



**percorsi cognitivi dal dire al fare**

**n. 32**

# LA CURA PROFESSIONALE

*Considerazioni sociologiche  
- condivisibili anche da non sociologi -  
sulla cura, l'utilizzo di sostanze nocive  
e sul gioco d'azzardo*

**Stefano Cifiello**



Stefano Cifiello

# La cura professionale

*Considerazioni sociologiche  
- condivisibili anche da non sociologi -  
sulla cura, l'utilizzo di sostanze nocive  
e sul gioco d'azzardo*

Collana Quaderni di Sociologia clinica, n. 32



## **La cura professionale**

*Considerazioni sociologiche - condivisibili anche da non sociologi -  
sulla cura, l'utilizzo di sostanze nocive e sul gioco d'azzardo*

© 2022 Homeless Book®  
[www.homelessbook.it](http://www.homelessbook.it)

ISBN: 978-88-3276-251-8 (eBook)

**Pubblicato in marzo 2022**

# Indice

## INTRODUZIONE

|                                   |          |
|-----------------------------------|----------|
| <b>Per una sociologia clinica</b> | <b>5</b> |
|-----------------------------------|----------|

|                                                                                                            |          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| <b>1. L'attività professionale di cura: riflessioni operative per tutti i curanti, sociologo compreso!</b> | <b>9</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|

|                                                                                                                  |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. Le professioni di cura                                                                                        | 9  |
| 2. Un incontro tra individui vincolati                                                                           | 12 |
| 3. L'accettazione o il rifiuto della cura: il valore di una relazione piena tra operatore e portatore di disagio | 13 |

|                                                                                                          |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>2. Al di là della 'dipendenza patologica': per una sociologia dell'utilizzo delle sostanze nocive</b> | <b>17</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|

|                                                             |    |
|-------------------------------------------------------------|----|
| 1. Introduzione                                             | 17 |
| 2. Dipendenza... da sostanze                                | 18 |
| 3. Come e perché si diventa utilizzatori di sostanze nocive | 22 |
| 4. Una classificazione di utilizzatori                      | 25 |

|                                                                               |           |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>3. Comportamenti nocivi non connessi alle sostanze: il gioco d'azzardo</b> | <b>29</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------|

|                                       |    |
|---------------------------------------|----|
| 1. Fëdor Dostoevskij era un giocatore | 29 |
| 2. Il rischio dell'azzardo            | 31 |

|                                                                                                 |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>4. Un percorso possibile per non utilizzare una sostanza o agire un comportamento nocivo</b> | <b>35</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|

|                     |           |
|---------------------|-----------|
| <b>Bibliografia</b> | <b>37</b> |
|---------------------|-----------|

|                 |           |
|-----------------|-----------|
| <b>L'autore</b> | <b>38</b> |
|-----------------|-----------|



## INTRODUZIONE

### Per una sociologia clinica

La *sociologia clinica* è anacronistica perché sempre si scontrerà con i fautori della semplificazione del reale e col loro *diktat* autoritario e apodittico. Si oppone a coloro che propongono un'idea, un'invenzione, un progetto, una diagnosi, un sapere, quale esso sia, e lo pensano in grado di creare nuova realtà.

Per la *sociologia clinica* si tratta all'opposto di far emergere i modi e le azioni alternative. Più procedo nella mia pratica, più mi applico nella *sociologia clinica*, più riconosco che si tratta di "far presente" percorsi possibili, accettabili, innovativi (forse), che l'individuo e/o il gruppo potrà trovare, gradire e valutare come migliorativi rispetto alla via fino a quel momento definita, reiterata, che aveva percorso. Si tratterà di mettere in moto l'individuo e/o il gruppo, favorire il suo entrare in azione che testimonierà, che garantirà l'operatività, ma anche la validità dell'analisi. Sarà la risposta allo stimolo fornito, che farà valutazione del processo e garanzia di esattezza. Al di là di ogni pretesa ingegneristica sul reale, è il modo con cui il gruppo o l'individuo si dispone all'azione che insegna e dirige il sapere. Azione che non è semplicemente atto, ma che ha già in sé gli elementi interpretativi del vecchio modo di essere e di quelli strategici del nuovo.

La *sociologia clinica* è il punto in cui la Sociologia, questo nostro parlare del sociale, tocca la possibilità, che esso ha, di rendersi consapevole a se stesso. L'o-

biiettivo della *sociologica clinica* non sarà dunque quello della trasformazione o peggio della correzione della realtà, ma della sua evidenziazione, nel suo ripensarla da capo, riconoscendo un'effervescenza sua propria, che il potere, qualsiasi esso sia, opprime e indirizza.

Da queste premesse, in questo lavoro, cercherò di sviluppare tre temi:

1. le caratteristiche dell'azione di cura, come si manifesta in diverse professioni, e la differenziazione fondamentale fra una cura imposta dall'alto e quella che, all'opposto, è in grado di integrare il sapere del professionista con quello del paziente, cliente, utente che sia;
2. lontani dalla cosiddetta 'dipendenza patologica', proposta dalla medicina e dalla biologia, la *sociologia clinica* può far emergere l'*abuso* di sostanze, come determinato dalle caratteristiche contingenti dell'individuo, più che da quelle delle sostanze nocive in sé;
3. la rilettura, secondo i parametri della *Sociologia clinica*, di una delle forme - forse la più diffusa - di comportamento nocivo non connesso all'uso di sostanze: il *gioco d'azzardo*.

Più in generale, questo lavoro, propone l'idea che la *sociologia clinica* si differenzia in modo fondamentale dalle altre discipline nel momento in cui si relativizza nel loro sapere e gli altri saperi fra loro. Fra questi si può innegabilmente annoverare anche quello non disciplinare, il cosiddetto 'senso comune', che consente a ciascuno di noi di agire in un quotidiano ben più complesso di quanto non riusciamo sovente ad accettare.



La mia scelta di campo, in quanto sociologo sarà sempre parziale. Sto così dalla parte di chi 'domanda l'intervento', individuale o di gruppo che sia, con lui e/o con loro percorro una via che arriverà alla comprensione dell'equivalenza dei saperi, giacché sempre disfunzionali nella loro forma statica, tradizionale, già prodotta.

