

Amore tossico? Uno studio della relazione di coppia tra due tossicodipendenti.

Toxic Love? A case study on a couple relationship of two addicted.

Dolores Celona*, Federica Marchesi**

*Medico psichiatra, psicoterapeuta sistemico relazionale - DSM-DP AUSL Bologna; **Educatore professionale - DSM-DP AUSL Bologna

RIASSUNTO

L'articolo descrive un processo clinico condotto all'interno del Programma Integrato per le dipendenze patologiche e l'assistenza alle popolazioni vulnerabili del DSM-DP di Bologna.

L'intervento è stato effettuato con una coppia di utenti tossicodipendenti afferenti al servizio e si è avvalso di sedute di coppia e individuali.

La domanda iniziale è legata prevalentemente al supporto farmacologico mediante terapia sostitutiva e la tendenza ad espletare modalità relazionali tossicofiliche con richieste di farmaci aggiuntivi.

La scelta di effettuare settimanalmente incontri sia con la coppia che individuali ha aperto alla possibilità di inscrivere il tema della dipendenza e della marginalità sociale all'interno delle storie familiari di ciascuno, conferendo loro una nuova cornice di senso e favorendo un aggancio relazionale col Servizio.

Il lavoro ha prodotto la diminuzione delle modalità tossicomane, un cambiamento sia nella relazione di coppia che nei confronti del Servizio, non subordinata all'acquisizione ed assunzione di una sostanza, e la "creazione" di uno spazio psichico propedeutico alla rielaborazione del concetto sia di relazione che di individualità.

ABSTRACT

This article describes a clinical process conducted within the Integrated Program for pathological addictions and assistance to vulnerable populations of the DSM-DP of Bologna.

The intervention was carried out with the aim of addressing a couple drug's addicted belonging to the service and made use of couple and individual sessions.

The initial demand is mainly linked to pharmacological support with substitution therapy and the tendency to carry out toxicophilic relational modalities for requests for additional drugs.

The choice of having weekly meetings with both couple and individuals has opened up the possibility of inscribing the theme of dependence and marginalization within the family histories of each, giving them a new framework of meaning and fostering a relational connection with the service.

The work has produced the reduction of toxicophilic modalities, a change both in the couple relationship and in relation with the therapist, not subordinated to the acquisition and assumption of a substance, and the

Doi: 10.23823/jps.v5i2.90

"creation" of a psychic space preparatory to the re-elaboration of the concept of both relationship and individuality.

Parole chiave

Dipendenza, Disturbo borderline di Personalità, Senza fissa dimora, dipendenza affettiva, abbuffate di sostanze.

Keywords

Addiction, Borderline personality disorder, homelessness, relationship addiction, binge drug use.

Introduzione

“Dietro un adulto che, vinto dal nemico interno, distrugge la sua vita e i suoi affetti, c’è di solito un bambino sofferente cresciuto con una disperata mancanza d’amore.”
(Cancrini, 2003)

Alla fine degli anni Settanta il modello sistemico - relazionale ha iniziato ad occuparsi del fenomeno della dipendenza da sostanze (Minuchin et al. 1967; Haley 1980; Stanton e Todd 1982), ponendo in evidenza l’importanza della famiglia nella genesi, nel mantenimento e nel trattamento dei problemi legati all’uso e all’abuso di droga.

In particolare, si pone l’attenzione sulla possibilità di rintracciare una connessione tra l’uso di sostanze e il tipo di relazione che l’individuo ha con i vari sistemi in cui è coinvolto, sia dei coetanei, sia degli adulti sia, soprattutto, con quello della famiglia di origine. Viene formulata così l’ipotesi che i tossicodipendenti non siano solo “dipendenti” dalla sostanza, ma anche dal sistema relazionale che li coinvolge.

Il concetto di “pseudoindividuazione” (Stanton e Todd 1982) esprime il significato profondo che l’abuso di droghe rappresenta, proprio per affrontare le difficoltà e la crisi connesse ad uno svincolo “impossibile”: da un lato permette al giovane tossicomane l’illusione di autonomia e di emancipazione dalla famiglia sentendosi inserito in un gruppo con un ruolo comunque definito all’interno della sottocultura “della piazza”, dall’altro lo vincola ancora strettamente al sistema di appartenenza per le esigenze materiali e, nel tempo, per le problematiche emergenti di regola sempre più pressanti, economiche, giuridiche, sanitarie. A questa dinamica corrisponde il comportamento ambivalente del giovane tossicodipendente: da un lato aggressivo, trasgressivo, apparentemente indipendente, dall’altro dipendente, infantile.

