

Strutture della complessità umana

Un approccio eclettico alla molteplicità delle istanze intrapsichiche
nell'intervento sulle tossicodipendenze

Tullio Tinti

La psiche umana è caratterizzata, più che da ogni altro attributo, dalla sua complessità. A questa conclusione è giunta la maggioranza degli studiosi della mente di ogni epoca, da Platone agli psicologi contemporanei.

La psiche, in altre parole, non sembra essere un "tutto" semplice ed unitario, bensì un insieme interattivo di parti, ciascuna caratterizzata dalle proprie "istanze". L'elenco di queste parti o istanze è quasi interminabile; in un elenco volutamente disordinato compaiono: pulsioni, tratti, facoltà, volontà, archetipi, istinti, sentimenti, Io, coscienza, oggetti interni, ragione, intelletto, intelligenza, morale, Sé, atteggiamenti, modalità, inconscio, ecc. ecc.

Innumerevoli autori hanno tentato di descrivere la complessità umana partendo da queste sue componenti e quasi ogni autore ha proposto il proprio modello di "struttura della psiche" tenendo conto di alcune di tali istanze. Non è attualmente possibile optare per una struttura a scapito delle altre: ogni modello "cattura" due o tre istanze e con esse, lasciando fuori tutte le altre, costruisce una struttura coerente; ma *tutte le strutture proposte sembrano parimenti plausibili e convincenti*.

Gli operatori che compiono interventi d'aiuto nella vita delle persone tossicodipendenti dovrebbero conoscere almeno i più importanti tra questi modelli.

I modelli principali possono essere classificati in due gruppi: strutture bipolari (composte da due istanze) e strutture tripolari (composte da tre istanze).

Strutture bipolari

1) **Parte sana/parte tossica.** Ogni persona sente in sé una tensione verso gli aspetti positivi della vita e una tensione verso gli aspetti negativi.

Queste due componenti sono state riconosciute da autori di ogni epoca. La filosofia antica e la narrativa mondiale ne danno un'interpretazione in termini di "bene" e "male" («*Dr. Jekyll e Mr. Hyde*»). Freud e con lui tutta la psicologia moderna, invece, preferiscono parlare di un'istanza costruttiva, o "pulsione di vita" (*Eros*), e di un'istanza etero- e autodistruttiva, o "pulsione di morte" (*Thanatos*).

Berne definisce "ok-ness" l'istanza positiva e vede nell'istanza negativa la negazione (cioè l'assenza) dell'ok-ness, mentre Jung ha felicemente battezzato "Ombra" l'istanza

negativa. Molti autori contemporanei descrivono l'istanza costruttiva come la naturale tendenza alla *realizzazione di se stessi*.

In genere le persone tendono a negare la propria distruttività (socialmente giudicata con sfavore) a favore della propria istanza costruttiva (socialmente approvata). Obiettivo a lungo termine di qualsiasi intervento d'aiuto nella vita di una persona è *facilitare il riconoscimento, l'accettazione e l'armonica integrazione delle due istanze intrapsichiche*.

I tossicodipendenti in programma terapeutico avvertono spesso il conflitto interno tra la propria parte costruttiva e la propria parte auto- ed eterodistruttiva. Per aiutarli a esprimere questo conflitto, l'operatore dovrebbe parlare della presenza di una parte "tossica" e di una parte "sana" nella personalità di ogni individuo.

Occorre tenere presente che gli utenti tendono nell'*azione* a lasciarsi dominare dalla parte tossica e nelle *parole* a esprimere solo la parte sana. Uno degli obiettivi intermedi del processo terapeutico è arrivare a ribaltare la situazione: nelle parole lasciare emergere liberamente la parte tossica e nel comportamento fare agire la parte sana. Si noti che questo è un obiettivo molto ambizioso!

Nei confronti, gli utenti fanno molta fatica a non negare la propria parte tossica. Frequentemente i tossicodipendenti tendono a non assumersi le proprie responsabilità, a colpevolizzare gli altri e a manipolare i dati di realtà arrivando - con relativa disinvoltura - sia a negare l'evidenza delle proprie trasgressioni, sia a contraddirsi senza ritegno pur di dare di se stessi un'immagine *totalmente* positiva. Alle volte l'impulso dell'utente a giustificarsi e discolarsi è così forte che l'operatore non può contrastarlo. In tali casi conviene *prima* lasciare che l'utente dia libero sfogo a tale impulso e solo *dopo* chiedergli esplicitamente di esprimere, con le parole, pensieri e sentimenti negativi ("fare uscire il negativo"). L'espressione del negativo è il primo passo verso la sua accettazione e integrazione.

