

## **Le dipendenze patologiche: la prospettiva adleriana**

ALBERTO ANGLÉSIO, GUIDO FULCHERI, BIAGIO SANFILIPPO

*Summary* – THE PATHOLOGICAL DEPENDENCES: THE ADLERIAN VIEW. Drug addiction is a problem that has become more and more great in the last years. Adler's works were avant-garde in this field as in many others. The authors introduce a review of the contribution that Adler at first, Dreikurs and many Adler's followers later gave to the matter. The problem of the abuse of drugs analyzed in the light of the Adlerian theory that appears essential to understand the dynamics of the problem and of its consequences. Some original theoretical contributions about the use of the single substances.

*Keywords:* DRUG ADDICTION, PAMPERED CHILD, ABUSED CHILD

### *I. Premessa*

La Psicologia Individuale si è occupata del problema della dipendenza sin dalle sue origini, interpretando questo fenomeno in chiave finalistica, senza trascurare la ricerca delle cause. Nell'opera di Adler si trovano sin dal 1931 chiari riferimenti al problema della dipendenza da sostanze [24]. Ancora più dettagliata si presenta la posizione di Dreikurs [11] che ha pubblicato nel 1932 un articolo dedicato alla dipendenza da sostanze e al suo trattamento. I contenuti degli scritti dei fondatori dell'Individualpsicologia rimangono attuali e assumono un maggior valore in quanto collocati in un'epoca in cui il fenomeno della dipendenza aveva una dimensione diversa e più contenuta rispetto a oggi.

La letteratura recente inquadra la dipendenza dalle sostanze come parte di un universo più ampio: quello della dipendenza stessa. Dipendere significa "non poter stare senza". Anche se si possono osservare molte diverse dipendenze a seconda dell'oggetto da cui si dipende, l'interpretazione del fenomeno è comune e si fonda sull'osservazione di quello che sta alla base del bisogno di dipendere. Alcune strade della dipendenza non sono "tossiche" come nel caso della dipendenza sentimentale, altre sono più "pesanti" anche dal punto di vista fisi-

co come nella bulimia, altre infine sono decisamente “tossiche” e talora anche “letali” come nel caso degli alcolici e delle sostanze stupefacenti.

La “tossicità”, talora letale, delle sostanze utilizzate per sedare il proprio bisogno impone un inquadramento specifico per la dipendenza dalle sostanze stupefacenti e dagli alcolici. Non esistono differenze legate al tipo di sostanza usata, ma alla modalità dell’uso e al fatto che tutte le sostanze producono, a certe dosi e con certe modalità di assunzione, disturbi.

## II. *Le altre scuole*

Un’analisi approfondita della letteratura in materia relativa ai diversi modelli di terapia psicodinamica, cognitiva e comportamentale, sarebbe troppo estesa per poter essere inserita in questa sede. Sulla storia e sulle varie correnti di psicodinamica e terapia familiare, esistono molti riferimenti.

La psicoanalisi si è occupata del problema della dipendenza da sostanze e ha fornito interessanti interpretazioni del fenomeno e della strutturazione della personalità del tossicodipendente. Freud [17] in una lettera scritta a Fliess paragona le “abitudini” quali l’alcolismo, il tabagismo e la tossicomania alla masturbazione, bisogno primario di cui questi sarebbero i sostituti. Ne *Il Disagio della civiltà* [16] Freud include tra i mezzi di difesa dal dolore quello dell’intossicazione, definito come metodo rozzo, ma molto efficiente per influire sull’organismo. L’autore stabilì un rapporto diretto tra il bisogno di contenere la sofferenza e l’uso dei narcotici, così come tra senso di colpa e bisogno di autodistruggersi.

Lo studio del disturbo, correlato all’uso di sostanze, per la sua specificità ha favorito la ricerca in campo psicodinamico. Frances e coll. [15] ritengono che, mentre all’inizio la teoria psicoanalitica era concentrata sulle pulsioni, comprese quelle libidiche e aggressive, nonché sui desideri e sull’aggressività orali, recentemente gli psicoterapeuti psicodinamici si sono concentrati maggiormente sui *deficit* dello sviluppo e su quelli strutturali. Il ruolo delle difese dell’Io, i *deficit* di tali difese e le esperienze affettive sono stati correlati all’abuso di sostanze e all’alcolismo.

Balzani e coll. [7, 8], esaminando le teorie freudiana, junghiana e adleriana hanno trovato dei punti di contatto. Rado [30] e altri autori con il richiamo all’erotismo orale e alla struttura narcisistica, Moreno [22] e Paracchi [26] al “puer eternus”, Schaffer [33] e Parenti [28] al bambino viziato o trascurato, descrivono un tipo di carattere costituito da immaturità affettiva, depressione, inconcludenza e insicurezza profonda. Questo dipende dal fatto che l’adolescente tossicomane non riesce a raggiungere un livello emotivo “adulto” nel modo di relazionarsi con i suoi genitori.

Un apporto significativo è stato fornito dalle scuole cognitive che, oltre ad aver modificato il modo di concettualizzare il comportamento e il suo controllo

hanno contribuito all'elaborazione e al successivo impiego nella pratica clinica di tecniche direttamente finalizzate alla modificazione di convinzioni, immagini, istruzioni etc., tanto che oggi è possibile disporre di un'ampia serie di opere riguardanti la *cognitive-behavior modification* che contengono le linee lungo le quali si è sviluppato l'approccio cognitivo. Le tecniche cognitive prevedono due passaggi: il primo finalizzato all'autocontrollo e il secondo alla ristrutturazione delle convinzioni. Il raggiungimento dell'autoconsapevolezza dell'individuo consta di tre fasi: autoosservazione (*self-monitoring*), valutazione e autoistruzione.

Per quanto riguarda la ristrutturazione cognitiva, sono possibili due tipi di approcci: il primo è chiamato ristrutturazione razionale sistematica e ha avuto varie formulazioni finalizzate all'uso clinico a partire da Ellis [14] a cui va il merito di averla introdotta; il secondo (*problem solving*) fornisce strategie sul modo di formulare i problemi e conseguentemente di prendere le corrispondenti decisioni.

Il modello sistemico relazionale è la risultante concettuale di diversi contributi epistemologici: dalla teoria dei tipi logici di Whitehead e Russel [37] alla teoria generale dei sistemi di Von Bertalanffy [35]; dalla pragmatica della comunicazione umana della *Scuola di Palo Alto* ai contributi antropologici e sociologici. Tale modello (data la vastità e l'interdisciplinarietà che lo caratterizza) non si presenta come una struttura organica compatta, ma si articola in varie differenziazioni e prospettive dinamiche a seconda della scuola e dell'orientamento socio-culturale di chi lo utilizza. Oltre a molti altri autori che non vengono qui riportati per brevità, anche Watzlawick, Beavin, Jackson [36], Ackerman [1], Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini, Sorrentino [34] hanno fornito un contributo ed elaborato studi con contenuti innovativi.

Negli ultimi anni si è potuto assistere allo sviluppo di diversi modelli nell'ambito dello studio della psicodinamica familiare: ognuno di loro privilegia aspetti teorici, pragmatici o tecnici. Per quanto riguarda le specifiche dinamiche della famiglia del tossicodipendente Cirillo e coll. [9] hanno fornito importanti contributi.

Secondo Galanter e Kleber [18] la ricerca non ha indicato che un tipo di psicoterapia sia migliore di un altro per il trattamento della dipendenza; i diversi modelli di terapia, psicodinamica, cognitiva e comportamentale offrono tutti strategie efficaci. In alcuni casi, determinate caratteristiche del paziente o particolari disturbi psichiatrici in comorbilità possono suggerire l'adozione di un modello di psicoterapia specifico.