«Ci sono più cose in terra ed in cielo, di quanto la tua filosofia possa immaginare». Così disse il principe Amleto, all'amico Orazio.

Non si vuole fare qui l'elogio dell'ingenuità. Tutt'altro. Per essere buoni sociologi clinici bisogna essere esperti. L'esperto è chi sa, ma, anche e meglio, colui che sa fare. Occorre *saperci fare*. La *sociologia clinica* contribuisce, meglio di altre sociologie, a far sì che da una realtà reificata, criptata, codificata, subita e immobilizzata, si arrivi, sia pure nel contingente, a una sua ri-appropriazione da parte dei suoi produttori.

In questo senso, l'intervento della *sociologia clinica* è eversivo. Perché rimette sempre in gioco l'altro che c'è, ma è non detto, nella sintesi della realtà che producono le altre professioni e gli altri saperi.

Un pittore cinese dell'epoca Thang (850 AC) scrisse: "L'artista è come una piuma che governa il vento e che scompare quando il vento finisce".

Ciò vale anche per il *sociologo clinico*. Il suo intervento sarà diffondere la sociologia nella realtà e poi scomparire.



# 1. L'attività professionale di cura: riflessioni operative per tutti i curanti, sociologo compreso!

## 1. Le professioni di cura

Alcuni libri sono interessanti anche per le immagini che evocano al lettore. Così per me fu *The Catcher in the Rye* di J.D. Salinger [1951], tradotto in italiano, chissà perché, col titolo *Il giovane Holden* [2004], là dove si racconta:

*E io sto in piedi sull'orlo di un dirupo pazzesco. E non devo far altro che prendere al volo tutti quelli che stanno per cadere dal dirupo, voglio dire, se corrono senza guardare dove vanno, io devo saltar fuori da qualche posto e acchiapparli.*

Mi soffermerò su questa frase e non su altri più divertenti e divertiti tipi di *acchiappatori nella segale*. Purtroppo, o per fortuna, io non sono o non sono sempre un *catcher*. E temo che non lo sia stato neppure J.D. Salinger. L'operare in una professione di cura mi rende però molto simile a questo *catcher in the rye*: dover prendere al volo chi sta per cadere, ma in un modo che non è immediato, come la madre fa col bambino, bensì professionale.

La questione centrale è da sempre trascurata: *perché ci sono professioni di cura?*

Perché si cerca di dare una cura professionalmente alle persone?

La risposta è non discussa o indiscutibile in quelle discipline che assumono l'operare professionale in modo apodittico e dogmatico. Si fa riferimento qui a quanto passa nell'attuale pratica medica, anche psichiatrica, come 'normale relazione' fra professionista e paziente. Il modo lineare di considerare la situazione valuta le due posizioni reciprocamente autonome, trasparenti a se stesse e l'una all'altra: vado dal medico perché sono malato e lui mi cura perché è adatto o autorizzato a curarmi. Un po' com'è la relazione fra acquirente e venditore di un bene nel mercato (teorico) delle scienze economiche.

All'opposto si sostiene qui che fra un professionista, quale esso sia, da qualsiasi disciplina egli tragga la comprensione di ciò che accade, che gli si presenta, e il proprio cliente, paziente, utente, che sia, si realizzerà un reciproco condizionamento: si manifesterà sempre con una contaminazione di saperi.

Identificarsi con una professione, essere un professionista, vuol dire accettare un sistema di pensiero, attivare tecniche e sistemi di valutazione tali per cui l'oggetto dell'intervento di quella professione si troverà a essere strutturalmente parcellizzato, definito e forse anche reificato. Il modo semplice di considerare una relazione professionale implica, purtroppo, la definizione e la strutturazione, attraverso rapporti di forza, dell'altro reso debole, che è, solitamente, chi chiede la cura.

Se il professionista ha in sé implicito il proprio cliente, costui si estrinseca nel professionista. Egli definisce, anche se a un livello più basso di esplicitazione, cosa *cerca* in lui.



A ciò consegue, in primo luogo, che la produzione di una qualsiasi disciplina, là dove si propone di curare un altro, non può essere respinta a priori; e, in secondo luogo, che il limite di ciascuna disciplina e della sua applicazione professionale, sarà la propria consistenza, quanto e cosa ritaglia nella realtà: il suo 'ambito di riferimento', che è e sarà sempre una parte di un tutto ben più vasto.

Per questo *esserci* in una professione di cura richiede, innanzitutto, *attenzione*. Citando il Maurensig de *La variante di Lüneburg* [1993], concordiamo quando si afferma che:

*Il ... difetto è la disattenzione! E non solo il mio: è il maggior difetto di ogni giocatore.*

Si tratta proprio d'attenzione quando ci si sofferma sulla rilevanza del particolare, ma essa non basta. Se si distingue, occorre poi anche *comprendere*.

Si tratta per un *catcher* d'improntare il proprio agire nella relazione di cura fra il margine dell'attenzione e quello della comprensione. È utilizzando il bordo <sup>(1)</sup> dell'attenzione che egli riesce a distinguere, ad analizzare; mentre con quello della comprensione, della sintesi, egli può riportare, perdendo però qualcosa, ciò ha imparato a conoscere nell'altro. Viene, così, da pensare a J. Piaget [1936] quando parlava d'*acquisizione* e *accomodamento*.

---

1 Propongo questo termine nel significato di *fianco d'imbarcazione*, a ben rappresentare la necessità e l'obbligo, per mantenere per mare una rotta, di cedere a dritta, per poi recuperare a sinistra e di cedere a sinistra, per poi recuperare a dritta. Vale a dire che, fuor di metafora, i due bordi dell'attenzione e della comprensione non possono essere usati nello stesso momento, ma successivamente e alternativamente.

## 2. Un incontro tra individui vincolati

Il limite della 'concezione semplice' della relazione di cura diventa ancora più evidente se una disciplina dimentica, o non sa riconoscere, che la relazione fra un professionista e un cliente è nello stesso tempo e modo l'incontro fra individui *vincolati*. Essi si presentano nella relazione con i propri significati, frutto della loro storia pregressa. Inoltre, mettono in atto tali significati in quella specifica relazione.

