

Approccio psicodinamico al tossicodipendente

EMANUELE BIGNAMINI, ROBERTA BOMBINI

Summary – PSYCHODYNAMIC APPROACH TO THE DRUG ADDICT. Adlerian theory allows to approach substances abuse hardly, it overcomes abstractions and excessive simplifications. More specifically it underlines the importance of contribution of neurosciences and of social sciences and it includes them into a global vision of the problem. This brings the attention to the psychodynamics approach, which seems to have lost importance in the past years as a consequence of a loss of psychopathological understanding of substance dependence. It shows the different ways to assume substances (use, abuse, dependence, obsession), which brings out different clinical problems and fundamental elements of psychopathology of substance dependence: avidity, compulsive/impulsiveness, grief for something lost, regret for cohesive mode/heroic dimension, discontinuity of the self. Recognizing substances dependence as a specific pathology linked to a psychodynamics frame allows to find the basis for psychotherapy treatment, which is practically considered an essential element of the strategy of integrated treatment for drug addicts.

Keywords: PSYCHOPATHOLOGY, SUBSTANCES ABUSE, PSYCHOTHERAPY

I. Premessa

Nei punti che seguono si cercherà di sviluppare alcune considerazioni sulla necessità di far fare un passo ulteriore all'approccio psicodinamico alle tossicodipendenze, per riuscire a valorizzare l'irrinunciabile contributo che, secondo chi scrive, questo approccio dà alla comprensione e alla cura di questa patologia. Attualmente, le neuroscienze e la cura farmacologica da una parte e il paradigma cognitivo-comportamentale dall'altra, occupano quasi tutta la scena delle tossicodipendenze, mentre si afferma sempre di più l'idea che l'approccio psicodinamico sia interessante sul piano della astratta teoria, ma di fatto ben poco potente sul piano dell'intervento. Questa convinzione è condivisa, purtroppo, dagli stessi psicoterapeuti e se è vero che anche lo psicoterapeuta vive e lavora in una società (per una società) della quale fa parte, che lo ha formato e che lo fa vivere, possia-

mo capire che anche la ricerca psicodinamica possa avere condiviso, in questo senso, i pregiudizi che considerano il fenomeno della tossicomania “distante” (alieno, non comprensibile in sé) o segno che rinvia a qualcosa d’altro, e che portano a privilegiare quindi un approccio più astratto, o letterario, piuttosto che strettamente clinico e immerso nella comprensione dell’esperienza.

Del resto, è noto come i pazienti tossicodipendenti non diano particolari soddisfazioni allo psicoanalista nel *setting* abituale, fatto confermato dalla scarsità di studi e di lavori sulla psicoterapia psicodinamica della tossicodipendenza (mentre sono decisamente più numerosi quelli di scuola cognitivo-comportamentale, che consente di trattare il problema dall’esterno, in ordine ad un modello di “normalità” proposto da una committenza terza). Lo sfumare dell’approccio psicodinamico nella pratica clinica costituisce un impoverimento che riduce le possibilità d’elaborazione e di cura della condizione patologica. Questa affermazione va però sostenuta con un contributo concreto alla clinica delle dipendenze da sostanze; qui di seguito si propongono alcuni stimoli in questa direzione. Specifici aspetti propedeutici, tra cui la definizione concettuale di patologia da dipendenza, non potranno essere qui ripresi per questioni di spazio e di focalizzazione del discorso. Si rimanda per questi ai lavori originali [6, 7].

II. *Un problema di fondo*

Qualsiasi approccio psicodinamico alla tossicodipendenza tende a considerare una serie di eventi concatenati ricercando il senso o la causa della condizione in atto in qualcosa di accaduto “prima”: la genesi della tossicodipendenza è rintracciata in altri problemi, precedenti e sottostanti, che avrebbero significato strutturale, mentre essa è considerata generalmente un epifenomeno o addirittura semplicemente un sintomo o una forma espressiva del disturbo psicopatologico.

Questa impostazione rende difficile (da una prospettiva psicodinamica) la comprensione della tossicodipendenza come patologia: il “vero problema” sarebbe sempre da inseguire altrove e la tossicomania sarebbe solo una particolare forma di quel problema. Certamente questo può essere verificato in alcune circostanze, ma è altrettanto vero che in molte altre rimane una petizione di principio, difficile da riconoscere nel caso clinico, spesso indimostrabile e a volte fuorviante; si potrebbe applicare anche al caso della tossicodipendenza una critica che Kernberg [11] formula nei confronti della applicazione rigidamente astratta delle teorie psicologiche che, secondo l’Autore, riflette sul piano clinico la tendenza a sottovalutare l’importanza dei fattori ambientali e a sopravvalutare invece l’importanza della presunta intensità innata delle pulsioni, con il rischio che le interpretazioni possano indottrinare intellettualmente i pazienti.

Se quindi è vero che l'abuso di sostanze è solo un item per fare diagnosi (con il DSM-IV) di disturbo di personalità borderline, è altrettanto vero che la tossicodipendenza si configura come qualcosa di sostanzialmente diverso dalla semplice assunzione di sostanze.

