

Cooperativa Sociale di Bessimo

**QUANDO IL PAPA' E LA
MAMMA SI BUCANO**

**LA PRESA IN CARICO DI COPPIE E DI MADRI TOSSICODIPENDENTI
CON I LORO BAMBINI.**

L'IMPORTANZA DEL RACCORDO TRA SERVIZI DIVERSI

ATTI DEL SEMINARIO TENUTO A BRESCIA

IL 25 MARZO 1999

INDICE

INTRODUZIONE	5
SALUTO	6
ABBIAMO VINTO UNA SCOMMESSA	7
L'INTERVENTO EDUCATIVO RIVOLTO A NUCLEI FAMILIARI CON MINORI NELL'ESPERIENZA DELLA COOPERATIVA SOCIALE DI BESSIMO: OBIETTIVI E METODOLOGIA	9
DAL GENITORE UNICO AL GENITORE RELAZIONALE: UN ITINERARIO POSSIBILE ?	12
LE COPPIE DI TOSSICODIPENDENTI: PROBLEMI E RISORSE	22
IL FIGLIO DI GENITORI TOSSICODIPENDENTI: INDICAZIONI PER L'INTERVENTO POSSIBILE	27
LA PROGRAMMAZIONE E LA PIANIFICAZIONE DI SERVIZI PER FAMIGLIE PROBLEMATICHE	31

INTRODUZIONE

di Armete Cominelli (Presidente Cooperativa di Bessimo dal 1992 al 1999)

Quando nel 1984 la Cooperativa di Bessimo avviava il Servizio di Accoglienza per coppie di tossicodipendenti, lanciava in qualche modo una duplice sfida.

In primo luogo si muoveva contro corrente rispetto ai servizi di quegli anni, che vedevano la terapia per i tossicodipendenti come intervento rigidamente individuale, per cui le “famiglie” di tossicodipendenti potevano essere curate solo attraverso la separazione dei partner e dei loro figli.

In secondo luogo con l’apertura di tali centri la Cooperativa di Bessimo affermava che la droga era il sintomo di un problema più complesso, che andava affrontato a partire dal nucleo familiare. Questo nucleo non veniva letto solo come “somma di problemi”, bensì anche come luogo di risorse affettive e relazionali.

Oggi sono in parecchi ad affermare la bontà di tale scelta: varie esperienze, come quella del Gruppo Abele in Piemonte o di Villa Renata in Veneto, si muovono sulla stessa linea della nostra Cooperativa.

Inoltre le stesse normative relative alla tossicodipendenza parlano oggi di servizi specialistici rivolti a tossicodipendenti (Atto d’Intesa Stato Regioni del 05.08.99 pubblicato in G.U. n°231 del 01.10.99).

Se la tipologia di tali servizi è oggi riconosciuta, il lavoro da compiere è quello di favorire lo scambio di esperienze e il confronto di idee tra operatori che si occupano di queste tipologie di tossicodipendenti, per permettere un continuo miglioramento nell’erogazione di tali offerte. E’ questo uno degli aspetti che ci hanno portato a promuovere questo seminario.

Inoltre la Cooperativa di Bessimo ritiene che l’esperienza fino ad oggi vissuta nella presa in carico di famiglie tossicodipendenti, e che ha portato a strutturare tre comunità terapeutiche per coppie e una comunità terapeutica per donne con figli, non possa prescindere da due elementi essenziali.

Il primo è relativo a chi opera in questi servizi, che deve vivere il proprio ruolo con lo spirito di ricerca che anima chi vuole costruire “cose significative”.

Il secondo ci insegna che operatori e utenti debbono camminare a fianco gli uni con gli altri se si vogliono costruire percorsi di senso e scenari carichi di futuro.

SALUTO

di Pierfranco Brunori
(Direttore IAL Lombardia di Brescia)

E' con sincera soddisfazione che porto il saluto mio personale e della Scuola regionale per operatori sociali dello Ial Lombardia all'apertura dei lavori del vostro seminario per tre motivi :

- per l'alta affluenza degli iscritti, tanto che il seminario non si è potuto svolgere nel salone dello IAL, ma ha dovuto tenersi qui al Centro Paolo VI;
- per l'impegno sociale profuso della Cooperativa di Bessimo nel recupero e reinserimento delle persone tossicodipendenti e nella divulgazione delle proprie iniziative: ieri, nel novembre 1998 in occasione della Terza Settimana Europea di prevenzione delle tossicodipendenze, oggi , con questa nuova iniziativa sulla famiglia;
- per la stretta collaborazione tra la vostra Cooperativa e la nostra Scuola nell'ambito della formazione dell'Educatore Professionale, in specifico per quanto riguarda l'attività pratica del tirocinio dei nostri studenti nei servizi della tossicodipendenza.

Credo in particolare che l'impegno della Scuola regionale nell'ambito della riqualifica degli educatori della tossicodipendenza, 70 persone per tre corsi: due per la provincia di Brescia ed uno per la provincia di Cremona, non faccia altro che confermare l'interesse reciproco a far si che anche all'interno dei vostri servizi lavorino degli Educatori Professionali , quale ulteriore garanzia di una miglior qualità delle prestazioni in ambito sociale.

Certo della buona riuscita della vostra iniziativa , auguro a tutti voi un buon lavoro.

ABBIAMO VINTO UNA SCOMMESSA

di Cosetta Lazzari (Operatore comunità terapeutica per coppie di Pontevico)

Sono stata chiamata per questo intervento dal presidente della cooperativa come l'operatore che dà più tempo lavora in comunità terapeutica di coppia e quindi con le famiglie, sono infatti ormai 10 anni che lavoro in questo settore.

E' per me anche una soddisfazione salutare oggi i graditi ospiti qui convenuti e tutti i relatori di questo seminario perché è un po' come uscire alla luce dopo tanto tempo passato a lavorare in un ambito molto reale e presente per noi che ce lo siamo trovati a gestire, ma assolutamente fantasma per gran parte del mondo intorno a noi.

Iniziare a lavorare con le famiglie è stata infatti una sfida fin da subito, un qualcosa di impossibile o meglio ancora da folli, come ci è stato detto a suo tempo, una sfida che solo la generosità d'animo di un sacerdote, Don Redento Tignonsini, poteva concepire.

E non era solo una sfida alla ragione, era anche la sfida dei sentimenti, degli affetti all'eroina, era puntare sulla risorsa della famiglia per trovare quella risposta forte, alternativa ad una sostanza, intesa come bisogno, altrettanto forte.

Siamo partiti da qui; da questo concetto che tengo a ribadire, e ciò dalla famiglia intesa come risorsa in quanto tale.

E, visto dove siamo arrivati ora, possiamo dire che non era poi così da matti percorrere questo sentiero.

Innanzitutto non siamo più soli, anche un gruppo che notoriamente è all'avanguardia rispetto al trovare le risposte più adeguate ai problemi emergenti, ci ha seguito e mi riferisco al gruppo Abele, che è qui con noi anche oggi e che saluto nella persona di Leopoldo Grosso.

E poi, sempre di più si sente parlare, in relazione ai vari problemi non solo legati alla tossicodipendenza, di terapia della famiglia perché è notoriamente all'interno della relazione familiare che si sviluppano o si risolvono problemi, come ben sa chi lavora nel nostro campo.

Ma se per noi è automatico partire da questi presupposti non lo è altrettanto per i servizi che gravitano attorno a questi progetti.

Spesso infatti noi comunità, ci troviamo a dover coordinare servizi diversi sempre molto attenti e specializzati nel loro settore, ma ai quali manca una visione d'insieme, o anche solo l'immaginarsi che sia possibile l'intervento che è poi il nostro specifico.

E qui parlo dei SERT, bravissimi per quanto riguarda il lavoro sui singoli tossicodipendenti da una parte, e dall'altra dei servizi per i minori, altrettanto specializzati e molto attenti alla tutela dei minori stessi, tra i quali però molto spesso manca un coordinamento, un lavorare insieme sul nucleo familiare e quindi in una direzione unica.

Quasi sempre, invece si verifica il contrario, con servizi che lavorano in direzioni diverse, se non addirittura in conflitto tra loro, proprio perché hanno finalità diverse, rischiando così di perdere quella risorsa per noi molto importante che è la relazione familiare.

Essendo invece questo il nostro obiettivo ecco che tocca a noi farci carico di lavorare in questa direzione cercando di mettere assieme i pezzi anche se non siamo autorizzati a farlo né tanto meno riconosciuti ufficialmente in questo.

Però noi sappiamo che questa è la direzione che paga di più, perché ce lo conferma l'esperienza di 14 anni di lavoro con le famiglie (con 284 coppie passate nelle nostre comunità e 266 bambini), ma sappiamo anche che questo bagaglio era, almeno fino ad oggi, solo nostro: di qui la sensazione di sentirsi un po' fantasmi, a volte non capiti (anche nella stessa cooperativa) e, sicuramente torno a ripetermi, non riconosciuti nel nostro specifico.

Ma mi rendo anche conto che non è facile immaginarsi cosa significa lavorare in una comunità terapeutica per le famiglie. Per chi non la conosce il problema, la complessità di un intervento non riguarda soltanto il singolo e il suo rapporto con la sostanza, ma parte dai due partner e dal loro singolo vissuto per passare alla storia della coppia, al rapporto con i figli, se esistenti, all'interazione con le due famiglie di origine (i nonni), al contatto con i SERT e con i servizi per i minori, al dover rispondere, a volte, al tribunale per minori in caso di bambini affidati.

Torno a dire, la complessità di un intervento finalizzato al restituire alla società un nucleo in grado di essere autonomo, soprattutto in presenza di minori, è quindi un lavoro che, gioco forza, si deve occupare anche di tutti quegli aspetti pratici, estremamente concreti legati al funzionamento della vita di tutti i giorni quali il mantenimento, e quindi il lavoro, l'autonomia abitativa, e quindi l'alloggio, quali il saper amministrare le entrate, il saper fare la spesa e cucinare, il saper accudire nel modo migliore i piccoli.

Tutti aspetti molto concreti e assolutamente vitali ai fini della buona riuscita del progetto ma che sfuggono ad un riconoscimento reale perché purtroppo non esiste una politica globale rivolta alla famiglia che possa comprendere tutto quello che noi facciamo.

Tengo a sottolineare, lo facciamo non perché siamo particolarmente bravi, ma perché questo viene naturale dovendo occuparsi di famiglia.

Mi auguro quindi che, con questo convegno, si cominci a ragionare attorno a questi temi per valorizzare sempre di più questo genere di intervento e sono sicura che un grosso apporto lo daranno gli autorevoli interventi successivi al mio ai quali, augurandovi una buona giornata, cedo volentieri la parola.

L'INTERVENTO EDUCATIVO RIVOLTO A NUCLEI FAMILIARI CON MINORI NELL'ESPERIENZA DELLA COOPERATIVA SOCIALE DI BESSIMO: OBIETTIVI E METODOLOGIA

**di Simona Saletti
(Responsabile comunità terapeutica per coppie di Gabbioneta)**

“Il minore ha diritto ad essere educato nell’ambito della propria famiglia...” recita così l’articolo 1 della Legge 4 maggio 1983 che disciplina adozione e affidamento. Credo sia questo lo spirito con cui la nostra Cooperativa parecchi anni fa ha iniziato nel 1984 ad accogliere nuclei familiari con problemi di tossicodipendenza.

Agli inizi degli anni '80, la Cooperativa di Bessimo, disponeva l’apertura di una comunità rivolta alla popolazione tossicodipendente femminile e alla nuova realtà di coppie tossicodipendenti. Fin dai primi inserimenti ci si trovò di fronte alle richieste di quelle donne o nuclei familiari che chiedevano un inserimento anche per i propri figli e che chiedevano tempi e spazi per gestire il rapporto con i bambini il più delle volte collocati presso i nonni.

Il percorso educativo non prevedeva l’immissione di bambini, che vennero mantenuti fuori dal programma fatti salvi gli incontri ritenuti allora indispensabili affinché si conservasse un minimo di rapporto relazionale - affettivo tra madre e figlio.

La gestione di queste situazioni, ed ancor più l’inserimento di alcune donne gravide che partorirono durante il programma in comunità, fecero avvertire la necessità di accogliere anche i figli di queste donne.