Molte professioni hanno proposto e propongono a tutt'oggi la negazione - più nella pratica quotidiana, che nelle loro spesso vuote indicazioni etiche - della necessità di un incontro con l'individuo che chiede la cura.

Esse vengono ritenute efficaci perché hanno tecnicizzato e cercato di rendere asettico qualcosa che non lo è e non lo è mai stato. Se questa concezione può essere un bene per la costruzione di strutture di potere, non ha davvero alcuna utilità per la cura.

Posso, in quanto medico, essere semplicemente soddisfatto del fatto che il paziente abbia accettato la diagnosi e la cura che gli ho imposto. Posso completamente disinteressarmi di quanto succederà dopo, del come egli effettui tale cura, e ulteriormente colpevolizzarlo, se raggiungo la consapevolezza che non la completa o lo fa in modo parziale; ma se non arrivo a comprendere perché ciò accada, il mio intervento sarà fallito.

Se non imparo qualcosa da quell'*inganno particolare*, che il paziente attua quando si mette in relazione con il mio sapere, non imparo nulla. Ovviamente, posso accontentarmi dell'onnipotenza espressa nella famosa



frase: “l’operazione è riuscita, ma il paziente è morto...”

Il grande sforzo dei professionisti oggi è percorrere il bordo fra la disciplina e l’indisciplina.

### **3. L’accettazione o il rifiuto della cura: il valore di una relazione piena tra operatore e portatore di disagio**

C’è un piacere diretto, immediato, nel ricevere una cura, ma si prova anche piacere nel dare cura all’altro. E su tutto ciò, come esperienza a tutti comune, poco si può dire, basta ricordare. All’opposto, si può anche provare piacere nel rifiutare la cura che qualcuno ti offre, sia perché è giudicata sovrabbondante, o perché ritenuta insufficiente, o perché giunta troppo presto o troppo tardi, perché non è nella forma voluta o non è ciò che si desidera.

C’è un passo della Bibbia che ben illustra questo rifiuto. Questo brano ci racconta della grande liberazione di affidarsi nelle mani altrui, ma anche della grande soddisfazione di riprenderselo, accusando chi portava la cura d’aver fallito. Si legge nell’Esodo, riferendosi alla fuga degli Ebrei dall’Egitto, dopo che Mosè li ha portati nel deserto:

*In quel luogo, dunque, il popolo soffriva la sete per mancanza di acqua; il popolo mormorò contro Mosè e disse: perché ci hai fatti uscire dall’Egitto per far morire di sete noi, i nostri figli e il nostro bestiame?[Eso 17, 3].*

Anche i più bravi, tra i professionisti della cura, si sono trovati almeno una volta nella loro vita lavorativa nella posizione così scomoda di ricevere il rifiuto del-

la loro pratica di cura professionale, dopo essere stati sollecitati esplicitamente a fornirla e dopo essere stati chiamati a intervenire.

Cosa si può imparare da questi apparenti insuccessi? Che esiste e va accettato il 'lato oscuro' della relazione di cura. Per quanto mi riguarda, ho appreso che il rifiuto del trattamento – che si manifesta quando chi l'ha chiesto fugge dalla relazione – trattamento che vorrei, come professionista, così lineare, così normale, così razionale; ebbene, quel rifiuto è espresso dal destinatario della cura per innalzare quello che crede essere il proprio livello di libertà, in quanto espressione di sé. Quello stesso livello, che il professionista nega nel momento in cui 'stringe' la relazione di cura <sup>(2)</sup>, in cui egli sembra non riconoscere che sia gli strumenti, sia il contenuto della propria comprensione differiscono sostanzialmente da quelli del cliente. Il cliente allora cerca di salvare se stesso sfuggendo a quello che assume i contorni di un processo di definizione, senza però ottenere quanto desiderato.

Il grande sforzo dei professionisti oggi è percorrere il limite fra il sapere disciplinare e ciò che avviene nel contingente. Così la relazione di cura, il modo con cui il professionista è in una relazione, deve essere co-

---

2 L'abbandono del trattamento avviene spesso perché il professionista nega il piacere di esserci in quella relazione, trasformandola in una semplice relazione professionale. Ciò può essere determinato, soprattutto nelle professioni ad alta remunerazione economica, da scelte valoriali dell'individuo, ma anche dal manifestarsi dello stress lavorativo e del burn-out [Cifiello 2004]. Così come, altri e opposti possibili errori sono: a) mantenere relazioni professionali di cura per troppi anni [si veda di Freud S., *Analisi terminabile o interminabile*, 1937], ovvero che queste si trasformino in altri tipi di relazioni umane: amicali, sentimentali, erotiche ecc.



stantemente vigilato. Se egli non lo fa, tutto ciò tenderà paurosamente a precipitare verso una routine, che giustifica il fallimento con la corresponsabilità del soggetto debole: paziente, utente o cliente, che sia.

Perché vi sia una relazione di cura occorre che, aldilà dell'ordito disciplinare, si riconosca la trama dei significati che si producono, e soprattutto si sposti l'attenzione dal sistema di sapere del professionista alla produzione di realtà del cliente.



## 2. Al di là della 'dipendenza patologica': per una sociologia dell'utilizzo delle sostanze nocive

### 1. Introduzione

Molti studiosi e operatori dell'intervento, afferenti a differenti discipline, concordano nel ritenere che il fenomeno che definiamo nei termini di *utilizzo di sostanze nocive*<sup>(3)</sup>, sia determinato da una cd. 'dipendenza patologica'. Si propone qui al contrario che detto uso non ha *a che fare* con la loro semplice assunzione delle stesse (con la 'chimica' della sostanza e la 'biologia' di un corpo umano), ma con un individuo in un preciso momento storico. Nell'analizzare la scelta di usare dette sostanze e nel riconoscere gli effetti, che sembrano produrre, dovranno essere prese in considerazione sia la dimensione imma-

