

## **LA DIMENSIONE PSICOLOGICA DELLA NOIA TRA NORMALITA' E PATOLOGIA.**

### **- L'esperienza del servizio TiratiFuori -**

Il 31 marzo 2012 si è svolto, presso la Sala dei Contrari della Rocca di Vignola di Modena il primo convegno sul tema della Noia organizzato da L.A.G. società cooperativa sociale e Istituto Alfred Adler di Reggio Emilia.

Il convegno, dal titolo "La dimensione psicologica della Noia tra normalità e patologia" ha preso in esame gli aspetti psicologici e sociologici del vissuto della noia, analizzandola non come mancanza di attività orientate ad occupare il tempo, ma come la manifestazione di un disagio situazionale e/o esistenziale che estromette l'individuo da se stesso e dal mondo, determinando una sorta di prigione nell'incomunicabilità.

Durante il dibattito, una dimensione che senza dubbio ha meritato particolare attenzione è stata la correlazione tra la manifestazione del vissuto di noia e l'uso di sostanze stupefacenti. L'analisi di tale intreccio si è resa possibile grazie all'esperienza consolidata del servizio TiratiFuori di L.A.G. coop. Soc.. Il Servizio si occupa da molti anni del trattamento ambulatoriale rivolto principalmente a persone che presentano problematiche riguardanti la dipendenza/abuso da cocaina. Esso si prefigura come risorsa del territorio modenese nel rispondere al problema cocaina attraverso interventi che favoriscono l'entrare in contatto con utenti che altrimenti non si rivolgerebbero ai servizi tradizionalmente predisposti per il trattamento delle tossicodipendenze.

È proprio dalla consapevolezza dell'importanza del vissuto della noia, soprattutto nei pazienti del servizio TiratiFuori dal quale parte l'idea di approfondire questa tematica al fine di costruire strumenti clinici specifici.

L'intervento terapeutico elettivo del servizio è di tipo individuale-ambulatoriale, della durata di circa 12 mesi, impostato con colloqui a cadenza settimanale. Esso presenta alcune caratteristiche che lo rendono particolarmente funzionale al trattamento di pazienti cocainomani "socialmente integrati". Una categoria di individui che consumano cocaina in polvere; questo gruppo generalmente riferisce di sniffare cocaina e talvolta di consumarla insieme ad altre sostanze quali alcol o cannabis, ma non insieme a oppiacei. Spesso essi mantengono un'attività lavorativa, relazionale e sociale, e per questo riescono ad usufruire in modo costruttivo degli interventi a carattere ambulatoriale. Il consumo di cocaina può perdurare per un lungo periodo, e ciò potrebbe portare a disturbi di salute cronici e a problemi sociali-lavorativi-relazionali tali da sviluppare la necessità di sottoporsi ad un trattamento.

### **NOIA E RICONOSCIMENTO DEGLI AFFETTI**

Il tema del rapporto tra noia ed uso di sostanze stupefacenti rientra all'interno di un intervento più articolato orientato verso l'acquisizione della capacità di riconoscere e gestione gli affetti.

L'obiettivo di questa fase del percorso è quello di tracciare una mappa degli affetti del paziente e della connessione con certe problematiche legate all'uso di cocaina al fine di aiutarlo a riconoscere e gestire in modo più appropriato il proprio mondo emozionale.

Gli strumenti utilizzati nell'affrontare quest'area derivano dal modello TCC di C.Carroll e da nostre elaborazioni che prendono spunto dalle schede GDC utilizzate nei gruppi dipendenza cocaina, dall'analisi dei trigger di Beck e da riferimenti teorici di N. McWilliams.

I punti centrali dell'area degli affetti sono:

**1. Analisi della capacità del paziente di differenziare gli affetti dagli agiti:**

Comprendere insieme al paziente la relazione tra emozioni/sentimenti e la loro manifestazione.

È un momento importante poiché l'uso di cocaina potrebbe perdurare proprio come risposta reattiva all'incapacità del paziente di differenziare i due piani. Gli affetti quando sono adeguatamente differenziati ed espressi rappresentano un fattore facilitante nel raggiungimento degli obiettivi del percorso terapeutico.

