APPsi Accademia di Psicoterapia Psicoanalitica della Svizzera Italiana

Lugano - Sabato 28/02/2026

Presentazion: *L'intervento si articolerà in un prima parte in cui verrà proposto un breve excursus rispetto ai principali passaggi che hanno caratterizzato la crescita e l'articolazione della clinica delle dipendenze nell'arco della sua relativamente giovane storia. Quali sono stati gli snodi che a partire dagli anni '80 del secolo scorso e dalla figura dell'eroinomane che ha caratterizzato gran parte della clinica e dell'immaginario rispetto alle dipendenze hanno condotto all'attuale panorama, decisamente più complesso e articolato? Lungo tale percorso alcune teorizzazioni, pensiamo alla teoria del trauma, o fenomeni emergenti come la diffusione delle dipendenze comportamentali hanno offerto nuove possibilità di comprensione e differenti chiavi interpretative, accanto ai mutamenti di sostanze e tipologie di consumatori.*

Nella seconda parte ci si soffermerà maggiormente su alcune riflessioni e affondi rispetto a tematiche contemporanee in cui il terapeuta, non solamente nei Servizi, incontra sempre più spesso quadri psicopatologici complessi in cui il tema delle dipendenze è spesso presente o compresente con differenti gradienti di centralità e salienza. Il diffondersi capillare sia in età giovanile che adulta di problemi legati alle dipendenze da sostanze, comportamenti, oggetti tende ad assumere connotazioni e coloriture sempre più relazionali, rispecchiando dimensioni del sociale e della (a)socialità contemporanea in cui siamo tutti immersi. Sollecitazioni che rendono oggi lavorare nell'ambito delle dipendenze patologiche qualcosa di particolarmente complesso e stimolante.

"Dipendenze: spunti e appunti di viaggio per una clinica contemporanea"

Dott. Gian Luca Cerutti
(Psicologo Psicoterapeuta individuale e di gruppo – Dipartimento Integrato delle Dipendenze
ASL Città di Torino - Socio COIRAG e Laboratorio di Gruppoanalisi)

INTRODUZIONE (Slide1)

Buongiorno a tutte e tutti,

vi ringrazio davvero e ringrazio in particolare il presidente Marco Celoria e Federica Audergon, per l'invito che ho accolto con gratitudine e curiosità. E' per me un piacere essere oggi qui con voi nel corso di questa mattinata.

Quando mi è stato proposto di intervenire sul tema delle Dipendenze mi sono chiesto quale contributo avrei potuto portare rispetto ad un argomento così ampio, così studiato, così discusso.

Riflettendo, alla fine ho realizzato che la traccia che avrei potuto seguire e che avverto come più autentica e coerente con la mia formazione ed esperienza è quella che, almeno in tutta una prima parte, correrà lungo un filo cronologico e per certi aspetti autobiografico. Vi proporrò quindi un intervento *in soggettiva*, sperando di evitare il rischio di eccessiva autoreferenzialità. Quest'anno ho compiuto 50 anni e da circa 25 lavoro nell'ambito delle Dipendenze, ho quindi colto l'occasione di questa mattinata per rileggere questo quarto di secolo come una sorta viaggio, riguardare appunti e note a margine raccolte "*strada facendo",* per riflettere su quanto appreso, osservato, vissuto

Certo non sarà una ricostruzione esaustiva, mi soffermerò su alcune istantanee: **figure cliniche** che hanno segnato delle epoche, **snodi teorici** che hanno modificato il nostro sguardo, e **qualche interrogativo** che mi accompagna nel lavoro quotidiano. Oltre a qualche indicazione di possibili **mappe e rotte** rispetto ad un panorama attuale, quello delle Dipendenze cosiddette patologiche e dei consumi, che si è decisamente complessificato.

La mia traiettoria professionale si snoda principalmente dentro il Servizio pubblico italiano, a Torino, dove ho iniziato prima come tirocinante e poi come psicoterapeuta nel 2002, in quello che allora si chiamava ancora Ser.T., ambulatori pubblici tra la fine degli anni '70 e l'inizio degli anni '80 in Italia col mandato di presa in carico, cura e riabilitazione delle persone con problemi di tossicodipendenza e i lori famigliari. Nota non secondaria, lavoro quotidianamente in **èquipe multidisciplinare** accanto a educatori, medici tossicologi e psichiatri, assistenti sociali, infermieri.

