

La comunità terapeutica ad orientamento gestaltico
nella cura dei comportamenti addictivi
e patologie alcolcorrelate

Antonino Iacolino

**LA COMUNITÀ TERAPEUTICA
AD ORIENTAMENTO GESTALTICO
NELLA CURA DEI COMPORTAMENTI
ADDITIVI E PATOLOGIE ALCOLCORRELATE**

Saggio

BOOK
SPRINT
E D I Z I O N I

www.booksprintedizioni.it

Copyright © 2021
Antonino Iacolino
Tutti i diritti riservati

Prefazione

Per una terapia gestaltica dell'addiction fondata sulla reintegrazione dello sfondo di Giancarlo Pintus¹

Le prime comunità terapeutiche per tossicodipendenti nacquero negli Stati Uniti alla fine degli anni '50, in risposta alla diffusione dell'uso di oppiacei, con un approccio fondato sul modello grupale e sull'auto-aiuto. In Italia la nascita delle prime comunità terapeutiche per tossicodipendenti, ai primi anni '70, si deve a figure storiche del volontariato e del mondo religioso il cui carisma, prima ancora che criteri di scientificità, ha ispirato modelli di comprensione e trattamento delle dipendenze, spesso anche in modo piuttosto criticabile e contraddittorio. Al contempo occorre ricordare la pronta risposta delle istituzioni alla crisi sanitaria legata alla diffusione dell'eroina in Italia, con la promulgazione della L. 22 dicembre 1975, n. 685, con la quale si gettavano le basi per gli interventi pionieristici di prevenzione, cura e riabilitazione della tossicodipendenza e che costituisce il prodromo per la nascita dei Servizi pubblici per le dipendenze nell'ambito del S.S.N. (ex L. 162/90).

¹Psicologo, Psicoterapeuta libero professionista, Didatta dell'Istituto di Gestalt H.C.C. Italy, Specializzato alla Scuola Nazionale sulle Dipendenze, è stato ricercatore presso la Clinica Psichiatrica dell'Università di Pisa. Svolge attività clinica presso il Ser.T. dell'ASP n. 4 di Enna e la Comunità Terapeutica "Verso nuovi Orizzonti" di Cei (TN).

Le comunità terapeutiche sono a tutti gli effetti servizi terapeutici riabilitativi residenziali e/o semiresidenziali integrati nella rete dei servizi socio sanitari cui è demandato, in coordinamento con il Servizio inviante, l'attuazione del programma terapeutico individualizzato per pazienti addictive.

Lo specifico di questo particolare setting di cura è rappresentato proprio da una ricostruzione del sistema di vita; è fondato sulla dimensione relazionale che permea tutto il programma riabilitativo, al fine di suscitare le risorse individuali e relazionali di ciascuna persona nel rispetto della propria soggettività. In qualche modo il fattore terapeutico è dunque rappresentato proprio dal modello organizzativo e operativo della vita comunitaria, dall'accettazione dell'utente fino alla sua reintegrazione sociale.

Pertanto strumento d'elezione del cambiamento non può che essere il sistema di relazioni che si vengono a creare tra gli ospiti, e tra questi e gli operatori nell'arco dell'intera durata del percorso terapeutico.

L'intervento comunitario prevede un lungo lavoro di cambiamento e consolidamento della capacità di gestione di aspetti emotivi, comportamentali, relazionali, cognitivi, neuropsicologici, nonché la prevenzione di eventuali recidive.

Rispetto agli anni '70 il mondo delle tossicodipendenze è molto cambiato: sono cambiate le sostanze d'elezione, le forme e i riti di assunzione, è cambiato anche il significato relazionale della sofferenza che chiamiamo addiction, è cambiato ciò che le persone cercano nel rapporto con le sostanze o con le "cose" e sono cambiati i modelli ermeneutici di comprensione ed intervento clinico.

