

MENTE-CORPO, IL LORO INTRECCIO NELL'ADDICTION.

BOLOGNA, 17 – GENNAIO – 2026

VITO SAVA

Alcune note introduttive

Questo contributo nasce dalla mia esperienza nei servizi per le Dipendenze Patologiche e nella Psichiatria.

I SerD si collocano in un crocevia importante, ma complesso: in essi si intrecciano ambiti della salute mentale, dell'età evolutiva, della medicina preventiva, dell'assistenza sociale, della protezione e del controllo. Convergono attenzioni del territorio, della politica, dell'autorità giudiziaria, dell'etica e della sociologia, solo per citarne alcuni.

Con facilità ci si può smarrire nei vari sentieri o rimanere incastrati in diversi vicoli; oppure si può restare sedotti dalle voci delle sirene e lasciarsi ammaliare dai molteplici suoni o echi (Sava, 2023). Non di rado si tratta di richiami seduttivi, sul momento gratificanti e appaganti, ma spesso portatori di morte¹.

La ricerca e la clinica mostrano come l'assunzione di sostanze produca nuovi fenomeni psichici. L'interazione tra la sostanza e specifiche aree del SNC interferisce con le aree del desiderio e costituisce la base neurobiologica del craving, elemento centrale delle dipendenze. Tali eventi si intrecciano con la vita psichica originaria, modificandola in modo significativo e talvolta permanente.

Questa articolazione di interessi e prospettive si mostra in maniera speculare nei SerD, nella loro stratificazione, come nella composizione delle équipes: medici, per lo più psichiatri, ma anche tossicologi, infettivologi, igienisti, gastroenterologi², e poi psicologi, assistenti sociali, educatori, infermieri e altro personale.

Intorno, una fitta rete di strutture riabilitative e di volontariato (comunità terapeutiche, gruppi di auto-aiuto, ecc.) fa dei SerD una delle reti più complesse, interessanti e ambivalenti del sistema socio-sanitario.

In questa trama è importante tenere conto di come il panorama in cui oggi si muovono gli operatori dei servizi sia cambiato in maniera piuttosto radicale. Si pensi alla frammentazione e alla

¹ Chi ha esperienza e memoria ricorderà come sia stata vissuto come una conquista, e tale è stata, il travagliato passaggio da una cultura della colpa e della punizione a una cultura della malattia e della cura del "tossicodipendente", alla quale è stata legata, per esempio, anche la questione della "liberalizzazione" del metadone.

² Qui c'è una disputa sulla collocazione dei SerD tra psichiatra e territorio, ma credo sul senso della patologia stessa della dipendenza.

precarità dei gruppi di lavoro, al profondo mutamento del sistema pubblico di cura e, soprattutto, alla povertà di “pensiero e di ascolto”.

Sappiamo che l’istituzione che funziona bene è quella di cui ci si accorge solo quando viene a mancare. È la parte “glischrocarica” della vita mentale di cui parla Bleger (1967), che rappresenta un’appartenenza a qualcosa di indifferenziato, alla base dello sviluppo psichico individuale, e che Winnicott (1965) indica come “madre-ambiente”.

Credo sia importante riproporre il bisogno di “psicoanalisti” nelle istituzioni, ripartendo dall’esperienza con i pazienti e avendo presente che “l’oggetto” dell’esperienza sfugge continuamente alla conoscenza diretta (Ogden, 1974).

Con i pazienti “gravi” è necessario affidarsi alla “mente contenitiva” del curante e dell’équipe, capace di accogliere non solo le parole, il vissuto e il dolore del paziente, ma anche tutto ciò che questi elementi generano nella mente dell’operatore.

De Martis (1982) scriveva che, al di là del desiderio di comprensione e di incontro con l’altro, animato da sentimenti di spontaneità e solidarietà, spesso ci accade di essere respinti e di cogliere la paura e la diffidenza del paziente, che frequentemente ci vive come un “nemico” pur chiedendo aiuto (Boccaro, 2020).

Nei servizi per le dipendenze ciò accade sovente, poiché l’accesso è il più delle volte mediato da un “terzo super-egoico”, controllore o punitivo: un familiare, l’autorità giudiziaria o la compromissione fisica (ad esempio uno stato di cirrosi avanzata nell’alcolista o uno scompenso psicotico acuto nell’adolescente che ha abusato di thc o di metanfetamine e che, suo malgrado e senza averlo mai pre-visto, si è ritrovato in PS, con genitori ignari di tutto fino a quel momento drammatico).

Questo sguardo incombente mi aveva colpito sin dai primi anni della mia esperienza, quando percepivo nei pazienti, nei curanti e nell’atmosfera dei servizi una sorta di “moralismo”, un rigore paradossale che suddivide il mondo, esterno e interno, in buoni e cattivi. Ne derivava una sorta di barriera che spesso aveva la funzione di prendere le distanze dal desiderio (della sostanza, ma non solo), congelando qualsiasi affetto, in particolare ambivalenza e aggressività; contesti in cui il sadismo dei curanti e il masochismo dei pazienti si rafforzavano in modo reciproco e circolare.

Credo che siamo noi stessi portati a oscillare continuamente tra due rappresentazioni della cura: da un lato quella che favorisce un processo di cambiamento attraverso una crescita psichica, dall’altro quella mirata all’attenuazione della sofferenza mediante il controllo dei sintomi e dei comportamenti devianti.

A ciò può affiancarsi una collusione tra i molteplici bisogni dei pazienti e i desideri delle famiglie e dei committenti, orientata verso soluzioni ideali o fantasie oscillanti tra impotenza e

onnipotenza, che rende estremamente faticoso mantenere un giusto equilibrio tra il “pensare” e l’ “agire”.

Qualche dato

Nella Relazione al Parlamento 2025 (dati 2024, pubblicati il 24.06.2025), documento che ogni anno raccoglie i dati sul fenomeno, si legge tra l’altro che:

- Quasi **910mila giovani tra 15 e 19 anni, pari al 37%**, della popolazione studentesca, riferiscono di aver consumato **una sostanza psicoattiva illegale almeno una volta nella vita**

25% (620mila studenti) nel corso dell’ultimo anno

Il dato è in lieve diminuzione rispetto al 2023

- **660mila studenti (27%) riferiscono di aver utilizzato cannabis almeno una volta nella vita**³

Più di 6 consumatori su 10 hanno utilizzato cannabis per la prima volta fra i 15 e i 17 anni

35% (oltre un terzo) l’ha provata a 14 anni o meno

Quest’ultimo dato è in aumento rispetto al 2023

- **Poco più di 280mila studenti (12%) hanno fatto uso di almeno una Nuova Sostanza Psicoattiva (NPS) nella vita**

5,8% (circa 140mila) nel corso dell’anno

³ 520mila lo hanno fatto nell’ultimo anno (21%) e per 67mila studenti (2,7%) si è trattato di un consumo frequente (20 o più volte nel mese).

Tra le NPS più utilizzate:

cannabinoidi sintetici (5,5%)

oppioidi sintetici (2,8%)

ketamina (1,5%)⁴

- 3,1% degli studenti, circa 77mila riferisce di aver assunto **cocaina** almeno una volta nella vita

1,8% (oltre 45mila) lo hanno fatto nel corso del 2024

I maschi sono più delle femmine

55% (più della metà degli studenti che hanno usato cocaina) ha iniziato tra i 15 e i 17 anni

40% si è avvicinato alla sostanza prima dei 15 anni

(dato in linea con il 2023)

- Circa 55mila ragazzi (2,2%) hanno consumato **oppiacei** almeno una volta nella vita

- 1,2% (quasi 30mila) nel 2024⁵

- Quasi 970mila studenti (39%) hanno riferito di essersi **ubriacati** almeno una volta nella vita

- 30% (740mila) nel corso dell'anno

1,3% 33mila lo hanno fatto almeno 10 volte negli ultimi 30 giorni

Si rilevano sempre percentuali maggiori tra le ragazze

Il 62% riferisce una prima ubriacatura tra i 15 e i 17 anni

Il 36% prima dei 15 anni, un dato in crescita

⁴ Oltre 110mila ragazzi (4,7%) riferiscono uso di stimolanti (amfetamine, ecstasy, GHB, MD e MDMA) nel corso della vita, quasi 59mila (2,4%) nel corso dell'ultimo anno.

