

Psicoterapia e dipendenze. Dal trattamento supportivo alla cura fenomenologica

Antonietta Grandinetti*, Francesco Grieco**

SUMMARY

■ *A subject which is often not given the importance it deserves concerns addiction psychotherapy. Starting from taking into account the complex and problematic characteristics of this peculiar psychopathology, there will be an effort to trace back the fundamental canon of the healing process to supportive treatment. Later on, expanding on the subject, we will take into account the possibility of a phenomenologically oriented treatment, and include it into the number of those psychotherapies which are better suited to respond to the typical aspects of these clinical conditions.* ■

Keywords: *Pathological addictions, Supportive psychotherapy, Clinical phenomenology.*

Parole chiave: *Dipendenze patologiche, Psicoterapia supportiva, Fenomenologia clinica.*

Publicato online: 08/07/2021

In questa sede si cercherà di puntualizzare un aspetto piuttosto controverso della terapia delle dipendenze patologiche (DP), vale a dire l'intervento psicoterapico, nelle sue possibilità e criticità. Proveremo ad articolare il discorso, avvalendoci anche dell'ausilio di una narrazione clinica, al fine di sviluppare un abbozzo di discussione tesa a indicare le "virtuali" condizioni di possibilità che consentono la messa in opera di tale intervento. Una questione che colpisce immediatamente è la scarsa considerazione di cui godono le dipendenze, in genere, nei programmi di formazione delle scuole di psicoterapia, emblematica testimonianza, probabilmente, del carattere ostico e spesso poco disponibile al cambiamento mostrato dai pazienti affetti da questa condizione clinica; la stessa definizione OMS di "malattia cronicorecdivante" probabilmente scoraggia dal prendere sul serio il lavoro psicoterapeutico diretto a un problema clinico di tale portata. Eppure innumerevoli esperienze, riflessioni e teorizzazioni hanno incardinato concrete prassi terapeutiche sul terrapieno solido dei trattamenti classici.

È pur tuttavia evidente che i *setting* tradizionali necessitano di un adeguamento anche sostanziale allo specifico psicopatologico che le DP esibiscono; cosa che impone alla stessa articolazione didattica il superamento di inerzie generalizzanti.

Ma procediamo con ordine: dalla tossicodipendenza – quale forma storicamente emersa dal contesto della modernità e prototipo su cui si è esercitato in senso esplicativo il pensiero clinico riguardo ai fondamenti e ai significati dell'uso delle sostanze psicoattive genericamente definite "droghe" – alle attuali dipendenze patologiche, si è snodato un percorso di interpretazioni del fenomeno e di prassi di cura fatto di momenti descrivibili in

maniera piuttosto agevole come fasi discrete di un cammino continuo, quantunque accidentato.

Inizialmente è possibile inquadrare una fase paternalistica, sostanziata da una certa valutazione del comportamento tossicomane e screziata da molteplici incrinature moralistiche: senza abbandonare del tutto il concetto acritico di "vizio", ridefinito in un'accezione sociologica tramite l'attributo di devianza, si procedeva all'attuazione di pratiche fondamentalmente rieducative. Successivamente è emersa una cultura più scientificamente informata, con presupposti di tipo liberale, che si poneva nella condizione di rispondere in primo luogo alle emergenze sanitarie e sociali (pensiamo alla cosiddetta "riduzione del danno"), e quindi provava ad attivare nel paziente un processo trasformativo che potesse fondarsi sui suoi bisogni effettivi e sulle potenzialità, per lo più inesprese, collocate *in nuce* nello stesso soggetto (il colloquio motivazionale ne è l'esempio più calzante e al tempo stesso ancor oggi più imprescindibile).

Tuttavia, considerare le DP come entità presentanti alla base una psicopatologia¹ suscettibile di essere affrontata con gli strumenti utilizzabili in altre condizioni di disagio psichico, benché adattate in modo appropriato, ci sembra una matura necessità, rispetto alla quale siamo sollecitati a credere che non tutto il potenziale terapeutico esprimibile in tal senso sia stato ancora sperimentato, a parte esperienze pilota ancor troppo di nicchia. Un solo esempio, piuttosto promettente, che ci limiteremo semplicemente a segnalare, ma rispetto a cui occorrerebbe affidarsi con più fiducia nei programmi di trattamento delle dipendenze, è relativo alla questione del trauma complesso e dei suoi relativi sviluppi sull'equilibrio psichico di un soggetto.