In quest’ottica, lo studio di una relazione di coppia tra due tossicodipendenti mette in luce come tale rapporto rifletta dinamiche familiari/sociali interiorizzate dai pazienti.

Ciò comporta la creazione un *doppio legame* (Bateson et al, 1956) che, se da un lato consente il superamento di alcune avversità legate alla vita di strada e all’assunzione della sostanza stessa, dall’altro perpetua tali condotte di vita reiterando l’uso di sostanze e imprigionando la persona nell’attuale condizione di emarginazione.

La relazione col Servizio deputato alla cura parte da una modalità

Doi: 10.23823/jps.v5i2.90

strumentale con evidenti aspetti tossicofilici, per poi passare alla ricerca di una relazione protettiva improntata sul maternage e sul sollievo dall'ambivalenza della relazione di coppia.

15

Descrizione del caso

L' articolo descrive un processo clinico condotto all'interno del UO Dipendenze Patologiche e attività assistenziale alla popolazione vulnerabile e bassa soglia del DSM-DP di Bologna.

M è una ragazza di 22 anni che giunge al Servizio accompagnata dall'attuale compagno G, di 35 anni.

Il processo clinico ha inizio con una richiesta, da parte di entrambi, di una presa in carico farmacologica (con terapia sostitutiva) a causa di una dipendenza da eroina e cocaina.

L'ipotesi alla base del processo clinico è che si sia creato un triangolo perverso: si ipotizza che la coppia sia entrata in un circolo vizioso fatto di punizioni e ricompense in cui la sostanza e loro stessi vengono ciclicamente investiti del ruolo di salvatore, carnefice o vittima.

Le relazioni basate sull'intensità delle emozioni hanno effetti analoghi a quelli dati dalle sostanze stupefacenti. Gli alti e bassi emotivi possono creare dipendenza perché gli alti sono sostenuti dalla dopamina, che induce euforia, mentre quando la vittima sperimenta i bassi, non ha le energie e la lucidità per capire cosa sta succedendo perché tutto ciò che desidera è "un'altra dose".

In questo contesto è caratteristico l'autosabotaggio (quando le cose vanno bene, il paziente comincia ad essere inquieto). Il paziente è sempre alla ricerca di un nuovo amore e al contempo teme disperatamente l'abbandono. Da questo timore nasce il bisogno di controllare l'oggetto. E' in una situazione di svincolo apparente ma manca una reale autonomia. I comportamenti imprevedibili servono a tenere alto l'interesse e la preoccupazione dell'oggetto d'amore verso di sé (Cancrini, 2013).

Nella letteratura psicodinamica, la triangolazione come modalità relazionale abituale viene associata a tratti di personalità disfunzionali, come ad esempio il disturbo narcisistico o il disturbo borderline di personalità (Melges&Swartz, 1989). L'inserimento di una terza persona in una relazione diadica significativa può avere una funzione di controllo della relazione stessa. In questo caso specifico, il terzo, che viene utilizzato come tentativo di controllo da un lato e capro espiatorio dall'altro, è la sostanza.

Supponiamo, inoltre, che la relazione attuale sia il riproporsi di una dinamica relazionale appresa nel contesto familiare di origine, in cui la figura del figlio era quella deputata al preservare l'omeostasi familiare dal fallimento. Appare evidente il meccanismo omeostatico interiorizzato dai pazienti sia quello del disturbo borderline di personalità, in cui il bambino potrà vedere la madre in diversi modi: fonte di conforto nei momenti piacevoli (salvatore), fonte di pericolo nei momenti di esplosioni di rabbia (persecutore), come una persona da accudire nei momenti di forte depressione (vittima) (Liotti, 2011).

In quest'ottica, il bambino si percepirà allo stesso tempo come vittima-persecutore-salvatore, inizialmente nei confronti del genitore, per poi

Doi: 10.23823/jps.v5i2.90

generalizzarsi nel mondo esterno.

Nonostante entrambi abbiano un problema correlato alle sostanze, M. risulta essere la paziente designata. Si presenta immediatamente dicendo di essere “una doppia diagnosi”, è stata seguita in modo discontinuo dal SerDP di residenza fino a poco tempo prima e ha effettuato dei brevi ricoveri per un disturbo borderline di personalità associato a consumo di sostanze.

La coppia è nata nel novembre 2020, due mesi prima circa rispetto alla presa in carico.

