

Psicodinamiche dei gruppi nel trattamento del Tabagismo

Psychodynamics in smoking cessation groups

Alessandro Vegliach, Claudio Poropat

Riassunto

In questo articolo si evidenzia come, nella conduzione di un gruppo terapeutico per smettere di fumare, pur restando necessario un fermo ancoraggio alle tecniche *evidence based rivolte* allo svolgimento del compito, emerga un portato affettivo che è parte connaturante del processo di cambiamento dei soggetti in trattamento. Questi ritorni affettivi, che si verificano durante il periodo terapeutico che accompagna i soggetti alla stabilizzazione dell'astinenza dal fumo, sono qui ordinati in tre fasi seguendo la teoria delle relazioni oggettuali come definita da Melanie Klein. Queste tre fasi evidenziano un passaggio psichico tra posizioni kleiniane che ben riflette il concetto di "oscillazione PS↔D" come definito da Wilfred R. Bion.

Parole chiave: *cessazione del fumo, psicoterapia di gruppo, teoria delle relazioni oggettuali, oscillazione PS↔D.*

Summary

In this review, the therapeutic approaches used in the smoking cessation program are described. Although evidence-based techniques still represent the cornerstone of our approach, affective and emotional aspects are also to be taken into consideration. These affective aspects are categorized in three phases according to the psychodynamic theory of Melanie Klein. These three phases characterize a psychic turning between Klein's positions that reflect the the concept of "oscillation PS↔D", as defined by Wilfred R. Bion.

Keywords: *smoking cessation, group-therapy, object relations theory, oscillation PS↔D.*

INTRODUZIONE

In un lavoro del 1988 intitolato "Il gruppo in psicologia clinica", Carli, Paniccia e Lancia¹ affermano che: "lo psicologo clinico non *conduce* gruppi ma li costituisce in modo differenziato e all'interno di essi fa un lavoro diverso in funzione dei diversi contesti da cui origina la domanda e in funzione dell'analisi che di questa domanda viene fatta". Nei gruppi per la cessazione che si svolgono nei centri pubblici per la cura del tabagismo, la domanda e il contesto entro cui si cerca di darne risposta, sono chiari sia ai terapeuti sia agli utenti che afferiscono al servizio. La metodologia² sviluppata dal servizio pubblico per rispondere a questa domanda, pur con una quota residua di eterogeneità territoriale, poggia su tre pilastri di cura: supporto farmacologico, consigli comportamentali, terapia di gruppo. La terapia gruppale è, sostanzialmente, una terapia di tipo breve, svolta sul versante supportivo e orientata allo scopo che prevede, durante gli incontri unisettimanali sviluppo di abilità di *coping*, sostegno psicologico attraverso strumenti quali la conferma e l'incoraggiamento, verifica della corretta assunzione della terapia farmacologica, indicazioni atte all'*empowerment* del paziente e al cambiamento del suo stile di vita. Un approccio questo, interamente volto, come richiesto dall'utenza stessa, alla cessazione del fumo, al superamento dell'astinenza fisica e al consolidamento del primo periodo di astinenza in accordo con la tempistica definita dai tassi di ricaduta longitudinali descritti da Hunt³.

Il conflitto interiore dei partecipanti al gruppo, concretizzabile nel desiderio in ognuno di smettere di fumare ma nell'incapacità di farlo compiutamente con le sole proprie forze, svolge un'azione unificante e trasforma, subitaneamente, un insieme di persone che vogliono smettere di fumare in un gruppo terapeutico orientato a questo scopo. A fronte però di un perimetro terapeutico così ben definito e definibile, il terapeuta si trova spesso a confrontarsi con portati, individuali e gruppali, che superano la domanda originaria e aprono le porte del mondo fantasmatico-affettivo delle persone in terapia. In pratica i pazienti muovono, con una certa rapidità, dall'"*aiutatemi a smettere di fumare!*" al "*perché fumavo?*" o, ancor meglio al "*perché mi tappavo la bocca fumando?*" (da ora, e per tutto il testo, le frasi virgolettate in corsivo ripropongono, testualmente, interventi fatti dai soggetti che hanno frequentato i gruppi per smettere di fumare del CIPCT della ASS n.1 Triestina). In altri termini, lo psicologo clinico che conduce gruppi con questa finalità si trova a confrontarsi con dei contenuti che trascinano dal contenitore. Questi portati affettivi impongono al terapeuta una conduzione a doppio binario (vedi fig. 1) del gruppo: se da un lato è imprescindibile continuare l'azione a livello pragmatico, pena lo snaturamento del gruppo e la sua trasformazione da gruppo di supporto orientato ad uno scopo a gruppo terapeutico di tipo pienamente espressivo, dall'altro è importante cogliere ed agire sulla quota affettiva rimandata dai soggetti. Quindi, con le parole di Wallerstein⁴ è bene essere "espressivo quan-

