

Quelli che si fanno e non ci stanno con la testa... E viceversa

Josè Aguayo

**“Perché quand’uno pensa d’uccidersi, s’immagina morto,
non più per sé, ma per gli altri?”**

L. Pirandello “Uno, nessuno, centomila”

Partendo dai cambiamenti epistemologici avvenuti all’interno dell’approccio sistemico relazionale nell’arco degli ultimi anni, l’autore propone degli spunti di riflessione a proposito di un’esperienza di lavoro in contesto comunitario con utenti in comorbilità psichiatrica alla tossicodipendenza. Viene sottolineata la responsabilità del terapeuta nella costruzione dei percorsi evolutivi, senza perdere di vista il ruolo decisivo giocato dal soggetto stesso.

Parole chiave: comunità terapeutica; epistemologia; comorbilità psichiatrica; processo psicoterapeutico

Nichilismo terapeutico o furor therapeuticus: un falso dilemma?

Incertezza e complessità, sono sicuramente due parole chiave di indubbia risonanza nella teoria sistemica del postmodernismo in stretta sintonia con la tematica qui affrontata. Incertezza, che riguarda la consapevolezza circa la multicausalità di un fenomeno come la tossicomania; complessità nel riconoscere la molteplicità di realtà che nascono dall’interazione con situazioni plurisintomatiche. Tutto ciò viene espresso tramite un linguaggio che include l’osservatore all’interno del processo di costruzione delle realtà sociali. In questo senso, l’incertezza diventa una spinta epistemologica nella costruzione di circuiti esplicativi evolutivi tali da essere sempre in movimento, mai conclusivi, analogamente alle oscillazioni che si creano nel tentativo di costruire un percorso riabilitativo dalla tossicodipendenza. Fatta questa premessa di ordine epistemologico, è altrettanto necessario esplicitare l’importanza di affinare modalità di cura in generale e psicoterapeutiche in particolare nei confronti di situazioni di comorbilità psichiatrica nelle tossicomanie, soprattutto per il fatto che la Comunità Terapeutica (CT) è un contesto all’interno del quale si tenta di costruire percorsi evolutivi, escludendo quindi la logica del controllo o della staticità. Ecco perché è altrettanto necessario considerare la responsabilità professionale e gli imperativi etici ed estetici del terapeuta in CT, nei confronti del difficile e complesso compito di costruire dei contesti relazionali in grado di promuovere cambiamento. Tra l’altro, la comorbilità psichiatrica non fa altro che mettere in evidenza il delicato argomento della diagnosi e delle sue implicanze, sia da un punto di vista clinico che epistemologico. E con questo si ripropone su un attualissimo piano la discussione un po’ meno recente riguardante il potenziale ruolo cristallizzatore delle visioni specialistiche nella definizione del fenomeno osservato/descritto. Si ripropone così il rischio di immodestia dell’operatore, nei confronti di un comportamento come quello tossicomano, che provoca tante volte il senso più assoluto d’impotenza tra chi si propone come promotore di cambiamento. Ma non poche volte esso può invece comportare pretese di cura e imposizione di modelli a tutti i costi; cioè un’oscillazione pericolosa che va dal nichilismo terapeutico al furor therapeuticus.

I pregiudizi sistemici in un contesto comunitario

Vorrei fare un salto logico nel mio discorso e passare a riflettere su quanto avviene all’interno di chi ha il compito di portare il tossicomane verso percorsi riflessivi di cambiamento. Dobbiamo quindi addentrarci un attimo nella dimensione

epistemologica, che altro non è che la cornice in base alla quale, da osservatori qualificati descriviamo, definiamo e interveniamo per favorire il percorso riabilitativo. Consentitemi prima di fare alcune considerazioni riguardo a quelle che per me sono i miei pregiudizi concettuali in base ai quali propongo la mia posizione da psicoterapeuta con formazione sistemica relazionale.

Secondo il modello medico, il punto di partenza per la progettazione di un programma di cura che si rispetti, in termini di scientificità e deontologia, è individuabile dal momento in cui c'è una valutazione diagnostica accurata. Secondo il paradigma medico della salute mentale, la sede dei disturbi del comportamento e della psiche umana è per definizione l'individuo. Di conseguenza, onde costruire un intervento terapeutico valido, l'operatore deve essere in grado di individuare gli elementi costitutivi del disturbo. Tutto ciò che avverrà successivamente, in primis la terapia, dipenderà da questo passaggio metodologico.