⁵ Il consumo di oppiacei si distribuisce in modo uniforme tra le fasce d'età, con un picco tra i 17enni (1,6%) e prevale tra i ragazzi, specialmente tra i 15 -16enni dove il rapporto di genere è più che triplo a loro favore. Oltre la metà degli studenti utilizzatori (55%) ha iniziato tra i 15 e i 17 anni, il 37% ha provato la sostanza a 14 anni o meno, dato stabile rispetto al 2023.

- Circa 510mila gli studenti (21%) riferiscono il consumo di **almeno una tipologia di psicofarmaci senza prescrizione medica (pspm)** nel corso della vita

12%: (290mila) ne hanno fatto uso nel corso dell'ultimo anno

2,2% (circa 54mila) si è trattato di un consumo frequente di almeno 10 volte nel mese.

A partire dal 2021, il consumo farmaci spm ha registrato un incremento costante raggiungendo, nel 2024, i valori più alti di sempre

Tra le **diverse tipologie di pspm più utilizzati:**

8,4%: per dormire e/o rilassarsi;

2,4%: per l'umore;

2,1%: per l'attenzione e/o l'iperattività;

1,5%: per il controllo del peso.

Si osserva inoltre una significativa differenza di genere: le studentesse presentano una prevalenza di consumo doppia rispetto a quella dei coetanei maschi.

Nel caso di psicofarmaci per le diete la diffusione tra le ragazze è maggiore oltre tre volte⁶.

⁶ Passando al mondo dei videogiochi, quando oltrepassa il limite di un normale passatempo, il gaming può sfociare in un comportamento a rischio, influenzando negativamente sul funzionamento psicologico e producendo un impatto negativo sulle relazioni sociali e/o sul rendimento scolastico. Nel 2024, oltre 410mila studenti (17%) hanno mostrato un profilo di gioco "a rischio": trascorrono molte ore a giocare e si arrabbiano se non possono farlo.

Il gioco d'azzardo tra i giovani mostra un andamento in marcata crescita, raggiungendo il dato più alto di sempre. Nel 2024, 1 milione e 530mila ragazzi, pari al 62% degli studenti, riferiscono di aver giocato d'azzardo almeno una volta nella loro vita, mentre oltre 1 milione e 420mila ragazzi (57%) lo hanno fatto nell'ultimo anno. Anche il gioco online è in costante aumento: nel 2024, 320mila ragazzi (13%) riferiscono di aver giocato d'azzardo su Internet. Rispetto alle coetanee, i ragazzi giocano in percentuale maggiore a quasi tutti i giochi analizzati.

Frammento clinico

Conosco M...

Il tempo e lo spazio

Ruggiero (2022, 156) scrive come “le dipendenze patologiche ... costituiscano *patologie relazionali* (corsivo dell'autore) e ... rappresentino l'esito cicatriziale di fallimenti ambientali nella formazione del Sé, che originano negli albori della relazione primaria ... trovando in adolescenza punti di specifica cristallizzazione⁷.

A differenza della dipendenza, che è un tratto intrinseco della natura umana, la dipendenza patologica rappresenta un corto circuito evolutivo; un modello di ripetizione che prevale sull'istinto di autoconservazione e si basa su meccanismi di negazione e spostamento come principali strategie difensive (Zusman, 2016).

La dipendenza patologica de-struttura *la dimensione del tempo*: l'essere diventa un monologo, parola muta (a-loquio).

Secondo Messas (2021, 221) “lo scopo principale ... è quello di sottrarsi alle condizioni attuali della temporalità biografica”, la cui declinazione si attua in maniera differente a seconda delle diverse personalità e psicopatologie.

Anche l'equipe curante vive questa sottrazione: incontriamo spesso silenzi vuoti, sguardi perduti e spenti o fiumi di parole. Rischiamo di perdere il con-tatto con noi stessi e con gli altri, presi dall' “altra cosa”, la sostanza appunto, piuttosto che dall'altro-paziente (l' “Io-paziente” diceva Resnik, 1990) che riempie ogni pensiero e ogni spazio di relazione (Borgna, 1997)⁸ e dalle molteplici cose da fare per “salvare” i nostri pazienti, a volte con poco sguardo e scarso ascolto.

Si tratta, per altro verso, di “un potente investimento affettivo che può essere vissuto come pericoloso, assorbente e divorante”⁹.

⁷ Jeammet (2002) definisce l'addiction come fascia, bendaggio che cura e medica le antiche ferite che hanno la loro origine nelle prime relazioni con la madre-ambiente.

⁸ Borgna E. (1978) sottolinea come la dipendenza si può comprendere a partire dall'essere dell'uomo. La tossicodipendenza sarebbe “una possibilità immanente” con-segnata alla condizione umana, legata alla tendenza a fuggire dalla condizione di vuoto esistenziale, “precipitando in una condizione di radicale oblio di sé”.

⁹ Correale A., Cangiotti F., Zoppi A., Il soggetto nascosto, in “Il soggetto nascosto. Un approccio psicoanalitico alla clinica delle tossicodipendenze”, FrancoAngeli, Milano, 2013, 29.

Anche “il futuro viene stralciato dall’orizzonte della temporalità: ... non ci sono più preoccupazioni, e non ci sono più timori, ma non ci sono nemmeno più speranze... categorie fondamentali costitutive dell’orizzonte del futuro”¹⁰.

“Come Orfeo, questi pazienti non riescono a differire angosce e pensieri: un pensiero si fa angoscia e poi agito... c’è solo l’urgenza di scaricare il bisogno”: Orfeo non regge alla “frattura originaria della presenza” (Agamben, 1977), quella che gli dèi a cui si era rivolto avevano per un momento suturato, la frattura tra il mondo dei vivi (la presenza) e il regno dei morti (l’assenza). È quello che la psicoanalisi definisce come frattura dell’Uno (fusionalità con la madre, unità dell’Io e della coscienza), perché esiste l’Altro, ovvero l’inconscio (Mangini, 2024).

Credo sia questa la ragione, la negazione dell’Altro/inconscio che rende faticoso per loro un percorso analitico.

La “densificazione del presente” (Kemp, 2018) descrive anche l’humus, l’orizzonte che consente di comprendere meglio la psicopatologia delle dipendenze, nelle sue molteplici forme attuali, e l’ampiezza del terreno di coltura e di incubazione del malessere e del dolore mentale, al di là del consumo di sostanze e dei comportamenti di addiction.

Kaës (1998, 27) scrive come i periodi di disorganizzazione (o riorganizzazione) sociale siano caratterizzati da deficienze dei garanti metasociali, dal loro incrinarsi e, talvolta, dal loro rapido mutamento. L’intersoggettività è correlazione: unione/disgiunzione, identificazione/delimitazione, conformità/dissonanza, permanenza/cambiamento.

È relazione tra gli individui che chiede di non uccidere, di non commettere incesto e di rinunciare alla realizzazione immediata dei moti pulsionali (Kaës, 2005)¹¹.

¹⁰ Aulagnier P. (1984) in “L’apprendista storico e il maestro stregone”, scrive a proposito dell’ “Io”: “È una necessità del suo funzionamento porsi e ancorarsi in una storia che sostituisce a un tempo vissuto-perduto la versione che il soggetto se ne dà, grazie alla sua ricostituzione-costruzione delle cause che l’hanno generata, rendendo conto del suo presente e rendendo pensabile e investibile un possibile futuro” (1984, p.9).

La costruzione onnipotente, grandiosa, diventa un mezzo, per i soggetti che presentano un funzionamento psicotico, per rimanere in contatto con una storia fornendo una versione contrassegnata con il proprio sigillo personale.

Si tratta di una centralità del presente, diverso da quello descritto da Agostino; presente colmo di memoria e di attesa, di ricordo del passato e di apertura verso il futuro.

