrire uno spazio di ascolto e contenimento emotivo che dia luogo al riconoscimento dei suoi bisogni insoddisfatti nell'ambito della famiglia d'origine e nella relazione coniugale;
- esplorare il rapporto carenziale con il figlio, in una relazione individuale che faciliti l'ammissione delle proprie "mancanze", senza il confronto diretto con gli altri familiari. Naturalmente, tale riconoscimento è più facile da raggiungere quanto più la madre si è sentita ella stessa compresa nelle carenze da lei a propria volta vissute.

Se il lavoro individuale con la madre (quando si ritenga di offrirle sedute regolari) ottiene che essa mitighi alcuni comportamenti oppositivi o depressivi, si può determinare un beneficio diretto sull'intera famiglia. La relazione "importante" con il terapeuta infatti può essere molto utile per la presa in carico da parte della madre dei bisogni affettivi sia del coniuge sia specialmente del figlio, e per l'adozione di comportamenti e atteggiamenti genitoriali congrui con gli obiettivi terapeutici; questo innesca un vortice di retroazioni nell'ambito delle relazioni familiari, e in particolare nella relazione madre/figlio, che possono fare evolvere positivamente l'intera famiglia.

Ad esempio, l'attaccamento della madre al terapeuta determina, in relazioni madre/figlio particolarmente invischiate e collusive, un alleggerimento della pressione sul figlio e, parallelamente, una diminuzione del potere manipolatorio di quest'ultimo, facilitando la cessazione del vecchio gioco.

Nei casi riferibili a percorsi sociopatici, dove prevale la relazione d'abbandono, l'offerta di uno spazio di accoglimento decolpevolizzante e di riferimento (che potrebbe essere anche in integrazione con altre risorse di sostegno) mitiga gli atteggiamenti e i comportamenti di espulsione del figlio e di delega ai servizi e alla comunità.

## 8. CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Speriamo di aver esemplificato come il nostro modello di processi eziopatogenetici possa costituire una griglia di riferimento a cui ogni terapeuta può accedere per andare a ricercare e ricostruire la specifica singola storia emotiva e relazionale di un paziente e del suo nucleo, utilizzandola come risorsa sia in termini di "porta di accesso" al mondo della famiglia, sia di guida nel corso del trattamento.

Non sarà comunque superfluo sottolineare che il riferimento ad un modello non deve tradursi, nella pratica clinica, nell'indicazione di specifiche "ricette" terapeutiche da applicarsi ai vari percorsi tipologici individuati, in quanto, come sappiamo, ogni incontro terapeutico è un'esperienza unica e irripetibile, così come lo sono le storie individuali e familiari delle persone che si rivolgono a noi.

Non abbiamo voluto, pertanto, suggerire e codificare rigide strategie terapeutiche in corrispondenza dei tre percorsi tipologici, ma solo offrire spunti di ri-

flessione su alcune risposte, individuate come più utili rispetto a modalità ricorrenti nelle diverse tipologie, riflessione peraltro sempre aperta alla verifica della pratica clinica.

Infine, a enfatizzare ulteriormente l'opportunità di una modalità flessibile e dinamica nell'utilizzo del modello, vogliamo ribadire un richiamo, ovvio ma non scontato, a quanto sia opportuno pensare di affrontare le situazioni di tossicodipendenza in termini di interventi integrati e multimodali, che non sempre e necessariamente si limitino al setting di terapia familiare, contemplando invece di volta in volta l'opportunità di un utilizzo integrato e mirato di altre risorse e strumenti (comunità terapeutiche, centri diurni, gruppi di auto-aiuto, terapie farmacologiche, ecc.).

Più che una guida alla psicoterapia, dunque, ci piacerebbe che il nostro modello potesse costituire *uno sfondo di comprensione clinica* dell'eziopatogenesi della tossicodipendenza [6] che possa orientarci circa i tempi e i modi con cui adottare i vari strumenti di trattamento a nostra disposizione.

#### RIASSUNTO

Questo articolo è la seconda parte di quello comparso sul n. 16 (dicembre '93) della nostra rivista. Dopo aver presentato i primi risultati del lavoro di un gruppo di ricerca operante presso il Nuovo Centro per lo Studio della Famiglia di Milano, che mettevano in evidenza tre possibili percorsi processuali nello sviluppo della tossicodipendenza, vengono qui riportate alcune indicazioni per la pratica clinica con le famiglie che presentano questa sintomatologia.