### III. *La prospettiva adleriana*

Mosak [24] ha curato la traduzione della trascrizione, fatta da Tilde Krausz, di una conferenza tenuta da Alfred Adler. Adler considera l'alcolismo come un

sintomo nevrotico dovuto a un errato adattamento alla vita; l'autore afferma che questo si manifesta sin dall'infanzia come scoraggiamento, vigliaccheria, sensazione di inadeguatezza e iperemotività. Adler attribuisce al fallimento dello sviluppo del sentimento sociale nel bambino la causa dell'alcolismo. L'autore sostiene che «l'alcol viene usato spesso come una circostanza attenuante» e «pur essendo in genere contrario alle punizioni, osserva che la legge porta l'alcolista a giudicare i propri abusi con eccessiva indulgenza». «La scoperta del piano di vita sbagliato che si è formato nell'infanzia e si è mantenuto successivamente» consente di ottenere il cambiamento. Si deve sostituire al «coraggio liquido» l'incoraggiamento e favorire l'inserimento della persona nel suo contesto sociale.

L'inquadramento teorico adleriano della dipendenza da sostanze, sviluppato da Dreikurs [11], è così attuale che il testo dell'articolo originale del 1932 è stato ristampato da Mosak [23] sulla rivista *Individual Psychology*. Di seguito vengono sintetizzati alcuni dei contenuti del lavoro citato.

Come Adler anche Dreikurs sostiene che la base della dipendenza è la stessa delle nevrosi, delle difficoltà educative e delle perversioni: si tratta sempre di soggetti che hanno uno sviluppo sbagliato del modo di guardare alla vita e al sociale, per carenza di sentimento sociale. Egli afferma che all'origine di questi comportamenti si trova una preparazione non adeguata ad affrontare gli scopi della vita e la tendenza a pensare solo a se stessi; si tratta di un elemento tipico dei bambini viziati che non hanno imparato quali siano le esigenze della vita pratica. Secondo Adler, la ricerca del piacere è all'origine del comportamento che porta alla dipendenza. Chi ha smesso di lottare di fronte alle difficoltà della vita sin dall'infanzia, compensandosi con i sogni a occhi aperti, nella vita adulta sarà incline a ricercare mezzi che forniscano piacere. Il drogato è incapace di affrontare le avversità della vita e tende alla ricerca di piaceri momentanei.

Molti ritengono giusto bere per allontanare pensieri negativi e sollevare il tono dell'umore. Tipiche situazioni in cui una persona assume delle droghe sono quelle in cui si desidera evadere una richiesta che la vita propone. Le umiliazioni oppure i dispiaceri rendono desiderabili la morfina e l'alcol, che sono i «sogni a occhi aperti per adulti». Alcune persone che fanno uso di morfina ritengono di essere creative e produttive solo quando hanno la sostanza in corpo. Il morfinomane percepisce lo sforzo e il lavoro come scomodi e senza la protezione della morfina non vi si può dedicare. D'altro canto, è diffusa la convinzione che una persona non sia in grado di fare lavori faticosi, di lavorare al freddo o al caldo, se non fa uso di alcol.

Molte persone cominciano a bere in periodi di *stress* lavorativo, per avere «coraggio» e, soprattutto, per eludere le proprie responsabilità. Anche le difficoltà coniugali forniscono l'occasione per l'abuso di alcolici. Se l'uomo si sente succube della propria moglie, usa lo stato di ebbrezza per fornire un'immagine di superiorità apparente. L'alcolista tende ad attribuire la responsabilità all'ambiente. La dipendenza viene anche usata come elemento di pressione sulla fa-

miglia e come accusa nei confronti di essa. Uno dei finalismi dell'alcolismo, dell'uso di morfina e delle altre sostanze è quello di evitare le decisioni. La predisposizione innata all'abuso può manifestarsi quando una persona vuole eludere le domande che la vita gli propone.

Per spiegare le dinamiche che stanno alla base dell'alcolismo, Adler parla di *intelligenza privata*, che si osserva anche nei nevrotici e che consiste nell'elaborazione di un'intelligenza personale diversa dal *senso comune* il cui scopo è di giustificare le azioni e i pensieri. Per gli alcolisti, la vita comporta delle preoccupazioni, ma ci sono dei mezzi con cui una persona può superare le sue difficoltà. L'azione dell'alcolista è "intelligente", se la si guarda in relazione alla mèta di superare le difficoltà in un modo facilitato e personale. Tutti coloro che sono d'accordo con questa mèta agiscono come l'alcolista. Quello che distingue l'intelligenza individuale e isolata del nevrotico dalla ragione è che quest'ultima, a differenza della prima, ha una validità generale che corrisponde al benessere comune. L'alcolista e il tossicodipendente hanno inserito il loro modo di evitare le difficoltà della vita in un "sistema intelligente"; ma lo hanno fatto eliminando il coraggio e la ragione che essi rendono inefficaci attraverso lo stordimento.

Gli Ansbacher scrivono che «In tutti i casi di assunzione di droghe, ci troviamo a trattare con gente che sta cercando di alleviare una certa situazione. Si potrebbe quindi affermare che tossicodipendenza e alcolismo sono "sogni a occhi aperti dell'adulto". Queste persone hanno sviluppato il loro carattere in una situazione molto viziante che li vedeva dipendenti dagli altri e che, solitamente, implicava lo stretto coinvolgimento della madre. Abituati alla costante presenza di una persona, ogni situazione che ne preveda l'assenza appare ora inaccettabile» (5, p. 477).

Gli autori osservano anche che spesso l'inizio della tossicodipendenza lascia intravedere un acuto sentimento di inferiorità sottolineato dalla timidezza, dal piacere a isolarsi, dall'accentuata sensibilità, dall'impazienza, dall'irritabilità e da sintomi nevrotici quali l'ansia, la depressione e le difficoltà sessuali.

Come ricordato da Pienkowski e Stein [29], Adler ha sostenuto che le persone che fanno uso di sostanze lo fanno per cancellare il loro sentimento di inferiorità. Ma invano, perché questa strada è destinata a fallire. L'idea di cancellare il sentimento di inferiorità è illusoria. Il terapeuta deve saper evidenziare questo sentimento d'inferiorità, imparare a riconoscerlo e lavorare per superarlo. Questo percorso può essere doloroso specie nel caso di individui che tendono a evitare il dolore. Si deve considerare, inoltre, che un soggetto viziato oppone delle resistenze alla terapia.

#### IV. *L'interpretazione adleriana della dipendenza*

Adler e Dreikurs, come sopra indicato, hanno fornito alcune chiavi di lettura per l'interpretazione del fenomeno della dipendenza. Adler mette sullo stesso

piano i soggetti che abusano di sostanze, i nevrotici e i criminali. Sottolinea l'importanza delle relazioni infantili con le figure dei genitori e soprattutto con la figura della madre; se il rapporto con la figura materna è stato viziante, il bisogno di mantenere vie facilitate può indurre a imboccare la strada della dipendenza da sostanze, nelle sue varie forme. La famiglia, anche per le sue influenze transgenerazionali, è stata ed è tuttora oggetto della ricerca di molti autori a conferma della sua importanza nel determinismo del disturbo correlato a sostanze [31, 32].

#### IV. 1. *I falsi scopi*

Dreikurs mette in evidenza quattro “falsi scopi” che un bambino può perseguire nel tentativo di inserirsi al fine di trovare una propria collocazione: l'attenzione indebita, la lotta per il potere, la retribuzione, la vendetta e, infine, la totale inadeguatezza.

