Alessandro Bonetti,
Raffaella Bortino

Follia, tossicodipendenza e bisogni della persona

La doppia diagnosi tra psichiatria e dipendenze

Clinica delle dipendenze e dei comportamenti di abuso/Quaderni

FrancoAngeli

Clinica delle dipendenze e dei comportamenti di abuso

L'esperienza clinica degli operatori delle dipendenze patologiche è ricca e articolata: spesso si parte da zero e si fatica a far conoscere e comprendere agli "esperti" e poi alla società il senso dell'operare quotidiano. Punto di partenza di questa Collana è un'ottica culturale di apertura a un pubblico più vasto. Una sezione riguarda i *Testi*: il tema della clinica è affrontato oltre la tradizionale differenziazione teoria – ricerca – esperienze; rilevante è l'origine delle pubblicazioni, che trovano linfa nell'ambito dell'attività o comunque sono collegate agli operatori del settore.
Tematiche quali la prevenzione, la riduzione dei rischi, la riabilitazione e gli aspetti organizzativi vengono affrontati valorizzando le applicazioni utili all'intervento clinico.
Una seconda sezione è quella dei *Quaderni*: saggi, lavori congressuali e raccolta di esperienze, compresi studi e ricerche sull'utilizzo di strumenti e farmaci.
Infine i *Manuali*: materiale didattico, con la definizione di criteri, metodologie, consensus e linee di intervento.

Direzione editoriale: Alfio Lucchini

Comitato di redazione: Cinzia Assi, Maria Luisa Buzzi, Felice Nava, Giovanni Strepparola

Comitato Scientifico: Adriano Baldoni (Ancona),Giorgio Barbarini (Pavia), Renato Bricolo (Verona), Italo Carta (Milano),Giorgio Cerizza (Cremona), Massimo Clerici (Milano), Alessandro Coacci (Grosseto), Maurizio Coletti (Roma), Augusto Consoli (Torino), Antonio D'Alessandro (Roma), Antonio d'Amore (Caserta), Riccardo De Facci (Milano), Pietro Fausto D'Egidio (Pescara), Guido Faillace (Trapani), Maurizio Fea (Pavia), Riccardo C. Gatti (Milano), Gilberto Gerra (Parma), Enzo Gori (Milano), Bernardo S. Grande (Catanzaro), Claudio Leonardi (Roma), Franco Lodi (Milano), Teodora Macchia (Roma), Vincenzo Marino (Varese), Antonio Mosti (Piacenza),Giovanni Nicoletti (Roma), Pier Paolo Pani (Cagliari), Norberto Pentiricci (Perugia), Edoardo Polidori (Forlì), Eugenio Rossi (Milano), Achille Saletti (Milano), Giorgio Serio (Palermo), Alessandro Tagliamonte (Siena), Enrico Tempesta (Roma), Laura Tidone (Bergamo), Marco Tosi (Milano), Andrea Vendramin (Padova), Silvia Zanone (Roma).

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati
possono consultare il nostro sito Internet: *www.francoangeli.it* e iscriversi nella home page
al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

Alessandro Bonetti,
Raffaella Bortino

Follia, tossicodipendenza e bisogni della persona

La doppia diagnosi tra psichiatria e dipendenze

FrancoAngeli

Hanno collaborato al volume:
Guido Brivio, filosofo, collaboratore di “Fermata d’Autobus”.
Sabrina Caruso, psicologa presso FdA.
Massimo Greco, pittore e insegnante, collaboratore di FdA.
Antonino Guerrini, primario emerito in psichiatra, psicoanalista SPI.
Adriana Musso, psicologa, psicoterapeuta della famiglia presso FdA.
Alberto Paudice, medico psichiatra presso FdA.
Giovanna Urgo, psicologa, psicoterapeuta presso FdA.