2) **Personalità/copione.** Una parte della psiche umana può subire cambiamenti, un'altra parte è invece imm modificabile. Non c'è accordo tra gli autori su quale percentuale attribuire a ciascuna delle due parti e una minoranza di autori ritiene addirittura che non esista alcuna parte imm modificabile.

Stabilire il confine tra le due parti non è solo un cavillo teorico; *tale confine determina il livello delle aspettative degli operatori verso gli utenti e degli utenti verso se stessi*. Se l'importanza della parte imm modificabile viene sovrastimata, le aspettative saranno eccessivamente contenute, con il rischio di non stimolare il miglioramento e di rinunciare alla terapia in favore dell'assistenza. Se viceversa viene sovrastimata la parte della psiche modificabile, le aspettative di cambiamento saranno eccessive e si andrà incontro al rischio della delusione.

Tutti gli autori sono d'accordo sul fatto che i contenuti della parte modificabile della psiche siano stati *appresi* dalla persona. Circa la parte imm modificabile, invece, non c'è accordo. Alcuni autori la considerano *innata*, mentre altri preferiscono parlare di contenuti psichici che

non sono innati ma che si sono "sedimentati" e "cristallizzati" irreversibilmente nei primissimi anni (mesi? giorni?) di vita.

La maggioranza degli autori definisce "personalità", o "carattere", la parte imm modificabile della psiche (sia essa costitutiva e innata oppure appresa e cristallizzata) e "stile di vita", o "copione", la parte modificabile (appresa). Lo stile di vita o copione può essere pensato come il risultato di una serie di scelte inconsce compiute in tenera età, in base ad un'interpretazione infantile degli stimoli ambientali.

Il copione può essere modificato se nella vita della persona intervengono processi terapeutici, ma tende a non subire cambiamenti spontanei. Per quanto possa essere disfunzionale, infatti, il copione rappresenta una delle poche *certezze* della vita e, per dirla con Freud, gli esseri umani sono pronti a barattare la loro stessa felicità in cambio di sicurezza psicologica e certezze.

Gli psicologi adleriani definiscono "riorientamento" il processo per cui lo stile di vita di una persona cambia (in seguito a una terapia), mentre gli analisti transazionali preferiscono parlare di "ridecisione". Tutti gli autori concordano sul fatto che il primo passo per modificare il proprio copione è conoscerlo, cioè acquisire consapevolezza. La consapevolezza può arrivare improvvisamente ("*insight*") o gradualmente.

3) **Struttura/disturbi.** Secondo molti autori il disagio psichico è reversibile e corrisponde a una situazione transitoria di scompenso. In questo senso gli stati psicopatologici possono essere associati alla parte modificabile della psiche. La parte imm modificabile della psiche corrisponde invece alla struttura profonda che giace "al di sotto" della malattia. Secondo la psichiatria moderna la maggioranza delle persone ha una struttura di personalità imm modificabile e, in caso di scompenso, ognuno manifesta una condizione psicopatologica "caratteristica", tipica della propria struttura di personalità.

La struttura di personalità prende il nome dalla psicopatologia corrispondente: ha una "struttura nevrotica di personalità" chi, quando si ammala, manifesta *nevrosi* (ansia, fobie, ecc.); ha invece una "struttura psicotica di personalità" chi, quando sta male, manifesta *psicosi* (schizofrenia, depressione maggiore, stati maniacali).

Esiste poi un folto gruppo di persone che non hanno una stabile e imm modificabile struttura di personalità. Nel loro caso alcuni autori parlano di "organizzazione borderline di personalità" e ritengono che quando queste persone si scompensano manifestino i sintomi dei cosiddetti *disturbi di personalità* (paranoide, antisociale, narcisistico, borderline, ossessivo-compulsivo, ecc.).