Il bambino scoraggiato usa come mezzo per sentirsi inserito l'attenzione indebita. *«Influenzato dalla supposizione erronea di avere un significato solo in quanto sia al centro dell'interesse, il bambino rivela una grande abilità ad attirare l'attenzione, scoprendo tutti i sistemi per tenere gli altri occupati con lui. Egli mira più ad attrarre l'attenzione che a partecipare.*

[La lotta per il potere...] *in genere sopravviene dopo che il genitore ha tentato di bloccare la domanda di attenzione da parte del bambino; quest'ultimo allora decide di impiegare la forza per sconfiggere il genitore, provando un gran senso di soddisfazione dal rifiuto a obbedire». Dreikurs ricorda che uno dei riferimenti fondamentali per distinguere una «richiesta di attenzione da una dimostrazione di forza è il comportamento del bambino di fronte alla correzione: se vorrà semplicemente essere al centro dell'interesse, rinuncerà a dare fastidio, quando sia rimproverato; ma se la sua intenzione è di mostrare la propria forza, i tentativi per farlo smettere intensificheranno soltanto il suo comportamento di disturbo.*

[L'intensificazione della lotta per il potere diventa ricompensa e vendetta...]. *Il bambino nel suo scoraggiamento può ricorrere alla vendetta quale unico sistema per accertarsi del proprio significato e della propria importanza. Ormai è convinto di non poter essere amato e di non avere nessuna possibilità di affermarsi; sente di contare qualcosa solo in quanto fa agli altri il male che sente di subire e così il suo falso scopo diventa quello della retribuzione e della vendetta.*

[Lo scopo della totale inadeguatezza viene perseguito dal bambino insicuro e scoraggiato che...] *rinuncia del tutto, pensa di non aver possibilità di inserirsi in nessun caso. È come se questi bambini dicessero: “Qualunque cosa facessi, scoprireste quanto io sia incapace. Perciò lasciatemi in pace”, sono bambini che non pongono più gli altri al proprio servizio, ma che rinunciano a priori» (12, pp. 55-60).*

#### IV. 2. *Il pensiero antitetico*

Il pensiero antitetico, locuzione con cui gli adleriani sono soliti definire la percezione basata sugli opposti (alto/basso, forte/debole, maschile/femminile), è un principio fondamentale della Psicologia Individuale, determinante nella strutturazione dello *stile di vita*. Come afferma Pagani [25], ogni individuo “normale” è orientato a superare il proprio sentimento di inferiorità, seguendo la direzione impressa da una spinta dal *basso* verso l’*alto*, da una situazione di *minus* a una situazione di *plus*, da uno stato di *inferiorità* a una condizione di *superiorità*, di completezza, di perfezione. Queste stesse dinamiche regolano il gruppo “dei pari” (cioè dei soggetti che “dipendono”). Si osservano, infatti, in questo ambito le stesse dinamiche che hanno a che vedere con la volontà di potenza e con le mètte di superiorità; esse sono alla base delle sfide che caratterizzano la relazione con gli appartenenti al mondo dell’abuso (“ho più resistenza, posso farlo più spesso, sopporto meglio e posso ingerire maggiori quantità”), ma anche la relazione con la sostanza stessa (“il mio rapporto con la ... è una sfida in cui io sono il vincitore perché la domino”). Alla luce di queste osservazioni si comprende come il tossicodipendente che sfugge alle dinamiche della relazione con il sociale allargato del mondo si ritrova poi a giocare lo stesso tipo di dinamiche in quello che accetta essere il suo mondo.

#### IV. 3. *La finzione nella dipendenza*

Drogarsi è una finzione perché dà al soggetto una percezione fittizia del mondo: è una percezione effimera che dura il tempo dell’effetto della sostanza e che scompare nel momento in cui questo effetto cessa, per lasciare il posto al malessere e alla depressione, che compaiono quando cessa l’effetto, specie con alcune droghe e con l’alcol. Drogarsi è una finzione perché il soggetto che fa uso di sostanze sa che quelle sostanze agiscono su di lui e che le sensazioni percepite sono dovute alle sostanze stesse, ma egli si comporta “come se” queste fossero reali. Anche sul piano dell’autostima il vissuto di inferiorità si mantiene poiché l’individuo è consapevole del fatto che il vissuto e lo stato d’animo sono dovuti all’effetto della sostanza stessa. La droga è una compensazione negativa.

La sensazione del raggiungimento di un benessere nella relazione interpersonale sotto l’effetto della marijuana e delle altre sostanze cosiddette “empatogene” ha lo stesso significato finzionale: da un lato non consente all’individuo di liberarsi dalla problematica specifica, dall’altro lo induce a perseverare nell’uso.

#### IV. 4. *Il complesso d’inferiorità*

Quando un bambino proviene da una famiglia disturbata l’ingresso nella vita è complicato dall’inferiorità che può essere costituita dalle problematiche familiari o dalla predisposizione o dalla struttura della personalità. Specie nel caso

in cui l'appartenenza a una famiglia con problemi comporta emarginazione sociale, questa genera complessi che assumono la dimensione che Adler [2] attribuisce, nel suo costrutto teorico, al complesso d'inferiorità.

Anche la predisposizione all'abuso può essere inquadrata come inferiorità. La ricerca ha dimostrato che la dipendenza può essere trasmessa geneticamente: questa costituzionalità ereditata è l'inferiorità organica del soggetto affetto da disturbi correlati a sostanze. Anche l'atteggiamento che il soggetto assume, il rifiuto della predisposizione, il bisogno di dimostrarsi superiore a questa sono alla base di quegli atteggiamenti di sfida o di negazione che, di fatto, mantengono la dipendenza e confermano l'esistenza di un complesso: è difficile riuscire a far accettare ai pazienti che il loro problema nasce da un'inferiorità, che è il punto di partenza su cui lavorare.

#### IV. 5. *Il bambino viziato*

Dreikurs e Adler affermano che le possibili cause di dipendenza si ritrovano nella preparazione inadeguata agli scopi della vita e nella tendenza a pensare solo a se stessi: elementi caratteristici dei bambini viziati.

*Una giovane donna di 35 anni giunge all'osservazione con una richiesta di presa in carico esitata in successo. Allega una storia caratterizzata dalla perdita dello status legata al crollo economico e alla morte precoce del padre. L'evento non viene tollerato ed è vissuto come frustrazione in quanto comporta la perdita dei privilegi, in un momento in cui la paziente non ha ancora sviluppato la capacità di procurarseli. Inoltre, la posizione di soggetto viziato, al centro dell'attenzione, abituato a avere sempre tutto, aggrava la situazione. Questa "caduta dal piedistallo" coincide nel tempo con l'esordio della dipendenza, successivamente aggravato, in quanto la giovane si appoggia a un personaggio che le fornisce attenzione, ma non è adeguato, essendo egli stesso dedito all'abuso.*

Il bambino viziato non è abituato ad attivarsi per ottenere quello che desidera. Gli Ansbacher [6], riportando una rassegna commentata di scritti dello stesso Adler, sostengono in *Superiority and Social Interest* che dietro ogni bambino viziato «c'è una madre che mette in ordine». Ma se l'aspetto della questione che colpisce è la fatica della madre, l'elemento rilevante consiste nel fatto che, a seguito di questo comportamento della madre, il soggetto viziato non impari mai a mettere in ordine da solo. Il fatto di ottenere sempre che qualcuno soddisfi i propri desideri personali e il mancato addestramento ad attivarsi per ottenere, favoriscono lo sviluppo dell'uso di sostanze che permettono di "avere senza sforzo". Gli autori ipotizzano che, dal punto di vista teorico, la viziatura dovrebbe orientare preferibilmente verso sostanze che forniscano una sensazione di piacere, tra cui i derivati dell'oppio, la cocaina e l'ecstasy.