Grafica della copertina: Elena Pellegrini

Copyright © 2014 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L’opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d’autore.
L’Utente nel momento in cui effettua il download dell’opera accetta tutte le condizioni della licenza d’uso previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Indice

Ringraziamenti pag. 9

Presentazione, di *Antonino Guerrini* » 11

Introduzione » 13

1. I segni della follia » 27
1. Psichiatria e follia » 27
1.1. Tratti psicopatologici comuni degli individui con segni di follia » 31
1.1.1. Considerazioni generali » 31
1.1.2. La relazione del curante e dell'operatore con il folle in comunità » 32
1.2. Il rapporto tra psicopatologia e manifestazioni cliniche » 34
1.2.1. Manifestazioni cliniche del bisogno di non aver bisogni » 36
1.2.1.1. Il bisogno di far sentire impotenti i curanti attraverso richieste impossibili » 36
1.2.1.2. Altra manifestazione del bisogno di negare di aver bisogni è espressa da certi disturbi anoressici e autolesionistici: anedonia ed alessitimia » 38
1.3. Manifestazioni cliniche quali comportamenti aggressivi causati da sentimenti di irrisarcibilità con bisogno di vendicarsi » 41
1.4. Manifestazioni cliniche antisociali, aggressività e disturbi del comportamento » 44

1.5. Manifestazioni cliniche di natura psicotica legate a condizioni di deficit pag. 47
1.6. Essenziale e superfluo » 51
2. La dipendenza dalle droghe » 52
2.1. La dipendenza » 52
2.1.1. La dipendenza patologica » 53
2.1.1.1. Alcune ragioni del passaggio dall'uso all'abuso » 54
2.1.2. Caratteristiche individuali che favoriscono la transizione alla dipendenza » 55
2.1.2.1. A proposito di fenotipi » 56
2.1.2.2. Periodi critici » 58
2.2. Il tossicodipendente al giorno d'oggi » 59
2.3. Dipendenze senza droga » 62
3. Un'ipotesi unitaria per "la doppia diagnosi" » 67
3.1. La nostra ipotesi » 67
3.1.1. Sull'origine della sofferenza » 69
3.1.2. Una metodologia per gli interventi nella "Doppia Diagnosi" » 73
4. Trent'anni di esperienza a "Fermata d'Autobus" » 76
4.1. Premessa » 76
4.2. I criteri diagnostici di G.C. Zapparoli » 77
4.3. Il nostro follow-up empirico » 78

2. I bisogni specifici e le modalità di autocura del paziente » 101
1. Alcuni criteri generali sui bisogni » 101
1.1. Sui bisogni sessuali della persona con segni di follia » 106
1.2. Bisogni specifici e disturbi alimentari » 110
1.2.1. Alcuni dati della letteratura » 112
1.2.2. Il nostro punto di vista » 114
1.3. Bisogni specifici e aggressività » 116
2. Modalità di auto-terapia dei pazienti » 120
2.1. Premessa » 120
2.1.1. In tema di auto-terapia » 122
2.1.1.1. Sulla fantasia di rinascita » 129
2.1.1.2. La scelta al negativo » 133
2.1.1.3. Le angosce di fine del mondo » 138
2.2. Intermediazione tra auto ed etero-terapie » 140
2.2.1. Sul significato delle manifestazioni sintomatiche » 140
2.2.2. Sui bisogni specifici e la scelta di una filosofia di vita » 142
2.2.3. Conclusioni sul concetto di autoguarigione » 145

3. Lavoro comunitario e pazienti con doppia diagnosi pag. 147
1. Premessa » 147
1.1. Il lavoro istituzionale » 148
1.2. Trasgressioni: il segreto e il tradimento » 157
1.3. La necessità di una veicolazione degli interventi » 168
1.3.1. Il "caffé filosofico", di *Guido Brivio* » 171
1.3.2. Il laboratorio di pittura, di *Massimo Greco* » 174
1.3.3. L'esperienza nel "Berry". Presentazione, di *Giovanna Urgo* » 178
1.3.3.1. Il Berry, di *Sabrina Caruso* » 179
1.3.3.2. Dinamismi nell'esperienza del Berry » 184