(Slide2) Quali sono gli interrogativi da cui sono partito? Quali sono stati i cambiamenti più significativi che hanno riguardato la clinica delle dipendenze in questi anni?

Le sostanze?

I pazienti?

O il modo, la lente e lo specchio attraverso cui guardiamo?

(Slide3) Prima traccia: di persone e di sostanze

Proverò quindi a descrivere brevemente, attraverso qualche fotogramma e qualche tratteggio, quali sono stati nell'arco di circa 40 anni di clinica delle dipendenze, le principali tipologie di consumi e di persone e che si sono rivolte nostri Servizi. Figure prototipiche, per certi aspetti "*archetipiche*", che in qualche modo hanno incarnato lo *spirito del tempo* e hanno sollecitato e accompagnato gli operatori delle Dipendenze a mettersi in discussione e mettere in discussione sguardi, pensieri e pratiche. Per arrivare ad uno sguardo sul presente, che tenga conto delle varie stratificazioni e delle continuità di senso, di uso, di tematiche e al contempo di quali le siano le principali discontinuità e differenze.

Quando mi sono affacciato alla professione e al mondo della tossicodipendenza, a cavallo del nuovo millennio, dalla stanza del mio ambulatorio ho visto passare nei corridoi, entrare anche solo per qualche colloquio, oppure ho seguito con continuità per alcuni anni persone che usavano principalmente l'**eroina** come sostanza di elezione. Uomini e donne tra i 40 e i 50 anni, che avevano iniziato negli anni 70 e 80, altri giovani adulti tra i 20 e i 40, già di una generazione successiva alla prima.

(Slide4) Sono stati loro, gli **EROINOMANI,** che mi hanno accompagnato nei primi passi di un mondo e di territori allora per me pressoché ignoti.

Coloro che hanno forgiato e fondato gran parte **dell'immaginario relativo alle tossicodipendenza**.

E spinto istituzioni, politica, sanità, impianti legislativi ad occuparsi di come arginare e curare un fenomeno che sul finire degli anni 70 in Europa occidentale si era trasformato in breve tempo e in maniera dirompente in una sorta di epidemia ed enorme piaga sociale, coinvolgendo e interessando migliaia di giovani e di famiglie.

In maniera un po' artificiosa è come se potessimo rintracciare allora una linea di demarcazione dalla quale far iniziare la **presa in carico specialistica** e la cura delle dipendenze. In realtà sappiamo che il tema e il rapporto dell'uomo con le sostanze psicotrope è ben più antico gli stati alterati di coscienza è ben più antico e ben prima degli anni '80 del secolo scorso tanto è stato scritto, studiato, sperimentato.

La figura dell'**EROINOMANE**, porta con sé l'alone di una tossicodipendenza "sporca", cruda anche perché principalmente collegata all'uso della siringa e della modalità iniettiva.

Si pensi al romanzo e poi al film, Cristiana F. e "*I Ragazzi dello zoo di Berlino*", ad una sostanza e una tossicodipendenza che si è insinuata in una cornice storica e sociale in transito tra le tensioni socio politiche che hanno caratterizzato gli anni '70 e il successivo boom economico degli anni '80.

Nella prima fase del mio lavoro al Ser.T ho avuto l'opportunità di incontrare pazienti che mi hanno saputo descrivere luoghi, contesti, scorci interiori e metropolitani a tinte chiaroscurali. Nebbia e dimensioni crepuscolari.

Figure di sommersi e di sconfitti, di persone ai margini, contro o fuori dalla società. Di illegalità, reati, carcere, spesso in assenza di tratti primariamente antisociali.

E poi dell'incontro con una sostanza capace di accogliere, intorpidire, coccolare.

Portatori di un dolore senza nome, talvolta senza fondo, da calmare, da colmare, da anestetizzare.

E' la tossicodipendenza che ben tratteggia **Claude Olivenstein**, uno dei primi analisti ad aver approfondito da un vertice psicoanalitico le dinamiche della tossicodipendenza, quel dolore e spaesamento di Sé nel mondo che ha origini antiche. Olivenstein utilizza l'immagine dello *"specchio infranto"* per descrivere il **rapporto mancato** tra una madre "carente" e un figlio non visto, non accudito, non rispecchiato. Uno **specchio** che rimnda un'immagine di sé in frammenti, a pezzi, a buchi.

Una tossicodipendenza che è **mancanza e nostalgia**, oltre che è tentativo **di tenersi insieme**.