L'*organizzazione* borderline, sottostante a tutti i disturbi di personalità, non va confusa con il *disturbo di personalità* omonimo (caratterizzato da: relazioni instabili e intense, impulsività, instabilità affettiva, rabbia, autolesionismo, paura dell'abbandono, ecc.).

Da una condizione psicopatologica, così come dal copione, la persona può uscire se nella sua vita subentrano processi terapeutici adeguati; tuttavia, nel caso di una guarigione

completa, così come nel caso di una ridecisione copionale, la struttura profonda della personalità viene conservata (per esempio: chi guarisce da una nevrosi mantiene comunque, e per sempre, una struttura nevrotica di personalità).

Secondo alcuni autori, per chi ha un'organizzazione borderline di personalità rimane la possibilità che la sua personalità si strutturi (definitivamente e irreversibilmente) in senso nevrotico o psicotico; a quel punto, in caso di scompenso, il disordine mentale non sarà più un disturbo di personalità ma una nevrosi oppure una psicosi.

4) **Punti di limite/punti di forza.** Tutto ciò che fa parte della psiche di una persona può essere classificato come un elemento di debolezza ("punto di limite") o come una risorsa ("punto di forza").

E' molto importante che la consapevolezza di una persona riguardi entrambe le aree. Conoscere solo i propri limiti ma non le proprie risorse è scoraggiante e produce insicurezza, ansia, svalutazione, pessimismo, depressione. L'immagine di se stessi è in questo caso molto negativa (ci si identifica con "il nano delle proprie paure"). Conoscere la propria forza ma non la propria fragilità predispone invece ad aspettative su di sé esagerate e rischia di sfociare in progetti di vita troppo stressanti ed energicamente logoranti. In questo secondo caso l'autoimmagine è eccessivamente positiva (identificazione con "il gigante dei propri sogni").

E' importante ricordare che molti tossicodipendenti in programma terapeutico non sono consapevoli delle proprie risorse; per aiutarli a scoprirle è necessario dosare molto oculatamente l'aiuto che si dà loro. Infatti l'*unico* modo di divenire consapevoli della propria forza è *sperimentarla* in situazioni problematiche. Somministrare una certa quantità di problemi-da-risolvere è dunque indispensabile per aiutare una persona a prendere coscienza delle proprie risorse. Un errore comune in cui cadono genitori ed educatori è quello di risolvere i problemi del bambino (o dell'utente) al posto suo; un tale eccesso di aiuto denota sfiducia nelle capacità dell'altro e il messaggio implicito è terribilmente svalutante. E' del tutto inutile, se non peggio, accompagnare un tale messaggio implicito con un messaggio verbale di fiducia nelle capacità dell'altro.

Rifiutarsi di risolvere i problemi di un utente è quasi sempre all'origine di situazioni fortemente conflittuali (l'utente si aspetta un aiuto che non arriva e reagisce con rabbia alla frustrazione conseguente), ma permette all'utente di scoprire la propria forza e acquisire fiducia in se stesso. La capacità di tollerare la conflittualità è dunque un requisito di base per gli educatori che vogliono aiutare l'utente a scoprire i propri punti di forza.

5) **Comorbilità.** Con l'espressione "comorbilità" si intende la condizione di tutte quelle persone che, oltre ad avere un problema di tossicodipendenza, presentano uno o più disturbi mentali.

Benché il caso più *grave* dal punto di vista psichiatrico sia la cosiddetta "doppia diagnosi", cioè compresenza di tossicodipendenza e disturbi psicotici (schizofrenia, depressione

maggiore, episodi maniacali), il caso più *frequente* sembra essere la compresenza di tossicodipendenza e disturbi di personalità (borderline, paranoide, antisociale, narcisistico, ossessivo-compulsivo, istrionico, dipendente).

Nella comorbidità la complessità umana emerge in tutta la sua imponenza. I due disturbi (tossicodipendenza e disordine mentale) si nascondono l'un l'altro, si alternano nel processo diagnostico, si rinforzano l'un l'altro contrastando il percorso terapeutico e rendono difficilissima l'individuazione degli obiettivi del trattamento, da parte degli operatori che compiono l'intervento d'aiuto. Nel campo della doppia diagnosi gli autori sono divisi su molte questioni teoriche e pratiche.