Alessandro Vegliach, Claudio Poropat

Centro Interdipartimentale Prevenzione e Cura del Tabagismo (CIPCT), A.S.S. n.1 "Triestina" (Trieste)

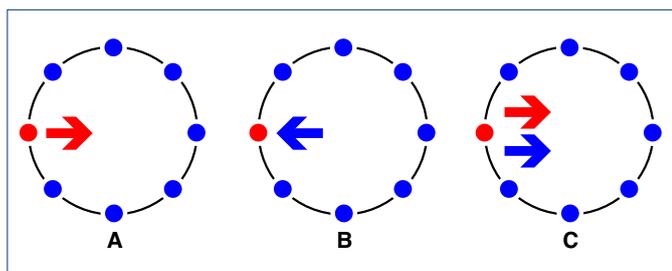


Fig. 1: conduzione terapeutica a doppio binario (supportivo- espressivo) di un gruppo per smettere di fumare. In fase iniziale (A) il terapeuta (in rosso) conduce il gruppo antifumo in modo pragmatico (freccia rossa); dopo un certo numero di sedute (B) il gruppo rimanda al terapeuta portati affettivi (freccia blu) legati all'elaborazione del lutto dal fumo ed alle strutture interne individuali; (C) il terapeuta risponde conciliando gli strumenti orientati allo scopo (freccia rossa) con ritorni interpretativi legati ai portati affettivi (freccia blu).

do puoi e supportivo quanto devi". Va inoltre precisato che, a nostro avviso, l'analisi dei portati affettivi risulta estremamente importante per il terapeuta al fine di comprendere a quale punto del percorso di ristrutturazione interna rispetto alla sostanza di abuso si trovi il paziente. Se consideriamo la dipendenza da una sostanza psicotropa come un comportamento complesso che evidenzia nel soggetto la presenza di consistenti parti infantili quali, ad esempio, l'incapacità di dilazionare il piacere, i forti investimenti orali e la bassa tolleranza alla frustrazione, comprendiamo che il processo di svezzamento dal fumo prima, e il mantenimento dell'astinenza poi, sono parte di un processo di crescita interiore, e come tale complesso, difficile e non esente da ambivalenze ed opposizioni.

Il processo di crescita dalla sostanza comporta il riprendere, anche se in quote residue, il processo di separazione-individuazione⁵ già dolorosamente affrontato nell'età infantile prima ed in quella adolescenziale poi⁶.

IL PROCESSO DI CRESCITA DALLA SOSTANZA: UNA PROPOSTA IN TRE FASI

In questo lavoro, si propone, in una chiave di lettura kleiniana, un quadro interpretativo in tre fasi dei portati affettivi espressi da gruppi di persone che vogliono smettere di fumare. La Klein⁷ asseriva che l'individuo struttura la vita psichica attorno a due posizioni:

- una di tipo **schizoparanoide** (PS) caratterizzata da una lettura degli oggetti in modo parziale (quando la madre mi porge il seno, fonte di nutrimento e vita è una madre buona; quando la madre non mi porge il seno desiderato essa diviene madre cattiva e persecutoria, che vuole annientarmi affamandomi) con conseguente sviluppo di rabbia e angoscia di tipo persecutorio legata alla paura di essere distrutto.
- una di tipo **depressivo** (D) caratterizzata dal raggiungimento della costanza oggettuale (capisco che la madre che non mi porgeva il seno, e che odiavo, è la stessa di colei che, porgendomelo, mi mantiene in vita) con conseguente sviluppo di senso di colpa e sviluppo di angoscia abbandonica entrambi conseguenti alla paura di essere lasciati dalla madre che abbiamo ingiustamente odiato.

