



LA TOSSICODIPENDENZA DEL PAZIENTE NEL SISTEMA FAMILIARE E NEL SISTEMA DI CURA

La storia di Gregory

INDICE:

Introduzione: definizione dei disturbi correlati a sostanze

Il sistema familiare trigenerazionale

Struttura ed organizzazione relazionale nella famiglia del tossicodipendente

Il "gioco relazionale" nelle immagini croniche

Gli effetti devastanti delle droghe

Il paziente tossicodipendente e la richiesta di aiuto

Il trattamento residenziale nella tossicodipendenza

La storia di Gregory

I colloqui con la psicologa del S.e.r.t.

- La crescita attraverso i colloqui

La richiesta d'ingresso alla comunità

- Il colloquio conoscitivo per l'ingresso in Comunità
- L'ingresso di Gregory in Comunità
- Il lavoro psicoterapeutico

Conclusioni: Il volo dell'aquilone

Bibliografia

Introduzione: definizione dei disturbi correlati a sostanze

"I disturbi correlati a sostanze comprendono disturbi secondari all'assunzione di abuso (incluso l'alcol), agli effetti collaterali di un farmaco e all'esposizione a tossine. In questo Manuale, il termine sostanza può riferirsi ad una sostanza di abuso, a un farmaco, o a una tossina. Le sostanze a cui si fa riferimento, sono raggruppate in 11 classi:

- *alcool*
- *anfetamine*
- *caffeina*
- *cannabis*
- *allucinogeni*
- *inalanti*
- *nicotina*
- *oppiacei*
- *fenciclidina*
- *sedativi*
- *ipnotici o ansiolitici.*



(...) I più comuni sintomi associati all'uso di sostanze tossiche sono le turbe cognitive o dell'umore, benché si possano manifestare ansia, allucinazioni, deliri o crisi epilettiche. I sintomi di solito compaiono quando il soggetto non è più esposto alla sostanza, ma la risoluzione dei sintomi può richiedere settimane o mesi e può rendere necessario un trattamento (...)".

(DSM IV, 2000).

Il comportamento di abuso da sostanze stupefacenti richiama diverse forme di disagio individuale e relazionale, conduce perciò a ragionare anche su cause e soluzioni che coinvolgono il livello psicologico.

Come **fenomeno sociale**, si possono individuare alcuni fattori che hanno contribuito e contribuiscono al mantenimento di questo fenomeno e sono:

- gli interessi economici internazionali
- il facile accesso al mercato
- un modello di vita improntato ai valori di consumo e ai guadagni rapidi

Tutto, sotto un unico target: l'illegalità, ma a farne le spese, maglia di una catena, il consumatore.

Il sistema familiare trigerazionale

La terapia familiare lavora su scala trigerazionale, non si ferma cioè all'individuo che presenta il sintomo (qualunque esso sia), ma estende la sua osservazione al sistema familiare di appartenenza.

In *"Tempo e Mito"* (1995), Claudio Angelo e Maurizio Andolfi, affermano che:

"la comprensione dell'individuo e dei suoi processi di sviluppo sembra favorita dalla costruzione di uno schema di osservazione che permette di vedere i comportamenti attuali di una persona come metafore relazionali, ovvero come segnali indiretti di bisogni e coinvolgimenti emotivi del passato che trovano lo spazio ed il tempo di manifestarsi concretamente nelle relazioni presenti".

Maurizio Andolfi, padre della psicoterapia familiare in Italia (insieme a Luigi Cancrini), nel suo lavoro con gli individui e con le coppie **si ispira principalmente al modello di Whitaker**.

Per Whitaker l'ampliamento dell'unità di osservazione alla famiglia trigerazionale non ha limite, né sul piano orizzontale, né su quello verticale. La sua ferrea convinzione è che anche una famiglia apparentemente disgregata possiede intatte le risorse terapeutiche di cui ha bisogno per evolvere. Da qui Whitaker mette in atto la sua provocazione terapeutica, volta ad ampliare i confini tracciati dalla famiglia, trasmettendo l'idea che è sempre troppo poco quello che la famiglia presenta come massimo disponibile.