La relazione con la persona viziante ha caratteristiche uniche che non si possono ritrovare nel contesto delle normali relazioni interpersonali. Ne discende un

mancato sviluppo di sentimento sociale, una sensazione di disagio e di isolamento, che genera un malessere nel rapporto con gli altri. Nulla può restituire al viziato quella situazione originaria in cui l'attenzione era costantemente centrata su di lui: la perdita di questa centralità è mal sopportata e genera disagio.

Una posizione viziante classica è quella del figlio unico, assieme a quella dell'ultimogenito specie quando la distanza di età dai fratelli che lo precedono è notevole. Ma è necessario studiare ogni singolo caso, in quanto le variabili coinvolte nelle relazioni familiari sono così numerose che non è possibile limitarsi alla posizione di nascita. Un figlio può essere il prediletto di uno dei genitori; un altro può essere stato viziato perché da piccolo è stato malato o ha sofferto di un'inferiorità fisica e per questo è stato oggetto di eccessiva attenzione e protezione in famiglia. La viziatura può essere "relativa" e non risultare evidente a un primo esame che propone l'ipotesi opposta di trascuratezza o di abbandono. Situazioni simili si osservano in soggetti rimasti orfani nella prima infanzia, in bambini i cui genitori si sono separati precocemente e in soggetti che sono stati rifiutati da uno dei genitori. In queste circostanze può accadere che il bambino sia oggetto di eccessive attenzioni, di protezione da parte di alcuni membri della famiglia o di persone estranee, che cercano in questo modo di compensare le carenze originarie.

Adler [2, 3, 4] ha attribuito grande importanza al problema del bambino viziato e ha affermato che questo è alla base di molte nevrosi, cogliendo così l'importanza della dimensione affettiva della relazione genitoriale. Questa dimensione spiega perché, nel soggetto viziato, in età adulta, emerge un disagio affettivo. Le sensazioni che egli percepisce nella relazione col contesto sociale differiscono in negativo, per carenza, da quelle vissute nell'ambito della relazione viziante: sensazioni non più riproducibili, ma ricercate dal soggetto viziato che vive un disagio nella relazione col mondo.

Questo aspetto eziologico spiega anche le difficoltà che si incontrano nel rapporto terapeutico con il soggetto che fa uso di sostanze, oscillante tra la richiesta di aiuto e l'aggressività. Questo spiega i vissuti *controtransferali*: il terapeuta ha a che fare con una persona che non chiede aiuto, che è in una posizione passiva, ma nello stesso tempo esigente. Frances e coll. [15] suggeriscono a tal proposito che il terapeuta debba essere dotato di una salutare capacità di tollerare di essere raggirato dai pazienti dipendenti, abili manipolatori, poiché tale capacità riduce al minimo le reazioni controtransferali dannose.

Parenti scrive che «Già di partenza il tossicomane è spesso un individuo debole, emotivamente a livello infantile, con la sindrome caratteriale del bambino viziato. La dipendenza dalle sostanze tossiche lo fa ulteriormente regredire e lo conduce a elaborare un tipo di richiesta analoga al "pianto cattivo" con cui nell'infanzia si esige l'osservanza di una promessa non mantenuta» (27, p. 88). Prosegue affermando che «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 protervia e non per manifestare gratitudine quando sono appagate, per non far crollare tutto il suo edificio compensatorio» (*Ivi*).

Balzani, Madeddu e Lovati aggiungono che «Ogni comportamento è mediato dal tentativo dell'individuo di proteggere l'autostima nell'ambiente sociale. La preservazione del concetto di sé è la variabile più importante che soggiace all'inizio, alla continuazione e alla cessazione dell'abuso di droghe. [...] La droga diviene l'espressione dello Stile di Vita di persone che sono state viziate o trascurate, in quanto in ambedue i casi, per motivi diversi, sono state impedito nello sviluppo della capacità di padroneggiare le situazioni e di raggiungere obiettivi adeguati alle proprie possibilità. La “persona viziosa” risulta da una madre superprotettiva che si prende ogni responsabilità, impedendo al bambino di sviluppare l'autostima; la persona “trascurata” è stata un bambino senza attenzioni, né lodi, né biasimo, un bambino lasciato ai suoi espedienti e ai suoi sbagli» (8, p. 66).

#### IV. 6. *Il bambino trascurato e maltrattato*

Per comprendere la relazione esistente tra l'essere stato trascurato e lo sviluppo della dipendenza bisogna riprendere il concetto di sviluppo “normale”. Secondo Adler, il bambino alla nascita ha un sentimento di inferiorità “fisiologico”, in quanto è normale che egli si senta inadeguato, incapace, inferiore. Per questo ha bisogno di essere circondato da persone che siano in grado di vicariarlo. Questo è un diritto e una necessità: la mancanza di questa funzione di supporto mette a rischio la stessa sopravvivenza del bambino. Le sue figure di riferimento (in genere i genitori) devono saper stare al suo fianco, non sottolineando la componente “fisiologica” dell'inferiorità, vicariandola, per così dire, in silenzio; devono anche incoraggiare il bambino al raggiungimento di quei livelli di autonomia adeguati all'età. Quando i riferimenti vicarianti mancano, egli percepisce una sensazione di disagio in quanto non è in grado di far fronte ai compiti. Se l'atteggiamento delle figure di riferimento è di rifiuto, oltre al problema dell'incapacità, il bambino deve fare i conti con il sentirsi non accettato.

Questo aggrava il sentimento di inferiorità e comporta lo sviluppo di quello che Adler definisce *complesso di inferiorità*. Il complesso spinge l'individuo a evitare i compiti che la vita gli propone e a cercare degli espedienti per non affrontarli. Sul piano affettivo l'abbandono comporta la perdita dell'autostima. Da queste dinamiche si origina un malessere, la cui dimensione è affettiva. Questo malessere accompagna l'individuo in ogni momento della sua esistenza, creandogli disagio e interferendo con le relazioni interpersonali. Da questo stato, che è emotivo, alla dipendenza da sostanze il passo è breve.

*Il soggetto si è sempre percepito come un bambino abbandonato: quando aveva circa otto anni di età, i genitori si erano separati ed egli era stato affidato alla madre. Questa, affetta da gravi disturbi nervosi, non era in grado di for-*

*nirgli quella presenza affettiva e quel sostegno che gli avrebbero consentito di sviluppare un'adeguata immagine del sé, superando il fisiologico sentimento d'inferiorità. I frequenti tentativi per richiamare l'attenzione, agiti assumendo un comportamento disturbato, risultano vani per la presenza di una madre affidataria poco significativa, perché molto malata, e di un padre anch'egli affetto da disturbi mentali. Per tale motivo talvolta era affidato alla nonna. La sofferenza affettiva generata dall'abbandono è compensata con la ricerca di un paradiso fittizio, prima con i cannabinoidi e, quindi, con la ricerca di più intense emozioni (LSD e coca).*

L'impazienza e la golosità rappresentano un'altra caratteristica dei soggetti che sviluppano la tendenza all'abuso di sostanze, in età adulta. Si tratta di persone che non si sentono mature di fronte agli scopi della vita. Accanto a esse anche l'esigenza di avere subito successo favorisce la dipendenza. Lo stesso Adler sosteneva che la ricerca del piacere è l'origine di questi comportamenti. Chi ha smesso di lottare di fronte alle difficoltà della vita sin dall'infanzia, compensandosi con i sogni a occhi aperti, nella vita adulta sarà incline a ricercare mezzi che forniscano piacere. Il drogato è incapace di affrontare le avversità della vita e tende alla ricerca di piaceri momentanei.

