

Considerazioni sulla clinica del paziente cocainomane

Reflections on the clinics of cocaine addicted patients

STEFANO IACONE

Dirigente Psicologo Ser.T. DSB 50 - Dipartimento Farmacodipendenze ASL NA/1 - Via J. Palach 24 - 80122 Napoli - Tel. 3477061385 - Fax 0812546806 - e-mail stefano.iacone@fastwebnet.it

Riassunto

All'interno delle tossicomanie, la questione del trattamento dei cocainomani sta trovando negli ultimi anni un notevole interesse legato in parte al clamore suscitato da alcuni casi di cronaca, ma sicuramente anche ad un aumento vertiginoso dei consumatori e quindi di coloro che ne diventano dipendenti. Difficilmente accostabili alle prassi operative dei Ser.T., indubbiamente la psicoterapia appare l'ambito di elezione per affrontare le premesse psicopatologiche di questa dipendenza. L'articolo cerca di evidenziare gli elementi principali che vanno ad organizzare questa patologia, ovvero i diversi livelli di ricorsività tra un peculiare mondo intrapsichico, l'universo relazionale e aspetti della cultura contemporanea. Avanza inoltre alcune riflessioni sugli aspetti basilari di un trattamento psicoterapeutico per cocainomane, in accordo con un pensiero sistemico di matrice batesoniana.

Parole chiave: Dipendenza da cocaina, Post-moderno, Craving, Psicoterapia

Abstract

In Italy, the treatment of cocaine use has become a subject of great interest, due to the recent increase in the number of cocaine users and abusers and the attention raised by media. To date, psychotherapy seems to be the principal instrument to understand the pathological bases of this addiction. This study analyses the main elements around which this pathology grows, the relationship between the levels of the individual inner world, the personal relations and some aspects of contemporary society. It contains some reflections on the basic aspects of a psychotherapy treatment for cocaine users, in line with Bateson's systemic thought.

Keywords: Cocaine addiction, Post-modern society, Craving, Psychotherapy

"A questo punto Charcot si rivolse a me, accomunandomi nell'invito; felice, accettai con un inchino... Avevo un aspetto bellissimo e mi sono fatto un'ottima impressione. Ci siamo recati in carrozza dividendo la spesa. R. era nervosissimo, io invece, grazie alla cocaina ero, calmissimo."

"Grazie a Dio è finita... mi sono talmente annoiato da scoppiare; e devo ringraziare quel po' di cocaina se non l'ho fatto. Pensa, questa volta eravamo 40 - 50 persone delle quali ne conoscevo solo 3 o 4."

S. Freud, *Lettera a Martha Bernays - 1886* (1)

Negli ultimi anni il consumo di cocaina è diventato un fenomeno sempre più massiccio e preoccupante. Considerato in passato come secondario rispetto al consumo di eroina, oggi sta ridestando una notevole attenzione, legata in parte al clamore suscitato da alcuni casi di cronaca, ma sicuramente anche da un aumento vertiginoso dei consumatori e quindi di coloro che ne diventano dipendenti. Dati recenti indicano un aumento dei consumatori dell'80% nell'ultimo decennio, a dispetto del 5% per l'eroina. Va tenuto presente che i consumatori di cocaina sono una popolazione molto diversificata, si assiste ad un consumo di massa sostanzialmente controllato, di cui solo una piccola percentuale sviluppa una dipendenza (2). Più facilmente si instaura un abuso ciclico, ovvero un uso problematico della sostanza, seguito da lunghi periodi di astinenza. All'interno dell'utenza dei Ser.T. i pazienti cocainomani sono sempre stati presenti, rappresentati soprattutto da i poli-abusatori che fanno un uso saltuario o periodico della cocaina - per i quali però la cocaina non rappresenta la sostanza d'elezione - e una piccola percentuale che fa un uso esclusivo ed elettivo della cocaina.

Il mutamento dei consumi ha investito sia i servizi pubblici che il privato sociale: sempre più di frequente gli operatori si imbattono con pazienti cocainomani per i quali non esiste un protocollo trattamentale di provata efficacia, né tanto meno uno prevalentemente adottato (3). Questo fa in modo che questo gruppo di pazienti abbiano un impatto "critico" con il Ser.T. La peculiarità della loro problematica li rende infatti poco compatibili con le prassi quotidiane e consolidate dei nostri servizi, ritagliati per lo più sulle esigenze degli eroinomani (4):

1) In primo luogo, il cocainomane è difficilmente trattabile sotto il profilo farmacologico. Allo stato attuale non esistono farmaci o *cocktail* di farmaci realmente efficaci nell'abuso di cocaina. Sussiste piuttosto la pos-

sibilità di utilizzare alcuni psicofarmaci (in particolare si fa riferimento ad alcuni anti-depressivi che agiscono sul *reuptake* della serotonina) come "supporto" ad un progetto terapeutico integrato (5). Cade così un aspetto centrale delle tossicomanie tradizionali, ovvero l'urgenza che viene trattata con un intervento immediato, costituito il più delle volte da un farmaco sostitutivo.