**2. Comprendere la disposizione del paziente a tradurre in parole la propria esperienza**

emotiva: Il lavoro si centra sull'aiutare i pazienti ad apprendere progressivamente come formulare verbalmente gli affetti.

Il terapeuta funge da specchio dello stato emozionale del paziente e diviene colui che nomina e convalida stati affettivi che il paziente non è in grado di riconoscere, ammettere e/o verbalizzare.

“L'accuratezza nell'etichettamento delle emozioni favorisce la maturazione affettiva e sociale... ed il piacere di rappresentarsi in modo accurato i propri affetti può incrementare l'autostima e i sentimenti di competenza anche quando le emozioni in questione sono dolorose” (McWilliams 2002).

A tale proposito, esistono dati che confermano la relazione tra uso di cocaina e alti livelli di alessitimia (l'incapacità di capire, elaborare e descrivere le proprie o le altrui emozioni):

“The students who said they suffered from more boredom were also more externally focused and reported difficulty identifying their emotions” Eastwood, J.D., Cavaliere, C., Fahlman, S.A. & Eastwood, A.E. (2007). È stato rilevato inoltre che il 39% dei dipendenti da cocaina può essere considerato alessitimico, (Taylor et al. 1985) ed infine sono stati riportati tassi di alessitimia fino al 67% nelle persone con abuso o dipendenza da sostanze (sito Dronet 2012).

**3. Gestione degli affetti e modalità di utilizzo degli stessi:**

Identificare le dimensioni emozionali che il paziente mette in atto per proteggersi dall'insorgere di altri stati affettivi. Incoraggiare il paziente all'espressione degli affetti in un'atmosfera di sicurezza priva di aspetti giudicanti favorisce un graduale contatto emotivo con le emozioni sottostanti. Spesso si osserva come la rabbia e la svalutazione altrui protegga il paziente cocainomane dal

porsi in contatto con il proprio sé sofferente. Un obiettivo fondamentale per affrontare l'astinenza da cocaina è proprio la gestione di affetti dolorosi (es. tristezza, rabbia, noia).

**4. Costruire un nuovo codice di lettura degli affetti ed acquisire nuove strategie per migliorare la gestione del mondo emozionale.** Identificate le dimensioni emozionali che i pazienti gestiscono con difficoltà diviene necessario per sviluppare un "senso nuovo" al proprio mondo degli affetti riducendo così il rischio di ricadute e rendendo più soddisfacenti le relazioni con se stesso e con gli altri.

Per quanto riguarda la noia, essa rappresenta proprio uno degli affetti più disturbanti e quindi merita particolare attenzione durante l'intero arco del trattamento.

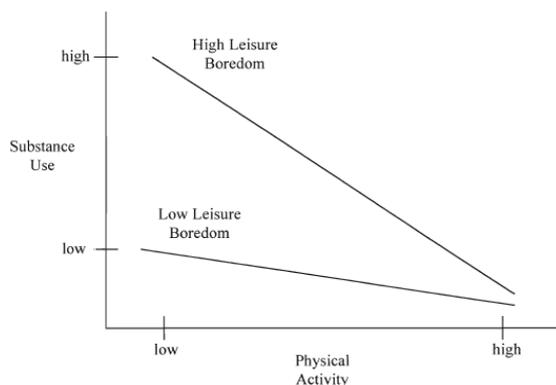
#### **BREVE RASSEGNA STORICA SUL TEMA NOIA ED USO DI SOSTANZE STUPEFACENTI**

- Già nel 1890 James ipotizzava "un'alterazione del vissuto temporale, la percezione di vacuum, di assenza di contenuto del tempo, costituisce l'elemento fenomenico caratteristico della noia". Concezione sostenuta e approfondita da diversi autori come Fenichel (1934), Bibring (1953), Loewald (1972) Hartocollins (1978), Mijolla-Mellor (1985) sino alla definizione della noia come un "disturbo della relazione con il tempo".
- In linea con queste teorizzazioni la relazione tra noia e tossicodipendenza viene sviluppata nelle teorizzazioni di Olievenstein (1982): "Se l'annoiato tende ad essere consegnato passivamente ad un'attesa virtuale, 'prigioniero' quindi del tempo vuoto, il tossicodipendente trova nel rapporto con la sostanza la possibilità di annullare il tempo vuoto e quindi l'illusione istantanea di ricucire l'asincronismo tra tempo vissuto e temporalità, di ritrovare un'unità in un'atmosfera di godimento". L'autore descrive inoltre come nella tossicodipendenza sia presente un deficit del sistema di riferimento temporale. "Tra passato e presente non vi è successione legittima, il tempo vissuto non è più rivolto al futuro ma pervade il vissuto dell'istantaneità in una dimensione del tutto e subito".
- Diversi autori come Kernberg e Bergeret concordano sull'ipotesi del deficit della prospettiva temporale nelle tossicodipendenze.