“Che cosa è dunque il tempo? Se nessuno me ne chiede, lo so bene: ma se volessi darne spiegazione a chi me ne chiede, non lo so: così, in buona fede, posso dire di sapere che se nulla passasse, non vi sarebbe il tempo passato, e se nulla sopraggiungesse, non vi sarebbe il tempo futuro, e se nulla fosse, non vi sarebbe il tempo presente. Ma in quanto ai due tempi passato e futuro, in qual modo essi sono, quando il passato, da una parte, più non è, e il futuro, dall’altra, ancora non è? In quanto poi al presente, se sempre fosse presente, e non trascorresse nel passato, non più sarebbe tempo, ma sarebbe, anzi, eternità. Se, per conseguenza, il presente per essere tempo, intanto vi riesce, in quanto trascorre nel passato, in qual modo possiamo dire che esso sia, se per esso la vera causa di essere è solo in quanto più non sarà, tanto che, in realtà, una sola vera ragione vi è per dire che il tempo è, se non in quanto tende a non essere?” (Agostino d’Ippona, Le confessioni).

¹¹ Questi fenomeni, continua Kaës, “intaccano in modo del tutto particolare le fondamenta dell’ordine simbolico”, che viene sostituito dall’ordine visuale, dove significato e significante coincidono: alla legge che s’impone a tutti e organizza l’insieme si sostituiscono l’arbitrario e l’anomia. Per l’autore gli effetti psichici di questi cambiamenti sarebbero alla base di nuovi disturbi. Le dipendenze patologiche credo si collochino a tra questi.

Freud (1920) era colpito dall'imponenza della ripetizione, della coazione a ripetere, per cui sembra che la vita non proceda in avanti e che il soggetto torni inconsciamente là dove aveva sofferto, reiterando gli stessi errori.

Freud definisce queste esistenze come “nevrosi di destino”, vite che sembrano destinate alla sconfitta. Nel 1924, ne *Il problema economico del masochismo*, teorizza le ragioni e le modalità attraverso cui si manifesta il principale derivato della pulsione di morte: il masochismo, uno dei modi di espressione di una pulsione che, altrimenti, sarebbe per definizione “muta”.

Accanto alle pulsioni libidiche, Eros, che spingono alla vita legandosi all'oggetto, esiste un altro genere di pulsioni, antilibidiche, che vanno contro la vita: la pulsione di morte, Thanatos. La vita contro la vita.

Il soggetto umano non opera solo per il proprio bene: può perseguire l'autodistruzione con la stessa tenacia con cui ci si attenderebbe che cercasse l'amore. Anche la più totale distruzione dell'Io — scrive Freud — può compiersi nella più piena soddisfazione narcisistica del soggetto. La distruzione di sé può dunque condurre inconsciamente al piacere.

Sono state proposte diverse definizioni della pulsione di morte: *désir de non désir*, antipulsione, pulsione anoggettuale. Non è desiderio di morte, ma morte del desiderio (Valdrè, 2025).

Anche la percezione dello spazio subisce un profondo mutamento: “Il vissuto dello spazio tende a dilatarsi e a sconfinare in una distanza nella quale il ‘vicino’ e il ‘lontano’ si confondono e si annullano, in una metamorfosi che incenerisce e trascende ogni limite e ogni confine...” (Borgna, 1997).

La coscienza del tossicomane è una coscienza in parte “mineralizzata” (Di Petta, 2004). Nella pratica clinica incontriamo pazienti in una gamma molto ampia di “stati”, da più liquefatti o rarefatti fino ai più duri.

Nel lavoro quotidiano li incrociamo mentre avanzano richieste talvolta perentorie, dettando le regole, fino a pazienti “dilatati e dispersi”, nei quali non si intravede alcun punto di riferimento da cui avviare un contatto.

L'incontro avviene in una “terra-di-nebbia” (Di Petta, 2006) e richiede la capacità di orientarsi, di sostare, di rischiare¹².

In questa cornice frammentata, uno strumento analitico prezioso, che può aiutare a riconfigurare i confini tra interno ed esterno, è il setting, inteso come *limite, contenitore e processo*, per dirla con Bleger (1967).

¹² “Nessuno come il tossico, mi mette, come clinico, di fronte a fenomeni coscienziali ed esistenziali così para-umani, eppure così ancora inclusi nell'umano... in un percorso però che può essere insieme “una traccia e una deriva” (Di Petta, 2009).

Con questi pazienti il setting può assumere la funzione fondamentale di creare uno spazio di pensiero e di contatto in alternativa all'agire immediato. È compito del terapeuta e dell'équipe curante mantenerlo vivo e fruibile, preservandolo dagli attacchi distruttivi.

Il limite diventa spesso il luogo più congruo per incontrare questi pazienti e per costruire un legame. È un confine, una soglia: passare da uno spazio a un altro significa oltrepassare un limite e intraprendere un percorso che può condurre verso territori nuovi. Talvolta questa soglia appare attraversabile, altre volte si configura come una barriera difficile, se non impossibile, da affrontare.

La strutturazione del setting o dei setting costituisce una opportunità terapeutica di disegno di un dentro e di un fuori, che può contribuire a costruire identità, differenze e relazioni.

In una fase iniziale, che può protrarsi a lungo, può essere necessario ridefinire e spostare i limiti per incontrare il paziente, mantenendo tuttavia un setting mentale, individuale e di gruppo curante, che consenta di attribuire senso a quanto accade nella relazione. Il *non-confine*, come l'illimitato dei sogni di onnipotenza infantile, è una condizione innaturale ma necessaria alle prime esperienze della realtà. L'accettazione progressiva dei limiti genera sofferenza per la perdita dell'illusione, ma consente la graduale costruzione dell'identità.

Il riconoscimento del limite e la perdita dell'illusione costringono infatti al confronto con l' "Altro-da-sé" (Freda, 2000), che nel setting terapeutico, a differenza dell'oggetto-droga, non è manipolabile e non manipola.

Il corpo

La dipendenza è una patologia che si manifesta attraverso il corpo: il corpo è la “superficie necessaria”, con cui bisogna convivere e che bisogna attraversare. D'altra parte, “questo mondo ... è il mondo dei corpi, ... è la densità stessa dello spaziamiento” (Nancy, 1992).

Da una prospettiva evolutiva, possiamo dire con Pellizzari (2010, p. 84) che l'adolescenza rappresenta “la fine di una tregua”: diventa sempre meno possibile “una dilazione” che mantenga l'illusione idealizzante (sia per l'adolescente che per i genitori), i quali si vedono costretti ad accettarsi per come sono e non per come desidererebbero essere. Si tratta di una “definizione traumatica”, spesso dolorosa, che va dalla necessità di accettare il proprio corpo all'accettazione delle proprie caratteristiche psichiche.

Nella dipendenza la densità dello spazio del corpo sembra rarefarsi e ridursi, confondendo il corpo vivente con il corpo-che-dà-piacere, il corpo nella sua interezza con le parti del corpo che rendono possibile il raggiungimento di tale piacere.

“Nella corporeità, le modificazioni specifiche prodotte ... dall'abuso di sostanze si concentrano sull'esperienza del *craving*” (Messas, 2021, corsivo dell'autore). Il craving diventa il segnale che la corporeità si trasforma in “supporto materiale” e “strumento di contatto” con il mondo delle relazioni, ora inghiottito dal vuoto, ora riempito dall'estasi.

Fain (1981) descriveva “*lo spasmo del singhiozzo*” (corsivo dell'autore) come una modalità di dipendenza tossicomane scoperta da alcuni bambini piccoli; secondo l'autore, ciò corrisponderebbe a una vera e propria manipolazione chimica, ottenuta mediante il blocco della respirazione per raggiungere uno stato di incoscienza.

Nella dipendenza patologica vi sarebbe *una trasgressione delle leggi biologiche come modalità di accesso al godimento* (corsivo dell'autore): una sorta di perversione o sovversione libidica che riguarda le leggi dell'autoconservazione e, per estensione, il processo su cui si fonda la sessualità psichica (Pirlot, 2025, 172).

Il corpo, modificato dalla sostanza, viene utilizzato come mezzo privilegiato (corpo-oggetto) per generare e gestire sensazioni ed emozioni.

Questo è vero all'inizio dell'esperienza della dipendenza patologica; con il passare del tempo accade che il corpo si imponga ancora in tutta la sua concretezza. Lo si ritrova poi “al fondo”: come se la dipendenza si trasformasse in una vera e propria patologia del corpo, una “malattia somatica”.

In passato, nei servizi per le dipendenze, era frequente un iper-investimento psicologico che, nel corso della presa in carico, andava lentamente scemando: disillusione, delusione e vissuti di fallimento alimentavano così la dicotomia mente-corpo.