2) In secondo luogo, sono utenti che spesso non associano una condizione deviante alla loro tossicomania. Possono essere adolescenti che si accostano in modo assolutamente ludico e/o edonistico alla sostanza, o più frequentemente adulti "socialmente integrati", cioè con un lavoro, famiglia ed un buon adattamento al contesto sociale. Possono appartenere a diversi ceti sociali ed avere un buon livello d'istruzione. Di solito questi non presentano problematiche correlate e rare volte hanno comportamenti a rischio. Questo demolisce un altro pilastro dei nostri servizi cioè la politica della riduzione del danno.

Premesse socio-culturali

Quali sono le premesse culturali di questo mutamento del fenomeno-cocaina? La cocaina ha visto innanzitutto una profonda trasformazione nell'immaginario collettivo, cioè da droga dei vip è diventata accessibile ad ogni ceto sociale attraverso un'immissione nel mercato di enormi quantitativi e prezzi assolutamente alla portata di tutti. Non possiamo però semplicisticamente spiegare il fenomeno-cocaina con un mutamento del mercato, ben consapevoli che il mercato è molto attento ad assecondare le richieste dei consumatori.

Quindi è ipotizzabile che la cocaina rappresenti più di una moda transitoria all'interno delle tossicomanie, ma rappresenti una risposta significativa ad alcuni neobisogni, quindi incarna aspetti dominanti di una certa cultura e certi valori presenti nella nostra società. Ad un primo sguardo è facile convenire che attualmente viviamo in una società fortemente competitiva, dove è richiesta efficienza, velocità, capacità, creando allo stesso tempo l'illusione di poter abbattere ogni limite dell'individuo, quindi la possibilità di soddisfare desideri in tempi brevissimi. È il mito del "*tutto è possibile*", invitando così l'individuo a sempre maggiori prestazioni lavorative, sessuali, edonistiche. Il prezzo da pagare appare però altissimo: è lo spettro del fallimento, l'ansia cronica di inadeguatezza che si traduce nel *non guadagnare abbastanza - non fare sesso abbastanza - non divertirsi abbastanza* e così via. È il trionfo dell'immagine, dell'apparire, il vero imperativo del post-moderno.

Descrivendo la società contemporanea come *post-moderna*, si intende una società che, abbandonate le grandi meta-narrazioni - grandi utopie, confessioni religiose (6) - ha sbriciolato confini e barriere, soggetta a processi di decentramento e globalizzazione, incline quindi a soluzioni ibride, trasversali. In tal modo le appartenenze dell'individuo appaiono sempre più fram-

mentate e molteplici. Le relazioni tra gli individui (di coppia, tra pari, etc.) non più supportate da prassi sociali ampiamente condivise e/o rituali di passaggio, ricalcano solo molto pallidamente le tipologie tradizionali, privilegiando configurazioni "liquide" (7).

Il sé dell'individuo riflette questo stato delle cose, è costretto a rinunciare ad un "sé-centrale", inteso come un'organizzazione coerente e stabile, per diventare un sé complesso, multicentrico. Su questa tematica negli ultimi anni si sono trovate sorprendenti convergenze tra psicoanalisti, neuroscienziati e filosofi; ognuno nei rispettivi ambiti disciplinari ha ribadito che l'identità non può essere più intesa come un risultato meccanico di un'epigenesi, ma è frutto di una mediazione tra varie parti di sé e di una successiva chiusura organizzativa (8).

Frederic Jameson (9) ha sostenuto che l'avvento del post-moderno ha sostituito le categorie della profondità con quella dell'opacità, la stabilità con la flessibilità, sgretolando così il problema di un presunto "vero-sé" contrapposto ad un "falso-sé. Il post-moderno preferisce un sé flessibile ad un sé coeso, indi sollecita l'individuo alla ricerca costante di un "sé-più-idoneo" ai propri desideri, alle aspettative sociali e così via. "La competenza non deriva tanto dalla completezza, ma dalla giusta rappresentazione esteriore al momento giusto, nel contesto giusto senza danneggiare il rimanente *collettivo interiore*" (10).