Al contempo l'eroinomane è stata una figura talvolta portava con sé anche dimensioni di sfida, quasi da eroe romantico. Riprendo il titolo di un testo di **Luigi Cancrini "*Quei temerari sulle macchine volanti*"**.

Un titolo che rimanda al desiderio di staccarsi dal suolo e dal peso specifico della vita per spiccare il volo, correndo il rischio di schiantarsi malamente.

Un libro che molto ha contribuito a spostare il focus dei trattamenti offerti ai tossicodipendenti da una dimensione prevalentemente morale/moralistica/ortopedica ad un approccio clinico e psicoterapeutico.

Torno nuovamente e per un attimo nella mia stanza: siamo sempre all'inizio degli anni 2000 e in numero progressivamente crescente, iniziano a presentarsi, più spesso ad essere portati un po' forzatamente accompagnati da famigliari spesso stremati e disillusi, persone con un problema di dipendenza primaria da **ALCOOL**, sostanza legale e tra le più diffuse **(Slide5).** Anche in questo caso, parliamo di una sostanza che ha attraversato i secoli, ma che rispetto al passato, a partire dagli anni '80 ha iniziato ad essere inquadrata e trattata come dipendenza patologica.

Se dal punto di vista dei consumi e delle modalità, tipologie di bevanda, culture del bere il rapporto con l'alcool sia mutato e si stia profondamente trasformando, nella traiettoria che sto seguendo ciò

che voglio sottolineare **come invariante** è quanto spesso la funzione dell'alcool resti fondamentalmente quella di una sostanza estremamente *friendly*.

Banalizzo un po', come il nero per i vestiti che tende ad intonarsi con tutto. Precede, accompagna, chiude serate, momenti conviviali, altri usi e altri consumi.

Nel momento in cui, tuttavia, il rapporto con l'alcool si sposta dal consumo, all'abuso a veri e propri quadri di dipendenza, l'alcolismo assume **connotati feroci**. Una **ieraticità** che spesso si traduce in **diniego**, **minimizzazione** di evidenza e una **deriva autodistruttiva** talvolta superiore a quella di altre sostanze.

La figura dell'**ALCOLISTA** presenta spesso quadri depressivi complessi, tematiche rabbiose, una grossa dimensione di trangenerazionalità e di incidenza del contesto famigliare e dei traumi.

E' una sostanza **double-face** o **multitasking**: utilizzata tanto per potenziare o attenuare gli effetti di altre sostanze o comportamenti. Quanto per sostenere, dare sicurezza, disinibire.

Per altri versi capace di slatentizzare e di lasciar fuori uscire, a volte prepotentemente, **rabbie ancestrali, pulsioni antiche**. Ho seguito individualmente molti pazienti alcolisti e condotto gruppi specifici e mi ha sempre colpito, tra le **notazioni atmosferiche**, co-transferali, quanto i climi in stanza siano mutevoli e variabili, un po' come il tempo nei paesi anglosassoni quando si passa della piacevolezza ed euforia di una giornata serena a scrosci improvvisi o tuoni rabbiosi e lampi in lontananza.

Dagli anni '90 in poi si affaccia invece sulla scena del consumo di sostanze, una nuova popolazione che più che figura prototipica. si potrebbe definire **Tribù.** Porta con sé nuove sonorità, nuovi colori, una differente scansione dei movimenti fisici e psichici, un'accelerazione del tempo e dei battiti cardiaci.

Sono prevalentemente giovani e giovanissimi che, salvo rari casi, non hanno varcato allora la soglia del Ser.T e dei quali, a parte servizi specialistici che sono nati in quel periodo o interventi in loco, dagli ambulatori ne abbiamo solo intravisto dalle finestre le **sagome danzanti** e percepito in lontananza frequenze di bassi e sonorità tribali.

(Slide6) I **consumatori di Nuove Droghe**, in particolare *MDMA e Amfetamine* in particolare e la cosiddetta **generazione in Ecstacy** ("*Generazione in ecstasy. Droghe, miti e musica della generazione techno*" F. Bagozzi). Che si inserisce in un panorama nel quale il fine settimana iniziava ad acquisire caratteristiche di stacco netto dall'ordinario e dal dovere, di sfogo, di svago, di ritualità collettiva.