I pazienti cronici, “lungo-assistiti”, curati nei servizi, spesso erano — e sono — seguiti non solo per la dipendenza, ma anche per una serie di patologie correlate, preesistenti o acquisite nel tempo: un tempo l’HIV, oggi l’HCV, oltre a decadimento fisico e mentale e a problematiche epatiche o cardiache... di varia natura.

La fatica del pensiero e dell’affetto, la difficoltà di una “mente in relazione”, che si colgono già nel primo contatto e lungo il percorso di cura, trovano nel corpo una testimonianza drammatica, silenziosa e perenne¹³.

Il paziente parla in maniera preponderante attraverso il suo corpo. Sembra che la superficie del suo corpo senta gli stati d’animo e noi possiamo sintonizzarsi con il paziente stando sulla sua pelle.

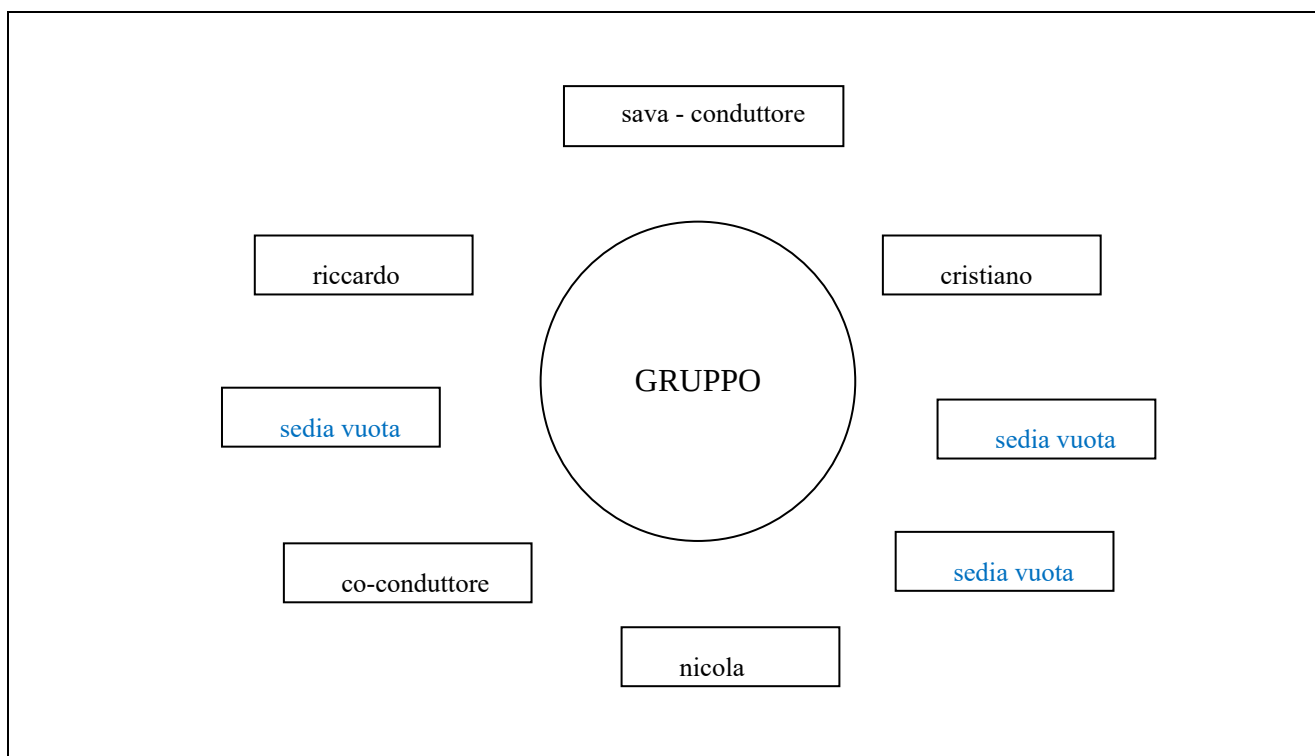
Ma lo stesso corpo vivente è spesso un corpo assente; quando va meglio, è un corpo sofferente, che cerca di mantenere l’illusione di un piacere senza limiti, “innescando una spirale di angoscia ed estasi, di desiderio della vita e di desiderio della morte”, di frantumazione e di trasfigurazione di sé. Il corpo viene così destituito della sua funzione di autentica mediazione tra il soggetto e il suo mondo. Con il corpo perdono consistenza anche alcuni elementi mediatori tra il soggetto e il mondo, come il linguaggio, il pensiero, la percezione sensoriale e la memoria.

A riguardo mi pareva interessante un frammento di un gruppo di pazienti:

¹³ Marty P. (1990) si interrogava sul fatto che «gli investimenti tossicomani, modificando l’economia psichica di alcuni soggetti attraverso percorsi incerti e potenzialmente capaci di porre fine a “depressioni essenziali”, non evitassero, almeno a breve termine, delle disorganizzazioni somatiche.

Questa questione emerge anche:

1. di fronte all’apparente paradosso della mancata sensibilità alle infezioni nelle pazienti anoressiche in fase acuta di denutrizione e al ritorno di una normale vulnerabilità durante la fase di recupero del peso;
2. negli studi di Otto U. (1972), che mostrano come gli adolescenti che tentano il suicidio sviluppano, a lungo termine, più malattie organiche rispetto agli altri adolescenti (cit. da G. Pirlot (2025), 171).



Vorrei sottolineare alcuni aspetti.

Gli arrivi, le presenze e le assenze.

Si tratta di un gruppo in cui ciascuno modula l'orario di arrivo in seduta e la propria presenza o assenza, come se volesse regolare "da sé" vicinanza e contatti, "senza eccedere". Diverse sedie rimangono vuote, alternate; il riconoscimento ("da molto non ci si vede") è accompagnato dalla rassicurazione che ci si può permettere di farlo, autonomamente. Così anche le distanze nella collocazione fisica nella stanza e nel cerchio gruppale.

Il vincolo tra i pazienti e tra i pazienti e l'analista-conduttore del gruppo.

Il clima di gruppo che si crea permette ai partecipanti di sentirsi appartenenti a un processo in corso. Il modo di relazionarsi tra loro e con l'analista fa comprendere come ci si muova in un'area molto informale, "di superficie": come sostare in un'"area primaria", che richiama il rapporto del bambino con la madre, laddove nella mente del bambino non si è ancora formata la possibilità di rappresentare l'oggetto, dove l'aspetto dell' "indifferenziato" prevale e dove avvengono comunicazioni senza separatezze. È un'area in cui predominano aspetti sensoriali, emotivi e affettivi, ed è opportuno che essi rimangano taciuti mentre vengono condivisi.

Gli interstizi.

Si possono scorgere alcuni interstizi che permettono una regolazione attraverso comunicazioni reciproche tra i pazienti e l'analista, in uno speciale linguaggio, semplice, che li distingue ma al tempo stesso li unisce in un mondo a parte.

Se da una parte questo richiama quel "nucleo spento, bianco... che non permette di vedere pienamente la luce legata agli affetti che investono gli oggetti e che da esso emanano: una condizione che caratterizza quei soggetti incapaci di dare solidità ai propri pensieri a causa della mancata simbolizzazione dell'assenza materna" (La Scala, 2017), dall'altra appare come uno spazio intenso, in cui i membri del gruppo possono dialogare e sentirsi, liberamente, parte di un processo in sviluppo.

Prima differenziazione.

C'è qualcosa di analogo al processo di allattamento, che non è solo scambio di nutrimento, ma anche comunicazione favorita dal piacere che la madre ne trae, stimolata da ciò che la posizione stessa del bambino provoca. Questa modalità con cui la madre offre il nutrimento è alla base della formazione di un Sé sano. Il bambino non distingue tale esperienza come esterna a sé e dunque rappresentabile, ma la vive come qualcosa che gli appartiene.

L'aspetto sensoriale e fisiologico del nutrimento costituisce anche una prima "ombra", una prima "idea", anzi una sensazione: il sentire, nella stessa esperienza con la madre, la possibilità di una differenziazione. Lì emerge l'ombra di un terzo, un presentire un ambiente più ampio che non è soltanto la madre, un pre-sentire l'incontro con il terzo.

Verso un abbozzo di separazione tra uguali .

