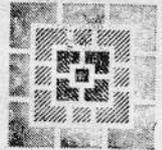


TEORIE ED ESPERIENZE PER PSICOLOGI DEL TERRITORIO

"Psicologia di Comunità" si rivolge a psicologi operanti nei servizi territoriali. Esce in gennaio, maggio e settembre. Una copia £.2.500//Abbonamento annuo £.7.000 (£.5.000 per i soci Arips che siano già abbonati ad altro Supplemento) Le somme per abbonamenti vanno inviate anticipatamente.

ARIPS



IN QUESTO NUMERO

Proponiamo un interessante contributo che M. Danesi, Psicologo presso il servizio tossico-dipendenti della XIX U.S.L. di La Spezia ha realizzato come tesi finale al corso regionale di psicologia di comunità realizzato dall'ARIPS. M. Danesi analizza un grave problema nel quale si dibattono numerosi operatori attivi nel campo delle tossicomanie giovanili: la frustrazione, la demotivazione, il distacco e disinteresse verso il proprio lavoro; in sintesi il "burn-out (corto circuito)

PREVENZIONE PRIMARIA

Prosegue a Forlì il progetto "FOTOSS" L'intervento consiste nell'attivare gruppi operativi nelle scuole del distretto scolastico 42 in collaborazione con operatori dei centri sociali (progetto giovani) e della usl 38. I gruppi, uno per ogni scuola superiore, hanno l'obiettivo di identificare, progettare ed attuare micro-interventi preventivi periferici. Il progetto, condotto dalla equipe ARIPS, è uno dei primi interventi in Italia; a porsi come obiettivo la prevenzione primaria, in un macro-sistema, basato sui metodi della psicologia di comunità.

TERAPIA

Oggi il problema droga ha assunto proporzioni tali da essere ormai con siderato una emergenza nazionale alla stregua del terrorismo; tra le tante risposte, in termini terapeutici, che sono oggi sperimentate in Italia la risposta che sembra in qualche modo vincente è senza dubbio quella delle comunità terapeutiche.

Si parla dunque molto delle comunità terapeutiche, mancano però notizie sulle diverse strategie messe in atto, come mancano, e in misura ancora maggiore dati sulla reale efficacia delle comunità. L'ARIPS sta varando, nel quadro dei programmi di ricerca autofinanziati, una ricerca che ha l'obiettivo di verificare la esistenza di orientamenti terapeutici ed organizzativi in base ai quali sia possibile stabilire una tassonomia delle comunità terapeutiche. Ciò allo scopo di verificare le discrepanze esistenti tra il piano ideale del dichiarato e il piano del reale, dell'effettivo funzionamento riscontrabile. L'ultimo passo sarà quello di verificare l'efficienza e la efficacia dei vari modelli di comunità.

Per continuare a ricevere questo supplemento è necessario rinnovare l'associazione all'ARIPS (inviando la quota di L. 20.000) oppure inviate L. 7.000 nel caso non vi interessino gli altri servizi offerti a chi si

SINDROME DEL "BURN-OUT"

NELL'OPERATORE PER LE TOSSICODIPENDENZE

Marco Danesi

"Poiché le cose umane non sono eterne, ma vanno sempre declinando dai loro principi fino a giungere al loro ultimo termine, specialmente la vita degli uomini, e poiché quella di don Chisciotte non aveva dal cielo alcun privilegio per arrestare il proprio corso, giunse al suo termine quand'egli meno se l'aspettava; perché o per l'abbattimento che gli procurava il vedersi vinto, ovvero per volere del cielo che così disponeva, fu preso da una febbre che lo tenne a letto per sei giorni (....). I suoi amici chiamarono il medico: gli tastò il polso ma non ne fu molto soddisfatto e disse che, per ogni evenienza, avesse cura della salute dell'anima, perché quella del corpo era in pericolo (....). Il parere del medico fu che erano l'abbattimento e i dispiaceri a finirlo. Don Chisciotte pregò che lo lasciassero solo, perché voleva dormire un poco...."