---

3 In questi ultimi anni si è assistito a un allontanarsi da parte degli individui dall'uso di eroina iniettata (che però ora sta riemergendo come fumata o sniffata), per avvicinarsi al consumo d'altre sostanze naturali o di sintesi, proibite dalla legislazione vigente, in grado ugualmente di produrre modificazioni dello stato di coscienza: stimolanti (come le anfetamine o l'MDMA), cocaina, allucinogeni e cannabinoidi. Si possono individuare, fra le possibili sostanze nocive, anche molti medicinali - come le benzodiazepine - con funzione ansiolitica; gli antidepressivi, gli analgesici e antidolorifici (abusando di quindi di medicinali prescritti da medici), o anche farmaci di utilizzo veterinario come la ketamina. Parallelamente, potremmo considerare però, tra le sostanze nocive' anche gli steroidi e i composti atti a migliorare rapidamente le prestazioni agonistiche o sportive in genere. L'alcol, anche a fronte dell'inasprirsi della normativa sull'uso di sostanze stupefacenti, è e resta la maggiore sostanza nociva d'abuso non solo fra i giovani, ma in tutte le altre fasce sociali e generazionali. Ciò è connesso anche alla sua facile reperibilità.

ginaria, sia quella simbolica in cui agisce l'utilizzatore, che acquisiranno così un'importanza fondamentale al fine della comprensione del fenomeno stesso.

In questo contributo si cercherà d'illustrare brevemente una costruzione teorica da cui emerge che l'uso di una sostanza nociva dipende da un insieme variegato di significati attribuiti a essa dall'individuo utilizzatore e d'aspettative che questi immagina di raggiungere col suo uso.

La *dipendenza*, di cui si tratterà qui, ha a che fare con la storia inconscia dell'individuo.

## 2. Dipendenza... da sostanze

Le dipendenze patologiche da sostanze (e a maggior ragione le altre) si potranno considerare simili solo 'agli occhi' della medicina o della biologia, non nella percezione e descrizione del singolo utilizzatore. Gli effetti sull'individuo divenuto sensibile a una sostanza sono noti e evidenti agli studiosi, meno, molto meno a chi le usa. Essi lo fanno e non lo sanno! O lo intuiscono, ma non con una consapevolezza piena. Gli esperti in medicina e biologia credono che l'utilizzatore percepisca a pieno o sappia valutare con precisione gli effetti sul corpo-mente dell'uso di una sostanza, ma il più delle volte non è così; anzi, spesso, troppo spesso l'utilizzatore ne ha una percezione confusa e acquisita attraverso l'appropriazione di frammenti sconnessi di sapere, resi palesi agli altri in una descrizione spesso stereotipata.

Sapere medico e sapere dell'utilizzatore si rispecchiano l'uno nell'altro, entrambi paradossalmente estranei all'attività d'uso intrapresa e ai relativi effetti intrapsi-



chici nel singolo. Medico e utilizzatore sono due facce della stessa medaglia: entrambi intenti a contemplare l'effetto 'oggettivo' di un farmaco su un corpo, anche se oggettivo non è.

Esiste certo una condizione iniziale comune nell'uso di tutte le sostanze nocive, che a maggior ragione differenzia tale uso da altri 'comportamenti nocivi'. L'utilizzatore deve essere in grado di *sentire* la sostanza: questa deve raggiungere le cellule del suo sistema nervoso. L'incontro fra individuo e sostanza non è, però, mai immediato (come nei topi di un laboratorio), ma sempre mediato da comportamenti, costumi, usanze e leggi, determinate socialmente. Non è semplice accedere alle sostanze nocive, anche perché la loro assunzione oggi si configura, a differenza di quanto accadeva in un passato anche recente, con tratti sempre più negativi.

Pertanto, la *prima affermazione* da condividere è ovvia, ma non per questo non importante: *chi utilizza una sostanza nociva ha sensibilizzato con un training complesso e rischioso il suo corpo-mente a essa. È diventato sensibile alla/e sostanza/e che usa.*

L'esposizione a una sostanza nociva determina nell'individuo sensibile un'attivazione psicofisica specifica della sostanza (eccitazione o rilassamento) e un effetto di piacere. Il considerare piacevole l'utilizzare una sostanza nociva presuppone che si sia realizzato, per il singolo, un preciso nuovo funzionamento dell'apparato corpo-mente. Cosicché un individuo, che la usa occasionalmente e la trova accettabile, è sensibile alla sostanza allo stesso modo - anche se non allo stesso grado - di chi ne fa un uso continuato negli anni. A questo diverso grado di sensibilità un variegato insieme di discipline scientifiche ha

assegnato progressivamente, ma in modo errato, il nome di *dipendenza patologica da sostanze*.

Il DSM (nella forma oggi usuale IV-TR e in quella innovativa V), mediando da un insieme di conoscenze sperimentali tratte dalla biologia, riconosce come patologico l'uso di alcune sostanze. E fa riferimento a due criteri principali:

1. la *tolleranza*, nel cui ambito di significanza rientrano: a) il bisogno di dosi più elevate; b) l'effetto diminuito nel tempo con l'uso della stessa quantità di sostanza;
2. l'*astinenza*.

La tolleranza descrive il fenomeno per cui, negli utilizzatori, al trascorrere dei mesi e degli anni la quantità di sostanza nociva necessaria per ottenere il medesimo effetto aumenta. Rileva una condizione che si determina in ogni organismo, a fronte della presenza continua di una sostanza estranea, ma non letale. È dimostrabile a livello empirico sin dal passato storico. Tuttavia, se c'è 'tolleranza', non consegue che l'organismo o la mente umana a esso eventualmente collegata, desideri 'di più' detta sostanza; o che essa sia più appetibile, o che l'individuo ne avverta maggiormente il bisogno per funzionare adeguatamente. Si diventa tolleranti a un antibiotico, ma non risulta che ciò sia in sé una 'dipendenza'.

Il secondo criterio, che abbiamo sopra menzionato, è l'*astinenza*; con essa vogliamo far riferimento a come lo sperimentare una serie di disturbi psico-fisici - dovuti a una reazione avversa dell'organismo e legati all'assenza della sostanza nociva - non si esaurisca solo con l'*avere voglia* di assumere.



L'astinenza ha una dimensione maggiormente attiva se confrontata con la tolleranza ma rispetto all'*appetibilità* funge, per usare un termine desueto, da *rinforzo comportamentale*. Ed ecco, allora, che il destinatario dell'intervento sembra farsi il seguente ragionamento: "valutato che sto male se non faccio quella tal cosa, allora la faccio".