C'è un gruppo e c'è un analista nel gruppo: è la funzione di contenimento. L'analista può "stare lì", nel gruppo, in attesa; può intervenire con discrezione mentre avvengono le interazioni tra pari e per favorire il buon funzionamento del processo. C'è il tempo. L'analista del gruppo è consapevole di poter diventare oggetto di attenzione e di riferimento per nuovi legami identificatori.

"Lo spazio tipico dell'adolescenza è ... uno spazio in gran parte illusorio... uno spazio caratterizzato da relazioni rigidamente paritetiche per negare le gerarchie generazionali, uno spazio ... espanso per contenere tutti i giovani che vogliono assomigliarsi, per mantenere distanze di sicurezza dagli adulti... Oggetti magici... hanno aiutato i bambini a compiere le prime separazioni e i primi passi acrobatici; altri oggetti magici... consolano e 'tengono insieme' i singoli adolescenti e, più spesso, i gruppi di adolescenti..." (Spadoni, 2007, 130).

Mi sono sempre domandato quanto nei pazienti con problematiche di dipendenza patologiche il sostare o il permanere in quest'area "primaria" o "pre-oggettuale", come l'eclissi o l'assenza del "terzo", sia causa o conseguenza dell'incontro con la sostanza.

Nel contesto delle dipendenze, la ricerca di una stimolazione intensa e il mantenimento di un alto livello di attivazione cerebrale possono essere letti anche come risposta a una sensazione di vuoto interiore. In questo senso, la dipendenza non si limita a una ricerca di piacere o eccitazione, ma rappresenta un tentativo di colmare un'insoddisfazione fondamentale, un vuoto emotivo o un bisogno di primitivo autoaccudimento.

I processi autocalmanti possono giocare un ruolo importante, consentendo agli individui di mantenersi in un fragile equilibrio tra eccitazione e quiete. Essi funzionano come meccanismi di adattamento temporaneo alle pressioni interne e ai conflitti emotivi. Tuttavia, quando diventano predominanti, possono generare una spirale di dipendenza, rendendo difficile l'accesso a esperienze emotive più profonde, autentiche, di crescita.

Queste pratiche autocalmanti richiamano il dondolio materno per far addormentare un bambino insonne: un dondolio che mira al livello più basso di eccitazione e frustrazione, sostituendo la funzione del sogno. La madre calmante, "madre-droga", non consente al bambino di trovare e creare quella *zona transizionale di gioco* (corsivo mio) che sono il sogno e l'attività fantasmatica.

Questo contatto autocalmante si oppone a ciò che fa *una madre discreta*, che copre silenziosamente l'autoerotismo del suo bambino. Soddisfatta, [*una madre discreta*] proietta il proprio narcisismo offrendo al bambino abbastanza amore senza dimenticare il suo ruolo di amante, "predisponendo la censura dell'amante", matrice fantasmatica che permette di connettere le eccitazioni attraverso i fantasmi ... di un "buon oggetto interno". Questo permetterebbe una forma di interiorizzazione delle tracce mnestiche del dondolio materno, con l'impronta personale della madre: "È la qualità del dondolio che è stata interiorizzata, che conferisce ai processi autocalmanti il loro valore più o meno operativo" (Szwec, 1993).

A un livello patologico, se questo dondolio non libidinalizzato, "sidera" la vita mentale, può generare, da un lato, un' "enclave" materna nella psiche (falsi Sé) e, dall'altro, una modalità di pensiero povera sul piano fantasmatico, che conduce alla somatizzazione. Questa siderazione è vicina al "vuoto di pensiero" ricercato dalla bulimica, sperimentato nello stato limite e temuto dall'ossessivo (Pirlot, 2025).

In tali circostanze, la madre tenta di "risolvere" il problema emotivo del bambino (il suo pianto) con una risposta immediata e concreta, che però non consente l'elaborazione del conflitto emotivo. La dipendenza da queste risposte automatiche ostacola lo sviluppo della capacità di tollerare e gestire emozioni complesse, avviando un ciclo di diniego e autosomministrazione.

Questo meccanismo può trasformarsi in una strategia di evitamento psicologico, in cui il bambino, poi adulto, sviluppa dipendenze emotive e fisiche simili a quelle della madre, che ha così protetto la propria incapacità di tollerare l'angoscia emotiva. È significativo che tali oscillazioni autolesive si ritrovino nei bambini affettivamente carenti e in quelli iperattivi con disturbi del comportamento, dove la percezione del dolore colma falle narcisistiche e deficit nella costituzione del masochismo primario.

Per Smadja (2012), i comportamenti autocalmanti sono "procedimenti antitraumatici che utilizzano gli effetti della pulsione di morte per proteggere l'Io da uno stato di angoscia interna"; essi fanno ricorso alla motricità e alla percezione concreta, priva di valore simbolico.

Queste oscillazioni svolgono anche la funzione, come osserva Olievenstein (1981), di raccogliere i frammenti dello "specchio infranto" dal desiderio onnipotente e dal piacere incolmabile dell'esperienza della sostanza. L'esperienza del gruppo può offrire una diversa modalità relazionale, che tenta di reintegrare i legami tra le parti del Sé, tra il Sé e gli oggetti, tra il mondo interno e la realtà.

Il gruppo come "contenitore" (Bion, 1962), "involucro" (Anzieu, 1985), limita la dispersione e significa. Il contatto con i frammenti, solitamente evitato perché doloroso o sostituito dall'*armonia* del sentirsi *sconvolti, sedati, eccitati*, viene mediato dalla funzione terapeutica del gruppo. Il gruppo,

inizialmente specchio infranto, può gradualmente favorire nel singolo paziente, per quanto possibile, la costruzione di un'immagine di sé più integrata.

Callieri (1993) osserva come in questi pazienti il *körper* (oggetto fisico) prenda il posto del *leib* (corpo vissuto): il corpo diventa ostacolo o fonte inesauribile di bisogni urgenti, la comunicazione si impoverisce, riducendosi a scambio e commercio in un circuito chiuso. L'incontro "per il corpo-che-ho" rischia di trasformarsi nell'uso di "un-altro-corpo": eros e sessualità perdono la rilevanza del desiderio e del piacere.

Freud (1898), ne *Il ruolo della sessualità nell'eziologia delle nevrosi*, proponeva già una visione della dipendenza come "sostituto erotico", interrogandosi sulla "fonte" di una "urgente necessità di farmaci"¹⁴.

Chabert (2006) rileva che Freud utilizza il termine *Sucht*, "mania", la cui radice rimanda all'azione di ricerca e al bisogno primitivo (*Ursucht*), collegato alla masturbazione. Con il termine *Sehnsucht*, Freud introduce l'idea di un desiderio ardente e nostalgico, che implica movimento e assenza dell'oggetto (corsivo mio), nonché la risessualizzazione dell'eccitazione. È interessante notare che fino al 1894 Freud descriveva la sessualità negli stessi termini economici con cui, dieci anni prima, aveva descritto la cocaina: una sostanza "sexy".

McDougall (1982) affermava che le patologie della dipendenza sono manifestazioni di conflitti psichici, attraverso "atti-sintomo". Il paziente dipendente non ha potuto contare su un oggetto transizionale capace di rendere tollerabile l'assenza; non è stata possibile un'introiezione dell'oggetto.

Difensivamente, il soggetto si scinde in due parti: una rinchiusa nel mondo interno, l'altra rivolta all'esterno e compiacente verso le richieste provenienti dall'ambiente. Riemerge qui quello stile "moralistico" e apparentemente remissivo. Si scorse quell'incapacità di comprendere e contenere ciò che accade nel mondo interno ed esterno, insieme a un profondo sentimento di vuoto.

Questa relazione ambivalente è caratterizzata da un intenso bisogno di fusionalità e da un altrettanto intenso timore di un'influenza malefica. Il terapeuta diventa così un Giano bifronte: oggetto buono e salvifico, idealizzato, oppure oggetto maligno e sadico, costringitivo e persecutorio.

¹⁴ Freud, citando una lettera a Fliess del 1897 in "Il ruolo della sessualità nell'eziologia delle nevrosi" (1898), scrive come consideri il comportamento tossicomano come un sostituto della masturbazione: "Un'indagine più precisa dimostra che questi narcotici sono in genere destinati a compensare, direttamente o per altra via, l'assenza del piacere (sessuale), e quando non sia più possibile ristabilire una via sessuale normale, ci si può attendere, con tutta sicurezza, una recidiva". Mi pare si tratti della prima lettura psicoanalitica del fenomeno, considerato come una compensazione del mancato raggiungimento del piacere. Freud intuisce come la persistenza di questa privazione sia la causa della recidiva.