In base a questa prospettiva teorica si rileva che ogni individuo, al momento della nascita, dispone di un bagaglio culturale piuttosto esteso, che si è andato delineando nel tempo attraverso il susseguirsi delle generazioni da cui discende.

Facendo una similitudine, è quanto avviene nella *"corsa a staffetta"* dove i singoli atleti, gareggiando all'interno di una squadra, portano avanti un obiettivo comune, al cui raggiungimento contribuiscono tutti i protagonisti.

Allo stesso modo, **nonni, genitori e nipoti** sono tre generazioni relativamente vicine nel tempo e sulle quali è possibile riscontrare che la loro appartenenza ad uno stesso ceppo familiare comporta non soltanto un legame di sangue, ma anche culturale.



Questa **vicinanza antropologica**, tra le generazioni e gli individui di una stessa famiglia, si struttura non solo sulla base dei possibili contatti quotidiani o scanditi da una frequenza variabile, ma è piuttosto integrata da profondi quanto **intrecciati rapporti relazionali**.

È proprio sulla trasmissione intergenerazionale della cultura familiare che prende forma la personalità degli appartenenti al "gruppo". Basti infatti pensare che lo sviluppo psichico di un bambino, sin dalle primissime fasi di vita, è strettamente connesso sia con la qualità dei modelli relazionali ereditati dalla famiglia, sia con il ricevere un'immagine soggettiva e consolidata nel tempo, della realtà esterna.

Struttura ed organizzazione relazionale nella famiglia del tossicodipendente

Approfondendo quanto presentato sopra, possiamo tracciare, anche se per grandi linee, il "profilo relazionale" della famiglia del tossicodipendente (profilo riscontrabile anche in qualsiasi altra forma di organizzazione familiare sintomatica).

La famiglia, quale contesto bio-psichico e sociale di crescita ed individuazione dei singoli membri, rappresenta una struttura gruppeale che può ampliare la quantità degli appartenenti, lasciando però invariata la qualità strutturale dell'organizzazione relazionale.

La teoria sistemica-relazionale sostiene che il nucleo centrale di questa "visione della realtà" si costituisca, sin dai primi anni di vita, intorno alla rete di rapporti più significativi in cui l'individuo si trova inserito e si traduca in un mondo di relazioni interiorizzate dal quale prendono forma vissuti e concezioni relative al sé.

Ciò vuol dire che, per un individuo, ad ogni momento di difficoltà e di crisi, corrisponde la messa in discussione di strutture relazionali consolidate, ovvero di un modo di appartenere ad un sistema di relazioni reale e fantasmatico. Non è un caso infatti che, il più delle volte, tali crisi si manifestino nei momenti della vita in cui viene richiesta all'individuo una ridefinizione del proprio status sociale.

Indicativo a questo riguardo è che chi agisce il sintomo appartiene ad un contesto familiare dove anche gli altri membri assumono e agiscono ruoli e funzioni complementari. La funzione della tossicodipendenza del congiunto, fornisce le condizioni necessarie per raggiungere un congruo adattamento al "copione relazionale" già strutturato nel corso delle generazioni precedenti.

Sulla base di uno schema relazionale rigido, la condizione dei genitori, diventa quella di non congedarsi dalla propria funzione per continuare ad occuparsi del figlio; questi col suo fare uso di sostanze dichiara, sia sul piano personale che sociale, una certa irresponsabilità e quindi la necessità che ci sia qualcuno disponibile a proteggerlo da qualsiasi forma di autonomizzazione.

Nei casi in cui il paziente tossicodipendente non sia figlio unico l'organizzazione relazionale del sistema, volta al mantenimento della sua compattezza nel tempo, include anche i fratelli. Nella maggior parte dei casi i fratelli sembrano assumere una **posizione paradossale** tra: "competizione" e "collaborazione" con il paziente designato.

Più precisamente è come se nella generazione filiale venisse messo in atto un "gioco" di alleanze (collaborazione) finalizzato a sequestrare i genitori "costringendoli" a continuare a fare i genitori, mentre loro possono rimanere nel ruolo di figli senza limiti di tempo. Questo gioco implica però il protrarsi della rivalità tra fratelli per aggiudicarsi le attenzioni di mamma e papà (competizione).