Negli ultimi 45 anni circa, in base a questa premessa metodologica che il modello medico presuppone, il Manuale Diagnostico e Statistico (DSM), pubblicato dall'American Psychiatric Association (APA) tramite le sue diverse versioni nell'arco degli anni è diventato un vero e proprio strumento di valutazione per descrivere e comprendere i problemi psichici. Infatti sono stati elaborati criteri in base ai quali potere raggruppare i comportamenti umani in categorie nosologiche. Da questo momento in poi, può succedere che il modello medico nel campo della salute mentale incentivi la costruzione di etichette e diventi patologizzante. In effetti, il DSM può favorire un orientamento verso l'individuazione delle inadeguatezze, focalizzando l'attenzione sulle tragedie e i fallimenti personali piuttosto che sulle risorse e sulle competenze. Dal momento in cui si enfatizza l'aspetto sindromico generale e viene data poca attenzione a ciò che riguarda le esperienze specifiche della persona e il suo contesto relazionale, vi è il rischio di coagulare intorno alla persona la diagnosi attribuita. La persona con comportamento schizofrenico diventa "uno schizofrenico", proprio per il fatto che si tratta di un concetto totalizzante e senza tempo. Ecco che può succedere che un tale etichettamento dia origine a patterns persistenti di interazione sociale stigmatizzanti nella rete relazionale in cui è inserita la persona. Ciò vuol dire il predominio di una visione statica secondo la quale vengono individuati dei tratti permanenti al posto di stati di transizione. In questo senso viene costruito un processo tramite il quale la persona acquista un'identità: non solo verrà percepito dagli altri in maniera diversa, ma anche la persona stessa non si vedrà più come prima. Quindi conviene ricordare che l'uso improprio del DSM sicuramente amplifica il rischio di rimanere incastrati all'interno di una visione cristallizzata meramente individualistica e indifferente rispetto ai fattori culturali ed interpersonali che contribuiscono a costruire i problemi di salute mentale. In effetti, tale rischio diminuisce dal momento in cui vengono presi in considerazione gli assi IV e V, cioè quelli riguardanti rispettivamente la gravità degli eventi psicosociali stressanti e il livello massimo di adattamento funzionale. Anche se sappiamo che il DSM fa parte di quei codici linguistici che servono per comunicare all'interno della comunità scientifica, comunque onde evitare l'uso di un potere istitutivo nel definire la natura delle persone, vanno ricordati due dati empirici: il primo, che la natura del disturbo, i suoi criteri diagnostici ed i confini delle categorie sono determinati dagli specialisti nei comitati dell'APA, non dai fenomeni che vengono descritti; il secondo, che per adesso nel DSM non è prevista la possibilità di porre diagnosi interpersonali, familiari, culturali o istituzionali.

La Comunità Terapeutica per definizione è quel contesto che contribuisce a non creare cronicità, cercando di favorire nella persona la consapevolezza delle sue difficoltà ma soprattutto delle sue risorse, che egli non possedeva all'inizio. In C T, così come è impostata da noi, si cerca un rapido miglioramento dei disturbi psichiatrici acuti affinché sia possibile al più presto l'interruzione o diminuzione del trattamento farmacologico. Mi viene in mente a questo riguardo ciò che un'utente mi diceva (a proposito del suo imminente trasferimento in un'altra sede per proseguire il suo programma terapeutico): "... andrò in un posto in cui non ci sono più le "doppie

diagnosi" e starò meglio perché vedo che le cose cambiano anche dentro di me..." ; come dire, sto andando in un contesto "più sano" e di conseguenza è un passaggio evolutivo, di crescita che mi porta ad apprezzare lo scorrere del tempo come conferma del mio stare meglio.

