

Generazione borderline

Precarietà dei legami familiari e mondo tossicomane¹

Nicolò Terminio²

Sommario

Il testo approfondisce la psicopatologia della tossicodipendenza, ponendo in rilievo la fenomenologia borderline. L'attenzione viene focalizzata sulla configurazione dei legami familiari nei soggetti tossicomani. In particolare viene studiato il dispositivo antropologico del trauma, che si presenta come il nucleo centrale su cui fondare il lavoro terapeutico.

Abstract

The article concerns of the psychopathology of drug addiction, with an emphasis on the phenomenology of borderline personality disorder. The attention is focused on setting up of family ties in subjects with substance abuse disorders. In particular the anthropological frame of trauma is studied which presents itself as the core on which the therapeutic work is based.

Parole chiave: psicopatologia, tossicodipendenza, legami familiari, trauma, borderline.

Keywords: psychopathology, substance abuse disorders, family ties, trauma, borderline personality disorder.

1. Introduzione

Le riflessioni che propongo scaturiscono dalla mia pratica clinica e trovano ancoraggio nell'incontro quotidiano con i pazienti tossicomani della comunità terapeutica dove lavoro. I concetti di cui parlerò fanno parte di una valigetta degli attrezzi che uso per orientarmi nel lavoro clinico.

Parlo di *generazione borderline* per dare maggiore evidenza alle trame del "famigliare" (Scabini e Cigoli, 2000) nella storia dei cosiddetti pazienti borderline. Il riferimento alla *precarietà dei legami familiari* ci consente infatti di focalizzare l'attenzione sugli aspetti relazionali e simbolici che vengono compromessi nella fenomenologia del borderline e in modo eclatante nella tossicomania. Infine, parlo di *mondo di tossicomane* per non ridurre la clinica degli stati tossicomani all'esperienza dello sballo, rintracciando piuttosto le caratteristiche salienti della psicopatologia nella relazione con l'Altro.

¹ Testo pubblicato su *Plexus. Semestrale Scientifico Online del Laboratorio di Gruppoanalisi*, 2011, n. 7.

² Psicoterapeuta, Ph.D. in "Ricerche e metodologie avanzate in Psicoterapia".

Svilupperò questi argomenti per giustificare alcune ipotesi sulla effettiva compromissione del legame con l'Altro nei soggetti tossicodipendenti. L'obiettivo più ambizioso sarà quello di tratteggiare alcuni punti irrinunciabili per la psicoterapia.

2. L'eclissi dell'Altro

Nell'ambito degli studi lacaniani, così come nelle pagine straordinarie che Gilberto Di Petta ha saputo dedicare al “mondo tossicomane” (2004 e 2006), la questione fondamentale del soggetto che ricorre all'abuso di sostanze consiste in un tracollo dell'esistenza dell'Altro. L'Altro con la A maiuscola non è il nostro simile, ma lo sfondo relazionale e simbolico di ogni nostra interazione con gli altri che incontriamo nella nostra vita. Da questo punto di vista perdere il legame con l'Altro vuol dire perdere gli ormeggi da quei riferimenti comuni che ci orientano in un mondo condiviso. La clinica degli stati tossicomani evidenzia appunto l'eclissi di quei principi e di quei valori che caratterizzavano l'universo simbolico di qualche anno fa. Il soggetto tossicomane non è infatti orientato dal legame con l'Altro, l'orizzonte della sua progettualità contempla un mondo dove il trionfo dell'oggetto-droga prevale su qualsiasi altra relazione. In un certo senso non si può neanche fare torto al nostro paziente, perché l'oggetto-droga gli si presenta come un *oggetto* più affidabile di qualsiasi altro *soggetto* con cui è entrato in relazione. Cresciuto nella “stabile instabilità” delle sue relazioni familiari, il soggetto non ha trovato altra via migliore che rifugiarsi nella sostanza, dato che di sostanza relazionale-simbolica non ne trovava. La questione della cura degli stati tossicomani consiste allora nel tentativo di recuperare la responsabilità del soggetto all'interno di un percorso di vita che non sembrava avere alternative, come se la droga o l'alcool fossero stati un destino.