Se i suddetti sono i principali criteri che il DSM propone per definire la dipendenza da sostanze, se è pur vero che i singoli individui sensibili alla sostanza si espongono a quantità diverse nel tempo, non si può dimostrare che la motivazione iniziale all'assunzione sia determinata dalla dipendenza stessa, che si manifesterà – sempre secondo i suddetti criteri - eventualmente solo dopo un'assunzione continuata.

La *seconda affermazione*, che vogliamo condividere, è sempre ovvia ma, nonostante ciò, molto significativa: *la dipendenza da una sostanza, se esiste, è un fattore rinforzante, non motivante*. In particolar modo, la paura di entrare in crisi di astinenza è diventato l'alibi che ogni assunto di sostanze nocive utilizza (ben ratificato dalla medicina). È ben noto che il DSM propone una visione descrittivo-statistica della malattia mentale e questo vale anche per la dipendenza da sostanze nocive! Il binomio individuato – astinenza/ tolleranza - nel DSM-IV giustificherebbe il loro utilizzo, ma lascia però inesplicito il modo e la storia alla base per cui, chi ne abusa, è come se venisse agguantato dalle pale di un mulino che, una volta attivato può diventare pericoloso; anche se è vero che, per restare in metafora, ha bisogno del vento per muoversi. Viene allora da chiedersi: che vento attiva tale 'mulino' contro il quale sembra incagliarsi l'indivi-

duo? È, in definitiva, questa la questione cui si deve trovare risposta. La dipendenza di cui vogliamo trattare, quindi, è qualcosa di differente dalla cd. 'dipendenza da sostanza', come è costruita nel DSM IV-TR.

Infine, la *terza affermazione* da condividere è, dunque, meno ovvia delle precedenti: *la dipendenza è un modo particolare con cui l'individuo si relaziona con la realtà, prima ancora che con la sostanza nociva.*

### **3. Come e perché si diventa utilizzatori di sostanze nocive**

La descrizione del modo con cui s'inizia a utilizzare una sostanza nociva è relativamente semplice, stabile e comune a tanti, se non a tutti:

- la sostanza nociva è un *oggetto proibito* che presenta, oggi più di ieri, ma sempre i seguenti aspetti: costi, stigmi sociali anche morali, limitazioni normative, ecc. che il giovane o, comunque, il neofita è chiamato a superare;
- tutto ciò a fronte di un utilizzo ampio, evidente e apparentemente più libero, del medesimo oggetto da parte di individui particolarmente significativi (compagni più grandi, adulti di riferimento) o emergenti nella società (persone ricche, importanti, famose, celebri ecc.).

Utilizzare una sostanza nociva in molti individui può essere il segno che si è in grado di compiere un passo evolutivo (che però non è) da una condizione inferiore a una superiore; più precisamente, da una condizione infantile a una più adulta, da una condizione limitata, a una più libera (che, come ben si sa, libera non è). Non è solo l'assunzione mimica di un comportamento di



moda o comune. Se utilizzare una sostanza nociva è un comportamento consentito agli individui 'più adulti', l'equivalenza emergente è che utilizzandola si diventerebbe 'più grandi'.

C'è poi un altro elemento, che va considerato. Il neo-utilizzatore è ben consapevole che usare una sostanza nociva non è facile perché richiede capacità, competenza e resistenza. È duro utilizzarla in particolar modo all'inizio, non è immediatamente piacevole, anzi può essere spiacevole e o pericoloso. Perciò è 'da duri' saper utilizzare una sostanza nociva, giacché quell'azione che s'impara si situa nel 'fare con fatica e difficoltà'.

In breve, ci vuole impegno per imparare a usare una sostanza nociva, tanto che assumerla diventa per qualcuno un vero e proprio 'rito di passaggio', seppur implicito, che consente un elevamento di status. Con l'aderire al rito si manifesta una precisa volontà di essere assimilati al gruppo sociale che lo propone. C'è da parte del candidato al rito una volontà d'integrazione, come in chi glielo propone. Sembra manifestarsi una necessità implicita di essere misurati e assimilati a comportamenti, valori intesi come adeguati a sé stessi.

Riassumendo, sull'utilizzo di una sostanza nociva da parte del giovane, del neofita, possiamo affermare quanto segue:

1. la condizione esistenziale che egli sta vivendo è difficile, stressante;
2. l'ambito *status* di essere 'più grande' è ugualmente stressante ma, se acquisito, giustifica l'agire di comportamenti gratificanti e piacevoli, non ultimo la possibilità d'attuare anche impunemente comportamenti 'negativi'.

Ciò accade, perché in certi individui - ed è questo l'aspetto più importante da rilevare - le idee di piacere e di libertà vanno di pari passo o, per meglio dire, si strutturano solamente come trasgressione. Pertanto, non c'è libertà senza difficoltà e senza opposizione degli altri, senza fatica, forse anche senza punizione. C'è libertà, non perché si è fatta la cosa che si è trovata giusta per sé, ma la libertà è (per costoro) far cose un po' diverse, un po' proibite, trasgressive appunto.

L'essere 'più grande' è per il giovane (ma non solo per lui) chi può fare, consumare, chi ha accesso libero a ciò che vuole e soprattutto agli oggetti proibiti per gli altri. Poiché questi oggetti rimarranno proibiti, negativi, malvagi (se, poi, effettivamente, lo sono), ma l'essere adulti fa sì che a essi in qualche modo si possa accedere.

C'è un ultimo aspetto che deve essere preso in considerazione. L'utilizzare una sostanza nociva è una condizione gregaria ossia s'impara con altri, grazie all'esempio di altri significativi: ragazzi/e di poco più grandi, o più disinibiti, attraverso un processo più che imitativo, emulativo. Trova così ulteriore conferma l'idea, che si svilupperà più avanti, per cui un trattamento efficace per superare l'uso di sostanze nocive, dovrà toccare l'identità dell'utilizzatore, l'immagine che ha di sé stesso. Non per farlo approdare a una 'non-immagine' - del tipo "sono un non-utilizzatore"<sup>(4)</sup> - ma una nuova immagine di sé. E tutto ciò richiederà il suo tempo, anche solo per raccontarlo.