È attraverso questi "intrecci familiari" che l'intero sistema "collabora" per manifestare la propria difficoltà nel riconoscersi in situazioni relazionali in grado di evolvere nel tempo. Si delinea, pertanto, una situazione in cui tutto il gruppo familiare collabora verso il raggiungimento di un fine comune muovendo da angolazioni diverse.

Il "gioco relazionale" nelle immagini croniche

Citando il lavoro di Marco Rossi (psicoterapeuta familiare), l'esordio sintomatico, nel caso della tossicodipendenza si colloca, nel 95% dei casi, nella fascia di età che va dai 15 ai 23 anni circa (M. Rossi, 2009).

Questo dato evidenzia che l'esordio si incunea tra due fasi del ciclo di vita familiare estremamente importanti dal punto di vista evolutivo.

Le fasi che coinvolgono questa fascia di età sono quelle che, la psicologa sociale della famiglia, **Eugenia Scabini** (E. Scabini, 1998) ha definito come:

- "*famiglia con figli adolescenti*" ovvero genitori con figli di età compresa tra i 15 e i 20-22 anni
- "*famiglia trampolino di lancio*" quando i figli escono di casa in media a 23-26 anni, seppur l'età media del "lancio" si sia alzata rispetto al passato.

Nel primo tipo di famiglia i genitori si trovano a negoziare con la prole un rapporto di autonomia e di dipendenza. Tale negoziazione è tutt'altro che semplice dato il bisogno dell'adolescente di sentirsi protetto dalla famiglia, ma al tempo stesso, di essere anche in grado di autonomia e libertà di azione.

Nella famiglia trampolino di lancio, l'uscita di casa dei figli comporta una duplice rinegoziazione:

- tra i genitori, ovvero nel rapporto di coppia,
- tra figli e genitori, ossia tra le generazioni, quella "nuova" e quella precedente: tra i figli in cammino verso "l'adultità" e i genitori sulla via dell'anzianità.

Durante questa seconda fase generalmente i figli proseguono la loro marcia verso l'autonomia dalla famiglia.

Nella tossicodipendenza invece il "normale" ciclo evolutivo familiare-personale si blocca. I modelli relazionali agiscono in modo reiterato e disfunzionale. Le immagini interne ad una famiglia diventano croniche: da plastiche, ovvero capaci di evolvere, diventano rigide ed anacronistiche e con esse si cronicizzano sempre di più i rapporti e le funzioni relazionali. Per "immagini croniche", in questo caso intendo riferirmi al tempo immobile della famiglia, ovvero alla difficoltà di far fronte ai compiti evolutivi che la crescita biologica, psichica e sociale degli individui impone.

L'esordio sintomatico si innesca, dunque, nella contrapposizione tra le necessità individuali e il tempo immobile della famiglia.

Il tossicodipendente può essere visto quindi come il **conduttore del gioco** che stabilisce, con il proprio comportamento sintomatico, i riti e le regole dell'interazione a conferma dell'impossibilità di cambiare. Ne deriva pertanto che, prendendo le mosse da questa prospettiva sistemico-relazionale, la tossicodipendenza di un figlio rappresenta non un attacco alla famiglia, quanto piuttosto una **funzione protettiva** nei confronti degli altri membri della famiglia.



Gli effetti devastanti delle droghe

La droga è un nemico troppo potente per il raggiungimento e la conservazione del benessere individuale. Chi ne fa uso, non è in grado di gestirsi, recando danni a se stesso e agli altri vicini.

L'eroina, in particolare, porta con sé il fantasma della disperazione, autodistruzione e morte, che prende corpo in un circolo progressivamente vizioso fatto di:

- reati
- carcere
- prostituzione
- stigma sociale
- overdose e aids

La tossicodipendenza è dunque una malattia cronica associata a deficit delle funzioni cerebrali e della dopamina, un neurotrasmettitore coinvolto nel controllo da parte del cervello delle risposte comportamentali e della salienza agli stimoli esterni.

Partendo da questa definizione, i ricercatori americani del Clinical Research Center at Brookhaven National Laboratory, hanno studiato i meccanismi cerebrali della gratificazione ed inibizione in persone dipendenti da cocaina.