4. Considerazioni cliniche sul trattamento dei pazienti con doppia diagnosi » 189
1. Premessa » 189
1.1. Le resistenze al cambiamento » 192
1.1.1. Le relazioni terapeutiche con pazienti con problemi di follia e tossicodipendenza: l'accudimento, il contenimento e la comprensione dei bisogni » 194
1.1.2. La funzione di intermediario » 198
1.1.3. Interventi non interpretativi » 204
1.2. Disassuefazione dalle droghe e gestione dei bisogni » 209
1.3. Farmacoterapia e patologie con doppia diagnosi, di *Alberto Paudice* » 216
1.4. Differenti modi di guarigione e differenti strutture di cura » 219
1.4.1. Premessa di carattere generale » 219
1.4.2. La riduzione di un legame simbiotico da fusionale a parziale » 221
1.4.3. La riduzione di uno stato simbiotico originato da un legame gemellare » 223
1.4.3.1. Alcune considerazioni sui gemelli » 226
1.4.4. Il bisogno della costanza del dolore nei comportamenti dei pazienti con doppia diagnosi » 228
1.5. Pazienti con esperienze di abusi sessuali » 233
1.5.1. Persone con abusi sessuali nell'infanzia e patologia di "doppia diagnosi" » 237
1.5.2. Abuso e violenza » 240
1.5.2.1. Ipotesi di comunità doppia diagnosi femminile, di *Giovanna Urgo* » 243

1.6. Sui casi "impossibili" da gestire in Comunità pag. 250
1.6.1. Premessa » 250
1.6.1.1. Il potere del folle » 252
1.6.1.2. Il potere dei familiari » 256
1.6.1.3. I curanti ed il potere » 261
1.6.1.4. Necessità dell'integrazione » 263
1.7. Bisogni dei figli, bisogni dei genitori, di *Adriana Musso* » 264

Bibliografia » 273

Ringraziamenti

Con questo libro desideriamo esprimere la nostra riconoscenza a Giovanni Carlo Zapparoli per l'attività di ispiratore che ha svolto in quanto clinico, didatta e amico, il suo carisma ci ha fatto ricordare le parole di Masud Khan che "solo il genio trova ciò che non sta cercando; noialtri dobbiamo accontentarci di riscoprire ciò che già è stato scoperto per noi".

Ringraziamo inoltre la Comunità "Fermata d'autobus" per la sua tradizione e le sue radici culturali, che hanno costituito le basi per la ricerca che abbiamo compiuto; ed ancora gli operatori della Comunità, con Raffaella, per l'appassionato contributo alla riuscita dei programmi comunitari; ed Elisa Emer per il prezioso lavoro di raccolta di dati. Un riconoscimento commosso anche a Claude Olievenstein senza il cui contributo la comunità non avrebbe allargato certi ambiti del suo sapere.

Presentazione

di *Antonino Guerrini*

L'occasione che gli amici Bonetti e Bortino mi offrono di presentare il loro libro, mi permette di rivedere alcuni particolari legati alla presenza di Giovanni Carlo Zapparoli che nel libro trova ampi spazi di riconoscimento e che personalmente ha inciso in modo significativo sulla mia formazione personale.

Zapparoli psicologo, psicoanalista, ma in particolare grande conoscitore del paziente psicotico, ha sempre caratterizzato il suo sapere in modo tale da rendere partecipi e talvolta anche protagonista chi lo ascoltava, coinvolgendolo nella discussione. Personaggio di grande personalità, carattere difficile e non sempre tenero con i colleghi, ma sempre disponibile al confronto, al dibattito ed alla battuta facile, ha sicuramente rappresentato il punto di riferimento formativo di molti psicologi e psichiatri che a lui si rivolgevano nelle diverse fasi della loro maturazione professionale. Zapparoli ha creato il modello di integrazione funzionale della patologia grave introducendo il concetto di "bisogno specifico", come strumento diagnostico e di cura.

Il capitolo secondo del libro mette in evidenza modalità di auto cura del paziente sia per quanto attiene alla sessualità come funzione difensiva sia sottolineando i diversi aspetti della psichiatria medica e della psichiatria psicologica.