L'ipotesi kleiniana è che ognuno di noi, nella fase di crescita, passi dalla posizione schizoparanoide a quella depressiva, ma che, in forti momenti di difficoltà, si possa perdere la maturità della fase depressiva e scivolare verso aspetti propri della fase schizoparanoide per poi, una volta superate parte delle difficoltà, recuperare la posizione depressiva (vedi fig. 2).

È possibile che questo tipo di oscillazione tra posizioni ("oscillazione PS↔D" in termini bioniani) sia osservabile nel percorso terapeutico del paziente che smette di fumare. Bion⁸ afferma che l'apparato mentale ha bisogno di una continua oscillazione PS↔D e che questa assume il valore di una funzione fisiologica della mente che contribuisce alla scoperta di significati e, in definitiva, alla capacità di pensare. Tale oscillazione, può avvenire in risposta allo smettere di fumare: il paziente abbandona lo stimolo orale della sigaretta e si confronta, regredendo, con le sue parti immature. Ma questa regressione, pur se psichicamente dolorosa risulta utile per poter elaborare parti di dipendenza infantile non risolte. Il ritorno alla fase matura implica una nuova capacità del soggetto di pensarsi, come capace di sostenersi in modo autonomo, senza il bisogno di poggiare alcune sue parti infantili su qualcosa (la sigaretta) che assume connotati affettivi di tipo materno-accudente. Di seguito, l'analisi del processo di cura secondo questo modello così come osservato nei pazienti afferti presso il CIPCT:

I. Prima fase o fase del distacco dal fumo: nella prima parte del lavoro grupपालe che, ricordiamo, include il distacco dal fumo e la possibile reazione astinenziale, si osserva nei soggetti una intensa preoccupazione verso la propria capacità di riuscita. Se riprendiamo la traccia evolutiva è facile, già in queste preoccupazioni, trovare analogie con i momenti dei primi distacchi dalle figure genitoriali. L'elemento di crescita è fortemente intrecciato a quello della perdita, dobbiamo sempre staccarci da qualcuno o qualcosa, per poter acquisire autonomia. Ma questo risulta molto difficile quando (e pensiamo solo alla tarda adolescenza) non abbiamo ancora avuto prova delle nostre reali capacità di sopravvivenza autonoma⁹.

Nel materiale portato dai pazienti al gruppo durante le prime sedute sono rilevabili questi timori e questa scarsa sicurezza nelle proprie capacità e nei propri strumenti, il paziente cerca quindi di essere rassicurato e si affida alle competenze del terapeuta. Il materiale portato in seduta è legato alle modalità d'uso del farmaco, alle reazioni corporee causate dall'astinenza dalla nicotina, alla gestione delle relazioni con gli altri fumatori, alla gestione del tempo (tempo che risulta stravolto dall'eliminazione delle "pause fumo").

L'azione terapeutica prevalente in queste prime fasi deve essere di tipo pragmatico. I pazienti chiedono risposte pratiche a problemi pratici e ciò, non solo potenzia le loro capacità di conoscenza e reazione alla problematica, ma li rassicura e acquieta la loro paura di mettersi alla prova.

Se il terapeuta riesce ad essere esauriente e rassicurante, in tempi molto brevi, si possono osservare forti portati regressivi causati dal distacco dalla sigaretta. Questi portati sono ravvisabili, sostanzialmente, in:

posizioni kleiniane	raffigurazione dell'oggetto	vissuti del soggetto	processi e fasi
posizione schizo paranoide (PS)	<p>oggetto parziale madre buona madre cattiva</p> 	L'infante non ha raggiunto la costanza oggettiva: quando la madre c'è è la madre buona e lui la ama; quando la madre non c'è lui la odia perchè sottraendogli l'alimentazione, lui crede voglia annientarlo	processo evolutivo fisiologico, primi 2-3 anni di età
posizione depressiva (D)	<p>costanza oggettiva madre sufficientemente buona</p> 	L'individuo ha raggiunto la costanza oggettiva: anche quando la madre non c'è lui ha una stabile rappresentazione interna di lei. Questo gli consente di sopportare i distacchi nutrendo stabili sentimenti di amore verso di lei.	processo fisiologico compiuto, dai 3 anni di età in poi. Fase del distacco dal fumo
posizione schizo paranoide (PS)	<p>oggetto parziale oggetto buono oggetto cattivo</p> 	In momenti di difficoltà l'individuo può regredire alla fase PS con funzionamento psichico caratterizzato da atteggiamenti manichei (buono/cattivo), rabbia e angosce persecutorie proprie della prima fase infantile.	oscillazione nella parte regressiva. Fase della rinuncia al fumo
posizione depressiva (D)	<p>costanza oggettiva oggetto sufficientemente buono</p> 	L'individuo, superato il momento di difficoltà, riprende una posizione matura, caratterizzata da atteggiamenti affettivi meno polarizzati, presenza di senso di colpa e angosce abbandoniche.	oscillazione nella parte di riacquisizione matura FASE DELLA EMANCIPAZIONE DAL FUMO