III. *Linee di ricerca psicodinamiche*

Come esemplificazione del fatto che la tossicodipendenza è abitualmente affrontata "come se" fosse qualcosa d'altro (e senza la pretesa di riassumere o tanto meno di discutere in questa sede le posizioni degli Autori) si ricorda che per Rosenfeld la personalità del tossicodipendente è sovrapponibile a quella della sindrome maniaco-depressiva; Meltzer definisce come tossicomania un tipo di organizzazione narcisistica delle strutture infantili che indebolisce e può eliminare la parte adulta della personalità dal controllo del comportamento; Bowlby, elaborando la teoria generale dell'attaccamento, descrive la condizione di "iperdipendenza", che viene successivamente definita meglio come "attaccamento ansioso" o "immaturo"; Kohut inquadra la tossicomania nell'ambito dei disturbi narcisistici, per cui la droga è una sostituzione di una funzione che l'apparato psichico non può svolgere, non un sostituto di un oggetto d'amore o da cui essere amati. Bergeret sostiene che non esiste una struttura di personalità specifica del tossicomane e che non c'è una struttura psichica profonda che caratterizza i comportamenti di dipendenza, mentre qualunque tipo d'organizzazione mentale può dare loro origine e individua quindi tossicomani a struttura nevrotica, tossicomani con modalità di funzionamento mentale di tipo psicotico, tossicomani con un'organizzazione depressiva della personalità.

Olievenstein, allievo di Lacan, è forse l'unico che dedica una parte significativa della sua attività non solo di ricerca, ma anche di cura, ai tossicomani, e conduce osservazioni su circa 12.000 casi seguiti presso il Centro Medico Marmottan di Parigi. Anch'egli però, pur individuando uno specifico meccanismo psicologico per descrivere la genesi della dipendenza (la teoria della "fase dello specchio infranto", per la quale il rituale tossicomano trae origine dall'esperienza di una simultaneità del riconoscimento del Sé e della sua frattura ed è basato sulla ricerca ad ogni costo di provare di nuovo, tramite il farmaco, quella prima esperienza d'incontro riuscito con l'immagine del Sé solo intravista. La droga equivale allo sprofondarsi nell'arcaico, nel pregenitale, rimettendosi nella posizione del bambino piccolo e annullando la frattura), da un punto di vista fenomenologico e clinico, conferma le osservazioni di Glover per cui il tossicomane somiglia sempre "un poco" a qualcosa già conosciuto clinicamente (e cita elementi di psicoticità maniaco-depressiva o paranoie ed elementi di perversione, in particolare l'omosessualità).

IV. *La prospettiva adleriana*

Anche la prospettiva adleriana riconduce la tossicodipendenza agli schemi fondamentali della teoria; forse la centralità di altri interessi di ricerca e la relativa novità del problema sul piano clinico, ha relegato, anche nella ricerca di matrice individualpsicologica, la tossicodipendenza ad aree periferiche di attenzione, non favorendo un completo dispiegarsi della notevole potenzialità che la teoria adleriana può dimostrare proprio in quest'ambito.

IV. 1. *La genesi della tossicodipendenza.* Adler, per spiegare le dinamiche che stanno alla base delle tossicodipendenze, utilizza alcuni concetti fondamentali della Psicologia Individuale, quali: l'intelligenza privata, i falsi scopi, il pensiero antitetico, la finzione, così come vengono elaborati dal bambino viziato o trascurato e maltrattato. *L'intelligenza privata* (o "personale") è un meccanismo comune nei nevrotici, che ha come scopo quello di giustificare i pensieri e le azioni del soggetto e che è suscettibile di errori, proprio perché risponde a bisogni soggettivi. Infatti, il desiderio del soggetto di evadere dalle richieste della vita, di evitare di prendere decisioni, di scappare davanti alle proprie responsabilità, portano il soggetto stesso a crearsi un proprio mondo individuale all'interno del mondo collettivo. I *falsi scopi* (modalità comportamentali o di reazione tipiche, attivate dai bambini in situazioni di scoraggiamento, finalizzate al recupero di una certa sicurezza e quindi alla capacità di affermarsi per ritrovare una collocazione sociale. Dreikurs [10] evidenzia quattro falsi scopi che un bambino può mettere in atto per trovare una propria collocazione: attenzione indebita, lotta per il potere, vendetta, totale inadeguatezza) sono modalità psicologiche di rassicurazione disadattative, lesive per se stessi e per gli altri.

Il *pensiero antitetico*, dal punto di vista adleriano, è la percezione della realtà basata sugli opposti (alto/basso, maschile/femminile) e concorre a determinare lo stile di vita. Nel tossicodipendente si possono osservare quelle modalità dinamiche che lo spingono a passare da uno stato di inferiorità a una condizione di superiorità; infatti, egli combatte una specie di lotta contro la sostanza stessa, perseguendo una volontà di potenza che lo porta a pensare di poter gestire la droga in una sfida nella quale egli si percepisce come vincitore, mentre viene sconfitto. Le *finzioni patologiche* sono strumenti che permettono al tossicomane di costruirsi un mondo fittizio, sognante, di fuggire dalla realtà e di alleviare l'ansia che deriva dal caos in cui è immerso.

Adler [1] sostiene che il soggetto che fa uso di sostanze vuole cancellare il proprio sentimento di inferiorità; la sostanza viene usata per non dover affrontare i problemi che la realtà impone e assumerla dà una percezione fittizia del mondo, che però viene assunta "come se" fosse reale. Il benessere indotto dalle sostanze non permette all'individuo di capire e risolvere le sue problematiche, ma lo

induce all'abuso per poter rivivere le sensazioni piacevoli e riprodurre il mondo fittizio. Si instaura quindi, nel tossicodipendente, un sistema di finzioni atto a difendere il precario senso d'identità raggiunto, negandone gli aspetti problematici. Le relazioni infantili con le figure genitoriali hanno, sempre secondo la Scuola Adleriana, un ruolo molto importante nello sviluppo delle tossicodipendenze. Il *bambino viziato* sviluppa una dipendenza assoluta soprattutto con la madre, che non permette di procedere secondo un corretto processo di individuazione: «abituato alla costante presenza di una persona, ogni situazione che ne preveda l'assenza appare ora inaccettabile» (4, p. 477).