Riprendendo il discorso sulla dimensione epistemologica, diciamo che, da quando l'approccio sistemico ha cominciato a riflettere sull'idea secondo la quale il concetto di patologia appartiene al dominio dell'osservatore, che può distinguere tra normale e patologico, mentre i sistemi (anche quelli individuali) si comportano in maniera coerente alla loro logica interna, alla loro organizzazione, la discussione e l'analisi si sono concentrati sui presupposti da cui parte l'osservatore per stabilire le sue valutazioni; ecco che l'osservatore con le sue premesse, da esterno entra in campo. Le teorie che guidano le osservazioni, le influenzano e quindi influenzano anche le scelte e gli interventi futuri, compresa ogni definizione di sanità e/o di patologia e così anche il processo evolutivo che porta dall'una all'altra (ed è in questo modo che creiamo il mondo in cui esistiamo attraverso il linguaggio insieme ad altri). Gli elementi costanti (le ridondanze) che osserviamo hanno più a che fare con i nostri criteri di analisi, con le nostre scelte, che non con la situazione esterna. Ecco perché diciamo oggi che anche la psicopatologia è una creazione sociale che si mantiene attraverso il consenso (all'interno del collettivo degli esperti). Di conseguenza risulta valido affermare che l'organizzazione di una categoria diagnostica come una realtà indipendente, è un modo per creare quella patologia e reificarla. Per illustrare quanto detto prima, vorrei citare Jay Haley, noto psicoterapeuta sistemico, riflettendo sul ruolo del psicoterapeuta della famiglia: "Il terapeuta principiante tende a tenersi fuori dalla diagnosi. Egli descrive la famiglia come un insieme di problemi indipendenti da lui, mentre il terapeuta più esperto include sé stesso nella descrizione (della famiglia). Pertanto il principiante tende a considerare la diagnosi come qualcosa che non ha creato, ma che esiste indipendentemente da lui. Un terapeuta, (della famiglia) che era alle sue prime esperienze, disse che stava lavorando su una famiglia il cui problema era "il legame simbiotico irrigidito tra la madre e la figlia". Il suo quesito era "che cosa faresti in questo caso?" Il terapeuta esperto rispose che non avrebbe mai permesso che questo fosse il problema; e lui non capì cosa volesse dire..."

Epistemologia dell'agire psicoterapeutico

Proprio per la nostra condizione di esseri dotati di linguaggio, di animali semantici bisognosi di costruire definizioni su cos'è e su cosa non è, ogni clinico non può fare a meno di creare diagnosi, scegliere cioè tra i dati di realtà e cercare alcuni parametri rispetto ai quali costruire le proprie ipotesi. Ma come fare per evitare che le definizioni così elaborate rischino di diventare dimensioni immutabili ed eterne, reificate appunto?

La lente sistemica ci porta ad interrogarci sulle operazioni di connessione che collegano noi con ciò che vediamo nella situazione e nei contesti socio-culturali più vasti: per il terapeuta diventa necessario assumersi la responsabilità tramite una riflessione esplicita, delle proprie griglie, dei propri pregiudizi, delle aspettative e delle azioni che costruiscono e poi mantengono, rinforzando una determinata realtà. Le descrizioni non appartengono al paziente, ma nascono dall'interazione con il terapeuta e si collegano riflessivamente alle mappe cognitive di quest'ultimo.

In conseguenza a quanto è stato detto prima, potremmo affermare che se la diagnosi è una descrizione che pretende di essere obiettiva e se c'è la preoccupazione di fare la diagnosi giusta, allora vuol dire che la parola d'ordine secondo l'ottica sistemica è libertà ... dalla diagnosi e di fare molte ipotesi. Non dimentichiamoci che dietro l'atto diagnostico c'è l'idea che l'intervento terapeutico cambierà a seconda della diagnosi prodotta e tutto quanto condizionerà pesantemente il processo.

L'unità diagnostica per lo psicoterapeuta sistemico non è l'individuo e neanche la famiglia. La posizione sistemica invita a riflettere su come il sistema consultante insieme al terapeuta sono arrivati a creare una determinata diagnosi; così anche su come una determinata famiglia si è organizzata in modo tale da avere un membro che

viene definito dagli esperti, come tossicomane e psicotico. Si ritiene pertanto che il comportamento dell'individuo viene influenzato dalla modalità di interazione creatasi nel sistema psicoterapeutico, pertanto il terapeuta stesso si coinvolge nell'unità di diagnosi.

Quindi, da questo punto di vista, più che capire "quale" è la diagnosi, ci interessa di più il "come" si è arrivati a costruirla. Per questo diciamo che all'osservatore sistemico non interessa considerare le ipotesi che fa in quanto realtà cliniche, ma come spunti di relazioni, di significati, di transazioni piuttosto che di patologie.

