

IL RUOLO DELLO PSICOLOGO ALL'INTERNO DI UNA COMUNITÀ PER TOSSICODIPENDENTI

PIERPAOLO CONGIA *, SALVATORE MORITTU **

Prima di delineare il ruolo dello psicologo nell'ambito della comunità terapeutica riteniamo necessario esporre per sommi capi la nostra concezione della tossicomania.

Solamente così, riteniamo, risalterà con più evidenza sia la peculiarità dell'intervento comunitario nell'ambito del recupero dei tossicodipendenti che la particolare collocazione dello psicologo all'interno di essa ⁽¹⁾.

I Parte: Concetti sul tossicomane e sulla tossicodipendenza per chi opera in comunità terapeutiche.

La letteratura specialistica sull'argomento tossicomania continua da tempo ad oscillare fra i modelli a «causalità lineare» (generalmente si tratta di approcci individuali) e la prospettiva relazionale sistemica.

Ci pare ormai giunto il tempo di operare una sintesi fra questi due approcci per giungere anche a conclusioni che abbiano rilevanza pratica e clinica.

Fino ad ora i modelli psicologico individuali hanno ritenuto opportuno concentrarsi sulle caratteristiche della sintomatologia con le sue peculiarità e i suoi ipotetici precedenti. L'anamnesi individuale e familiare, in questo caso, sono mirate allo scopo di ricostruire il processo attraverso il quale il «paziente», come individuo, viene «programmato» per compiere atti considerati patologici.

Appartengono a quest'area i concetti di «predisposizione» e di «personalità premorbosa».

I modelli relazionali, d'altro canto, hanno ritenuto più importante spiegare le cause del mantenimento del comportamento «patologico». Questo approccio ha portato alla scoperta di una paradossale funzionalità dell'atto fino ad allora considerato «il sintomo»; tale funzionalità è da ricercarsi nel mantenimento di una «omeostasi familiare». Il perpetuarsi del sintomo (il bucarsi), di conseguenza, non è da ricercarsi nelle particolari caratteristiche del «paziente designato» ma all'interno della trama dei rapporti familiari.

Il nostro giudizio sulla attuale situazione di stallo, appena esemplificata,

* Psicologo presso la Comunità S. Mauro a Cagliari

** Psicologo, Responsabile della Comunità S. Mauro a Cagliari e della Comunità S'Aspru a Siligo (SS)

⁽¹⁾ Per una più ampia conoscenza della storia e della metodologia delle Comunità Terapeutiche in Sardegna, cfr. ZELLA CORONA, *Il quinto moro: l'esperienza delle Comunità di San Mauro a Cagliari e di Siligo (SS) per i tossicodipendenti*, Ed. Horta, Cagliari, 2^a Ediz. 1984.

è che, se l'esperienza ci costringe ad osservare alcune ricorrenze nei rapporti che il tossicomane ha con il suo ambiente più prossimo (la famiglia), risulta altresì evidente che le regolarità osservate nella personalità dell'individuo possono essere ritrovate anche in casi in cui non risultano in gioco trame relazionali di tipo particolare (ipercoinvolgimento emotivo. cfr. Stanton M. D. «Famiglia e tossicomania», Terapia Familiare N° 8, 1980).

Una possibile spiegazione può essere data dal fatto che quegli Autori che optano per un modello relazionale e familiare hanno, nelle loro ricerche, scotomizzato, in parte l'eroina come partner in un rapporto che coinvolge il tossicomane e (almeno in un primo tempo) la sua famiglia.

In realtà l'eroina si presenta come una intrusione massiccia nella vita affettiva e relazionale di tutto il nucleo familiare, ciò non toglie, però, che agisca, a diversi livelli e con una maggiore incisività, nella personalità del tossicomane.

A livello psicologico funge da scarico delle tensioni; è una modalità di fuga, oltre che un segnale di disagio, che lascia tracce permanenti nella organizzazione motivazionale del tossicomane attraverso l'esperienza di un effetto farmacologico particolare.

Dal punto di vista psico-sociale offre, con il suo «mondo», modelli di identificazione e possibilità di ridefinizione di sé come deviante. Tutte le esperienze legate al suo «mondo illegale e sommerso» hanno un effetto diretto sulla propria identità (cfr. Matza D., «Come si diventa devianti», Bologna, Il Mulino, 1976) e sul comportamento. Questi influssi, è chiaro, non agiscono sui familiari nella stessa misura con cui agiscono sul tossicomane.