La seconda parte del volume amplifica il campo dell'indagine affrontando il lavoro comunitario, la doppia diagnosi ed il loro trattamento e nello stesso tempo il tema della simbiosi, della violenza, della ricaduta sulla famiglia, sui genitori e sui loro bisogni, ma anche sottolineando in modo articolato il senso di potere che si sviluppa in ognuno dei protagonisti. Il volume è anche ricco di esempi in particolare viene ampiamente analizzata e valutata l'attività della comunità "Fermata d'Autobus", storico esempio di residenzialità temporanea per soggetti con doppia diagnosi, importante co-

me lettura significativa dell'incidenza della malattia psichica e della tossicodipendenza, della loro sovrapposizione, ma anche di quelle che possono essere considerate le concause che sono alla base dell'avvenimento patologico (storia della famiglia, eventi significativi del periodo di crescita, l'integrazione sociale premorbosa nell'adolescenza e l'età di esordio dei disturbi, le manifestazioni sintomatiche), ma tutto ciò dimostra la possibilità della cura, il suo significato ed anche la sua importanza.

Nella parte centrale del libro l'argomento dei bisogni specifici, delle modalità di auto-cura messe in atto dal paziente, in numerosi esempi descritti dagli autori e riportati in modo chiaro e comprensibile, rendono interessante le diverse considerazioni cliniche che coinvolgono la figura dell'operatore, del paziente e dei familiari, perché prendersi cura di un malato psichico non costituisce un evento destinato al fallimento come purtroppo molta gente, anche tra colleghi, pensa. Prendersi cura di un paziente vuol dire ridare al malato il ruolo di persona e riconoscere in essa non solo l'esistenza di bisogni elementari, ma anche di bisogni per i quali l'altro, che noi siamo, diventiamo lo specchio di quello che lui vorrebbe essere ed in questo anche noi siamo un po' di lui.

Introduzione

In un dibattito tra operatori, partito da considerazioni sulle mutazioni sociali descritte in un saggio da A. Baricco (2006), ci siamo trovati a chiederci cosa era cambiato, durante questi ultimi anni, nel nostro lavoro in Comunità.

Da una prima impressione ci sembrava di non avvertire grandi cambiamenti e di essere rimasti sempre gli stessi. Nel proseguo del dibattito però abbiamo riconosciuto molti cambiamenti. Era cambiato innanzitutto il tipo di residenti. Erano cambiati i nostri atteggiamenti di fronte all'uso di certe regole nella struttura. Eravamo cambiati noi, che ci riconoscevamo diversi nel modo di operare; inoltre abbiamo riconosciuto che, da allora, era cambiato anche il pensiero sulla natura delle Comunità terapeutiche in genere.

Rapoport, ad esempio, nel 1960 in un saggio rimasto famoso, aveva individuato alcuni tratti che caratterizzavano le Comunità terapeutiche: la permissività, la democratizzazione, il confronto con la realtà, il senso comunitario. I primi due tratti, però, cioè permissività e democratizzazione, avevano rilevanza nel periodo in cui erano stati individuati, era il periodo nel quale la società aveva il problema del superamento degli ospedali psichiatrici e il desiderio di libertà tipico degli anni del '68, ora invece, quei parametri sono divenuti meno importanti; ma quali altri tratti descritti da Rapoport, ci siamo chiesti, sono tuttora rimasti a caratterizzare le comunità odierne? La nostra impressione era che, con gli attuali cambiamenti, si fosse perduta l'anima di certe esperienze del passato. L'introduzione dell'uso degli psicofarmaci nella pratica comunitaria, ad esempio, poteva esserne un'espressione? O essa era solo una conseguenza del cambiamento della tipologia degli utenti?

Oppure l'anima doveva identificarsi con l'entusiasmo degli operatori, agli inizi dell'esperienza comunitaria, rispetto ad un certo distacco degli operatori al giorno d'oggi?

Su questo tema ci ha stimolato un altro confronto suggerito sempre da Baricco che si richiamava al gioco del calcio.