Fig. 2. Le posizioni kleiniane: loro successione in fase evolutiva (primi tre anni di età) e riproposizione (oscillazione PS ↔ D) in momenti di difficoltà propri della fase caratterizzata dalla costanza oggettiva.

Entusiasmo iniziale e resistenze all'uso del farmaco: è una reazione di tipo onnipotente che si registra nei fumatori in trattamento che completano con successo la prima settimana di astinenza. Il paziente, prima fortemente insicuro, verifica con entusiasmo le sue capacità residue di autonomia dalla sostanza che gli permettono di smettere di fumare e compiere i primi passi da astinente. Questa reazione evidenzia quale sia la forza simbolica che il fumatore dà alla sostanza e soprattutto quanto lui si percepisca come soggetto debole e incapace di reazione prima di iniziare la cura. A questo entusiasmo, che potremo definire di tipo infantile perchè simile all'entusiasmo del bimbo che inizia a compiere i primi passi, si accompagnano vissuti di onnipotenza che portano, spesso, ad una sovrastima delle proprie capacità. Questa sovrastima si traduce concretamente in autoriduzioni o autosospensioni del farmaco. In questa fase, sarà compito del terapeuta ricondurre i pazienti, pur senza spegnere il loro entusiasmo, ad una sana prudenza e ad un uso dei farmaci secondo le dosi prescritte.

Riferimenti antropomorfi: i pazienti mostrano, da subito, l'importanza simbolico-affettiva della sigaretta, tramite frasi rivelatrici quali: "mi manca la mia amica", "per me era una compagnia, specie la sera", "ho paura di avere tempi morti durante il giorno, mi

sento sola senza di lei", "per me lei era tutto...era la vita".

È da sottolineare come i soggetti si riferiscano alla sigaretta in termini antropomorfi, a conferma dell'interiore e profondo investimento rappresentazionale dato dal fumatore alla stessa. La dipendenza dal fumo pare quindi essere la condotta che sopperisce ad una parte immatura, insicura e fragile del paziente, parte che viene costantemente rassicurata attraverso il sostegno, non solo psicoattivo ma anche affettivo dato dalla sigaretta. In altri termini, la sigaretta pare svolgere la funzione di oggetto transazionale¹⁰ cioè di un oggetto in cui il fumatore ripone profonde valenze materno-accudenti.

Per Winnicott è spesso un oggetto transazionale (ad esempio la famosa coperta da cui risultava inseparabile l'indimenticabile Linus di Charles Schultz) a permettere al bimbo di tollerare la concretezza del distacco dalla madre: l'oggetto assente è rappresentato nell'oggetto che lo simbolizza.

Il gruppo e il terapeuta visti come oggetto buono: abbiamo visto quindi che il soggetto si toglie non solo un piacere (dato dal fumo) ma anche ciò che di contenente, in termini affettivi, il fumo rappresenta. La parte infantile rimane spiazzata da questa sua decisione di crescere in termini di indipendenza, è così possibile che questa parte immatura cerchi appoggio

nelle figure che lo supportano nel distacco dalla sostanza. Potremo osservare quindi in questa prima fase, fenomeni di idealizzazione del gruppo e, ancor più, del terapeuta, attraverso continui ringraziamenti, lodi, aperti complimenti. Il terapeuta e, in parte il gruppo, vengono a sostituire le valenze inconsce di tipo materno-contenente, con chiaro riferimento all'oralità e quindi al seno materno, che il tabagista prima assegnava alla sigaretta.