Occorre, dunque, approfondire la conoscenza degli effetti psicologici dovuti all'uso prolungato di una sostanza in grado di interferire con i processi motivazionali e cognitivi, tali effetti, a nostro avviso, possono presentarsi a prescindere dell'instaurarsi di una particolare dinamica familiare.

Sono queste caratteristiche costanti, a livello psicologico individuale, a giustificare tutta quella serie di metodiche terapeutiche che si compendiano nel concetto di Comunità terapeutica. Questo punto va sottolineato con forza se non si vuole incorrere nell'errore di considerare l'ingresso in comunità come una delega di tipo istituzionale o di credere che l'intervento di tipo comunitario sia incompatibile con l'ottica relazionale e familiare.

Le esperienze familiari possono, invece secondo noi, contribuire a spingere un giovane verso l'uso dell'eroina; ma non bisogna scordare che l'uso continuato, anche per brevi periodi, dell'eroina è in grado di innescare un meccanismo di autorinforzo tale da favorire l'instaurarsi di una problematica psicologia di un certo peso.

Il rapporto con l'eroina è di regola sempre meno reversibile quanto più si va avanti negli anni e talmente esclusivo da tagliare fuori quell'ambiente che ne aveva favorito il contatto.

Quando si arriva a questo punto, l'eroina dovrebbe, a buon diritto, essere considerata la nuova famiglia del tossicomane.

In sintesi, il tossicomane vive inizialmente in due famiglie, quella di pro-

venienza e quella dell'eroina fino a che quest'ultima non porta, nei casi più gravi, alla progressiva perdita della esperienza di relazione con oggetti umani reali.

Vogliamo ora attirare la attenzione su alcuni tratti del tossicomane-tipo e presentarli come esempi degli effetti che il rapporto continuato con la sostanza eroina comporta.

Ci riferiamo alla:

— perdita di «volontà» (abulia, «il vivere alla giornata»),

— la falsità (inattendibilità e menzogna)

Per «volontà» intendiamo un insieme di processi emotivo-cognitivi che comprendono:

- 1) l'attività intenzionale
- 2) i meccanismi cognitivi di programmazione e di differimento o posposizione del piacere.
- 3) l'assetto motivazionale di base.

Tutti questi aspetti vengono colpiti e coinvolti dalla assunzione di farmaci psicotropi.

Per quanto riguarda l'attività intenzionale, possiamo osservare come le azioni che hanno come scopo l'ottenimento del piacere, siano vissute con un carattere di necessità più che di intenzionalità. Il senso della responsabilità delle proprie azioni si atrofizza gradualmente sotto il peso di continue e ampie oscillazioni di umore ottenute artificialmente, e cioè senza che esista un rapporto diretto fra lo stato di benessere percepito (o malessere) e le azioni che non siano il bucarsi.

I meccanismi di differimento vengono anch'essi alterati dalle stesse oscillazioni. Entro l'arco di una giornata si sperimenta un'allentamento totale della tensione che mette in disuso e rende inutili i meccanismi di programmazione a lungo termine e cioè la capacità di fare progetti e di portarli a termine. Anche l'ansia viene vissuta in maniera distorta, fino al punto di non conservare più quella caratteristica adattiva di segnale bio-psichico di pericolo.

L'assetto motivazionale viene sconvolto perché l'eroina è in grado di procurare il massimo della gratificazione. È da notare che nessun tossicomane riesce a «dimenticare» l'esperienza della «roba», che continua ad essere considerato come il massimo piacere raggiungibile, anche se ormai non lo si ricerca più.

Se il «massimo» può essere ottenuto con facilità, per il tossicomane non ha senso lottare per ciò che dà meno soddisfazione. Senza il supporto di una pressione motivazionale costante qualsiasi programma è destinato a rimanere incompiuto; tanto più il programma di «smettere» di bucarsi.

Se questi sono gli effetti dell'esperienza prolungata con l'eroina sulla sfera emotivo-cognitiva, la caratteristica distintiva della tossicomania continua sempre ad essere la dipendenza; termine che non designa solamente e semplicemente il non poter fare a meno di una sostanza, ma una vera e propria modalità di rapporto rigida e pervasiva.

II parte: Ruolo dello psicologo nella comunità terapeutica.