#### RESUMEN

Este artículo es la segunda parte de lo ya publicado en el no. 16 (diciembre '93) de nuestra revista. Antes habíamos presentados los primeros resultados de un grupo de investigación que obra en el Nuovo Centro per lo Studio della Famiglia en Milán y que evidencian tres posibles caminos procesuales en el desarrollo de la toxicodipendencia. Ahora vamos a presentar unas indicaciones para la práctica clínica examinando familias que sufren esta sintomatología.

#### SUMMARY

This article is the second part of that one published in the issue n. 16 of our journal (december '93). After presenting the first results of the research group of the Nuovo Centro per lo Studio della Famiglia in Milan, which pointed out three possible processual courses in the development of the drug addiction, some directions to the clinical practise of the family with this symptomatology are here reported.

#### BIBLIOGRAFIA

1. BERRINI R., CAMBIASO G. (1991), *L'utilizzo della metafora fornariana del parto-nascita nella terapia familiare del tossicodipendente*, in *Terapia Familiare*, n. 36, pp. 55-67.

2. CAMBIASO G., BERRINI R. (1992), *Terapia della famiglia in crisi*, Franco Angeli, Milano.
3. CANCRINI L. (1982), *Quei temerari sulle macchine volanti*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
4. CANCRINI L. (1987), *La psicoterapia: grammatica e sintassi*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
5. CLERICI L. (1993), *Tossicodipendenza e psicopatologia*, Franco Angeli, Milano.
6. COLETTI M. (1993), *Considerazioni sull'approccio relazionale applicato all'intervento sulle tossicodipendenze*, in *Psicobiettivo*, n. 13, pp. 23-44.
7. CIRILLO S., BERRINI R., CAMBIASO G., MAZZA R. (1993), *Famiglia e Tossicomanie: un modello eziopatogenetico relazionale della tossicodipendenza da eroina nei maschi*, in *Ecologia della Mente*, n. 16, pp. 11-37.
8. COOPERATIVA ALBEDO (a cura di) (1984), *Terapia Familiare per tossicodipendenti*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
9. MILLER A., (1988) tr. it. (1990), *L'infanzia rimossa*, Garzanti, Milano.
10. RIGLIANO P. (1991), *Eroina, dolore e cambiamento*, Edizioni Unicopli, Milano.
11. SELVINI PALAZZOLI M., CIRILLO S., SELVINI M., SORRENTINO A.M. (1988), *I giochi psicotici nella famiglia*, Raffaello Cortina, Milano.
12. VINCI G. (1991), *Percorsi familiari nelle tossicomanie da eroina. Ipotesi di ricerca*, in *Ecologia della Mente*, n. 10, pp. 69-94.

## Commento

Ha ragione Luigi Cancrini [1] che, nel commento al precedente articolo degli autori, ha riconosciuto al lavoro degli stessi la rara qualità di far apprendere per differenza? È accaduto anche a me; dopo moltissimi anni in cui il lavoro terapeutico con le famiglie di tossicodipendenti e la conseguente elaborazione teorica e tecnica è stato appannaggio quasi esclusivo del nostro gruppo, la proposta che proviene da Cirillo ed i suoi collaboratori ha per me, innanzitutto, l'indubbio pregio di un rigore e di una attenzione scientifica relativamente rari nel nostro campo e, poi, il fascino di questioni così stimolanti, in quanto nuove ed ampiamente interlacciabili con il nostro lavoro. Non vorrei, tuttavia, sprecare la ghiotta occasione del commento alla seconda parte del lavoro in questione, sperdendomi in elogi e complimenti. Vorrei, invece, affrontare chiaramente gli elementi della proposta che mi hanno sollevato dubbi, al fine di rafforzare un dialogo costruttivo basato sulla stima.