Secondo i dati del Dipartimento Politiche Antidroga (2020), le strutture socio-riabilitative private censite nel 2019 in Italia sono 908, per la gran parte di tipo residenziale (vale a dire con ospitalità e attività permanenti e continuative per 365 giorni e 24 ore al giorno). Sempre nello stesso anno i pazienti afferenti ai Servizi per le Dipendenze sono stati 136.320, con un tasso di prevalenza del 14% e

un'età media che aumenta sempre di più e che è in progressivo invecchiamento (l'età media nel 1986 era di 23 anni contro gli attuali 40). Il numero medio di utenti per struttura riabilitativa nel 2019 risulta di circa 13 pazienti, e i soggetti in trattamento presso le strutture socio-riabilitative private nel 2019 sono stati 15.621, lievemente in aumento rispetto all'anno precedente.

Alla luce di questi dati, il lavoro di Iacolino costituisce dunque un interessante ed attuale tentativo di sistematizzazione di aspetti teorici e clinici, fondati sulla Psicoterapia della Gestalt, per un approccio al lavoro clinico e riabilitativo con i soggetti addicted in contesto comunitario. A partire infatti dalla propria esperienza professionale in contesto comunitario, Iacolino ci propone un'appassionata narrazione della relazione clinica con un paziente alcolista ospite di una comunità terapeutica, mettendo il luce l'analisi del ciclo di contatto (Perls et al., 1997) in parallelo con un modello comunitario gestaltico (Argentino, 2013).

Ma perché merita attenzione una riflessione sull'intervento comunitario secondo l'impianto epistemologico della Psicoterapia della Gestalt?

Il nostro modo di fare terapia è profondamente cambiato

Fino a non molto tempo fa la Psicoterapia della Gestalt ha dato inadeguata attenzione alla fenomenologia dell'addiction, forse per via della seduzione che come gestaltisti proviamo per la spontaneità e la libertà di scelta, e per via del profondo disagio di doversi confrontare, nelle dipendenze patologiche, con la perdita della libertà e con l'acrasia tipiche di questa sofferenza. (Pintus, Crolle, 2014, 12)

La psicoterapia della Gestalt è un modello olistico (dal greco ὅλος *hòlos*, cioè «totale», «globale»)² che consente, a chi lo pratica, di affinare una sensibilità terapeutica e una

²Cfr. Smuts J.C., (1926). *Holism and Evolution*, New York: The Macmillan Company.

modalità di approccio trasversale a ogni situazione di disagio.

Crediamo, infatti, che le proprietà di un sistema (organismo, coppia, famiglia, gruppo, comunità) non possono essere spiegate esclusivamente tramite le sue singole componenti, poiché la sommatoria funzionale delle parti è sempre maggiore, o comunque differente, delle medesime parti prese singolarmente. L'essere vivente in quanto tale va considerato sempre come una complessa unità-totalità, non riducibile ad un semplice assemblaggio delle sue parti costituenti.

Il comportamento è pertanto organizzato in modo da coinvolgere sempre l'intero organismo (Goldstein, 1939), e in "Teoria e pratica della Psicoterapia della Gestalt" (1997) Perls e Goodman riprendono il pensiero di Goldstein insistendo sui concetti di unitarietà del campo organismo-ambiente, di autoregolazione organismica e di adattamento creativo.

Con i contributi di Margherita Spagnuolo Lobb (2008, 2011, 2020b) siamo definitivamente passati dall'Autoregolazione organismica all'Autoregolazione relazionale, ci concentriamo cioè non tanto sulla capacità dell'organismo (inteso come unitarietà mente-corpo) di regolarsi in un campo situazionale, quanto sulla capacità di autoregolazione della relazione. Grazie infatti alla Conoscenza Relazionale Estetica (Spagnuolo Lobb, 2015, 2017), intesa come "l'intelligenza sensoriale" del campo fenomenologico condiviso la psicoterapia della Gestalt si apre definitivamente ad una nuova prospettiva di campo, e possiamo conoscere l'altro attraverso i nostri sensi e le nostre risonanze intime.

In questa nuova concezione squisitamente relazionale, il terapeuta si focalizza non tanto su come il paziente fa contatto con l'altro, quanto semmai sulla reciprocità dell'interazione con il paziente, sulla reale danza (Spagnuolo Lobb, 2020a) tra loro che rivela la possibilità di rivitalizzare il confine di contatto, dove il sé è co-creato.