Si può immaginare come la presenza di un bambino sia divenuta a quel punto parte integrante della proposta di recupero indirizzato alle famiglie tossicodipendenti con le dovute considerazioni:

- Un figlio non cambia la madre o i genitori tossicodipendenti, benchè ve ne sia l’illusione.
- La maternità è spesso subita: è il risultato dell’ingestibilità della solitudine, è voluta come terapia, è strumentale, incosciente, è una rivalsa sulla famiglia ,sulla società..
- Il figlio può diventare un elemento estremamente positivo, la sua presenza può incentivare la famiglia tossicodipendente ad un maggiore impegno:
 - nella reale conoscenza di sé stessi e dei propri bisogni
 - nell’affrontare la realtà e fare fatica (un figlio che piange, che ha fame, che ha bisogno di giocare richiama un impegno concreto)
 - Nella scoperta delle responsabilità: il figlio come elemento gratificante che permette alla famiglia di riconoscersi positivamente rendendosi conto delle proprie capacità di donare .
 - Nell’appropriarsi della consapevolezza che, fornendo cure adeguate ed avendo sufficiente grado di amorevolezza e partecipazione empatica, si consente al figlio un normale sviluppo psicologico.
 - Nell’apprendere ed anteporre ai propri bisogni quelli di un altro.
 - Nell’imparare ad osservare e cogliere lo stato di bisogno dell’altro per creare ed intraprendere proficue soluzioni.

CHE FAMIGLIE ACCOGLIAMO

La Cooperativa accoglie varie tipologie di famiglie : con figli presenti in comunità, con figli in affidamento o in adozione, con entrambi i genitori tossicodipendenti, più raramente con un solo genitore tossicodipendente.

Prendo come campione la comunità di Gabbioneta ,per fare un esempio significativo consideriamo gli anni che vanno dal gennaio 1993 al dicembre 1998.

Nella nostra finestra temporale abbiamo inserito 67,6% di nuclei familiari con almeno un figlio.

Non tutti i Servizi sociali sono concordi all'inserimento del Minore in comunità, oppure preesistono all'inserimento provvedimenti di allontanamenti del Minore dal nucleo originario.

Del 67,6% di nuclei con figli, il 65,9% di questi ha usufruito dell'inserimento del Minore in comunità.

Spesso i genitori arrivano in comunità dopo l'emissione di un Decreto da parte del Tribunale per i Minorenni a tutela del figlio, che impone chiare prescrizioni e l'obbligo per il genitore di occuparsi della propria tossicodipendenza .

Talvolta la presa in carico in situazione di coazione (come appunto dopo l'emissione di un decreto) , rende ancora più complesso l'aggancio relazionale con la presenza di un delicato intreccio di sentimenti contrastanti ed ambivalenti nei confronti delle Istituzioni e della stessa comunità.

Frequentemente la tematica è sentire l'inesistenza di motivazioni personali al cambiamento, a cui inevitabilmente seguono momenti di crisi, tensioni, acting out...

Crediamo in ogni caso importante partire proprio da qui con i genitori per aprire un confronto, per iniziare un percorso di crescita proprio partendo dalla tutela che altri (Tribunale per i Minorenni, Servizi sociali..) hanno pensato relativamente ai loro figli, cercando costantemente un adeguato rapporto fra presa in carico e controllo.

Sempre nella nostra finestra temporale che va dal 93 al 98, nella sola comunità di Gabbioneta crediamo importante considerare un dato significativo: il 18,5% di bambini inseriti , sono nati durante il percorso terapeutico. E' un dato che merita importanti e serie riflessioni. Parte di questi bambini è nata in comunità perché subito dopo il concepimento, il timore di un eventuale allontanamento ha indotto a pensare alla comunità. Altre volte il minore è stato concepito durante il percorso con un'alta valenza salvifica.

Credo importante spendere qualche parola sull'organizzazione quotidiana.

Abbiamo strutturato nelle unità d'offerta che ospitano minori, spazi esclusivi per i bambini adeguatamente attrezzati.

Questi ambienti vengono per lo più utilizzati nelle ore di svolgimento del lavoro e/o del programma terapeutico (riunione, colloqui) dei genitori nella fascia oraria che va dalle 8 alle 18. In questo tempo i bambini vengono seguiti dalle educatrici all'infanzia, previste nel numero di due per le comunità per nuclei familiari e tre nella comunità che ospita madri sole.

I bambini in età scolare frequentano la scuola materna, elementare, media del comune in cui è inserita la comunità stessa.

Obiettivi da realizzare durante la permanenza in comunità dei piccoli ospiti sono:

- far sperimentare la sicurezza come benessere psicofisico
- organizzazione ordinata della vita quotidiana negli aspetti pratici

- l'esperienza sociale e di relazione ricca di rapporti con l'esterno e soprattutto con i coetanei, per questo appunto, l'esperienza della scuola è una grande opportunità per i minori di sperimentare relazioni anche al di fuori dell'abito strettamente legato alla comunità.

Compito delle educatrici è anche quello di promuovere la responsabilità dei genitori nell'accudimento fisico e affettivo dei figli.

Sono i genitori in prima persona che si prendono cura del figlio : dal risveglio mattutino, alla prima colazione, alla cena ai momenti successivi del gioco e del riposo notturno.

Quando il bambino è molto piccolo la madre si occupa delle poppate, cambi, ecc. quando il bambino è ammalato, ospedalizzato sono i genitori a farsi carico dell'accudimento del figlio.

Naturalmente la presenza delle educatrici accanto ai genitori si modula a seconda del periodo di comunità dei genitori stessi per agevolare una sempre maggiore autonomia.

Spesso il figlio del tossicodipendente viene iperinvestito di aspettative salvifiche, il figlio viene pensato come un aspetto di normalità, come uno slancio vitale positivo, come una garanzia sul futuro, una rivalsa sulla famiglia di origine.

Accogliere queste aspettative, aiutare i genitori a ridimensionarle, accettare di condividere le eventuali cadute motivazionali legate alla genitorialità è parte significativa del percorso comunitario.

Crediamo che accogliere in comunità i figli di genitori tossicodipendenti sia prendere atto che una situazione familiare difficile questi bambini se la portano dietro comunque, ce l'hanno davanti nella loro vita, ce l'hanno dentro quando parlano e quando agiscono. Il tempo o la distanza fisica non gliela scrolla di dosso nessuno perché scrollarsi di dosso la propria famiglia non è possibile.

Sentiamo quindi importante farci portatori di una cultura che valorizzi il recupero insieme dell'intero nucleo familiare, senza mistificazioni, con chiarezza, lavorando affinché le eventuali discordanze fra i vari servizi che concorrono alla realizzazione dei percorsi terapeutici, possano appianarsi, si possano sciogliere gli eventuali nodi intraprendendo un serio lavoro di rete.

Restano aperte domande tuttora irrisolte a cui anche il nostro servizio di sostegno alla famiglie sta con impegno tentando di fornire soluzioni possibili attraverso l'acquisizione di nuovi strumenti di intervento.

DAL GENITORE UNICO AL GENITORE RELAZIONALE: UN ITINERARIO POSSIBILE ?

I parte - dott.sa Rossana Lombardi

II parte - dott.sa Angela Antonietti

(Servizio di Psicologia della Cooperativa Sociale di Bessimo)

I PARTE

Premesso che questa relazione si è snodata all'interno di uno spazio di scambio proficuo tra i colleghi del Servizio di Psicologia, vorrei ringraziare la Cooperativa di Bessimo per aver accettato di avventurarsi con noi su un percorso nuovo, un itinerario di cui conosciamo gli obiettivi, le coordinate, la cui meta però, proprio quando sembra essere stata raggiunta, sfugge, tanto da sembrare, in certi momenti di sconforto, solo un miraggio.

Un lungo viaggio, faticoso, ricco di insidie e trabocchetti, così oneroso che a volte viene da chiedersi se sia veramente possibile.

Alludo qui al viaggio verso l'integrazione delle diverse figure coinvolte nella presa in carico del tossicodipendente .

Forse ciò che fa apparire così complicato questo compito che ci siamo dati, è da ascrivere al fatto che esso non può prescindere da un analogo e corrispondente cammino nei meandri del proprio mondo interno.

Cammino volto a far sì che ciascuna posizione al proprio interno possa trovare una sua collocazione e, comunicando con le altre, originare e delimitare uno spazio in cui le emozioni possono liberamente circolare, dipingendo una sorta di arcobaleno dopo la tempesta .

Tempesta che deve essere necessariamente attraversata e che non cessa mai di rappresentarsi, se si sceglie di essere vivi.

Inevitabili sono i conflitti fra posizioni differenti, inevitabili gli attriti, ma vitali e arricchenti se vengono attraversati, senza che una posizione travalichi e soffochi le altre.

Un viaggio che in quanto tale si pone agli antipodi rispetto al viaggio con la sostanza .

Sostanza che isola, scinde, appiattisce, satura gli spazi rendendoli asfittici, insabbia i conflitti, elimina le differenze, mettendo in ombra e mortificando il sé più vero e vitale.

Ciò che ci guida in questa avventura, in cui la ricerca dell'integrazione all'esterno con l'altro, come sopra evidenziato, non può disgiungersi da una ricerca di integrazione al proprio interno, è il pensiero che se noi operatori riusciamo a creare una circolarità lavorando assieme ad un progetto comune, questo modello potrà essere interiorizzato anche dalle persone di cui ci prendiamo cura.

Riteniamo che se riusciamo a porci nei confronti dei nostri utenti come genitori capaci di relazionare, di lasciar spazio al terzo, consapevoli dell'arricchimento che porta con sé l'integrazione con l'altro, allora anche dentro di loro il genitore unico, arroccato narcisisticamente, potrà gradualmente lasciare spazio al genitore relazionale.

Gradualmente, e quindi a patto di saper attendere, prorogare tanto quanto è necessario il raggiungimento della meta, potendo contenere il bisogno di bruciare le tappe, noi per primi, evitando di colludere col tossicodipendente che la gradualità la rigetta.

Il tossicodipendente che oscilla tra vissuti di onnipotenza e vissuti di impotenza, tra illusione e delusione, senza vie di mezzo, senza mezzi termini, senza mediazione, senza poter aspettare, dilazionare, differenziare, distanziare, relegato nello spazio asfittico della fusionalità.

Fusionalità da cui non ha potuto affrancarsi a suo tempo a causa della vacanza, nella sua esperienza emotiva, del terzo - padre - genitore relazionale.

Spesso infatti nella storia familiare del tossicodipendente vi è la predominanza significativa di uno dei genitori con l'esclusione dell'altro, quindi del terzo. Ne deriva per il bimbo un'assenza di confini e di coordinate che ostacola il primo processo di separazione-individuazione, con la conseguente ricerca anche in futuro di una relazione fusionale.

L'intolleranza alla separazione tende a condurre all'assunzione di modalità difensive di tipo narcisistico che si caratterizzano appunto per il disconoscimento della separatezza fra sé e l'oggetto.

La fase adolescenziale tende a portare allo scoperto il grado di sviluppo del sé e quindi il livello di dipendenza e di autonomia, di narcisismo e di relazione oggettuale.

Coloro che a quest'età mostrano un carattere molto sensibile sul piano narcisistico (appaiono cioè sguarniti di un'organizzazione narcisistica di base che funzioni da schermo protettivo e da filtro tra il mondo interno e il mondo esterno), se non vengono compresi nei loro bisogni, tendono a sviluppare malattie della dipendenza, che si manifestano nella difficoltà a liquidare lo stato fusionale simbiotico.

Riprendendo un'immagine molto pregnante di Olievenstein: è come se lo specchio, che dopo l'uscita dalla fase fusionale avrebbe dovuto rimandare all'adolescente un'immagine completa di sé, si fosse spezzato nel primo tentativo di differenziazione.

Come una farfalla che non riesce a liberarsi della crisalide, il futuro tossicomane si cristallizza in una condizione del "quasi già" e del "mai più", condizione che mettendolo continuamente in scacco, non gli permette di rimarginare la ferita narcisistica.

Costretto a confrontarsi con un'immagine di sé, non solo incompleta ma anche spezzettata e priva di senso, ciò che egli prova è un vissuto di angoscia profonda che prelude al ritorno verso ciò che c'era prima della figura scomposta che lo specchio rimanda: la fusione, l'indifferenziazione.

E' spesso in quest'atmosfera che il giovane ricorre alla droga come unica possibilità di evitare un annientamento totale, collegato coll'angoscia di perdere ogni senso della propria continuità storica: sganciato dal passato - perché in lui non ne rimangono tracce - e impossibilitato a proiettarsi in un futuro che non riesce ad immaginare.