Il tossicodipendente sostituisce alla madre la sostanza stupefacente, sempre presente e capace di nutrire il soggetto. L'insicurezza profonda che lo caratterizza fa sì che percepisca la sua insufficienza di fronte alla realtà esterna e usi la droga come agente deresponsabilizzante. Egli, fuggendo dalla realtà, imputa all'ambiente ogni proprio fallimento e non sviluppa adeguatamente il sentimento sociale. Nel contesto sociale, non riuscirà più a trovare la dimensione viziente dell'infanzia e quindi vivrà un disagio nelle relazioni con il mondo e non sarà in grado di realizzare i compiti vitali autonomamente. Il *bambino trascurato o maltrattato* non ha avuto accanto a sé persone che si sono prese cura di lui e che hanno cercato di alleviare il primissimo sentimento di inferiorità fisiologico. Il bambino, in questo caso, non riesce a raggiungere un sufficiente grado di autonomia e ciò aggrava il suo sentimento d'inferiorità, trasformandolo in complesso d'inferiorità. Adler ha paragonato lo stile di vita del tossicomane con quello del melanconico, il quale utilizza la propria debolezza come un'arma per evitare le responsabilità, aspirando a «costringere l'altro alla propria volontà e a conservare il prestigio, mediante l'anticipazione della rovina» (2, p. 217). La droga favorisce l'illusione di significatività: i drogati hanno mete troppo elevate che non possono essere raggiunte; ciò produce frustrazione e l'uso della sostanza per alleviarla, permettendo loro di illudersi, rifugiandosi nel mondo della fantasia.

IV. 2. *Lo stile di vita tossicomane*. La Psicologia Individuale ha cercato di descrivere lo stile di vita tossicomane, analizzando sia la psicogenesi sia la finalità delle scelte dell'individuo. «Secondo Adler, la ricerca del piacere è all'origine del comportamento che porta alla dipendenza» (3, p. 58). Adler ritiene che i meccanismi che stanno alla base della dipendenza siano gli stessi delle nevrosi, delle difficoltà educative e delle perversioni. Infatti egli pone sullo stesso piano i soggetti che abusano di sostanze, i nevrotici e i criminali e considera la tossicodipendenza come un sintomo nevrotico causato da un mancato adattamento alla vita, che si manifesta, fin dall'infanzia, con comportamenti quali scoraggiamento, vigliaccheria, inadeguatezza, tutti dovuti a uno scarso sviluppo di sentimento sociale.

Tutto ciò può portare l'individuo ad isolarsi per superare il sentimento di inferiorità, usando una sostanza per non dover affrontare i problemi che la realtà gli

impone. Infatti, uno dei fini dell'uso di sostanze è quello di evitare di prendere decisioni, di non dare risposte alle domande che la vita impone. Il temperamento dei tossicomani, come osserva Parenti [16], presenta alcuni aspetti comuni. Tra questi troviamo la *tendenza a mentire e il diritto a ricevere*. La tendenza a mentire, l'iperdifesa, l'arroganza, contraddistinguono tutto lo stile di vita del tossicomane dando un'immagine di sé del tutto negativa e una diffidenza verso il mondo esterno che viene rappresentato come ostile. Il drogato nasconde la sua dipendenza e ciò scaturisce dall'ambivalenza fra la scelta tossicomane e il timore di punizioni.

L'altra caratteristica evidente del temperamento del tossicomane è la convinzione del diritto a ricevere. «Già in partenza il tossicomane è spesso un individuo debole, emotivamente a livello infantile, con la sindrome caratteriale del bambino viziato. La dipendenza da sostanze tossiche lo fa ulteriormente regredire e lo conduce ad elaborare un tipo di richiesta analoga al “pianto cattivo”, con cui nell'infanzia si esige l'osservanza di una promessa non mantenuta. Inoltre il drogato vive la sua scelta o come una finzione eroica o come una protesta scettica verso un mondo ostile. La tenuta di questo artificio gli impone la recitazione di una superiorità emarginata e un disprezzo per i “cosiddetti normali”, nei confronti dei quali egli deve avanzare le sue esigenze con arroganza e non può manifestare gratitudine quando sono appagate, per non far crollare tutto il suo edificio compensatorio» (16, p. 88).

Il tossicodipendente è consapevole di commettere un crimine e per giustificarlo deve colpevolizzare ulteriormente la società. Egli ha una mentalità dissociale che lo rende sospettoso e sempre attento. I reati che commette per procurarsi le sostanze tossiche sono vissuti come la conseguenza di una mancata concessione e della frustrazione di un diritto. Inoltre Adler ha evidenziato come l'irritabilità, la rabbia, l'aggressività, l'impazienza, la spacconeria, l'ambizione, la disobbedienza e la tendenza criminale, siano presenti nella personalità tossicomane e come siano espressione di un'aspirazione alla superiorità derivante da una compensazione verso un sentimento d'inferiorità. Si può quindi dire che il tossicomane è un «tipo attivo, ma non ha abbastanza sentimento sociale» (4, p.179).

Adler inserisce i tossicomani nella categoria del tipo “che domina”, collerico: «individui il cui approccio alla realtà mostra dall'infanzia e per tutta la vita, un atteggiamento dominante e “soggiogante” [...]. A questo tipo appartengono anche i suicidi e i tossicomani» (4, pp. 178-179). Infine, la droga può anche essere una forma di giustificazione di fronte al fallimento delle proprie azioni. Adler paragona la tossicodipendenza allo stato di un nevrotico che si rifugia in manicomio per evitare le responsabilità: «il suo orgoglio tremante lo sedusse a rifugiarsi nella malattia che lo salvava, come in altri casi si cerca un narcotico, per esempio nell'alcolismo o nel morfinismo» (2, p. 180).