Questo cambia il rapporto che l'individuo ha con la propria soggettività: c'è un ripiegamento dell'individuo su se stesso, non tanto in chiave introspettiva, ma in termini di "gestione dell'io". A tal proposito Rigliano afferma: "Uno degli assunti più diffusi del nostro tempo post-moderno è quello di poter cambiare i nostri stati interiori *à la carte*. Si producono sempre più nuove droghe, che consentono una formidabile cosmesi psichica: si pratica il *mind building* oltre che il *body building*" (11). Gli stati interiori appaiono manipolabili, controllabili attraverso la potenza delle droghe che creano uno stato artificiale, illusoriamente scisso dai costrutti mentali, dalle emozioni, dalle relazioni interpersonali. Appare un sé "gestibile", mai tanto vicino ai propri desideri e pronto ad assecondare le richieste sempre più pressanti di una società consumistica e competitiva.

È in questa cornice che la cocaina esce da una dimensione deviante per diventare uno degli "utensili" dell'uomo post-moderno per gestire al meglio la propria interiorità, sempre più pervasa di desideri e aspettative.

La bella vita

La prima volta che ho incontrato Gianni e Nicoletta si aggiravano smarriti per il Ser.T., lui con un sorriso un po' beffardo e lei abbastanza spaventata. Vestiti entrambi di bianco, sembravano più diretti verso una meta balneare che alla ricerca di un aiuto per il loro proble-

ma. Gianni, 27 anni era diventato dipendente dalla cocaina da alcuni anni, pur avendone fatto un uso saltuario fin dai 15 anni. Da circa due anni invece l'uso era diventato massiccio e compulsivo. Aveva "bruciato" un intero patrimonio, facendo precipitare la sua famiglia sull'orlo della povertà. Gianni era titolare di un negozio di scarpe in un via molto commerciale. Era stato un "regalo" della famiglia d'origine che ne aveva numerosi sparsi un po' per tutta la città. Ne era stato dato uno per ogni figlio. Aveva quindi fatto sempre una "bella vita", per usare una sua espressione. Aveva interrotto gli studi dopo la terza media e aveva iniziato a lavorare con il padre. Considerato "sveglio", capace, aveva immediatamente captato su di se forti aspettative della famiglia, era considerato "l'erede" del piccolo impero del padre. L'altro aspetto che faceva di Gianni un vincente era la sua allegria e la popolarità di cui godeva nel gruppo di pari, il tutto accompagnato da un discreto successo con le ragazze, tutte molto carine, come d'altronde si presentava la moglie, Nicoletta.

Nella storia di Gianni emersero due tematiche centrali: una difficile autonomia dalla famiglia che "offriva tanto", ma esigeva altrettanto in termini di appartenenza e lealtà. Questo si esprimeva in un sostanziale controllo del padre sulle attività dei figli: i guadagni erano grossi, ma il patrimonio, i conti bancari erano comunque nelle mani del padre. L'area apparentemente libera era quella del piacere: Gianni non si era mai negato nulla, lussi, trasgressioni sessuali che rispondevano alla logica del *sempre di più*.

Il collasso era iniziato subito dopo il matrimonio: Nicoletta aveva evidenziato sia la sua pseudo-autonomia che messo un limite ai suoi piaceri. Nicoletta era stata inizialmente sedotta dal fascino della vita agiata e dalla sfrontata leggerezza che Gianni ostentava in molti contesti, ma le cose erano cambiate soprattutto dopo la nascita della figlia. Così la cocaina era diventata, a dire di Gianni, "l'unico sfizio rimastogli", sfizio che lo aveva portato a prosciugare il suo conto, e attraverso piccoli raggiri, anche quelli familiari e/o societari.

L'arrivo al Ser.T. fu frutto delle pressioni di Nicoletta, fatto che non aveva scalfito l'imperturbabilità di Gianni, affermando di sentirsi sicuro di poter controllare il consumo. La crisi era quindi espressa più dalla famiglia che da Gianni: lo sconcerto era tutto loro, Nicoletta, come d'altro canto i genitori non lo riconoscevano più, definito come posseduto o traviato da cattive compagnie. Descrivevano sbalzi di umore improvvisi, comportamenti aggressivi e una presunta malafede.

Madama Butterfly

La storia di Franco e Ivana è apparentemente differente. La passione di Franco era sempre stato il sesso, inteso come una dimensione da esplorare in tutte le direzioni, non voleva perdersi niente; Ivana era stata la partner all'altezza delle sue fantasie, grande complice

delle sue fantasie più *hard*. Pratiche perverse, scambio di coppie, *black rooms* erano state esperienze pienamente condivise ed è su questo binario che trovava posto la cocaina, ovvero un potente amplificatore del piacere e un aiuto a superare i limiti. Presto però la cocaina era diventata un piacere fine a se stesso, sostituì tutti gli altri, l'eccitazione sessuale era diventata sempre più difficile da raggiungere, si era affacciato lo spettro dell'impotenza, combattuto con il Viagra e successivamente con farmaci simili. Questo aspetto perdente, debole di Franco aveva prima sconcertato Ivana, successivamente era stato oggetto di un totale rifiuto. Ivana aveva fatto un totale voltafaccia: dalla complicità era passata al disprezzo, aveva "riscoperto" l'importanza di darsi un limite; come disse una volta Franco "dopo aver fatto quel popò di cose insieme, adesso vuole fare Madama Butterfly", inconsapevole della tragica analogia.