II. Seconda fase o fase della rinuncia al fumo: se il paziente mantiene l'astinenza, pressapoco al doppiare del primo mese senza fumo, osserviamo una netta trasformazione del materiale portato negli incontri gruppalì. Il paziente, riorientato e svezzato fisicamente inizia ad elaborare pienamente la mancanza del piacere dato dalla sigaretta e la sottrazione affettiva che ne deriva. È proprio il riemergere di questo antico vissuto, legato alla paura di vedersi negato l'oggetto fonte di piacere e sopravvivenza (prima il seno materno, ora la sigaretta), che riaccende in lui antiche angosce persecutorie. Il contenuto delle sedute viene così caratterizzato da portati affettivi che rimandano a tematiche regressive. Vediamo quali sono i principali aspetti che caratterizzano la seconda fase del processo di svezzamento dal fumo:

Infantilismo, ambivalenza: i contenuti sono spesso ambivalenti ed oppositivi, riproponendo stati d'animo propri della tarda adolescenza e dei primi vissuti relazionali. In questa fase, il paziente si trova in una posizione psichica estremamente scomoda rispetto al fumo: percepisce la mancanza legata alla rinuncia del piacere e nel contempo, se ritorna a fumare, oltre a provare un senso di colpa stringente, non riesce più trovare nel fumo lo stesso appagamento di prima della cura. In questo metaforico spazio di bagnasciuga il paziente si sente stretto e costretto. Se per il terapeuta questi sono buoni indicatori del prosieguo dell'astinenza e del lavoro interiore di cambiamento, per il paziente questa è una fase delicatissima, caratterizzata da forte disagio interiore, di matrice infantile, che può far emergere nel terapeuta reazioni controtransferali di tipo normativo quali ad esempio uno spostamento verso atteggiamenti terapeutici più direttivi.

Rabbia: strettamente correlata con il punto precedente, la rabbia emerge come conseguenza della scarsa capacità di sopportare la frustrazione (propria, in termini fisiologici, dei bambini piccoli) e di impotenza rispetto l'oggetto non disponibile. È una rabbia infantile: il paziente non trova più l'appoggio affettivo nella sigaretta e vede nel terapeuta e nel gruppo coloro che si frappongono tra lui e l'oggetto desiderato.

Il gruppo e il terapeuta visti come oggetto cattivo: la rabbia viene solitamente polarizzata verso il gruppo e, con più facilità, verso il terapeuta che così viene a perdere il precedente ruolo materno-contenente e assume antiche valenze persecutorie.

Abbiamo nel percorso di cessazione la riemersione della figura parziale, o madre cattiva, che riporta alla posizione schizoparanoide come definita da Klein (vedi fig. 2). Nel riferirci, durante la descrizione della fase precedente, alla madre buona (o "oggetto buono" nella dizione kleiniana) intendiamo le funzioni psichiche di accoglimento e di *holding* interiorizzate dal

paziente che riemergono nelle primissime fasi dell'astinenza, quando il bisogno della rassicurazione è grande e il dolore per la perdita della sostanza non è ancora interamente avvertibile. In questa seconda fase invece emerge la controparte materna vissuta come frustrante e persecutoria, la rabbia è l'emozione che connota il rapporto con la figura parziale della madre cattiva che emerge ogniqualvolta essa non risponde ai desideri del figlio. Così, il terapeuta, proprio perché vissuto dal paziente in modo persecutorio, può essere investito da portati come: *"sabato sera avrei fumato una sigaretta, era proprio l'occasione per farlo ma poi...ho pensato a lei (il terapeuta ndr) e mi sono ricordato che non potevo farlo...insomma, lei mi ha rovinato il sabato sera...e pensare che lavoro tutta la settimana... lei mi fa soffrire...ma quando finirà tutto questo?"*.

La rabbia per la rinuncia al piacere del fumo fa riemergere l'antica rabbia provata per l'indisponibilità del seno materno, ed essa viene riflessa sull'oggetto-ponte che viene investito di un ruolo affettivo pari a quello materno: questo oggetto prima era la sigaretta (che rimanda alla madre buona perchè costantemente disponibile) ed ora è il terapeuta (che rimanda in questa fase alla madre cattiva perchè si frappona al piacere).

