

G.G. ROVERA - G. SCARSO - S. FASSINO - D. MUNNO

CONTRIBUTO A TRE PROBLEMI DELL'ESISTENZA: VITA, LAVORO, INTERESSE SOCIALE

I.

Con il presente contributo si propongono alcune osservazioni psicopatologico-cliniche sul fenomeno droga imperniate su particolari temi dell'Individual-Psicologia.

La nostra esperienza diretta si basa su un'osservazione di circa 300 soggetti tossicodipendenti seguiti per oltre tre anni e per un totale complessivo di oltre centomila prestazioni dirette. Parallelamente sono state condotte otto analisi individuali secondo la linea adleriana e sono altresì stati effettuati un centinaio di ricoveri in reparto specialistico, per una terapia di divezzamento. Le due ultime esperienze non saranno discusse in questa sede.

Fisseremo invece la nostra attenzione sull'attività prestata presso l'Ambulatorio per tossicodipendenti dell'Ospedale San Giovanni Molinette, afferente all'Istituto di Clinica Psichiatrica dell'Università di Torino, in cui operiamo ininterrottamente da oltre tre anni (Torre e coll.). Il Centro ha iniziato l'attività il 12 settembre 1978; da allora ha assistito, come s'è detto, 297 utenti, con terapia farmacologica incentrata sulla somministrazione quotidiana di dosi scalari di Metadone eventualmente integrata con altri psicofarmaci e sempre associata con colloqui psicologici d'appoggio.

A partire dall'8 marzo 1979 il metadone è stato dato per esclusiva via orale, mentre prima di tale data vi furono alcuni casi trattati per via intramuscolare ed endovenosa.

Per le difficoltà oggettive circa il rilevamento dei dati, specie da inadeguata collaborazione, non si è oggi in grado di interpretare in modo conclusivo la prognosi del centinaio di individui che dall'apertura del Centro ad oggi hanno ricevuto la cura metadonica e che poi non hanno più fruito del servizio. Si sta conducendo al proposito un'indagine catamnestica, la quale, da risultati non definitivi, deporrebbe per la notevole varietà dei decorsi: dalla sospensione totale dell'eroina, alla ricaduta, all'uso saltuario della stessa.

Sembra inoltre di poter sottolineare una diversità di livello fra quello che era la richiesta avanzata un tempo dai tossicodipendenti e l'approccio medico-psicologico adottato. Le risposte terapeutiche da parte del «gruppo

curante» non coincidevano con le «domande-bisogni» (Bonnet-Pons) del tossicomane volte quasi esclusivamente a ricevere la dose per coprire lo stato di carenza «fisica». I colloqui mirati ad un approfondimento della situazione psicopatologica non erano in genere accettati, salvo in rari casi maggiormente motivati per un intervento più incisivo.

La nostra esperienza ci porta a ritenere che in un primo periodo sembra più opportuno effettuare una strategia di trattamento a livello situazionale, soprattutto volto a migliorare la condizione psicologica, sociale e lavorativa dell'utenza.

A distanza di tre anni il setting terapeutico si sta modificando nel senso che un certo «assestamento» psicosociale del tossicomane favorisce l'emergere di richieste di un approccio relazionale più approfondito. Solo in un terzo momento ed a certe condizioni di motivazione e di «tenuta» si possono eventualmente affrontare le dinamiche conflittuali più profonde. Tali sono la direzione e le finalità terapeutiche che appaiono proponibili nel contesto in cui si opera.

Da quanto detto risulta che di fronte al miglioramento della situazione somatica e dell'adattamento sociale dei soggetti persiste un notevole disagio psicologico generatore dello stato di tossicodipendenza, specie da metadone, sulla cui cessazione completa e stabile il reperto ci appare oggi essere piuttosto raro e non ben documentabile.

Si ritiene inoltre opportuno sottolineare che, accanto e alternativamente a quelle ricordate, si hanno altre forme di intervento che oggi sono per lo più delegate ad istituzioni o ad iniziative private e che dovrebbero essere consigliate in una strategia globale della prevenzione e del trattamento.

II.