In un celebre motto di spirito Freud racconta l'amara risposta di un alcolista. Al neurologo che lo rimprovera per aver ripreso a bere, danneggiando così il proprio udito, l'uomo risponde: "Ho ripreso a bere acquavite, ma le dirò il perché. Fin quando non bevevo, sentivo bene, ma tutto quello che ho sentito non valeva la mia acquavite". Annota Freud che dietro il motto di spirito si annida la sconsolante domanda: "Non ha forse ragione quell'uomo scegliendo in tal modo?" (corsivo mio).

Conflitti e vissuti arcaici restano “dentro” la persona, senza parola, non rappresentabili, in uno “spazio morto” che si manifesta ma non si comprende; da qui la sensazione diffusa del paziente di non capire ciò che lo fa soffrire o di attribuirlo a un mondo esterno persecutorio.

L'alessitimia appare come epifania di questi movimenti conflittuali.

Depressione e ansia vengono evacuate: “l'atto sostituisce il lavoro psichico, paralizzando il funzionamento del preconscious (...) il fallimento della rappresentazione va di pari passo con la tendenza all'agire e alla scarica della tensione”. La patologia da dipendenza esaspera fantasie onnipotenti e azioni autoreferenziali, come sottolinea Kohut (1971), nei pazienti narcisistici segnati da un oggetto-Sé assente o non empatico.

Il paziente dipende narcisisticamente da un oggetto che funge da sostanza vitale e contenitore di parti essenziali del Sé; la possibilità di perderlo è intollerabile. L'oggetto additivo diventa un sostituto concreto e corporeo di un regolatore interno (McDougall, 2003).

Nella relazione di addiction, il rapporto con l'altro si fonda spesso su modalità “false”, per non mostrare un senso di inadeguatezza legato a un'immagine narcisistica grandiosa e ipersensibile alla frustrazione. Si tratta di personalità vulnerabili, il cui funzionamento mentale resta a livello sensoriale e pre-oggettuale, con processi affettivi indifferenziati.

Green (1958), riprendendo Marty, propone di sostituire il concetto di pulsione di morte con quello di *disorganizzazione contro-evolutiva* (corsivo mio) “quando le eccitazioni diventano irrefrenabili, i sistemi funzionali si disorganizzano, producendo isolamento e anarchia funzionale” (Marty, 1990).

Nella presa in carico osserviamo l'alternanza di momenti di idealizzazione e di intensa rabbia. Seduzione e aggressività possono spingerci ad attivare dispositivi di cura inadeguati; la difficoltà sta nel mantenere una posizione che coniughi fermezza e flessibilità, elemento centrale del setting e del transfert – controtransferale.

Racalbuto (1994, 64) osserva che “la risposta libidico-emotiva dell'analista nei confronti del transfert narcisistico del paziente... è condizionata dalla sua capacità di accogliere la comunicazione preverbale e di astenersi, se necessario, da una restituzione di parola per tutto il tempo che la relazione richiede”.

Il lavoro analiticamente orientato non mira tanto a spiegare o interpretare, quanto a sperimentare e condividere esperienze relazionali, ciò che Winnicott (1965) definisce *holding environment*, un ambiente in cui “...l'analista è prima una persona, secondo un professionista e, solo in terzo luogo, un analista capace di esplorare l'inconscio”.

Questa attenzione è implicita anche in Zucconi (2004), quando afferma che occorre esplorare quanto il “dopo” riorganizzi il senso del “prima”, e come la superficie attuale dia forma alla storia. *L'incontro con la sostanza è esso stesso un evento traumatico primario*¹⁵, che, a partire dall'attuale, riorganizza il passato e ristruttura o destruttura parti della personalità.

Brusset (2004) sostiene che il comportamento dipendente tenta di riattivare un livello di riorganizzazione rispetto a una regressione mortifera o a una disorganizzazione depressiva e somatizzante. Paradossalmente, è come se il paziente cercasse di limitare l'attività psichica conscia: “nuove connessioni sembrano rese possibili dalla disconnessione”.

L'esperienza fisica e psichica dell'uso di sostanze produce una soddisfazione totale dei bisogni e un ritorno al principio di piacere, al narcisismo primario e allo stato fusionale. Questo ritorno artificiale riattiva modalità somato-psichiche primitive, già elaborate ma mai cancellate, mettendo in circolo funzionamenti mentali più arcaici.

Il percorso di cura chiede l'abbandono di questo stato di beatitudine, e tale abbandono costituisce l'altra faccia dell'evento traumatico primario. Per il paziente, l'assunzione della sostanza non rappresenta un sintomo e pertanto non chiede di eliminarla, ma di poterne godere senza effetti collaterali. Diventano così comprensibili le resistenze all'avvio e al mantenimento del trattamento.

¹⁵ Il concetto di “trauma cumulativo” di Khan M. (1963) mi pare di importante valore esplicativo, inteso come la presenza di alcune delle possibili distorsioni derivanti dalla mancata funzione di membrana protettiva come, ad esempio un precoce e selettivo sviluppo dell'io in linea con una collusiva risposta alla madre, false identificazioni con l'oggetto primario e distorsioni nella percezione dell'io-corporeo.

Aspetti di integrazione nella cura

Un approccio integrato alle dipendenze non può non tener conto del coinvolgimento, nel trattamento, dei genitori o dei familiari. Ci interroghiamo su come poter accudire sofferenze che attraversano la storia delle relazioni tra generazioni, cercando di dare voce a quelle parti del Sé autentiche, soppiantate dal transpsichico che, come scrive Bolognini (2008), entra nell'altro per vie anomale e in forma traumatica, occupandolo come un corpo estraneo, parassitandolo, sostituendo il Sé e inducendolo a ripetere l'azione traumatica.

Nella trasmissione transgenerazionale accade infatti che la mente si strutturi “non solo da ciò che fallisce o manca di metabolizzazione psichica, ma – come afferma Nicolò (1996) – anche da ciò che non è mai avvenuto, da ciò che non è stato rappresentato e non è rappresentabile”. Noi diventiamo così, in qualche maniera, il punto in cui si coagula la richiesta di aiuto: un approdo ospitale e confortevole, ma anche uno sbocco pericoloso e avverso, quello che pazienti e familiari non avrebbero voluto incontrare.

Il conflitto, in molti casi, non trovando espressione nel contenitore naturale dello scontro generazionale, sembra acquietarsi in un sottofondo depressivo, venuto a mancare ciò che Aulagnier (1975) chiama il “contratto narcisistico tra le generazioni”¹⁶.

Si tratta di lunghi processi di presa di contatto. In alcuni casi credo possa essere opportuno, da parte nostra, *agire* laddove il pensiero e la parola risultano troppo complessi per essere compresi.

Il quadro familiare in queste patologie, che somiglia molto a quello dei pazienti psicosomatici, appare caratterizzato da una mancanza di possibilità identificatorie o da un insieme di vincoli che impongono identificazioni inaccettabili (Corcos, 2005b). Il sistema familiare sembra offrire all'esterno una posizione predominante, favorendo l'idealizzazione di stereotipi socioculturali e accorciando o semplificando i conflitti identificatori necessari alla costruzione del soggetto.

Queste costruzioni socioculturali, non incarnate e scarse fonti di creatività, non forniscono che un'applicazione pseudo-identitaria. Ciò che è stato trasmesso “da corpo a corpo” è ciò che non è stato esercitato (fobia del tocco) o che è stato intrusivamente agito (cura corporea) da un corpo spento o

¹⁶ Per Aulagnier P. (1975) ogni soggetto nasce nel mondo della società anche con la missione di assicurare la continuità dell'insieme sociale al quale appartiene. Perciò deve investire narcisisticamente su questo nuovo soggetto. La nozione di "contratto narcisistico" corrisponde all'assegnazione a ciascuno di un posto determinato che è offerto dal gruppo e che è indicato dall'insieme delle voci che, prima della comparsa del soggetto, ha tenuto un certo discorso conforme al mito fondatore del gruppo.

cancellato: un corpo che non è altro che un organismo “senza desiderio, senza fantasia, ipersensibile fino al dolore; un corpo triste o ‘senza qualità’, un corpo “non-materno” (Corcos, 2005b)¹⁷.