Sogni: il senso della vergogna emerge chiaramente nei sogni. Sono sogni in cui il fumatore si vede in complesse situazioni che lo portano verso una ricaduta nel fumo. Quando (nel sogno) questa ricaduta riesce, al risveglio i sentimenti sono di vergogna, verso il terapeuta e verso il gruppo. Spesso si osservano fenomeni di polifonia onirica rappresentati da più soggetti che, contemporaneamente, portano in seduta gruppalì sogni con medesimi contenuti riguardanti il fumo. Solitamente, l'emersione nella dimensione onirica del fumare è buon indicatore di avanzamento nel processo di crescita. Il soggetto si permette di rappresentare il suo desiderio nel sogno proprio perché questo, benché ancora intenso, non è più vissuto come ingestibile. Il fatto che i sogni si manifestino con modalità polifonica testimonia della buona messa in fase, anche inconsua del gruppo, che così diviene un moltiplicatore di spinta al cambiamento.

III. Terza fase o fase della emancipazione dal fumo: è la fase finale della terapia, la fase in cui inizia una crescita interiore delle parti dipendenti del paziente. Ora si ravvisa una maggiore maturità complessiva verso il problema con il rientro della rabbia verso il terapeuta e il gruppo e la scomparsa delle ambivalenze verso il fumo. Il soggetto raggiunge la consapevolezza di avere forza e strumenti per sostenere la responsabilità di una scelta che porta con sé una quota di dolente rinuncia riscontrabile in portati quali: *"ora posso stare senza il fumo...cioè senza pensarci tutto il giorno. In certi momenti vorrei una sigaretta con tutto me stesso...ma poi penso che è meglio di no, ed inizio a far altro, per distrarmi da questa idea che credo mi seguirà a lungo"*.

Sono quindi osservabili variazioni nei contenuti ed anche agiti significativi quali:

Sentimenti depressivi: il tono dell'umore del paziente che prosegue nell'astinenza diviene, dopo i primi momenti di euforia, sempre più basso. In accordo anche con lo svezzamento da una sostanza psicostimolante quale la nicotina, emergono

aspetti depressivi che prima erano fronteggiati con l'apporto della sigaretta. I portati depressivi, legati alla rinuncia del piacere ed al lutto conseguente, risultano talvolta in convergenze comuni che rendono, cupa l'atmosfera gruppale.

Pure l'entrata in curva depressiva dell'umore del paziente è un indicatore positivo benché ciò non sia di facile gestione per il terapeuta. Infatti, ciò lo induce a porsi una serie di quesiti, di chiara origine controtransferale, quali: "starò agendo bene?", "riuscirò a gestire questo portato depressivo?", "questa persona rischia di stare peggio di prima... era meglio se continuava a fumare?". Solitamente, nelle sedute successive, i pazienti perdono la loro rabbia ed iniziano a relazionarsi con il gruppo e con il terapeuta in termini riparatori rispetto la fase precedente. Si registrano frasi quali "la scorsa settimana ero intrattabile... me la sono presa con tutti, specie con voi, ma non c'entravate veramente... era solo che mi mancava troppo la sigaretta".

In termini kleiniani, osserviamo che il paziente inizia a vivere maggiormente l'ambiguità delle sue pulsioni, sia positive che negative. Si avvia, in questa fase, il movimento psichico verso una posizione più matura, che attenua i fenomeni di rabbia e di insofferenza, ma al tempo stesso, inizialmente, fa aumentare la depressione e l'angoscia¹¹.

Quello che resta: un viatico alla conoscenza di sé: in questa fase i contenuti iniziano a spostarsi verso aspetti maggiormente profondi e complessi, il paziente inizia a riflettere su di sé senza il fumo. L'osservazione diviene più ampia e non si limita al mantenimento dell'astinenza ma apre a riflessioni che coinvolgono aspetti più estesi dell'esistenza. Attraverso lo smettere di fumare molti scoprono di essere più forti e capaci di quanto credevano. Ciò li porta a riconsiderare fatti e atteggiamenti passati, a veder il proprio Sé pregresso in modo diverso. Ad esempio è sovente, sempre in questa fase, sentirsi dire: "sto meglio e soprattutto sono contenta di me, averlo saputo prima che avrei potuto farcela, non avrei perso tutti questi anni ma, non mi sentivo capace di smettere, il solo pensiero mi spaventava... ero proprio debole!"

Il simulacro tabagico-l'autodimissione: in questa fase può emergere un agito estremamente significativo a livello simbolico: il paziente consegna al terapeuta, durante la seduta gruppale, un pacchetto di sigarette o il resto di una stecca che gelosamente aveva conservato in reconditi nascondigli casalinghi, contravvenendo a tutte le indicazioni date ad inizio del percorso di bonificare gli ambienti legati alla quotidianità dalle sigarette. Avere in casa questo residuo tabagico rassicurava il soggetto, e qui riemerge il portato di oggetto transazionale della sigaretta.