Intendiamo qui esaminare la nostra casistica lungo le direttrici che si riferiscono a tre problemi fondamentali della esistenza secondo la Psicologia Individuale, e cioè:

- a) la vita affettivo-sessuale;
- b) il lavoro;
- c) l'interesse sociale.

A) A proposito della vita affettivo-sessuale del tossicodipendente abbiamo approfondito alcune tematiche attraverso una serie di colloqui mirati sessuologicamente (Rovera e coll.). Il campione è di 27 soggetti (su un gruppo di 297) scelti con random: di questi 25 sono di sesso maschile e 2 di sesso femminile, con una età media di 23 anni (il rapporto maschi e femmine tra gli assistiti è di 9 a 1). Al momento della raccolta del campione, 17 soggetti frequentavano l'ambulatorio, talora in modo continuativo, da più di un anno; 6 erano in terapia da circa sei mesi; 4 erano al loro primo incontro.

L'indagine clinica si è basata su dati emergenti da colloqui singoli. Ci siamo serviti di un questionario-traccia elaborato in precedenza ed inserito intenzionalmente in modo informale nei colloqui psicologici.

Il maggior problema che abbiamo dovuto affrontare in via preliminare è stato sul metodo della ricerca. È risaputo che i questionari intervista spesso sono eludibili dalle difese dei soggetti (Gilli) ed anche da resistenze di tipo relazionale, quali possono risultare da un rapporto talora manipolativo com'è quello che si instaura tra tossicodipendente e medico fornitore di oppiacei.

In particolare ci siamo rifatti alle osservazioni effettuate da Goldstein, Kant, Hartman (1973), anche se la nostra indagine si situa in un ambito particolare, in quanto non è possibile dimenticare il «negoziato» che, al momento della somministrazione della sostanza, introduce un parametro assai ambiguo nel rapporto medico-tossicomane. L'attuale ricerca va interpretata con altri due strumenti di ricerca: il R.R.T. ed il T.I.P.E.

Per quanto riguarda il primo reattivo, il Ranking Rorschach Test, già si è riferito in un precedente lavoro (Rovera, Fassino, Munno, Scarso, Torre, 1980). Il secondo test che stiamo oggi applicando, stimola l'immaginario erotico, ma è anche a nostro avviso uno strumento valido per far emergere problematiche a livello dei rapporti interpersonali.

Le nostre osservazioni sono qui sintetizzate in cinque punti:

1) A livello di performance, cioè di alterazioni quantitative delle condotte sessuali (Kaplan, 1974; Rovera, 1976), si è potuto rilevare una notevole diminuzione dell'attività autoerotica in conseguenza dell'uso di sostanze oppiacee in generale (dall'88 al 40%). Variazioni non significative si sono osservate a proposito dell'attività eterosessuale nel periodo successivo allo stabilirsi della «dipendenza» dalla sostanza (dal 96 al 91%). Si è invece notata una notevole riduzione di episodi di eiaculazione precoce successivamente all'uso di oppiacei (dal 23 al 12%); parallelamente sono aumentate le situazioni di eiaculazione ritardata (dal 9 al 79%) e così pure le disfunzioni erettive e le insufficienze organistiche secondarie (dal 4 al 12%).

2) Per quanto concerne il giudizio soggettivo espresso dai tossicomani stessi sulla propria attività sessuale si desume che essi vivano la stessa in senso negativo durante i periodi di massimo consumo di eroina: ciò sembrerebbe in relazione sia all'azione esercitata da questa sull'organismo, sia ad eventuali sindromi di carenza, sia al mutamento imposto al comportamento generale dalla costante ed affannosa ricerca della «roba».

L'impiego terapeutico di metadone sembrerebbe permettere un miglioramento del vissuto soggettivo della vita sessuale da parte del tossicomane, e ciò per tre motivi:

a) in quanto il soggetto non è ingoiato nel giro della droga ed ha quindi più tempo storico e spazio psicologico per rapporti interpersonali;

b) la somministrazione del metadone per os pone il tossicodipendente al di fuori di una dimensione «obbligatoria» del «buco»;

c) l'assenza di flash da metadone, in quanto assunto per via orale, può favorire una ricerca del piacere orgasmico ed un eventuale reinvestimento libidico sul partner.

