

Corso base di psicopatologia fenomenologica

Direttore scientifico: Prof. Giovanni Stanghellini

Il mondo tossicomane

Dott. Gilberto Di Petta

Dott. Nicolò Terminio

Palazzo Borghese, Firenze, 5-6 novembre 2011



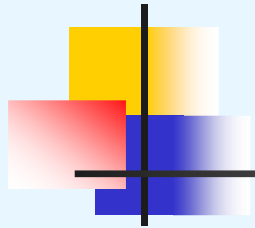
Comunità terapeutica e mondo tossicomane

1. Modello psicopatologico
2. Strategie di cura
3. Possibilità di verifica empirica



Modello psicopatologico

- *Il mondo tossicomane*
- *Nuovi sintomi*
- *Area traumatica*



Il mondo tossicomane

- Esistenza
- Soggetto
- Esperienza



Il mondo tossicomane

- *Il mondo tossicomane o, per meglio dire, l'assenza di mondo, che, in negativo, struttura la presenza tossicomane come assenza (come assenza) come continua sottrazione e sparizione dal mondo, sono gli aspetti attorno a cui si struttura l'esperienza stessa.*

G. Di Petta, *Gruppoanalisi dell'esserci. Tossicomania e terapia delle emozioni condivise*, pref. di B. Callieri e A. Correale, pres. di L. Calvi, Angeli, Milano 2006, pp. 99-100.



Il crepuscolo e l'aurora

- La coscienza ordinaria del soggetto tossicomane è offuscata dalla predominanza di un oggetto che al tempo stesso lo espropria da sé e lo rende padrone del suo mondo. Si tratta però di un mondo offuscato, dove lo stato di coscienza assomiglia al crepuscolo delle luci del giorno o all'aurora che preannuncia il superamento della linea d'ombra, quando i confini tra le cose si fanno più impercettibili e i colori sfumano nel chiaroscuro.



La dissociazione

- *Le tossicodipendenze non assumono sempre e solo il ruolo di mezzo ma costituiscono spesso il nucleo di un meccanismo peculiare di dissociazione che non ha necessariamente legami di causalità diretta rispetto a dimensioni traumatiche preesistenti, che non agisce sempre e solo nel campo interpersonale temporalmente prossimo alla condotta d'abuso, che non mantiene necessariamente lo stesso significato psicologico nel tempo, che in extremis rompe ogni logica di causalità psichica, ma che, contemporaneamente, va a costituire il polo attrattore della personalità del soggetto. Questo è il meccanismo di ciò che suggerisco chiamare «dissociazione farmaco-indotta»*

F. Beni, "Tossicodipendenze, psicoanalisi e complessità: la dissociazione farmaco-indotta", *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2009, XLIII, 4, p. 524].



Nuovi sintomi

- Sintomo
- Verità
- Spinta ad agire



Il soggetto e l'Altro

- Non esiste *soggetto* senza *Altro*
- “L’epoca dell’Altro che non esiste”
- Individualismo e “disagio della modernità”



Il piede in due staffe

Un mio giovane paziente diceva che la cocaina gli consentiva di “avere il piede in due staffe”. Un giorno in seduta lo stesso paziente mi racconta un sogno in cui il padre lo incitava ad assumere la cocaina. Il sogno era apparentemente in contrasto con la realtà, infatti il padre è un rappresentante della legge che è contrario al suo stile di vita tendente alla dissipazione. Il sogno però rivela un’interpretazione inconscia del paziente: dietro l’enunciato che pone il divieto il soggetto ipotizza una complicità del padre nel comportamento fuori-legge, un sostegno paterno alla trasgressione. Ebbene, tutto ciò non era poi così lontano dalla realtà della relazione padre-figlio, infatti nel periodo appena precedente le analisi del sangue del figlio il padre aveva svelato al figlio i trucchi per aggirare i controlli e farla franca. È un esempio contemporaneo del rovesciamento della funzione d’interdizione veicolata dalla figura paterna, che si ritrova invece a incarnare l’agente di un messaggio che favorisce l’evitamento dell’incontro con la dimensione del limite e della castrazione simbolica.