Quindi, si tratta di costruire un percorso analogo a quello che la CT, come contesto globale, propone ad ogni utente all'interno dei loro percorsi terapeutici comunitari tramite i diversi setting. A questo proposito bisogna tenere conto che nella Comunità, specialmente quando si ha anche a che fare con un'utenza tossicomana in comorbilità psichiatrica, ci deve essere una perfetta sinergia di professionalità che favorisca non solo convergenza, ma soprattutto la coerenza nei comportamenti dello staff. Particolarmente importante in questo senso, nel caso di persone con gravi disturbi di personalità, è la premessa clinica secondo la quale gli interventi psichiatrici sono mirati a incidere a dose sempre basse di neurolettici sugli episodi psicotici deliranti allucinatori. Del resto, la letteratura segnala con sufficiente regolarità l'effetto solo sintomatico dei farmaci utilizzati, nei momenti di crisi, con pazienti portatori di un disturbo grave di personalità.

A questo punto, potremmo sottolineare quanto sia importante evitare di restare intrappolati nel falso dilemma diagnosi/no diagnosi, che il problema della comorbilità psichiatrica solleva spesso. Piuttosto bisogna essere rigorosi nell'osservazione ed avere immaginazione nella lettura, ecco due importanti elementi nel metodo, che danno al terapeuta la possibilità di costruire il proprio agire organizzato da ipotesi complesse e processuali, piuttosto che da schemi nosologici predefiniti.

Alcune riflessioni cliniche

Onde evitare equivoci riguardo falsi obiettivi terapeutici o aspettative illusorie, un passaggio importante rappresenta sicuramente la chiarezza con cui viene costruito il contratto terapeutico in sede di accoglienza prima dell'ingresso in CT: sia riguardo le richieste/aspettative formulate dai Servizi, che riguardo le motivazioni di chi in comunità vorrebbe entrare. Anche perché se è vero che sono persone che hanno sperimentato sulla loro pelle la difficoltà di liberarsi dalla droga, non poche volte le motivazioni per un ingresso in CT sono fortemente legate a questioni d'indole legale o di controllo e molte poche volte alle "sconvenienze" derivanti dal proprio comportamento disturbato.

Assodato che i cambiamenti che avvengono nell'individuo non corrispondono all'utilizzo di interventi istruttivi da parte del terapeuta, non è ridondante esplicitare che la possibilità di creare condizioni soggettive di apertura al cambiamento, all'interno della CT nel soggetto tossicodipendente in comorbilità psichiatrica, non dipende dalla bravura strategica o clinica del terapeuta e neanche dagli strumenti educativi comunitari.

Ecco perché è opportuno conoscere qual è il percorso esistenziale, le esperienze terapeutiche-riabilitative precedenti, lo stato attuale del disturbo mentale e i rapporti costruiti con le istituzioni nell'arco del tempo e la conseguente costruzione di un'identità propriamente psichiatrica (cioè distinguere tra una logica autoreferenziale idiosincratica in grado, o no, di aprire spazi per la co-costruzione con il terapeuta, di un obiettivo comune e quindi essere disposto o meno ad esplorare racconti alternativi e più complessi capaci di creare nuove distinzioni emozionali nei confronti del qui ed ora e del proprio futuro sociale).

Si sa che una fase di cambiamento può avere inizio nel momento in cui la persona riconosce la sua fragilità e l'impossibilità di fare da solo, ma questo tipo di vissuto corrisponde ad una fase piuttosto avanzata del percorso riabilitativo; l'esperienza del carcere può eventualmente accelerarne lo sviluppo. La comunità ribadiamo, è un contesto di cambiamento impostato in modo tale da favorire risposte evolutive grazie

all'utilizzo delle risorse cognitive, affettive e relazionali dell'individuo: si creano occasioni per stimolare nell'individuo il confronto e la riflessione all'interno dello spazio psicoterapeutico, quindi cercando di trovare il significato evolutivo dello stare in CT. Uno scopo di questo tipo non è sempre fattibile o raggiungibile, anche perché i tentativi riabilitativi in CT (in genere i percorsi comunitari individuali sono svariati nell'arco della storia della persona che cerca di uscire dalla tossicodipendenza) non sono altro che occasioni più o meno consapevoli che costruiscono un continuum terapeutico -comunque non lineare- man mano che il soggetto concede a se stesso di viverle. Ciò che oggi la persona non è in grado di raggiungere in un certo percorso comunitario, potrebbe farlo in un periodo successivo.