E' stato detto che nel personaggio immortale di Don Chisciotte ogni uomo può riconoscere una parte di se stesso; certamente in quella che Cervantes chiama il "desengano", il disincantamento, la disillusione, finiscono col riconoscersi molti, forse troppi, terapeuti che si imbattono nella difficile avventura della tossicodipendenza e che, come il Cavaliere dalla Triste Figura, trascinati dall'entusiasmo, sono inclini a misconoscere gli elementi della realtà: sedotti, forse, dal miraggio di un facile successo nutrono viceversa un destino di sconfitta che spesso conduce alla morte, ovviamente simbolica, dell'operatore.

La lingua inglese utilizza un termine assai pregnante per definire questo infelice esito: "burn-out" che potremo rendere con "bruciato", "esaurito".

L'operatore infatti, come una pila scarica, ha speso tutte le proprie risorse in un lavoro che assorbe ingenti quantitativi di energia senza peraltro produrre risultati terapeutici apprezzabili. Chiunque si misuri con patologie gravi e scarsamente modificabili ha ben presente quanto pesi il malessere della frustrazione: corrosivo, micidiale della motivazione al lavoro. Tuttavia la sindrome del "burn-out" che insorge nella relazione terapeutica con il tossicodipendente presenta tratti particolari ed è introdotta da una serie di fasi altrettanto tipiche.

1- LA FASCINAZIONE

L'approccio con il tossicomane, già ricco di suggestioni emotive, derivanti in gran parte dai condizionamenti culturali, è per il terapeuta "ingenuo" il momento della insidiosa fascinazione.

La tossicodipendenza viene prefigurata come un enigma insoluto sul quale la stessa letteratura scientifica si limita a suggerire incerte ipotesi interpretative: un qualcosa dunque di problematico e seducente ad un tempo, che accende la curiosità e la spinta della conoscenza. Ma accanto all'interesse clinico sorgono sentimenti più inquietanti suscitati dalle pratiche trasgressive del tossicomane, dai suoi rituali soddisfattori, da questo misterioso rapporto, totale ed esclusivo, con una sostanza dalle proprietà magiche che domina prepotentemente la scena e sin da subito si impone come un avversario di cui non si scorgono punti vulnerabili ma proprio per questo allettante da sconfiggere. L'incantamento che il terapeuta subisce è favorito dalla debole posizione di chi, in fondo, deve occuparsi – quale presunto esperto – di una vicenda oscura che non conosce assolutamente se non, nel migliore dei casi, per linee teoriche ed astratte.

L'operatore ingenuo si trova dunque confuso, un po' sperduto come Alice oltre lo specchio, a contatto con una dimensione inconsueta e incomprensibile, ma con un gran desiderio di esplorare. Persino le espressioni verbali del tossicomane compongono un lessico tutt'altro che familiare dove "spade", "cali", "roba", "quarti", "brown", ed altro, sono i frammenti di una lingua straniera che occorre imparare a decifrare.

Se dunque apparentemente le regole del gioco sono dettate dall'operatore, è spesso il cavallo a guidare il cavaliere nella direzione che più gli aggrada: in altri termini il terapeuta finisce per essere manipolato o perlomeno non riesce a smascherare le immagini ingannevoli che il tossicomane gli offre per incantarlo e, in definitiva, per continuare ad incantare (e ad incatenare) se stesso. La nota falsità del tossicomane, oltre che di natura strumentale, è prima di tutto un sintomo caratteristico di questa patologia che distrugge la già debole autostima provocando intense angosce depressive. Le costruzioni fantastiche volte a compensare tali angosce danno luogo a false immagini di sé, che però hanno bisogno di essere confermate e convalidate dagli altri.

Il terapeuta allora, suo malgrado, può rendersi complice nel rafforzare tali difese patologiche se scambia, come i prigionieri nella caverna di Platone, le ombre per gli oggetti: vale a dire se alimenta la consistenza degli alibi e delle false costruzioni di cui il tossicomane ha bisogno per mantenere immutate la propria condizione patologica che, paradossalmente, più che sofferenza, comporta uno straordinario tornaconto in termini di piacere.