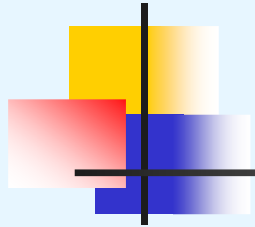
Legami familiari e percorsi evolutivi

- Funzione paterna e trasmissione simbolica:
 - A.
 - J. P.
 - C.
 - G.
 - L.



Linguaggio e giuramento: ontologia del borderline

Nel libro *Il sacramento del linguaggio* il filosofo Giorgio Agamben spiega, in modo approfondito e chiaro, il percorso che l'uomo ha intrapreso per affermarsi come soggetto di parola, come essere che si dice uomo in quanto ha scommesso di mettere in gioco il suo essere nel linguaggio. L'uomo contemporaneo sembra però non credere più nell'importanza del linguaggio. Ciò che contano sono i fatti reali, e in tal modo i fatti psichici sono ridotti a fenomeni reali rilevabili come fenomeni materiali e misurabili. I pazienti borderline sono borderline non solo perché si muovono sui bordi dell'esistenza, cercando fuori margine il messaggio simbolico che non hanno trovato a centro pagina, ma sono anche borderline perché vivono in modo drammatico sul margine che separa la parola dagli effetti che questa può produrre: la parola del borderline non sembra ancorarlo nel mondo, non è una parola su cui può fare affidamento, a partire da cui può pronunciare un giuramento.



Area traumatica

- Borderline:
 - Legge
 - Trauma
 - Dissociazione



Il colloquio clinico

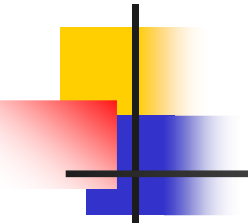
Il colloquio clinico si rivolge innanzitutto al modo soggettivo con il quale a determinati *sintomi* viene attribuito un *senso*. Nel colloquio non si ricercano soltanto i sintomi-segni che vanno a comporre le unità nosografiche, piuttosto ciò che sollecita l'attenzione del clinico sono quelle "catene significanti" che rivelano il contenuto e la forma dell'apertura esistenziale del soggetto. L'incontro con il soggetto che soffre è quindi l'incontro con un discorso, un discorso soggettivo che si presenta come un indice semantico del suo particolare modo di essere e della sua storia individuale e familiare.



L'ascolto clinico

L'ascolto clinico intende cogliere, attraverso le parole del colloquio, *“come vive ciò che sta vivendo la persona che abbiamo di fronte, incoraggiandola a volgere una sorta di occhio interno verso ciò che le sta accadendo: come si sente? che cosa le è successo? da quanto tempo le accade? che relazione ha questo suo modo di sentirsi con ciò che le è accaduto in precedenza? ha già vissuto simili esperienze? in che modo e in che misura quello che sta vivendo ora richiama qualcosa che ha già vissuto nel suo passato? e così via”*

Stanghellini G., Rossi Monti M., *Psicologia del patologico. Una prospettiva fenomenologica-dinamica*, Cortina, Milano 2009, p. 5.



Una prima sintesi: dalla diagnosi alla terapia

- Diagnosi descrittiva
- Personalità e funzionamento mentale
- Posizione del soggetto



La soggettivazione

- *Ma come lo si può, in definitiva, s-oggettivare, questo Dasein, cioè render proprio, proprio sempre nel senso di nostro, cioè insostituibile, inimitabile?*

G. Di Petta, *Il mondo tossicomane. Fenomenologia e psicopatologia*, introd. di B. Callieri, Angeli, Milano 2004, p. 104.



Strategie di cura

- *L'aggancio*
- *Il transito e la comunità*
- *Il reinserimento sociale*



La Comunità terapeutica del “Bourgeon de Vie”

La Cooperativa sociale “Bourgeon de Vie” è impegnata da quasi 25 anni nella cura dell’alcolismo e delle tossicodipendenze. La competenza maturata nel trattamento comunitario si è evoluta nel tempo, specializzandosi sempre più nella cura residenziale di soggetti con patologie invalidanti correlate all’abuso di sostanze.