Seguendo il filo di questo ragionamento, se la sostanza nociva rappresenta un eccesso negativo, l'informa-

---

4 Anche se questo può essere un primo obiettivo del trattamento.



zione sui danni determinati da tale comportamento non ha un effetto 'preventivo', bensì di *rinforzo comportamentale*. Non si accede a tale utilizzo direttamente 'perché fa male' o perché qualcuno, informando malamente il giovane, gli farebbe intendere al contrario che 'quell'azione è bella'. Neppure si attua da parte del neo-utilizzatore un'emulazione negativa del tipo "fare il contrario di ciò che è bene"; piuttosto ci si avvicina a tale comportamento alla ricerca di una libertà, intesa come trasgressione. Tutto ciò ci fa comprendere come l'effetto iatrogeno non è determinato dalla modalità comunicativa, con cui si presentano i danni prodotti dall'utilizzo di una sostanza, ma dalla sua concreta presenza nell'ambiente sociale di riferimento.

#### 4. Una classificazione di utilizzatori

Si scorgono due modi antitetici di usare una sostanza nociva.

1. *chi utilizza una sostanza con una 'modalità automatica'*, che qualcuno definisce sbagliando 'da dipendenza fisica':
  - questo uso non si manifesta come la risposta a un semplice bisogno organico, che s'innesci nel corpo dell'utilizzatore, ma è un *nuovo* bisogno. Nel bisogno organico vero e proprio (fame, sete, sonno), la risposta assume forme diversificate, qui invece no. Questo 'nuovo bisogno' avrebbe come motto: "mi manca quel qualcosa che è la sostanza e allora la uso", ma non si esprime a parole, tutt'altro;
  - l'utilizzare una sostanza qui è un tutt'uno abbastanza indifferenziato e frequente, al di là del

come e del dove, anche se risente delle limitazioni dell'ambiente. Inoltre, il ritmo di uso è sempre influenzato dal controllo che si vuole/ si può instaurare, spesso altalenante, sul comportamento;

- ci troviamo, così, di fronte a una condizione che è irriflessiva e la sostanza diventa una stampella continua nel proprio camminare quotidiano;
  - in questi utilizzatori si manifesta per lo più un livello di 'mentalizzazione' (o *capacità mentale psicologica bassa*, cfr. a tal riguardo Allen e Fonagy, 2008). A domanda diretta sembra che costoro non si siano mai interrogati sul perché del loro usare e neppure della loro possibilità di smettere. Non ci hanno mai provato, al massimo sono stati occasionalmente costretti a farlo. La psichiatria può supporre in costoro uno stato di *alessitimia* <sup>(5)</sup>;
  - la relazione fra utilizzatori e sostanza si manifesta sempre in una parte 'attiva' (con pensieri del tipo: "desidero molto utilizzare una sostanza e la cerco, perché mi fa star bene"); e una parte 'astinenziale' vera e propria ("quanto starò male se non la uso..."). L'opzione attiva è sempre elevata nell'utilizzatore automatico, anche se egli invece tende a confonderla con l'astinenza.
2. *chi utilizza una sostanza con una 'modalità reattiva', solitamente qualificata come 'da dipendenza psicologica':*

---

5 L'alessitimia è un costrutto psicologico che soddisfa i seguenti 4 criteri: 1) difficoltà a identificare sentimenti e discriminare un sentimento dall'altro; 2) difficoltà a comunicare ad altri i propri sentimenti; 3) stile cognitivo legato allo stimolo e orientato all'esterno e al fare (cecità emozionale); 4) processi immaginativi coartati.



- l'utilizzare una sostanza, in questo caso, favorisce il mantenimento di una dimensione reattiva che si manifesta e si differenzia riguardo a ciò che accade normalmente nel quotidiano. Si esprime con un sentire del tipo: "mi è successo/ non mi è successo qualcosa, mi sarebbe utile/ mi merito una dose di sostanza". La reattività è alle manifestazioni della realtà contingente, che innesci un confronto difensivo con ciò che si desidera/ si teme di essere.
- a differenza che nella 'modalità automatica', qui prevale la ricerca di una condizione di gratificazione nell'utilizzare una sostanza.

Il livello di mentalizzazione qui è maggiore, il modo con cui si rappresentano la realtà è più evoluto, ma in molti casi fra questi utilizzatori sembra manifestarsi *una scarsa capacità d'espressione dell'aggressività* [Solano 2013]. L'aggressività sembra diretta contro sé stessi (rivolgimento verso il Sé) e il rapporto con l'altro è sempre segnato da una condizione di assoggettamento, dalla ricerca di un momento di fuga gratificante. Una riflessione *psico-dinamica*, ci fa dire che per costoro l'accettazione di ciò che si desidera non può che essere attuato se non nell'ansia o con preoccupazione.

L'*utilizzatore reattivo* sa solitamente perché usa una sostanza nociva, ma non può farne a meno, perché ha paura di essere diverso se smette: di non piacersi più.



### 3. Comportamenti nocivi non connessi alle sostanze: il gioco d'azzardo

*E anche giocare è roba da bohème, lo so. Ma quando Gioco è  
l'unico momento in cui non penso al domani.*  
E. Hemingway

#### 1. Fëdor Dostoevskij era un giocatore

Il gioco d'azzardo (di seguito, GA) è un fenomeno sociale presente da sempre e in tutte le civiltà, che si sta ulteriormente diffondendo oggi in Italia con modalità innovative e intensità rilevanti, producendo danni economici alle persone che in esso indulgono. Nella società contemporanea occidentale sono rilevabili numerose forme di GA <sup>(6)</sup>; ciò che le accumuna e le distingue da altri giochi è che in questi c'è sempre una *posta di denaro*, che si perde spesso e si vince raramente.

Fëdor M. Dostoevskij, nel suo romanzo *Il Giocatore* [1832], distingue due tipologie di giocatori: i *poveri* e i *ricchi*. I ricchi giocano per giocare e non importa loro di vincere o perdere; mentre, i poveri lo fanno per acquisire del denaro, che non potrebbero ottenere altrimenti se non che col lavoro. Per i ricchi il GA sembra essere una semplice occasione d'ostentazione, una dimostra-

---

<sup>6</sup> Si farà riferimento qui al GA continuo e reiterato, che produce nel giocatore un danno economico, non a comportamenti del tutto occasionali con un investimento di denaro minimo.

zione del proprio stile di vita basato sul lusso che resta, salvo rare eccezioni, stabile e inattaccabile da andamenti negativi. Per i poveri si tratta, all'opposto, di potersi immaginare in grado di ribaltare con un colpo di mano l'andamento del quotidiano. Il povero si sente un 'eroe' e quello che cerca di acquisire, attraverso il denaro, è una *nuova* identità.