Nel gioco attuale, sostiene lui, è stato eliminato il giocatore "privilegiato": "*nel difensore che attacca, come nell'attaccante che copre, sale in superficie un'utopia di mondo in cui tutti fanno tutto e in qualsiasi parte del campo*". Per fare accadere tutto in qualsiasi parte del campo, devi correre veloce, giocare veloce, pensare veloce. "*La medietà è veloce, il genio è lento*". Questo ci ha portato a considerare il senso di democratizzazione delle comunità, che attualmente, in certune, è in via di superamento con una regressione ed un ritorno ad una struttura più gerarchizzata. Forse più veloce e più efficiente. La democrazia richiede lentezza e fatica nelle decisioni.

Troviamo che occorre fatica e lentezza per riuscire a comprendere bene in profondità. È una fatica che non dà più piacere? Per questo tendiamo a scansarla? Siamo stati forse delusi dal nostro narcisismo che ci faceva onnipotenti?

Infatti, scrive sempre Baricco, "*l'idea che capire e sapere, significhi entrare in profondità in ciò che studiamo, fino a raggiungerne l'essenza, è una bella idea che sta morendo: la sostituisce l'istintiva convinzione che l'essenza delle cose non sia un punto ma una traiettoria, non sia nascosta in profondità, ma dispersa in superficie…*" (93).

Un tempo "*l'accesso al senso profondo delle cose prevedeva una fatica: tempo, erudizione, pazienza, applicazione, volontà. Si trattava, letteralmente, di andare in profondità, scavando la superficie petrosa del mondo*" (122)… "*l'applicazione su larga scala – e in certo modo la degenerazione – di questo principio (la fatica come lasciapassare per il senso più alto delle cose), ha prodotto il paesaggio in cui ci troviamo oggi*". … "*Come insegna la musica classica, senza fatica non c'è premio e senza profondità non c'è anima*" (123).

Questo pensiero ci ha fatto tornare al pensiero dell'anima della Comunità; a quel "qualcosa" che distingue una Comunità dall'altra; quel qualcosa che è specifico di una data Comunità, che ne caratterizza lo "spirito". Negli ultimi trent'anni sono sorte tante Comunità terapeutiche, c'è stato un business delle Comunità, che hanno prima raccolto tanti pazienti degli ex-O.P., poi le Comunità terapeutiche per tossicodipendenti, quelle per adolescenti, per anziani, per malati psichici, per pazienti down, ecc.

Hanno un'anima tutte queste Comunità? Un'anima diversa dall'altra? Oppure uguale? Se sì, essa non la possiamo cercare nelle attività che i residenti compiono, quelle sono simili in ciascuna Comunità; né la possiamo cercare nelle regole, che un po' si assomigliano ovunque; possiamo sintetizzarla nel "sentimento comunitario?" descritto da Rapoport, che esse in-

ducono o "nel confronto con la realtà" che esse promuovono? No quelli sono strumenti.

A nostro avviso l'anima di una Comunità terapeutica avrebbe dovuto coincidere con il fine ideale che essa si propone di perseguire, un fine che crea quella particolare cultura, specifica per raggiungere l'obiettivo desiderato.

Perciò se cambia il fine, cambia l'anima, cambia la cultura. Qui si poneva allora un ulteriore problema – riferentesi all'anima –: quale anima?

La Comunità terapeutica è nata per dare risposte a persone in difficoltà, quindi il suo obiettivo è legato principalmente a ciò che essa pensa che le persone siano.

Ad esempio, l'attuale promozione degli psicofarmaci offre una visione delle persone come macchine biochimiche in cui i desideri, pensieri e azioni sono predeterminati da stati fisici cerebrali e corporali. Le persone non vengono più considerate come dotate di libero arbitrio e bisognose di accrescere il loro potere di autodeterminazione, ma quasi delle macchine da aggiustare.