E' proprio quest'ultimo elemento, basilare ed indispensabile per la comprensione, a cadere censurato sia nelle comunicazioni del tossicomane, intento a portare esclusivamente vissuti dolorosi del tipo "sto male, aiutami"; sia nella cognizione del terapeuta, che non riesce ad oltrepassare questa parvenza di superficie.

2- L'ONNIPOTENZA

E' questa la fase eroica vissuta prima o poi da ogni operatore. Gli effetti della fascinazione hanno prodotto un intenso coinvolgimento che determina una esagerata disponibilità ad una incondizionata accondiscendenza alla domanda del tossicomane. Questa ultima può esprimersi come richiesta di tipo materiale (farmaci, lavoro, aiuto assistenziale, ecc.) o di tipo affettivo (consolazione, appoggio, delega della responsabilità, seduzione, ecc.). Ma in ogni caso la natura della domanda è decisamente fantasmatica ed ha a che fare con i bisogni narcisistici profondi mobilitati dal massiccio processo di regressione libidica indotto dalla tossicodipendenza.

L'errore comunque consiste nel non riuscire ad interpretare adeguatamente il significato della domanda, fornendo, invece, una risposta aderente al piano falsificato su cui viene formulata. Il terapeuta ingenuo tende ad assumere un atteggiamento materno arrendevole con la segreta speranza che i suoi "doni" possano eliminare, per sostituzione, il desiderio dell'eroina. Ma ciò, per usare un'analogia cara a Freud, è "come distribuire la lista delle vivande in tempo di carestia coll'intento di placare la fame".

La trappola in cui cade l'operatore può essere spiegata con due ordini di motivi.

Sul primo ci viene in aiuto ancora una volta Cervantes quando fa dire a Don Chisciotte: "Vedi Sancho un uomo non vale più di un altro, se non fa più di un altro". In fondo il rebus inestricabile proposto dalla sfiga della tossicodipendenza rappresenta la sfida a scovarne la soluzione, tanto più ardua quanto più desiderabile. Il successo terapeutico viene allora inseguito con immediatezza e

semplisticamente col rischio di valutare erroneamente persino alcuni comportamenti ricorrenti del tossicomane come ad esempio le interruzioni temporanee della dipendenza dovute a fattori estranei (la mancanza di denaro per l'acquisto delle dosi, necessità di abbassare la tolleranza alla sostanza che non soddisfa se non ad alti dosaggi, necessità di allentare le tensioni familiari cedendo alla disintossicazione, bisogno di eliminare i sensi di colpa attraverso un rituale di purificazione, ecc.) ed indipendenti dalla relazione terapeutica, ma che però il sentimento di onnipotenza può far scambiare per risultati positivi. Questo sentimento – per avvicinarsi al secondo ordine dei motivi – riguarda le componenti narcisistiche della personalità del terapeuta che entrano, probabilmente, in risonanza con quelle più esasperate del tossicomane, risultandone così influenzate.

Ciò in realtà accade ogni volta che si tenta una relazione con personalità organizzate narcisisticamente (patologiche o meno) dal momento che la percezione del rifiuto, come risposta alla nostra offerta affettiva, infligge una ferita all'Io, con ciò che ne consegue.

Seppure in modo inconsapevole, l'operatore avverte che il rapporto con il tossicomane diviene un dialogo fra sordi e che l'intervento mira alla rottura, quanto mai improbabile e difficile, di un legame profondo e di natura arcaica tra il soggetto e ciò che è per lui, straordinariamente, oggetto fonte e meta delle sue pulsioni. Gli effetti della sostanza da cui dipende sono tali da sospingerlo nel nirvana di una dimensione perduta, vicina appunto al narcisismo primario in cui domina l'autoerotismo e il completo distacco dal mondo oggettuale.

In questa gabbia dorata c'è evidentemente ben poco spazio per le intromissioni estranee, né sono le deboli forze del singolo operatore ad aprire un varco che garantisca una via di uscita definitiva. La cognizione di questa sostanziale impotenza viene però negata e, con un meccanismo di rovesciamento, cambiata di segno: sorge allora l'onnipotenza della fantasia cui spetta il compito magico di appagare i desideri che dalla realtà vengono frustrati. Con tutte queste sotterranee vicissitudini deve fare i conti il terapeuta ingenuo.