Quel che è certo è che gli utenti per i quali è stata fatta una diagnosi di comorbidità presentano istanze (sintomi, difese, comportamenti, modalità relazionali e atteggiamenti) che paiono a volte essere maggiormente legate al vissuto tossicomane e altre volte più legate alla presenza di un disturbo mentale. Gli operatori tendenzialmente cercano di etichettare le varie istanze in un modo o nell'altro ("tossiche" o "psichiatriche"), ma raramente questo tentativo si rivela metodologicamente fruttuoso. Infatti *ciascuna* istanza risente della compresenza dei due disturbi e non è purtroppo possibile elaborare un trattamento che preveda separatamente: interventi adeguati alla tossicodipendenza sulle istanze "tossiche" e interventi adeguati al disturbo mentale sulle istanze "psichiatriche".

In mancanza di una teoria pienamente soddisfacente sulla comorbidità, che possa tradursi in una pratica terapeutica altrettanto soddisfacente, gli operatori devono lavorare per *progetti altamente individualizzati*, rinunciando provvisoriamente ad interventi "standard" su un'utenza "standard".

6) **Vero Sé/Falso Sé.** La percezione di avere dentro di sé una parte più spontanea e autentica, nascosta da un'altra parte meno spontanea e più condizionata socialmente, è un'esperienza comune per la maggioranza delle persone.

Winnicott e Fromm chiamano "Vero Sé" la parte spontanea, libera e creativa e chiamano "Falso Sé" la parte socialmente condizionata e compiacente (Laing preferisce parlare rispettivamente di "Vero Io" e "Falso Io").

In genere il Falso Sé coincide con l'istanza che viene abitualmente chiamata "maschera sociale" o "immagine" ed è quella parte della psiche che, in base alle regole sociali, disciplina il comportamento e gli atteggiamenti della persona. Ma, per certe persone, la distinzione tra Vero e Falso Sé si fa più sfumata e problematica. Nei casi più gravi la persona si identifica completamente con il Falso Sé e reprime il Vero Sé; con il risultato di vivere in uno stato continuo di disagio o sofferenza.

Molte persone tossicodipendenti sono state bambini con un Vero Sé estremamente fragile i quali, per compiacere le aspettative della propria famiglia, si sono costruiti un Falso Sé assai forte; per far fronte al dispendio energetico necessario per "mantenere" un Falso Sé così diverso dal Vero Sé, una volta cresciuti, hanno poi fatto ricorso alla droga.

Una situazione particolare è quella di alcuni utenti con doppia diagnosi. Il loro Vero Sé coincide spesso con la parte della loro psiche più tormentata e disturbata, "deviante in senso psicopatologico"; per nascondere tale istanza, socialmente rifiutata, essi hanno adottato lo stile di vita tipico della tossicodipendenza, ovvero: si sono inconsciamente costruiti un Falso Sé "deviante in senso sociale" che, benché socialmente disapprovato, non subisce il profondo rifiuto sociale a cui è soggetta la malattia mentale.

Strutture tripolari

7) **Io/Es/Super-Io.** Nel famoso modello strutturale di Freud, il disagio mentale e i comportamenti devianti vengono considerati "soluzioni di compromesso" tra quattro istanze (di cui tre intrapsichiche: l'Io, l'Es e il Super-Io, e una esterna: l'ambiente).

Per quanto riguarda l'Io, la sua funzione principale è quella di mediare tra l'istanza pulsionale (l'Es) e le esigenze della realtà esterna, secondo il principio per cui *l'appagamento dei bisogni può essere dilazionato* ("principio di realtà").

Quando l'Io subisce l'attacco delle altre istanze (Es e Super-Io) sperimenta un doloroso sentimento d'*angoscia*, a cui cerca di sottrarsi in base al principio per cui *il dolore va evitato a favore del piacere* ("principio di piacere").

Per sfuggire all'angoscia, l'Io si difende dall'attacco delle altre istanze tramite i cosiddetti *meccanismi di difesa*. Va detto che per qualsiasi operatore educativo-terapeutico è assolutamente indispensabile conoscere i vari meccanismi di difesa dell'Io (rimozione, acting-out, diniego, intellettualizzazione, scissione, proiezione, razionalizzazione, spostamento, ecc.), in quanto essi occupano un grandissimo spazio nell'attività psichica della maggioranza degli utenti.