Gli studiosi hanno rilevato la variazione nello spessore corticale della materia grigia come effetto dell'abuso di cocaina nel corso della vita. Si tratta di danni distruttivi per il cervello ed in particolare alle aree deputate al controllo delle funzioni esecutive e nell'apprendimento.

Il paziente tossicodipendente e la richiesta di aiuto

Sopra, abbiamo visto quale è la **matrice relazionale** nel gruppo familiare del tossicodipendente. Non va dimenticato però che l'esposizione a carattere generale va contestualizzata rispetto alla storia di ciascun nucleo.

Va inoltre messo in evidenza che oggi, diversamente dagli anni '70-80, il fenomeno della tossicodipendenza è cambiato sia sul profilo quantitativo che qualitativo. Sono infatti considerevolmente aumentati i consumatori abituali delle sostanze stupefacenti e al contempo, è cambiato anche lo script, ovvero l'identità correlata allo stile dell'essere tossicodipendente.

Chi "si fa" oggi non è più colui che vive isolato in una condizione di emarginazione rimanendo la sera a dormire sotto ai ponti o nei sobborghi; sta infatti crescendo una percentuale sempre più elevata di persone aventi almeno apparentemente, una vita "normale" e realizzata. Assistiamo dunque, all'espansione del problema della tossicodipendenza.

Anche l'età dell'inizio di assunzione si è abbassata, con l'uso ed abuso di alcol, cannabis, ecstasy, cocaina e la storica eroina, seppur in diminuzione. La tossicodipendenza è collegata ad una **realtà drammatica**, quale il rischio costante di morte, che spinge le famiglie ed il paziente stesso a cercare soluzioni riparatorie concrete al di fuori della famiglia stessa.



Spesso la richiesta di aiuto rappresenta una delega di elementi conflittuali interni. Nel caso della tossicodipendenza tale "modalità" è suffragata da aspetti concreti. In queste situazioni il contenuto emotivo è talmente forte da esercitare una pressione che può spingere il tossicodipendente a cercare un valido aiuto per riuscire a cambiare.

Operatori del settore e pazienti con problemi di abuso di sostanze stupefacenti, sono d'accordo sul fatto che, per disintossicarsi, si deve uscire repentinamente dall'ambiente che si frequenta e quindi di appartenenza.

Il trattamento residenziale nella tossicodipendenza

Abbiamo visto sopra come "il blocco evolutivo", espresso attraverso la tossicodipendenza di un componente, orienti il mondo interno del resto del gruppo dei familiari, vincolando ogni espressione cognitiva, comportamentale ed evolutiva di ogni singolo individuo, a schemi ripetitivi e rigidi.

Ciò significa che l'ingresso in una Comunità terapeutica residenziale comporta l'incontro dell'équipe terapeutica con il sistema familiare in cui questo gioco è in atto, anche attraverso uno solo dei suoi membri il quale ha il compito di fungere da riflettore esterno rispetto a tali dinamiche.

L'empatia degli operatori e dell'équipe, i gruppi psicoterapeutici e i colloqui individuali, sono tutti strumenti utili e necessari per lavorare sulle dinamiche relazionali intergenerazionali di ciascun paziente, affinché possa giungere a **capire il senso** della sua tossicodipendenza e la funzionalità di questa all'intero sistema familiare.

Dispiegati questi nodi relazionali, attraverso il passaggio dal racconto familiare alla "**ritrascrizione**", ovvero alla rilettura delle esigenze e delle funzioni dei singoli membri all'interno del gruppo familiare, la tossicodipendenza del paziente perde la sua funzione di perno delle funzioni familiari.

A differenza del setting psicoterapeutico standard (paziente e psicoterapeuta nella stanza dello studio), la **funzione della Comunità residenziale**, come setting psicoterapico, ha un diverso valore contenitivo in quanto si compone in un'organizzazione strutturale sulle 24 ore. Ne deriva pertanto che l'allontanamento dall'ambiente di vita quotidiana, con l'ingresso in Comunità, è il primo step significativo nell'iniziare a porre rimedio agli effetti devastanti e drammatici prodotti dalle droghe e dal loro abuso sull'individuo consumatore.