*Il paziente è il primogenito di due figli maschi con problemi di viziatura e di abbandono: viziatura da parte di un padre che cerca di compensare l'atteggiamento della madre, convivente, che rifiuta entrambi i figli assieme al marito stesso, realizzando un regime di separazione domestica per oltre vent'anni. Viziatura anche da parte di altre figure parentali. Il ragazzo inizia con una storia di impazienza, impazienza di arrivare, di essere grande, di emulare il padre (dirigente di successo), ma anche con un comportamento "goloso" con conseguente aumento ponderale consistente. Di qui si passa a una polidipendenza che lo vede abusare di farmaci e di alcolici. La terapia è costellata di interruzioni e di ricoveri in quanto egli resiste alla cura, rinnovando comportamenti patologici per l'incapacità di tollerare la frustrazione e di perseguire progetti, costruendoli con pazienza.*

#### IV. 7. I compiti vitali e le mète

Secondo Adler, chi ha un "Disturbo" trascura uno (o più) dei tre compiti vitali: amore, amicizia e lavoro nel loro significato più ampio e con riferimento ai settori che vi sono coinvolti. Nell'amore sono compresi la sessualità e gli affetti, nell'amicizia il rapporto con gli altri (sentimento sociale), nel lavoro l'espressione del *sé creativo* e l'appagamento dell'esigenza di valorizzazione. Egli rifiuta, quindi, la concezione freudiana che vede l'uomo diviso in parti (Io, Es e Super Io). L'analista adleriano non guarda solo alle cause, all'eredità e all'ambiente ma, soprattutto, alle mète verso cui l'individuo si dirige con il proprio Stile di Vita.

Tra le forme di lotta utilizzate per superare l'inferiorità esistono quelle positive

e quelle negative. Le prime mirano a superare il sentimento di inferiorità mediante le compensazioni; le seconde (le supercompensazioni) sono guidate dal bisogno di essere superiore agli altri. Le linee di superiorità possono essere agite usando delle vie positive (la carità, l'aiuto) oppure negative (alcol, droga, nevrosi); in questo caso producono risultati patologici. L'alcol e le droghe possono contribuire a favorire l'illusione di significatività: all'interno della propria mente ci si "illude di essere". Ma la significatività può essere reale o fittizia. La mèta viene individuata già nell'infanzia per compensare il sentimento di inferiorità. I drogati hanno mète troppo elevate che non possono essere realizzate e questa mancata realizzazione produce la frustrazione: per loro nulla è abbastanza bello, grande, alto. Usano la sostanza per alleviare il proprio sentimento di frustrazione, indulgendo nella fantasia che li porta a immaginare di essere arrivati.

I narcotici danno sollievo nelle situazioni di conflitto e, anche se c'è un motivo organico per cui una persona preferisce un certo tipo di sostanza, il *primum movens* è nella ricerca del sollievo, che sta alla base del comportamento dell'individuo e della sua mèta.

#### IV. 8. *Il sentimento sociale e i primi ricordi*

Il classico concetto adleriano di sentimento sociale fornisce un contributo alla comprensione del fenomeno: l'abuso di sostanze si osserva in soggetti che hanno un sentimento sociale carente o assente.

Esiste un parallelismo tra l'effetto specifico delle sostanze e le origini della dipendenza; il finalismo perseguito con l'uso è coerente con lo Stile di Vita. Di questo finalismo si trova traccia nei primi ricordi. Colker e Slaymaker [10] hanno osservato che i soggetti che abusano di sostanze hanno primi ricordi caratterizzati da un interesse centrato su di sé, da carenza di sentimento sociale e dall'esigenza di speciali attenzioni. Questo non significa che i primi ricordi consentono di diagnosticare il disturbo poiché non hanno specificità diagnostica clinica; ma i contenuti dei ricordi confermano che le dinamiche dei tossicodipendenti sono da mettere in relazione con la carenza di sentimento sociale, con il bisogno di essere al centro dell'attenzione e con la difficoltà a sopportare le frustrazioni.

Hafner, Fakouri e Labrentz [19] hanno evidenziato nei primi ricordi alcune differenze tra i soggetti normali e gli alcolisti. Questi ultimi sono carenti di sentimento sociale, presentano problemi di rapporto con la famiglia (i loro primi ricordi propongono situazioni al di fuori della casa), hanno la percezione di non essere in grado di assumersi responsabilità e tendono a demandare con atteggiamenti passivi. Nei primi ricordi dei "normali" ci sono più contenuti legati all'osservazione, in quelli degli alcolisti più ricordi di movimento. Questi dati possono essere lo spunto per il progetto terapeutico in quanto i primi ricordi definiscono gli elementi che sono importanti per la persona oggi.

Secondo Pienkowski e Stein [29] i primi ricordi dei soggetti con problemi di dipendenza da sostanze hanno a che vedere spesso con il gusto, il cibo, la nausea, il cibo in eccesso, il fatto di bere alcolici, di fumare e di sentirsi ubriaco. Questi ricordi evidenziano l'esistenza di una tendenza all'autoindulgenza e la persona che ha questi ricordi li tiene in mente come i più importanti e significativi. Si può partire da essi per impostare la cura, cercando di interpretarli assieme al paziente; se egli vi si aggrappa troppo e i contenuti di tali ricordi sono negativi, si cerca di sostituirli con altri piacevoli. Il lavoro consiste nel sostituire i ricordi non funzionali con altri positivi. La sostituzione di nuovi ricordi "positivi", consente all'individuo di inserirli gradualmente al posto di quelli "tossici". Il processo di sostituzione può essere favorito dall'ampliamento dei contenuti dei ricordi originali attraverso la revisione critica e l'interpretazione degli stessi; ma è soprattutto l'incoraggiamento l'agente terapeutico efficace.

*Una giovane, che sta effettuando un percorso di recupero, seppure in modo infantile, spinta dal bisogno di soddisfare le istanze del padre e di recuperare il proprio figlio, racconta i seguenti primi ricordi infantili: 1) età 5 anni: sono presenti il nonno paterno e la sua convivente (la paziente precisa che il nonno è deceduto quando lei aveva circa cinque anni per cui questo forse è l'ultimo ricordo di lui): «Il nonno a tavola ride per come lei mangiava gli spaghetti; quel giorno mio padre non poteva venire a prendermi, per cui rimasi dai nonni»; 2) età 4-5 anni: «Ricordo lo scivolo di legno dell'asilo e i piatti con la scritta Fiat. Ricordo in particolare gli ambienti dove si svolgeva e il momento del pranzo. Ricordo che presso l'asilo fu la prima volta che assaggiai la crescita».*

#### IV. 9. L'approccio al paziente

Dreikurs [11] riferisce che Künkel prende in considerazione la possibilità di fare delle terapie di gruppo con gli alcolisti e Werke esamina lo speciale significato che assumono le relazioni dell'alcolista nei confronti di chi si prende cura di lui. A Vienna, il Dott. Metzl del *Government Council* istituisce il *counseling* di gruppo per gli alcolisti: il paziente è inserito in una comunità di ex-alcolisti fin dall'inizio del trattamento.

Dreikurs afferma che la predisposizione alla dipendenza è un'inferiorità d'organo: per questo è necessario trovare delle supercompensazioni incoraggianti che riescano a colmare la situazione di inferiorità. All'interno delle comunità lo stesso lavoro culturale di aiuto agli altri a superare la dipendenza risulta avere un effetto di valorizzazione. Questo risultato può essere raggiunto più facilmente con gli alcolisti rispetto a tutti gli altri soggetti che fanno uso di sostanze, ma anche nei cocainomani e morfinomani il senso di responsabilità consente di acquisire interesse nei confronti del destino degli altri e dei loro progressi.