Si noti che, secondo il modello freudiano, esiste una parte *conscia* dell'Io, governata dal principio di realtà, e una parte *inconscia* dell'Io, governata dal principio di piacere.

L'Io, infine, è anche la fonte intrapsichica dei *permessi* ("POSSO").

L'Es è la parte più arcaica e impulsiva della psiche, profondamente immersa nell'Inconscio ed esclusivamente dedicata alla ricerca del piacere (in base al principio di piacere). L'Es è fonte di *pulsioni* (collegate ai bisogni) e *voglie* ("VOGLIO").

Il Super-Io è la fonte intrapsichica delle *norme* ("DEVO" = spinte o comandi; "NON DEVO" = divieti o ingiunzioni) e degli *ideali*. Norme e ideali del Super-Io derivano direttamente da come la persona, in tenera età, ha *interpretato* le norme e gli ideali dei propri genitori.

Quando l'Io non rispetta le norme, il Super-Io diventa fonte del *senso di colpa*; quando l'Io non è all'altezza degli ideali, il Super-Io diventa fonte dell'*autosvalutazione*.

Non raramente la tossicodipendenza cela profondi sensi di colpa o una spietata autosvalutazione.

8) **Genitore/Adulto/Bambino.** Così come nel modello freudiano, anche nel modello di Berne il disagio psichico è conseguenza di interazioni più o meno conflittuali tra le varie istanze (intrapсихiche e ambientali). Le parti che compongono la psiche, secondo Berne, sono: l'Adulto, il Genitore, il Bambino.

L'Adulto è la parte razionale, adeguata al qui-e-ora, equilibrata e concreta della psiche; la sua funzione è quella di risolvere sia i problemi della realtà esterna, sia i conflitti fra le altre due istanze intrapsichiche, *in modo efficace ed efficiente*.

Il Bambino è l'istanza più libera, spontanea e creativa della psiche. Tuttavia, tende a reagire agli eventi esterni e agli attacchi intrapsichici dell'istanza genitoriale sacrificando temporaneamente la propria spontaneità e utilizzando *modalità funzionali tipicamente infantili*: l'adattamento ("compiacenza") e la ribellione ("sfida").

Il Genitore è il risultato di come la persona, quando era un bambino, ha interpretato le azioni, i messaggi e le modalità emotive delle proprie figure genitoriali. Il Genitore reagisce agli eventi esterni e al Bambino con *modalità tipicamente genitoriali*, cioè in modo affettivo/permisivo ("protezione") o normativo ("critica").

Nelle dinamiche interpersonali accade spesso che le persone interagiscano tra loro utilizzando solo una delle tre istanze; questo vale anche tra operatori e utenti. Per esempio, accade spesso che il Bambino di un utente, trasgredendo in modo eclatante a qualche regola, lanci una sfida al Genitore dell'operatore; quest'ultimo può "accettare la sfida" e mettersi a criticare il Bambino dell'utente, in un'interazione sterile e logorante; oppure l'operatore può rispondere al Bambino dell'utente utilizzando il proprio Adulto e invitando l'Adulto dell'utente a interagire con lui, uscendo dal "braccio di ferro" e dando vita a un'interazione più proficua e costruttiva.

E' molto importante che gli utenti imparino a riconoscere le azioni delle proprie istanze intrapsichiche. In particolare, dovrebbero riuscire a riconoscere quelle situazioni in cui *apparentemente* stanno utilizzando la propria parte razionale (l'Adulto), ma *in realtà* chi sta agendo è una delle altre due istanze (Genitore o Bambino).

Nei gruppi, per aiutare un utente a riconoscere e isolare le varie istanze, gli si può chiedere di farle parlare liberamente, *impersonandole totalmente*, una alla volta. Si può ad esempio iniziare chiedendogli di lasciar parlare liberamente l'istanza genitoriale. Frasi tipiche del Genitore sono: «Non vali niente!», «Non ce la farai mai!», «Tuo fratello sì che è affidabile!», «Sei un fifone!», «Non bisogna mai mostrare le proprie debolezze!», «Non bisogna mai fidarsi!», «Non devi piangere!» e altre infinite variazioni sul tema.