Disponibile rimane appena un sogno, una nostalgia, troppo inconsistente per dare spessore al sé, troppo usurabile a meno che non venga continuamente preservata mediante il cieco affidarsi all'onnipotenza megalomane, incessantemente alimentata e vegliata tanto da non lasciar spazio ad altri interessi. Così ogni problematizzazione viene bandita e tutti i progetti sono destinati a fallire, poichè non sono costruiti tenendo conto della realtà.

"Il funzionamento dell'illusione tossicomane - scrive Carla Rosselli, operatrice del CARTI - richiama il gioco del bambino che immerge e poi ritira dall'acqua una spugna, bagnata e gonfia da asciutta e rinsecchita che era, ma che, dopo averla strizzata e vista ridotta a niente, deve nuovamente riportarla sott'acqua per farle riacquistare volume.

Così il tossicodipendente cerca di impregnare una propria struttura, di per sé esile e piena di lacune, di contenuti capaci di gonfiarla, facendola apparire turgida e vitale; ma basta una piccola pressione esercitata dalla realtà, o semplicemente dallo scorrere del tempo, perché tale condizione si

¹ Centro di assistenza e di ricerca sulle tossicomanie.

riveli per quello che è: provvisoria, artificiosa, perché non frutto di una vera impregnazione fondata sull'esperienza.”

La mancata soluzione dei problemi di separazione-individuazione genera difficoltà di integrazione interiore e di adattamento con l'esterno, e si traduce in una struttura dell'Io che pare privo di oggetto, quasi senza Sé, che è così inconsistente da costringere il giovane a ricercare senza posa un'alternativa qualsiasi, pur di non sentirsi morire di fame. Così l'eccessiva leggerezza del Sé, la mancanza di un apparato psichico che funga da filtro, da schermo protettivo, fa sì che il tossicodipendente viva in unione tanto stretta con gli oggetti da fargli smarrire il senso della diversità fra il Sé e il non-Sé. E così in una sorta di circolo vizioso sembra riproporsi il “vizio originario” che si situa nel genitore “unico” interiorizzato dal tossicodipendente, genitore che non è riuscito, non certo per volontà sua, a mantenere acceso e diretto sul proprio bambino il riflettore che con la propria luce alimenta il senso e il valore personale.

La clinica non fa che riproporci come il tossicodipendente faccia riferimento ad un genitore unico e sia convinto che il significato e il valore di sé non venga dal Sé ma dall'oggetto (la madre nello svezzamento e l'ambiente nell'adolescenza). E' per questo che l'approccio all'oggetto è, non solo una ricerca per soddisfare un desiderio di scambio relazionale, ma è soprattutto la ricerca di un'identità. Quando questa duplice richiesta fa fallire la relazione, il conseguente crollo costringe a ricercare comunque un sostituto d'oggetto e la sostanza ben si presta a questo scopo.

E' pertanto importante che tutti gli operatori coinvolti nella presa in carico siano concordi nel sostenere una nuova posizione che pone al centro il sé anziché l'oggetto.

Tutti gli operatori coinvolti in una cordata volta a delimitare uno spazio per questo Sé embrionale e nel contempo tesa ad introdurre, mimando la funzione paterna, una delimitazione fra il Sé e l'oggetto che appaiono fusi nel genitore unico interiorizzato dal tossicodipendente.

Genitore unico che ciascun operatore può riconoscere dentro di sé allorché assume atteggiamenti di chiusura ed isolamento nei confronti delle altre figure professionali deputate alla cura del tossicodipendente, ponendosi appunto come l'unico, il migliore, senza limiti, né confini, colludendo col genitore unico interno al tossicodipendente.

Chi di noi non è mai caduto in questa trappola sapientemente tesa dai nostri pazienti intessendo i fili delle proiezioni e dell'identificazione proiettiva?

E come uscire da questa trappola se non facendo appello al terzo ?

Terzo come presa di coscienza dei propri limiti. Terzo come realtà esterna con cui confrontarsi. Terzo come spazio interno che permette la costruzione di quella distanza da cui si può vedere e capire.

E ancora terzo reale nel collega, nel supervisore, nel gruppo il cui obiettivo comune è dar vita ad uno spazio psichico di incontro, confronto, mediazione, graduazione, uno spazio di pensiero e di figurazioni, di ascolto e di nominazioni.

Terzo quindi come presa di coscienza dei limiti, quei limiti che soli possono creare uno spazio-contenitore, quei limiti che definiscono posizioni differenti, collocano, individuano, separano, sancendo l'uscita dall'indifferenziazione appiattente che preclude ogni possibilità di relazione.

Terzo quindi con la funzione di introdurre una dimensione altra, differente, diversa, che non si aggiunge semplicemente, ma si integra originando un prodotto qualitativamente diverso: la relazione.

Dal genitore “unico” quindi al genitore “relazionale”, attraverso l'accesso a quella consapevolezza di cui parla Zucca che rende possibile comprendere e utilizzare tutta la gamma di posizioni di cui siamo fatti e non essere più a disposizione dell'una piuttosto che dell'altra.

Genitore relazionale in quanto capace di effettuare una “presa in carico multipla”, concetto questo coniato dal CART per indicare appunto quella particolare attitudine mentale a contemplare, coinvolgere, comprendere il “terzo” che è simbolicamente presente dentro di noi e realmente presente all’esterno.

Il terzo che ci siamo proposti di raggiungere nel nostro viaggio avventuroso che si sostanzia nella tendenza a proporre per i nostri utenti interventi capaci di integrare le diverse risorse, in un lavoro di continuo collegamento e interscambio.

“La cura di queste persone infatti (scrive F. Tagliagambe), ci pone di fronte a un ventaglio di motivazioni, che costituiscono la risposta tossicomana, talmente ampio da richiedere come esigenza imprescindibile una risposta diversificata e capace di integrare risorse diverse. Questo ci costringe a misurarci continuamente con i nostri limiti, a elaborare i vissuti di impotenza, in un intervento sempre a contatto con i rischi di illusioni e delusioni. La nostra capacità di muoverci su questo terreno, la costante ricerca di mantenere il filo relazionale senza colludere, senza contro-reagire, offre al nostro assistito la possibilità di un’identificazione sana, consentendogli di sviluppare un modo di stare insieme del tutto nuovo rispetto alle consuetudini, una possibilità in cui riporre i bisogni di dipendenza, affidandoli questa volta a una prospettiva di sviluppo.”

La clinica non fa che riproporci come gli atteggiamenti di chiusura e isolamento da parte delle figure professionali deputate alla cura del tossicodipendente, producano interventi che nella loro parcellizzazione perdono ogni valenza terapeutica per chi porta con sé come dolorosa esperienza personale la non integrazione “.

Un angolo privilegiato di osservazione di questa dolorosa esperienza di non integrazione è quello che mette a fuoco le modalità relazionali presenti in quelle famiglie in cui papà e mamma si bucano.

In queste situazioni delicatissime e assai complesse, sia per le dinamiche presenti che per l’elevato numero di operatori coinvolti, un modello di intervento integrato ci sembra a maggior ragione elettivo, indispensabile per chi si sta apprestando, con trepidazione e fatica, ad adempiere ad una funzione genitoriale.

Lascio quindi la parola alla collega, che lavorando nelle comunità per nuclei familiari e per ragazze madri, potrà illustrarvi tale angolo di osservazione con quella vivacità e ricchezza di particolari propria di chi è direttamente coinvolto sul campo.

II PARTE

Proverò ad inoltrarmi nel viaggio suggerito dalla collega, viaggio che richiede di dare voce, parola, pensiero a delle esperienze di vita che non sempre trovano la possibilità di tradursi in spazi mentali elaborati, ma che si imprimono nel sentito di queste persone, che si esprimono attraverso dei marchi a segnalare una profonda sofferenza che cerca la possibilità di un accoglimento e di un contenimento.

Questi genitori, quando giungono ad una richiesta di percorso comunitario si confrontano con contenitori, le comunità della Cooperativa di Bessimo, che hanno caratteristiche specifiche.

C’è una comunità che è preposta ad accogliere madri che accedono ad un programma di recupero col loro figlio, mentre le comunità per nuclei familiari accolgono sia coppie, sia coppie con figli.

Si tratta di contenitori e scenari differenti. Nelle comunità per madri il contenitore risulta solo apparentemente maggiormente definito. Lì vi accedono madri con la presenza del figlio, madri che possono però avere un compagno/marito, figli che possono avere un padre. Il padre/compagno, se c'è, può condurre ancora una esistenza ai margini, oppure può trovarsi inserito in un'altra comunità con un percorso che prevede in una seconda fase un ricongiungimento del nucleo familiare.

Il programma non sempre è definito e definibile all'inizio del percorso comunitario. L'esistenza o meno del padre, cambia il panorama esterno ed interno nella relazione madre-bambino.

La figura materna è un contenitore che può portare con sé ansie ed anche rischi. All'operatore è richiesto di fungere da terzo, da genitore relazionale. Non si tratta di un compito facile. Più fortemente, a contatto con queste donne, si è sollecitati all'urgenza, al fare, al muoversi, riducendo così gli spazi di pensiero, di confronto. Come se per il terzo, il "genitore relazionale", fosse difficile un accesso. Come se il terzo fosse in difficoltà a trovare spazio nella fusionalità degli incontri. Terzo compagno, ma non figura genitoriale altra.

Compagno visto come partner che pare non avere a che fare con la madre e il suo cammino, se non suscitare rabbie quando non si muove in merito a delle aspettative.

Terzo, operatore, che può viverci come svalorizzato e impotente oppure sentirsi investito di un ruolo idealizzato onnipotente. Terzo, spazio dentro noi operatori, che se non contemplato, se non nutrito ed aiutato a crescere, porta ad appiattirci in una dimensione senza prospettive, senza profondità, confusi nel qui ed ora, nel tutto e subito, nel fare e nel bastarsi.

E' molto facile colludere con la parte del genitore unico. Non è casuale che tale comunità che accoglie madri con figli venga tuttora comunemente chiamata comunità per ragazze madri, termine non più in uso nella lingua italiana e non definente tutte le realtà delle persone inserite.

A differenza della comunità per madri con figli, quelle per nuclei familiari costituiscono un contenitore maggiormente definito, anche se un figlio può non esserci. Il programma risulta più chiaro sin dall'inizio. La maggiore definitezza è data dalla presenza di entrambi i partner che si accingono ad intraprendere questo percorso che li vede spazialmente e temporalmente insieme. Coppia che esprime il desiderio di stare insieme, arricchita talvolta dalla presenza di figli. Coppia che tuttavia non prescinde dalle difficoltà di aprirsi all'altro, che è due, ma che può essere uno nella fusionalità della relazione. Coppia che allora esclude o confonde, alleandosi e autogenerandosi nella coazione a ripetere. Coppia chiusa nell'autocura, dove un partner è il genitore dell'altro. Coppia che nella complessità e pluralità dei suoi elementi può portare a separare le parti e a tenerle isolate.

Anche qui, come operatori, ci è richiesto lo spazio del genitore relazionale, che affilia a sé tutte le parti. Anche se tale compito può apparire più semplice per la presenza reale dei componenti del nucleo, in realtà non è scevro da insidie, da trabocchetti volti a mantenere invariate, immobili ed immutabili le cose e le relazioni, a cristallizzare le simbiosi nella atemporalità.

L'intervento psicologico entra nel lavoro delle comunità come altra parte, altra parte che porta con sé un punto di vista diverso. Parte che, proprio perché si occupa delle medesime persone, non rimane immune dai rischi e dai pericoli della genitorialità unica, ma che porta con sé la possibilità di fermarsi a pensare, di elaborare quello che avviene e che è vissuto.

Si inserisce nelle comunità all'interno di un programma di percorso educativo.

Parte dal presupposto che il tossicodipendente, proprio per la problematica relazionale che porta con sé, richiede una specificità e pluralità di competenze, uscendo dalla logica del bastarsi, dell'onnipotenza, vivendo la propria limitatezza come spinta evolutiva alla condivisione ed integrazione.

Il lavoro psicologico nelle comunità tiene dunque in considerazione, inserendosi all'interno di una progettualità scandita dal tempo del percorso comunitario, di un tempo di intervento definito, della presenza di un contenitore più o meno stabile, della collaborazione con le altre figure.