Già da tempo si sentiva l'esigenza di rivedere i ruoli e le mansioni dello psicologo in quanto operatore sociale, più che sanitario, nell'ambito del recupero dei tossicodipendenti; a questa esigenza e alle domande di individuazione di uno «specifico» del lavoro svolto dallo psicologo in questo campo, può rispondere, a nostro avviso, la comunità terapeutica.

All'interno di essa questo operatore ha la possibilità di ovviare agli inconvenienti della parzialità e settorialità dell'intervento psicologico agli ambulatoriali, intervento sulla cui scia sembra orientarsi l'impiego pubblico di tale operatore.

Si parla quindi di benefici da un punto di vista strettamente metodologico nonché tecnico.

Questa nuova collocazione permette, inoltre, per chi maggiormente senta il problema, di proporre un modo diverso di far psicologia. Uscire dallo schema dello psicologo-nel-suo-studio significa però, in questo caso, cercare una verifica diretta del proprio operare, sia come tecnico che come persona. Significa esporsi, in un rapporto umano continuato di tipo residenziale, anche alle critiche e alle osservazioni di chi, non più cliente ma amico e compagno di lavoro, condivide con lui giorno per giorno l'esperienza comunitaria.

Questa esperienza può essere chiaramente un banco di prova per chi si reputa scontento di quegli atteggiamenti e privilegi di ruolo, mutuati dalla tradizione clinica medico-psichiatrica. È del resto quasi un luogo comune, in ambiti psicologici, considerare questi ruoli e privilegi, come tipici di una «autorità» intesa come difesa.

La inaccessibilità della persona del terapeuta viene ora minacciata: fino a che punto non è proprio la garanzia di questa inaccessibilità a creare la sicurezza che si ostenta dietro la scrivania di uno studio di consulenza o di psicoterapia? Fino a che punto il violarla non suscita fantasmi di detronizzazione provocando un rifiuto emotivo?

Si è accennato precedentemente ai pregi tecnici di tale intervento comunitario: l'osservazione diretta e prolungata fa nascere fra i residenti una fiducia basata sul condividere una esperienza in comune. Ora, quali possono essere i difetti di tale impatto diretto e continuato con un problema (la tossicomania) se non la paura di un coinvolgimento emotivo? Resta da stabilire, però, se questo ultimo sia il problema o lo sia invece la sua cattiva gestione.

Infatti, in un «setting» di tipo residenziale, la figura dello psicologo, proprio in quanto più coinvolto in interazioni umane di vario tipo (e non solo di tipo psicoterapeutico) diventa in minore misura oggetto di false richieste di tipo transferenziale. La sua persona è soprattutto oggetto reale, non solo simbolico.

Diminuendo questo spazio di ambiguità, che notoriamente accentua le dinamiche regressive e proiettive, si facilita un contatto più diretto con la realtà.

Questa configurazione di rapporto ci pare, inoltre, più adatta alla pro-

blematica della tossicomania, che più di ogni altra pare incentrarsi sul rapporto di dipendenza esclusiva da un oggetto a scapito della realtà sociale più complessa.

In questa cornice, le tecniche di intervento dello psicologo, quindi, non si limiteranno a quei metodi che fanno direttamente riferimento ai suoi studi e alle sue conoscenze in campo psicologico, ma si estendono all'uso della propria presenza reale come modello di identificazione.

È chiaro che la presenza dello psicologo in un gruppo orientato anche verso uno scopo lavorativo parteciperà a dinamiche psicologiche di tipo particolare, ma non per questo meno interessanti; anzi la sua visuale interna può essere cruciale da un punto di vista relazionale.

Può essere oltremodo illuminante confrontare il quadro delle relazioni fra i residenti, maturate durante le attività lavorative, con la cognizione che di esse si ha durante gli incontri ufficialmente considerati terapeutici o esplorativi. Direi che colmare questo scarto fra i momenti cosiddetti terapeutici e quelli non terapeutici risponda non solo ad esigenze conoscitive, rispetto agli stili di relazione, ma consenta anche di costruire un ambiente terapeutica-mente più costante.

Entrare nel tessuto vivo della vita comunitaria, significa sentire su di sé il peso di certe tensioni; affinare l'orecchio verso segnali meno dichiarati di disagio; significa intervenire nella relazione con metodi più responsabilizzanti e meno mistificanti o oggettivanti.