#### **STUDI PIU' RECENTI**

- "Research has shown positive relationships between boredom and variables such as substance abuse (Paulson, Coombs & Richardson, 1990), depression (Farmer & Sundberg, 1986), and anxiety (Gordon et al., 1997)".

- “Evidence for such a relationship can be inferred from studies reporting significant, positive correlations between boredom and substance abuse and eating disorders (e.g., Abramson & Stinson, 1977; Ganley, 1989; Johnston & O'Malley, 1986; Martin, 1989; Pascale & Sylvester, 1988). (Journal of Clinical Psychology, January 2000).
- “Study hypothesized that adolescent substance abusers are more likely to experience leisure as boredom than are nonabusers”. (Iso-Ahola, Seppo E.; Crowley, Edward D. 1991).
- “Additionally, research indicates that boredom proneness is linked to behaviors such as alcohol dependence (Orcutt, 1984; Todman, 2003; Wiesbeck et al., 1996), and susceptibility to heroin use (Serman, Zinser, Sideroff, & Baker, 1989; Todman, 2003)”.
- “Individuals who score higher on boredom measures, have higher rates of negative behaviors including substance abuse (Paulson, Coombs & Richardson, 1990) and pathological gambling (Blaszczynski, McConaghy, & Frankova, 1990)”.
- In uno studio condotto da Kerri L. McCaul, B.A. 1998 “Relationships Among Adolescent Substance Use, Leisure Boredom, and Physical Activity” viene dimostrata la correlazione significativa tra noia nel tempo libero ed uso di sostanze; sembrerebbe infatti che gli adolescenti che si annoiano nel tempo libero, sono più propensi a utilizzare sostanze rispetto a quelli che non si annoiano nel loro tempo libero impegnati ad un livello di attività fisica più consistente.



**Figure 1.** Potential moderating effect of leisure boredom on physical activity and substance

- Gli studi più recenti di LePera (2011) hanno indagato la “Relationships Between Boredom Proneness, Mindfulness, Anxiety, Depression, and Substance Use”. “Results indicated significant positive correlations between boredom proneness, anxiety and/or depression and substance use. There were no significant age, sex, or ethnic differences that emerged for scores of boredom proneness, anxiety/depression, and substance use”. (Nicole LePera, M.A. The New School Psychology Bulletin 2011)

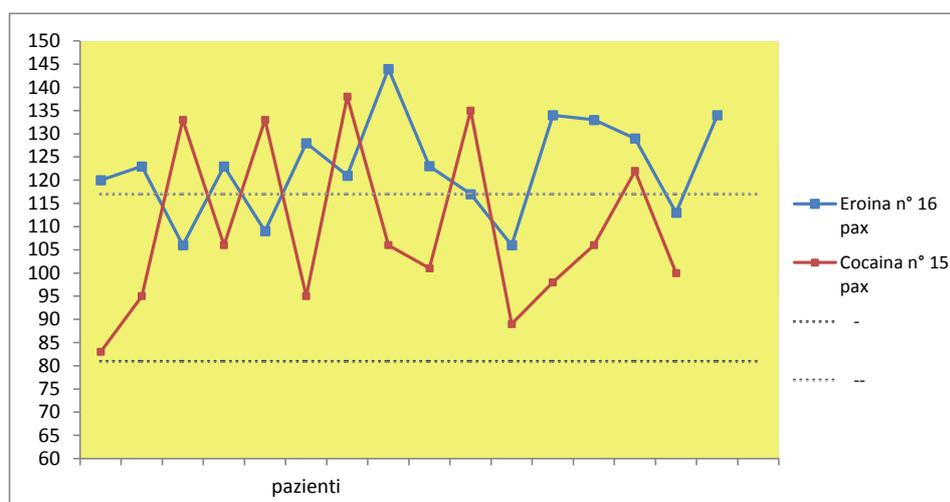
Table 2  
Correlations Between All Variables