Questi temi sono stati ripresi recentemente da Pienkowski e Stein [29] dell'*Istituto Adleriano di San Francisco* per spiegare le motivazioni e le dinamiche alla base della dipendenza da sostanze. Rifacendosi alla casistica perso-

nale, questi autori sottolineano che il primo obiettivo del trattamento è costituito dal raggiungimento della completa astinenza. Per ottenere questo risultato può essere necessario un periodo di ricovero, perché raramente si raggiunge questo obiettivo in una situazione extra ospedaliera. Al termine del periodo di astensione dall'uso, se il paziente è libero da sostanze, si può iniziare la terapia vera e propria articolandola in varie fasi a seconda dei casi. I protocolli americani prevedono un periodo in comunità della durata di almeno dodici mesi, cui deve seguire un periodo di presa in carico da parte dell'Istituto per il reinserimento. Quando il paziente è libero dall'effetto delle sostanze e sufficientemente stabilizzato, si può iniziare una psicoterapia secondo gli schemi di intervento che si usano per le nevrosi.

Dato che la dipendenza trae le origini da una carenza di interesse sociale, la stabilità di un trattamento riuscito si raggiunge attraverso il conseguimento di un forte interesse alla "prospettiva universale" di un individuo consapevole e rispettoso del contesto in cui si muove. In quest'ottica la teoria adleriana, che si propone come una vera e propria "teoria dell'uomo", fornisce le coordinate di una relazione terapeutica strutturata, in cui gli elementi psicodinamici analitici sono affiancati da un sistema di valori.

Secondo Adler, ci sono situazioni di fronte alle quali l'individuo non si sente preparato; si deve trovare nell'infanzia la base di queste situazioni. I problemi a cui si devono dare delle risposte sono costituiti dalla scoperta del motivo per cui un individuo è ancora inadeguato oggi e del perché fa uso di alcol oppure di droghe per evitare gli scopi della vita. Secondo Adler alcolisti e drogati hanno caratteristiche comuni che sono da mettere in relazione con la mancanza di coraggio. Per capire il significato del termine, egli suggerisce di pensare che il "coraggio" è definito dal fatto che «se lo hai ti senti ovunque a casa tua», cioè «ti senti a casa in questa vita così come è, con le cose belle e con le cose brutte». Gli alcolisti e i drogati si muovono come in un campo di battaglia, sono sospettosi, hanno problemi a socializzare con gli altri, anticipano l'aggressività e tendono a essere gelosi.

Mettere in evidenza il *piano di vita sbagliato, che si è formato nell'infanzia e si è mantenuto successivamente*, consente di ottenere il cambiamento. Al posto del "coraggio liquido" (alcolici) o "chimico" (droghe, farmaci etc.) si deve fornire un adeguato incoraggiamento e favorire l'inserimento nel contesto sociale lasciando intravedere i numerosi vantaggi di tale prospettiva.

Quando si cerca di instaurare una relazione terapeutica con un tossicodipendente si deve ricordare che il soggetto viziato è il prodotto di una educazione distorta e non è il colpevole; i suoi atteggiamenti e le sue pretese possono essere molto disturbanti ma egli è rimasto imbrigliato in un sistema educativo sbagliato. Dietro l'ex-bambino-viziato c'è spesso una madre che non ha lasciato spazio, che si è posta tra lui e il mondo, che non ha concesso autonomia.

I dati delle osservazioni fatte presso un S.E.R.T. suggeriscono che il problema dell'utente nasce raramente dalla viziatura; nella maggior parte dei casi si tratta

di “bambini trascurati”. Il dato potrebbe essere legato alla tipologia dell’utenza in carico presso i Servizi. Le famiglie dei pazienti spesso presentano un livello di funzionamento incoerente: vi si possono riconoscere atteggiamenti contraddittori, frutto di strategie educative antitetiche. Compiendo una verifica anamnestica, nei casi che hanno difficoltà a collaborare alla terapia e non ottengono risultati, si può chiarire se esiste un concomitante problema di viziatura. Ci si può trovare di fronte a una persona che ha avuto una viziatura “relativa”.

*Un esempio di viziatura relativa è offerto dal caso di un giovane tossicodipendente che racconta di avere trascorso l’infanzia nel terrore del padre, alcolista cronico, che lo picchiava e lo maltrattava. Nel corso dell’osservazione si rileva che la madre lo ha sempre protetto dal padre viziandolo. Questo sta alla base del comportamento disturbato attuale, caratterizzato da instabilità, da incapacità di assumersi responsabilità e da un bisogno continuo di appagare le proprie istanze. La madre, continuamente presente sulla scena, tende a prevaricare il soggetto e continua a viziarlo, impedendogli ogni forma di maturazione.*

Il trattamento delle problematiche connesse con l’abuso di sostanze comporta la capacità di valutarle nella loro complessità, utilizzando un approccio olistico. Strumento di elezione nel trattamento psicologico di questo disturbo, così come delle nevrosi, è, nell’ottica adleriana, il processo d’incoraggiamento. I pazienti giungono all’osservazione sfiduciati, depressi, irritati per la loro condotta inappagante. Bisogna favorire un cambiamento che miri a ripristinare nel soggetto la fiducia in se stesso e negli altri. Parenti [27] affermava che la guarigione psicologica dovrebbe coincidere con l’attenuazione della distanza che esiste fra il soggetto e il resto dell’umanità e con l’appagamento dei tre compiti vitali dell’uomo: amore, lavoro e amicizia. Un terapeuta adleriano “incoraggiante” deve: (a) essere in grado di stabilire una buona alleanza terapeutica col paziente; (b) saper “controllare” il controtransfert; (c) evitare un modello d’approccio rigido, dogmatico; (d) essere aggiornato sulla ricerca, in campo teorico-clinico, metodologico, strategico e operativo. Secondo le “Linee Guida di Comportamento Etico” [21], il terapeuta deve essere in grado di personalizzare il trattamento adattandolo all’individualità del singolo utente, senza pretendere di asservire il paziente alla sua teoria o al suo metodo.

Lo stesso smascheramento dell’inganno, che sottolinea la contraddizione tra ciò che il paziente “vuole” fare e ciò che “può” fare, tra le sue intenzioni visibili e la sua incapacità di soddisfarle, aiuta a incoraggiare il paziente stesso perché gli dimostra che i suoi insuccessi non sono dovuti a una debolezza di carattere, ma che l’errore consiste nella valutazione della natura delle sue intenzioni [20].

Pagani [25] ha selezionato nove punti, tra i venti individuati da Dreikurs e Cas-sel [13], in grado di fornire il coraggio necessario per affrontare la vita:

- la ricerca di un miglioramento, anche minimo, senza mirare alla perfezione;
- l’apprezzamento dell’impegno più dei risultati conseguiti;
- la comunicazione della propria fiducia;

- una diversa valutazione degli errori che non devono essere considerati insuccessi;
- l'attenzione a stimolare il soggetto senza spingerlo oltre le sue reali capacità;
- la consapevolezza che la lode non assume lo stesso valore dell'incoraggiamento;
- la capacità di aiutare l'individuo ad accettare di non essere perfetto;
- la consapevolezza che lo scoraggiamento è contagioso;
- la capacità di saper vincere il pessimismo tendendo verso un approccio ottimistico nei confronti della vita.