Il Servizio Specialistico Residenziale

Il Servizio Specialistico Residenziale per soggetti con patologie invalidanti correlate all'abuso di sostanze rientra nella tipologia e nel setting delle Comunità Terapeutiche e svolge le sue attività nell'ambito della rete nazionale dei servizi per le dipendenze patologiche. In particolare, la Cooperativa "Bourgeon de Vie" ha stipulato un contratto triennale (da gennaio 2011 a dicembre 2013) con l'Azienda U.S.L. Valle d'Aosta per il raggiungimento dei seguenti obiettivi generali:

- fornire adeguato supporto di tipo medico-sanitario, psico-educazionale e assistenziale;
- attivare interventi idonei a evitare il ricorso alle strutture ospedaliere quando non sia richiesto da oggettive necessità cliniche;
- promuovere le opportune relazioni nell'ambito del contesto sociale al fine di superare ogni rischio di emarginazione;
- favorire, per quanto possibile, l'organizzazione autonoma della vita del soggetto, riattivando possibili legami nell'ambito familiare, favorendo il reinserimento lavorativo e l'integrazione sociale, promuovendo il graduale passaggio dalla fase protetta nella struttura alla fase autonoma presso il proprio domicilio.



Il Progetto Terapeutico Individualizzato

- Analisi dei bisogni e del contesto
 - Storia
 - Sintomo
 - Domanda
- Obiettivi del progetto
- Contenuti
- Metodi e strumenti
- Tempi
- Spazi
- Vincoli e limiti
- Verifiche e aggiornamento clinico



Funzioni e attività

- La capacità ricettiva della struttura è pari a 15 posti. Nello svolgimento delle attività terapeutiche il Servizio residenziale assolve alle seguenti funzioni:
 - trattamento, cura, riabilitazione e prevenzione della ricaduta;
 - recupero e/o miglioramento psicofisico e socio-relazionale del paziente attraverso protocolli di trattamento terapeutici individualizzati.
- I trattamenti erogati e gli interventi consistono nelle seguenti attività:
- definizione di un progetto individualizzato;
 - colloqui psicologici, psicoterapia individuale e di gruppo;
 - colloqui con i familiari;
 - counseling educativo;
 - monitoraggio quotidiano della situazione sanitaria e compliance farmacologica;
 - monitoraggio e valutazione neuropsicologica;
 - fisioterapia;
 - laboratori manuali ed espressivi.
- Viene inoltre assicurata l'assistenza alberghiera consistente in: vitto e alloggio, igiene della persona, cura degli spazi individuali e comuni, supporto nella gestione del denaro, attività fisiche e psicofisiche.



Figure professionali

- L'équipe clinico-educativa del Servizio è composta dalle seguenti figure professionali:
 - n° 1 Responsabile clinico (Psicoterapeuta - Ph.D.)
 - n° 2 Responsabili educative
 - n° 1 Responsabile qualità e accreditamenti
 - n° 1 Coordinatore organizzativo
 - n° 1 Segretaria
 - n° 6 Operatori di comunità
 - n° 3 Operatori socio-sanitari
 - n° 1 Supervisore (Psicoterapeuta)
 - n° 1 Consulente psichiatra
 - n° 1 Infermiere professionale
 - n° 1 Referente area sanitario
 - n° 1 Referente manutenzione



Analisi dei bisogni

- *L'aggancio*
- *Il transito e la comunità*
- *Il reinserimento sociale*



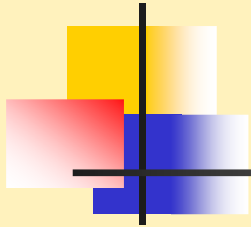
L'aggancio e il tempo preliminare della cura

- Chi incontra chi?
- Chi domanda?
- Il trattamento della domanda
- La rettifica soggettiva



Storia, sintomo e domanda

- **Storia:** cosa si può aggiungere rispetto al racconto iniziale? È emerso qualcosa che prima era latente? La storia inizia ad assumere una trama narrativa da cui emergono delle questioni relazionali?
- **Sintomo:** il paziente è cambiato rispetto alla prima diagnosi? Attualmente quali sono le circostanze in cui si manifesta il sintomo? Il soggetto collega il sintomo alla sua storia? Attribuisce un significato al sintomo? Riconosce il tornaconto che il sintomo gli fornisce?
- **Domanda:** cosa domanda rispetto al sintomo? La domanda si è trasformata in una domanda di conoscenza sul proprio modo di essere? Il soggetto chiede di cambiare? Il soggetto domanda un senso per la sua vita?