	Anxiety/Depression (HADS)	Substance use (composite)	Mindfulness (MAAS)
Boredom Proneness (BPS)	.45**	.28**	-.52**
Anxiety/Depression (HADS)	--	.12	-.39**
Substance use (composite)		--	-.22**

Note: N = 138. \* p < .05, \*\* p < .01.

### INDAGINE ESPLORATIVA SULLA PROPENSIONE ALLA NOIA IN PAZIENTI TOSSICODIPENDENTI

Durante il 2011/12 abbiamo somministrato un questionario esplorativo denominato Boredom Proneness Scale (BPS) di Farmer and Sundberg (1986) per avere indicazioni sulla propensione alla noia in pazienti affetti da dipendenza da sostanze stupefacenti. Sicuramente i risultati ottenuti meritano di essere elaborati in modo più accurato, ma ad una prima lettura possiamo comunque trarre alcuni elementi di riflessione:



(Two thirds of the population score between 81 and 117. Just 2.3% score above 135 or below 63.)

### IPOSTESI EMERSE DALLA SCALA BPS

- Tendenzialmente la BP (propensione alla noia) appare più alta rispetto alla media generale;
- BP compare più significativa nei soggetti che usano eroina come sostanza primaria;
- Nei pazienti cocainomani (sostanza primaria) la BP appare inferiore rispetto ai soggetti

eroinomani anche se presenta picchi significativi;

- I soggetti intervistati che assumono come sostanza primaria eroina risiedono esclusivamente in comunità mentre quasi tutti i pazienti cocainomani vivono nel loro ambiente d'origine e molti si trovano in una condizione di discreta integrazione socio-lavorativo-relazionale;
- Il livello di "noia percepita" appare essere influenzato anche dal contesto terapeutico e di vita (in un percorso residenziale il contatto con questo vissuto è maggiore con meno possibilità di "evitamento").
- il trattamento residenziale favorisce il contatto con il proprio mondo interno; nei percorsi ambulatoriali come TiratiFuori diviene quindi necessario aiutare i pazienti a costruire la possibilità di mettersi a contatto con la dimensione della noia.

## II VISSUTO DI NOIA DURANTE IL TRATTAMENTO TERAPEUTICO

Dall'esperienza con i pazienti del servizio TiratiFuori (in una buona condizione di integrazione socio-lavorativo-relazionale), abbiamo individuato alcune fasi significative che scandiscono il percorso terapeutico e l'evoluzione del vissuto di noia.

Alcune delle fasi da noi identificate concordano in parte con il modello neuro comportamentale per il trattamento della dipendenza da cocaina del dr. Richard Rawson (Matrix Center Beverly Hills, CA) che suddivide il percorso di recupero in: Astinenza (0-15gg); Luna di miele (16-45gg) ; Il muro (46-120gg) ; Assestamento (121-180gg).

Prima di prendere in esame le diverse tappe del percorso è importante chiarire che durante la dipendenza/abuso di cocaina non siamo in presenza di una condizione di mancanza di senso e significato (come spesso si crede), anzi, i pazienti coinvolti nel trattamento descrivono una condizione esistenziale carica di significati; tutto ruota intorno alla cocaina riempiendo lo "spazio-tempo" della persona. Nonostante questo, anche durante l'uso di cocaina vengono descritte esperienze di noia insite nella dipendenza dalla sostanza. A tal proposito un paziente riferisce: "Durante l'uso, la sostanza ti porta alla noia... alla non voglia di fare le cose, ti senti piatto, se non c'è la cocaina perdi l'interesse per tutto, senza la cocaina non riesci più a fare niente e dare senso a nulla". Siamo di fronte ad un vissuto profondo spesso sottovalutato e non ben compreso a partire dalla stessa persona che lo vive, difficile da descrivere e a volte impercettibile.