Tutto questo però ha un significato ulteriormente valido e in grado di produrre effetti significativi nel tempo solo se la **motivazione del paziente** è reale e strettamente personale. Il paziente "deve" quindi rivolgersi alla comunità perché è lui stesso che riconosce di aver bisogno aiuto e non perché fa sua la richiesta o il desiderio di altri che vogliono fare il suo bene.

Questa premessa teorica implica una **contestualizzazione individualizzata rispetto alla storia di ciascun paziente**.

Vediamo nello specifico la descrizione di un caso clinico in trattamento.

La storia di Gregory

Giovane uomo di 35 anni, laureato in Giurisprudenza ad indirizzo penale. Lavorava nello studio del padre, anche lui avvocato penalista; nello stesso studio collabora anche il fratello notaio, di due anni più giovane.

Gregory è sposato da 6 anni con la fidanzata di sempre. Si erano conosciuti nei banchi del liceo classico e dalla loro unione è nata Daria, una bambina di 4 anni.



Gregory è un uomo estremamente vitale ed energico, molto preparato nella sua professione e di bell'aspetto fisico.

Il **successo personale** era il perno centrale della sua vita. Nei processi i suoi assistiti solo in casi estremi non uscivano vincenti.

I suoi genitori lo adoravano e la moglie era la sua principale, ma non unica, adultrice. Il venerdì sera era sua abitudine uscire da solo con gli amici e non si faceva mancare la bella vita: molte donne attorno, auto di lusso e casinò.

A tutti i costi, Gregory, doveva vincere. Questo termine suonava in lui come un diktat a cui obbedire; doveva *vincere* rispetto al fratello negli affetti dei genitori; doveva vincere con sua moglie che, al suo cospetto, sembrava ancora un'adolescente che arrossiva nel guardarlo negli occhi; doveva vincere al foro, sempre.

Adorava Daria, più della sua stessa vita, ma questo non aveva il potere di farlo desistere dall'aver costanti relazioni extraconiugali.

Tutti questi fili erano tenuti insieme, come in un quadro elettrico, dalla cocaina. Il suo uso quotidiano si convertiva in abuso, tra il venerdì sera ed il sabato, giornate in cui non lavorava. In famiglia tutti si erano resi conto delle condizioni degenerative di Gregory, ma niente e nessuno aveva il "potere" di ammonirlo, né il lavoro, né la famiglia.

Rispetto al lavoro riusciva a gestirsi bene, almeno apparentemente, ma la dipendenza dalla sostanza era ormai sia fisica che psicologica. Ogni sera faceva 100 Km per rifornirsi della dose giornaliera.

Dopo 5 anni di vita condotta a ritmi così esagitati Gregory era stanco ma senza quella stessa vita non riusciva a stare.

Si rivolse al S.e.r.t., sempre lontano dalla sua città (in un'altra provincia) per non essere identificato e quindi mettere a rischio la sua posizione sociale e personale. In questo servizio della Asl un'infermiera fece la "presa in carico", come si chiama a livello tecnico. Gregory compilò la cartella con i suoi dati personali e si stabilì poi con il medico il piano terapeutico. Lui rifiutò l'assunzione di qualsiasi farmaco (metadone o subutex) antagonista alla cocaina.

Scelse di seguire il percorso unico del trattamento psicologico, nonostante i consigli medici sul supporto farmacologico ma, come al solito, **solo lui sceglieva per se stesso**.

Iniziò i colloqui con la psicologa, una volta alla settimana, al fine di capire il motivo per cui era caduto nelle tossicodipendenza. Con questo percorso Gregory desiderava raggiungere un livello di comprensione più approfondito rispetto a quanto già capito con le spiegazioni che si era dato da solo.

I colloqui con la psicologa del S.e.r.t.

Nella sua seppur caotica esistenza degli ultimi 5 anni, Gregory, aveva messo **un punto fermo**: la puntualità agli appuntamenti con **la psicologa del S.e.r.t.**. In quello spazio lavorava sodo su se stesso, parlava, tirava fuori, senza limiti e senza paura di riconoscere i suoi errori e la sua sofferenza che "uscendo" lasciavano spazio al pensiero verso **l'intenzione al cambiamento**.