La storia di Giuseppe: Sono ancora quello che ero....?

Uomo di 45 anni, figlio di una famiglia multiproblematica, in cui ci sono stati episodi fortemente drammatici: in primis, la morte della madre in sua presenza quando aveva 15 anni. Considerato in famiglia inaffidabile e violento, viene escluso dai rapporti affettivi e si isola gradualmente finché non si crea uno stile di vita all'insegna della precarietà cronica e del nomadismo a oltranza. La sua identità, quindi, oscillava tra quella del barbone/tossicodipendente e quella del paziente psichiatrico. Arriva in comunità assumendo i tipici comportamenti caratteristici di chi ha ristretto al minimo i suoi rapporti con gli altri in termini di scambio affettivo e fluidità relazionale. Si propose sin dall'inizio con la rigidità di chi non può concepire per sé una complessità socio affettiva alternativa nei rapporti umani. Nella relazione terapeutica, Giuseppe, alternava discorsi di chiara connotazione psicotica allusivi alle sue paure di interagire e di fidarsi. Il terapeuta si ritrovava spesso e volentieri nella situazione di non riuscire a stimolare discorsi auto esplorativi, legati anche al vivere in CT e quindi all'agire qui ed ora. Delirante e a volte aggressivo, insisteva in maniera ricorrente sull'improbabilità di riuscire a vedere svolte evolutive nel suo interagire sociale. Riuscì a sabotare la sua partecipazione ad un corso di floricoltura dando dimostrazioni della sua inaffidabilità, per poi insistere nel volere essere ricoverato in un'istituzione psichiatrica. Abbandona la CT dopo 6 mesi di permanenza nella struttura, esternando la sua difficoltà per scritto: "...non riesco a svolgere quello che la terapia della Saman mi da...".

La storia di Frida: Anche se non riesco ad accettarmi, resto convinta che non c'è qualcosa di meglio per il mio futuro

Arrivò proveniente dal carcere, con la grossa convinzione di volere inserirsi in CT trapiantando la sua ricca e lunga esperienza penitenziaria, aveva un certo ascendente grazie alle sue doti istrioniche. In effetti, era stata protagonista di un film e partecipava al gruppo di teatro del carcere prima che arrivasse in comunità. Le sue grosse difficoltà riguardo l'identità sessuale la portarono ad essere un transessuale a periodi aggressivo e trasgressivo, a periodi depresso e insoddisfatto arrivando in carcere a compiere dei gesti suicidi. Fin dal suo arrivo, lo psicoterapeuta provò ad instaurare un rapporto collaborativo con lo scopo di raggiungere un dialogo che portasse verso un processo di costruzione/accettazione della sua identità. Frida contrapponeva qualsiasi tipo di discorso incentrato sul futuro con riferimenti alla sua scarsa convinzione di potere crearsi una vita in cui non ci fossero il degrado e la trasgressione fine a se stessi. Sapeva di poter contare sull'appoggio degli operatori che in carcere l'avevano riconosciuta come leader e come persona bisognosa d'affetto. "In carcere mi sento a casa mia, non devo sbattermi e mi sento voluta bene. In CT ti devi dare da fare, e questo a me non va." Nonostante i mesi vissuti in comunità continuò ad essere diffidente nei confronti degli spazi di riflessione proposti, non si concesse altro che continui episodi di autolesionismo e di ribellione aperta prima di lasciare la comunità; c'era in gioco la possibilità di essere riconosciuta come donna, avere delle conferme riguardo la sua identità senza per questo rischiare di non essere accettata.

La storia di Maria: Nonostante tutto, forse c'è ancora spazio per il bello nella mia vita