Esiste ormai una vasta letteratura sull'argomento che ha generato protocolli di intervento specifici e rigorosi², specialmente all'interno del mondo cognitivista oltre che psicodinamico, con procedimenti terapeutici manualizzati, utilizzo dell'EMDR³ e della *Mindfulness*⁴.

* Psicologo-psicoterapeuta, Direttore U.O. Ser.D. 2 Salerno.

** Dirigente medico-psicoterapeuta U.O. Ser.D. 2 Salerno.

La condizione dipendente, molto spesso, s'invera in una storia clinica complessa, con attaccamento disorganizzato, fenomeni dissociativi e disturbi della metacognizione⁵, per cui sarebbe auspicabile un trattamento che si concentri sugli sviluppi traumatici con gli strumenti adatti.

Le esperienze in tal senso sono tuttora limitate a poche realtà di riferimento, ma sarebbe un notevole passo avanti estenderle il più possibile, con una sola indicazione piuttosto imprescindibile: il contesto adatto a praticare tali procedure di cura sarebbe la Comunità (psico)terapeutica⁶, una struttura riadattata a una visione avanzata della psicopatologia, che potrebbe fornire anche il necessario contenimento rispetto all'emersione di vissuti emozionali torridi che, lasciati sconsideratamente in libertà, destabilizzerebbero i pazienti e potrebbero provocare con una certa facilità il ritorno alla modulazione emotiva ottenuta attraverso il comportamento sintomatico.

Ma, a parte tale situazione ottimale, come poter intervenire, soprattutto in ambito istituzionale, sulle DP con una psicoterapia? Sorvoliamo sul caso di un paziente attualmente astinente e compensato o che magari presenti una condizione clinica meno seria, dato che in questi casi si potrebbe intraprendere una forma qualsiasi di terapia psicologica, e concentriamoci invece sui pazienti gravi, con compromissioni diffuse a vari ambiti vitali. Siamo qui di fronte a soggetti in genere fortemente dipendenti, magari con disturbi di personalità marcati e varie complessità aggiuntive; una complicazione dopo l'altra che rende aggroviata la questione della cura e fa ben comprendere il carattere difficile di una tale psicopatologia.

Una risposta generalmente efficace e facilmente approntabile è data da forme di *counseling*, di colloqui psicosociali che si limitano a rispondere a obiettivi limitati su un piano sostanzialmente di realtà, colloqui che vengono messi in opera anche da figure non specialistiche (quindi non solo da psicoterapeuti), semplicemente formate al tipo di intervento cui sono chiamate, intervento consistente per lo più nel cogliere le questioni di fondo e nello stimolare una possibile risoluzione⁷.

Non faremo altresì riferimento, limitandoci alla semplice citazione, alla terapia cognitivo-comportamentale "classica", trattamento fortemente manualizzato che incrocia esplorazione e modificazione di contenuti consci e preconsoci con virile piglio psico-pedagogico e che sostiene validamente alcune operazioni di cura come ad esempio la *prevenzione della ricaduta*⁸.

Rifacciamoci piuttosto alla classica distinzione tra interventi espressivi e supportivi, con le annesse mescolanze di ingredienti. Più volte è stato proposto uno schema che introduce una prospettiva dimensionale, al cui interno poter collocare le forme di trattamento secondo il classico binomio espressivo/supportivo; se da un lato polare si situa la psicoterapia espressiva (esemplificata innanzitutto dalla psicoanalisi, classicamente intesa), procedendo verso l'altro polo ritroviamo successivamente forme miste a diversa gradazione di ibridazione, per approdare finalmente alla psicoterapia supportiva⁹.

Parallelo a questo continuum bipolare, se ne sovrappone un altro, costituito dalle indicazioni dei diversi trattamenti prescrivibili a seconda dell'ipotesi diagnostica, che ripercorre lo stesso andamento in modo tale che le situazioni meno gravi coincidano con il piano della massima espressività; quindi, proseguendo nell'altra direzione, con l'aumentare del grado di difficoltà clinica si prospettano le forme miste, fino a far coincidere la "pura" supportività con le situazioni più gravi¹⁰.