V. *Dubbi e domande*

Di fatto, per chi ha a che fare con numerosi tossicodipendenti tutti i giorni, molto diversi tra loro per condizione socioculturale, storia personale, famiglia d'origine, pattern d'uso di sostanze, molte domande rimangono ancora aperte: nel momento in cui si è fissata una tossicodipendenza, tutti questi soggetti così diversi hanno qualcosa in comune? Che cosa? Le osservazioni e le descrizioni sopra riportate si adattano ad alcuni casi, ma non rendono ragione in modo soddisfacente delle variazioni presenti nei soggetti accomunati dalla tossicodipendenza. L'omogeneità che sembra essere suggerita dalle discussioni teoriche s'infrange e si disperde nella frammentazione dei casi clinici, così diversi tra loro e dalla teoria, sospingendo nuovamente lo psicoterapeuta alla ricerca di terreni apparentemente più solidi (qualcosa d'altro, che non la tossicomania). Ma è così vero che tra tutte le situazioni, così diverse, che capitano all'osservazione del clinico non si possa trovare qualcosa di comune e di specifico, qualcosa che non sia "altro" e che individui adeguatamente la condizione patologica?

VI. *Addiction personality e preference*

La convinzione che dovesse sussistere in ogni caso una sequenza tra un prima e un dopo, tra accadimenti o condizioni psicopatologiche predisponenti allo sviluppo successivo della tossicomania ha sostenuto numerose ricerche tese a "scoprire" una eventuale personalità premorbosa tipica del tossicodipendente (una *addiction personality*), cioè caratteristiche costanti, coerenti, pregnanti e predittive rintracciabili nella personalità (o nello sviluppo psicoaffettivo) di soggetti che poi diventeranno tossicodipendenti. Dispiace riconoscere che tante fatiche non hanno dato frutto e che, ad oggi, non sia possibile descrivere una "personalità premorbosa specifica" del tossicodipendente.

Anche l'ultima versione della tipologia delle "dipendenze patologiche" (modernizzazione impropria del termine "tossicodipendenze" [6, 7]) elaborata da Cancrini [8], anche se apparentemente più raffinata, non esce dal *loop* concettuale: il discorso psicopatologico non può che riguardare ciò che è "precedente" o "sottostante" la tossicodipendenza. Ciò che interviene nel rapporto con la sostanza e ciò che è determinato dall'effetto della sostanza, anche sul piano psicologico, non interessa perché viene riduttivamente visto come un riduzionismo farmacologico. Del resto, le stesse tipologie di Cancrini, che comprendono nella revisione attuale la dipendenza reattiva o da disturbo dell'adattamento, la dipendenza di area nevrotica, le dipendenze che si instaurano su precedenti disturbi di personalità (borderline, istrionico, dipendente, schizoide, schizotipico ed evitan-

te, narcisistico, antisociale), paiono descrivere più l'universo della psicopatologia che il sottoinsieme della patologia da dipendenza.

Curiosa è anche la nota con cui Cancrini riconosce che alcune dipendenze traumatiche possono insorgere in persone che presentano un quadro di personalità sostanzialmente normale. L'osservazione però, invece di stimolare la riflessione, viene liquidata con la considerazione che riguarda solo un piccolo numero di dipendenze. Ammesso che il "piccolo numero" corrisponda alla realtà e che non sia un errore di campionamento, il dato pare comunque interessante: non solo la tossicodipendenza può insorgere in ogni possibile condizione patologica precedente, ma addirittura anche in chi non ha alcuna situazione psicopatologica preconstituita ed è invece sostanzialmente sano e diventa tossicodipendente in seguito ad un "trauma". Le domande che rimangono aperte sono dunque "la tossicodipendenza che insorge in così diverse personalità, che cosa è allora? Che cosa si fissa nella risposta disadattativa, ad esempio di un soggetto sano?" e "che cosa dobbiamo trattare sul piano psicoterapeutico in un soggetto sano in cui si sia strutturata la tossicodipendenza?".

La ricerca di risposte a queste domande porta necessariamente ad occuparsi della psicopatologia della dipendenza e non consente più il rifugio in giochi esplicativi che in realtà non aiutano a capire. A fianco e in dialogo con queste ricerche sulla personalità premorbosa, molte altre energie ancora sono state spese per cercare di correlare eventuali aspetti psicopatologici pre-tossicomani con la preferenza per una particolare sostanza piuttosto che un'altra. Queste ricerche erano sostenute anche da un'osservazione un po' generica, ma apparentemente indiscutibile, di una certa "fedeltà" del soggetto alla sostanza cosiddetta primaria; osservazione che veniva assunta come dato clinico da studiare (il problema della *preference*), escludendo però sia osservazioni di tipo socioculturale ed economico, sia considerazioni di tipo più strettamente psicobiologico, quali quelle relative all'imprinting. I depressi assumerebbero l'eroina per attenuare l'angoscia, i maniacali la cocaina per sostenere l'euforia, gli psicotici gli psicodislettici, sia per entrare in un mondo allucinato consono al loro stato mentale, sia in modo difensivo per giustificare la loro dissociazione [5]: queste, schematicamente, alcune ipotesi, finora non sufficientemente dimostrate.

La teoria della preferenza per una specifica sostanza, oggi, viene messa a confronto con i nuovi stili di consumo, caratterizzati da un'ampia gamma di sostanze interscambiabili da parte del consumatore o scelte in relazione allo stato psichico voluto, così come deve tenere conto delle politiche di marketing e di vendita di alcune sostanze (in questo periodo, ad esempio, la politica dei prezzi per lo sviluppo dell'uso della cocaina): il legame tra struttura di personalità o disturbo psicopatologico e tipo di sostanza ne risulta di molto allentato o quanto meno relativizzato da altri fattori apparentemente più cogenti.