Arriva in CT con un ricco repertorio di comportamenti psicotici: rise immotivate, discorsi deliranti a sfondo paranoico con pensieri di controllo. Riferisce di avere contatti quotidiani con il fidanzato deceduto per overdose alcuni anni fa, il quale esige di lei fedeltà e la porta a vivere guardando il passato, tra i ricordi che la fanno sentirsi protetta, al sicuro. Evita i rapporti con gli altri utenti e si rifugia dietro atteggiamenti di franca ostilità nei loro confronti. In sede di colloquio con lo psicoterapeuta si propone con un comportamento evidentemente perturbato tramite un discorso tipicamente schizofrenico; si mostra assente e distratta squalificando la sua credibilità e quindi anche la possibilità di costruirne un rapporto. Lo psicoterapeuta cerca di non interrompere comunque il vincolo creatosi, riconoscendo la fatica nell'esprimersi e ammettendo la propria nel capire il senso di certi suoi discorsi. Dopo le bizzarrie dei primi colloqui, esplicita con il terapeuta la sua difficoltà a farsi aiutare facendo riferimento alla sua incapacità di contraporsi alle voci interiori che le suggeriscono di lasciare perdere qualsiasi tipo di aiuto che provenga dall'esterno. Secondo le voci, un aiuto psicoterapeutico è praticamente uno sforzo illusorio, inutile; sono loro che hanno cura di lei. Il terapeuta intravede in questo discorso un messaggio implicito di diffidenza e di chiusura, ma anche di scoraggiamento e di passività. A questo punto si opta per dare a Maria la possibilità di decidere: "...dovresti chiederlo alle tue voci se magari possono permetterci di fare qualche colloquio, assicurandole sul fatto che comunque noi non abbiamo intenzione di creare delle difficoltà...". Nel colloquio successivo tornò affermando che le voci approvavano di fare il tentativo e che in realtà, stando a ciò che aveva vissuto nel momento in cui aveva chiesto il loro consenso, le voci si erano rivelate meno potenti di quanto inizialmente a lei sembravano, acconsentendo di provare a fare un percorso psicoterapeutico. Gradualmente il pensiero delirante diede spazio alla sofferenza e al timore riguardo una vita sospesa nel tempo, senza futuro. E' passato 1 anno circa dal suo ingresso in CT e Maria ha avuto solo una ricaduta psicotica (comunque meno fiorita di sintomi di quando era appena arrivata), porta avanti una storia sentimentale con un altro utente e si trova a svolgere il suo reinserimento sociale, in un'altra sede SAMAN.

La storia di Patrizia: Se accetto me, allora posso aprirmi alla novità dell'imprevisto

Una lunga storia di comportamenti aggressivi, autolesionistici con episodi deliranti di contenuto magico e satanico di chiara connotazione provocatoria, fanno da cornice al suo stile relazionale probabilmente collegato alle esperienze di ostilità e triangolazione familiari in cui si è vista coinvolta nell'arco della sua vita in famiglia. Le idee di danno, influenze maligne e contro rituali esorcistici sono l'espressione della sua grossa difficoltà a fidarsi e a stabilire rapporti interpersonali fluidi e quindi del potere ricostruire la sua identità nella convivenza con gli altri. Ostile e provocatoria nei primi colloqui squalificava qualsiasi possibilità di riflessione e progettualità. Fece capire al terapeuta sin dall'inizio, che la sua difficoltà ad inserirsi sul piano dello scambio e della quotidianità era un freno a qualsiasi aspettativa di adattamento sociale. I contenuti affettivi della sua storia personale diedero piano piano spunti per ipotizzare quanto importante fosse per lei assicurarsi una distanza nei rapporti con le persone. Lo psicoterapeuta dichiarò la sua difficoltà nel capire cosa poteva implicare per una persona vivere in funzione di ciò che i suoi rapporti lesbici le davano, visto che essi erano vissuti in maniera compulsiva e diffidente, nonostante aspettasse contemporaneamente di non rimanere delusa. Le proposte di provare a esplorare gli spazi relazionali attuali intorno a lei, dove poter costruire una convivenza rispettosa in cui non ci fosse bisogno di poteri magici, restringendo quindi le sue aspettative. L'immagine dell'"indemoniata"/psicotica fu sostituita da quella che rispecchiava una donna che aveva paura del confronto interpersonale, intimorita dall'essere sempre perdente. Ad 1 anno e mezzo dalla fine del suo programma terapeutico in CT, sta lavorando e vive nella sua città natale, essendosi riavvicinata ai suoi genitori. Porta

avanti una vita sociale discreta, un po' meno movimentata ma più incerta di prima, con più opzioni di novità e cambiamento di quanto lei si sarebbe potuta aspettare in passato.

Per concludere...

Ci si potrebbe chiedere a questo punto chi determina il valore dei comportamenti? Pensiamo che le trasformazioni siano intrinseche o crediamo che dipendano dalle tecniche e dalle teorie? Sono domande che evidenziano con forte enfasi l'incidenza delle premesse e dei pregiudizi con cui il terapeuta affronta il processo psicoterapeutico, cioè, la dimensione epistemologica del fare e del riflettere, costituitisi come parti di un circuito di retroazioni costanti che contribuiscono alla costruzione dei percorsi evolutivi.