Vivono insieme, in strada, dormono in una struttura abbandonata con altri senza fissa dimora con cui si interfacciano poco.

La coppia si presenta molto simbiotica, vengono al servizio sempre insieme, preferiscono da subito fare colloqui di coppia.

Il padre di M. era camionista, non è chiaro se usava sostanze, verosimilmente alcolista, morto di cirrosi quando M. aveva circa 7 anni. Lo ricorda poco (era sempre via per lavoro), vissuto come figura gentile nei suoi riguardi. Cresce con la madre e la sorella di 12 anni più grande.

La madre fa doppio lavoro (cameriera) per mantenere la famiglia, si vedono poco e lei è spesso da sola in casa, nei pochi momenti insieme hanno diverbi molto accesi, motivo per cui M. è uscita definitivamente di casa circa 3 anni fa.

Con la sorella riferisce di avere da sempre un rapporto molto conflittuale, la prende in giro, motivo per cui ha cercato di imparare a difendersi.

Riferisce di essere stata definita sin da bambina “disturbata”, le è stato raccontato di aver avuto problematiche adattative con scatti di rabbia segnalate dalla scuola già dall’età di 5 anni. Dai 18 anni ha lasciato definitivamente casa e si è trasferita a Bologna, dove ha iniziato ad usare sostanze e vive di espedienti, ricorrendo alla prostituzione e a furti per racimolare quel che le serve per vivere.

Ha avuto diverse relazioni molto brevi, si definisce affascinata dall’uomo maturo, “pelato e tossico, magari con dei tatuaggi”, ma preferisce terminare le relazioni quando si rende conto di essere meno amata della sostanza che il compagno assume.

G. viene da un’altra regione, è a Bologna da 6 anni. Era stato seguito 13 anni fa dal SerDP di residenza per dipendenza da eroina e cocaina per via endovenosa, ha fatto un percorso comunitario di 3 anni in cui ha curato anche un HCV e da cui era uscito con un reinserimento lavorativo andato a buon fine. Ha lavorato nelle pompe funebri stabilmente fino a settembre 2020, quando poi è stato licenziato a seguito di grave ricaduta per le sostanze, riferita slatentizzata alla deprivazione sociale correlata alla situazione pandemica.

Ha perso casa e ogni risparmio e da allora vive in strada. Ha una madre ex tossicodipendente che è stata in carcere per 12 anni, da poco agli arresti domiciliari ha avuto una ricaduta per la cocaina che le ha comportato la sospensione delle misure alternative. G. prova molta rabbia nei confronti della madre, in cui in parte si rivede per il percorso di vita (è stato in carcere anche lui, per poco tempo). Il padre è commercialista, attualmente non sa della ricaduta, conosce poco M ma non approva la loro relazione. G è molto preoccupato di perdere il rapporto faticosamente ricostruito con

Doi: 10.23823/jps.v5i2.90

suo padre, “non ci siamo parlati per anni”, ora riferisce che sanno gestire il conflitto in maniera “più adulta”.

Da gennaio a ottobre 2021 sono stati effettuati circa 40 colloqui, a cadenza settimanale, tenuti con medico ed educatore.

I colloqui sono stati prevalentemente di coppia, sono stati svolti circa 5 colloqui a livello individuale, sia con M. che con G.

Tutti i colloqui sono stati caratterizzati da contenuti molto intensi, con focus sul passato di violenze subite da M., sul ruolo salvifico della relazione di coppia come elemento stabilizzante innanzitutto per le “crisi” di rabbia di M. ma anche per il senso di vuoto da entrambi provato quando erano soli.

Dai colloqui emerge come la relazione abbia aiutato anche G, che se inizialmente era individuato come il più sano e colui che dava stabilità, durante il corso del periodo di esame presenta un nucleo depressivo fondamentalmente legato alla non accettazione della ricaduta, e un maggiore craving nei confronti della sostanza rispetto ad M.

Emerge anche una importante quota di rabbia di G., ben celata dietro la maschera del “bonaccione” che indossa durante i colloqui. M. racconta di momenti in strada in cui G. mette in atto importanti agiti aggressivi a seguito di blande provocazioni da parte di conoscenti.

Dai colloqui emerge, inoltre, un disturbo del comportamento alimentare da parte di M., che fino a due anni fa pesava 100 kg. Attualmente ne pesa circa 60 kg, ha perso peso con l’uso di cocaina e con ipoalimentazione.

Nei confronti delle sostanze emerge un uso non continuativo, entrambi riportano di effettuare delle “abbuffate” di sostanza (prevalentemente cocaina) quando G. percepisce l’assegno di disoccupazione, che termina nel giro di tre giorni.