VII. *La teoria dell'autocura*

Nonostante gli esiti negativi delle ricerche sulla *addiction personality* e sulla *preference*, si è ampiamente affermata in ambito psicodinamico quella che Khantzian [12], ha elaborato come “teoria dell’autocura”, arricchita successivamente da alcune varianti (teoria dell’ipersensibilizzazione e teoria dell’alleviamento della disforia [15]). Questa teoria, apparentemente molto esplicativa e certamente, in specifici casi, del tutto sostenibile sul piano idiografico, è diventata lo schema interpretativo preferito da chiunque voglia prendere le distanze da un atteggiamento giudicante e moralistico verso la tossicodipendenza, assumendone invece una visione comprensiva. In effetti, l’idea che le sostanze abbiano un ruolo adattativo (almeno sul breve periodo), compensando i deficit dell’organizzazione difensiva del tossicomane, appare molto suggestiva e quasi “autoesplicativa”. La natura intuitiva della teoria ne ha favorito la diffusione anche tra i non professionisti, diventando una generalizzazione buona per tutte le circostanze. Nonostante la sua universale diffusione, la teoria dell’autocura non è stata validata [9, 13, 14], anzi ne è stato messo in discussione il significato (sul lungo periodo, prevalgono gli aspetti disadattativi dell’uso di sostanze). Questa teoria, inoltre, non modifica il consueto approccio: l’assunzione di sostanze rimanda a qualcosa di “altro” e di “precedente”, mettendo in primo piano i disturbi psicopatologici preesistenti e sullo sfondo la tossicodipendenza, ancora una volta considerata solo epifenomeno, per quanto con valenza di meccanismo di compensazione o di riparazione.

VIII. *Potenzialità innovative dell’approccio individualpsicologico*

Tenendo conto di quanto sopra, secondo chi scrive, la teoria individualpsicologica potrebbe consentire un approccio psicodinamico al problema della tossicodipendenza originale, più fecondo e compatibile con gli sviluppi delle conoscenze sulla tossicodipendenza. È necessario però poter riconoscere alla tossicodipendenza la dignità di vera e propria condizione patologica, cosa che non esclude che un’assunzione di sostanze psicotrope possa avere la valenza di sintomo, ma afferma che quando si parla di tossicodipendenza ci si riferisce ad un’entità nosologica autonoma, con una propria patogenesi, una propria fisiopatologia e una propria psicopatologia [6, 7]. Ciò che rende particolarmente pregnante la teoria adleriana nel campo delle tossicodipendenze è la possibilità di valorizzare concetti come quello di meopraxia d’organo, di unità biopsicologica dell’individuo, d’interazione individuo-ambiente, che consentono di dialogare con le recenti acquisizioni delle neuroscienze. «L’inferiorità è un concetto relativo alle richieste dell’ambiente e alla situazione in generale. [...] L’interazione di forze diverse, presenta vari aspetti: [...] tra organismo e ambiente fisico, tra organismo e ambiente sociale, tra i diversi organi separati e tutti gli altri organi e infine tra corpo e mente» (4, p. 7).

Adler elaborò la sua teoria dell'inferiorità d'organo basandosi sull'interazione corpo-mente; l'inferiorità a cui si riferisce «riguarda un organo con uno sviluppo ritardato o con un'alterazione parziale o completa della sua crescita. Le inferiorità possono riguardare gli organi di senso, il sistema digerente, il sistema respiratorio, il sistema genito-urinario, il sistema circolatorio e il sistema nervoso. [...] Il destino degli organi inferiori è assai variabile e il loro sviluppo, unitamente agli stimoli ambientali, spinge al superamento di tale inferiorità [attraverso] la compensazione dell'organo, la compensazione attraverso un altro organo, la compensazione attraverso l'organo psichico, la supercompensazione organica o psicologica. [...] Un modo in cui l'inferiorità si manifesta è attraverso la localizzazione di una malattia in un organo specifico, e ciò accade quando l'organo inferiore reagisce agli stimoli patogeni provenienti dall'ambiente. [...] Queste ultime [le richieste esterne] hanno una durata limitata e sono determinate da un particolare ambiente, per cui le loro modificazioni esprimono sia un progresso culturale, sia cambiamenti nel modo di vivere o miglioramenti sociali. Essi sono il prodotto della mente umana e con l'andare del tempo tendono a impedire che gli organi siano sottoposti a tensione eccessiva. Le richieste esterne sono correlate alla loro potenzialità di sviluppo e quando superano una certa soglia agiscono sull'organo inferiore» (4, pp. 9-10).

Se al concetto di organo si affianca quello più moderno di “sistema” (ad esempio, sistema neuroendocrino) o di “patrimonio” (ad esempio, patrimonio genetico) si coglie immediatamente l'attualità dell'intuizione adleriana. Fondamentale è poi la visione dell'uomo come unità globale inserita in una rete di rapporti. «Adler non si limitò a inquadrare un organo psichico unitario, matrice sia delle attività coscienti che di quelle inconscie, ma intuì nell'uomo una più vasta e articolata unità psico-fisica, avvertendo una complessa rete di scambi e condizionamenti reciproci, capaci di avvincere l'una all'altro la psiche e il soma» (16, p. 47).

La teoria adleriana considera l'uomo come un'unità somatica-psichica-sociale inscindibile e su ciò si basa il “modello di rete”. Infatti, come afferma Rovera [17], l'individuo considerato nella sua unità e totalità, è posto in una rete di relazioni interpersonali e sociali, fondando il senso della propria vita (unico e irripetibile) nel substrato delle reti psicologica e biologica. La tossicodipendenza, infatti, mette in difficoltà ogni paradigma (biologico, psicologico, socio-culturale) preso da solo: la radicalità dell'esperienza tossicomana (vedi oltre) mette in evidenza il significato di finzione operativa di ogni approccio, utile pragmaticamente per poter avvicinare la realtà, ma necessariamente parziale. La Scuola Adleriana è in grado di evitare il rischio di trasformare le proprie ipotesi in finzioni rafforzate, che postulano di poter realizzare non solo una semplificazione operativa del reale, ma una trasformazione della realtà in qualcosa di “veramente” semplice.