*"Mi dicevo dunque che il mondo è divorato dalla noia. Naturalmente bisogna rifletterci un po' sopra, per rendersene conto; la cosa non si sente subito. È una specie di polvere. Andate e venite senza vederla, la respirate, la mangiate, la bevete: è così sottile, così tenue che sotto i denti non scricchiola nemmeno. Ma basta che vi fermiate un secondo, ecco che vi copre il viso, le mani. Dovete agitarvi continuamente, per scuotere questa pioggia di ceneri. Perciò il mondo s'agita molto" (Tratto dal romanzo "Diario di un curato di campagna" di Georges Bernanos)*

Non c'è modo migliore per descrivere il vissuto della noia; per molte persone l'uso di sostanze stupefacenti può divenire lo strumento elettivo per scuotersi di dosso questa pioggia di ceneri,

come Andrea, paziente del servizio TiratiFuori che riferisce: *“Al senso di vuoto ci si arriva perché senti di valere poco, io penso che sia una sorta di sentimento di inadeguatezza alla vita... questo vuoto sembra quasi un momento di lucidità che non hai nulla, che sei spento dentro. L'uso di cocaina, per me è come una scrollata, un po' come la ricarica di una pila ma dopo che hai usato torna tutto come prima... è una specie di soluzione che però non funziona... anche perché una volta usato non ti basta mai e così si ritorna a vivere lo stesso stato d'insoddisfazione dal quale volevo fuggire”*.

## **1 FASE DELL'AVVIO**

All'inizio della terapia la separazione dalla cocaina diviene l'elemento centrale. Pervade la difficoltà a credere nella possibilità di “saltarci fuori”. La motivazione è principalmente estrinseca e spesso è rinforzata, o addirittura intero patrimonio dei familiari, amici o colleghi.

Durante questa prima fase, molte volte l'uso di cocaina continua pur riducendosi la frequenza. Si inizia a sviluppare un uso conflittuale della sostanza; il craving è forte e frequente.

La riduzione dell'uso e la percezione di possedere un maggior controllo su di sé produce un rinforzo della motivazione a continuare il trattamento. La fiducia nel percorso inizia a crescere; la speranza inizia a far breccia. L'aggancio terapeutico diviene l'obiettivo primario di questa fase.

## **2 FASE DELL'ENTUSIASMO ONNIPOTENTE**

Da questo momento, soprattutto nei pazienti con elevata motivazione al cambiamento, emerge una tendenza a modificare le loro abitudini di vita allontanandosi da persone e luoghi connessi all'uso di cocaina.

La collaborazione al trattamento appare elevata; si evince un significativo impegno nel portare avanti gli obiettivi definiti nella terapia. L'uso di cocaina viene temporaneamente interrotto; emerge il “ci voglio provare!”. I drug test iniziano ad essere negativi aumentando il livello motivazionale.

L'euforia dovuta all'uso di cocaina lascia il posto ad una dimensione euforica parallela: il paziente vedendo i risultati positivi si mantiene nella logica del “tutto è possibile”. Siamo di fronte al perpetuarsi del **“sé onnipotente”** dove la volontà di potenza domina il mondo interno del paziente. In questo momento terapeutico la percezione della noia è praticamente assente.

La fame di stimoli nuovi è al massimo. Nel mondo esterno si investono tutte le speranze di trovare “l'oggetto mancante”, di colmare il vuoto. Il paziente vive una sensazione di benessere con un aumento dell'energia e dell'ottimismo. È forte la spinta a condividere con gli altri questo stato: l'euforia ha bisogno di un pubblico.

I risultati positivi portano il mondo circostante del paziente a far cerchio intorno a lui. L'entusiasmo è spesso contagioso.

In questa fase la ricaduta è molto frequente; la convinzione onnipotente di poter controllare l'astinenza produce spesso un effetto paradossale: "visto che posso smettere quando voglio, qualche tiro ogni tanto me lo posso permettere".

### **3 FASE DEL CALO**

Se si riprendere l'uso di cocaina, si riattivano automaticamente i meccanismi tossicomani come il segreto, il mentire ed il nascondersi.