Ogni volta che l'utente riesce a isolare gli interventi verbali del Genitore, gli si può chiedere chi, tra le sue figure di riferimento (genitore, parente, autorità), usava tali espressioni quando lui era bambino. Associare il Genitore a qualche persona fisica esterna, del presente o del passato, facilita futuri riconoscimenti.

Successivamente si può chiedere all'utente di esprimere le paure e i bisogni del proprio Bambino, impersonandolo totalmente. Il Bambino verrà spesso interrotto dagli interventi giudicanti del Genitore, che però a questo punto è riconoscibile e smascherabile.

Infine, l'utente può impersonare totalmente la propria parte razionale; e quest'ultima, cioè l'Adulto, dopo aver ascoltato le istanze genitoriali e infantili, può "tirare le somme", per esempio decidendo la migliore linea d'azione in una circostanza problematica.

9) **Sapere/Fare/Essere.** La complessità umana può essere articolata in "sapere", "fare", "essere". Queste tre aree derivano dai tre livelli in cui si articola l'apprendimento: sapere, saper fare, saper essere.

La tripartizione in sapere, fare, essere corrisponde alla tripartizione in teoria, pratica, crescita ovvero a quella in contenuti, modalità, valori. Vari autori utilizzano formulazioni diverse per la medesima tripartizione: istruzione, educazione, formazione; conoscenze, capacità, valori e atteggiamenti; competenze culturali, competenze operative, competenze metacognitive; competenze teoriche, competenze pratiche e procedurali, competenze valoriali e relazionali; e infine, formulazione etimologicamente pregnante: *conoscenze, abilità, capacità*.

Ciò che è importante sottolineare è che qualsiasi programma di apprendimento sociale deve prevedere un modello di modalità di *comportamento* ("fare"), un codice di *valori* ("essere") e un set di strumenti per incrementare la *conoscenza* ("sapere").

Per quanto riguarda la *conoscenza*, secondo alcuni autori, essa può essere distinta in quattro aree:

<p style="text-align: center;">Area pubblica <i>Conosciuta da me</i> <i>Conosciuta dagli altri</i></p>	<p style="text-align: center;">Area cieca <i>Sconosciuta a me</i> <i>Conosciuta dagli altri</i></p>
<p style="text-align: center;">Area privata <i>Conosciuta da me</i> <i>Sconosciuta agli altri</i></p>	<p style="text-align: center;">Area nascosta <i>Sconosciuta a me</i> <i>Sconosciuta agli altri</i></p>

I percorsi di apprendimento sociale per tossicodipendenti prevedono di espandere la conoscenza e ridurre l'area nascosta.

L'espansione della conoscenza procede in due direzioni: da me verso gli altri e dagli altri verso di me. I *processi terapeutici* relativi sono due: *raccontarsi* (conoscenza che procede da me verso gli altri) e *ascoltare* (conoscenza che procede dagli altri verso di me). Il raccontarsi riduce le aree sconosciute agli altri (e conosciute da me), l'ascolto riduce le aree sconosciute a me (e conosciute dagli altri).

Gli *strumenti terapeutici* a disposizione dell'utente per incrementare la propria conoscenza sono quattro: la condivisione, i gruppi, i confronti e i chiarimenti. Nella condivisione e nei gruppi un utente si racconta e l'altro/gli altri ascoltano. Nel confronto chi viene confrontato prima ascolta, poi cerca di mettersi in discussione (cioè cerca di

“raccontarsi”). Nel chiarimento, *a turno*, un utente esprime prima i propri sentimenti e poi i propri pensieri (“si racconta”), mentre l’altro ascolta.

Il risultato finale di un valido apprendimento sociale per tossicodipendenti dovrebbe poter essere rappresentato così:

Area pubblica	Area cieca
Area privata	Area nascosta

10) **Testa/pancia/azione.** La strutturazione in “testa”, “pancia”, “azione” è una delle più potenti tripartizioni della complessità umana.

La testa comprende: razionalità; volontà; pensiero; idee, credenze, aspettative, convinzioni e opinioni su di sé, sugli altri e sul mondo; capacità cognitive.

La pancia comprende: emotività; umore; voglie; sentimenti.

L’azione comprende: comportamenti; modalità relazionali; uso di cose, persone e sentimenti (altrui ma anche propri); atteggiamenti comportamentali.