Il binomio incoraggiamento/scoraggiamento per la sua forza, salvifica da una parte e mortifera dall'altra, lascia affiorare alla nostra memoria lo scritto di un paziente ancora in trattamento, che riportiamo:

*Matteo, quarantenne, con un quarto di secolo di dipendenza alle spalle, un giorno si presenta in seduta porgendomi alcuni fogli dove aveva annotato alcune riflessioni su di sé: «Mi ricordo che da piccolo vivevo malissimo questo ..., chiamiamolo complesso di inferiorità, nel senso che agli occhi di mio padre io ero, sempre e solamente, un fallito, una mezza sega, un incapace. Per quanto mi sforzi di ricordare un episodio della mia infanzia-adolescenza ove mio padre sia rimasto colpito o contento di me, non ne trovo, non ne ricordo. Infiniti sono i ricordi in senso opposto: se mi portava a San Siro diceva che mi distraevo troppo, non guardavo la partita, insomma erano soldi buttati. Negli sport poi non ne parliamo: rachitico, tísico, "mezza sega"; ecco questa era l'umiliazione piú cocente e nello stesso tempo piú ricorrente, per lui io ero una mezza sega. Ricordo, quando un papà mi diede una sberla o due perché giocando a pallone io (piú grande) ero entrato, forse un po' duramente, su suo figlio. Tutti, ma proprio tutti, i papà del cortile corsero a difendermi, ma non il mio. Quando il vicino venne a casa nostra piangendo e chiedendoci scusa, la situazione si ribaltò. Alla fine io ero il cattivo che non voleva perdonarlo. Io volevo solo il consenso di mio padre. Penso che quel giorno sia stato molto importante e funesto per me. Soprattutto non mi spiegavo: perché, se io ero la mezza sega perché piangevo spesso, lui, invece, diventava l'eroe, il pentito. In fondo (agli occhi di mio padre), era stato provocato dalla mia irruenza (ero piú grande) su suo figlio (piú piccolo) e io diventavo cattivo. Inutile dire che per molto tempo non capii piú nulla. A tutt'oggi mi porto dietro il fatto che, agli occhi degli altri, io posso risultare una brava e buona persona, intelligente, valida, ma inconsciamente so che per mio padre non lo sarò mai. Nei frequenti litigi tra mio padre e mia madre, io prendevo spesso le difese di mia madre, la quale era accusata di tirarmi su come una "femminuccia" o come, appunto, una "mezza sega". Purtroppo devo dire che anche mia madre, col suo eccessivo protezionismo, ha contribuito al gioco contorto della "mezza sega". Se è vero, come è vero, che a tutt'oggi mia madre non mi reputa in grado di sopravvivere da solo, per lei non sono in grado di gestirmi e in ogni caso se tento di dimostrargli il contrario, rimane convinta che io sia incapace di farlo. Per loro io sono rimasto un bambino che ragiona come un bambino, che, al limite, può solo suscitare tenerezza».*

### V. Contributi teorici per ulteriori approfondimenti

Due dati suggeriscono un approfondimento teorico che potrebbe essere alla base di ulteriori ricerche cliniche per lo sviluppo di strategie di intervento. Il primo dato riguarda le considerazioni sulla possibile correlazione esistente tra la mèta perseguita dall'individuo e l'azione specifica delle singole sostanze. È noto che l'effetto della marijuana, della cocaina e dell'eroina (in questa discussione si fa riferimento solo a queste tre sostanze, a titolo di esempio) è molto diverso così come sono diversi i costi e le modalità per procurarsele. Anche i costi e le modalità di reperimento giocano un ruolo. Si tratta di elementi apparentemente banali ma comunque coinvolti nella scelta del tipo di sostanza. Considerazioni di questo tipo ricordano quei rilievi pratici che Adler ha presentato: ad esempio, egli evidenzia che uno dei motivi per cui si tende a bere è che il vino è buono.

Gli autori, in questa sede, vogliono evidenziare che proprio questi effetti specifici delle sostanze possono aiutare a comprendere meglio il finalismo e le problematiche del soggetto che ne fa uso. Fra le sostanze indicate quella che ha un effetto meno drammatico è la marijuana. Questa è anche una droga assai diffusa ed è opinione corrente che il suo uso non sia dannoso: è possibile acquisirla facilmente e il costo non è elevato. Questa sostanza, vagamente euforizzante, dà benessere. Spesso viene usata da soggetti che hanno problemi nei rapporti con gli altri, in quanto essa riduce il disagio della relazione e migliora la partecipazione. Per contro, la cocaina sembrerebbe la sostanza dei frustrati, dei soggetti complessati che hanno bisogno di sentirsi forti per poter scaricare la loro aggressività mettendo in "basso" gli altri. Il profilo psicologico degli utilizzatori di questo tipo di sostanza è il "calco" dell'effetto della sostanza stessa. Esiste una cultura della cocaina che la presenta come la sostanza che "dà forza", in quanto è psicostimolante e culturalmente valorizzante.

Più complessa la dinamica che porta all'uso dell'eroina. Questo tipo di sostanza è costoso, pericoloso e vietato. Il suo effetto è, nella descrizione corrente, generatore di forte emozione e di grande benessere, ma le conseguenze sono distruttive comunque, nel senso che vi può essere un *exitus* immediato, per overdose, o posticipato, per danni cronici di tipo organico. Il finalismo sembra la fuga dal mondo, l'allontanamento dagli altri, il raggiungimento di un appagamento edonistico che non è possibile trovare altrimenti, ma anche l'autodistruzione. Si ravvisa, quindi, una profonda ambivalenza negli utilizzatori degli oppiacei le cui valenze suicidarie sembrano da valutarsi con attenzione.

Il secondo dato fa riferimento a due diverse modalità di uso delle sostanze. Utilizzando termini volgari, queste due modalità possono così essere denominate: 1) classica o convenzionale; 2) da sballo.

Tralasciando la prima modalità classica che è stata oggetto della discussione di tutto questo articolo, si propone l'ipotesi che quell'uso saltuario, ma comunque abituale, che non interferisce con l'attività lavorativa, che si confina alla

notte del sabato, ma che ha talora conseguenze catastrofiche dirette (effetto avverso delle sostanze usate) o indirette (morte per incidente a seguito dell'alterazione della psiche conseguente all'uso) costituisca una modalità le cui dinamiche sono ben diverse da quelle sopra indicate. Questa seconda modalità è stata definita, rifacendosi al termine del gergo degli utilizzatori "da sballo".

Si tratta di un fenomeno relativamente nuovo che assume una dimensione importante al punto da richiedere l'adozione di una serie di provvedimenti finalizzati a cercare di prevenire le conseguenze delle "stragi del sabato sera". La teoria adleriana suggerisce allo psicologo individuale che questa tipologia abbia una dimensione e delle origini diverse rispetto ai classici Disturbi Correlati a Sostanze (DSM IV). Potrebbe esistere una correlazione tra la ricerca e il bisogno. La ricerca e il bisogno potrebbero avere a che fare con "forti emozioni", da produrre artificialmente, grazie alla forza acquisita in funzione dell'azione della sostanza e alla disinibizione fornita da questa. Dal punto di vista teorico il quadro caratteristico di questa modalità d'uso suggerisce l'esistenza di un'inibizione delle emozioni e di una resistenza a viverle, che si accompagna a una contemporanea esigenza di liberarsi dalle frustrazioni. La mèta perseguita sembra il prodotto di un valore "alto" (distorto) conferito alla capacità di sfida del pericolo, di esibizione, di emozione. L'enfasi attribuita dai mass-media alle forti emozioni, quali si possono osservare negli spettacoli, ma anche nel modo di fare cronaca, alimenta una falsa immagine di superiorità che sostiene lo "sballo" medesimo. Anche l'inibizione delle emozioni, la difficoltà delle relazioni, l'incapacità di vivere il piacere del quotidiano, di gustare quel continuo di sensazioni che si assaporano nel rapporto con il mondo, quando questo è esente da difese, potrebbe avere a che fare con questo bisogno di compensazioni "forti".