Per Gabbard¹¹, verso il polo espressivo si collocano in primo luogo gli interventi basati su *interpretazione, chiarificazione e confronto*, mentre «più vicini al polo supportivo del continuum

sono l'*incoraggiamento a elaborare* e la *validazione empatica*¹²; si tratta, tuttavia, di prevalenze all'interno di uno specifico trattamento, ma le funzioni di supporto sono certamente tese innanzitutto a incrementare l'alleanza terapeutica in quei pazienti più difficili da trattare.

Infine, non è da trascurare, in certi casi, la necessità di lasciar trapelare dalla conduzione della terapia un'impronta pedagogica.

In corrispondenza dell'estremità supportiva del continuum si trovano gli *interventi psicoeducazionali* e i *consigli ed elogi*.

Sono interventi di norma molto più frequenti nella psicoterapia supportiva [...] Negli interventi psicoeducazionali il terapeuta fornisce ai pazienti informazioni specifiche correlate alla sua formazione professionale [...] Gli elogi sono diretti a rinforzare comportamenti e atteggiamenti positivi e costruttivi; con i consigli il terapeuta esprime invece le sue opinioni su questioni che sono oggetto di preoccupazione per lui o per il paziente¹³.

Tutti i precedenti riferimenti fanno capo specificamente all'indirizzo psicodinamico, ma certamente è possibile declinare questi concetti indirizzandoli verso pratiche più generaliste di cura.

A questo punto si impone una riflessione necessaria: in un senso preminente, come esposto in precedenza, le dipendenze patologiche sono espressioni di una *psicopatologia* complessa e grave, e per quanto siano certamente esperibili forme cliniche più semplici e lineari al punto da richiedere interventi più classici e convenzionali, una buona parte di esse presenta criticità sul piano meramente clinico, e non solo.

Problemi di natura sociale e legale si sovrappongono spesso a una strutturazione della personalità deficitaria, con relativa sintomatologia, e distorsioni della relazionalità, oltre che a complicazioni somatiche; senza contare, naturalmente, che la complicata condizione dipendente è già di per se stessa foriera di estrema refrattarietà alle modificazioni.

Tutto questo, dunque, implica la necessità di un trattamento compatibile, adatto a forme cliniche tipicamente gravi.

Per le ragioni suesposte, la terapia supportiva sembrerebbe la strada più concretamente percorribile.

Va pure aggiunto che il trattamento delle dipendenze patologiche, in una percentuale alta di casi, avviene in ambito istituzionale.

Questo ha come conseguenza la necessità di affidarsi a modalità terapeutiche flessibili e meno vincolate a rigidità protocollari; la stessa funzione del terapeuta si esplica attingendo a un ventaglio di interventi possibili ampio e variato.

I caratteri di fondo di un trattamento supportivo sono stati ampiamente delineati dalla letteratura scientifica¹⁴; proviamo pertanto a riassumere per grandi linee la questione, non prima, però, di aver chiarito meglio lo statuto di questa forma terapeutica.

Infatti, troppo spesso un intervento supportivo è stato inteso come qualcosa di grossolano e inferiore, un'arte povera e abborracciata destinata a fare il suo lavoro laddove non fosse possibile implementare una "vera" psicoterapia; con il risultato di delegittimare una pratica fondamentale, stringendola nell'angolo e dichiarandola una forma di cura meramente suggestiva, un'opzione puramente persuasiva, oppure legittimando lo scarto sostanziale e valoriale tra un artigianato prosastico (proprio di chi "semplicemente" *supporta*) e un'arte poetica fomentata da uno spirito espressionistico (la psicoterapia *pura*).

La realtà, crediamo, è un'altra: attingendo generosamente, nel suo procedere, al prezioso bagaglio costituito dai cosiddetti *fattori comuni* delle psicoterapie, il trattamento supportivo si propone come l'asse operativo fondante la nostra pratica terapeutica, il vero nucleo essenziale che, quale *sostanza*, accoglie in sé gli *accidenti*, rappresentati dalle più svariate tecniche sviluppate

dalle diverse prospettive, in funzione di complemento della cura; ciò, in altri termini, evoca anche la possibilità di una *psicoterapia integrata*.

In tal senso la terapia supportiva cambia *status*, ponendosi quale forma generalista, di base, rispetto alla quale l'intervento espressivo si posiziona nell'ambito più ristretto di una prassi specifica, se non specializzata.

E veniamo ora alla descrizione di questo linguaggio, provando a coglierne la grammatica ed, eventualmente, la sintassi.