La specificità delle comunità e degli utenti accolti ha portato alla implementazione di una metodologia differenziata ed articolata secondo la presenza del singolo o della coppia, proprio per i diversi livelli (la persona, la coppia, i genitori) e le differenti dinamiche che li caratterizzano.

L'obiettivo, in queste persone spesso affrante da una storia drammatica e sconfinata in una disorganizzazione fisica e mentale talvolta molto grave, è di ricercare quegli spazi generativi e di vitalità sopravvissuti e attivi a fianco di quelli mortiferi. Significa avvicinarsi a queste persone attraverso una presa in carico emotiva, facendo loro sentire una vicinanza reale ed autenticamente empatica, fornendo una disponibilità mentale che permetta di intraprendere insieme un cammino verso la scoperta delle proprie ricchezze ma anche dei propri limiti. Cammino che può essere intrapreso se parte dalla condivisione con la persona di uno spazio che Carla Rosselli chiama di "illusione consapevole", spazio che parte dall'accoglimento dell'illusione dell'onnipotenza con la consapevolezza dell'operatore che "il momento della disillusione è necessario ed indispensabile", attraverso un graduale richiamo al nascente esame di realtà.

Si propone come spazio che accoglie il mondo interno della persona e crea la possibilità di attraversare insieme qualcosa. Il che significa inserirsi nel passaggio che porta a vivere l'indifferenziazione per ritrovarsi in una nuova individuazione.

C'è un passaggio necessario, prima biologico poi psichico, da figlio a genitore. Queste persone si vivono come inadeguate a tutti i livelli: come persone, come donne e uomini, come genitori. Ma laddove una esperienza come figlio ha portato con sé qualcosa di buono, questo qualcosa è recuperabile dentro di sé. E' dunque necessario riattraversare un essere stato figlio per potersi identificare anche in un ruolo genitoriale nuovo e più sano.

Risulta importante guardare allo spazio interno che questi genitori hanno per questo figlio, all'investimento relazionale possibile. Vi sono dei genitori che non hanno dentro questo sé questo spazio, figlio che se non è visivamente presente è dimenticato, che non può essere ascoltato per i suoi bisogni, nella sua diversità.

Genitori che possono rapportarsi unicamente a delle parti adulte, in difficoltà ad identificarsi con le parti piccole e bisognose. Vi sono genitori che non parlano spontaneamente del figlio, vincolati ed intrappolati in un ruolo di figli inadeguati.

Dina ha un figlio che sin dalla nascita ha avuto difficoltà, anche di ordine neurologico. Non lo voleva un figlio. Dina ha dei genitori che vanno a trovarla per vedere il nipote, non lei, la figlia sbagliata. Ha iniziato ad amare il figlio in ospedale, nella forzata permanenza di quest'ultimo. Si sente molto cattiva di non averlo voluto. Ora lo vorrebbe tutto per sé, tanto da parlarne poco e a sottovoce, tanto da non volerlo condividere con il compagno che lo ha riconosciuto come figlio, ma che darebbe allo stesso modo ad altri perché non si sente una buona madre.

E' al genitore che il progetto sperimentale in corso in queste comunità ha iniziato a rivolgere il proprio interesse, nella prospettiva di poter integrare i diversi livelli. Progetto che coinvolge diverse figure professionali, con competenze specifiche. Genitore che ha con sé un figlio che nel passato, per coloro che si occupavano di queste persone, costituiva una appendice dell'adulto. Figlio alla quale la Cooperativa di Bessimo aveva iniziato precorrendo i tempi a dare uno spazio concreto, e che ora si sta apprestando a fornirgli uno spazio anche mentale. Anche se dei passaggi devono essere ancora compiuti. Dal singolo, al genitore, e nell'itinerario possibile, al genitore in relazione col proprio figlio. Rimane, infatti, un interrogativo per queste prese in carico: a chi si rivolgono, all'adulto o al nucleo familiare?

Mi viene da pensare allo spazio dove conduco il gruppo di madri, spazio condiviso con le educatrici all'infanzia, spazio che contiene anche materiale di lavoro e gioco con i bambini. Recentemente mi è stato possibile significare quanto anche questi bambini che accompagnano le mamme possano avere bisogno di essere aiutati, di avere uno spazio per loro. Le educatrici all'infanzia mi sono state molto d'aiuto. In quella occasione specifica, entrata nella stanza mi erano apparsi dei tricicli posti nel bel mezzo, proprio dove vengono disposte le sedie per il gruppo di sostegno terapeutico delle mamme. Non è un messaggio chiaro da parte di queste persone che si occupano giornalmente insieme alle madri di accudire questi bambini?

Tante figure diverse all'interno delle comunità, ciascuna con proprie competenze, tante figure esterne alla comunità, con altrettante competenze. Queste prese in carico infatti coinvolgono più servizi: il Tribunale per i Minorenni, il Servizio Sociale, il o i SERT, la o le comunità. Appare frequentemente come questi differenti servizi siano divisi tra loro: c'è chi vede solo il minore, c'è chi vede solo il genitore. E' difficile tenere insieme le cose: stare col bambino? Stare col genitore? Talvolta si osservano lotte tra i diversi operatori, prese di posizione che tengono in conto solo delle parti. Quasi come se ci si proponesse come un genitore unico che può affiliare a sé solo una parte.

E all'utente non può che ritornare un'immagine di sé frammentata, scissa, immagine che non immette nulla di nuovo al suo esperire.

Le comunità per madri e per nuclei familiari si caratterizzano per minori interruzioni di programma. La presenza del figlio pare essere una variabile che fornisce una maggiore stabilità ad un programma di recupero della persona.

Il bambino è un contenitore?

Non lo è di per sé, ma se riflettiamo in merito al fatto che queste persone sono alla ricerca disperata di una identità, un figlio fornisce un'identità sociale di genitore. Inoltre, non sono rare le situazioni in cui il figlio viene a costituirsi, pur nella esiguità del suo essere, come l'appoggio esterno di cui il genitore con una problematica dipendenza abbisogna. Viene da pensare a queste persone che nella maggior parte dei casi sono risultate precocemente adultizzate, figlie di genitori che a loro volta hanno fatto i genitori ai loro genitori. Ed anche qui, nelle situazioni di cui oggi ci facciamo carico, assistiamo al rischio che si perpetui questo scambio di ruoli, che il figlio salti le tappe di crescita non potendo maturare un divenire grande, mimando a sua volta un ruolo privo di contenuti.

Francesca ha chiesto spontaneamente un ingresso in comunità con la figlia perché ad un certo punto non si è più sentita in grado di poterla accudire in modo adeguato. Ha potuto sentire dentro sé la necessità di un aiuto quando si è trovata nella situazione di avere bisogno e trovare prontamente una risposta da parte della figlia, piccina piccina. Una consapevolezza del dopo, un "après coup" che le ha permesso di cogliere il ripetersi di una esperienza da lei già vissuta, lei figlia precocemente occupata e preoccupata ad aiutare i propri genitori.

Se guardiamo dalla parte dell'adulto, osserviamo che si tratta per lui di una esperienza di dipendenza più sana, di una relazione con un oggetto animato che immette qualcosa di vitale a differenza della sostanza. Se guardiamo dalla parte del bambino, riconosciamo in lui il bisogno di crescere seguendo delle tappe maturative di dipendenza gradualmente ed arricchenti un divenire grande. Allontanare un figlio dai propri genitori talvolta può essere deleterio non solo per il genitore, ma anche per il figlio che si pensava ingenuamente in questo modo di salvaguardare. Anche lasciare un figlio in balia di genitori fortemente sofferenti, per partito preso che un figlio deve stare con i propri genitori naturali, può essere altrettanto deleterio.

Solo se queste due parti, quella dell'adulto e quella del bambino, sono osservate all'interno della loro relazione, solo se non si affilia a sé solo una parte, possono essere compresi e tutelati i bisogni di entrambi.

Ci sembra che queste persone, sia che entrino in comunità dietro prescrizione del Tribunale per i Minorenni, sia che la richiesta di aiuto nasca in maniera spontanea, ciò che le muove verso una direzione di una presa in carico di sé avviene attraverso una presa in carico del proprio figlio. Se queste mamme, questi genitori, nella loro problematica relazionale non hanno potuto affrontare una loro crescita di separazione ed individuazione, non sentono e riconoscono dentro sé il figlio come parte separata e diversa dal sé. Perdere il figlio è perdere una parte di sé, una parte però che è speciale perché immette qualcosa di nuovo, qualcosa di diverso dal passato: dal non avere bisogno, all'aver bisogno di aiuto. Non solo. Il figlio riattiva il loro essere stati figli. Sul figlio è proiettata la loro parte in difficoltà. E' per il figlio che chiedono aiuto. Non hanno loro parti piccole, bisognose, ma per i figli chiedono aiuto come genitori. In una posizione in un certo modo garante, almeno formalmente come ruolo, un essere grandi. Nell'arroccamento difensivo narcisistico che li caratterizza, il figlio sembra fare intravedere diverse e nuove possibilità di investimento. Inizialmente questi genitori chiedono aiuto per i figli, non per loro stessi. Non consapevolmente l'aiuto che richiedono per il figlio è un aiuto che richiedono per sé. Tale consapevolezza è il frutto di un lavoro introspettivo che conduce piano piano queste persone a riportare a sé difficoltà negate in sé e proiettate nell'altro.

Ma perché queste persone fanno dei figli?

E' una domanda lecita se si guarda solo alla parte distruttiva, mortifera. Fare un figlio significa dare alla vita, generare qualcosa, generare che fa intravedere la possibilità di una nuova nascita, un rigenerarsi. Fare un figlio è come se fosse l'unica possibilità di recuperare i bisogni emotivi-affettivi della loro parte bambina. Fare un figlio è come rendere concreta la parte piccola che ha bisogno di cure. E' come se potessero intraprendere la possibilità di curarsi attraverso il curare, attraverso la cura di qualcun altro: dal fuori per arrivare al dentro.

Fare un figlio corrisponde potenzialmente ad una evoluzione rispetto alla possibilità di occuparsi dei propri genitori. E' un movimento agito che porta con sé anche una parte sana, un passo avanti rispetto al ribaltamento generazionale che spesso si osserva nelle famiglie dei tossicodipendenti. Clara è entrata in comunità con il marito e i due figli. Per i genitori, ma anche per se stessa, lei accompagnava il marito tossicodipendente.

La vicinanza discreta degli operatori le ha permesso di riconoscere dentro sé un bisogno di aiuto, richiedendo di accedere ad un percorso per sé con i figli nel momento in cui il marito se ne è andato dalla comunità.

Tuttora, dice Clara che fa fatica a prendere in carico le proprie parti sofferenti, la madre la chiama dicendole di fare presto che hanno bisogno di lei. O ancora Gloria che riceve lunghe telefonate dalla propria madre, socia in una attività, che le riporta come le cose stiano procedendo catastroficamente, come non ce la faccia più.

Certo che questa tipologia di utenti presenta una caratteristica particolare che dà loro una forza maggiore ed una spinta nuova: arrivano in comunità con un e a partire da un investimento dell'altro.

Dice Cancrini “ Il tossicodipendente è una persona che non solo non è irrecuperabile, ma che in qualche modo è come se fosse sempre in attesa di qualche evento che gli consenta di trovare nuovi equilibri. La nascita di un bimbo può essere per la madre e per la coppia uno di questi eventi.”.

Ripensando all'interrogativo sul perché queste persone fanno dei figli, viene da chiedersi allora anche perché investono in una coppia. Forse anche l'incontro di coppia è uno degli eventi che può rimettere in gioco degli equilibri, che può costituire l'incontro felice.

Entrambe le situazioni costituiscono un punto di forza, una risorsa, uno stimolo, una speranza per sé al presente e al futuro. In entrambe è presente la nascita di qualcosa che pare dare

una prospettiva più ampia. Queste persone stanno provando a muoversi in una dimensione diversa, potenzialmente relazionale, creativa. Stanno provandosi a superare “l’autismo artificiale” di cui parla Zucca Alessandrelli per aprirsi ad una dimensione relazionale.

Cogliamo in loro il desiderio, anche se la paura si presenta a tinte forti, di essere creativi.