I drug test positivi rappresentano un esame di realtà disturbante, inoltre la reazione di delusione dei familiari produce spesso una frattura del vissuto di grandiosità.

Il paziente va in crisi. I vissuti di inadeguatezza ed inferiorità dominano il campo psichico.

Ci si sente depressi, ansiosi, ed annoiati. L'energia fisica e sessuale si riduce.

Non ci si sente compresi nelle fatiche affrontate; questa fase è equiparabile al momento del "calo di cocaina" durante la dipendenza. Spesso emergono vissuti di colpa e rabbia; una sorta di smarrimento scoraggiante.

Tale condizione generalizzata alimenta la vulnerabilità all'uso ed il rischio di interrompere la terapia. Come ampiamente confermato, gli psicostimolanti rappresentano uno strumento protettivo contro l'emergere di potenti nuclei depressivi.

In questa fase, una relazione terapeutica contenitiva e la fermezza espressa dalle persone significative coinvolte, divengono elemento fondamentale per dare continuità al trattamento.

A volte, diviene necessaria l'integrazione di una terapia farmacologica (antidepressivi, ansiolitici).

Siamo di fronte all'emergere del "**sé sofferente**". Questa condizione psichica, necessaria a ridurre il vissuto onnipotente, permette l'intensificarsi della relazione terapeutica.

Si sviluppa la percezione che da soli non è possibile uscirne; il paziente getta le prime basi per affidarsi in modo più autentico al terapeuta. Paziente e terapeuta entrano in relazione cooperativa.

### **4 FASE DELL'EVITAMENTO**

Gli sviluppi precedentemente descritti, danno l'avvio alla fase del "Non". Il quadro motivazionale appare essere sempre più intrinseco ed il tentativo di riconquistare la fiducia dei familiari aiuta il paziente a ritrovare la condizione di astinenza.

Questa fase è caratterizzata dal rifiuto di tutto ciò che in qualche modo è correlato alla cocaina.

L'evitamento di persone e luoghi rischiosi diviene totalitario. Il senso è rappresentato dal "non devo usare!". Si modificano le dinamiche relazionali, le persone interessanti diventano quelle che non usano cocaina: "se non usi vai bene!". Nella vita del paziente si percepiscono movimenti significativi verso la costruzione di nuove situazioni di sobrietà.

Di solito avviene un riavvicinamento a persone significative allontanate o disperse durante la dipendenza, e a volte si strutturano attività ricreative con familiari. Anche gli hobby vengono scelti non attraverso la logica dell'interesse e delle attitudini personali ma solamente in funzione dell'allontanarsi dall'uso di cocaina.

La reazione positiva delle persone coinvolte, i drug test negativi ed alcuni effetti benefici del nuovo piano di vita, alimentano la motivazione al trattamento.

Questa fase può perdurare per molto tempo. Gradatamente si struttura una dimensione di normalità, dove l'astinenza si protrae nel tempo. Il pensiero della cocaina continua ad essere presente, come a volte anche il carving.

Nonostante la condizione di stabilizzazione, il blocco (non consapevole) del craving a fini protettivi produce un irrigidimento del contatto emotivo con sé e con il mondo, alimentando l'emergere di vissuti di noia e sentimenti di solitudine.

## **5 FASE NOSTALGICO-REGRESSIVA**

Il tempo scorre, la vita sembra essere tornata normale. Il trattamento e l'astinenza da cocaina divengono ripetitivi, quasi scontati.

Spesso in questa fase si dissolve l'entusiasmo per i risultati raggiunti ed un forte vissuto di noia inizia a radicarsi. Lo stesso Olievestein ribadisce che "l'istallazione di una corretta prospettiva temporale non potrebbe consentire al soggetto nient'altro che la verifica della propria frammentazione, del proprio intollerabile vuoto".

Il paziente si sente spaesato, vuoto. Egli percepisce che la vita di prima non si può più fare e la nuova vita non produce i benefici attesi. Inizia a riecheggiare una percezione di estraneità. Si strutturano dimensioni finzionali come: "sento che questa vita non fa per me... forse non sono fatto per questa vita!". Queste domande esistenziali portano a vissuti nostalgici verso il mondo cocainico; gli strumenti acquisiti e la vita che si sta svolgendo non producono un senso di soddisfazione.