Con relativi spazi e luoghi che ne diventano contenitori e templi, dalle discoteche, alle diverse parade (la *street parade* di Zurigo credo sia una delle più conosciute al mondo e longeve), ai Rave Party. Con la musica elettronica a scandire nuovi ritmi e far da colonna sonora a **desideri di contatto, connessioni, relazioni, piacere**.

Ho pensato di non trascurare il fenomeno, perché per diversi aspetti ritengo sia stato il prodromo e l'avvio di **una traiettoria di rapporto e funzione delle sostanze** tutt'ora decisamente diffuso e sintonico al passo di una società che è andata via via **accelerando** e richiedendo **livelli prestazionali** sempre più elevati e incalzanti.

In altre parole è come se il fenomeno del consumo di "Nuove Droghe" avesse iniziato ad evidenziare una differente radice rispetto gli effetti ricercati e alla funzione delle sostanze.

Quella che si irradierà nella direzione della **TOSSICOMANIA**, più che della **TOSSICODIPENDENZA**.

Quella che sostiene e spinge non solo verso il PIACERE, ma che sposta il baricentro e il domicilio verso un "fuori-di Sé", che porta a stare al ritmo, a stare al passo. Differenza enorme rispetto alle sostanze come gli oppioidi utilizzate fondamentalmente per lenire il DOLORE. Rimedio per provare ad abitare "il dentro", tollerando dimore interiori spesso anguste.

E a proposito di **performance elevate e di tossicomania**, arriviamo all'ultimo profilo che vorrei tratteggiare brevemente, **(Slide7)** i **consumatori di COCAINA** utilizzata per via endonasale. Che all'inizio del nuovo millennio abbiamo iniziato ad accogliere e prendere in carico. Il consumo era allora già diffuso in strati della popolazione e in contesti di uso per certi aspetti più elitari, prevalentemente anche in funzione del costo della sostanza, piuttosto che in ambiti delinquenziali/malavitosi associata a quadri di anti-socialità vera.

Persone che spesso prima di rivolgersi ad un ambulatorio pubblico erano stati seguiti in contesti privati sia individuali che gruppali. Per differenti motivazioni, non ultima una **questione di immagine** e di bisogni di differenziazione da altre categorie di consumatori.

Funzionamenti e strutture di personalità spesso con importanti **vulnerabilità dal punto di vista narcisistico** importanti, con una difficoltà estrema a stare in relazioni **improntate all'autenticità** per evitare sentimenti di **vergogna poco tollarabili**. E relativi vissuti transferali da parte del terapeuta spesso oscillanti tra sentirsi **uno specchio imbavagliato**, piuttosto che una **sagoma cartonata**.

Il passaggio che negli ultimi anni sta coinvolgendo diversi consumatori, dal consumo di **COCAINA** sniffata alla cocaina fumata, o cosiddetto **CRACK,** invece, mi sentirei di dire che presenta una discontinuità inaspettata, un vero e **proprio** *scarto,* repentino, ripido, scosceso e violento.

Se la sostanza di base resta la medesima, il crack altro non sia che il prodotto di una trasformazione chimica che della cocaina ne modifica principalmente forma e modalità di assunzione, molto diversa diventa la frequenza di assunzione, la velocità di indurre forte *craving*, le alterazioni sul piano del pensiero e sull''umore e i funzionamenti che va ad indurre.

Tanto da presentare e avere caratteristiche come fenomeno molto più simili a scenari di consumo antichi, in strada o su scene aperte, seppur con motivazioni bisogni alla base profondamente diversi.

Il sentiero percorso ci ha portato agli attuali e principali scenari di consumo, **la figura del Crackomane** la lascerò in sospeso e, se possibile rispetto ai tempi che abbiamo, mi piacerebbe riprenderla più avanti.

(Slide8) Seconda traccia: di teorie e di modelli

Proverò adesso a percorre a passo più spedito un'altra traccia che si è dipanata in parallelo a quella precedente con reciproci incroci e influenzamenti.

Invece di procedere per tipologie di utenza e sostanza, vorrei mettere in risalto **i principali nodi** e **snodi teorici** e **paradigmatici**, quelli di matrice prevalentemente psicologica, che hanno segnato il passo e aperto la possibilità a nuove comprensioni dei quadri che via via si sono presentati.

Con riverberi sia sul piano della comprensione clinica, che delle ricadute dal punto di vista trattamentale.

(Slide9) 1) il primo contributo su cui vorrei soffermarmi è stata tutta la **teorizzazione sull'attaccamento e il trauma** e la profonda connessione con lo strutturarsi in età adolescenziale e adulta di problematiche di dipendenza.