Ciò interferisce molto con la loro progettualità, in quanto la difficoltà nella gestione economica comporta loro l’impossibilità di mettere in atto l’idea di affittare una stanza in cui vivere.

Nell’ultimo periodo, a seguito di un episodio in cui G. era “sparito” per alcune ore gettando via (a suo dire) l’ultima parte del denaro conservato, hanno concordato che M. si occupi della gestione del conto bancario.

Dall’inizio della loro relazione, nell’ottica di costruzione di un futuro assieme, hanno ridotto le condotte a rischio allo stretto necessario per la sopravvivenza, riducendo il consumo di sostanze.

Il focus primario dell’intervento con la coppia è stato quello di garantire l’adesione in maniera continuativa alla terapia sostitutiva, regolarizzando l’assunzione mediante l’accesso in quotidiana all’ambulatorio mobile del Servizio. Tale primo passaggio è stato fondamentale per stimolare una presa in carico che precedentemente era stata discontinua presso gli altri Servizi a cui si erano rivolti.

La cadenza settimanale dei colloqui ha consentito di creare una relazione terapeutica con gli operatori di riferimento fondata sulla fiducia e la possibilità di ricevere ascolto, modulando le richieste a tratti inverosimili e riportandole sul piano di realtà, incentivando la richiesta di aiuto nell’individuazione di piccoli obiettivi che abbiano come fine il raggiungimento di una maggiore autonomia e l’abbandono della vita di strada.

Il processo si è evoluto fino all’accettazione di un percorso di cura più

Doi: 10.23823/jps.v5i2.90

articolato e volto alla reintegrazione in un contesto sociale meno degradato. Pertanto, nel settembre 2021 è stato effettuato l'ingresso di entrambi in una clinica convenzionata finalizzato alla disintossicazione. L'obiettivo preposto e raggiunto è stato quello di stabilizzazione clinica per mettere i pazienti in condizioni di poter usufruire di un'accoglienza presso una struttura notturna del servizio ASP Città di Bologna.

Conclusioni e commento

Il rapporto di questa coppia risulta essere fusionale perché, nel loro assetto iniziale, ogni forma di individuazione viene avvertito come possibile minaccia al legame (Bowen, 1979).

Durante i colloqui si è ragionato sulla generosità di M. nel "dare" se stessa agli altri, di assorbire la negatività della sua famiglia interpretando la figura della "pecora nera", la bambina che nessuno voleva se non allo scopo di maltrattarla, giudicarla o deriderla. Allo stesso tempo ha dato il suo corpo agli uomini con cui intesseva relazioni promiscue, con lo scopo della ricerca di un posto nel mondo.

E' stato indagato il suo ruolo nella relazione con G. e la sua posizione nella coppia. All'inizio, infatti, presentandosi come paziente designata, aveva assunto un ruolo complementare down (Watzlawick et al., 1978) nei confronti del compagno che, essendo più grande di lei e avendo già esperienza di cura delle tossicodipendenze, era investito della responsabilità di "salvarla".

Con una conoscenza più approfondita abbiamo riscontrato che le transazioni comunicative, osservate direttamente nell' hic et nunc, vertono sul fatto che il ruolo salvifico venga impersonato da entrambi, a seconda della necessità e di come si cada spesso nella triade vittima-carnefice-salvatore.

La capacità di adeguarsi al contesto di G. fortifica e stabilizza le "crisi esplosive" di M., d'altro canto quando prende il sopravvento il vissuto depressivo di G. è M. a riportarlo in asse con il suo maternage.

La richiesta reciproca è di un amore totalizzante che, in realtà, è nato già con un duplice amante nel mezzo, ovvero la sostanza.

L'incastro collusivo di coppia (Dicks, 1967) consiste in una richiesta reciproca di accudimento materno che trova origine nell'infanzia di entrambi: lei racconta di una madre poco affettiva, assente in quanto molto presa dal lavoro; lui parla di una madre tossicodipendente e a lungo in carcere, nei cui confronti prova rancore.

Inoltre, i racconti delle abboffate di sostanze, dei comportamenti compulsivi nei confronti anche del "rituale" e della gestualità correlata all'uso, delle condotte di strada, dei loro continui litigi su chi è più "infognato", riflettono le resistenze della coppia a dialogare in termini introspettivi ed il loro frequente ricorso alla omissione.