Non a caso ci siamo espressi in questo modo: potremmo infatti piuttosto agevolmente parlare del sistema della *lingua* psicoterapeutica "generalista", come un sistema unitario, articolato nei relativi dialetti (i diversi modelli di cura) e inoltre, rispetto alla *concreta* attività dei singoli terapeuti, caratterizzato dalla dialettica interconnessa, *saussurianamente*, tra la *langue* comune e la *parole* del singolo curante, in reciproco influenzamento.

E questa "lingua comune", comprendente i suddetti *fattori di base*, in sostanza è rappresentata proprio dalla psicoterapia supportiva, dalla quale originano le prospettive delle singole scuole e, successivamente, le prassi reali dei terapisti in carne e ossa; in un continuo rimando che peraltro si diffonde nei due sensi, poiché aspetti sviluppati in autonomia dagli psicoterapeuti possono indurre da un lato delle modificazioni interne ai vari indirizzi e, dall'altro, imporsi nella visione generalista, magari ispirando alternative o suggerendo limature a concezioni e strategie d'intervento.

Un aspetto ulteriore che vorremmo sottolineare è la versatilità del trattamento supportivo, il quale può anche prestarsi, al di là dell'aspetto psicoterapeutico in senso stretto, a una certa psicoterapeuticità diffusa, alla creazione di un ambiente terapeutico generalizzato; ad esempio nel modo di organizzare un servizio. La pandemia da Covid-19 ha fatto emergere, in situazioni particolari in cui non era possibile mantenere la terapia classica, del resto per ovvi motivi, una potenziale risorsa nel consentire di *mantenere il legame, e quindi la relazione* con pazienti difficili e problematici, ad esempio attraverso contatti telefonici o anche telematici, i quali hanno altresì mostrato una capacità di intervento sufficientemente credibile, facendo strategicamente sperimentare una nuova pratica clinica in possesso di una certa efficacia. Qui non siamo in presenza di un'attività psicoterapeutica *stricto sensu*, in quanto non sarebbero soddisfatte le condizioni pregiudiziali per tale situazione clinica, bensì di un intervento supportivo necessario e prezioso in condizioni di emergenza.

Una psicoterapia telematica – o telefonica – certo, non sostituirà la versione classica dell'intervento, non ne è un aggiornamento rispetto ai tempi, bensì può rappresentare un'estensione globale del "prendersi cura" come attività generale, al di là dei momenti canonici deputati, un "setting oltre il setting" che, governato con perizia e consapevolezza, amplierebbe la terapeuticità nei momenti di crisi o di contingenza straordinaria.

Giungiamo quindi al punto centrale.

Dagli esiti rintracciabili negli studi dedicati alla questione – dei quali non faremo menzione nel dettaglio – così come dalla stessa riflessione sul proprio lavoro da parte degli psicoterapeuti, emergono in maniera condivisa alcuni punti essenziali che fanno riferimento ai *tòpoi* sui quali si fonda l'azione terapeutica in funzione di supporto.

Vogliamo innanzitutto evidenziare lo stile del linguaggio utilizzato, definibile come *conversazionale*, più libero e partecipato rispetto allo stile classico, meno incline a interpretazioni profonde e a ruoli ben definiti nello scambio comunicativo.

Il clima appare pervaso da un'atmosfera laicamente colloquiale, lontana dal *pathos* dell'allusione e dell'evocazione implicato nell'incipiente emergere di contenuti inconsapevoli, così come

dall'aura sapienziale che connota, atmosferiologicamente¹⁵, certe sedute.

Semmai qui il carattere generale suggerito è "socratico", di scoperta comune e condivisa di aspetti consci o pre-consci, di una maieutica attrezzata ad affrontare questioni interpersonali ed, eventualmente, a ricostruire un percorso biografico coerente.

Naturalmente, tutto il processo di cura si fonda sulle possibilità offerte da una valida alleanza terapeutica, la costituzione della quale è il naturale obiettivo iniziale e lo sfondo continuo sulla cui base vanno nutrite le altre operazioni; l'atteggiamento empatico, l'ascolto interessato, l'accettazione rispettosa, la validazione emozionale, la normalizzazione sono le coordinate entro cui si svolge la collaborazione paziente-terapeuta.