Questa tripartizione, ampiamente utilizzata (tra gli altri) da Ellis nella sua Terapia Comportamentale Razionale Emotiva, è uno dei modelli che “cattura” più istanze. Alcuni autori propongono una strutturazione simile ma ancora più articolata (LeDoux aggiunge a questa tripartizione le motivazioni, mentre Lazarus aggiunge: le sensazioni, l’immaginario, le istanze bio-chimiche).

Secondo molti autori, i neonati sono essenzialmente irrazionali e quindi non sono in grado di reagire agli stimoli ambientali (S) con la testa (T); la loro azione (A) è dettata esclusivamente dalla pancia (P). Molti tossicodipendenti sono persone che, crescendo, non hanno imparato a utilizzare la testa per guidare l’azione e pertanto continuano a reagire agli stimoli ambientali con la pancia.

Uno degli obiettivi di qualsiasi programma terapeutico è insegnare agli utenti a eludere l’associazione tra pancia e azione, utilizzando la testa come una specie di “bypass”:

Da:

$$S \rightarrow P \rightarrow A$$

a:

$$S \rightarrow P \begin{array}{l} \dashrightarrow A \\ \searrow T \nearrow \end{array}$$

E' assolutamente indispensabile che gli utenti imparino a separare rigorosamente testa e pancia, perché *l'azione dovrebbe sempre essere guidata dalla sola testa* e mai dalla pancia. Anche pancia e azione sono cose molto diverse e possono essere scollegate. E' possibile *avere voglie e non agire* (capacità di "fermarsi"), così com'è possibile *avere paure e agire lo stesso* (capacità di "affrontarsi"). La separazione tra testa, pancia e azione è una grossa novità per i tossicodipendenti!

Le tre istanze (testa, pancia e azione) possono essere in conflitto.

La condizione in cui si sperimentano sentimenti (o voglie) contrastanti, diretti verso la medesima persona o situazione, è chiamata *ambivalenza*. Tale condizione, descrivibile come un conflitto interno alla pancia, è frequente soprattutto nella prima infanzia. I bambini infatti sperimentano spesso sentimenti ambivalenti verso i propri genitori: provano amore e paura in vista di una possibile separazione (anche solo temporanea); provano amore e rabbia come reazione emotiva a situazioni in cui il genitore è fonte di frustrazione (se il genitore è normativo o punitivo) o fonte di dolore (per esempio, in caso di malattia del genitore).

Un'altra situazione assai frequente, specie negli adulti, è la condizione in cui testa e pancia sono in conflitto. Tale condizione è tipica della *dipendenza*: la volontà (testa) vorrebbe uscire dalla dipendenza ma la voglia di mantenerla (pancia) è troppo forte. La dipendenza provoca a sua volta ambivalenza, perché chi ha una dipendenza prova, verso ciò da cui dipende (sostanza, persona, situazione), sentimenti contrastanti: da un lato la voglia, d'altro lato paura e rabbia.

Quando testa e pancia sono in conflitto *ed inoltre* l'azione sta venendo guidata dalla pancia, testa e comportamento entrano a loro volta in conflitto; tale condizione è chiamata *dissonanza*. Per esempio, è *dissonante* sapere che il fumo fa male (testa) e continuare a fumare (azione).

Nei chiarimenti, gli utenti dovrebbero imparare ad esprimere *prima* i sentimenti ("andare di pancia") e *poi* i propri pensieri ("metterci la testa").

E' tassativo che l'operatore non giudichi *mai* i sentimenti degli utenti. Non ci sono sentimenti giusti o sbagliati. Ognuno prova quello che prova. Nei gruppi, gli utenti dovrebbero sentirsi liberi di esprimere *qualsiasi* sentimento e *qualsiasi* voglia.

Mentre i sentimenti non possono essere giudicati, le azioni possono esserlo. Ci sono azioni corrette e azioni scorrette, azioni pericolose e azioni sicure, azioni buone e azioni cattive. Gli utenti dovrebbero sentirsi liberi di valutare e giudicare le azioni proprie e altrui.

E' importantissimo che gli utenti imparino ad esternare i propri sentimenti quando il contesto lo permette e a non farlo quando il contesto non lo permette (capacità di "gestirsi").