IX. Il cortocircuito biopsicologico

La tossicodipendenza non può, quindi, essere considerata come qualcosa che sta dentro l'individuo, un fatto del tutto intrapsichico; ma neppure solo un effetto farmacologico di sostanze particolari o il risultato di un determinato ambiente socioculturale. La tossicodipendenza è in grado di "saltare" come un corto circuito, le strutture biologiche e psicologiche più evolute dell'individuo, ricollegandosi a strutture primarie e primitive, radicali: sul piano biologico, l'aumento di dopamina nella *shell* del nucleo *accumbens* e il coinvolgimento dei circuiti ipotalamo-frontali (*reinforcement* e *reward*) fissa l'esperienza degli effetti delle sostanze (le "top five": cocaina, eroina, alcol, cannabinoidi, nicotina) trasformandoli in abitudine e in motivazione alla ripetizione; sul piano psicologico, gli effetti delle sostanze, caldi e nutrienti o esaltanti e trasfiguranti, riescono a sostituirsi ad oggetti più simbolici e mentalizzati; sul piano cognitivo ed emotivo, il ciclo desiderio/rifiuto (o vuoto e urgenza/sazietà e nausea) svuota di senso ogni altra esperienza di vita.

Questi aspetti, che costituiscono la psicofisiopatologia della tossicodipendenza, sono a loro volta modulati dalla capacità di risposta dell'individuo alle sostanze (determinata geneticamente, oltre che psicologicamente). Potremmo dire, su questa base, che la tossicodipendenza scaturisce dalla "reazione" tra una sostanza e un "recipiente attivo", dalla relazione che si stabilisce tra soggetto e oggetto. Del resto, pensando al termine "dipendenza", che si riferisce proprio ad una modalità relazionale, questa osservazione sembra tautologica.

X. Modalità di relazione con la sostanza

Se si accetta che la tossicodipendenza non sia dovuta esclusivamente alla potenza farmacologica della sostanza e dei suoi meccanismi di azione, e peraltro non sia neppure un "prodotto" della psiche che sceglie una modalità di espressione o di compensazione tra le tante, ma che sia invece una patologia della/nella relazione tra soggetto e sostanza, si deve anche riconoscere che esistono importanti diversità nell'universo di chi assume droghe: il rapporto soggetto-sostanza non è unico e identico per tutti e bisogna riconoscere che, anche considerando la medesima sostanza e soggetti con uguali condizioni psicopatologiche, è possibile distinguere almeno quattro pattern di relazione: uso, abuso, dipendenza e mania.

L'uso (cioè un'assunzione di sostanza che non comporta problemi di nessun tipo) di sostanze potenzialmente tossicomaniogene è certamente possibile: nella nostra cultura questo è evidente per l'alcol dove, a fianco di moltissimi alcolisti, esistono consumatori che mai, in vita loro, manifestano problematiche alcolcorrelate, anche quando possono essere presenti disturbi dell'umore o di personalità.

L'assunzione di sostanza che causa problemi non di per sé, ma esclusivamente in relazione al contesto in cui avviene, è un abuso (cfr. DSM-IV); il contesto può essere di tipo normativo (divieti per Legge), di tipo sanitario (protezione da rischi), di tipo relazionale (conflittualità). La dipendenza è la necessità di assumere la sostanza per compensare un'alterazione dell'omeostasi (biopsicologica) dell'individuo indotta dalla sostanza stessa, che ne compromette la funzionalità (cognitiva, emotiva, fisiologica). Nella dipendenza, l'assunzione di sostanza restituisce al soggetto in astinenza una condizione di apparente equilibrio che mima la "normalità".

La distinzione tra dipendenza fisica e dipendenza psichica è superata e fuorviante: i sistemi interessati dal meccanismo della dipendenza rappresentano l'anello di congiunzione tra cervello e mente, tra biologico e psicologico, tra soma e psiche e non si dà l'uno senza l'altro. Non si considera dipendenza la necessità di assumere sostanza (ad esempio, un farmaco qualsiasi) se la sostanza non corregge uno stato di squilibrio da essa stessa determinato (non sono dipendenze quelle da terapie sostitutive ormonali, ma neanche quelle da oppiacei per la terapia del dolore, ad esempio, neoplastico e per due motivi: 1) il dolore neoplastico non è stato indotto dalla cessazione dell'assunzione della sostanza; 2) tolleranza e astinenza, eventualmente indotte dagli oppiacei, non bastano a fare diagnosi di dipendenza: per il DSM ci vogliono almeno tre criteri, e il terzo è di tipo comportamentale; se non si innesca un meccanismo "affettivo" nella relazione tra soggetto e sostanza, i semplici meccanismi biologici di assuefazione non caratterizzano una tossicodipendenza).

La mania è un'assunzione di sostanza dominata dalla impulsività, dall'*escalation* dell'avidità, dalla coartazione della coscienza anche durante e dopo l'assunzione; la sostanza non riporta ri-equilibrio e compenso come nella dipendenza, e non consente una ripresa apparentemente normale delle funzioni cognitive, emotive, biologiche, ma anzi amplifica sempre di più lo squilibrio dell'individuo.