Di primaria importanza sono altresì la riduzione dell'ansia e del vuoto alestitimico da un lato, e d'altro canto la necessità di esprimere approvazione (anche, in certi casi, tramite consigli e rassicurazioni) e di offrire collaborazione nella risoluzione dei problemi; una certa quota di ristrutturazione egoica implica inoltre aumento dell'autostima e di un sano adattamento, i quali sollecitano sia la capacità di autoregolazione emozionale, sia di previsione degli effetti del comportamento sulla base di un più maturo senso di realtà.

Questi aspetti così individualmente definiti dentro una ricognizione analitica vanno poi intrecciati a formare il tessuto resistente ed elastico dell'effettiva operatività verso uno specifico caso, quel che abbiamo definito l'"aspetto sintattico".

Va comunque sottolineato che, nelle dipendenze patologiche, vanno tenute in considerazione dei piani specifici di intervento, poiché nel paziente dipendente è opportuno integrare ulteriori strumenti terapeutici specificamente indirizzati a contenere i sintomi e a proteggere il paziente dalle ricadute [...]

Singole sessioni cognitivo-comportamentali indirizzate alla prevenzione delle ricadute, gestione del craving, e regolazione emotiva dovrebbero essere integrate alla PS¹⁶.

Spostandoci ora su un territorio differente benché, come vedremo, adiacente; vogliamo riferirci alle opportunità che ci vengono concesse da forme di psicoterapia a indirizzo fenomenologico.

A partire dalla prospettiva *fenomenologico-esistenziale* in psichiatria¹⁷ e dall'esperienza storica dell'*analisi esistenziale* di Ludwig Binswanger¹⁸, così come dall'utilizzo discreto di concetti nati da tale orientamento in alcuni percorsi psicoterapici, negli ultimi anni si è incominciato con una certa insistenza a intravedere la possibilità di un trattamento *pienamente* fenomenologico che, esondando dalla semplice tensione descrittiva della scuola di psicopatologi richiamanti a tale modello, possa contemplare una declinazione specifica dei principi fondamentali della fenomenologia psichiatrica nel senso della *cura*, per lo più in situazioni cliniche complesse.

Sorvoliamo, semplicemente citandole, le connessioni tra questa prospettiva e altri modelli, come quello psicodinamico o costruttivista, per riferirci a un suo utilizzo terapeutico "puro".

L'*antropoanalisi* binswangeriana rappresenta certamente il caposaldo e il precedente storico più accreditato di questo genere di cura; i presupposti su cui si articolava il procedimento terapeutico è un fondamento solido per gli attuali clinici che si richiamano al modello:

Binswanger esplora il soggetto in tre direzioni:

1. il soggetto è dapprima studiato nel *suo Io*, nei suoi valori propri, relazioni (amori, amicizia, coesistenza);
2. è studiato in seguito nel *suo proprio movimento*, cioè nella sua maniera di inserirsi nel mondo;
3. infine è studiato nella *sua apertura al mondo*, cioè nelle sue prospettive e nei suoi progetti vitali¹⁹.

Pur nella pluralità di atteggiamenti possibili, di certo il punto di partenza vincolante sta tutto nel metodo, vale a dire nell'*epochè*: secondo la teoria della conoscenza husserliana, l'operazione preliminare consiste nella "sospensione del giudizio", la quale permette ai fenomeni di imporsi direttamente alla coscienza senza mediazioni, per poter giungere alla radice delle "cose stesse".

In ambito terapeutico questo implica la messa da parte delle teorie che rappresentano il bagaglio delle conoscenze acquisite, per poter incontrare il fenomeno-paziente nella sua peculiare "essenza", prestando una particolare attenzione ai *modi* con cui egli si relaziona al mondo, al suo *essere-nel-mondo*, come maniera propria di abitarlo.

Il suo rapporto con il tempo, lo spazio, la co-esistenza, il corpo costituisce qualcosa di specifico e idiosincratico.

Il processo di cura, inoltre, si apre a un linguaggio metaforico, inteso però nel senso non banalmente convenzionale di segno arbitrario, bensì in ciò che allude a immagini prototipiche ed essenziali, qualcosa che si impone in quanto espressione di fenomeni "archetipici", tuttavia non caratterizzati da aspetti energetico-pulsionali, ma in quanto pura espressione di forme originarie della coscienza.