La sintomatologia di Franco era molto forte: confusione, ansia diffusa, sbalzi di umore accompagnati da *acting-out* drammatici e rivendicativi. Sentiva di essersi perso totalmente, incapace di riconoscersi gli aspetti dipendenziali e di impotenza. Se aveva perso quanto di buono aveva nella vita, poteva anche morire. Così sembrava avverarsi il copione tragica di una Butterfly al rovescio, in cui questa volta era Pinkerton a voler morire.

La rivincita del pizzaiolo

Angelo veniva da una famiglia difficile, aveva sofferto stati di indigenza familiare piuttosto gravi, erano 7 tra fratelli e sorelle e i soldi non bastavano mai. Aveva iniziato a lavorare presto e contribuire come tutti i maschietti di famiglia alla debole economia della casa. Aveva sempre avuto un legame speciale con la madre, molto intenso e molto partecipe regalando grandi soddisfazioni; al contrario il padre era stato percepito sempre come rigido, severo ed avaro di gratificazioni con Angelo. Si era così innescato un vissuto di competizione con il padre, non tanto in senso ribelle e oppositivo, ma in termini di "fare di più di lui", rimasto sempre un umile cameriere di un locale di periferia. Questo si era tradotto in una brillante carriera in locali prestigiosi, prima come cameriere poi come pizzaiolo, avendo avuto la "furbizia di rubare i segreti del mestiere" ad un famoso pizzaiolo. Adesso lavorava in un locale alla moda, era amico di tanti vip, attori, politici ed amava vantarsi di rapportarsi alla pari con chiunque. La cocaina era entrata tardi nella sua vita, frequentando questo mondo di persone brillanti e di successo. Partita come pratica di emulazione, aveva presto sopperito alle sue difficoltà con le donne, infatti non si era mai innamorato, ma instaurava esclusivamente rapporti di controllo con le donne dalle quali cercava una totale sottomissione e un oggetto per i suoi sfoghi di rabbia. Era sempre stato un carattere umorale, ma con la cocaina era peggiorato moltissimo, adesso i momenti di depressioni erano diventati interi periodi, con momenti di dispera-

zione e vuoto. Si sentiva spaccato in due: da un lato c'era Angelo depresso, chiuso che si sentiva solo, dall'altro c'era l'amico dei vip, spiritoso e brillante. La cocaina era stato un mezzo per sentirsi un "super-Angelo", ma lentamente si rendeva conto della sempre maggiore quantità di sostanza necessaria a raggiungere quell'euforia tanto piacevole da viverla con le sue allegre compagnie.

Ai fini diagnostici appare impensabile ragionare sul cocainomane in termini categoriali, piuttosto un approccio dimensionale ci può far ravvisare significativi tratti comuni:

- è evidente che l'uso di cocaina non nasce in prima istanza come lenimento ad un sofferenza. L'obiettivo è infatti di sentirsi più sciolto e capace, attivo e brillante; il superamento della sofferenza rappresenta solo un sotto-obiettivo di alcuni. Viene ricercata la modalità espansiva che la sostanza consente, per inseguire una dimensione di appagamento e di successo. Ci si confronta in questi casi con un dolore differente, che ha più la forma di un desiderio inappagato, di un traguardo non raggiunto;

- sono presenti tratti di personalità narcisistici (in misura minore sociopatici) (12): in particolare si riscontra sovente una ricerca costante di un sé grandioso. Nelle storie di questi pazienti è abitualmente riscontrabile un vissuto di sconfitto subita a causa di un altro-interiorizzato, in genere considerato di eccezionale valore dal paziente. A volte può essere più semplicemente un'immagine ideale da raggiungere a tutti i costi, un traguardo, una prova. Questa pietra di paragone è il perno intorno a cui ruota la vita del paziente: fa di tutto per emularlo o superarlo. La cocaina consente al paziente con un "balzo psichico" di superare l'ostacolo, il limite di tutta la sua vita, per poi ripiombare ciclicamente in un situazione di impotenza. Questa dinamica si accompagna ad un controllo meticoloso, un piacere profondo nell'esercitare un potere sugli altri, negando sentimenti ed emozioni propri ed altrui. Il mancato raggiungimento del sé grandioso lascia lo spazio a sentimenti di angoscia insopportabile, di vuoto, di rabbia distruttiva;