Accanto dunque alla diagnosi nosografica il terapeuta della Gestalt opera una diagnosi estetica (dal greco *aisthētikós* ‘che concerne la sensazione’, derivato di *aisthánesthai* ‘sentire, percepire’), una conoscenza che deriva cioè dall’uso affinato dei propri sensi; dunque al confine di contatto è possibile sentire se quella che si forma è una buona gestalt (dotata cioè di forza, grazia, armonia, ritmo, fluidità) oppure se qualcosa blocca questo spontaneo processo.

In questa chiave ermeneutica l’estetica diventa etica dell’agire terapeutico e il sintomo, o la sofferenza, è accolto come il “capolavoro creativo del paziente”; anche la sofferenza è cioè una scelta creativa in un campo situazionale difficile, per evitare che l’eccitazione del processo di contatto, in assenza di contenimento relazionale, diventi ansia incontenibile per il paziente (Spagnuolo Lobb, 2011).

Il nostro modo di stare, comprendere e sostenere i pazienti nel loro disagio e nella ricerca di un nuovo e funzionale adattamento creativo che sia in grado di rivitalizzare il sé è profondamente cambiato (Spagnuolo Lobb, 2012, 2017, 2020a, 2020b), e il disagio è parte dell’esperienza tanto del paziente che del terapeuta. Il terapeuta della Gestalt che si apre a questa nuova visione del setting terapeutico lascia emergere il proprio sentimento nel campo terapeutico, realizzando, in una regolazione continua tra paziente e terapeuta, “la danza”.

La figura è la nostra danza in reciproca sintonizzazione che esprime il continuo adattarsi l’uno all’altro (Spagnuolo Lobb, 2017, 2020a), lo sfondo è costituito dallo “Sviluppo polifonico dei domini” (Spagnuolo Lobb, 2012; 2015).

In una visione non deterministica le classiche interruzioni di contatto (Perls et al., 1997) possono essere considerate allora non più un’anomalia del contatto quanto un sistema di competenze chiaramente differenziate, che hanno il loro proprio sviluppo per tutto il corso della vita e che interagiscono reciprocamente, facendo emergere l’armonia (potremmo dire la gestalt) della competenza nel qui e ora della persona (Spagnuolo Lobb, 2020a).

I domini sono pertanto “un modo appropriato di guardare nel qui-e-ora della seduta, allo sviluppo del paziente, per poter sostenere l’eccitazione per il contatto che ha perso la sua spontaneità durante lo sviluppo” (Spagnuolo Lobb, 2015, 37).

Ogni dominio include la capacità di essere pienamente presente al confine di contatto, percependo il sé e l’altro in modo differenziato e sensibile, con il coraggio di stare con l’incertezza della situazione di contatto. “Il terapeuta della Gestalt non solo osserva queste modalità ma prova anche, attraverso una conoscenza relazionale estetica, ad intuire il *now-for-next*, l’intenzionalità nascosta nella modalità di contatto abituale e desensibilizzata del paziente.” (Spagnuolo Lobb, 2015, 42)

L’addiction come unico riconoscimento possibile quando la relazione fallisce

Forti di queste nuove coordinate epistemologiche guardiamo alle addiction come al desiderio “trasfigurato”, in modo patologico, del desiderio legittimo di essere riconosciuto dall’altro. Le nuove dipendenze nascono dalla “nostalgia dell’altro”, dal legame mai pienamente realizzato con un Altro che non c’è. Per questo “attraverso il consumo mi riscopro “soggetto” del consumare e l’oggetto che consumo mi dà quel “riconoscimento” che un tempo mi dava la relazione con l’altro (Cavaleri, Pintus, 2010).

L’addiction appare sempre di più come la ripetizione distruttiva di uno stile relazionale di dipendenza; non si tratta di una relazione con un “Tu” ma con un “Esso” (Pintus e Crolle Santi, 2014), e siccome non c’è nutrimento nel rapporto con un Esso, le persone finiscono per rimanere attaccati con i denti alle cose in attesa di un qualche nutrimento, secondo l’atteggiamento che Perls chiamava “il complesso del succhiotto” (Perls, 1995).