A tale proposito Svendsen (2004) afferma che "quando ci annoiamo azioni ed oggetti giungono a noi come hanno sempre fatto, ma con la differenza, tutt'altro che irrilevante, che sono privi del loro significato". In questo frangente, la percezione del tempo si modifica; le giornate divengono più lunghe e noiose; l'obiettivo dell'evitamento da situazioni di rischio diviene sempre più difficile.

Da questo momento, il passato torna a far breccia ed il rischio è proprio quello di esserne trascinati dentro. Il vissuto di noia percepita rinforza lo strutturarsi di questa dimensione nostalgica per un mondo che non c'è più. Il paziente consolida il contatto con il proprio "sé sofferente".

Una ricaduta in questo momento potrebbe mettere a repentaglio l'intero percorso.

A tale proposito, il riconoscimento di questa condizione da parte del terapeuta diviene fondamentale. È uno dei passaggi più delicati del percorso terapeutico.

Da questo momento l'approfondimento sul tema della noia e della comprensione dei meccanismi correlati ad essa dà la possibilità al paziente di superare questa fase (es. distinzione tra noia di tratto e/o noia situazionale).

È il momento di rafforzare lo spazio terapeutico per "pensarsi" in contrapposizione al "fare" cocainico. Il paziente inizia a comprendere cosa accade nel suo mondo interno riconoscendo i suoi movimenti emozionali, collocandoli all'interno del percorso terapeutico.

Da qui si introduce l'aspetto trasformativo della noia come condizione naturale dell'animo umano. La capacità di riconoscere, vivere ed accettare la noia diviene un obiettivo da raggiungere: dal vuoto della noia si genera la possibilità di ricostruire il significato dell'esistere con se stessi e con il mondo.

## **6 FASE DI RICOSTRUZIONE DEI SIGNIFICATI**

È l'ultima fase del percorso. L'attitudine a mantenere le distanze dalla cocaina alimenta la possibilità di dare continuità a questo processo trasformativo.

Man a mano che si procede nel percorso, inizia a svilupparsi la capacità di essere recettivi.

Si inizia a cercare senso e significato modificando, in modo radicale, l'evolversi della terapia.

Da qui si intravedono elementi del "**sé autentico**" che progressivamente si armonizza con la consapevolezza ed accettazione dei propri limiti e fragilità.

Il sé creativo trova un canale espressivo, ed un crescente sentimento sociale permette la percezione di un benefico vissuto di appartenenza e co-partecipazione al proprio mondo relazionale. La relazione terapeutica diviene più significativa e sentita con maggiore intensità.

In questa fase emergono spesso tematiche di ordine affettivo; il paziente sente il bisogno di condividere parti intime di sé.

Diviene quindi importante accogliere questa dimensione emotiva senza trascurare la problematica ancora viva dell'uso di cocaina.

L'esperienza del servizio TiratiFuori ci ha permesso di identificare, in questo momento della terapia, la necessità (qualora sia possibile) di introdurre un intervento psicoterapico psicodinamico parallelo, tale da consentire al paziente di affrontare i nodi problematici di ordine affettivo.

L'integrazione di questa nuova dimensione terapeutica sperimentata insieme all'Istituto Adler di Reggio Emilia ha dato buoni risultati, rinforzando la ritenzione in trattamento e riducendo il rischio di ricadute. Due terapeuti sintonizzati sulla dimensione emozionale del paziente incoraggiano l'espressione del sé creativo; la dimensione esistenziale del paziente mostra i segni del tentativo di ricercare o ritrovare senso e significato alla condizione di astinenza.

La fase dell'evitamento, dove tutto era incentrato sulla distanza dalla cocaina lascia il posto alla costruzione di nuovi spazi di significato.

È importante in questo frangente aiutare il paziente a "focalizzare".

Il trattamento terapeutico combinato può orientarsi sul binomio noia-piacere analizzandolo non solo dal punto di vista dell'uso di cocaina ma estendendolo all'intera gamma dei compiti vitali del paziente.

La nuova recettività vissuta dal paziente lo porta a sperimentare situazioni, luoghi e persone che stimolano il suo interesse; anche le relazioni acquisiscono maggiore importanza.