Parafrasando Von Foerster, si potrebbe dire che una descrizione dice più cose sull'osservatore piuttosto che sul fenomeno osservato, per cui le diagnosi fatte da diversi operatori dicono più cose riguardo gli operatori che riguardo l'utente. Questo vorrebbe dire che per l'approccio sistemico, la prima "mossa" per affrontare le tossicomanie in comorbidità psichiatrica dovrebbe essere quella di assumere una posizione a partire dalla quale il terapeuta si chiede innanzi tutto, il significato del proprio interagire riguardo le premesse semantiche alla base del comportamento disturbato. Questo approccio al problema, secondo noi, mette in discussione l'irreversibilità dell'etichetta diagnostica, dando alla definizione di malattia una connotazione processuale. Tramite le ipotesi, l'operatore introduce congetture, incertezze e complessità lì dove, prima, c'era rigidità sospesa nel tempo. L'attenzione si sposta dall'eziologia del problema ai significati ad esso connessi. Ecco perché la definizione del problema non è statica: evolve pari passo con l'evolversi del sistema terapeutico, ovvero con la rete di significati che vengono scambiati in sede di colloquio. Per cui si potrebbe affermare che l'obiettivo generale della terapia è quello di ampliare l'orizzonte delle scelte del sistema individuo così definito dal problema tossicomania in comorbidità psichiatrica, aumentando il numero dei punti di vista a disposizione, per cui consentendo alla complessità di mettersi in evidenza, di emergere per evolvere.

Bibliografia

- AA.VV. (1993) L'approccio sistemico alle dipendenze (alcolismo, dipendenze alimentari, tossicodipendenze vere e proprie), Il Vaso di Pandora, vol. 1, Genova.
- Aguayo J. (1990) Una proposta sistemica nella ricerca psico-sociale: esperienza comunitaria con un "club de madres" a Lima, Il Bollettino, No. 22, Milano.
- Boscolo L. e Cecchin G. (1988) Il problema della diagnosi dal punto di vista sistemico, Psicobiattivo, vol. 3, Bologna.
- Cancrini L., Colacicco F., Fiorini L. (1997) Le comunità terapeutiche di SAMAN, Attualità in Psicologia, anno XII, n. 2.
- Cancrini L. e Nocerino S. (1999) Tossicodipendenti con problemi psichiatrici e Comunità terapeutica: un'esperienza di lavoro, Attualità di Psicologia, anno XIV n. 3, Roma.
- Guidano V. (1998) Psicoterapia: aspectos metodologicos, problemas clinicos y preguntas abiertas VI Congreso Internacional de Constructivismo en Psicoterapia; Siena.
- Haley J. (1971) Possibili approcci alla terapia della famiglia, Feltrinelli, Milano.
- Malagoli Togliatti M. e Telfener U. (a cura di) (1994) Dall'individuo al sistema. Manuale di psicopatologia relazionale Bollati Boringhieri, Torino.
- Marzari M. (1991) La costruzione della differenza, CLUEB, Bologna.

Quiñones Bergeret Alvaro (1997) Significado social y viabilidad emocional narrativa en "Constructivismo en perspectiva: implicancias teoricas y practicas para la psicoterapia" Ed. Artes Medicas. Brasil.

Ruiz Alfredo B. (1997) Las contribuciones de Humberto Maturana a las ciencias de la complejidad y a la psicologia Istituto de Terapia Cognitiva INTECO, Santiago de Chile.

Luiz Alfredo B. (1998) La psicosis: perspectiva cognitiva postrazionalista VI Congreso Internacional de Constructivismo en Psicoterapia, Siena.

Tomm K. (1993) Una revisione critica del DSM , Connessioni, No.4, Milano.

Von Foerster H. (1987) Sistemi che osservano , in M. Ceruti e U. Telfener (a cura di) Astrolabio, Roma.

L'articolo qui riprodotto riguarda l'esperienza comunitaria dell'autore come psicoterapeuta presso una Comunità Terapeutica della rete di Comunità Terapeutiche Saman.



José Aguayo
Psicologo – Psicoterapeuta



www.psicologi-psicoterapeuti.info