Anna ha avuto tre figli. Solo come madre ha potuto accedere ad una richiesta di aiuto, attraverso il contenitore datole dal Tribunale per i Minorenni. Anna con difese molto rigide e con queste tenere creazioni. Anna ora ha con sé l’ultimo figlio. Solo quando è stata riconosciuta con una sua famiglia ha potuto farsi carico di sé, persona, donna e madre. Dopo un percorso individuale le è stato affidato il figlio. Ora sta provandosi insieme anche al marito. Sarà per lei un cammino molto faticoso.

Anche il gruppo di sostegno terapeutico, strumento di lavoro privilegiato dalla Cooperativa di Bessimo in accordo con il Servizio di Psicologia, si pone come terza via: aiuta a creare un’altra possibilità attraverso l’incontro pluri-relazionale. Ciascuno nel gruppo mette qualcosa di suo e il prodotto è qualcosa di nuovo.

E’ diverso dagli altri incontri di gruppo perché non è legato al fare, alla operatività. Si costituisce come spazio mentale.

Ci si muove in questo tipo di gruppo attraverso le associazioni libere, favorendo la possibilità di accedere ad un livello simbolico all’interno del quale è possibile l’espressione e l’elaborazione delle emozioni. Si pone come spazio diverso, uno spazio mentale dove entra la possibilità di una nuova dimensione, legata alla comprensione e all’ascolto.

Il gruppo non ha una consegna. Lo spazio del gruppo è uno spazio da inventare, da creare, da ricreare. E’ uno spazio insaturo che permette mobilità, movimento del pensiero, diverso dal farsi, dal riempire della sostanza che crea saturazione. Il gruppo è la rappresentazione simbolica delle varie parti del mondo interno che possono essere messe in relazione. Il gruppo è la rappresentazione della gruppalità emotiva nel senso dell’arcobaleno delle emozioni, poiché col gruppo si recupera lo spettro emozionale intero.

In una seduta di gruppo di madri, seduta ripresa a livelli diversi di simbolizzazione nel susseguirsi del lavoro terapeutico, i temi avevano riguardato il sentimento di confusione nel trovarsi con l’altro, il bisogno di dominarlo, padre-compagno, di negarlo come altro da sé. Riconoscendo, seppur molto amaramente, la propria impotenza, il gruppo aveva poi portato la sua parte bulimica-anoressica, associando l’utilizzo del cibo e della sostanza come risposta al bisogno di viveri onnipotenti.

Ritorna, come in un susseguirsi di cicli sempre più evoluti, il considerare che delle tappe devono essere percorse: dall’indifferenziazione, alla scissione, all’integrazione. Tappe che richiamano il percorso individuale interno di crescita di ciascuno. Tappe che richiedono di attraversare ed elaborare il dolore della separazione, sentimenti di rabbia, di competizione, di invidia. E’ importante essere insieme con qualcuno, non sentirsi soli ad affrontare tutto.

Termino qui la mia parte, anche se tanti pensieri, mentre scrivevo questa relazione, mi venivano incessantemente alla mente. Mi sono così trovata a confrontarmi con il limite del tempo dell’esposizione e quello dato dalla necessità di elaborarli ancora, anche con il mio gruppo, il gruppo degli psicologi della Cooperativa di Bessimo. Elaborazioni che potrebbero costituire lo spunto per immaginare ulteriori incontri di scambio, anche con coloro i quali oggi, pur occupandosi di queste persone, si sono prestati all’ascolto.

BIBLIOGRAFIA

Botticchio E., “Riflessioni sull’esperienza di presa in carico di madri tossicodipendenti inserite in comunità con i propri figli”, presentato al convegno : Giornate di studio sulla tossicodipendenza in Sicilia, Palermo, 22/23 maggio 1998.

Cancrini L., “Quei temerari sulle macchine volanti. Studio sulle terapie dei tossicomani”, Urbino, NIS, 1982.

Cancrini L., “Il lavoro psicoterapeutico con le madri tossicodipendenti: gravidanza, puerperio, crescita e accudimento dei figli”, presentato al convegno : Giornate di studio sulla tossicodipendenza in Sicilia, Palermo, 22/23 maggio 1998.

Corbella S., “La terapia di gruppo”, in Trattato di psicoanalisi, a cura di A.Semi, vol.I Teoria e tecnica, Milano, Raffaello Cortina, 1988.

Corbella S., “Momenti di individuazione nel gruppo”, in Gli Argonauti, n.18, 1983.

Mariotto D., “Il mondo interno del tossicodipendente: alcune considerazioni”, in Gli Argonauti, n.77, 1998.

Olievenstein C., “L’infanzia del tossicomane”, in Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria, n.42, 201-227, 1981.

Parodi A., “Tossicodipendenza e comunità terapeutiche in un’ottica sistemica”, in Terapia Familiare, n.23, marzo 1987.

Rosselli C., “I primi colloqui con il giovane tossicodipendente”, in : Il primo colloquio con l’adolescente, a cura di Telleschi R., Torre G., Cortina.

Tagliagambe F., “La psicoanalisi nella cura delle tossicodipendenze”, in : I nuovi pazienti della psicoanalisi, AA.VV., Milano, Franco Angeli, 1993.

Tagliagambe F., “Il cambiamento nella tossicomania”, in Gli Argonauti, Milano, settembre 1987.

Toscani I., “Tossicodipendenza o desiderio di autogenesi? La richiesta di terapia come ricerca di un genitore sociale”, in Terapia Familiare, n.27, luglio 1988.

Zucca Alessandrelli C., “La tossicomania come fenomeno sociale”, in Gli Argonauti, Milano, giugno 1980.

Zucca Alessandrelli C., “La malattia della differenza: l’indifferenza”, in Gli Argonauti, marzo 1982.

Zucca Alessandrelli C., “Relazione analitica e tossicodipendenza: la modulazione del setting”, Gli Argonauti, n.18, 1983.

Zucca Alessandrelli C., “ Il marchio”, in Gli Argonauti, Milano, settembre 1995.

Zucca Alessandrelli C., “La realtà come funzione ricostruttiva della dipendenza malata”, in Gli Argonauti, Milano, dicembre 1996.

Zucca Alessandrelli C., “Gruppi terapeutici per pazienti tossicodipendenti”, presentato al workshop del convegno internazionale APG-COIRAG sui gruppi terapeutici, Milano, 17-18-19 maggio 1996.

Zucca Alessandrelli C., “Come per magia. La ripresa delle funzioni”, in Gli Argonauti, n.79, 1998.

LE COPPIE DI TOSSICODIPENDENTI: PROBLEMI E RISORSE

di **Leopoldo Grosso**
Psicologo del Gruppo Abele di Torino

Introduzione

La Comunità "Cascina Abele" di Murisengo

La comunità di Murisengo "Cascina Abele" lavora sul progetto "coppie" dal 1989.

All'epoca la proposta di intervento per quanto riguarda le coppie tossicodipendenti e i loro figli era la separazione multipla (la coppia veniva separata in due differenti c.ta e gli eventuali figli affidati in famiglia o ad una comunità per minori). Con questi presupposti molte coppie tossicodipendenti facevano la scelta di non rivolgersi ai servizi, e quindi di rinunciare al trattamento.

Il presupposto di tale indicazione operativa era, ed è ancora molto in uso, che una coppia di tossicodipendenti non possa che colludere nel rinforzo reciproco della dipendenza.

La scelta del "progetto coppie" è stata la sperimentazione inversa di questo presupposto, così abbiamo iniziato ad accogliere da subito la coppia unita, sperimentando quello che da ormai tanti anni è il nostro "progetto educativo".

Il progetto educativo, messo a punto nel 1989, è il nostro strumento di lavoro, traccia le linee generali dell'intervento della nostra comunità, è ovvio però che ogni coppia, che ogni famiglia, per la sua storia, per le sue esperienze, per le sue risorse o non risorse ha un progetto personalizzato, che viene ipotizzato all'inizio del percorso, ma viene costantemente messo a punto durante il trattamento in un lavoro di ricerca e di somma di esperienze elaborate, rivisitate, verificate con gli operatori della comunità, con i servizi invianti con gli operatori dell'accoglienza Gruppo Abele. e soprattutto con la coppia che viene investita attivamente in quello che era il "suo" progetto.

L'intervento della comunità verte su tre finalità:

1. il contenimento all'uso e abuso della sostanza e lavoro sulla persona;
2. la verifica della capacità, o meno, di mantenersi coppia in assenza della sostanza;
3. la verifica, valorizzazione, costruzione delle capacità genitoriali;

Su queste tre aree si lavora in maniera trasversale e costante utilizzando i gruppi (gruppo comunità, gruppo coppie, gruppo genitorialità), i colloqui individuali o di coppia, le attività di lavoro, il quotidiano.

Vogliamo portarvi alcuni dati dell'esperienza di questi anni. Dal 1989 al 1997 si sono susseguiti 10 gruppi di persone tossicodipendenti per un totale di 190 prese in carico così suddivise:

- 69 coppie ~> 36 coppie con figli, 33 senza figli di cui 11 gravidanze
 - 4 ragazze con figli
 - 34 bambini
- 14 singoli in microcomunità

ALCUNE TIPOLOGIE DELLA COPPIA

Dall'esperienza di questi anni in comunità per coppie, sembrano prevalere quattro configurazioni tipo che esprimono una peculiarità di dinamiche interne alle coppie e nelle modalità in cui esse si pongono verso l'esterno.

a) La coppia "Bonnie e Clyde"

Si sono conosciuti in piazza, o si sono fiutati e riconosciuti come tossicodipendenti. Ognuno ha cominciato a farsi per conto proprio e la coppia unifica le competenze rispetto alle modalità di procurarsi il denaro indispensabile al consumo ed all'abuso. Si instaura una complicità perfetta nella trasgressione: nella divisione del lavoro "sporco" in cui ciascuno svolge la propria parte, ma soprattutto nell'identificazione narcisistica rispetto all'impresa" comune. E' come se l'atto trasgressivo, preparatorio per l'acquisizione della sostanza, venisse fortemente erotizzato, fungendo da lungo preliminare" ad un orgasmo sostitutivo dal consumo comune con tanto di scambio di siringa. La coppia si riconosce, si specchia e si potenzia, si eccita nelle emozioni correlate all'atto preparatorio, ed in esso si chiude bastando a se stessa e si consuma. Lei non si prostituisce e lui non la prostituisce.

I rischi relativi all'atto preparatorio devono portare al picco delle emozioni, ma soprattutto alla sensazione "vincente" della coppia, all'esaltazione del proprio senso di potenza. I rischi pertanto saranno proporzionalmente alti, ma soprattutto non devono comportare costi che macchino il senso di onnipotenza della coppia, la loro complicità su un atto trasgressivo condiviso insieme e non contempla ombre ai loro occhi.

In comunità l'impresa comune è farcela. Sono arrivati a questa scelta perché col tempo tutto non poteva filare liscio, qualcosa è andato storto e qualche macchia e qualche ombra è inevitabilmente giunta a contaminare la solarità autopercepita del loro rapporto.

Vengono trasferite in positivo energie, entusiasmi e rispecchiamenti prima giocati in negativo. Nel momento in cui il percorso in comunità assume connotazioni ordinarie, emerge il bisogno della coppia di mettersi in evidenza comunque rispetto allo staff e agli altri compagni di viaggio: o nella trasgressione in comunità o nell'assumersi iniziative ed originalità di comportamenti ed una creatività insieme.

L'incognita è rappresentata dall'intesa e dalla soddisfazione sessuale. Un'alta attività sessuale può progressivamente sostituire il godimento nella coppia portato dalla sostanza. Oppure la problematica può essere rimossa, accontentandosi di una vita sessuale povera o addirittura assente. La coppia può assestarsi (pericolosamente) su questa rimozione soprattutto se trova una adeguata compensazione e valorizzazione sul "fare".

b) La coppia "lo ti salverò"

Tendenzialmente lui tossicodipendente e lei no (per rappresentare la prevalenza statistica). Si conoscono e lei può sapere o non sapere che lui è "tossico". Non ha importanza perché, se lei lo apprende successivamente, nulla cambia nel rapporto. Per un periodo protratto e significativo, lei è convinta di sconfiggere la dipendenza di lui. Si sente competitiva nei confronti dell'eroina. Quando l'esperienza e le vicende amare le confermeranno il contrario, la competizione perdente con l'eroina assume la caratterizzazione della gelosia. Ma rispetto ad un'altra donna la competizione con l'eroina ha un vantaggio: la si può condividere, la si può incorporare.