XI. *La trasformazione tossicomantica*

L'incontro con la sostanza tossicomantica è radicalmente trasformativo: il soggetto fa un'esperienza che lo cambia in profondità, in quanto, come detto sopra, coinvolge le dimensioni biologiche e psicologiche più profonde. Questo cambiamento diventa un'esperienza di riferimento per il soggetto e non è più cancellabile dalla sua memoria; ogni altra esperienza verrà confrontata con quella e, senza una adeguata elaborazione, ne uscirà perdente. Cos'altro può dare simili gratificazioni, un simile piacere, un simile desiderio? E perché ci si dovrebbe rinunciare? Il premio è talmente grande, o la tensione del desiderio talmente insopportabile, che la stessa vita sembra niente, pur di ottenerlo o di liberarsene.

Anche quando tutto sembra rovinato dalla droga, l'abitudine è talmente radicata da non poter essere scambiata con altro. Per di più, le modalità di vita del tossicomane sono fortemente stressanti, emozionanti, ed esercitano un efficace effetto di compenso alla depressione disperante che incombe, sostenendo difese di tipo maniacale. Se sopra abbiamo sostenuto che non è possibile riconoscere una personalità premorbosa tipica del tossicodipendente, vogliamo ora affermare che questa "trasformazione" operata dall'esperienza della sostanza fa convergere le modalità di funzionamento di soggetti, in origine molto diversi tra loro, verso alcune caratteristiche che potremmo definire come "personalità post-morbosa" del tossicodipendente. Infatti, i soggetti tossicodipendenti, pur diversissimi tra loro e anche se in forme e in dimensioni diverse, condividono questi aspetti:

1. *avidità*: la pulsione orale divoratrice, il bisogno di introdurre in sé, di ingoiare, il tutto e subito, il trionfo maniacale dell'annientamento di ogni ostacolo (meccanismo che funziona anche nei confronti del programma di cura, che si vuole rapido e indolore);
2. *compulsività/impulsività*: l'insorgere del desiderio, subdolo o tumultuoso, che sfuoca ogni altro oggetto, che cambia il valore alle cose, il modo di pensare, cui segue la scarica motoria del passaggio all'atto e il *down* successivo, determinando una discontinuità emotiva e cognitiva traumatica e destabilizzante;
3. *lutto per l'oggetto perduto*: l'oggetto-droga lascia un vuoto profondo nella vita del paziente, vuoto difficilmente colmabile da altri oggetti, meno totalizzanti e gratificanti. Il paziente vive un disorientamento esistenziale, nel quale il sentimento prevalente è la nostalgia per ciò che si è lasciato e non si può sostituire. Inoltre, siccome il lutto è metaforico e dipende da una rinuncia affidata alla sua scelta, che è sempre reversibile, il pensiero e l'umore del paziente oscillano tra il desiderio di cedere e il desiderio di astenersi;
4. *rimpianto per dimensione fusionale-eroica*: l'alto livello emozionale connesso allo stile di vita tossicomane sostiene vissuti eroici, grandiosi, pur nella tragicità, che offrono un senso di pienezza appagante, anche se fittizio. Il coinvolgimento di strutture biologiche e psicologiche profonde e arcaiche, connesse al piacere, sostiene la sensazione di vivere una esperienza totalizzante, che altera i confini e le forme delle parti di sé e degli oggetti esterni e offre una percezione esaltante di pseudounità (fusione). La rinuncia nei confronti della droga non cancella il ricordo, la memoria dell'esperienza, che subisce, nel tempo, una trasformazione che cancella gli aspetti negativi, che motivano al cambiamento, e trattiene quelli positivi, che amplificano il rischio di ricadute. La vita senza droga offre spesso panorami spenti e grigi, depressivi, nei quali non vi è traccia di grandiosità: il processo di adattamento ad una vita "normale" non procede spontaneo e lineare.
5. *discontinuità del Sé*: il soggetto si vive, in relazione al suo rapporto con le sostanze, prima della tossicodipendenza, durante la tossicodipendenza, dopo la cessazione dell'assunzione di sostanze, come "interrotto". Nella fase di separazione dalla sostanza, cerca di ricongiungersi al suo ricordo di come era

prima della tossicodipendenza, tentando di eliminare, oltre alla sostanza, anche il periodo di vita ad essa connesso come se fosse una “non vita”, un tempo “fermo” e sradicato, durante il quale non era veramente se stesso. Il tentativo di cucire il presente direttamente al prima, saltando il “mentre”, forma una piega, come quando si cuciono insieme parti lontane di un tessuto, nella storia personale nella quale rimangono nascoste, come in una tasca, parti di sé. La gestione di questa operazione di nascondimento richiede in realtà molte energie e restituisce al soggetto la sensazione di non avere la capacità di ricongiungere le diverse parti della storia personale in un *continuum* di senso. Anche quest’aspetto sostiene la particolare depressione da cessazione dell’assunzione di sostanze e alimenta il malessere che può spingere alla ricaduta, illusorio appianamento del tessuto attraverso l’eliminazione del “dopo”.

Questi aspetti individuano la psicopatologia specifica dei tossicodipendenti, che li condividono a prescindere dalla loro personalità premorbosa, dalla storia personale, dalle condizioni socioeconomicoculturali, dal patrimonio genetico, dal tipo di sostanza assunta. Ovviamente, tutti questi fattori modulano i diversi *items* nella loro espressione qualitativa e quantitativa, rendendo unica e irripetibile la persona e offrendo anche la possibilità di organizzare dei *cluster*; ad esempio, i consumatori di crack hanno alcune caratteristiche prevalenti diverse dagli alcolisti e comuni tra di loro, ma non ne inficiano il significato.

XII. *Necessità di chiarezza diagnostica*

Queste caratteristiche consentono di fare una diagnosi di patologia da dipendenza attraverso la valutazione psicopatologica anche in assenza di una assunzione in atto di sostanze e anche se non coesistono comportamenti antisociali che, in questa prospettiva, assumono il valore di fattori complicanti, che aggravano il quadro clinico, ma non lo definiscono. Gli aspetti sociologici sono spesso associati alla tossicodipendenza in modo stereotipato: comportamenti devianti e criminali, amorali, trascuratezza per la propria salute etc. hanno a volte un ruolo confondente, spingendo lo psicoterapeuta a considerare sostanzialmente diverse le problematiche del paziente benestante e colto, in cui si tende a riconoscere una psicogenesi significativa e la necessità di una psicoterapia, da quelle del paziente deprivato, per il quale si privilegiano letture socioculturali e interventi rieducativi.