- Cancrini (13) riferisce che nelle storie familiari di questi pazienti è riscontrabile una relazione profondamente manipolativa da parte di un genitore, ovvero che ha vincolato il suo affetto ad una particolare caratteristica o prestazione eccezionale del figlio. La collusione con le fantasie e le aspettative grandiose porta il figlio ad essere considerato "speciale", condizione che però è vincolata ad un suo mancato svincolo e quindi un'incompiuta autonomia;

- esiste una percentuale significativa di casi ai quali è riferibile una seria perversione sessuale. Il connubio cocaina-sesso è un classico dell'edonismo occidentale, ma credo che in questi casi l'altro-interiorizzato, di cui abbiamo parlato precedentemente, sia in possesso di caratteristiche sadiche e distruttive con valenze sessuali molto marcate; così il terreno di confronto, il limite da superare, o meglio la sfida è collocata nell'ambito della

sessualità. In sintesi possiamo affermare che si sovrappone una dimensione perversa quando, attraverso pratiche ritualizzate e disumanizzate, si cerca di negare il vissuto di bambino indifeso e bisognoso, alla mercé di una figura crudele e frustrante (14). Il punto di incontro tra cocaina e perversione è il terrore della passività e il tentativo di trasformare "il trauma in trionfo" (15) controllando sé e l'altro al fine di sfuggire ad una minaccia dell'integrità del sé;

- il perdurare del problema innesca una dinamica simil-maniaco-depressiva, ovvero un'oscillazione sempre più veloce tra un vissuto di onnipotenza e euforia ed uno di svuotamento e depressione. Gli intervalli tra uno stato ed un altro si vanno ad accorciare in maniera progressiva. La ricerca dell'effetto espansivo e la soluzione illusoria, che questa dona al paziente, creano però un meccanismo circolare: la cocaina, mentre cura un sé vuoto e privo di valore, proprio perché "cura" questa sofferenza, la ricrea. All'esterno l'individuo appare preso nella spirale del "sempre di più", sembra condannato a non potersi accontentare, all'inseguimento di qualcosa di inafferrabile, apparentemente connesso a questioni di danaro, il successo sociale, il sesso o altro. Chi non regge questa *escalation*, o interrompe bruscamente l'uso o rischia l'insorgenza di sintomi psicotici;

- la richiesta d'aiuto è molto peculiare: l'accesso al Ser.T. corrisponde ad una fase di profondo disorientamento personale centrato esclusivamente su uno stato psichico. Confusione, totale perdita del controllo, non riuscire più a riconoscersi nei propri gesti. Qualcuno afferma di sentirsi quasi posseduto, quasi una parte aliena del sé avesse preso il sopravvento e stesse distruggendo la vita familiare, il lavoro, prosciugando tra l'altro le risorse economiche dell'individuo;

- le modalità relazionali sono segnate da pattern simmetrici. Quindi ostentando sempre una facciata "di successo" possono apparire sia sospettosi, tesi al controllo, quasi "misurando" l'interlocutore, sia compiacenti e seduttivi, comunque sensibilissimi ad ogni minima squalifica del valore personale.

Se la lettura di qualsiasi tossicomane come una persona sofferente appare nella sua complessità una visione pur sempre giustificata, una comprensione profonda del cocainomane non può prescindere da una valutazione dei processi di valorizzazione del sé, della dimensione del desiderio e della formazione dell'identità. La cocaina è un mezzo per ottenere stati di sé valorizzati, positivi, che consentono al soggetto di sperimentarsi in nuovi modi, più potenti, più creativi, all'altezza delle sue esasperate aspettative (16). Il precipitare nella dipendenza segnala l'incapacità di sperimentarsi diversamente in quanto questa soprattutto diventa un'organizzazione del disagio personale, capace di ri-significare sia l'universo intrapsichico che interpersonale. La dipendenza acquista quindi un potere di *strange attractor*, quindi di catalizzazione dei significati e ri-organizzatore della vita personale. Il consumo di sostanza diviene ben più imponente di un sintomo.