Si inizia così a riempire un puzzle lasciato vuoto o incompleto a seguito dell'esperienza di tossicodipendenza.

Se l'individuo non riesce a percepire il benessere derivato da questa fase di ricostruzione di senso c'è il rischio del riproporsi di aspetti depressivi caratterizzati dalla percezione di sé di non sentirsi capace di vivere la vita come fanno gli altri.

Il tempo terapeutico e l'astinenza permettono una graduale acquisizione della capacità di vivere la dimensione del "piacere naturale".

In questa fase conclusiva del percorso terapeutico è cruciale l'avvio dell'interiorizzazione di nuovi codici di lettura della dimensione del "piacere diluito nel tempo e svincolato dall'immediatezza".

La fatica del paziente è enorme a causa della difficoltà a riconoscerne il guadagno ma progressivamente si ristrutturano le capacità di trarre beneficio dalla percezione di questo piacere dilatato nel tempo permettendo la scoperta del piacere di funzionare all'interno di un progetto di vita orientato sul lato utile della vita.

Questo processo è fondamentale perché è correlato alla frattura del tempo (tipica della noia) che blocca la persona in un presente eterno.

La ricostruzione della connessione di significati tra passato-presente-futuro permette il dilatarsi della dimensione temporale: "L'attesa del piacere correlato ad un obiettivo futuro inizia a dare soddisfazione".

Il craving da cocaina, se pur ridotto d'intensità e frequenza perdura spesso durante tutto il percorso terapeutico (ed oltre).

In questa fase, una ricaduta ha più possibilità di essere rielaborata e vissuta dal paziente come momento critico da rivisitare e non come fallimento totale del suo percorso.

Laddove sia possibile, la psicoterapia psicodinamica dovrà continuare anche dopo la conclusione del percorso TiratiFuori; inoltre l'analisi della frattura temporale e della correlazione con i vissuti di noia dovrà consolidarsi nel tempo.

La sperimentazione ripetuta di una condizione di benessere e lucidità unitamente all'intervento rielaborativo all'interno della relazione con il terapeuta divengono fattori terapeutici essenziali.

## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

**Adler A.**, *La conoscenza dell'uomo*, Newton Compton editori, Roma, 1975

**Adler A.**, *Il senso della vita*, Newton Compton editori, Roma, 1997

**Ansbacher H.L. & Ansbacher R.R.**, *La Psicologia Individuale dopo Alfred Adler*, Martinelli, Firenze, 1997

**Beck, A.T.; Wright, F.D.; Newman, B.S.** *Cognitive Therapy of Substance Abuse*, NY: The Guilford Press, New York, 1993

**Carroll K.M.**, *Trattamento della Dipendenza da cocaina. Approccio cognitivo comportamentale*, Edizione Italiana a cura di Consoli A., CSE, Torino, 2001

**Greenson R.R.**, *Noia e apatia*, Bollati Boringhieri, Torino, 1992

**Heidegger M.**, *Essere e tempo. L'essenza del fondamento*, Utet, Torino, 1986

**Lewin B.**, *Psicoanalisi dell'euforia*, Guaraldi editore, Bologna, 1971

**Maggini C. e Dalle Luche R.**, *Il paradiso e la noia*, Boringhieri, Torino, 1991

**Moravia A.**, *La noia*, Bompani, Milano, 1960

**McWilliams N.**, *Il caso clinico. Dal colloquio alla diagnosi*, - Cortina Raffaello – 2002

**Parenti F.**, *La Psicologia Individuale dopo Adler*, Astrolabio, Roma, 1983

**Rawson, R.**, *The Neurobehavioral Treatment Model*, Matrix Center, Beverly Hills, CA, 1989.

**Russell B.**, *La conquista della felicità*, Tea editori, Milano, 2003

**Svendson Lars Fr. H.**, *Filosofia della noia*, Guanda editore, Parma, 2004

**Tiberi E.**, *La spirale della noia*, Angeli, Milano, 1983

**Tiberi E.**, *Misurazione della noia cronica*, Giuffrè editore, Milano, 1990

Dott. Cesare Rinaldini

L.A.G. società coop.

Istituto Adler Reggio Emilia