Se fino a ieri i ricchi, nell'accezione fin qui proposta, al GA vi si dedicavano confinati in esclusivi casinò oggi, i poveri - grazie a una legislazione probabilmente anche troppo permissiva - lo possono ritrovare, nella modalità offerta dalle *slot machine* o dalla piattaforme *on line*; ma anche dietro all'angolo di ogni strada. Il GA è diventato così il 'comportamento nocivo', non legato all'uso di sostanze, più diffuso (7).

Molti esperti e operatori dell'intervento, afferenti a differenti discipline, accomunano l'uso di sostanze nocive (cfr. *infra*, il Cap 2) a questi comportamenti nocivi poiché ritengono che questi determinino nell'individuo, che in essi indulge, una *dipendenza patologica*. Le pubblicità sul GA terminano sempre con l'avviso: "Il gioco è vietato ai minori e può causare Dipendenza Patologica", nel tentativo risibile d'informare per scoraggiare il comportamento. Inoltre, il GA è accomunato all'utilizzo di sostanze nocive, in quanto a livello neuro-biologico, sono state scoperte attivazioni neuronali cerebrali simili nelle due differenti situazioni. Equipa-

---

7 Altri *comportamenti nocivi* meno comuni sono: gli acquisti compulsivi, la dipendenza da internet e il sesso compulsivo. In questo gruppo non si inserisce inspiegabilmente il praticare sport estremi o le versioni estreme di sport tradizionali che, proprio perché mettono a rischio la vita, sarebbe utile includervi.



rare l'uso di Sostanze nocive al GA è una teoria che può trovare una sua validità in medicina o in biologia, ma non nelle riflessioni sociologiche.

Ciò che qui si propone, al contrario dell'impostazione medica o biologista, e che per comprendere il GA è indispensabile analizzare l'insieme variegato dei significati attribuiti a esso dall'individuo, non mancando di interrogarsi sul 'fare' di questo e delle persone in generale per valutare le occasioni d'espressività di cui ciascuno è portatore, uscendo dalla dimensione giudicante, e ricercare il senso/ significato che esiste in ogni comportamento umano, anche in quelli più deleteri.

Troppo spesso, riferendosi a modi di comportarsi non tradizionali, non comuni, appartenenti a culture altre, il primo moto emotivo (e, conseguentemente, cognitivo), attuato da parte degli addetti ai lavori, che sono espressione per lo più della cultura dominante, va nel senso del rifiuto. Ricordiamo, invece, che le parole e gli atti di chi presenta un sintomo, anche se non riconosciuto, hanno una potenza descrittiva maggiore di qualsiasi riflessione scientifica.

## 2. Il rischio dell'azzardo

L'eccesso e il rischio non sono tratti del post-moderno. Sono esistiti e ricercati da sempre da quota parte d'individui di ciascuna generazione in ogni epoca. Le attività a rischio sono attuate non per il semplice desiderio di rischiare, ma per il piacere che l'individuo ricava nel pretendere di gestire il rischio.

Ciò che spinge al GA è il *piacere* che si ottiene padroneggiando un potenziale pericolo. Nel caso trattato: perdere il proprio denaro. Ogni giocatore d'azzardo

ha un proprio immaginario metodo per vincere <sup>(8)</sup>, che però si scontrerà in modo devastante con la legge delle probabilità, con le abilità, altrettanto immaginarie degli avversari e con l'azione di gruppi criminali <sup>(9)</sup>. Poi c'è il credere nella fortuna che, se si manifesta, è la semplice dimostrazione dell'esattezza del proprio metodo per vincere, che si è scovato nei recessi dell'esperienza (e sono i più) o in ciò che è tradizionalmente condiviso <sup>(10)</sup>. I ben pensanti ritengono giocatore d'azzardo un "insensato", ma egli si crede fermamente in grado di vincere quando gli altri perdono, di essere più competente (qui significa anche più 'fortunato') di altri giocatori e di coloro che devono lavorare per guadagnare denaro, fino a diventare *punto d'identificazione* per altri individui.

Il giocare d'azzardo, allora, si riconosce valorizzato dal proprio comportamento e attuandolo:

- ottiene un piacere *diretto* dovuto a caratteristiche proprie del gioco: il GA alimenta nel suo esplicitarsi il binomio aumento della tensione (durante la *manche*), scarico (al termine) con un effetto di piacere;
- realizza un piacere indiretto, ossia un *piacere sociale* connesso all'utilizzare e ritenere piacevole qualcosa cui altri individui non possono o a cui non sanno accedere.

---

8 Solo in alcuni casi si possono applicare metodi validi per vincere come ad esempio "contare" le carte ai tavoli del *Black Jack*.

9 Ad esempio, negli ippodromi dopando i cavalli o alterando gli algoritmi nelle slot machine o inclinando impercettibilmente la roulette nei casinò.

10 La *smorfia* o i sistemi di calcolo delle ricorrenze o dei ritardi nel gioco del lotto.



Presumibilmente non si padroneggia il rischio collezionando francobolli, ma lo si fa in ogni caso esponendosi allo sguardo, disapprovante per lo più, ma non di rado anche pieno d'ammirazione degli altri. Farsi riconoscere come giocatore d'azzardo, quindi, è in sé paradossalmente una gratificazione, aldilà del vincere o perdere.

Infine, per un giocatore, *l'azzardare*:

- diventa l'atto più importante nella giornata, una sorta di stampella continua nel proprio camminare quotidiano, anche se ovviamente risente delle limitazioni dovute all'ambiente e al denaro disponibile. Inoltre, l'assiduità sarà anche influenzata dal controllo che si vuole e/o si può instaurare, spesso altalenante, sul comportamento;
- ben presto, non richiederà nessuna particolare giustificazione o riflessione. A domanda diretta costoro non si sono mai interrogati sul perché lo attuino e neppure della loro possibilità di smettere. Non ci hanno mai provato; al massimo, sono stati occasionalmente costretti a farlo.