Gregory parla dei suoi genitori come affettivamente molto legati a lui e all'altro loro figlio, ma dal punto di vista pratico, lui e suo fratello si sono sempre dovuti arrangiare da soli. Le carriere professionali della madre e del padre li tenevano lontani dai figli. La mamma era una modella, rimasta poi nel mondo della moda. Quando ancora sfilava e i suoi due figli erano piccoli, tutti i giorni in cui era impegnata in passerella faceva la pendolare Roma - Milano, andava e tornava in aereo.



Anche se per cause diverse, è lo stesso rapporto che lui ha con sua figlia Daria: amore forte ma assenza a livello pratico. Gregory racconta alla dottoressa che, da quando la moglie ha scoperto il suo uso di cocaina, non può più portare in macchina con sé la piccola figlia, come faceva quando la accompagnava al nido.

La crescita attraverso i colloqui

Con la psicologa del S.e.r.t. Gregory riuscì a **capire alcuni processi intrapsichici** che erano alla base del suo innato bisogno di trasgredire, tenendo però in equilibrio il lecito con l'illecito: la sua professione di avvocato penalista e al contempo l'essere un cocainomane; avere una moglie ed una famiglia e allo stesso tempo intrattenere diverse relazioni extra coniugali.

Far convivere dentro di sé le due facce di una stessa medaglia genera un forte scompenso e squilibrio psichico che in Gregory regnava sovrano. Parallelamente però in questo giovane uomo vi è anche una **spiccata consapevolezza del problema** e di conseguenza la crescente motivazione al cambiamento senza avere il coraggio di agirlo.

Ne derivò pertanto che, dopo 6 mesi dall'inizio del loro lavoro, la psicologa si rese conto che Gregory era pronto per compiere uno step successivo alla posizione finora raggiunta.

La dottoressa gli propose dunque **l'ingresso in comunità**, lontana da casa, dove poteva compiere un percorso personale investendo la totalità del suo tempo e interrompendo la routine del suo stile di vita.

La richiesta d'ingresso alla comunità

La psicologa del S.e.r.t. contattò la Comunità pedagogico riabilitativa per il recupero delle tossicodipendenze e problemi alcool correlati M.B., presso la quale lavorò, per chiedere la nostra disponibilità per l'ingresso di un loro utente.

Nella nostra Comunità gli utenti sono inviati dal S.e.r.t. di riferimento, oppure dal penitenziario quando si trovano in misura alternativa al carcere.

Risposi io alla telefonata della dottoressa per l'invio di Gregory, la informai che avevamo posti disponibili per l'accoglienza, potevamo pertanto iniziare la prassi per l'inserimento. Chiesi quindi alla dottoressa di inviarmi via mail una breve ma chiara relazione su chi ci doveva essere inviato.

Letta la relazione in équipe (con lo staff al completo di operatori e responsabile) ritenemmo, date le caratteristiche citate e la tipologia della tossicodipendenza, la nostra Struttura idonea all'accoglienza.

Inviammo al S.e.r.t. richiedente la Carte dei Servizi della Comunità affinché, il paziente e il proprio referente del Servizio, potessero leggere insieme le regole interne della struttura che normano l'organizzazione strutturale e il vivere quotidiano.

Si fissò pertanto il primo colloquio conoscitivo, prima di stabilire l'eventuale ingresso, al fine di una reciproca valutazione sulla base di una conoscenza diretta. In questa occasione Gregory venne accompagnato dalla psicologa.



Il colloquio conoscitivo per l'ingresso in Comunità

Il nostro standard prevede un anno circa di fase *residenziale*, ovvero vita organizzata all'interno della struttura, con colloqui individuali e gruppi terapeutici, oltre ad una fase di supporto farmacologico qualora fosse necessario, attraverso prescrizione del medico esterno (S.e.r.t., **CIM** - Centro di Igiene Mentale -, medico di base).

La seconda fase, definita *reinserimento*, ha una durata orientativamente paritetica alla prima ed è finalizzata alla ricerca lavorativa e inizio della realizzazione della stessa.

Vero è anche che ogni programma viene adattato sulla base delle esigenze del singolo utente, per cui alcuni aspetti possono subire seppur leggere variazioni in base ad esigenze personali.