Quindi, sulla base di un clima terapeutico in cui dominano i fenomeni generali succitati – un'atmosfera empatica e non giudicante, un atteggiamento del curante teso all'ascolto e alla condivisione dei vissuti emozionali – e dopo la messa in pratica della riduzione fenomenologica, vengono innestate su tali premesse le prassi derivate dal cogliimento di strutture essenziali ed esistenziali, le quali formano anche l'oggetto su cui verte la relazione terapeutica nel suo svolgersi, eludendo i tecnicismi canonici per altre prospettive.

Naturalmente, in causa risulta esserci anche l'aspetto ermeneutico, il piano dei significati, la comprensione dei fenomeni:

Ma in che modo l'ermeneutica potrebbe essere la risposta all'obiezione di soggettivismo?

In quanto l'ermeneutica non è un'interpretazione a casaccio, avventata, sbadata e irrevocabile. Essa risponde a precise leggi di necessità²⁰.

La coppia paziente-terapeuta, coinvolta in un processo di trasformazione congiunta, è unita «nella comprensione, essendo all'opera un meccanismo di rispecchiamento reciproco e quindi di mimesi»²¹.

Con l'espressione di *Prassi mimetica*, Calvi intende una prassi intenzionale che «vuol dire prossimità e scambio, confronto e ulteriore avvicinamento, influenzamento reciproco fino alla metamorfosi», benché «l'attività individuale non sparisce, ma si attenua più o meno profondamente, cosicché l'identità permane»²².

Ritornando alla psicoterapia delle dipendenze patologiche – le quali, come è stato affermato in precedenza, sono condizioni in gran parte multiproblematiche –, si può considerare il loro trattamento su base fenomenologica una indicazione seria e convincente, suffragata com'è da diverse esperienze maturate nel tempo.

Una certa refrattarietà al linguaggio strettamente tecnico registrabile in simili condizioni fa propendere per una cura che affronti senza mediazioni il disagio.

Il primo passo di un simile processo è senz'altro rappresentato dalla costituzione di una valida alleanza terapeutica, esito non scontato, contaminato com'è da resistenze, atteggiamenti manipolativi e ambivalente incapacità di prospettare deviazioni esistenziali dal modo di vita perseguito fino a quel punto; la constatazione di un restringimento vitale, di una rinuncia alla propria tensione progettuale, si controbilancia con il possibile lutto

originato dalla cessazione di un comportamento atto al godimento e dall'inerzia esistenziale che compensa la perdita di evolutività personale con il conforto del già noto e dell'anestetizzazione immediata.

Il curante, a questo punto, non può far altro che mettere in moto un'operazione rischiosa, rendere la propria *presenza* un punto di riferimento, un potenziale contrafforte, non tanto mettendosi in competizione con la sostanza d'abuso o il comportamento patologico, quanto coinvolgendo il paziente direttamente, senza la protezione di una distanza imperturbabile, e animando il trattamento con il calore, che a volte può divenire torrido, delle emozioni.

Ma questo significa anche saper rientrare nei ranghi al momento opportuno, portare il paziente a ritirare le sue proiezioni idealizzanti che costituirebbero l'ennesima deriva verso la dipendenza e la privazione, l'allontanamento da una tensione che porti finalmente all'autonomia.

Il lavoro su una condizione emotiva desertificata, alessitimica, è talmente prioritario, da lasciare in secondo piano le altre operazioni di cui sopra, accessibili soltanto in seguito, a processo più avanzato.

Solo un vissuto emozionale deflagrato che scuoti il paziente, lo esponga a una possibile ricostituzione di sé – con la dovuta attenzione da parte del terapeuta che questo non lo faccia deragliare psicologicamente, il che comporterebbe un cattivo governo degli affetti e quindi la probabilità del ritorno all'atto patologico – può consentire un percorso trasformativo.

In altri casi, invece, potrebbe essere preferibile un incedere più cauto, maggiormente contenuto e prudente, ma sempre mettendo al centro il lavoro sugli aspetti emotivi del soggetto.

Una storia clinica, con la quale concludiamo la nostra esposizione, servirà a illustrare con un rapido esempio quanto affermato.

Arianna è una ragazza di ventisei anni che presenta una forma di abuso alcolico periodico associato a un disturbo schizotipico di personalità, disturbo per il quale è in trattamento psicofarmacologico.