Orientamento clinico e Comunità terapeutica

- Principi terapeutici e linee di forza storico-sociali
- La funzione terapeutica della comunità
 - Riposo
 - Mentalizzazione
 - Slancio vitale
- La matrice gruppale del trattamento
 - Universale e singolare
 - Rispecchiamento e soggettivazione
 - Campo istituzionale e lavoro d'équipe



Il lavoro clinico in istituzione

Un elemento che caratterizza l'approccio clinico in istituzione consiste nel ruolo fondamentale che viene posto nel *funzionamento dell'équipe*.

L'équipe degli operatori (psicoterapeuti, educatori, operatori, cuochi, manutentori e ogni altra persona che entra abitualmente in contatto con i pazienti) rappresenta infatti il fulcro operativo che permette di attualizzare il progetto clinico della Comunità.

Il Progetto Terapeutico Individualizzato non trova il suo momento di realizzazione solo nei diversi tipi di colloqui (diagnostici, terapeutici, educativi) o nelle attività che vengono svolte, piuttosto trova il suo fattore di maggiore efficacia clinica nel "campo istituzionale" che permea la vita quotidiana e il clima relazionale della Comunità.



Il campo istituzionale

Nell'ambito del trattamento comunitario diventa cruciale il campo istituzionale (Correale 1991) che caratterizza l'azione terapeutica del lavoro d'équipe. Il campo istituzionale è infatti quell'intreccio tra dinamiche organizzative, relazionali e affettive del gruppo degli operatori che va a modulare e condizionare il lavoro clinico con i pazienti, consentendo di esprimere nella pratica reale le idee e i principi che fondano la mission di un'istituzione terapeutica.



Pratique à plusieurs

L'applicazione generale dell'orientamento clinico della Comunità si ispira ai principi della *pratique à plusieurs* (Di Ciaccia 2006; Zenoni 2009): la pluralizzazione dell'Altro e "il policentrismo delle attività terapeutiche" (Correale 2006, p. 260) consente al paziente di trovare un suo riferimento in più operatori, che lavorano al fine di garantire alcune condizioni relazionali fondamentali per il trattamento di soggetti con gravi forme di psicopatologia. Un funzionamento dell'équipe *à plusieurs* consente infatti di bonificare la relazione terapeutica dal fantasma di un Altro che può fare del paziente o un oggetto del proprio amore o un oggetto del proprio sapere: in entrambi i casi il problema clinico scaturisce dal ridurre il soggetto a mero oggetto di cura. Invece ciò che svolge un ruolo di primaria importanza è la possibilità che venga data la parola al soggetto, in modo che possa partecipare al percorso di Comunità in prima persona.

- Correale A., *Area traumatica e campo istituzionale*, Borla, Roma 2006.
- Di Ciaccia A., "Una pratica al rovescio", in Aa.Vv., *Autismo e Psicosi Infantile. Clinica in Istituzione*, Borla, Roma 2006, pp. 23-43.
- Zenoni A., *L'autre pratique clinique. Psychanalyse et institution thérapeutique*, Érès, Toulouse 2009.



Gruppo parola e comunità

L'analisi dei contenuti viene focalizzata sui dati riferiti ai seguenti assi relazionali:

- il rapporto di ciascun paziente con gli altri membri del gruppo;
- il rapporto di ciascun paziente con il conduttore del gruppo e gli operatori presenti;
- il rapporto di ciascun paziente nei confronti del dispositivo gruppale;
- il rapporto di ciascun paziente con la comunità;
- il rapporto di ciascun paziente con le proprie problematiche soggettive e il proprio progetto terapeutico.