Cercheremo ora di delineare le possibili mansioni dello psicologo nell'ambito della comunità terapeutica. Nel fare questo ci serviremo delle esperienze maturate da diversi operatori nelle comunità attualmente esistenti e funzionanti nella nostra regione: la Comunità S. Mauro a Cagliari e la Comunità S'Aspru a Siligo.

Premettiamo che lo psicologo presta, presso queste comunità, un servizio volontario.

È nostra opinione che il tipo di motivazione all'aiuto terapeutico sia di importanza non secondaria, soprattutto in questo settore. Il fatto che il servizio sia non retribuito agisce in senso selettivo nei confronti dell'offerta. Le ragioni di questa scelta stanno anche nel fatto che il lavoro con i tossicodipendenti presenta aspetti peculiari e non sempre gratificanti: necessità di disponibilità completa in termini di tempo, lunghezza del trattamento, fenomeni di drop-out frequenti etc.

Lo psicologo entra in comunità trovandosi una sorta di nicchia ecologica in un tessuto sociale in movimento.

All'inizio le sue mansioni sono essenzialmente simili a quelle di qualsiasi altro residente tossicomane. Viene affidato ad un ex che abbia alle spalle un periodo lungo di permanenza in comunità. Lo scopo di questo tirocinio iniziale, che dura alcuni mesi è quello di introdurre il nuovo arrivato alla conoscenza più precisa delle regole di comportamento e di seguirlo durante il periodo di inserimento lavorativo in un dato settore.

Questa fase iniziale è un momento fondamentale di riflessione e di studio grazie al quale lo psicologo matura la propria esperienza che costituirà la base per la comprensione empatica delle difficoltà che i nuovi residenti dovranno affrontare.

Sta allo psicologo stesso elaborare in maniera più approfondita la conoscenza di sé-in-relazione e dei meccanismi messi in funzione dal contatto continuo con la problematica della tossicomania.

La comunità terapeutica, più di altre situazioni di vita collettiva, permette di mettere a fuoco e di affrontare anche le difficoltà di rapporto che lo psicologo, come persona, può portarsi appresso.

Se dividiamo il lavoro dello psicologo nell'ambito della comunità secondo un ordine cronologico rispetto al cammino del tossicodipendente otteniamo uno schema che divide gli interventi dello psicologo in: 1) interventi e tecniche relative alla fase di ingresso; 2) interventi e tecniche relative alle fasi di permanenza in comunità.

1 - I colloqui iniziali sono finalizzati alla conoscenza della problematica psicologica individuale e familiare e alla preparazione all'ingresso.

Nel momento in cui il tossicomane (o chi per lui) contatta la comunità, il problema recepito risulta essere la dipendenza dal farmaco e tutti quei comportamenti legati alla necessità di ottenere la dose quotidiana. Nel corso dei colloqui individuali si cerca di allargare la sfera dei contenuti egodistonici aggirando i dinieghi coscienti fino a prospettare al tossicodipendente il vero problema nella sua cruda realtà, e cioè l'instaurarsi di una più larga e complessa patologia da dipendenza. Intendiamo con questo termine una condizione la cui comprensione richiede certamente la conoscenza della dinamica familiare, ma il cui perpetuarsi ed autoalimentarsi, tramite meccanismi peculiari (quali l'effetto prolungato del farmaco, le esperienze legate al mondo dello spaccio o della malavita) comporta una specifica costellazione personologica.

I colloqui a livello familiare sono diretti allo scopo di creare un clima favorevole al distacco dal nucleo di provenienza e dal controllo-disapprovazione della coppia genitoriale (quando esista). La contropartita sarà costituita per i familiari dalla diminuzione dei conflitti interni spesso sfibranti e per il ragazzo dalla prospettiva di una svolta decisiva nella propria vita.

L'ingresso, con i suoi preparativi, è generalmente vissuto come un rito; e del resto la fantasmizzazione di un ambiente sociale, che si sa totalmente altro rispetto alle proprie precedenti esperienze, facilita lo svilupparsi di questo vissuto. Per parte nostra riteniamo giusto non ostacolare questa percezione, nella convinzione che una svolta, riconosciuta come decisiva e suggellata simbolicamente, faciliti il mutamento reale.