Contatto e controtransfert

Il contatto con i pazienti affetti da dipendenza scalda, avvicina, distanzia, seduce e poi “ti butta giù...”, come recitava un vecchio motivo. Il curante, l'équipe, l'analista sembra chiedersi: quanto durerà tutto questo? Sarò capace di resistere a questo “fuoco” fatto di amore e odio, di calore e dolore, di aggressione sulla pelle, di fatica e tenerezza, di ripetizione e novità, per tutto il tempo necessario, che spesso dura anni?

Mi sembra rilevante interrogarsi su come costruire un'alleanza, un progetto, con chi ha già un legame così forte con *qualcos'altro*, quando il nostro controtransfert può essere attraversato da intensa delusione e rabbia per il ritiro del paziente nell'autismo della dipendenza, come in una *sindrome da ritiro*, lasciando a noi il carico del “fardello emozionale” (Winnicott, 1947).

Racalbuto (2003) scrive che il paziente “fa di noi... come se fossimo inanimati”. Winnicott direbbe che il paziente “ci usa”: per questo sentiamo sulla nostra pelle “sentimenti di impotenza, di insicurezza, di irritazione..., pallido riverbero dell'annientamento, della disperazione, della rabbia, dell'assenza del sentimento della continuità dell'esistere... che questi pazienti avvertono”. Spesso “...non poterci sentire altro che quello che il paziente fa di noi”, afferma Pontalis (1990)¹⁸, è il risultato di ciò che viviamo come un attacco alla nostra funzione di cura e, più in generale, alla nostra identità.

Quando viene a mancare la parola al paziente, sembra collassare lo spazio della relazione per l'assenza di possibilità di contatto, di significazione e di pensiero; può allora venire a mancare anche la parola all'analista (Racalbuto, 1994¹⁹).

Può accadere che il paziente parli attraverso il corpo più che attraverso la parola, suscitando in noi *un'affettività somatica*, invadente e a-simbolica.

¹⁷ In questo contesto bio-somatico, depressione e alessitimia emergono come elementi centrali. Il soggetto sembra installarsi in una forma di pensiero “cieco”, accompagnata da una decompensazione corporea e da un'assenza di relazione affettiva, nel tentativo di evitare il rischio di disorganizzazione.

L'evoluzione di una condotta additiva verso una patologia psicosomatica avverrebbe dunque dopo un quasi esaurimento del funzionamento psicologico, dovuto all'assenza di soluzioni deliranti, di uscite caratteriali o di potenzialità perverse, portando a un crollo della libido, sia narcisistica sia oggettuale, segnato da una depressione “essenziale”.

Il corpo diventa allora il luogo di uno scarico pulsionale disorganizzato, quale ultima forma di protezione.

¹⁸ Pontalis J. B. (1990), *La forza di attrazione*, Borla, Roma, 1992.

¹⁹ Racalbuto A (1994), *Tra il fare e il dire*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

La sfida per l'analista e, analogamente, per ogni curante o equipe, è come *rimanere vivo mentalmente*, come rendere *utili terapeuticamente* gli accadimenti controtrasferali per stare con un paziente che sosta nella seduttività della sostanza.

L'atteggiamento di ascolto non giudicante, attento, affettuoso, che possa accogliere la vergogna senza svergognare (paura, primitiva, originale, per questi pazienti), è già per sé spiazzante, in quanto offre una modalità di contatto per loro inedito.

Sono pazienti molto angosciati dal contatto: il contatto con *la pelle dell'altro* li spaventa. Un contatto troppo lungo o troppo breve, nel quale sentono l'altro, *più grande*, detentore di potere, che può definire tempi e limiti, li colloca in uno stato di bisogno, li allontana.

Sentire la percezione reale, essere rassicurati che sono loro a poter gestire la vicenda relazionale e lasciare loro questo potere, credo, sia tranquillizzante per loro, faticoso da tollerare per noi, quanto osservare e sentire che le sorti della relazione possano stare nelle loro mani piuttosto che nella nostra professionalità o nel nostro mandato. La sfida è poter lasciare entrare e uscire loro dalla relazione come vogliono. Questo può essere molto doloroso e frustrante dal punto di vista controtrasferale: è come se dovessimo tollerare, entro certi limiti, di essere a loro disposizione.

La *strutturazione del setting* o dei setting costituisce una opportunità terapeutica di definizione di un dentro e di un fuori, che può contribuire a chiarire e a costruire identità, differenze e relazioni. Il setting, che nella sua funzione contenitiva, regolativa, garante della cura, è come *garante dell'Io e del corpo*, forse anche per questo è attaccato dai nostri pazienti. È per questo che il *setting interno* dell'analista richiede sia stabile per garantire confini, argini sufficienti.

Spesso sono pazienti che non sono in grado di narrare e narrarsi nel loro *essere con*, perché gli altri non ci sono davvero, perché non sono in grado di rappresentarsi gli altri.

La rottura provocata dall'oggetto indispensabile narcisisticamente, quando le frontiere dell'Io si stanno organizzando, può comportare una ferita tale che viene eretta una barriera, una scissione psichica, sostiene La Scala (2012), che permane attiva tra l'interno e l'esterno dell'Io, tra gli spazi interni dell'Io, che rimangono non comunicanti.

Forse per i pazienti con problematiche di dipendenza occorre inventare anche *nuove esperienze*, che a partire da un'esperienza fatta in comune (la relazione duale, il gruppo, i contatti con gli operatori, la condivisione di un tempo in una struttura protetta...), interpreti la necessità di instaurare o restaurare un/il desiderio.

Mi pare infatti sia la dimensione del desiderio (contro la morte del desiderio) che, mentre ci permette di tener vive le nostre speranze, costituisce il vettore del riconoscimento dell'integrazione tra identità e differenza, tra presenza e assenza, tra libertà e limite. Se, come scrive Merleau-Ponty

(1945²⁰), ogni sensazione comporta un germe di sogno, attraverso il corpo, cerchiamo di rendere possibile spostarsi lungo tracce e sentieri per rendere figurabile quanto al momento appare solo rumore, colore indistinto, percezione incoerente.

²⁰ Merleau-Ponty M (1945), *Fenomenologia della percezione*, Bompiani, Milano 2019.

- Agamben G. (1977), *Stanze. La parola e il fantasma nella cultura occidentale*, Torino: Einaudi.
- Agostino d'Ipbona, *Le Confessioni*, Milano: Garzanti 1989.
- Anzieu D. (1985), *L'io-pelle*, Roma: Borla 1997.
- Aulagnier P. (1975), *La violenza dell'interpretazione. Dal pittogramma all'enunciato*, Roma: Borla 1994.
- Aulagnier P. (1984), *L'apprendista storico e il maestro stregone*, Bari-Roma: la Biblioteca 2002.
- Bion, W. R. (1962), *Apprendere dall'esperienza*, Roma: Armando Editore 1972.
- Bleger J., (1967) "Psicoanalisi del setting psicoanalitico", in: Genovese C. (a cura di), *Setting e processo psicoanalitico*, Milano: Raffaello Cortina Editore, 1988, 243 – 256.
- Boccaro P. (2020), <https://www.spi-firenze.it/boccaro-p-2020-i-gruppi-istituzionali/>, 2024.
- Bolognini S. (2008), *Passaggi segreti*, Torino: Bollati Boringhieri.
- Borgna E. (1978), "La tossicomania come esperienza psicoterapeutica", in: *Psichiatria Generale e Età Evolutiva*, XVI, 127 – 137.
- Borgna E. (1997), "Tossicodipendenza e ricerca di senso", in: Mozzanica C.M., Granata R., Castelli C. (a cura di), *(Dis)agio giovanile negli itinerari di community care*, Milano: FrancoAngeli, 113 – 124.
- Brusset B. (2004), "Dépendance addictive et dépendance affective", in: *Revue Française de psychanalyse*, 68, II, 405 – 420.
- Callieri B. (1993), "L'esperienza del leib sessuale nei tossicodipendenti", in: *Attualità in psicologia*, VIII, 5 – 9.
- Chabert C., Ciavaldini A., Jeammet P., Schenckery S. (2006), *Actes et dépendances*, Paris: Dunod, 184.
- Corcos M (2005b), "Approche psychosomatique des conduites addictive alimentaires", in: *Dialogue*, III, 97 – 109.
- Correale A., Cangiotti F., Zoppi A. (2015), "Il soggetto nascosto", in: Correale A., Cangiotti F., Zoppi A., *Il soggetto nascosto. Un approccio psicoanalitico alla clinica delle tossicodipendenze*, Milano: FrancoAngeli, 17 – 31.
- De Martis D. (1982), *Problemi di valutazione dell'intervento psichiatrico*, Roma: Il Pensiero Scientifico, 1982.
- Dipartimento per le politiche antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri, *Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia*, <https://www.politicheantidroga.gov.it/media/v5dlr0fu/relazione-al-parlamento-2025.pdf>.