Parametri di studio del gruppo

- Domanda e modalità di inizio rapporto
- Tipo di utenza
- Numero utenti
- Sede
- Set(ting) e matrice di gruppo
- Cadenza delle sedute
- Pagamento
- Farmaci
- Durata
- Fondazione e obiettivo iniziale
- Condivisione degli spazi
- Istituzione
- Conduzione e interventi
- Psicodinamica del gruppo
- Formazione degli operatori

G. Lo Verso, *Parametri dei differenti set(ting) dei gruppi clinici*, in F. Di Maria – G. Lo Verso (a cura di), *Gruppi. Metodi e strumenti*, Cortina, Milano, 2002, pp. 1-34.



La funzione del dispositivo gruppale

La funzione del “gruppo parola”, in quanto dispositivo in grado di modulare:

- il legame intersoggettivo tra i pazienti;
- il loro singolo percorso terapeutico;
- il legame tra il gruppo dei pazienti e la comunità.



Sguardo e vergogna: istituzione e soggetto

- Corpo, sguardo e vergogna
- Il simbolico
- Il riconoscimento
- La soggettivazione



Qualcosa in più dell'interpretazione

- “Il mio assioma, in tutti questi anni, è stato che nessuna sostanza, neppure l'*eroina*, la più potente delle sostanze, è potente quanto l'*incontro* vero tra due uomini. Che un abbraccio tra due uomini *soli* calma più dell'*eroina*. E che la vita stessa, in definitiva, qualunque vita, è l'*eccitante* più potente. Che la generazione condivisa di vissuti particolarmente carichi e densi da un punto di vista emozionale potesse antagonizzare non la sostanza in sé, ma tutto l'*impianto* e l'*escalation* emozionale correlato all'*esperienza della sostanza*. Tutto stava a *coglierli*, questi vissuti, a *costituirli*, a renderli visibili, palpabili, *fattibili*, trasmissibili”

G. Di Petta, *Gruppoanalisi dell'esserci. Tossicomania e terapia delle emozioni condivise*, pref. di B. Callieri e A. Correale, pres. di L. Calvi, Angeli, Milano 2006, p. 31.



Parola al soggetto

- Nella clinica della tossicomania il terapeuta è chiamato a incarnare le sembianze di un Altro che sappia non domandare nulla al soggetto e al tempo stesso che sappia farsi garante di una messa in questione del sintomo, che insinui appunto un'interrogazione sul disturbo, collegandolo alla dimensione del significato senza l'anticipazione dell'interpretazione semantica.
- La parola del terapeuta non si sovrappone a quella del soggetto ma si fa supporto di una possibile enunciazione del paziente, affinché egli possa rendere “visibile, palpabile, fattibile e trasmissibile” con la parola quei vissuti che sembravano poter avere cittadinanza soltanto nell'*escalation* del passaggio all'atto.



Il reinserimento sociale

- Il progetto socio-educativo
- La mappa non è il territorio
- Ripensare il discorso sociale?



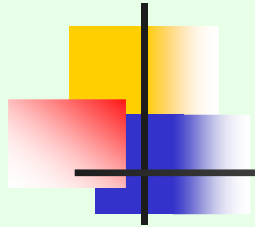
Valutazione e verifica empirica

- Dalla riunione d'équipe alla cartella clinica
- Desiderio e progetto
- Il funzionamento globale
- Lo spirito e la cultura dell'équipe



Dalla riunione d'équipe alla cartella clinica

- Il quaderno delle consegne
- L'aggiornamento del caso in équipe
- Il planning settimanale
- Il modulo del PTI



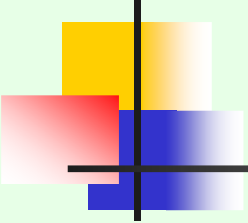
Desiderio e progetto

- Legame e pulsione
- Tempo e vissuto



Il funzionamento globale

- Gravità della psicopatologia
- Funzionamento sociale e occupazionale



Lo spirito e la cultura dell'équipe

- Lavoro d'équipe, Leadership e Responsabilità
- Il ruolo della cultura:
 - Artefatti
 - Valori dichiarati
 - Assunti taciti condivisi