Per questa ragione se la Comunità è portata a considerare i disturbi o i sintomi di un individuo come il risultato di un malfunzionamento della "macchina biochimica", il suo fine potrebbe essere quello di eliminarli, intervenendo con strumenti fisici o chimici (cioè contenimento del soggetto o uso di farmaci) e dandosi un'organizzazione adeguata a raggiungerli; ma se essa ritiene che quei disturbi o sintomi siano segni di un disagio di vivere dell'individuo, espressi attraverso il suo personale sforzo di superarlo, allora il fine non potrà che riguardare prima la comprensione di quel disagio e dei bisogni che esprime e successivamente l'individuazione degli strumenti idonei per dare risposte adeguate ad essi. In questo caso avranno peso la promozione di fattori diversi, di tipo pedagogico o di tipo psicologico, esperienze di confronto con la realtà, relazioni interpersonali adeguate ai bisogni, attraverso lo sviluppo del senso comunitario, più che l'uso dei farmaci (senza escluderli), oltre ad altre attività significative in tal senso.

Ma una tale prospettiva assunta dalla Comunità, richiede un lavoro di pazienza, lento, spesso faticoso, sia da parte dell'operatore che del residente, alla ricerca di un percorso alternativo al disagio esistenziale. Lavoro che potrà anche essere vantaggioso e piacevole se sostenuto dalla convinzione dell'importanza di costruire delle relazioni armoniose e mature al posto di quelle squilibrate ed immature che sostenevano ed esprimevano il suo malcontento di vivere.

Quindi anche se ogni Comunità può avere un'anima, questa è diversa in relazione al fine e alla cultura che la distingue; potrà accadere che una Comunità perda la sua anima, se cade nell'indifferenza e nel conformismo, e

si adatti passivamente a quello che il contesto sociale le chiede. In tal caso è come se cambiasse la sua veste o meglio come se perdesse la sua autenticità.

Tutte queste riflessioni, che abbiamo cercato di riassumere, ci hanno portato ad approfondire questi temi per cercare di capire come la nostra Comunità si poneva attualmente e avrebbe potuto porsi nel futuro per affrontare, nel modo più adeguato, il vento delle mutazioni sociali.

Abbiamo ritenuto perciò, per prima cosa, di cominciare a prendere in considerazione noi stessi e la nuova utenza e poi di prendere in esame i nuovi bisogni che sembrano muoverla ai nostri giorni. Quindi rivedere la nostra organizzazione comunitaria, la metodologia di lavoro e il nostro nuovo modo di trattare le esperienze cliniche che i pazienti ci vengono a proporre.

Di qui il titolo del presente libro: Follia, tossicodipendenza e bisogni.

Il primo problema che la scelta di un titolo ci ha posto è stato quello di definire quella che noi abbiamo finora chiamato: *nuova utenza della Comunità terapeutica*. Il modo attuale di descrivere in senso clinico i nuovi utenti è piuttosto un termine generico, descrittivo: "pazienti con doppia diagnosi", che fa riferimento alla compresenza di due "malattie": l'uso di droghe associato ad un disturbo specifico di personalità o ad un disturbo psichico grave. Di questo argomento intendiamo trattare.

Alla ricerca di dare risposte a queste domande, per ora dobbiamo riconoscere che, nonostante i diversi cambiamenti avvenuti nel campo scientifico e sociale, sia ancora inevitabile difendere la barriera rappresentata dall'indispensabilità dell'impegno e dell'inevitabilità dell'applicazione, se si vuole sopravvivere. Senza la sfida della conoscenza, senza la maturità del sapere, senza approfondimento non si fa del "surf", si affonda, si annega, come dice Dorfles (2010).

La nuova utenza della Comunità

Per sfuggire all'etichettatura della nosografia psichiatrica, abbiamo convenuto di usare il termine follia per indicare l'insieme delle anomalie psichiche che caratterizzano i soggetti della nuova utenza.

Con il termine "follia" si definiva in passato, fino al 1700, qualsiasi forma di alienazione mentale: tra i folli venivano compresi i pazzi, i dementi, ma anche i barboni, i sifilitici, i mendicanti, gli oziosi, ecc., poi il termine, con l'introduzione del linguaggio psichiatrico, è stato abbandonato. Per noi esso sta ad indicare la condizione di persone o di menti nella quale la ca-

pacità di formulare un pensiero razionale e/o di compiere un'azione razionale è seriamente compromessa.