#### VI. *La dipendenza che cura*

Al termine di questa presentazione della dipendenza, carica di drammaticità, è doveroso ricordare che esiste una forma di dipendenza positiva, una potenzialità "fisiologica" di base, capace di innescare processi trasformativi e di cambiamento. Un chiaro esempio si trova nel rapporto madre-bambino, ma anche nel rapporto terapeuta-paziente; queste due relazioni offrono ricorrenti opportunità evolutive. Zimberg [38] afferma che il transfert può essere spostato su di una relazione di dipendenza che è necessaria, perché la terapia abbia successo. In un transfert di dipendenza il paziente è più recettivo alle indicazioni e ai suggerimenti della terapia. Anche Frances e altri [15] hanno osservato, nel trattamento degli alcolisti, che spostare la dipendenza da una sostanza chimica come l'alcol a un terapeuta, a un gruppo, è spesso uno dei passi fondamentali verso la soluzione della dipendenza dalla sostanza.

## Bibliografia

1. ACKERMAN, N. W. (1958), *The Psychodynamics of Family Life. Diagnosis and Treatment of Family Relationship*, tr. it. *Psicodinamica della vita familiare*, Boringhieri, Torino 1968.
2. ADLER, A. (1912), *Über der nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Astrolabio, Roma 1971.
3. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *La Psicologia Individuale – Prassi e teoria della Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1992.
4. ADLER, A. (1927), *Menschenkenntnis*, tr. it. *La conoscenza dell'uomo*, Newton Compton, Roma 1994.
5. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
6. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1964), *Superiority and Social Interest*, Northwestern University, Evanston.
7. BALZANI, A., MADEDDU, A., LOVATI, C. (1976-77), Breve rassegna di aspetti e interpretazioni psicodinamiche del “fenomeno” droga, *Riv. Psicol. Indiv.*, 6-7: 91-102.
8. BALZANI, A., MADEDDU, A., LOVATI, C. (1981-1982), Ricerca di supporto alla teoria dell'autostima quale causa dell'uso ed abuso di droghe del Dr. R. Steffenhagen, *Riv. Psicol. Indiv.*, 15-16: 65-74.
9. CIRILLO, S., BERRINI, R., CAMBIASO, G., MAZZA, R. (1996), *La famiglia del tossicodipendente*, Cortina, Milano.
10. COLKER, J. O., SLAYMAKER, F. L. (1984), Reliability of Idiographic Interpretation of Early Recollections and Their Nomotetic Validation with Drug Abusers, *Indiv. Psychol.*, 40: 36-44.
11. DREIKURS, R. (1932), Über rauschsucht und ihre individualpsychologische behandlung, *Biologische Heilkunst*, 13/36:
12. DREIKURS, R. (1969), *Children: The Challenge*, tr. it. *I bambini una sfida*, Ferro, Milano 1969.
13. DREIKURS, R., CASSEL, P. (1972), *Disciplina senza lacrime*, Ferro, Milano 1976.
14. ELLIS, A. (1978), *Reason and Emotion in Psychotherapy*, Lyle Stuart, New York.
15. FRANCES, R. Et Al. (1994), *Psicodinamica*, in GALANTER, M., KLEBER, H. D., *Trattamento dei disturbi da uso di sostanze*, Masson, Milano 1998.
16. FREUD, S. (1929), *Das Unbehagen in der Kultur*, tr. it. *Il Disagio della civiltà*, in FREUD, S., *Opere, 1924-1929*, Vol. 10, Boringhieri, Torino 1978.
17. FREUD, S., (1950), *Aus den Anfängen der Psychoanalyse Briefe and Wilhelm Fliess*, tr. it. *Le Origini della Psicoanalisi. Lettere a Wilhelm Fliess*, Boringhieri, Torino 1968.
18. GALANTER, M., KLEBER, H. D. (1996), *Textbook of Substance Abuse Treatment*, American Psych., Washington, Londra 1996.
19. HAFNER, J. L., FAKOURI, M. E., LABRENTZ, H. L. (1982), First Memories of “Normal “ and Alcoholic Individuals, *Indiv. Psychol.*, 38: 238-244.
20. LEWIS, J., CARLSON, J. (1996), Abuse treatment and Individual Psychology, in SPERRY, L., CARLSON, J., *Psychopathology & Psychotherapy: from DSM IV Diagnosis to Treatment*, Accelerated Development, Washington.

21. *Linee Guida di Comportamento Etico*, "Consulta delle Società Scientifiche e delle Associazioni professionali operanti nel campo delle Dipendenze Patologiche" (a cura di), Roma 16.11.1998.
22. MORENO M. (1976), I nuovi tossicomani, in *Psicoterapia e Critica Sociale*, Sansoni, Firenze.
23. MOSAK, H. H. (1990), Drug Addiction and its Individual Psychology Treatment, *Indiv. Psychol.*, 46: 208-215.
24. MOSAK, H. H. (1990), The Psychology of Alcoholism: Contribution of Dr. Alfred Adler, *Indiv. Psychol.*, 46: 217-224.
25. PAGANI P. L. (1998), *Le tecniche dell'incoraggiamento*, in SANFILIPPO, B. (a cura di), *Itinerari Adleriani*, Angeli, Milano.
26. PARACCHI, G. (1976), *Il Martello delle Streghe*, Emme, Milano.
27. PARENTI, F. (1983), *La psicologia individuale dopo Adler*, Astrolabio, Roma, 1983.
28. PARENTI, F. (1987), *Alfred Adler*, Laterza, Bari.
29. PIENKOWSKI, D., STEIN, H. T. (1998), Substance Abuse Diagnosis, Assessment & Treatment and Adlerian Perspective, *Distance Training in Classical Adlerian Psychotherapy* (Corso in cassette audio), San Francisco.
30. RADO, S. (1926), The Psychic Effects of Intoxication: Attempts at a Psycho-analytic Theory of Drug Addiction, *Int. J. Psycho-analysis*, VII:
31. SANFILIPPO, B., CANZANO, C. (1992), Psicoterapia e tossicodipendenza: dalla patologia alla creatività, in LUCCHINI Et AL. (a cura di), *Affrontare Tossicodipendenza e AIDS*, Alt, Milano.
32. SANFILIPPO, B., CUTRUFELLO, S. (1995), Alcool, motivazione e relazioni familiari, in LUCCHINI, A., ISA, L. (a cura di), *La malattia alcolica*, Poletto, Milano.
33. SCHAFFER H. (1976), *La psychologie d'Adler*, Masson, Paris.
34. SELVINI PALAZZOLI M., CIRILLO S., SELVINI, M., SORRENTINO A. M. (1989), *Family Games*, Norton, New York.
35. VON BERTALANFFY, L. (1968), *General System Theory. Funestino, Development, Application*, tr. it. *Teoria Generale degli insiemi. Fondamenti, sviluppo, applicazioni*, ISEDI, Milano 1971.
36. WATZLAWICK, P., BEAVIN, H., DON JACKSON, D. (1967), *Pragmatic of Human Communication. A Study of International Pattern, Pathologies and Paradoxes*, tr. it. *Pragmatica della comunicazione umana*, Astrolabio Ubaldini, Roma 1971.
37. WHITEHEAD, A. N., RUSSEL, B. (1977), *Introduzione ai "Principia Mathematica"*, La Nuova Italia, Firenze.
38. ZIMBERG, S. (1994), Psicoterapia individuale, in GALANTER, M., KLEBER, H. D., *Trattamento dei disturbi da uso di sostanze*, Masson, Milano 1998.

Alberto Anglesio  
Via Palmieri, 34 b  
I-10138 Torino

Guido Fulcheri  
Via Domodossola, 11  
I-10145 Torino

Biagio Sanfilippo  
Via Aselli, 32  
I-20133 Milano