Nel caso specifico di Gregory, ad esempio, sapevamo che lui non aveva bisogno di una fase di ricerca lavoro ma doveva essere accompagnato al proprio reinserimento nell'ambito del proprio settore professionale. Inoltre, pur avendo una moglie ed una figlia molto piccola, i tempi da rispettare erano tre mesi di completa interruzione dei contatti con i familiari, che riprendono gradualmente solo dopo il primo trimestre di inserimento.

Trascorso questo periodo la prima domenica di ogni mese è dedicata alla "visita parenti", ossia le famiglie vengono a trovare i propri congiunti: condividono l'ora del pranzo in struttura e possono trascorrere tempo libero insieme fino alle prime ore del pomeriggio.

Solo al raggiungimento del 6° mese, se non ci sono stati problemi nella vita quotidiana, il paziente una volta al mese può tornare in famiglia per due giorni.

Gregory, di fronte a questa descrizione delle regole interne, anche se precedentemente informato attraverso la lettura della Carta dei Servizi, sembrò compiacente e sottolineò di avere un forte bisogno di staccarsi dal suo ambiente. Anche se affettivamente era dura, sentiva che la sua testa e anche il suo fisico non riuscivano più a reggere a così tante sollecitazioni dettate da una doppia vita.

L'ingresso di Gregory in Comunità

Al momento del suo ingresso in Comunità, il medico del S.e.r.t. stabilì per Gregory un dosaggio giornaliero di 50 ml al giorno di metadone cloridrato che, attraverso uno scalaggio graduale, riuscì a togliersi nell'arco di 4 mesi.

Sul **profilo relazionale** in Comunità Gregory era un ragazzo collaborativo, sia con l'équipe, fidandosi ed affidandosi nella ricerca di aiuto, sia con il gruppo dei pari.

Difficilmente rimaneva indietro nelle sue mansioni e nei lavori che iniziava. Quando qualcuno del resto del gruppo lo provocava (come spesso accadeva nei gruppi) attaccandolo per la sua precisione ma anche per il suo narcisismo, lui non reagiva scaldandosi per difendersi, come accadeva tra altri utenti, ma era come se la vivesse come una lusinga, un riconoscimento delle sue capacità che lo rendevano bravo e migliore degli altri.

Su questo aspetto Gregory lavorò principalmente con il suo operatore di riferimento (colui che segue più da vicino un utente facendo colloqui e compilando schede di diari dei colloqui; ogni operatore ha in media 4-5 utenti). Ciò che emerse fu che i riconoscimenti e complimenti ricevuti dai suoi genitori passavano attraverso modalità analoghe. Ogni comportamento eccessivo di Gregory da piccolo, che la maestra faceva notare alla madre e al padre, era da loro considerato come un distintivo, un segno di particolarità, perché il loro figlio era uno estroso e abile. Pochi o forse nessun rimprovero. Gregory agli occhi dei genitori non aveva mai torto.



Potemmo riscontrare i molti lati positivi del nostro nuovo utente fin dall'inizio, inoltre ci accorgemmo che il suo narcisismo era l'unica via che conosceva per entrare in relazione. Questa sua caratteristica però lo relegava in una posizione distante ed in parte solitaria e Gregory, ragazzo effettivamente emotivo, ne soffriva.

Dimostrò infatti la sua timidezza iniziale. Per i primi due mesi circa nelle ore non lavorative girava con il libro che stava leggendo, spostandosi magari dal giardino in casa; a pranzo lo appoggiava vicino al suo piatto, come fosse veramente una coperta di Linus, un "*oggetto transazionale*" (oggetto che funge da supporto emotivo) per dirla con le parole di Winnicott. Rappresentava un supporto emotivo per studiare l'ambiente circostante ed entrarci gradualmente in relazione.

La famiglia gli mancava ed in particolare la figlia Daria, alla quale scriveva molte poesie, raccolte in un'agenda che gli era stata regalata da un operatore.

Il lavoro psicoterapeutico

Il lavoro psicoterapeutico era organizzato in:

- colloqui individuali
- due gruppi terapeutici settimanali: uno in minigruppo (metà utenti divisi in gruppo A e gruppo B) e l'altro in plenaria (gruppo riunito, condotto dalla responsabile, dove si lavora anche nella presentazione della propria storia di vita familiare).

Da questo lavoro emerse che la **famiglia d'origine di Gregory** era organizzata, da un punto di vista relazionale, come una sorta di "**grappolo d'uva**".