Emerge fin dai primi incontri una marcata difficoltà a esprimere il proprio mondo emozionale, una difficoltà di linguaggio consistente nel non aver parole per i propri sentimenti, così da riuscire a esprimersi unicamente per frasi fatte apprese all'interno di una comunicazione intrafamiliare algida e rigidamente limitata a mere questioni pratiche, sistematicamente priva di sfumature affettive.

Vive con la madre (spesso depressa) e ha contatti frequenti con i fratelli più grandi, da cui si sente svalutata.

Alterna momenti di intensa allegria immotivata con altri di tristezza inconsolabile che la mettono in contatto con l'idea del suicidio.

Riferisce vissuti gravi di abbandono (il padre era deceduto quando la ragazza era pre-adolescente) e di delusione.

Sperimenta inoltre una certa indefinizione sessuale, con angustianti incertezze sul piano della scelta oggettuale.

Un trattamento di gruppo, saldamente volto alla conoscenza delle emozioni, non consente sostanziali progressi.

Successivamente viene concordata e disposta una cura orientata fenomenologicamente, che, attivando una forte traslazione positiva e quindi un livello emozionale alto, governato opportunamente nel corso del trattamento, consente alla paziente di sperimentare affetti intensi ai quali finalmente "donare parole".

Da qui si apre lo spazio per far emergere altri vissuti cui attribuire senso e per proseguire con un processo di cura che esplori ed elabori i temi centrali della paziente; il che si avvale anche dello stimolo all'espressione di emozioni ottenuto attraverso la reda-

zione di un diario che, facilitando la parola di Arianna in solitudine, senza la pressione dell'altro, fa sì che la ragazza possa riportare in terapia quanto ha "scoperto", con la scrittura, all'interno contesto dialogico.

Questa operazione permette un'emergenza di temi personalmente rilevanti che vengono quindi trattati in un'accezione *essenziale*, e dunque condivisi.

Mentre l'abuso di sostanze alcoliche scompare ben presto, il lavoro sugli altri aspetti prosegue in un tempo lungo, durante il quale si registrano una maggiore consapevolezza su di sé e alcuni risultati concreti rispetto a obiettivi sociali e lavorativi.

Il racconto clinico di Arianna, di cui si è fornito un resoconto stilizzato, descrizione di una situazione piuttosto articolata e intrecciata da svariati temi, è probabilmente emblematico di un modo di procedere (fenomenologicamente inteso) che permette, con duttilità e profonda attenzione, un procedere che se trae origine dall'esperienza capitale della psicoterapia supportiva, declina e riorienta il dispositivo terapeutico su basi originali e, crediamo, piuttosto efficaci e incoraggianti.

Note

1. Probabilmente, una visione psicopatologica delle dipendenze rende possibile sussumere al proprio interno sia la concezione neurobiologica ("malattia cronico-recidivante") che le ipotesi psicogenetiche radicali, dando spessore a un fenomeno complesso e plurale.
2. Ad esempio Montano A., Borzì R., *Manuale di intervento sul trauma*, Erickson, Trento, 2019.
3. Shapiro F., *EMDR. Il Manuale. Principi fondamentali, protocolli e procedure*, Cortina, Milano, 2019.
4. Rispetto specificamente alle dipendenze, cfr. Bowen S., Chawla N., Marlatt G.A., *Mindfulness e comportamenti di dipendenza*, Cortina, Milano, 2013.
5. Ciulla S., Caretti V., "Trauma, dissociazione, disregolazione, dipendenza", *Psichiatria e Psicoterapia*, 31, 2, 2012: 101-119.
6. Un esempio pilota è descritto in Hinnenthal I., Cibin M., *Il trattamento residenziale breve delle dipendenze da alcol e cocaina: il modello Soranzo*, SEED, Torino, 2011.
7. Per l'ambito delle dipendenze patologiche il riferimento classico è Miller W.R., Rollnick S., *Il colloquio motivazionale*, Erickson, Trento, 2004.
8. Per una rapida descrizione dell'intervento cfr. Cibin M. et al., "Prevenzione della ricaduta: Aspetti Biologici e Psicoeducazionali", in *L'Alcolologia nell'Ambulatorio del Medico di Medicina Generale*, Ministero della Sanità, Regione del Veneto, 2001, pp. 239-249. In effetti, il carattere fortemente destabilizzante costituito dal sintomo sosterrebbe l'ipotesi, in parte inedita, della possibilità di una *psicoterapia sintomatica*, concepita sul calco degli analoghi trattamenti medici.
9. L'omologa definizione di psicoterapia di *sostegno* è meno preferibile, anche per il riferimento implicito alla "didattica speciale" e differenziale che sembra indirettamente evocare, per quanto essa esprima in maniera icastica la necessità di accompagnare, *sostenendolo*, un paziente che altrimenti non potrebbe procedere oltre.
10. Hellerstein D.J. et al., "Supportive Therapy as the Treatment Model of Choice", *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 3, 1994: 300-306.
11. Gabbard G.O., *Introduzione alla psicoterapia psicodinamica*, Cortina, Milano, 2005. Si cfr. lo schema a p. 75.