Aver iniziato come terapeuti e come équipe a dar più consistenza, valore e attenzione a quanti dei pazienti che incontravamo avessero attraversato e subito in infanzia e adolescenza abusi di vario genere, maltrattamenti, trascuratezza e altre **esperienze sfavorevoli infantili**, ha portato ad **anamnesi** più attente, a raccogliere e considerare diversamente le storie di vita.

Tenere maggiormente presenti le caratteristiche del **funzionamento post traumatico** ha portato dal punto di vista relazionale e cotransferale a leggere in maniera più attenta **le dinamiche** che spesso si strutturano **tra terapeuta e paziente** e con **il servizio e il gruppo curante**.

Ha offerto la possibilità di lettura di dinamiche di *vittima/carnefice/testimone*, non solo più come semplice **manipolazione** o e in una dimensione di **discontrollo degli impulsi** o di **agiti aggressivi**, ma come riproposizione di **modalità antiche**.

Penso anche all'eterna **danza di distanze e vicinanze** che immancabilmente i pazienti a funzionamento *border* propongono e in cui ingaggiano terapeuta ed équipe.

NOTA A MARGINE Non ne farò menzione specifica, mi limito a sottolineare l'imprescindibile rilevanza di tutti gli autori e delle teorie sulla psicoterapia e la relazione con i **pazienti con disturbi**

della personalità, che attualmente sono la prevalenza dei pazienti che vengono seguiti negli ambulatori.

Alla ricorsività delle **ritraumatizzazioni** o alle **riattivazioni traumatiche** in momenti e transiti della vita di particolare vulnerabilità, quali lutti o per esempio delle gravidanze.

Dal punto di vista delle ricadute sulle terapie si ampliato il ventaglio dei possibili trattamenti da mettere in campo: penso ad esempio agli approcci che contemplano l'utilizzo dell' EMDR, la Mindfullness, o alcune terapie di matrice cognitivo comportamentale.

(Slide10) 2) un secondo contributo fondamentale è stata tutta la **ricerca connessa alle neuroscienze e al funzionamento cerebrale**, in particolare i meccanismi biologici e psicologi alla base dei **circuiti del sistema gratificazione** (o circuito della *ricompensa*) che regolano **il piacere e la motivazione**.

Che rispetto al punto precedente, per altro ha messo in in ulteriore evidenza come i legami di attaccamento e le dipendenze condividano una parte di circuiti cerebrali connessi alla **ricompensa**.

Hanno sicuramente dato ulteriore consistenza alle nozioni **di tolleranza e soprattutto di craving** che è diventato uno dei **concetti centrali** rispetto ai **disturbi di addiction**.

Ma hanno aiutato il terapeuta su un piano di comprensione e possibilità di pensare alla dipendenza come una delle possibili disregolazioni del modo in cui il cervello risponde agli stimoli.

Relativamente alle "ricadute" rispetto ai pazienti, ne ho esperienza recente con un gruppo a termine di pazienti consumatori di crack che ho condotto. Alcune teorie come quella **dei tre cervelli di McLean** (*rettiliano, limbico e neocorteccia*), permettono per esempio di restituire loro in maniera un po' didascalica, ma comprensibile ed efficace, una maggior consapevolezza e traduzione di quanto accade loro quotidianamente dal punto di vista di vissuti e comportamenti orientati a cercare la sostanza o perpetuare il comportamento e poterne dare una **lettura meno auto-colpevolizzante e più neutra** (*ristrutturazione cognitiva*).

(Slide11) 3) Vorrei ancora fare un riferimento ad un capitolo decisamente attuale: le correlazioni tra l'ambito delle **le dipendenze e l'ambito delle Neurodivergenze**, in particolare con Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD).

Parto un dato raccolto empiricamente. Negli ultimi anni, mi è capitato seguendo pazienti consumatori di Cocaina e soprattutto di Crack di raccogliere in maniera apparentemente **contro-intuitiva**, che l'uso avesse come principale effetto quello **di dis-tensione e tranquillità,** legata ad una maggior **lucidità** e **stabilità e coerenza** dei pensieri.

Una sorta di effetto secondario di tipo **ansiolitico**. Come se la sostanza in questo caso fosse utilizzata primariamente non per la ricerca di un **effetto eccitatorio**, ma per **controbilanciare un dimensione di disregolazione** e ritrovare possibili **"convergenze"** e parziale stabilità.