3. Legge *versus* desiderio

Nella mia pratica clinica ho visto aprirsi delle reali possibilità di cambiamento terapeutico solo quando un soggetto si è accorto che la droga non era in realtà un problema ma una soluzione, un tappo per riempire la mancanza e curare le ferite, un percorso che il paziente aveva scelto per prendere posizione rispetto all'Altro familiare. Il fallimento della droga non è quindi correlato soltanto al comportamento d'abuso e a tutte le conseguenze fisiche e relazionali che può causare. Si tratta di un fallimento perché la falsa pista offerta dall'oggetto-droga non risolve le questioni sollevate dal legame con l'Altro.

Noi viviamo in un'epoca che è dominata da un'intossicazione di oggetti, tra cui la droga, che ci promettono di saturare quella mancanza-a-essere che ci spinge sempre verso qualcos'altro. Il discorso sociale contemporaneo promuove infatti forme di godimento piuttosto che esperienze di desiderio: il godimento è fondamentalmente autistico, può fare a meno dello scambio intersoggettivo ed è diretto verso la soddisfazione istantanea della "cosa"; il desiderio chiama in causa invece la presenza dell'Altro, che risulta irrinunciabile per poter raggiungere la propria soddisfazione in una relazione che si sviluppa nel tempo. La *dipendenza* tossicomana rivela quindi una difficoltà a instaurare un'*appartenenza* in cui possa coesistere il sé e l'altro, il proprio desiderio in relazione con il desiderio dell'altro.

Il discorso del capitalista, enucleato da Lacan e ripreso da Massimo Recalcati ne *L'uomo senza inconscio* (2010), consiste nella promozione del consumo dell'oggetto come forma elettiva per strutturare l'esperienza escludendo il rapporto intersoggettivo. Passare da un oggetto all'altro non permette però di comprendere che quel qualcos'altro a cui anela il nostro desiderio non è un oggetto commercializzabile né un mero oggetto di godimento, in quanto l'*autre chose* del desiderio è sempre partecipe della dimensione del dono, un dono che solo l'appartenenza al legame con l'Altro può concedere.

Eppure, come dicevamo già, l'Altro che ha caratterizzato lo sfondo delle relazioni familiari del soggetto tossicomane non è un Altro a cui potersi affidare, è piuttosto un Altro che presentifica la commistione traumatica tra legge e desiderio, tra simbolico e pulsione. E si tratta di una commistione traumatica perché la confusione tra legge e desiderio produce un azzeramento della funzione dell'Altro, che è appunto di legare insieme, senza negarne la differenza, il mondo della realtà condivisa con il mondo della singolarità del soggetto. Per il tossicomane questo non è avvenuto e allora dove c'è legge scompare il desiderio, dove c'è la regola scompare il soggetto e di conseguenza dove c'è il soggetto la legge deve piegarsi alle esigenze singolari di ciascuno. La confusione tra legge e desiderio lascia inoltre il soggetto privo di riferimenti, senza una bussola che possa trasformare il tempo dell'esistenza in esperienza vissuta, inserendo il gesto quotidiano in una dimensione progettuale.

4. Il soggetto fuori limite

In un mio precedente lavoro sottolineavo che "se scompare l'Altro, il soggetto rimane privo di ogni riferimento e si muove nella costante ripetizione di comportamenti che sebbene siano al di là dei limiti sono la richiesta non troppo implicita di un limite, di qualcuno che rappresentando la legge ponga un freno a

una spinta che il soggetto non sa dove potrebbe portare. Capita spesso di ascoltare dei pazienti borderline che pur lamentandosi dei limiti e delle punizioni imposti dalla legge, dichiarano che in certi casi sono stati proprio loro a cercare di essere fermati: raccontano di episodi in cui hanno cercato il limite imposto dalla legge, quel limite che non avevano incontrato nello scambio simbolico con la famiglia. [...] Se nella vita non si è potuta assimilare l'esperienza virtuosa del limite, allora la si ricercherà anche in modo traumatico, purché arrivi un segnale dal mondo che impone un freno e una linea di confine all'andare oltre del soddisfacimento pulsionale” (Terminio 2011, p. 138).