Solitamente, la consegna di questa sorta di simulacro tabagico avviene in concomitanza o in stretta precedenza alla richiesta, fatta dal paziente, di chiusura del trattamento. L'oggetto transazionale/sigaretta viene lasciato al gruppo e al terapeuta che, all'interno del mondo rappresentazionale del paziente possono essere visti come il contenitore affettivo che ha permesso questa crescita dalla sostanza. Qui il contenitore deve essere inteso non in termini passivi bensì, come definisce Bion¹² in termini di organizzatore attivo dell'esperienza.

Il processo di separazione e individuazione dalla sostanza è innescato, il paziente sente la necessità di provarsi in modo indipendente nella gestione della sua astinenza. Lo scioglimento dal gruppo avviene con un atto di scelta del soggetto e la scelta, di per sé, rimanda al concetto di autonomia proprio dei ruoli legati alla piena adultità.

CONCLUSIONI

In questo articolo si è tentato di analizzare e scomporre il portato affettivo dei partecipanti ai gruppi per la cessazione del fumo assumendo come riferimento lo schema teorico proposto dalla scuola inglese e dalla sua capostipite, Melanie Klein. Tra le persone frequentanti i gruppi di sostegno all'astinenza tenuti dal CIPCT si sono osservate tre fasi terapeutiche (fase del distacco, della rinuncia e della emancipazione dal fumo) che, evidenziano, in termini bioniani, il compimento mentale di una oscillazione PS↔D. In altri termini il paziente passa da una posizione mentale caratterizzata da angosce e meccanismi di difesa maturi ad una caratterizzata da angosce e meccanismi difensivi immaturi, primitivi. Al superamento dei momenti più difficili causati dall'astinenza dal fumo si osserva una ripresa della posizione matura da parte del soggetto che permette di elaborare contenuti di pensiero a sostegno dell'assetto astinzionale. La tempistica dei passaggi di posizione dipende dalle caratteristiche dell'operatore, del gruppo e, ovviamente, del paziente. Di media si osserva che un pieno svolgimento del processo di crescita con rientro nella fase depressiva prevede tempi più lunghi di quelli previsti dagli otto incontri unisettimanali con cui, inizialmente, avevamo fissato nel nostro centro per la cura del tabagismo la lunghezza temporale di intervento; ne deriva l'opportunità di prevedere tempi variabili nella durata del trattamento gruppale, legati alle capacità soggettive di compiere il processo di crescita dal fumo. ■

Disclosure: gli Autori non dichiarano alcun conflitto di interessi.

Bibliografia

1. Di Maria F., Lo Verso G. La psicodinamica dei gruppi. Raffaello Cortina Ed., Milano 1995.
2. Fiore M.C., Bailey W.C., Cohen S.J., et al. Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guideline. Rockville, M.D.: U.S. Department of health and human services. Public health service AHRQ Publications N.00-0032. June 2000.
3. Hunt W.H., Barnett L.W., Branch L.G. Cessation rates in addiction programs. *Journal of Clinical Psychology* 27 (4), Oct. 1971.
4. Wallerstein R.S. Forty-two lives in treatment: a study of psychoanalysis and psychotherapy. Guilford Press, New York, 1986.
5. Mahler M., Pine F., Bergman A. La nascita psicologica del bambino. Boringhieri Ed., Torino 1978.
6. Blos P. The second individuation process of adolescence. *Psychoanalytic Study of the Child*, 22, 163-86, 1967.
7. Klein M. Scritti 1921-1958. Boringhieri Ed., Torino 1978.
8. Bion R.W. Il cambiamento catastrofico. Loescher, Torino, 1981.
9. Poudat F.X. La dipendenza amorosa. Castelvecchi Ed., Roma 2006.
10. Winnicott D.W. Oggetti transazionali e fenomeni transazionali. In: Dalla pediatria alla psicoanalisi. Martinelli Ed. Firenze, 1975.
11. Kristeva J. Melanie Klein. La madre, la follia. Donzelli Ed., Roma 2006.
12. Bion R.W.: The seven servants. Jason Aronson, New York, 1977.