3- LA DISILLUSIONE

Inevitabile quanto indispensabile, il momento del disincantamento rappresenta la fase cruciale della vicenda, perché dal modo in cui viene vissuto ed affrontato dipendono le sorti dell'operatore. Sono gli innumerevoli fallimenti e le ricadute, talora anche a notevole distanza di tempo, a restituire la giusta entità psicopatologica della tossicodipendenza che, per i motivi che si diceva, viene dapprincipio sottovalutata.

Ma la corretta percezione del fenomeno si accompagna ad un drastico ridimensionamento delle aspettative del terapeuta: disarcionato e battuto come l'Ingegnoso Hidalgo nel duello decisivo col Cavaliere della bianca luna, egli deve patire ed arginare il profondo senso di sconfitta che subentra allo slancio dell'entusiasmo iniziale.

Alla ferita narcisistica consegue una perdita di autostima ed una svalorizzazione della propria immagine che rappresentano gli ingredienti fondamentali della fase depressiva, in cui prevalgono le sensazioni di incapacità ed inadeguatezza sino alla comparsa di veri e propri sensi di colpa.

La risposta difensiva a tale disagio è generalmente di tipo proiettivo: il paziente viene assunto come la causa del fallimento terapeutico e pertanto colpevolizzato a sua volta. Il ritiro dell'investimento affettivo nei suoi confronti dà luogo ad un atteggiamento di freddezza e disinteresse, se invece

prevalgono le cariche aggressive l'atteggiamento da materno-protettivo, si trasforma in quello del padre inflessibile e castigante.

Ma la sindrome del "burn-out" è qualcosa di ancora successivo. Essa insorge dopo che la sequenza fascinazione/onnipotenza/disillusione si è ripetuta diverse volte, con altri casi, dai quali ci si attende un miglio risultato, speranza questa che viene però puntualmente delusa.

Nella ripetizione si ha tuttavia il progressivo attenuarsi delle emozioni in gioco: la curiosità e l'interesse sono i primi motivi a dileguarsi per cedere il posto alla noia e all'indifferenza. La monotematicità proposta dal tossicomane finisce col diventare una vera e propria monotonia: ciò che inizialmente era inconsueto e perturbante diventa scontato, prevedibile, tedioso. Il lavoro si trasforma allora in una operazione "routinaria" ed al contempo "stressante" che non offre alcuna gratificazione, mettendo in crisi l'identità stessa dell'operatore.

La fase depressiva si cronicizza e il malessere diviene sordo, silenzioso ma presente e continuo, sino a provocare il cedimento che determina il bisogno di dedicarsi a qualcosa di diverso.

Resta da chiedersi se la traiettoria della parabola sia davvero inarrestabile.

Sebbene non esista una vaccinazione preventiva a base di suggerimenti o consigli, è di rilevante importanza l'ausilio del gruppo di supervisione dove si acquisisce la consapevolezza delle proprie reazioni emotive e la possibilità della loro elaborazione.

E' altresì indispensabile proporsi obiettivi meno ambiziosi ma più realistici, abbandonando la possibilità di una psicoterapia individuale per favorire invece l'inizio di una terapia di gruppo in ambiente protetto e comunitario, dove, diversi casi trovano oggi risoluzione.

Secondo un'ipotesi abbastanza accreditata la tossicomania giovanile (appunto) ha un suo tempo interno di consumazione ed è destinata a cadere come i denti da latte nel corso dello sviluppo. Se durante questa attesa l'operatore riesce a limitare i danni e ad accelerare il processo di maturazione, forse ha già fatto molto. Non sempre il lavoro terapeutico coincide con il traguardo "luminoso" né per il terapeuta, né per il paziente.

A quanti gli domandavano in che cosa avesse potuto aiutarli, Freud così rispondeva. "Lei si convincerà che molto sarà guadagnato se ci riuscirà di trasformare la sua miseria isterica, in una infelicità comune".