Se vogliamo essere più precisi, dobbiamo inoltre sottolineare che nel caso dei soggetti borderline il trauma vale sia come forma di ripetizione dell'eccesso sia come tentativo patologico di riconfigurare la propria posizione soggettiva nei confronti di ciò che, nella relazione con l'Altro, ha segnato l'effrazione del limite e la rottura della fiducia nel legame. Seguendo tale prospettiva possiamo allora comprendere perché Corrado Pontalti, durante uno dei suoi seminari torinesi, abbia potuto definire queste forme di psicopatologia come “patologie che galleggiano tra due acque ma che cronicizzano la vita”.

5. Il problema del trattamento

La questione della precarietà del legame con l'Altro, nelle forme di tossicomania con fenomenologia borderline, ci pone il problema del trattamento. Nel lavoro clinico svolto in una comunità terapeutica si cerca di assolvere ad almeno due funzioni. Da un lato si introduce un limite per il godimento: le regole e l'organizzazione della giornata sono in parte finalizzate a canalizzare l'eccedenza del soggetto; dall'altro le regole servono anche ad aprire una finestra di riflessione su quel luogo dell'esperienza che Antonello Correale ha definito come “area traumatica” (Correale 2006), tale esplorazione riflessiva dovrebbe infatti costruire i presupposti soggettivi per un cambiamento del modo di gestire la precarietà del legame con l'Altro.

Possiamo focalizzare meglio la questione del trattamento della tossicomania se consideriamo che la fenomenologia borderline si organizza attorno a tre temi principali, definiti da Correale come la “triade disperante” del borderline: il trauma, la ripetizione del trauma e l'esperienza dissociativa.

6. Il trauma

L'esperienza del borderline mette in risalto il “dispositivo antropologico” del trauma (Stanghellini 2009). Il trauma svela la vulnerabilità del soggetto nei

confronti del reale. Il trauma espone il soggetto a una forma di godimento che è fuori-senso e difficilmente simbolizzabile. Perdipiù nel borderline questa esposizione avviene ad opera delle figure familiari. Nella tossicomania con fenomenologia borderline l'esposizione al trauma viene innescata da un Altro familiare che riflette sempre più il funzionamento dell'Altro sociale. Ciò che è risultato precario è il confine tra adulti e bambini, è venuto a mancare quel confine che avrebbe dovuto collocare il regime della soddisfazione rispettando la differenza tra le generazioni. Le figure familiari che connotano l'Altro del borderline incarnano invece la versione abusante dell'adulto che presentifica un eccesso che viola le leggi della civiltà, ossia quelle norme implicite che regolano il rapporto degli esseri umani con il sesso e la morte.

I nostri pazienti borderline ci chiedono come sia potuto succedere che, nella loro infanzia, un adulto di cui si fidavano potesse abusare di loro. Nel percorso evolutivo del borderline è la stessa relazione con il caregiver che produce una confusione tra il piano della tenerezza e quello dell'erotizzazione. L'effrazione del trauma non si realizza però solo attraverso le forme dell'abuso, perché la barriera del simbolico viene abbattuta ogni qualvolta la testimonianza dell'adulto mostra il lato scabroso di un godimento che fa a meno dell'Altro, come nel caso di Matteo che sin da piccolo osservava la madre dallo spioncino della porta del bagno: la vedeva accasciarsi dopo essersi bucata. Nel caso di Adriano la sovversione della testimonianza paterna si era realizzata con un gesto non rimarginabile: quando aveva otto anni, il padre aveva tentato di suicidarsi insieme al figlio; il giorno dopo il figlio aveva impedito al padre di suicidarsi da solo, rimanendo però inchiodato alla reazione del padre che lo rimproverava per non averlo lasciato morire; il terzo giorno Adriano aveva sentito il padre scendere in garage, ma questa volta era rimasto per ore davanti al televisore, per scoprirlo morto solo verso sera. Ho incontrato Adriano quando aveva 29 anni e aveva già compiuto 22 tentativi di suicidio: era il modo che aveva trovato per provare e riprovare "quell'attimo in cui ti svegli e ti sembra di poter ricominciare".