Approfondendo le anamnesi ho rintracciato spesso percorsi scolastici fallimentari fin dalle classi della primaria, **difficoltà di concentrazione e attenzione**, "*teste e pensieri*" che fin dall'infanzia iniziavano a volare via e dalla classe si disperdevano altrove, la difficoltà a stare fermi o seduti al banco, la tendenza a rispondere male ed agire. Con tutto il corrispettivo di rimandi e rinforzi negativi da parte dei docenti e degli adulti di riferimento, di bocciature etc.

Le ricerche stanno mettendo in evidenza una correlazione significativa tra la diagnosi di ADHD e iperattività e **l'utilizzo di sostanze**, in particolare di alcune sostanze stimolanti con funzione di compensazione e autocura.

Mi sembrava importante farne cenno. Dal punto di vista clinico è un elemento che sta emergendo soprattutto nelle ultime generazioni di consumatori, complici presumibilmente anche tutta una serie di fattori del mondo sociale e di come sta mutando.

Come poi spesso accade rispetto alla di nuove acquisizioni teoriche o cliniche, in questa fase avverto **anche il rischio e la tendenza di un sorta di *"iperfocus" interpretativo*** rispetto di elementi e funzionamenti che si sovrappongono ad altri quadri clinici e possono avere altre origini e matrici.

Zimberg: un modello e un punto di vista relazionale e dinamico delle Dipendenze (Slide12)

Ho pensato importante citare **il Triangolo di Zimberg**, un modello apparentemente semplice, ma non semplicistico che ritengo uno dei modelli interpretativi delle dipendenze patologiche più completi e rispettosi della complessità. Intanto perché interpreta la dipendenza come campo e in una chiave relazione e multifattoriale, quindi con una proposta coerente con un approccio dinamico e psicodinamico.

E poi perché, oltre alla possibilità di essere proposto anche in situazioni di prevenzione e promozione della salute, piuttosto che fare da sfondo a politiche sociali come quelle relative alla Riduzione del Danno, offre la possibilità di essere tenuto nella tasca e nella mente del terapeuta, anche in setting diversi, ambulatori o stanza di analisi, ogni qual volta con un paziente ci si affacci o si entri in tematiche di dipendenza e tossicodipendenza.

In estrema sintesi è come se il **perimetro** e l'**area** della dipendenza, ogni qualvolta ci sia un episodio di uso o di comportamento additivo, fosse dinamicamente tracciato dalla relazione e interrelazione tra vertici differenti: la *sostanza (drug)*, l'*utilizzatore* (o "set") e l'*ambiente* (o "*setting*").

Allargando il campo e utilizzando il modello in meno focalizzata sull'episodio, attraverso le connessioni tra questi tre fattori è possibile leggere e dare profondità di campo a come si sia sviluppata e dipanata la storia di dipendenza, incrociandola con le vicende intrapsichiche, storia personale e famigliare, con i contesti di appartenenza culturale e sociale. O ripercorrere le fasi e le trasformazioni tra **consumo, abuso e dipendenze**.

Sentieri che si incontrano e ricongiungono

(Slide13) All'incrocio tra i due sentieri finora percorsi aggiungerei un **ultimo tassello**, tuttavia di enorme rilevanza.

Mancava ancora un'ultima figura prototipica, che ho tenuto volutamente da parte. A partire da 2010 e in maniera più significativa da dieci anni a questa parte , hanno iniziato a rivolgersi ed essere trattati dai nostri servizi i **GIOCATORI D'AZZARDO**.

Solo fino a qualche anno prima era difficilmente immaginabile una sala di attesa di un ambulatorio SerD in cui trovare seduti a fianco i consumatori di cui abbiamo parlato prima e persone con un problema come il gioco patologico.

In questo senso il trattamento dei **pazienti GAP** ha segnato un un passaggio per certi versi epocale: intanto in Italia ha sollecitato il cambiamento del **nome** dei Servizi specialistici che nel 2015 da Ser.T sono diventati Ser.D o Ser.DP.

Lo scarto di una sola lettera che tuttavia è corrisposto ad **un'apertura di campo grandangolare** che ha modificato e ampliato sguardi, panorami e paradigmi, oltre che percezione sociale del fenomeni collegati alle dipendenze.