I poveri che giocano alla ricerca del denaro (usando le parole di F.M. Dostoevskij), e sono la maggioranza, lo fanno per riempire un vuoto interiore, in un continuo affaccendarsi pratico finalizzato al recepimento del denaro da intendersi sia come strumento che dà potenza (che consente a loro di fare), sia come occasione per modificare la propria identità. Nell'atto stesso di giocare d'azzardo avviene una trasformazione dell'identità: si passa da *mancante di qualcosa* a chi, con un gesto da eroe, *rimette in ballo* tutto sotto lo sguardo d'ammirazione/preoccupazione delle altre persone che tale coraggio non hanno.



## 4. Un percorso possibile per non utilizzare una sostanza o agire un comportamento nocivo

Nel “senso comune”: l’insieme di conoscenze attraverso le quali ciascuno di noi gestisce il proprio quotidiano, i comportamenti sono abitudini che si fissano più o meno stabilmente nell’operare delle persone, ossia dei canovacci utilizzati dal singolo per adattarsi al meglio. Vizio è il nome inutile che si dà invece a un’abitudine con connotazioni negative.

La cd. ‘dipendenza patologica’ è diventata nel tempo una sorta di concetto *passe-partout*, con la pretesa di poter comprendere il perché l’individuo indulga a volte nelle abitudini negative. Il presupposto implicito è che qualcosa si inneschi in lui, quasi lo costringa, essendosi esposto a certi comportamenti, al doverli ripetere senza possibilità di rimedio o scampo da un ‘copione’ imm modificabile.

Per quanto specificatamente concerne l’uso di sostanze nocive, tutto è spiegato malamente dalla dipendenza patologica stessa, nei suoi aspetti della tolleranza e dell’astinenza, come abbiamo già avuto modo di considerare. Questa dipendenza, se esiste, si manifesta nell’individuo dopo un uso continuo e protratto e non è certo in grado di innescare l’uso iniziale. E, nell’altro caso, il gioco d’azzardo non può essere ridotto alla dipendenza patologica da sostanze giacché, quanto meno... manca la sostanza!

Nel senso comune restano *non detti* il modo e la storia con cui e per cui il giocatore d'azzardo o l'utilizzatore di sostanze nocive è stato 'agguantato', come Don Chisciotte, dalle pale del mulino. Quale vento lo abbia spinto è la questione a cui si deve trovare risposta.

La motivazione, a nostro avviso, non può che riferirsi al piacere fisico e sociale, che si prova nell'attuare i suddetti comportamenti. Il giocatore d'azzardo o l'utilizzatore di sostanze nocive prova sensazioni piacevoli durante il gioco e si riconosce in un'immagine di sé differente, e si crederà così migliore di quanto presuppone d'essere nel proprio quotidiano.

Il trattamento, la cura, di chi indulge i detti comportamenti, è complessa e implica due momenti:

- l'individuazione della storia che l'ha determinato.
- la riattivazione dei percorsi emozionali bloccati o interdetti da tali comportamenti.

L'intervento per essere efficace deve consentire all'individuo di giungere a una comprensione delle emozioni (e delle esperienze che le hanno originate) che il proprio attuare comportamenti nocivi seda o attiva.

In molti casi ciò non è possibile, perché l'individuo ha difficoltà a pensare il cambiamento o addirittura ad accettare un aiuto per metterlo in atto. Egli sembra gridare: *non posso essere che così, non riesco a essere in nessun altro modo!*



# Bibliografia

- Allen J.G. e Fonagy P., (a cura di), (2008), *La mentalizzazione. Psicopatologia e trattamento*, Il Mulino, Bologna;
- Braudel F., (1993, ed. or. 1980), *Civiltà materiale, economia e capitalismo. Le strutture del quotidiano (secoli XV-XVIII)*, Einaudi, Torino;
- Cifiello S., (2004), *Strumenti di rilevazione e di intervento nelle situazioni di stress lavorativo. Ricerche fra le professioni del sociale e del terzo settore*, FrancoAngeli, Milano;
- Freud S., (1977, ed. or. 1937), *Analisi terminabile ed interminabile*, O.S.F. Opere di Sigmund Freud, Bollati Boringhieri, Torino;
- Piaget J., (1936), *La naissance de l'intelligence chez l'enfant*, Delachaux et Niestlé, Neuchâtel (trad. ital., 1968, *La nascita dell'intelligenza nel fanciullo*, La Nuova Italia, Venezia);
- Solano L., (2013), *Tra mente e corpo. Come si costruisce la salute*, Raffaello Cortina, Milano;
- Sordelli S, Irigaray L., Avanzi M., (2002), *Senza il bacio del principe: differenze di genere e dipendenze patologiche*, Centro Italiano Solidarietà-Regione Emilia-Romagna, Modena.

# L'autore

**Stefano Cifiello**, sociologo e psicologo.

Ha operato dal 1991 come dirigente presso la Ausl di Imola (Bo). È stato coordinatore dell'Osservatorio delle dipendenze patologiche, del Centro Nuove droghe, del Progetto tabagismo, del Centro antifumo della Ausl; Mobility manager e Security manager e componente del Gruppo di coordinamento sul Benessere organizzativo. A livello regionale: del Gruppo di Coordinamento della RER sui Centri Antifumo.

Professore a contratto presso la Facoltà di Medicina dell'Università di Bologna. Ha collaborato e tuttora collabora con numerose altre organizzazioni pubbliche e private per la realizzazione di ricerche ed interventi sociologici e psicologici.

È autore, da solo e con altri, di oltre 100 pubblicazioni sulla sociologia e la psicologia delle organizzazioni, sulle professioni sociali, sui fenomeni di stress lavorativo, sulle immigrazioni, sugli stili di vita, sulle dipendenze patologiche fra i giovani, sul tabagismo e sul benessere organizzativo.

[www.stefanocifiello.it](http://www.stefanocifiello.it)  
[s.cifiello@gmail.com](mailto:s.cifiello@gmail.com)