7. Ripetizione del trauma e dissociazione

Il caso di Adriano mostra in modo evidente che il trauma è seguito dalla ripetizione del trauma. In modo misterioso il soggetto è attratto da un'esperienza che lo trascina fuori dagli argini del simbolico, facendolo affondare per l'ennesima volta nello stesso solco in cui era già affondato. La ripetizione del trauma apre un vertice di osservazione sul lato scabroso del soggetto, un soggetto che precipita verso una modalità di soddisfacimento al di là del principio di piacere, pulsione di

morte l'ha chiamata Freud. Non è sufficiente disintossicare o contenere il paziente tossicomane, perché l'esperienza del trauma è tanto insopportabile quanto necessaria. È insopportabile perché rimanda al modo in cui il paziente è stato trattato dall'Altro familiare, ma allo stesso tempo consente di non riflettere veramente su ciò che egli è stato per l'altro. Gli studi sulla funzione riflessiva nei pazienti borderline vanno in questa direzione, mostrano cioè quanto la logica borderline possa avere una funzione difensiva rispetto alla mente dell'altro (Fonagy e Target, 2001): piuttosto che sapere la verità, piuttosto che mangiare il mio *Dasein* direbbe Lacan, mi dissocio e mi rifugio in uno stato di coscienza crepuscolare, lì dove il mondo non è ancora mondo e dove il trauma è fuori dal tempo della mia verità. È come se il soggetto cercasse di “resettare” l'esperienza abolendo l'eccesso di marciame di cui ha provato l'acme: chiudere gli occhi per riaprirli.

Le ricadute dei tossicomanici con fenomenologia borderline rimandano a questa logica di funzionamento, dove la ripetizione del trauma provoca una dissociazione necessaria per tollerare quel troppo di reale verso cui si era sospinti. Come entrare allora in relazione con un paziente estremamente vulnerabile alle increspature di ogni relazione, fino a rivedervi quasi sempre il ritorno delle stesse mancanze e degli stessi abusi? Perché con i pazienti tossicomanici i nostri margini di manovra sembrano molto limitati: se introduciamo il vincolo della relazione rischiamo di rievocare una presenza troppo invadente, se tralasciamo la necessità dei limiti acconsentiamo implicitamente allo scivolamento del paziente verso un godimento rovinoso. In che modo possiamo incontrare i nostri pazienti scansando il rischio di rinnovare e ribadire quella precarietà del legame con l'Altro che è stata inaugurata nelle trame del “famigliare”?

8. Un Altro che offre la mancanza

In un libro di grande successo due colleghi che lavorano a Parigi hanno affermato che “il disagio che siamo chiamati ad affrontare nel nostro lavoro di psicoterapeuti riguarda sia la vita di quartiere che la scuola e le relazioni famigliari. In tutti questi casi siamo testimoni di una sofferenza legata, diremmo, a un'eclissi – o forse a un tracollo – del principio di autorità” (Benasayag e Schmit, 2003, p. 25). In effetti possiamo notare che se alcuni pazienti tossicomanici arrivano in comunità è perché hanno superato quasi tutti i limiti e ormai nessuna autorità risulta per loro un'autorità autentica. L'assenza operativa del principio di autorità è la conseguenza di una serie di incontri che hanno convalidato la precarietà dell'Altro, un Altro che è diventato sempre meno credibile, fallimento dopo fallimento, in quanto unisce in modo precario legge e desiderio. *La vera precarietà dei legami famigliari dei soggetti*

borderline consiste dunque in una perdita di affidabilità dell'Altro come luogo relazionale in grado di articolare nella trama delle generazioni il legame tra il corpo e la parola, tra il desiderio e la legge, tra il reale del godimento e la dimensione simbolica.

Nel lavoro clinico in comunità cerchiamo allora di riannodare i fili della storia con le perturbazioni degli eccessi pulsionali. Il primo compito del trattamento della tossicomania consiste infatti nel riattivare la trama delle narrazioni che possono rievocare l'eccezione dell'area traumatica. Solo a patto di transitare attraverso le lacerazioni di una vita è possibile ridare pienezza alla parola del tossicomane, che fino a quel momento era soltanto una parola vuota, priva cioè di un senso che potesse unire i significati e le dinamiche pulsionali che l'Altro ha tracciato nel destino del soggetto.