12. Ivi, p. 82.

13. Ivi, pp. 83-84.

14. Un testo che affronta in generale le questioni inerenti al trattamento psicologico è Makover R.B., *La pianificazione dei trattamenti in psicoterapia*, LAS-Libreria Ateneo Salesiano, Roma, 1999. Non potendo riferirci alla vasta mole di lavori specifici sull'argomento, citiamo solo Winston A., Rosenthal R.N., Pinsker H., *Introduction to Supportive Psychotherapy*, American Psychiatric Publishing Inc., Arlington, VA, 2004.

15. Nel senso di Griffero T., *Atmosferologia. Estetica degli spazi emozionali*, Laterza, Roma-Bari, 2010.

16. Bellio G., "Il trattamento supportivo del disturbo da gioco d'azzardo (e delle altre dipendenze)", *Dal fare al dire*, 3, 2019: 28-29.

17. Un modello, questo, che nasce dal tentativo di riprendere in chiave clinica aspetti del pensiero filosofico, in particolare, di Husserl e di Heidegger.

18. Il pensiero clinico di questo autore è ben riassunto in una pubblicazione recente a cura di A. Molaro: Binswanger L., *Daseinsanalyse, psichiatria, psicoterapia*, Cortina, Milano, 2018.

19. Ey H., Bernard P., Brisset C., *Manuale di psichiatria*, Masson, Milano, 1979, p. 112.

20. Calvi L., *La coscienza paziente. Esercizi per una cura fenomenologica*, ivi, p. 68.

Bibliografia

- Bellio G. (2019). Il trattamento supportivo del disturbo da gioco d'azzardo (e delle altre dipendenze). *Dal fare al dire*, 3.
- Binswanger L. (2018). *Daseinsanalyse, psichiatria, psicoterapia*. Milano: Cortina.
- Bowen S., Chawla N., Marlatt G.A. (2013). *Mindfulness e comportamenti di dipendenza*. Milano: Cortina.
- Calvi L. (2013). *La coscienza paziente. Esercizi per una cura fenomenologica*. Roma: Fioriti.
- Cibin M. et al. (2001). Prevenzione della ricaduta: Aspetti Biologici e Psicoeducazionali. In: *L'Alcolologia nell'Ambulatorio del Medico di Medicina Generale*. Ministero della Sanità, Regione del Veneto.
- Ciulla S., Caretti V. (2012). Trauma, dissociazione, disregolazione, dipendenza. *Psichiatria e Psicoterapia*, 31(2): 101-119.
- Ey H., Bernard P., Brisset C. (1979). *Manuale di psichiatria*. Milano: Masson.
- Gabbard G.O. (2005). *Introduzione alla psicoterapia psicodinamica*. Milano: Cortina.
- Griffero T. (2010). *Atmosferologia. Estetica degli spazi emozionali*. Roma-Bari: Laterza.
- Hellerstein D.J. et al. (1994). Supportive Therapy as the Treatment Model of Choice. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*.
- Hinnenthal I., Cibin M. (2011). *Il trattamento residenziale breve delle dipendenze da alcol e cocaina: il modello Soranzo*. Torino: SEED.
- Makover R.B. (1999). *La pianificazione dei trattamenti in psicoterapia*. Roma: LAS-Libreria Ateneo Salesiano.
- Miller W.R., Rollnick S. (2004). *Il colloquio motivazionale*. Trento: Erickson.
- Montano A., Borzì R. (2019). *Manuale di intervento sul trauma*. Trento: Erickson.
- Shapiro F. (2019). *EMDR. Il Manuale. Principi fondamentali, protocolli e procedure*. Milano: Cortina.
- Winston A., Rosenthal R.N., Pinsker H. (2004). *Introduction to Supportive Psychotherapy*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing Inc.