Erasmo da Rotterdam (1469-1536) nel suo "L'Elogio della follia" esprimeva il parere che la follia originasse da un eccesso di amore di sé da parte dell'uomo (quella che chiamava Filautìa) e che essa rappresentasse una maschera – in quanto per lui il mondo era tutto un gioco di specchi e di immagini, di volti celati dalle maschere, di aspetti riflessi e cangianti, diritti e capovolti. Nel tempo moderno, con l'evolversi della cultura e lo sviluppo della medicina, la follìa è stata considerata più una malattia che un aspetto del vivere dell'uomo; una anomalia della natura più che un fatto di cultura, e la psichiatria si è fatta carico di trattarla: negli ultimi anni essa ha chiarito la descrizione e la classificazione degli aspetti comportamentali giudicati come sintomi della follìa, sviluppando mezzi di identificazione ed esplorando le loro cause e i loro effetti (Wing, 1978). Sulla scorta di tali elementi il termine "follìa" è stato abbandonato perché ritenuto troppo emotivo e impreciso per l'uso tecnico in medicina. Nella Classificazione Internazionale delle Malattie (OMS, 1978) per es. l'approssimazione più vicina a follìa è il concetto di "psicosi".

Ma, M. Foucault, in tempi recenti (1961), ha ripreso il concetto, proponendo una revisione delle modalità con cui la psichiatria concepisce la follìa e sostenendo che "non esiste follìa se non in ognuno degli uomini, poiché è l'uomo a costituirla nell'affezione che porta a se stesso e per mezzo delle illusioni di cui si pasce". La ragione, secondo lui, deve accettare il cerchio continuo tra saggezza e follìa e deve essere cosciente della loro reciprocità e della loro impossibile separazione. In sintesi M. Foucault ritiene che la follìa, ben lungi dall'essere una malattia, sia parte integrante della personalità umana.

Egli poneva, in sostanza il problema di come separare il normale dal patologico.

Il tema del rapporto tra normale e patologico, tra salute e malattia, del resto è stato dibattuto anche da altri autori, sia filosofi che medici o sociologi e tuttora la sua concezione rappresenta uno degli elementi di distinzione tra la medicina occidentale e quella orientale. Ad esempio H. Sigerist (1938) scriveva: "*Dobbiamo ora far presente alla nostra mente che la malattia non appartiene al mondo esteriore e non può presentarsi come un fatto indipendente dall'uomo. Quando parliamo della malattia facciamo un'astrazione*". Essa è, secondo il suo pensiero, l'espressione di un giudizio di valore in merito al profilo dell'assetto somatico che viene connotato come morboso quando si accompagna a qualche svantaggio. Dall'esperienza esistenziale di questo svantaggio scaturisce poi per contrasto il concetto di salute che si vive in pienezza quando non si ha consapevolezza alcu-

na dell'opacità del corpo: l'opacità della malattia invece si fa sentire con il deficit funzionale e con il dolore, ma anche con il disagio sociale che questo deficit può indurre. Il concetto di malattia, quindi, quale espressione di un giudizio umano, è inevitabilmente intriso di valenze culturali ed è pertanto oggetto di interpretazioni che si trasformano e si rinnovano lungo il corso della storia facendo riferimento a criteri ora magici o religiosi ed ora empirici o scientifici, ma anche etici o psicologici; si tratta di approcci che, a dire il vero, spesso convivono tra loro anche se nelle varie culture sembra prevalere, almeno nei tempi lunghi, ora un approccio ed ora un altro. Analoghi concetti sosteneva Canguilhlem (1966) che, citando Broussais, sosteneva che fra normale e patologico esiste continuità ed in fondo equivalenza: la malattia non è che variazione quantitativa rispetto alla condizione di salute, è un eccesso o un difetto. La salute non è normalità se non nella misura in cui è normatività; in condizione di buona salute la vita esprime le proprie capacità inventive, si manifesta come potenza di produrre costantemente nuove norme.