3) A livello di eventuali variazioni qualitative abbiamo riscontrato, soprattutto per ciò che concerne l'omosessualità, una irrilevante diminuzione dopo l'uso continuativo di oppiacei. Anche questo dato deve essere collaudato da successive ricerche.

4) Dall'analisi del nostro campione risulterebbe che la maggioranza dei tossicodipendenti distingue chiaramente, almeno a livelli di esperienza soggettiva, l'orgasmo sessuale dal cosiddetto «orgasmo farmacotimico» (Di Maio); in genere l'individuo dice di preferire il primo qualora non sia in stato di carenza. Il flash pare dia «reazioni» più intense e per taluni anche più soddisfacenti (specie se la droga iniettata è la cocaina).

A tale riguardo si sottolinea che questo dato dovrebbe venire confermato da ulteriori studi, indirizzati verso una più approfondita analisi dell'«aggettivazione» sessuale.

5) Per quanto concerne gli aspetti relazionali ci limitiamo qui a rilevare alcuni aspetti più evidenti emersi dall'indagine: tra questi la preferenza che i tossicodipendenti hanno per partners non dediti alle droghe, nonché una maggior difficoltà ad attuare relazioni affettive stabili osservate in conseguenza all'uso continuativo di oppiacei.

Ciò sottolinea in modo evidente un nodo molto significativo della trama esistenziale tossicomana: i problemi inerenti alla vita sessuale non sono tanto riferibili alla performance, quanto al desiderio ed al piacere. Soprattutto emerge con chiarezza la difficoltà di rapporti affettivi interpersonali. È su questi aspetti che si sta incentrando il proseguimento della nostra indagine.

B) Circa il tema del lavoro è indubbio che il tossicodipendente riveli la sua angosciante conflittualità anche su questa problematica; e ciò per vari motivi. Ne citiamo alcuni.

1) L'uomo passa la maggior parte della sua esistenza attiva al lavoro: ciò può essere autoaffermativo, ma comporta uno sforzo ed una fatica che spesso mobilizzano più frustrazioni che gratificazioni.

2) Per mezzo del lavoro l'individuo si integra nella società e ciò soddisfa i suoi bisogni di appartenenza e di sicurezza. Egli acquisisce anche la possibilità di scambiare dei beni materiali i quali sono contemporaneamente il supporto ed una condizione del suo adattamento sociale (Sivadon e Amiel).

3) Il lavoro è quasi sempre un'attività che mette in gioco i più diversi e i più complessi rapporti umani e legami psicologici. In esso possono entrare in gioco la molteplicità delle strutture e dei sentimenti sociali: le dinamiche di gruppo, l'istituzione, le gerarchie, il sindacato, la professione, l'appartenenza ad una subcultura sociale, politica, religiosa, le amicizie, le inimicizie personali.

Com'è possibile che questo intreccio di tematiche complesse si realizzi adeguatamente o raggiungano certi livelli nei tossicodipendenti?

La nostra casistica rivela che il 74% dei soggetti era occupato prima di usare oppiacei; tale percentuale è scesa al 20% durante il periodo di massimo consumo di eroina ed è risalita all'81% con l'instaurazione della terapia metadonica. Questi dati sottolineano un notevole disadattamento lavorativo dovuto ad una serie di fatti che non si riferiscono in genere alle comuni nevrosi ed ai quadri psicosomatici «da lavoro».

1) In particolare possiamo registrare una demotivazione al lavoro: basti pensare alla divaricazione a forbice tra guadagno da attività lavorativa ed esigenze di denaro per bucarsi.

2) Un disadattamento all'ambiente di lavoro, riferibile ad una molteplicità di aspetti, tra i quali citiamo:

a) difficoltà sia verso il gruppo dei colleghi che verso i superiori. Il tossicomane in fase di sballo è inefficiente, in fase di carenza è aggressivo. Non gli si può affidare responsabilità di lavoro.

b) Difficoltà circa l'adattamento ai tempi operativi: orari, cadenze di lavoro, ritmi di gestione, assenteismo, malattie intercorrenti.

c) Difficoltà rispetto all'adattamento all'oggetto (pericolosità dell'utensile, ecc.).

Tutto ciò riduce la gamma delle possibilità di trovare una occupazione in una società prevalentemente industriale com'è la nostra.