Se l'eroina si mette in mezzo tra me e lui e ci si separa, mi faccio anch'io, così il rapporto illude d'essere veramente pieno, simbiotico, possessivo. E' evidente che la dipendenza primaria è dal rapporto e la dipendenza secondaria dall'eroina. Lui è tendenzialmente complementare. Accettata passivamente la disponibilità e la possessività di lei come equivalente e sostituzione di una relazione materna. Il comportamento opportunistico e sfruttatore trova un incontro perfetto

nell'oblatività sacrificale di lei che prima non cede alle umiliazioni imposte dal tradimento con l'eroina e poi, dopo che l'ha condivisa, si presta anche a pratiche di sesso mercenario pur di accontentare il partner e "salvare" il rapporto.

In comunità, in assenza delle sostanze, si riproduce nella ordinarietà delle situazioni la dinamica sfruttamento/oblatività. In assenza dell'armonizzatore eroina, il rapporto può apparire anche brutale e crudele, senza neanche la possibilità di giustificazione e di razionalizzazione consentite dall'uso di sostanze "è così perché si fa" e per di più nell'impossibilità di mimetizzare il rapporto in un contesto comunitario di massima pubblicizzazione.

Le vicissitudini della coppia si prestano a tre possibili esiti, due più probabili ed uno meno probabile. Quello meno probabile è che lui acquisti consapevolezza della natura del rapporto, s'accorga di tenere a lei al di là dell'opportunismo e delle comodità contingenti e si sforzi di rendere il rapporto più paritario. Gli esiti più probabili sono, invece, o la crescita nella consapevolezza e nella capacità di essere meno sacrificale e schiacciata sul rapporto da parte di lei (in grado di obbligare lui a modificarsi, ma più spesso motore della rottura del rapporto) oppure nella ricaduta di entrambi che consente di reggere ed anestetizzare le contraddizioni di un rapporto altrimenti insostenibile.

c) La coppia "Amo il mio pusher".

Il desiderio di procurarsi la sostanza, la necessità dell'eroina è il principale movente nella scelta del partner. La dipendenza della sostanza gioca un ruolo primario, l'individualizzazione del compagno è strumentale. La "donna" del pusher è un ruolo comodo e di potere: suscita invidie. Non c'è bisogno più di tanto di "sbattersi" per procurarsi la sostanza. L'unico problema è non esagerare il consumo, non lasciarsi andare in modalità incontrollate che metterebbero in difficoltà e farebbero "fare brutta figura" al pusher. Il pusher, d'altra parte, controlla l'entità e la frequenza delle dosi, usa la compagna per "provare" le nuove partite e per decidere i tagli necessari. Il tutto, comunque, rimane sempre sotto il suo controllo, la cui capacità (di controllo e di autocontrollo) è, d'altra parte, il requisito della sua affidabilità per l'organizzazione. Anche quando il pusher "si fa", ciò avviene con misura, con uso tendenziale di cocaina, anziché eroina, senza comunque l'uso della siringa.

Le frequenti difficoltà sessuali di lei, che si esprimono, nelle forme più blande, nella mancanza o debolezza di desiderio, sono superate con l'aiuto della sostanza.

L'assunzione consente la disponibilità al rapporto, il superamento del "blocco", la disinibizione necessaria, in modo da consentire l'adattamento alle esigenze del partner.

Il "contrasto" diventa in questo modo perfetto e l'unica situazione che può mettere in crisi la coppia è la mancanza di sostanza stupefacente o l'arresto del pusher conseguentemente agli interventi delle forze dell'ordine o alle lotte tra diverse organizzazioni.

d) La coppia "Fratello e sorella".

La coppia, in genere di lunga durata, ha trovato un adattamento con l'uso della sostanza. Il rapporto è spesso paritario, c'è una "buona" divisione dei compiti, anche nelle modalità di acquisizione degli stupefacenti.

Tranne periodi, la coppia riesce a fare un uso controllato delle sostanze, per cui il consumo è reso compatibile con i loro ruoli sociali: il lavoro, la famiglia (spesso hanno figli e portano avanti responsabilità genitoriali), le relazioni con i rispettivi genitori.

L'immagine sociale della coppia e dei singoli non viene compromessa; non c'è vita di piazza, ma un contatto con lo spaccio più privato, discreto, essenziale. Per l'esterno è come se non stesse succedendo niente di particolare e grave ed alla "manutenzione" di questa impressione la coppia dedica molte energie. Il reddito di lavoro, aiuti economici dai familiari variamente giustificati in

virtù dei nipoti, altre entrate di "confine" tra attività illegali e legali, consentono il consumo quasi quotidiano.

L'uso della sostanza consente di non radicalizzare e di evitare il confronto con i problemi di coppia, che spesso hanno una ricaduta nello scambio sessuale e che vengono così mascherati, protratti, rimossi. La coppia non è identificata nella dipendenza; ha bisogno dell'eroina, ma non ne fa la ragione di vita. Permangono gli altri investimenti: il lavoro, i figli, alcuni amici. L'eroina è funzionale al loro modo di vivere, che d'altra parte non ne puoi fare a meno. La coppia è, in genere, fortemente solidale, sia nel consumo che nella preoccupazione di mantenere formalmente tutte e cose a posto. La vita di coppia è disinvestita di eroticità che o è assorbita dal consumo di sostanze stupefacenti o da esso rivitalizzata. Prevale un atteggiamento che appoggia sulle sicurezze della lunga consuetudine e conoscenza reciproca, delle abitudini acquisite e consolidate nel tempo, dell'intesa di coppia costruita nel tempo e che costituisce per entrambi un pilastro importante nella loro identità. La coppia può andare in crisi in due situazioni specifiche:

- a) la perdita della compatibilità, quando uno dei due od entrambi non riescono più a controllare la frequenza d'uso della sostanza e non riescono a fermarsi, a "rientrare" nel regime della propria "normalità", della vita di sempre;
- b) il venir meno delle possibilità di acquisto con reddito legale, che esporrebbe la coppia a rischiare, ad uscire allo scoperto per procurarsi il denaro necessario alla propria dipendenza.

VALUTAZIONI

Non abbiamo pressochè avuto abbandoni, (solo il 5%). Le coppie rimangono in comunità. Riteniamo che questo avvenga per ben quattro motivi:

- a) lasciare la comunità significa confrontarsi prima col proprio partner, il passaggio alla parola, al verbalizzare una difficoltà è comunque un passaggio di rivisitazione della situazione giudicata insostenibile, una occasione per elaborare la propria storia, le proprie responsabilità. Diventa così un momento per riscegliere la comunità;
- b) la presenza dei figli, soprattutto se sotto osservazione del Tribunale dei Minori rappresenta un fattore rilevante di responsabilizzazione;
- c) l'individuazione dei trattamenti e quindi la possibilità di centrare gli interventi personalizzandoli "leggendo" il qui ed ora;
- d) i pochi posti disponibili e quindi "una selezione" d'ingresso rispetto all'intenzionalità o meno di investire sulla propria coppia-famiglia fa sì che le coppie accolte siano sufficientemente preparate.

Per quanto riguarda la valutazione sulla ridefinizione del rapporto di coppia il 61% delle coppie si sono riconfermate mentre il 39% si sono separate (11% separazioni in c.tà, 14 % dopo 1 anno dal trattamento, 14% separazioni intermittenti).

Sulla remissione d'uso di sostanze dopo il percorso comunitario rileviamo che il 37% delle coppie prese in carico ha mantenuto lo stato di remissione dalle dimissioni della comunità, il 13% ha avuto una ricaduta momentanea dopo il trattamento ed ora è in remissione permanente per un totale di 50% in remissione stabile; un 18 % remissione stabile solo di uno dei partner e quindi ricaduta dell'altro (quasi sempre separazione); e il 32% di ricaduta. Questa verifica è stata fatta sulla considerazione di 8 gruppi coppie, quindi ad una distanza minima dal trattamento di due anni. Il 9° gruppo è stato da pochi mesi dimesso e ora è in corso il 10°.

La situazione per quanto riguarda i bambini è più delicata: i bambini seguiti dall'equipe della cascina sono praticamente 68 di cui 34 inseriti in comunità con i genitori e 34 seguiti a "distanza"

per motivi di affido familiare o extrafamiliare. Qui la valutazione coinvolge più servizi e il Tribunale per i minorenni con una particolare attenzione al contesto globale che gira intorno al minore tanto da tutelarne il più possibile nella sua crescita.

All'ingresso in comunità i figli affidati alla coppia genitoriale erano 25: durante la comunità 9 bambini sono rientrati in famiglia altri, 11 (per fallimenti familiari) sono rimasti in affidamento.

Alcuni dati sulla Comunità "Cascina Abele" di Murisengo

Equipe n. 11 operatori di cui:

- 1 responsabile (orario diurno)
- 4 tecnici-educativi (2 agricoltura, 1 laboratorio cucito, 1 amministrativo) (orario diurno)
- 1 educatrice nido (orario diurno)
- 5 educatori (turni sulle 24 ore)

Anzianità dell'equipe:

- Il 64% (n.7) degli operatori lavora insieme da più di 5 anni (4 dall'inizio del servizio);
- Il 18% (n.2) da circa due anni;
- Il 18% (n.2) da meno di un anno (parte su cui c'è tour-over);

L'equipe è referente dei progetti:

- a) Progetto coppie: accoglienza residenziale di coppie tossicodipendenti e i loro figli;
- b) Progetto bimbi - gestione nido - formazione genitori - attività di sensibilizzazione sul problema dei minori
- c) Laboratorio "la cascina" - laboratorio di formazione lavoro;
- d) Progetto "EquAzione" - in collaborazione con altre agenzie territoriali promozione e vendita prodotti provenienti da progetti – sensibilizzazione;
- e) Progetto "microcomunità - 2 alloggi per accoglienze sperimentali per singoli
- f) Allevamento Bovini - attività interna di formazione lavoro e produzione carne;
- g) Coop. Creatività - attività di lavoro, reinserimenti.

Le accoglienze

- Comunità per coppie: 8 coppie + 5 bambini
- Microcomunità: 4 ragazze + 3 bambini - 4 ragazzi
- Progetto EquAzione: 1 borsa lavoro
- Coop. Creatività: 2 borse lavoro

IL FIGLIO DI GENITORI TOSSICODIPENDENTI: INDICAZIONI PER L'INTERVENTO POSSIBILE

dott. Gianni Cambiaso

**(Psicologo Terapeuta del Centro per il Bambino Maltrattato
e la cura della crisi familiare di Milano)**

Leggevo recentemente i dati di una ricerca fatta in Olanda (Leenders, 1997) secondo cui il 25% di tossicodipendenti da droghe pesanti ha o ha avuto uno o più bambini di cui prendersi cura. Chi si occupa di problemi di tossicodipendenza sarà chiamato ad occuparsi sempre di più di questo aspetto: gli effetti della tossicodipendenza sulla genitorialità. Nel mio lavoro clinico, utilizzo molto i genogrammi e ultimamente me ne sono capitati due in cui la nonna è (o era) tossicodipendente: una nonna morta di AIDS e una tossicodipendente ancora attiva con una figlia a sua volta tossicodipendente. Si tratta di due situazioni raccolte in un contesto di consultazione in un servizio per adolescenti.

Il fatto che un tossicodipendente sia anche un genitore, però, anziché essere vissuto dall'operatore come un problema aggiuntivo ed una complicazione può rappresentare, in realtà, uno strumento di aggancio e presa in carico (cfr. S. Cirillo, 1996, 1997a). Vale a dire che la genitorialità invece di trasformarsi in un problema può essere considerata dall'operatore come una possibile risorsa: in fondo il tossicodipendente come altri pazienti dell'area psichiatrica o alcolisti può essere rappresentato come uno che procede continuando a guardare indietro, con la mente cioè confusamente occupata dai conti aperti e dai vincoli non risolti con la propria famiglia di origine, con uno sguardo in cui si intrecciano idealizzazioni e minimizzazioni. Sul tema della genitorialità si può allora tentare di costruire un'alleanza terapeutica tale da offrire al tossicodipendente la possibilità di iniziare a procedere guardando avanti, verso la costruzione di un progetto che sposti gradualmente la sua attenzione dai propri genitori al proprio figlio. Riuscire a sintonizzare il tossicodipendente sulla sua genitorialità vuol dire aiutarlo ad uscire da quello che nei termini della teoria dei codici affettivi di Fornari è il codice del bambino ed aiutarlo ad identificarsi col codice genitoriale, riaprendo così il naturale processo evolutivo (cfr. Cambiaso, Berrini, 1992). Questa, per i tossicodipendenti, può rappresentare un'esperienza decisamente nuova: in realtà non sono molto abituati ad essere considerati degli adulti perché sono sempre stati trattati come dei bambini. Sono stati trattati come dei bambini in casa, anche perché la tossicodipendenza è un sintomo che fa sì che l'organizzazione familiare si fondi sulle tematiche del controllo, riportando dei venticinquenni o dei trentenni alla condizione di adolescenti inaffidabili. Sono spesso trattati come ragazzini inattendibili o come bambini capricciosi ed incostanti dai servizi e dal mondo degli adulti in generale.