Questa metafora evidenziò che tutti erano molto vicini gli uni agli altri e che quella stessa indifferenziazione, come ad esempio entrambe i figli al seguito professionale del padre, lasciava spazio ad una intensa solitudine che: "*attanagliava l'anima*", come disse un giorno Gregory.

Ciascuno poteva contare solo su se stesso ma, al contempo, era proibito prendere le distanze, spiccare il volo. Mancavano le ali per farlo tutto era organizzato lì, all'interno del gruppo famiglia.

Per Gregory ogni allontanamento dalla famiglia era stato per trasgressione, le sue amanti e la droga tra le più eclatanti.

La Comunità M.B., dove rimase per un anno preciso, rappresentò il suo unico allontanamento lecito, tutti ne erano a conoscenza e conoscevano le cause e le finalità.

Al decimo mese in Comunità Gregory trovò il coraggio di scrivere due lettere ai propri familiari: una indirizzata ai genitori, una a sua moglie. Prima di spedirle ci chiese di leggerle, nessuno di noi rimandò questo appuntamento.

Decise di riprovare con sua moglie evitando tradimenti con altre donne. Confermò quindi alla donna sospetti che non aveva mai voluto tradurre in verità. Ora che non aveva più nulla da nascondere si dichiarò pronto ad intraprendere una terapia di coppia per capire se la loro relazione poteva salvarsi.

Ai suoi genitori scrisse che così come aveva deciso di separarsi dalla droga e da quello stile di vita esasperato, aveva altrettanto bisogno di trasferire il suo studio, da quello del padre, ad uno studio associato composto da suoi coetanei, con i quali aveva studiato all'università.



Conclusioni: Il volo dell'aquilone

La Comunità diede questo a Gregory, la possibilità di provare a volare ed iniziare ad **appartenere in modo nuovo al proprio sistema familiare**. Un'appartenenza autentica e differenziata, non più basata sul mero tornaconto collettivo dove c'era chi garantiva la sicurezza economica e chi quella della stretta vicinanza tra i membri, senza avere mai avuto veri quanto sentiti scambi emotivi.

Il giorno della sua uscita di Comunità, come da tradizione, festeggiammo quello che noi dell'équipe, alla luce dei risultati raggiunti, considerammo per Gregory un fine programma (non interruzione), con un pranzo di saluto. Gli consegnammo una lettera scritta insieme dall'intero staff che lui avrebbe potuto leggere solo dopo aver firmato il foglio di "fine programma".

Scrivemmo che era possibile imparare a separarsi, anche dopo tanti anni. In quel giorno, anche se era passato solo 1 anno dalla nostra conoscenza, lui lo stava facendo da noi e noi da lui. Tutti, a partire dai ragazzi, avremmo sentito il vuoto lasciato da una persona così vitale e a lui sarebbe mancato un guscio protettivo fatto di persone disponibili a farlo allenare giorno dopo giorno, ma questa è la regola: non si può passare una vita in Comunità per non separarsi. Fummo noi a spingerlo a fare questo passo in quel momento poiché ritenevamo che fosse pronto. Pronto anche a vivere la separazione dalla Comunità, come elemento di supporto, per realizzare scelte di vita fuori già prese e comunicate.

Sono ormai passati due anni e quando vuole, di solito capita di domenica, viene a trovarci da solo oppure con la moglie e la figlioletta. Questo dimostra che i rapporti dopo la separazione possono continuare, in una forma sicuramente rinnovata, ma continuano.

Sappiamo che non fa più uso di droghe, il suo nuovo studio dà buoni frutti e fino ad ora sembra che anche la terapia di coppia funzioni!

Bibliografia

- A.A.V.V., "DSM IV. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali", Masson Editore, Milano, 2000
- Andolfi Maurizio, Angelo Claudio, "Tempo e mito nella psicologia familiare", Bollati Boringhieri, Torino, 1987
- Rossi Marco, "Metodo e risultati di una comunità per tossicodipendenti. L'esperienza di Città della Pieve", Franco Angeli, Milano, 2009
- Scabini Eugenia, "L'organizzazione della famiglia, tra crisi e sviluppo", Franco Angeli, Milano, 1998