### 1. ACCESSIBILITÀ ALLA STORIA

La storia, la possibilità di ricostruirla e di confrontarla con lo schema e la stadiazione è il punto focale del trattamento proposto dagli autori. Dalla storia è possibile passare al disoccultamento. Ma quali sono le condizioni e le possibilità di avere accesso alla storia? Le caratteristiche della richiesta di aiuto in situazioni di tossicomania escludono quasi sempre di poter parlare della storia passata; a volte, impediscono perfino un lavoro di ricollocazione delle strategie basate sul sintomo. I primi contatti e la presa in carico della situazione tossicomantica sono tutte centrate sul bisogno (urgente e compulsivo come la stessa tossicomania) di fare i conti con l'abuso di sostanze: i genitori, abitualmente, per chiederne la cessazione ed i tossicodipendenti stessi per imporne gli aspetti di "normalità" o di "inevitabilità". Dall'inizio, quindi, il terapeuta è sottoposto a quelle che G. Cambiaso e R. Berrini chiamano "le pressioni che lo investono con la spinta delle richieste primarie" [3]. Gli altri piani, compreso quello della storia familiare, sembrano preclusi; parlare di passato, di ruoli, di famiglie di origine, di significato del sintomo, in questa prima fase, è vissuto come un lusso impossibile. Solo una parziale vittoria sul sintomo, una interruzione del circuito della fretta e dell'angoscia dischiude parzialmente e temporaneamente uno spiraglio sulla storia. Nella personale esperienza clinica corrente, l'accesso alla storia è sempre subordinato ad una fase dell'intervento centrata sul sintomo. Si tratta, allora, di pensare se tutta questa fase, a volte lunga (dall'arrivo dei genitori, più frequentemente la madre, alla costruzione di un coinvolgimento più largo, alla motivazione ad un intervento familiare), debba essere considerata come "preliminare" all'intervento. Sono del parere che si tratti, invece, di una parte dell'intervento strettamente ed organicamente legata al resto della terapia. Il lavoro sulla richiesta di intervento, sulle sue caratteristiche su come si sviluppa e si costruisce il sistema terapeutico non sono preliminari, ma possono acquisire caratteri non dissimili dal resto degli altri interventi. Quale migliore im-

magine del funzionamento di un sistema familiare di quello che possiamo ricavare dall'arrivo di una madre disperata che non riesce "a far capire a mio figlio che deve curarsi" e si lamenta per l'assenza e la mancanza di un appoggio del marito; e, magari viene anche accompagnata da un altro figlio "prestigioso e buono". L'intervento sulla richiesta assume, così, carattere di intervento sulla struttura stessa della famiglia. Ma, al tempo stesso, permette di accogliere le angosce dei membri della famiglia e di rispondere direttamente alla richiesta centrata sull'abuso. Sempre facendo riferimento all'esperienza clinica, solo successivamente si ha un accesso ad un intervento centrato sulla storia. Peraltro, è capitato spesso che il solo parlare della coppia dei genitori e della loro storia in un momento intempestivo, della loro unione, provochi un episodio di consumo che ripropone, nonostante la sua possibile ridefinizione, un'atmosfera drammatica e nella quale risulta impossibile trattare di altri temi che non siano quelli relativi alla "ricaduta".

## 2. DISOCCULTAMENTO COME TERAPIA

Luigi Cancrini ricollega giustamente l'idea del disoccultamento [1] al discorso di Freud sul rimosso e sull'interpretazione. Freud, in uno straordinario articolo scritto nel 1937 [4], paragona il lavoro dell'analista a quello dell'archeologo che, nel ritrovamento di frammenti della vita passata, si trova a ricostruire in una forma organica quella vita, anche partendo da scoperte casuali e non organiche od ordinate. Egli dice che ad entrambi "resta il diritto di ricostruire mediante integrazioni e ricomposizione il materiale che si è preservato". Parla di "costruzione" "... Io penso che il termine "costruzione" sia la definizione di gran lunga più appropriata. L' "interpretazione" si riferisce a ciò che si intraprende con un singolo elemento del materiale: un'idea improvvisa, un atto mancato e così via. Una "costruzione" si dà, invece, quando si presenta all'analizzato un brano della sua storia passata e dimenticata... [4]. Freud definisce, in seguito, il meccanismo e l'importanza della costruzione in psicoanalisi affermando che il suo valore sta nel produrre associazioni che permettono di liberare altro materiale inconscio e di lavorare ad un'altra costruzione. Citando Shakespeare, "... e, addirittura, in alcuni casi, abbiamo l'impressione, per dirla con Polonio, di aver preso un campione di verità con un'esca di falsità", ipotizza che anche la costruzione falsa o "sbagliata" possa ottenere lo stesso effetto di un accesso a materiale inconscio importante. Qui, l'idea dello schema della stadiazione rischia di essere un contesto troppo angusto, anche se correttamente gli autori hanno più volte precisato che trattasi di uno schema di riferimento da adeguare alla ricchezza ed irripetibilità di ciascuna storia familiare.