È possibile appunto constatare come i piani del sé si organizzino in un circuito perverso tra un sé onnipotente, sadico e controllante, e all'opposto un sé fragile, insicuro, profondante impaurito. Al pari le relazioni interpersonali saranno improntate sulla sfida, sulla competizione simmetrica, componendo la relazione su laceranti e inconciliabili dicotomie "forte/debole", "vincente/perdente" etc. (17). Questa organizzazione, accostabile per molti versi a quella maniaco-depressiva, entra irrimediabilmente in crisi in occasione di passaggi evolutivi importanti, perciò attraverso un riscontro con compiti evolutivi che evidenziano il vuoto, l'inconsistenza dei progetti e la mancanza di strategie del paziente. La cocaina ha introdotto un potere eccessivo e perciò fallace, illusorio ed estraneo alla persona. L'impossibilità di accettare sentimenti di inadeguatezza, le paure e le incertezze innescano una vertiginosa *escalation* dei comportamenti d'abuso. Non va dimenticato che questi circuiti trovano un'esaltazione nel contesto sociale dell'individuo (gruppo di amici, contesto lavorativo) e nei dominanti valori culturali.

Le citazioni delle lettere di Freud possono a questo punto darci alcune spiegazioni: indubbiamente il giovane Freud che viveva un periodo di apprendistato nella folgorante Parigi di inizio secolo, si sarà sentito vulnerabile e incapace, scoraggiato nelle sue profonde ambizioni, traendo beneficio però da una buona autostima di primogenito. Il giovane Freud condivideva un contesto culturale che glorificava le conquiste della modernità ed aveva un rapporto complesso e profondo con la propria interiorità, come ci illustrerà ne *"L'interpretazione dei sogni"*. I benefici della cocaina non hanno quindi avuto la possibilità di ri-significare né gli aspetti del sé, né di incidere sul piano sociale. L'ipotesi di base quindi è che dietro la dipendenza da cocaina esista sempre un processo di sofferenza, risolto con la ricerca di un'espansione globale e forte del sé, raggiungendo un'immagine grandiosa e al di là del limite, che però trova un'amplificazione culturale senza pari, una storia familiare ed un assetto di personalità compatibili con tale pseudo-soluzione.

La Psicoterapia

Se la letteratura scientifica ribadisce l'impossibilità di individuare un protocollo specifico per il cocainomane, gli studi concordano invece sull'importanza della psicoterapia per mantenere i pazienti in trattamento (3, 18). Questi stessi contributi propongono quasi esclusivamente trattamenti di tipo cognitivo-comportamentali (19) che utilizzano importanti strategie di controllo del sintomo. L'adozione di queste prospettive però implica una brutale semplificazione dell'abuso di cocaina, che viene accomunato così ad un comportamento ossessivo-compulsivo di cui non condivide però l'aspetto ego-distonico.

Ci appare quindi più proficuo collocare il tratta-

to all'interno delle coordinate che Bateson ha tracciato ne *"La cibernetica dell'io: una teoria dell'alcolismo"* (20). In questo saggio Bateson sosteneva che il problema dell'alcolizzato non è lo stato di ebbrezza, ma la sobrietà. Sono quindi le premesse sulle quali si poggia lo stato di sobrietà a contenere la patologia, che viene efficacemente definita come l'epistemologia dell'autocontrollo. Questa si fonda essenzialmente sull'*hybris simmetrica*, ovvero l'accettazione ossessiva della sfida e il ripudio della frase *"io non sono capace"*, premesse che caratterizzano la vita del paziente ben prima dell'abuso di sostanze, avendo condiviso contesti familiari e sociali fortemente connotati da rivalità simmetriche. Quando però la sfida si sposta dagli individui, familiari e amici, alla sostanza si crea un circuito dipendente. Queste riflessioni batesoniane sugli alcolisti appaiono dominanti anche nella dipendenza da cocaina.

La psicoterapia quindi ha come obiettivo fondamentale lo smantellamento dell'epistemologia dell'autocontrollo, la non-accettazione della logica della sfida e del com-porsi della relazione sulle polarità forza/debolezza. Quindi il terapeuta non può ricercare esclusivamente il controllo del sintomo, bensì attraverserà ricorsivamente la questione del controllo sia sul piano relazionale, ovvero l'organizzazione familiare del paziente, che sul piano strettamente individuale, quindi sulla sua peculiare organizzazione del sé. Molto è stato scritto sul trattamento familiare delle tossicodipendenze (21, 22), al pari crediamo che anche per il cocainomane gli aspetti relazioni siano ineludibili, ed in particolare la relazione di coppia. Il rapporto di coppia rappresenta un nodo psicologico fondamentale ed un fattore motivante verso una psicoterapia quasi universale, non fosse altro che spesso i pazienti si definiscono "costretti" dalla partner a chiedere aiuto. La relazione con le partner vengono infatti descritte come improntate sul controllo, sull'intrusività, riproponendo in altre parole la mancata differenziazione del paziente.