Tornando al concetto di follìa, al giorno d'oggi, esiste sia una corrente di pensiero che la considera espressione di un disturbo organico, *di natura* quindi, e che fa capo alla psichiatria biologica, oppure con origine non ancora identificata come suggerisce il gruppo del DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders dell'American Psychiatric Association) e che è stata fatta propria dalla psichiatria medica, sia un'altra corrente che segue le ipotesi di Engel (1980), secondo cui esiste un condizionamento bio-psico-sociale, cioè la compresenza di fattori biologici, dello sviluppo psicologico e di influenze ambientali con partecipazione diversa dei singoli fattori, secondo i casi ed i momenti, e che dà peso sia alla *natura* che alla *cultura*. Sulla scìa di questa linea, autori moderni: psichiatri come Carpenter (1986), psicologi come Galimberti, psicoanalisti come Zapparoli (2002), filosofi come Foucault (1961), e sociopsicologi come Bataille (1967), considerano la follìa, più che una malattia, una parte integrante della personalità umana che maschera significati che sono da individuare e comprendere, tenendo distinte psichiatria e psicopatologia. Come ricorda G.C. Zapparoli (2002), tutti questi autori "*propongono di considerare il folle come un individuo che sta vivendo un'esperienza umana e non solo come un individuo che costituisce, con le sue manifestazioni, un'entità nosografica*". Naturalmente gli vengono riconosciute delle difficoltà nel funzionamento delle sue funzioni psichiche che sono attribuibili o a deficit legati allo sviluppo o a conflitti intrapsichici che egli non riesce a controllare, o a condizionamenti ambientali che occorre individuare di volta in volta. La psicoanalisi del resto ha – come vedremo più avanti – qualcosa da offrire rispetto alla teoria della follia.

Di fatto, se vogliamo capire il folle dobbiamo prendere in considerazione la sua particolare esperienza di vita, il modo di pensare che ne è derivato, l'organizzazione del suo pensiero, le modalità di difesa del suo Io e tutti quei fattori che lo connotano e che lo fanno essere diverso dagli individui non folli e non considerare solo il funzionamento dei suoi neurotrasmettitori cerebrali.

Per quanto riguarda la tossicodipendenza il problema non è meno complesso. Anche per la tossicodipendenza ci sono studiosi che ritengono che tale condizione sia primariamente legata alle specifiche proprietà farmacologiche delle droghe, che costituiscono la motivazione fondamentale del comportamento del tossicodipendente ed altri che ritengono prioritaria la fragilità psichica ed i bisogni dell'individuo che trova nella droga una risposta adeguata a dargli sicurezza, anche se provvisoria; naturalmente all'uso della droga conseguono poi gli effetti dell'assuefazione e della dipendenza.

Anche su questo argomento assistiamo dunque ad una contrapposizione tra prospettiva medica e prospettiva psicologica come per il tema della follìa.

Vediamo, innanzitutto di definirla. L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la tossicodipendenza "*uno stato psichico e talvolta fisico, risultante dall'interazione tra un organismo vivente e una droga, caratterizzato da risposte comportamentali e di altro tipo tra le quali rientra sempre una coazione ad assumere la droga su base continuata o terapeutica al fine di esperirne gli effetti psichici e talvolta evitare il disagio della sua assenza. Può o può non esservi tolleranza. Una persona può essere dipendente da più di una droga*".

Questa definizione ne sostituisce altre precedenti ed esclude dalla dipendenza l'uso di gran parte dei farmaci psicoattivi. Assumere farmaci a scopi medici o quasi-medici per alleviare sintomi specifici non costituisce dipendenza, purché ciò avvenga per un arco di tempo limitato e purché il paziente non provi né sintomi di regressione né un desiderio di proseguire l'assunzione di farmaci, una volta terminata la cura. Il consumo sociale di droghe per scopi edonistici, quando la sostanza viene assunta occasionalmente e là dove chi la consuma è in grado, ogni volta, di compiere la scelta di assumere la droga senza provare pressione o coazione, può essere dannoso, ma non è una tossicodipendenza. In diverse società l'alcol, la cannabis (sia la resina che la pianta comunemente chiamata marijuana) e le droghe psichedeliche sono di solito consumate secondo un modello che non è di dipendenza. Anche le anfetamine e la cocaina vengono prevalentemente assunte ad intermittenza, ma qui la tendenza a passare ad uno schema di uso più coattivo, è maggiore.