Il dato di fatto di dover trattare situazioni di dipendenza patologica da gioco che presentavano **pattern di dipendenza** e **quadri astinenziali** simili a situazioni in cui l'introduzione di una qualsivoglia sostanza chimica produce cambiamenti a livello cerebrale, è stato di enorme interesse clinico.

Si è quindi aperto il campo delle **Dipendenze comportamentali** per cui attualmente nel Dipartimento in cui lavoro esiste un servizi specifico in cui vengono presi in carico pazienti con problematiche di cosiddette dipendenze comportamentali anche emergenti da **internet, social network, shopping compulsivo, ricerca del rischio e dipendenze sessuali/affettive.**

(Slide14) Tempo di sosta e di considerazioni

Attraverso questo excursus proporrei a questo punto di fermarci per qualche considerazione e qualche riflessione più attuale. Ve ne propongo **quattro**:

(Slide15) 1) Abbiamo visto come da un punto di vista storico e fenomenico quello oggi chiamiamo fenomeno delle *Addictions* affondi le sue radici nella tossicodipendenza, in particolare quella da eroina.

Tornando a **Olivenstein e alla teoria dello specchio infranto**, recupererei tale **rappresentazione** anche dal punto di vista metaforico: molto probabilmente quanto rispecchiato allora dalle prime generazioni di tossicodipendenti era un'immagine talmente deformata, spezzettata, sporca che le possibilità di r**ispecchiamento e anche solo di parziale identificazione** dal punto di vista sociale, individuale, anche controtransferale, anche per alcuni clinici e terapeuti era decisamente arduo.

Talvolta anche per gli stessi pazienti (esempio).

I riflessi e le rifrazioni di tale specchio evocavano e alludevano a **dimensioni perturbanti**, **inquietanti**, **angoscianti** (*erano anche agli anni della diffusione dell'infezione da HIV*) che sollecitavano **difese distanzianti o neganti**.

Il fenomeno della tossicodipendenza negli anni '80 potremmo immaginare abbia assunto una sorta di ***deposito Beta* sociale**, di **cestino dei rifiuti i**n una società in profonda trasformazione e in fase di crescita economica ed ottimismo ad oltranza.

Nel corso degli anni, anche attraverso i passaggi prima descritti, mano a mano che sotto il cappello Dipendenze Patologiche andavano ad aggiungersi **sostanze diverse, anche legali, comportamenti,** tale specchio si è gradualmente **allargato, complessificato**.

Attualmente e da alcuni anni ormai **lo specchio delle dipendenze patologiche** si è ampliato talmente tanto che paradossalmente è diventato più facile ritrovarsi rispecchiati, magari anche solo in qualche angolo, che non sentirsi chiamati in causa. Credo che questa sia una riflessione interessante da approfondire.

Al contempo nel **gioco di alternanze tra figura e sfondo**, il rischio dello specchio contemporaneo è che sia sempre meno netto e nitido nel distinguere **margini e confini**, inducendo una sorta di *iper-inclusività* in cui tutto o tanto può essere annoverato come dipendenza patologica (lavoro nelle classi con la prevenzione).

Lo stesso termine **"Dipendenze"** per come tendiamo ad utilizzarlo oggi sembra assumere semanticamente connotazioni e aloni negativi.

Mentre decisamente più *appeal* hanno dimensioni di **"in-dipendenza", autosufficienza e di saper e poter contare su sé stessi**. Spinta che sottotraccia spesso fa riferimento ad una visione individualistica e solipsistica della persona in un contesto di fragilità dei legami sociali.

In tal sento mi sembra di registrare un movimento contro-reattivo importante che porta con sè uno **sbilanciamento e negazione** rispetto a quelli che sono gli **aspetti di dipendenza e interdipendenza non solo fisiologici**, ma sani e costitutivi dell'essere umano e della socialità.

2) Tema dell'**interdipendenza**: in connessione col punto precedente ipotizzo che in una società che da tempo e nettamente ha spinto **sull'acceleratore dell'individualismo e dell'indipendenza** sia significativo e sintomatico il fatto che sempre più si abbia a che fare, certamente in età adolescenziale e giovanile ma non esclusivamente, con forme diverse di **attaccamenti disfunzionali, contro-dipendenze, fragilità dell'Io**. Credo che tutto ciò stimoli ad una riflessione più approfondita rispetto al tema dell'**interdipendenza**, del bisogno e della difficoltà di connettersi, sintonizzarsi e all'Altro che riprenderò nel finale.