D'altra parte, se noi poniamo la genitorialità come elemento centrale del lavoro terapeutico col tossicodipendente genitore, dobbiamo accettare di poter considerare un intervento coatto come un intervento non incompatibile con un percorso clinico (discorso per altro su cui non concordano diversi operatori). Se noi non "vediamo" od operiamo come se non vedessimo il bambino che c'è in queste situazioni dietro al nostro paziente (quelle dei tossicodipendenti genitori), possiamo "permetterci" di costruire un progetto terapeutico che riguardi solo quest'ultimo, ma se noi decidiamo di considerare il nostro paziente anche come genitore e quindi di "guardare" anche il bambino, diventiamo responsabili delle sue condizioni oggettive di vita e delle conseguenti situazioni di eventuale maltrattamento o trascuratezza. Se riterremo di poter lavorare in un contesto coatto (conseguenza di una possibile segnalazione al Tribunale dei Minori per le eventuali incurie nei confronti del bambino) portando avanti comunque un progetto clinico saremo più portati a proseguire in questa direzione, ma se penseremo viceversa che questi due elementi (aiuto e

controllo) siano in contrapposizione, faremo più fatica a considerare il bambino all'interno del nostro sistema terapeutico.

Naturalmente "utilizzare" la presenza di un bambino per costruire un progetto terapeutico per il suo genitore è lecito solo se il bambino è realmente danneggiato in qualche modo dalla tossicodipendenza del genitore, altrimenti la nostra proposta rischia di assumere le caratteristiche di un vero e proprio ricatto (del tipo "se non ti curi va a finire che qualcuno ti toglie il figlio..."). Esistono situazioni in cui un genitore tossicodipendente arriva al SERT per richiedere un aiuto per sé e che spontaneamente vede nella presenza del figlio una forte motivazione al cambiamento. In altri casi ci sono tossicodipendenti che arrivano solo per chiedere metadone o supporto medico: è difficile creare alleanze di lavoro con questi soggetti. E' in queste circostanze che il fatto che il tossicodipendente sia anche genitore può rappresentare una sorta di "carta in più" per l'operatore. In questo senso è importante capire quale è il suo modo di fare il genitore, per chiarire le eventuali situazioni di sofferenza del bambino e quindi proporre un'alleanza con l'obiettivo di diventare dei genitori sufficientemente validi e competenti. Oppure, al contrario, verificare che il fatto di essere tossicodipendente non impedisce di portare avanti una genitorialità sufficientemente adeguata. Essere tossicodipendenti ed essere genitori sono due realtà completamente inconciliabili? Forse siamo tentati di rispondere un po' troppo frettolosamente di sì, ma non è detto che questa sia la risposta corretta. Ad esempio, in una ricerca (Leenders, 1997) in cui sono stati analizzati 35 genitori tossicodipendenti con figli in casa, focalizzando l'attenzione sulla misurazione di parametri quali l'attaccamento del bambino e l'idoneità dei comportamenti accudenti dei genitori, misurati nel corso del tempo, si è rilevato che 12 di questi 35 genitori risultavano, tutto sommato, adeguati. Ossia il bambino era riuscito a costruire dei legami di attaccamento sufficientemente sicuri: non si assisteva, ad esempio, a fenomeni di inversioni di ruolo, né risultavano, in queste 12 famiglie, bambini con attaccamento marcatamente ansioso e atteggiamenti provocatori. Stando così ai risultati di questa ricerca, circa un terzo dei genitori era riuscito a salvaguardare i figli da una interferenza troppo dannosa della propria tossicodipendenza.

Effettivamente è importante capire se esiste e qual è la natura della sofferenza del bambino nella relazione con il genitore per poterla rielaborare con quest'ultimo e trovare di conseguenza una possibile alleanza sull'obiettivo di far cessare l'inadeguatezza. E' la questione basilare dell'accertamento del danno. Che danni possiamo andare a ricercare? Secondo la letteratura dedicata al maltrattamento e all'abuso, il danno può essere di tre tipi: sanitario, sociale e psicologico. Nel caso della tossicodipendenza, per quanto riguarda il danno sanitario, un esempio è rappresentato dall'eventuale crisi di astinenza alla nascita del bambino: elemento di sofferenza che la o il tossicodipendente conoscono molto bene, vissuto più volte sulla propria pelle. Un esempio di danno sociale nel caso della tossicodipendenza può essere invece rappresentato dal fatto che i figli dei tossicodipendenti subiscono dei cambiamenti di contesti abitativi e relazionali molto più frequenti di bambini con genitori che non hanno questo tipo di problema, con conseguente perdita di punti di riferimento stabili e continuativi (cfr. Malagoli Togliatti, Mazzoni, 1993). Dal punto di vista del danno psicologico spesso ritroviamo, tra i figli del tossicodipendente, bambini ipercoinvolti, che presentano un "Disturbo dell'attaccamento con inversione di ruoli" (secondo la classificazione riportata in Zeanah, 1996), bambini cioè che fanno i genitori dei propri genitori: spesso risultano iperadeguati e di conseguenza ad un osservatore esterno appaiono come poco problematici perché le loro emozioni sono vissute solo internamente.

Vorrei fare ora alcune considerazioni su una modalità che spesso i Servizi utilizzano nell'affrontare queste situazioni, e cioè l'affido/collocamento del bambino presso i nonni. Considerazioni che possono forse suggerirci alcuni ripensamenti rispetto a questa specifica misura di protezione del bambino (cfr. Cirillo, 1997b), in particolare se pensiamo al tossicodipendente come ad una persona con un blocco del naturale percorso evolutivo e per il quale il sintomo segnala l'esistenza di problematiche e di nodi irrisolti con su un piano trigerazionale (cfr. Cirillo, Berrini, Cambiaso, Mazza, 1996). Le radici del disagio affondano nelle problematiche relative al rapporto di

ciascuno dei genitori con le proprie famiglie d'origine e quello che segnala la tossicodipendenza, alla luce di questo modello, è la presenza nelle tre generazioni (tossicodipendente, genitori, nonni) di carenze non riconosciute come tali (trasmissione intergenerazionale del misconoscimento e/o minimizzazione della carenza) e la conseguente negazione di una connessione tra comportamento tossicomane e una serie di sofferenze riconosciute in quanto tali. Non si tratta, ovviamente di fattori che causano la tossicodipendenza, ma fattori che predispongono a fare sì che l'incontro con la droga si trasformi in una condizione di dipendenza (concetto di vulnerabilità).

Le fasi del processo eziopatogenetico familiare possono essere riassunte come segue.

- a) Entrambi i genitori del tossicodipendente hanno avuto un'infanzia "fasulla", in cui cioè i rispettivi bisogni infantili non hanno trovato un'adeguata condizione di tutela (attaccamento insicuro). Questa carenza di basi sicure non ha avuto l'occasione di una rielaborazione, con una concomitante negazione della connessione tra fattori traumatici, sofferenza personale e sviluppo di un ruolo genitoriale incompiuto e carenziente. In particolare, se il padre ha spesso avuto un'adultizzazione precoce ed un distacco intempestivo dalla propria famiglia d'origine, la madre resta dipendente dalla propria madre sia dal punto di vista oggettivo sia, in particolare, da quello emotivo.
- b) Le problematiche legate al distacco dei genitori dalle rispettive famiglie d'origine creano un'unione matrimoniale fondata sulle tematiche dell'affiliazione irrisolta e comportano la creazione di confini, tra la nuova famiglia e la famiglia allargata, incerti e mal definiti.
- c) La nascita di un figlio rappresenta la possibilità di ridefinire i ruoli genitore-figlio nei confronti della propria famiglia d'origine. In particolare la madre accudisce il figlio in modo più funzionale ai propri bisogni di mostrare alla propria madre la propria adeguatezza, che non ai bisogni del bambino. Risulta frequente la delega, anche oggettiva, dei compiti di crescita alla nonna materna.
- d) L'adolescenza del figlio mette in crisi l'equilibrio con la prima generazione: la madre percepisce il rischio di perdere il "ponte" con la propria madre e tende a non riconoscere o non accettare le tensioni evolutive e di individuazione del figlio. Il padre, dal canto suo, fatica a riconoscere come poco legittimi (in quanto da lui mai vissuti) i conflitti adolescenziali del figlio. Inoltre i genitori a causa dell'inconsistenza del loro legame coniugale non riescono a controbilanciare il graduale allontanamento del figlio attraverso il recupero di una maggiore intimità e autonomia della coppia. Il figlio reagisce a questo sentimento di solitudine con i primi comportamenti trasgressivi: fallimenti scolastici in prima/seconda superiore, uso di alcol, spinelli, ecc. L'eventuale incontro con l'eroina diventa rapidamente l'occasione per una sorta di autoterapia rispetto alle esigenze rivendicative di un'infanzia deprivata e di una crescita non adeguatamente sostenuta (eroina come antidepressivo).

Studiare il sintomo della tossicodipendenza in un'ottica trigenerazionale, analizzando le disfunzioni della famiglia nucleare come risultante di componenti insoddisfacenti di ognuno dei genitori con la propria famiglia di origine, non rappresenta un'operazione di archeologia degli affetti. Quanto visto diventa particolarmente significativo se pensiamo che molte delle cose dette riguardano i nonni ed in particolare la nonna del minore, in un susseguirsi di conti aperti in una catena che rischia di non venire mai spezzata. Il tossicodipendente può essere considerato al vertice di una triangolazione trigenerazionale: triangolazione in cui gli altri due vertici sono rappresentati dalla madre del tossicodipendente e dalla nonna materna. Il tossicodipendente, nel momento in cui diventa genitore e vede il proprio figlio affidato ai propri genitori, si ritrova così a rivivere in un certo senso una riedizione della propria storia. Con il rischio, affidando il nipotino alla nonna, di attuare misure che proteggono il minore, ma cronicizzando definitivamente la tossicodipendenza (cfr. Cirillo, Di Blasio, 1989): i nonni possono accudire adeguatamente il bambino, ma sovente ciò avviene nell'ambito di una strategia di infantilizzazione del proprio figlio.

Non tenere conto della complessità di questi scenari può far correre il rischio di creare progetti che sulla carta sembrano favorire l'autonomia e l'indipendenza, ma rischiano di aumentare solo la confusione o perpetuare la trasmissione intergenerazionale delle carenze e della sofferenza.

BIBLIOGRAFIA

Cambiaso G., Berrini R., *Terapia della famiglia in crisi*, Angeli, 1992.

Cirillo S., "La tutela dei minori figli di genitori tossicodipendenti", in: Ghezzi D., Vadilonga F. (a cura di), "La tutela del minore", Cortina, 1996.

Cirillo S., Di Blasio P., "La famiglia maltrattante", Cortina, 1989.

Cirillo S., Berrini R., Cambiaso G., Mazza R., "La famiglia del tossicodipendente", Cortina, 1996.

Cirillo S., "Tutela del figlio tossicodipendente: dinamica familiare e presa in carico", in: Fava Viziello G., Stocco P., (a cura di), "Tra genitori e figli la tossicodipendenza", Masson, 1997a.

Cirillo S., "Tutela del figlio del tossicodipendente: affidamento ai nonni o extrafamiliare", in: Fava Viziello G., Stocco P., (a cura di), "Tra genitori e figli la tossicodipendenza", Masson, 1997b.

Leenders F. R., "I genitori tossicodipendenti e i loro figli. La riduzione del danno", in: Fava Viziello G., Stocco P., (a cura di), "Tra genitori e figli la tossicodipendenza", Masson, 1997a.

Malagoli Togliatti M., Mazzoni S., "Maternità e tossicodipendenza", Giuffrè, 1993.

Zeanah C. H., (a cura di), "Manuale di salute mentale infantile", Masson, 1996.