Si tratta di un passaggio terapeutico incandescente, perché richiede un primo incontro-scontro con il paziente. Quando chiediamo al nostro paziente di essere “docile” alle regole della comunità gli proponiamo inevitabilmente di rispettare i vincoli di una relazione e il più delle volte risulta intollerabile perché da un lato imponiamo una rinuncia al soddisfacimento immediato e dall'altro attiviamo gli interrogativi del soggetto su ciò che l'Altro vuole e ha voluto da lui. Fu proprio in uno di questi momenti della cura che Alessandro reagì violentemente dicendo che non lo ascoltavamo, che non eravamo sufficientemente disponibili e che allora “lui non era disposto ancora una volta ad abbassarsi i pantaloni”. In quel frangente Alessandro fu pacificato dal dire che anche noi potevamo sbagliare: la nostra mancanza era sensibile alla parola del soggetto, non cercavamo di nascondere ciò che non andava né di rifarci su di lui, rovesciando cioè il luogo della mancanza: non pronunciavamo un messaggio del tipo “non siamo noi che sbagliamo ma tu”, pur rimanendo fermi nella nostra posizione e nelle regole che ritenevamo giuste e che ci aiutavano a trovare un terzo in grado di modulare i nostri rapporti al di là dei capricci di ciascuno. La sensibilità verso la parola del soggetto non consiste però solo nella modalità dell'ascolto e nella pragmatica della relazione terapeutica, ma anche nell'andare a sollevare l'alone semantico delle parole di Alessandro e così mi rivolsi a lui chiedendogli: perché dici “abbassarsi i pantaloni? Quali esperienze ti fanno parlare così?” Nella concitazione del momento quella domanda introdusse il silenzio, l'interruzione di quella coreografia che accendeva la relazione lasciando però esclusa una verità fino ad allora rimasta da parte. Nelle sedute di psicoterapia individuale Alessandro mi raccontò degli abusi che aveva subito durante il collegio e come quelle educatrici che si occupavano di lui facessero oscillare il rapporto tra una modalità erotizzata e una versione sadica dell'accudimento. Da questo racconto in poi la relazione terapeutica con Alessandro ha trovato due punti imprescindibili:

in primo luogo la presenza di un Altro (la comunità terapeutica) che riconosce le sue mancanze, ma non per questo è disposto a cedere sulla legittimità del tipo di set/setting con cui orientare il lavoro clinico; in secondo luogo un'équipe disposta ad accogliere l'area traumatica di Alessandro senza per questo dimenticare che il compito di Alessandro sarà quello di assumere una posizione soggettiva rispetto a quell'eccedenza traumatica a cui l'Altro l'aveva assoggettato.

Ecco in cosa può consistere il trattamento proposto da un Altro che mostra la sua mancanza come garanzia di un ascolto per il soggetto.

Bibliografia

- Benasayag M., Schmit G. (2003), *L'epoca delle passioni tristi*, trad. it. di Missana E., Feltrinelli, Milano 2004 (2007).
- Correale A., *Area traumatica e campo psicoanalitico*, Borla, Roma 2006.
- Di Petta G., *Gruppoanalisi dell'esserci. Tossicomania e terapia delle emozioni condivise*, pref. di Callieri B. e Correale A., pres. di Calvi L., Angeli, Milano 2006.
- Di Petta G., *Il mondo tossicomane. Fenomenologia e psicopatologia*, introd. di Callieri B., Angeli, Milano 2004.
- Fonagy P., Target M., *Attaccamento e funzione riflessiva*, ed. it. a cura di Lingiardi V., Ammaniti M., Cortina, Milano 2001.
- Recalcati M., *L'uomo senza inconscio. Figure della nuova clinica psicoanalitica*, Cortina, Milano 2010.
- Scabini E., Cigoli V., *Il familiare. Legami, simboli e transizioni*, Cortina, Milano 2000.
- Stanghellini G., "Trauma", in Stanghellini G., Rossi Monti M., *Psicologia del patologico. Una prospettiva fenomenologico-dinamica*, Cortina, Milano 2009, pp. 235-262.
- Terminio N., "Esistenze borderline e mondo tossicomane", in *La generatività del desiderio. Legami familiari e metodo clinico*, pref. di Pontalti C., FrancoAngeli, Milano 2011, pp. 133-144.