Da questo punto di vista e dal punto di vista trattamentale i **setting gruppali** tornano ad assumere molteplici valenze e diventano osservatorio *in piccolo* di dinamiche interessantissime. Setting spesso da ridisegnare, rimodulare, sperimentare (*piccoli esempi dal gruppo con pazienti utilizzatori di Crack*).

3) Un altro tema collegato e che sento particolarmente attuale e la correlazione tra **iper-connessione e (@)socialità**.

Sempre più pazienti, e rispetto al mio osservatorio non sto parlando di giovani, il cui rapporto con la tecnologia, penso allo smartphone in particolare, non solo è di costante connessione alla rete attraverso social, giochi o chat, ma assume **una funzione vicaria** o **si accompagna all'uso di sostanze**, con un funzione di **regolazione emotiva**.

Come se assumessero una funzione di **spazio intermedio** e di **area transizionale e relazionale meno complessa**, facilitando certo le relazioni, ma al tempo stesso proteggendo dal **rischio del corpo-a corpo dell'incontro.**

In tal senso penso alle **nuove forme di (@)socialità** come elemento da tenere presente e approfondire con i pazienti, come possibile indicatore e segnalatore di conflittualità.

4) **Poli(tossico)dipendenza**: nel panorama attuale dei Servizi per le dipendenze, ma credo in maniera più estesa anche in **setting psicoterapeutici e contesti di cura differenti**, la caratterizzazione più frequente che si incontra rispetto all'utilizzo di sostanze è quella di persone che, con modalità e tempistiche differenti, utilizzano più di una sostanza ricercando effetti differenti o per potenziare/attenuare di del mix di sostanze.

Talvolta per altro, con una competenza ed un sorta di consapevolezza rispetto a quantità ed effetti ricercati in un determinato frangente o rispetto a quel determinato stato emotivo decisamente elevato (*chemsex, farmaci etc*).

(Slide16) Conclusione

"*La prima domanda non è perché la dipendenza, ma perché il dolore*" — Gabor Maté ("*Nel regno degli spiriti famelici. Incontri ravvicinati con le Dipendenze"*)

Forse oggi la domanda non è soltanto più perché il dolore.

E forse non è nemmeno perché il piacere o la performance.

La questione cruciale resta fondamentalmente quella **del legame**.

Parlare oggi di dipendenza e di clinica delle dipendenze, significa parlare della nostra difficoltà a **stare nelle relazioni, soprattutto quelle intime**. E contemporaneamente racconta della eterogeneità e delle smagliature **della trame e del tessuto dei legami sociali**.

Nella relazione di oggi ho proposto più volte l'**immagine dello specchio** come oggetto e metafora fondante.

Ma la **sfida** quotidiana del lavorare con persone con problemi di dipendenza resta fondamentalmente quella del come aiutare e sostenere l'**andare oltre lo specchio.**

Di come poter distogliere **lo sguardo** e uscire dall'incantesimo dell'**auto-riflesso** per incontrare l'Altro — e l'Altro in sé.

E' la **sfida** come terapeuti di proporsi come Altro e di essere disponibili all'incontro "*corpo-a-corpo*" e "*in carne ed ossa*", come direbbe Gilberto Di Petta.

È qui che torna e si gioca la possibilità dell'*inter-dipendenza*:

Nella terra di mezzo tra il rifugiarsi nell'*idem*, nel sempre identico dell'uso compulsivo. E il perdersi nell'*authos*, nel sempre fuori da sé, sbilanciati in un altrove che disancora dai propri limiti e baricentri.

È la sfida di imparare a **tollerare** lo **scarto**.

Imparare reciprocamente a contemplare il **resto** che non torna.
Il **residuo** e la distanza tra ciò **che siamo** e ciò che **vorremmo essere**.

E forse è proprio la **parola tolleranza** a offrirci un'ultima immagine.

In meccanica, la **tolleranza** è lo scarto ammesso tra una misura reale e una ideale. E il cosiddetto **intervallo di fiducia** che permette ai pezzi di muoversi senza incepparsi. Quel che rende **possibile il gioco**, e in altri termini **la libertà** di movimento.

In altri termini e in questa accezione di **tolleranza**, trovo un'analogia potente e fertile rispetto al senso più profondo dei legami e delle possibilità di "*stare-in-relazione*", nelle infinite sfumature, gradi di libertà e vincoli che comporta