La sfera della sessualità è poco presente, l'intesa orgasmica viene vissuta solo con l'inserimento nel rapporto della sostanza. M. recrimina in alcuni momenti questo aspetto, teme di essere meno desiderata della droga, a quel punto G. scivola nell'assetto depressivo, riportando la frustrazione di non essere capace di rialzarsi dall'attuale ricaduta e il senso di colpa nei confronti della compagna.

G. sembra temere il rischio di un proprio crollo psicologico nel condividere i suoi pensieri depressivi e le sue emozioni più intime, spesso poi riportati da

Doi: 10.23823/jps.v5i2.90

M. durante i colloqui, a seguito dei quali G. tende (quando possibile) a stemperare banalizzando quanto detto poco prima.

Ne consegue un incastro perfetto in cui la coppia allontana la sofferenza confinando l'esperienza condivisa solo sui piani di realtà.

Si può dire che entrambi gli elementi della coppia abbiano ricercato nel loro rapporto un equilibrio mettendo in atto quello che Minuchin (1974) definisce “modelli transazionali alternativi”, ovvero delle modalità interattive che la coppia possiede in potenza, ma che vengono scarsamente utilizzate, in ragione di una intensa forza omeostatica.

Nella terapia diviene rilevante che la coppia intende che le cose concrete devono cedere il passo alla riflessione su quello che, entrambi, possono essere sia come individui a se stanti che come coppia e sulle aspettative che hanno l'uno nei confronti dell'altro.

Nei colloqui è emersa, nonostante le difficoltà iniziali, l'evoluzione del rapporto che si è tradotta con la presa di consapevolezza nei confronti sia della tematica della dipendenza che relazionale, improntando i colloqui su piani man mano meno richiestivi di terapie farmacologiche e più su vissuti emotivi sia di coppia che individuali e all'allontanamento progressivo dalle sostanze e dalla vita di strada a favore dell'accettazione di soluzioni di sollievo (clinica e struttura notturna) prima categoricamente rifiutate.

I segnali incoraggianti che provengono dall'osservazione dei risultati che la coppia sta ottenendo ci hanno spinto a sondare la possibilità di addentrarci maggiormente nelle storie dei due pazienti e al contempo ha stimolato la ripresa dei contatti con le rispettive famiglie di origine.

L'intervento clinico ha permesso, dunque, ai pazienti l'individuazione di nuove capacità personali e strategie per arrivare ad una crescita individuale e ad un maggior grado di differenziazione.

Bibliografia

- [1] Bateson, G., Jackson, D.D., Haley, J., Weakland, J. (1956). *Toward a theory of schizophrenia*. Behavioral Science.
- [2] Bosi, D., Santamaria, C. (1993). *Collusione di coppia* in «Interazioni». Franco Angeli, 1/1993.
- [3] Bowen, M. (1979). *Dalla famiglia all'individuo*. Astrolabio, Roma.
- [4] Cancrini, L. (2013). *La cura delle infanzie infelici. Viaggio nell'origine dell'oceano borderline*. Raffaello Cortina Editore.
- [5] Cancrini, M. G., Mazzoni, S. (2003). *I contesti della droga. Storie di esplorazione, autoterapia e sfida: un approccio psicologico al fenomeno delle dipendenze attraverso la complessità*. Franco Angeli.
- [6] Dicks, H. (1967). *Tensioni coniugali*. Boria, Roma, 1992.
- [7] Haley, J. (1980). *Fondamenti di terapia della famiglia*. Feltrinelli.

Doi: 10.23823/jps.v5i2.90

- [8] Liotti, G., Farina, B. (2011). *Sviluppi Traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Raffaello Cortina Editore.
- [9] Melges, F. T., & Swartz, M. S. (1989). *Oscillations of attachment in borderline personality disorder*. *The American journal of psychiatry*, 146(9), 1115.
- [10] Minuchin, S., Montalvo, B., Guerney, B. G., Rosman, B. L., Schumer B. G. (1967). *Families of the Slums*. New York: Basic Books.
- [11] Minuchin, S. (1974). *Famiglie e terapia della famiglia*. Astrolabio.
- [12] Stanton, M. D., Todd, T. B. (1982). *The Family Therapy of Drug Abuse and Addiction*. Guilford Press, New York.
- [13] Stanton, M.D. (1979). *Famiglia e tossicomania*. *Terapia familiare*, 6, pp. 99-115.
- [14] Watzlawick, P., Beavin, J. H., Jackson, D.D. (1978). *Pragmatica della Comunicazione Umana*. Astrolabio.