L'adozione di un approccio strutturale (23) permette l'interruzione del gioco sul controllo nella coppia e/o nella famiglia. Attraverso la condivisione di regole chiare e prescrizioni comportamentali, si arriva ad allentare una tensione interpersonale, che spesso ha già raggiunto livelli intollerabili, basandosi su una spirale perversa di impedimenti/restrizioni e ribellioni/provocazioni. Questo è però solo un temporaneo *by-pass* di snodi problematici personali e relazionali. Non può essere sottovalutata o procrastinata ad esempio la questione del *craving*, ovvero la "radice del desiderio" (16).

Di questo fondamentale compagno di viaggio vanno conosciuti i suoi rinforzi, i fattori scatenanti, le catene associative che lo sostengono, ma anche tutta la costellazione semantica che lo accompagna. Sia che si presenti come una forza inarrestabile che sotto la più perfida forma del "perché no!", il desiderio implica sempre dei significati personali, costruiti nel tempo, che vanno approfonditi. Solo una chiara visione di questi aspetti ci

può aiutare a trasformare questo “buon” compagno di avventure, quindi un’istanza assolutamente ego-sintonica, ad un intruso, un elemento da contrastare. Se non si riesce a fare questo ribaltamento semantico - le conseguenze negative non sono sufficienti ad accantonare un buon amico - è impossibile pensare una qualunque forma di controllo del consumo. Il *craving* utilizza prevalentemente due circuiti perversi, distinti per comodità espositiva, ma strettamente interrelati:

1) il primo circuito percorre l’asse dell’eccitazione-euforia-onnipotenza. Di questo va condivisa la positività dell’espansione, per usare una felice espressione di Rigliano (16), quindi le grandiosità del paziente, i discorsi sui massimi sistemi, la ricerca dell’eccezionalità per contestarla dall’interno, per metterne in evidenza l’assenza di limiti, per sottolineare la dimensione irrealle, eccessiva del tutto, ma soprattutto l’inganno sottostante a queste immagini ipertrofiche del sé;

2) il secondo si muove lungo un’asse rifiuto-frustrazione-impotenza. Corrisponde ad una fase di chiusura totale, connotata da una forte auto-commiserazione ed un sentimento di impotenza. È necessario sostenere il dolore e l’angoscia, tenendo sempre presente l’eventuale attivazione di difese maniacali sottostanti, soprattutto in una fase iniziale della terapia, quando è possibile escludere una depressione “sana” del paziente;

3) si presenta quindi la necessità di creare un dialogo interiore che ri-connetta queste parti del sé, sia quelle ipertrofiche e maniacali che quelle auto-svalutanti, che vanno ricomposte in termini auto-riflessivi e non reciprocamente escludenti. Questo nuovo dialogo deve essere teso a creare una maggiore continuità, a creare delle saldature tra parti solo apparentemente opposte, quindi l’emergere di stati della mente “intermedi”, un assetto emotivo-cognitivo utile a prevedere il brusco mutamento, il prevalere improvviso di una stato della mente come ad es. capire i prodromi, le premesse su cui poggiano i momenti di euforia immotivata, dando a questo sforzo un senso condiviso e narrabile;

4) altro snodo insopprimibile è la dimensione del vuoto che il paziente percepisce una volta esauritosi il miraggio della *soluzione-cocaina*. È l’incapacità di immaginare un punto da cui ripartire e spesso le persone con cui ripartire. È un momento di sospensione, liminale, dove sono state smantellate le “certezze” maniacali, ma si fatica a trovare punti solidi su cui potersi sorreggere. Questo significa valorizzare la capacità di darsi dei limiti, di stare nel tempo, di accettare l’attesa, ma soprattutto di sperimentare il nuovo, ciò che non si era mai preso in considerazione;

5) in questa fase il setting di gruppo appare auspicabile, soprattutto come integrazione di una psicoterapia individuale o familiare. In particolare la dimensione grupppale sollecita un’esternalizzazione delle parti del sé, comprese le parti ipertrofiche, sgretolando così i sogni di rivincita, le mete inarrivabili e ne attutisce la disillusione e il dolore. I feed-back del gruppo servono infatti a correggere la distorta immagine del sé, i pensieri

disfunzionali e i comportamenti maladattativi. In gruppo appare più facile quella resa che per Bateson (19) rappresentava una tappa fondamentale di un reale cambiamento. Non a caso il gruppo è una costante nel trattamento delle dipendenze e sebbene declinato in modo diversi, questo fa da incubatrice del nuovo sé, sollecita il paziente a ripensare un progetto personale, a fondare l’autostima abitando i territori intermedi della “cura del sé”, della responsabilità, degli obiettivi possibili. Questo porta ad una diversa definizione di sé, a sperimentare un diverso equilibrio, quindi ad un’integrazione e una trasformazione delle parti precedentemente scisse. In tal modo si intuisce perché il desiderio di ritrovare un sé euforico vada problematizzato, non cancellato, ri-significando la rinuncia come un momento di scelta e non di debolezza dell’individuo.