LA PROGRAMMAZIONE E LA PIANIFICAZIONE DI SERVIZI PER FAMIGLIE PROBLEMATICHE

Margherita Peroni
(Consigliere della Regione Lombardia)

- TESTO NON RIVISTO DALL'AUTORE -

Di quanto qui detto, in termini di ragionamento e in termini anche di analisi delle esperienze, che per altro non hanno pochi anni, le date riportate ci fanno capire come non siano improvvisate "oggi" queste esperienze, ma si può dire che l'esperienza ha già una storia. Se tutto quanto è stato detto è condiviso, perché in regione Lombardia le comunità terapeutiche che si indirizzano alla coppia o alla donna madre col bimbo, sono così poche? Una domanda che non vuole essere provocatoria, ma che probabilmente mi permette e permetterà anche a voi di cogliere le difficoltà e le ragioni che a volte trovano la programmazione, la legislazione e i piani promossi dalle istituzioni, in ritardo rispetto ad una realtà che in modo molto spontaneo, anche lungimirante ed intelligente e io dico anche coraggioso e a volte incosciente, anticipa le programmazioni, i piani e quasi sempre i finanziamenti.

Se torniamo a guardare il primo atto veramente programmatorio, sistematico della regione Lombardia (piano socio assistenziale 1988) frutto di una legge (legge 1 dell'86) che era molto più ricca, noi vediamo che la risposta non è calzante alla domanda che voi avete fatto: è una programmazione e pianificazione per problemi specifici, non programmazione e pianificazione di servizi per famiglie problematiche.

Il piano socio assistenziale, nel 1988 fino ad oggi, con qualche variazione sul tema, ha affrontato le singole problematiche molto individuali: l'anziano, l'handicappato, il minore, il malato di mente, il tossicodipendente, quasi che si potesse parlare di categorie con un bisogno molto definito, senza rendersi conto che ciascuno di queste persone si trova collocato in un contesto in cui avevano delle relazioni. Questo ha portato ad organizzare i servizi, quindi a prevedere gli standard e anche i finanziamenti per la realizzazione di questi servizi, indirizzati all'individuo senza considerare il suo contesto, le sue relazioni e soprattutto proponendosi sostitutivo del suo contesto. Per farcene un'idea basta pensare al settore più sviluppato nella nostra regione, anche per il numero elevato di utenti, ed è il settore che si occupa degli anziani.

I servizi che si sono sviluppati, a parte i centri diurni, sono state strutture residenziali, le case di riposo (RSA), servizi che quindi sostituiscono completamente il contesto e soprattutto servizi che sono definitivi, dove uno entra e non esce più; ciò vale per l'anziano, vale anche per l'handicappato fisico e mentale, un po' meno per i minori, ma restano sempre servizi mono-problematici. Cos'è che ha messo in discussione questa impostazione? I bisogni che non erano soddisfatti, le risposte che non erano soddisfacenti, una realtà che ha molto anticipato la programmazione ed allora sono nate le sperimentazioni.

Alcune intuizioni le ho avvertite girando per la regione e incontrando chi lavorava sul campo che ci presentava idee a cui non ci eravamo neanche avvicinati siccome era difficile collocarle in un piano socio - assistenziale così definito.

L'unica alternativa che permetteva anche con impegno di verificarne i risultati, l'unica strada per finanziare questi servizi era la sperimentazione.

Dal '90 al '95 sono state sviluppate una serie di sperimentazioni; queste modificano le modalità ma non la tipologia del servizio, ad esempio servizio semi-residenziali, domiciliari ecc., però la settorialità e l'esclusività del servizio, rimangono. C'è l'ente che sviluppa l'assistenza

domiciliare, quello che dà l'assistenza residenziale, c'è quello che promuove il centro diurno, ma un ripensamento del servizio che interpreti e si collochi nel contesto della persona, anche nelle sperimentazioni del 90 e 95 non si trova ben definito ed originale. La separazione tra gli enti che gestiscono dei diversi la programmazione perpetua a questa distinzione.

Un ulteriore elemento che incalza ma che non è ancora interpretato è il territorio; il legame con questo, che viene sottovalutato, porta a pensare ad una casa di riposo, ad esempio, con 100 posti letto, che può prendere milanesi, bresciani; questo perché non c'è un legame col territorio e la necessità e l'intelligenza di comprendere il contesto in cui l'anziano vive.

Se si fosse pensato ad una casa di riposo con 40 posti letto residenziali, magari con 5 di sollievo, dove si entra solo per 15 gg. , una casa di riposo che sviluppa assistenza domiciliare, con un centro diurno, quindi con una pluralità di servizi di prestazioni, l'anziano e il suo nucleo familiare possono ricorrere a quel servizio in condizioni diverse. Così si mantiene l'unicità della risposta, cioè, l'ente è sempre lo stesso ma diversifica la sua risposta.

Il 94 è l'anno internazionale legato alla famiglia, ma vicino al tema di oggi. Si arriva all'anno internazionale della famiglia perché un dibattito precedente ha sensibilizzato sulla questione famiglia. Quindi si arriva a quest'anno con una consapevolezza diversa da quella che si aveva negli anni precedenti rispetto al ruolo che svolge la famiglia e l'importanza nella storia, nella vita di una persona.

Anche per quanto riguarda la regione Lombardia questo ha significato far partire delle sperimentazioni. Partite nel 95, ideate nel 96, con un bando nel 97 su 252 domande, sono stati finanziati con 6.000.000.000 70 progetti sperimentali per quanto riguarda sperimentazioni dirette alla famiglia, la famiglia intesa sempre come risorsa.

La consapevolezza che la famiglia non può essere scrollarla di dosso, che non si può farne a meno e che la si deve affrontare sia essa una risorsa o una condizione problematica, ha portato a promuovere quelle sperimentazioni. Queste sperimentazioni sono ancora in atto e hanno come obiettivo quello di superare l'intervento settoriale per affrontare le difficoltà in modo più globale, per avere delle politiche socio – assistenziali anche di rilievo sanitario – globali, perché ci sia il coinvolgimento col territorio. Questo comporta la frammentazione di lavorare anche con servizi di enti diversi.

Queste sperimentazioni hanno come obiettivo quello di sollecitare, riscoprire e ricollocare la famiglia in una centralità che fino ad oggi è stata molto mortificata. Il settore delle tossicodipendenze ha percorso la stessa strada e quindi i limiti che abbiamo visto riguardare l'individuo bisognoso, si ritrovano anche in questo settore; l'ente del settore tossicodipendenze si occupa solo del tossicodipendente, l'ente del minore solo del minore, ma la globalità la affrontata solo la Cooperativa di Bessimo.

Le comunità per coppie sono poche: è difficile organizzarle. A volte l'organizzazione tiene conto dei problemi di chi deve organizzare servizi, invece di chi ne deve usufruire. Oggi questo cambiamento di mentalità è in atto e ci si rende conto come l'operatore, l'organizzatore cerchi di rendere il più facile possibile l'utilizzo del servizio a chi ne deve usufruire, magari complicando la vita all'operatore.

Affrontare una comunità per genitori tossicodipendenti con bambini, significa mettere assieme molte problematiche, che si intrecciano e che a volte si complicano anche. Anche questo è un dato che, in percentuale minore, ha influito sulla sua realizzazione nella nostra regione.

Il consultorio, ad esempio, un servizio che doveva erogare prestazioni diverse e che prevedeva sia sostegno sanitario sia sostegno psicologico alla coppia si trova in difficoltà. Servizi pensati con questi sostegni sono davvero pochi e quando cercano di dare una pluralità di risposte, si riscontrano problemi : quindi si sta pensando a riproporre il consultorio.

L'incompatibilità tra l'essere genitore e tossicodipendente, perché si è ritenuto che il genitore non potesse essere tossicodipendente, non ha permesso di organizzare una comunità per genitori tossicodipendenti con bambino essendo questi incompatibili col ruolo di genitore. Bisognava togliere il bambino e metterlo in comunità con intervento del tribunale, affidandolo ad altri e non pensando che i genitori potessero farsi carico di questa situazione.

L'altissimo numero di comunità pedagogico - terapeutico riabilitative che ci sono nella nostra regione alcune delle quali in crisi, devono oggi riflettere e ragionare sui tossicodipendenti che sono genitori.

Nel documento "atto di intesa" si individuano sei nuove aree. Alcune di queste ancora poco definite, quella dell'accoglienza, quella del trattamento specialistico, quella multi disciplinare, e poiché le definizioni non sono rigide, ci permettono di collocare queste esperienze e anche di pensare come queste esperienze possono essere adattate alla presenza del bambino, che non è più un'appendice della madre, ma è un individuo lui stesso.

In regione Lombardia, le linee guide approvate dalla giunta che dovrebbero dare qualche indicazione per il secondo piano socio assistenziale, nel settore della tossicodipendenza, richiamano a tre obiettivi: il primo potenziare è riformare i servizi pubblici, i ser, e oggi si impone questo potenziamento di servizi pubblici non in alternativa allo sviluppo del privato, ma quale mezzo per una crescita complessiva, attraverso un coordinamento tecnico ed organizzativo, concetto presente nel documento predecessore dell'atto d'intesa.

Secondo obiettivo prevede nuove forme più incisive di coordinamento sul territorio delle attività dei servizi che fanno capo a diverse amministrazioni. All'interno dell'istituzione regionale è stata codificata la conferenza dei servizi che non dovrebbe diventare una procedura, ma dovrebbe essere una modalità di lavoro, per cui insieme all'amministrazione per un caso a cui sono interessate si siedono allo stesso tavolo e lo affrontano da più punti di vista. Se ci si pone dalla parte del bambino si cerca di eludere il genitore e viceversa si rischia di non tener conto del bambino; quindi sedersi allo stesso tavolo per quel caso deve diventare scontato come modo di lavorare, noi l'abbiamo codificato come conferenza dei servizi, che dovrebbe diventare una procedura.

Terzo obiettivo è promuovere servizi differenziati.

Altra questione riguarda i requisiti di accreditamento: si dice in un comma della delibera che si definiscono i requisiti di accreditamento delle comunità terapeutiche (strutturali e gestionali) perché se non lo facciamo velocemente non si potrebbe corrispondere il finanziamento dovuto alle comunità.

Si dice anche che successivamente bisognerà rilevare i nuovi bisogni e individuare le nuove tipologie di servizio. Nuovi bisogni sono i casi psichici che noi riscontriamo o i genitori tossicodipendenti con minori. Oggi si sta facendo una rilevazione di questi bisogni e si sta facendo su queste tipologie. Ha rallentato la discussione e l'emanazione di questo provvedimento il fatto che a livello nazionale si è ancora in discussione su questo documento che dovrà diventare l'atto di intesa; anche la regione entrerà nel merito e definirà queste nuove tipologie, tenendo fede alle sei aree che il documento prevede.

In conclusione, per la definizione di nuovi servizi si dovranno prevedere forme di coordinamento tra gli enti pubblici e i privati e tra enti diversi che studino una programmazione; l'avvio di sperimentazioni ci dovrebbero anche permettere di individuare servizi che erogano anche prestazioni diverse: residenziali, domiciliari, diurne e per bisogni diversi.

Questo richiede un grande sforzo a chi si rende disponibile a fare questa sperimentazione perché i requisiti strutturali e gestionali sono stati definiti e solo se non saranno troppo rigidi permetteranno di ragionare non soltanto in termini di standard ma di progetti e anche di obiettivi. Se questi sono rigidi è evidente che una struttura o è comunità terapeutica riabilitativa o è pedagogico

riabilitativa o è per genitori tossicodipendenti con bambini, ma eroga solo le prestazioni residenziali e non altri servizi.

Nel momento in cui si integrano gli standard con i progetti, l'ultimo momento è quello della valutazione: la fotografia.

Una fotografia mossa che ci riesce a dare l'immagine dello stato raggiunto. Sia il funzionario che l'amministratore quando verifica che le comunità hanno i requisiti strutturali e gestionali richiesti dalla norma, possono erogare i contributi; non importa la percentuale di successo, inteso come percentuale di persone recuperate portate alla normalità, ma qui importa che abbiano i requisiti.

Questo comporta a rischiare, in termini progettuali, di più e quindi a rischiare di avere una foto, anche mossa. Questo concetto di accreditamento è buono se non si limita ad una applicazione burocratica e rigida ma che ottenga quei risultati che sono quella foto mossa.