La relazione soggetto-oggetto non si evolve e assume le caratteristiche di un legame assoluto, prima esaltante, poi disperante. È la sostanza che inizialmente si prende cura del paziente ma in quanto Esso e non Tu è un rapporto ri-

gido, immutabile, schiavizzante. Non si tratta di un dialogo ma di un monologo (Buber, 1993), e prima o poi il rapporto tra la persona e ciò da cui dipende si rivela per quello che è: una disfunzione di un rapporto asimmetrico, nel quale presto la persona sperimenta un'assenza che per le sue qualità si rivela come un angoscia abbandonica, che con il tempo si cronicizzerà.

Matrice di vulnerabilità di questa particolare propensione al rapporto tra la persona e le cose è la relazione asimmetrica primaria: se il care-giver non è stato nelle condizioni di accogliere e sostenere l'intenzionalità evolutiva del bambino in una sana esperienza di buona sintonizzazione al confine di contatto, il bambino svilupperà un marker di vulnerabilità rispetto alle esperienze relazionali (Pintus, Pappalardo, 2019), cercando nelle cose, anziché nelle relazioni, il luogo in cui vedere realizzata la propria intenzionalità di contatto che è intenzionalità di appartenenza; ma ancora una volta il rapporto con un Esso è un rapporto immutabile che fa rimanere fissati nell'"avere bisogno", e il bisogno che non si evolve diventa assoluto.

Addiction come persistente trauma dello sfondo

Molteplici gli studi sull'esordio di un'addiction come tentativo di autoterapia (Kanthzian, 1985); la considerazione per me nuova è che al di là di questa ipotesi etiopatogenetica del tutto acclarata, l'esordio di un'addiction costituisce un evento di per se stesso traumatico a livello sinaptico ed esistenziale (Pintus, 2017; Pintus e Grech, 2019), vale a dire un evento che non può essere integrato e non ha quindi accesso alla zona creativa. Infatti quando l'organismo vive una esperienza talmente forte e dirompente da non riuscire a integrarla nello sfondo, quell'esperienza interrompe la fisiologia figura/sfondo e diventa sostitutiva di un'esperienza di crescita (Pintus, 2011, 2014). Essa diventa una "Gestalt congelata", uno schema o una sequenza che non si presta a (*nessun*) tipo di decostruzione, di ricombinazione creativa e di gioco.

In effetti “sul piano neurobiologico le esperienze traumatiche e quelle addictive sono assimilabili per una comune vulnerabilità dettata da «una dissociazione tra le funzioni prevalentemente codificate nell'emisfero destro (“emotive”) e nel sinistro (“cognitive”) nella forma di una carenza dell'integrazione” (Pintus, 2015, 63)

Il lavoro gestaltico nelle dipendenze è dunque orientato a favorire l'integrazione tra funzioni cognitive ed emotive in un rapporto di scambio nutritivo con l'ambiente che aiuti a dissolvere la desensibilizzazione dell'esperienza traumatica e rinnovare il potenziale vitale del campo fenomenico (Pintus, 2017, 229). È stato infatti Ginger (2002, p. 239) a mostrare come la relazione terapeutica gestaltica agisca sulle aree dell'ipotalamo e sui lobi frontali e prefrontali aumentandone la mobilità e il livello di attività.

Comunità terapeutica come sostegno allo sfondo

Iacolino nel suo lavoro analizza il percorso epistemologico che ha portato allo sviluppo di un modello di intervento comunitario gestalticamente fondato dall'originario e originale lavoro sulla comunità terapeutica di Margherita Spagnuolo Lobb (1997) a quello di Paola Argentino (2013).

Abbiamo visto come il lavoro terapeutico gestaltico è cambiato in modo sincrono con i cambiamenti paradigmatici del tempo e con le nuove forme di sofferenza; sempre più l'attenzione del terapeuta deve essere posta, infatti, allo sfondo del paziente nel suo rapporto con l'ambiente e alla spontaneità dello sviluppo polifonico dei domini (Spagnuolo Lobb, 2012, 2015).

La comunità terapeutica gestalticamente orientata può diventare un perfetto setting in cui lavorare in modo sistematico sulla ricostruzione ed integrazione dello sfondo fisiologico e dello sfondo sociale del paziente (Spagnuolo Lobb, 2001, 2015), contribuendo ad una migliore capacità di identificazione del paziente e di recupero della sua spontanea creatività. La comunità si configura dunque come un laboratorio per il lavoro sulle funzioni del sé (Perls, et al., 1997; Cavaleri, 2003).