I sentimenti sono sempre legittimi e, ogni volta che è possibile, vanno esternati; le azioni invece sono spesso disfunzionali e controproducenti e non sempre vanno compiute. In particolare, quando gli utenti sono tossicodipendenti, l'operatore dovrebbe incoraggiarli a esprimere la loro rabbia e contestualmente scoraggiarli a mettere in atto comportamenti non idonei quali: la "sfida", la trasgressione, i capricci, le polemiche e gli atteggiamenti aggressivi

("da piazza" o "da galera"). Un primo obiettivo con il tossicodipendente può dirsi raggiunto quando l'utente riesce a rispettare le norme anche se prova rabbia, cioè quando "agisce con la testa e sente con la pancia". Finché si ribella ogni volta che prova rabbia, vuol dire che sta ancora "agendo con la pancia".

Approccio eclettico

Nella tradizionale ottica "scolastica", l'operatore terapeutico sceglie (a priori) il modello più vicino alla propria scuola di pensiero e con esso affronta la complessità umana, cercando di spiegarne quante più sfaccettature possibile.

In un'ottica eclettica, *questa scelta non si impone*: tutte le strutture sopra presentate corrispondono semplicemente ad altrettanti *punti di vista*. Ognuno è utile, in teoria o in pratica, a seconda delle circostanze. Secondo l'approccio eclettico, è assurdo rinunciare a spiegare un aspetto della complessità umana solo perché il modello che lo descrive è stato presentato da un autore appartenente ad un'altra scuola. Anzi, in generale: *tanto più è complesso l'oggetto di studio, tanto più è importante avere a disposizione molteplici punti di vista!*

A queste considerazioni si aggiunge il fatto che esistono concetti, molto utili nella pratica terapeutica, che risultano "trasversali" rispetto a molte delle strutture descritte. Si prenda per esempio l'istanza inizialmente introdotta da Fairbairn, il "sabotatore interno", ovvero la componente intrapsichica la cui funzione è *sabotare l'autorealizzazione della persona*.

Tale istanza corrisponde a componenti diverse a seconda del modello/punto di vista adottato:

- Dal punto di vista del bipolarismo "parte sana/parte tossica", il sabotatore interno appartiene alla parte tossica (istanza autodistruttiva);
- Dal punto di vista del bipolarismo "personalità/copione", appartiene al copione e in particolare alla parte del copione che si oppone a qualsiasi cambiamento; per il sabotatore interno, infatti, il cambiamento rappresenta la rinuncia a ciò che è conosciuto (ed è quindi psicologicamente "sicuro") in favore di ciò che è sconosciuto (psicologicamente "pericoloso");
- Dal punto di vista del bipolarismo "struttura/disturbo", corrisponde al disturbo (nel caso della schizofrenia, il sabotatore interno può presentarsi sotto forma di allucinazioni acustiche o visive);
- Dal punto di vista del modello tripolare freudiano, corrisponde al Super-Io;
- Dal punto di vista della struttura tripolare di Berne, corrisponde al Genitore (nella sua funzione normativa);
- Dal punto di vista della tripartizione "sapere/fare/essere", appartiene al sapere: il sabotatore interno si "annida" in quella che viene chiamata *l'area nascosta* della conoscenza;

- Dal punto di vista della tripartizione "testa/pancia/azione", appartiene alla testa e in particolare corrisponde a quelle credenze che Adler chiama "errori di base".

Gli "errori di base" sono *convinzioni irrazionali adottate come se fossero verità assolute*. Esempi di tali credenze erranee sono le seguenti: «Si deve ottenere l'approvazione degli altri», «Gli altri devono essere onesti», «La vita non deve essere frustrante», «Non devo essere in ansia», «Non mi merito niente», «Le persone sono ostili», «Un passo falso e sei morto», «Devo essere il primo», ecc.

Poiché gli errori di base sono una fonte inesauribile di ansia e malessere, la loro funzione sembra proprio quella di *sabotare* tutti gli eventuali miglioramenti nella qualità di vita della persona.

L'esempio del sabotatore interno conferma l'utilità di un approccio eclettico alla molteplicità delle istanze intrapsichiche.

La complessità umana è tale da non poter essere descritta da un'unica struttura, sia essa bi- o tripolare, e solo la prospettiva eclettica consente di "sfruttare" al meglio, nella pratica terapeutica, tutti i contributi teorici forniti dai singoli autori.