- Di Petta G. (2004), *Il mondo tossicomane. Fenomenologia e psicopatologia*. Milano: FrancoAngeli.
- Di Petta G. (2006), *Gruppoanalisi dell'esserci. Tossicomania e terapia delle emozioni condivise*. FrancoAngeli.
- Di Petta G. (2009), *Nella terra di nessuno. Doppia diagnosi e trattamento integrato: l'approccio fenomenologico*, Roma: Edizioni Universitarie Romane.
- Fain M. (1981), "L'approche métapsychologique du toxicomane", in: *La Psychanalyste à l'écoute du toxicomane*, Paris: Dunod, 27 – 36.
- Freda F. H. (2000), *Psicoanalisi e tossicomania*, Milano: Bruno Mondadori 2001.
- Freud S. (1898), *La sessualità nell'etiologia delle nevrosi*, OSF II.
- Freud S. (1905a), *Il motto di spirito e la sua relazione con l'inconscio*, OSF V.
- Freud S. (1920). *Al di là del principio di piacere*, OSF IX.
- Freud S. (1924). *Il problema economico del masochismo*, OSF X.
- Granjon E. (1990), "Alliance et aliénation, ou les avatars de la transmission psychique intergénérationnelle", in: *Dialogue*, CVIII, 61 – 71.
- Green A. (2000), "Hystérie et états-limites: chiasmes, nouvelles perspectives", in: *Hystérie*, 139 – 162.
- Jeammet P. (1992), *Psicopatologia dell'adolescenza*, Roma: Borla, 2002.
- Kaës R. (1998), *Le teorie psicoanalitiche del gruppo*, Roma: Borla, 1999.
- Kaës R. (2005), *Un singolare plurale. Quali aspetti dell'approccio psicoanalitico dei gruppi riguardano gli psicoanalisti*, Roma: Borla, 2007.
- Kemp R. (2018), "Addiction as temporal disruption: Interoception, self, meaning", in: *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 1 – 15.
- Khan M. (1963), "Il concetto di trauma cumulativo", in: Khan M. (1974), *Lo spazio privato del Sé*, Torino: Boringhieri 1979, 41 – 56.
- Kohut H. (1971), *Narcisismo e analisi del Sé*. Torino: Boringhieri, 1976.
- La Scala M. (2012), *Spazi e limiti psichici*, Milano: FrancoAngeli.
- La Scala M. (2017), *Percepire, allucinare, immaginare*, Milano: FrancoAngeli.
- Mangini E. (2024), "Orfeo, la Sfinge, la dipendenza da transfert e le analisi interminabili", *Relazione al seminario: Traiettorie autodistruttive nelle dipendenze patologiche*, Seminario CVP, Padova, 16 - marzo - 2024, originale dattiloscritto.
- Marty P. (1990), *La psychosomatique de l'adulte*, Paris: PUF, "Que sais-je?".
- McDougall J. (1982), *Teatri dell'io*, Milano: Raffaello Cortina Editore, 1988.

- McDougall J. (2003), “L’economia psichica della dipendenza: una soluzione psicosomatica al dolore psichico”, in: Rinaldi L. (a cura di), *Stati caotici della mente*, Milano: Raffaello Cortina Editore, 135 – 154.
- Merleau-Ponty M. (1945), *Fenomenologia della percezione*, Milano: Bompiani 2019.
- Messas G. (2021), *La situazione esistenziale dell’abuso di sostanze. Uno studio psicopatologico*, Roma: Giovanni Fioriti Editore, 2022.
- Nancy J. (1992), *Corpus*, Napoli: Cronopio 1995.
- Nicolò A. M. (1996), “Il Transgenerazionale tra mito e segreto”, in: *Interazioni*, I, Milano: FrancoAngeli, Milano, 138 – 152.
- Ogden T. H. (1974), *La identificazione proiettiva e la tecnica psicoanalitica*, Roma: Casa Editrice Astrolabio, 1994.
- Olivenstein C. (1981), “L’infanzia del tossicomane”, in: *Arch. di Psicol. Neurol. e Psichiat.*, XLII, 3, 1981, 201 – 227.
- Pellizzari G. (2010), *La seconda nascita. Fenomenologia dell’adolescenza*, Milano: FrancoAngeli.
- Pirlot G. (2025), *Psychanalyse des addictions*, Paris: Dumond.
- Pontalis J. B. (1990), *La forza di attrazione*, Roma: Borla 1992.
- Racalbutto A (1994), *Tra il fare e il dire*, Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Racalbutto A (2003), “L’intimo deprivante: esseri di frontiera”, in: Rinaldi L. (a cura di), *Stati caotici della mente*, Milano: Cortina Editore, Milano, 113 – 134.
- Resnik S. (1990), *Spazio mentale: sette lezioni alla Sorbona*, Torino: Bollati Boringhieri.
- Ruggiero I. (2022), “Distorsioni nella strutturazione del senso del sé e dipendenze patologiche”, in: Masina L. Rossi N., Ruggiero I. (a cura di), *Sviluppo del senso di sé nel processo psicoanalitico*, Milano: FrancoAngeli, 151 – 156.
- Sava V. (1996), “Percorsi gruppalì nel Ser.T.”, in: *Psichiatria Generale e dell’Età Evolutiva*, 33, 1995/96, 499 – 511.
- Sava V. (2023), *Le dipendenze patologiche: tra clinica psicoanalitica e lavoro istituzionale*, Relazione al CPB, 05 – ottobre – 2023.
- Sava V. (2024), “Punteggiature e tracce nella cura delle dipendenze tra Servizi e psicoanalisi”, in: Betti L., Galiani R., Ruggiero V. (a cura di), *Il disagio psichico, la psicoanalisi e i ruoli pubblici*, Roma: Alpes, 101 – 116.
- Smadja C. (2012), “Introduction à la clinique du silence”, in: *Revue Française de psychosomatique*, 169 – 183.
- Spadoni A. (2007), *E l’analisi va...*, Rimini: Guaraldi.

Szwec G. (1993), “Les procédés autocalmants”, In: *Revue française de psychosomatique*, 1995, 8, 27-51.

Valdrè R. (2016), *La morte dentro la vita*, Torino: Rosenberg & Sellier.

Valdrè R. (2025), “Farsi del male per farsi del bene: la pulsione di morte nelle dipendenze”, *Relazione al seminario: Traiettorie autodistruttive nelle dipendenze patologiche*, Padova, 19 - dicembre - 2025, originale dattiloscritto.

Winnicott D. (1947), “L’odio nel contro-transfert”, In: Albarella C. e Donadio M. (a cura di), *Il contro-transfert*, Napoli: Liguori 1998, 119 – 130.

Winnicott D. W. (1965), *Sviluppo affettivo e ambiente*, Roma: Armando, 1970.

Winnicott D. W. (1969), “The use of an object”, in: *International Journal of Psycho-Analysis*, L, 711 – 716.

Zucca Alessandrelli C. (2006), “Il Gruppo per la Ripresa delle Funzioni GRF”, in: Sava V. (a cura di), *Lo spazio dei limiti*, Milano: FrancoAngeli, 110 – 124.

Zucconi S. (2004), “Perversioni o parafilie”, in: Mariotti G, Zucconi S. (a cura di), *Quaderni de Gli Argonauti*, VI, 7, 41 – 63.

Zusman J. A., Khantzian E. (2016), “Problems in human development: how a lack of human connections leads to dehumanization and addiction”, in: *International Journal of Psychoanalysis*, 3, XXVIII, 3 – 35.