2 - Interventi e tecniche relative alle fasi di permanenza in comunità. L'ambiente comunitario opera allo scopo di rifondare su solide basi la personalità del nuovo venuto. La progressiva assunzione di responsabilità e competenza nei settori lavorativi e relazionali sono, secondo noi, coerenti

con tale meta e costituiscono, anzi, tramite essenziali alla gestione sempre più autonoma della propria vita e degli immancabili conflitti che essa comporta anche all'esterno.

Per queste ragioni lo psicologo non si trova qui a dover operare come tecnico fra malati, ma collabora con una più sottile competenza ad un medesimo progetto umano di crescita che include necessariamente anche la propria persona.

Egli si trova a fianco degli altri residenti: responsabili, capi settore o nuovi venuti non solo nei momenti di disagio ma anche nel creare momenti positivi di crescita e iniziative di impegno.

La collaborazione non assume mai la forma di puro consiglio specialistico: anche quando si rende necessario un intervento molto specifico di tipo psicologico la tendenza è di muoversi sulla linea della «socializzazione della conoscenza» e cioè della condivisione degli strumenti di gestione delle situazioni di crisi.

A questo scopo sono programmate durante la settimana alcune ore di informazione su problemi psicologici di particolare attinenza alla problematica di vita comunitaria.

Oltre a queste ore a carattere informativo culturale sono previsti altri tipi di incontri alcuni a carattere plenario altri limitati a gruppi più ristretti.

A carattere plenario sono in genere le riunioni di tipo organizzativo.

Altro importante momento di incontro è rappresentato dalla seduta di dinamica di gruppo nell'ambito della quale lo psicologo svolge il ruolo di moderatore. In genere il compito che il gruppo si dà è quello di tracciare in modo più preciso possibile il profilo psicologico-relazionale di un residente che di solito si presta volontariamente a questa verifica di gruppo.

La seduta può naturalmente essere letta in modi diversi; innanzitutto permette di servirsi della diversa prospettiva di tutti i partecipanti: in questo caso lo scopo da raggiungere è una maggiore obbiettività. Lo psicologo può, inoltre, da spettatore leggere tra le righe del discorso che il gruppo va tracciando le complesse interrelazioni fra i partecipanti: le alleanze e le esclusioni; le dinamiche proiettive e introiettive che hanno come oggetto l'esaminato. In sintesi dalla seduta emerge un quadro più chiaro non solo del tipo di problemi connessi all'adattamento del nuovo venuto, ma anche dei processi psicologici che parallelamente si svolgono nel gruppo che lo accoglie e lo esamina.

Durante la settimana è prevista anche un'ora di esperienza corporea. I primi minuti della seduta sono dedicati al rilassamento muscolare, la seconda parte cerca di riscoprire il proprio corpo sia come tramite espressivo che come mezzo conoscitivo rispetto ai vissuti emotivi e di relazione.

CONCLUDENDO

Quanto abbiamo succintamente esposto è frutto della esperienza maturata come psicologi-volontari nelle due uniche Comunità per tossicodipendenti operanti finora in Sardegna: nuovi e difficili problemi dovremo affrontare nel momento in cui le due entità, Comunità terapeutiche e Istituzioni pubbliche, ricercando un comune terreno di collaborazione, dovranno chiedersi che ruolo svolgere da psicologo non volontario in contesti fortemente caratterizzati dal Volontariato sia per gli operatori che per gli utenti.

BIBLIOGRAFIA

- CANCRINI L. E ALTRI (1972), *Droga, chi come perché e soprattutto che fare*, Sansoni, Firenze.
- CANCRINI L. (1982), *Quei temerari sulle macchine volanti*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- COOPERATIVA ALBEDO (a cura di) (1984), *Terapia familiare per tossicodipendenti*, La Nuova Italia, Roma.
- CORONA Z. (1982), *Il quinto moro*, Horta Editrice, Cagliari.
- HALEY J. (1963), *Le strategie della psicoterapia*, Sansoni, Firenze.
- KREEGER L. (a cura di) (1978), *Il gruppo allargato*, Armando, Roma.
- MALAGOLI TOGLIATTI M. (1981), *Droga, verso quale intervento*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- STANTON M.D. (1979), *Famiglia e tossicodipendenza. Terapia Familiare*, 6, 99.
- WATZLAWICK P. E ALTRI (1971), *Pragmatica della comunicazione umana*, Astrolabio, Roma.