Lavorare sulle dipendenze significa per un terapeuta confrontarsi con aspetti esistenziali: il vuoto, il desiderio, il piacere e la rinuncia, percorrendo apparentemente strade contro-corrente, *demodè*, lontano a volte dal sentire comune. Per il terapeuta diventa a questo punto importante credere nelle possibilità e nella ricchezza insite nelle *posizioni-contro*. Toni Negri e Michael Hardt (24) sostenevano l’impossibilità di contrapporsi in modo frontale all’*“Impero”*, immagine efficace di un mondo post-moderno e sempre più globalizzato, ma facevano l’apologia della diserzione, dell’abbandono quale modo per sottrarsi a ciò che non si condivide, a quello che ci soverchia. Personalmente ho spesso sentito il mio lavoro con i cocainomani come un incitamento alla diserzione.

Bibliografia

- 1) Freud S.: Coca e cocaina, Newton Compton, Roma 1995 pp. 72-76
- 2) Gunnarsdottir E.D., Pingitore K.A., Spring B.J. et. Al. Individual differences among cocaine users in Addictive Behavior, 2000, 25 (5): 641-652
- 3) Lima M.S. Reisser A.A. Soares B.G. Farrell M.: Antidepressants for cocaine dependence, Cochraene Database Systematic Review. Comment in Evidence Based Mental Health 2002, 5 (3): 82-83
- 4) Bricolo R.: Nuove droghe, nuovi servizi ?. In Animazione Sociale, Gruppo Abele 1998, 3: 90
- 5) Kleber H.D. Gawin F.H.: Psychopharmacological trials in cocaine abuse treatment in Am. J. Drugs Alcoholic Abuse 1986, 12(3):23-246
- 6) Lyotard J.: La condizione postmoderna, Feltrinelli, Milano 1985
- 7) Bauman Z.: Amore liquido, Laterza, Bari 2004; pp.53-107
- 8) Tagliagambe S.: Le radici e le ali dell’identità. L’io come sistema organizzativo. In Pluriverso 1997, 3: 40-52
- 9) Jameson F.: Post-modernism, or cultural logic of late capitalism, New Left Review 1984,146: 53-92
- 10) Turkle S.: Una vita sulla schermo, Apogeo, Milano 1997; pp.141-170
- 11) Rigliano P.: Doppia diagnosi. Tra tossicodipendenza e psicopatologia, Cortina, Milano 2004; pag. X

- 12) Rutherford M.J. Cacciola J.S. Acterman A.I.: Antisocial Personality Disorder and Pathology in cocaine-dependent women, in *American Journal of Psychiatry* 1999,16: 849-856
- 13) Cancrini L.: *Schiavo delle mie brame*, Frassinelli, Milano 2003
- 14) Cooper A.M.: Il nucleo inconscio della perversione. In Fogel G.I. Myers W. A. *Perversioni e quasi perversione nella pratica clinica*, Pensiero Scientifico Editore, Roma 1994; pp.17-36
- 15) Stoller R.J.: Il termine perversione. In Fogel G.I. Myers W. A. *Perversioni e quasi perversione nella pratica clinica*, Pensiero Scientifico Editore, Roma 1994; pp. 37-58
- 16) Rigliano P.: Il trattamento della dipendenza da cocaina. In Rigliano P.: *Doppia diagnosi. Tra tossicodipendenza e psicopatologia*, Cortina, Milano 2004; pp.225-238
- 17) Ugazio V.: *Storie permesse, storie proibite*, Boringhieri, Torino, 1998;pp.45-103
- 18) Maude-Griffin P.M. Hohestein J.M. Humfleet G.L. Reilly P.M. Tusel D.J. Hall S.M.: Superior efficacy of cognitive-behavioral therapy for urban crack cocaine abusers: main and matching effects in *Journal of Consultation Clinical Psychology* 1998, 66 (5): 832-837
- 19) Carroll K. Consoli A. (cura di): *Trattamento della dipendenza da cocaina*, Centro Scientifico NIDA Torino 2001
- 20) Bateson G.: *La cibernetica dell'io. Una teoria dell'alcolismo*. In *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano 1976; pp.339-373
- 21) Cancrini L.: *Quei temerari delle macchine volanti*, NIS Roma 1984
- 22) Cirillo S. Berrini R. Cambiaso G Mazza R.: *La famiglia del tossicodipendente*, Cortina, Milano 1996; pp. 161-198
- 23) Minuchin S. Rosman B.L. Baker L.: *Famiglie psicosomatiche*, Astrolabio, Roma 1980
- 24) Negri A. Hardt M.: *Impero*, Rizzoli, Milano 2000; pp. 202-203