Ancora Freud: "l'intento del lavoro analitico è notoriamente quello di far sì che il paziente rinunci alle rimozioni - nel più ampio senso intese - che risalgono a stadi antichi del suo sviluppo e le sostituisca con reazioni tali da poter corrispondere con uno stato di maturità psichica" [4]. Egli, quindi, parla di "costruzione" e non di "ricostruzione", dando al primo termine un carattere di tipo soggettivo e non oggettivo.

### 3. LA RISCOPERTA DELLA PSICOANALISI: IL CONCETTO DI INCONSCIO E QUELLO DI TRANSFERT

Cirillo e colleghi parlano di *“corresponsabilità dei familiari nella genesi e nello sviluppo della sofferenza del figlio”*, facendo grande attenzione a non confonderla con un processo di colpevolizzazione e correttamente inquadrando l'idea della corresponsabilità in un processo terapeutico teso a sviluppare e liberare energie per un *“processo evolutivo”*. E non si può che apprezzare questo passaggio che già offre lo spazio per liberarsi definitivamente dal gioco delle colpe gettate da un membro della famiglia sull'altro e dall'esterno all'interno della famiglia. Occorrerebbe, forse ed allora, utilizzare senza remore lo stesso concetto di inconscio che è un punto cardinale delle scoperte della psicoanalisi. Perché veramente inconsce (e rimosse) sono le reazioni della madre nel costruire un rapporto carenziale con il proprio figlio, inconsce sono le azioni del padre nel rinunciare al suo ruolo o nel competere duramente con la propria moglie, inconsce sono le azioni devastanti (se stesso e la sua famiglia) del tossicodipendente.

Utilizzare il termine *“inconscio”* è stato sempre difficile per i terapeuti familiari e sistemici. A volte, ho ascoltato chi preferiva il termine *“inconsapevole”*. Io sarei per metterlo in gioco. Parlare di inconscio non significa, oltretutto, coludere, giustificare; significa riconoscere che una dimensione del comportamento umano sfugge totalmente al controllo dell'individuo, per motivi e ragioni che possono essere spiegati (la negazione, l'abreazione, etc.) ed, al tempo stesso, l'emergere di elementi inconsce offre a ciascuno la possibilità di *“collocarsi”* in relazione a sé stesso ed agli altri.

E a proposito di concetti mutuati dalla psicoanalisi, credo sia opportuno segnalare l'importanza di un approfondimento dei fenomeni transferali e controtransferali nel lavoro con le famiglie. Ancora Freud, nell'articolo già più volte citato, diceva: *“Abbiamo sperimentato che il rapporto di traslazione che si istituisce nei confronti dell'analista è particolarmente idoneo a promuovere il ritorno di relazioni affettive di tale fatta (che costituiranno il materiale per la costruzione. N.d.A.)”*. È, quindi il transfert ( ed il controtransfert) che possono facilitare proprio la ricerca di aspetti negletti e nascosti nella storia degli individui. Più avanti ritornerò sulla mia convinzione dell'importanza di una teoria del rapporto terapeutico. Qui mi preme segnalare ancora [2] che il lavoro con le famiglie sembra suggerire una certa specificità, o meglio, alcune ridondanze del transfert e del controtransfert nei rapporti terapeutici con sistemi, con organizzazioni e simili. Occorrerebbe, allora, arricchire ulteriormente questo importante contributo sulla eziopatogenesi e sul suo utilizzo come schema di intervento con il riconoscimento e lo studio del sistema terapeutico, così come si sviluppa trattando famiglie di tossicodipendenti.

### 4. LA COMPLESSITÀ DELL'INTERVENTO

Chi lavora nel campo delle tossicodipendenze sa perfettamente quanto sia imprescindibile, obbligato lavorare con le famiglie ma, al tempo stesso, quanto