Se le differenze di intervento sono certamente segno della competenza del terapeuta (e della disponibilità di servizi), non bisogna tuttavia dimenticare che il nucleo biopsicopatologico è comune e che la risposta terapeutica al problema del paziente deve certamente essere modulata in relazione alle risorse del paziente, ma è una risposta alle stesse identiche domande fondamentali. Il problema è fare un corretto inquadramento diagnostico, più che categorie sociologiche.

XIII. *Il problema della cura*

Non si vuole, in questa sede, approfondire il discorso psicoterapeutico, per il quale si rimanda ad un prossimo intervento. Tuttavia appare opportuno sottolineare che un approccio al problema quale quello sopra proposto, che è stato elaborato nella attività clinica svolta sia in ambito privato, sia in ambito pubblico in un Servizio metropolitano, riporta in primo piano l'importanza dell'approccio psicodinamico nella cura della tossicodipendenza, certo in una gestione multidisciplinare del paziente. Il rapporto psicoterapeutico può offrire, attraverso una relazione significativa, una possibilità di scambio al paziente.

Non sono le punizioni che sostengono la motivazione al cambiamento, quando *reward* e *reinforcing* sono così potenti; al massimo possono favorire il mimetismo dei comportamenti. Non è sul piano operativo che si può offrire uno stile di vita interessante: non è con una borsa lavoro da 400,00 € al mese e con lo stile di vita che tale cifra consente che si motivano persone abituate a ben altre emozioni. È sul piano del confronto sulle scelte di vita, sul senso dell'esistere che l'incontro psicoterapeutico offre al paziente (e al terapeuta) possibilità di nutrimento e di sollievo, di scambio di oggetti, di *resetting* delle strategie di gratificazione, di rifinalizzazione del progetto di vita, opportunità di riconoscere dimensioni autentiche che permettono di ridimensionare la rinuncia a un livello sostenibile e di elaborare il ricordo in qualcosa di appartenente alla propria storia passata (ovviamente, senza mai dimenticare che il percorso psicoterapeutico è parallelo a, e incide su, il processo di reversione del *brain reward system*).

XIV. *Conclusioni*

Quanto sopra vuole essere uno stimolo a riflettere sulla tossicodipendenza in modo più "penetrante", con lo scopo di riaffermare l'importanza dell'approccio olistico alla comprensione del problema e della psicoterapia psicodinamica nel trattamento di questa patologia. È un primo approccio (anche se giunge dopo anni di interrogativi) che deve essere sviluppato, ma che vuole proporre una riflessione sulla tossicodipendenza fatta non dall'esterno, con il rimando ad altro, ma da una posizione di vicinanza, che consenta il riconoscimento della "luce" che questa patologia proietta sull'esistenza umana.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Astrolabio, Roma 1971.
2. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *La Psicologia Individuale. Prassi e teoria della Psicologia Individuale*, Astrolabio, Roma 1967.
3. ANGLÉSIO, A., FULCHERI, G., SANFILIPPO, B. (2000), Le dipendenze patologiche: la prospettiva adleriana, *Riv. Psicol. Indiv.*, 48: 55-74.
4. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
5. BERGERET, J. (1982), *Toxicomanie et personnalité*, Presse Universitaires de France, Parigi.
6. BIGNAMINI, E., CORTESE, M., GARAU, S., SANSEBASTIANO, S. (2002), *Dipendenza da sostanze e patologia psichiatrica*, Editeam, Bologna.
7. BIGNAMINI, E., BOMBINI, R. (2003), Considerazioni sul pensiero e sul linguaggio delle "tossicodipendenze", *Medicina delle Tossicodipendenze*, anno XI n. 38.
8. CANCRINI, L. (2003), *Schiavo delle mie brame*, Frassinelli, Milano.
9. CASTANEDA, R. (1994), Empirical Assessment of the Self-Medication Hypothesis Among Dually Diagnosed Inpatients, *Comprehensive Psychiatry*, 3: 35.
10. DREIKURS, R. (1969), *Children: The Challenge*, tr. it. *I bambini una sfida*, Ferro, Milano.
11. KERNBERG, O. (1980), *Internal World and External Reality*, tr. it. *Mondo Interno e realtà esterna*, Boringhieri, Torino 1982.
12. KHANTZIAN, E. J. (1985), The Self-Medication Hypothesis of Addictive Disorders: Focus on Heroine and Cocaine Dependence, *American Journal of Psychiatry*, 142.
13. KOSTEN, T. R. (1997), Substance Abuse and Schizophrenia: Editors' Introduction, *Schizophrenia Bulletin*, 23.
14. MAREMMANI, I. (1997), Comorbilità psichiatrica nella dipendenza da eroina, *Giornale Italiano di Psicopatologia*.
15. MUESER, K. T. (1998), Dual Diagnosis: a Review of Etiological Theories, *Addictive Behavior*, 3, 23.
16. PARENTI, F. (1983), *La Psicologia Individuale dopo Adler*, Astrolabio, Roma.
17. ROVERA, G. G. ET ALII (1984), Il modello di rete in psichiatria. Considerazioni preliminari, *Rass. Ipn. Min. Med.*, 75: 1-9.

Emanuele Bignamini
Via Filadelfia, 237/8
I-10100 Torino

Roberta Bombini
Corso Alessandro Tassoni, 66
I-10144 Torino