sia difficile farlo in un setting di terapia familiare "canonica". È più frequente che interventi differenti si mescolino e si confondano nel tempo e nello spazio. Ognuno di essi può rappresentare un contributo od un ostacolo alla ricostruzione ed al disoccultamento. Accade sovente, che contemporaneamente si lavori con tutta la famiglia ma altri "pezzi" di lavoro terapeutico siano condotti da altri operatori: in incontri di gruppi di genitori, ad esempio, od in programmi residenziale e semiresidenziali. L'opera di ricostruzione della storia, quindi, non è solo appannaggio del terapeuta della famiglia ed, al tempo stesso, i membri del sistema familiare cercano e trovano messaggi, suggerimenti, "pezzi di verità" (o, anche grossolane, pericolose castronerie) durante lo stesso percorso della terapia familiare. Anche in interventi che precedono la terapia familiare si possono ritrovare svariati contributi che possono aver fatto solidificare o modificare convinzioni ed idee i quali possono ostacolare il lavoro di ricostruzione. Insisto sul fatto che si dà raramente la possibilità di un intervento di terapia familiare isolato ed unico; ciò crea grandi problemi al terapeuta familiare che vuole rappresentare la sola terapia possibile. Ad esempio, nella mia esperienza, un lavoro di ricostruzione e disoccultamento è opportunamente collocabile nel periodo di permanenza del tossicomane in Comunità Terapeutica; la pausa nella convivenza quotidiana divenuta massacrante offre uno squarcio di possibilità all'introspezione, all'esame del passato, alla messa in discussione dei ruoli. Al tempo stesso, tuttavia, questa procedura potrebbe rappresentare una vera e propria "bomba" per il percorso terapeutico del figli in CT. Come "coordinare" gli interventi, come raccogliere i risultati della permanenza in CT negli incontri con la famiglia e viceversa?

In questa riflessione vorrei, anche, inserire lo stesso commento di Cancrini [1] all'articolo precedente, soprattutto quando si riferisce a "quei terapeuti che continuano ad insegnare un modo di fare terapia tutto centrato sul 'qui ed ora', sulla relazione in corso fra membri delle famiglie e terapeuta". Ora, secondo Von Foerster, il mondo è diviso tra coloro che pensano di scoprire la realtà e quelli che pensano di inventarla; ed andrà avanti fin quando esisterà un equilibrio tra questi due modi di pensare. Ciò, ovviamente, riguarda anche il mondo della psicoterapia dove certi passi in avanti sono attribuibili all'attualità di una dicotomia tra chi descrive e classifica gli utenti e chi descrive la relazione in corso tra gli utenti e i terapeuti.

Personalmente, sono convinto che l'intervento terapeutico sistemico ha bisogno di due "chiavi". Perché sono due le porte da aprire: una è relativa alla conoscenza del/dei paziente/i, della psicopatologia rivisitata, di una salda concezione diagnostica e degli strumenti corrispondenti, di un'ipotesi eziopatogenetica; l'altra è relativa alla conoscenza del sistema terapeutico, alla capacità di gestire la relazione con pazienti, ad una teoria del transfert e del controtransfert, ad una concezione della cura come processo interattivo. Con quest'ultima chiave, si può entrare in relazione con i pazienti, ma non capirne le caratteristiche, i nessi che legano le loro storie con il loro passato. Con la sola chiave della psicopatologia e dell'eziopatogenesi, si rischia di produrre una diagnosi esclusivamente estetica, che non riesce a tradursi in intervento perché carente da un punto di vista terapeutico.

Infine, vorrei riprendere, per valutarla molto favorevolmente, l'osservazione degli autori (ed anche di Cancrini) sul carattere implicitamente terapeutico di una ricostruzione nel corso di un lavoro organizzato e gestito nelle forme proposte: passare da un comportamento aggressivo, auto ed eterolesionista, a rischio di morte e di galera, ad un sintomo di una situazione più complessa nella quale il ruolo di ogni membro della famiglia è, al tempo stesso, codeterminante e inconsapevole, libera energie inaspettate e permette a ciascuno di "farsi un'idea" di ciò che è avvenuto. Lontani, quindi, dall'angoscia di intuire che "si ha a che fare, si è colpevoli, ma non si sa come e quando e fino a che punto", gli individui possono ritrovare la loro collocazione ed, assieme ad essa, possono scegliere di fare a meno di comportamenti reattivi, ripetitivi ed, in quanto tali, patologici.

Maurizio Coletti

#### BIBLIOGRAFIA

1. CANCRINI L. (1993), Commento all'articolo *Famiglie e tossicomanie: un modello eziopatogenetico relazionale della tossicodipendenza da eroina nei maschi*, in *Ecologia della Mente* n. 16, pp. 11-38.
2. COLETTI M. (1992), *Il vissuto emozionale dell'operatore delle tossicodipendenze*, in *Atti del Convegno di Reggio Emilia "Le psicoterapie delle tossicodipendenze"*.
3. CAMBIASO G., BERNINI R. (1992), *Terapia della Famiglia in crisi*, Franco Angeli, Milano.
4. FREUD S. (1979), *La costruzione nell'analisi*, in: "Opere", Bollati Boringhieri, Torino.