3) Disadattamento sociale al lavoro.

Il tossicodipendente dice: questa società «non va e non mi va». Un nostro paziente sosteneva che invece di cercare di curarlo sprecando tempo e denaro, sarebbe stato più opportuno erogargli L. 100-200.000 il giorno perché egli avrebbe saputo come spenderle, cioè bucarsi.

4) Bisogna inoltre considerare il problema del tossicomane di fronte al non lavoro.

Il tossicomane nella sua distorta volontà di potenza e nella sua regressione psicologica non solo non riesce più a lavorare, ma non riesce nemmeno più a divertirsi, a svagarsi.

Il detto di Shaw: «L'uomo dispone del suo tempo per farne quello che desidera: la libertà è lo svago» è un paradosso per il tossicomane. Infatti mentre troppo spesso non esiste più un tempo per il lavoro, quasi sempre non esiste più il tempo per le attività ludiche e ricreative.

Dal nostro questionario-traccia risulta che l'81% dei soggetti aveva degli hobbies prima di iniziare l'assunzione di oppiacei, mentre tale percentuale era scesa al 37% a tossicodipendenza conclamata.

Tutta la modalità temporale è in casi gravi impiegata alla ricerca della droga. Il soggetto è un forzato a tempo pieno, completamente disinserito, non diciamo dal ciclo produttivo (questa potrebbe essere una considerazione riduttiva), ma dal ciclo vitale.

Il metadone ha ridotto notevolmente l'angoscia della mancanza della «sostanza» permettendo, nei nostri casi, un reinserimento nelle attività lavorative per una percentuale del 74%. Questa percentuale va comunque considerata nella globalità del tema esaminato.

C) Molto importante appare l'indagine sul sentimento comunitario e sull'interesse sociale del tossicomane. Questo discorso appare articolato su molti punti.

1) Una pseudo facilitazione ai contatti sociali. Questi vengono ricercati quasi sempre a livello strumentale (lo spaccio di droga). Si creano gerarchie tra i tossicomani a seconda del grado di dipendenza ed all'insegna del tanto peggio, tanto meglio.

2) V'è una pressoché costante accusa alla società che non permette una liberalizzazione della droga. Contemporaneamente v'è la richiesta di assistenza sanitaria: immediata, gratuita e globale tranne paradossalmente unita a dichiarazioni di principio circa la non patologicità dello stato di tossicodipendenza.

3) È difficile che tra drogati si instaurino amicizie profonde, mentre non di rado si riscontrano rapporti a tipo «dipendenza» o sodalizi a tipo «mutua assistenza».

4) V'è un notevole aumento della criminalizzazione, della prostituzione, del furto domestico; le menzogne sono all'ordine del giorno e non sono solo del tipo «autoprotettivo», ma anche fantastico-compensatorio.

5) Di fronte alla compromissione del sentimento sociale sembra pertinente porre il quesito se tale deficit possa costituire un segnalatore semeiologico di una grave situazione di «scoraggiamento».

In effetti un recupero del sentimento sociale va di pari passo ad una ritrovata forma embrionale di coraggio: di vivere, di affrontare le frustrazioni derivate da una conflittualità profonda e dalla vita quotidiana, di mascherare le mète fittizie rinforzate dall'uso della droga, intesa non di rado come una fittizia mèta idealizzante (Rovera, 1981).

III.

Quali brevi considerazioni in riferimento alla esperienza condotta si rileva l'estrema difficoltà di un recupero clinico e strutturale di quei tossicodipendenti che sono entrati nel «giro della droga». Ne è anche prova la messa in discussione dei modelli di trattamento che vengono oggi variamente contestati, specie se comprendono la cura metadonica, senza che peraltro si giunga ad una chiara strategia integrata.

Sotto il profilo dell'approccio psicologico, dai nostri dati emerge che, a parte casi eccezionali, in cui si può offrire ed attuare una psicoterapia del profondo peraltro assai problematica (cfr. anche Rossi), la quotidiana fornitura di presenza con consapevolezza controtransferale sia in concreto l'intervento proponibile e quello che permette — nelle attuali condizioni di setting — una eventuale lentissima variazione positiva dello stile di vita del soggetto.

Un trattamento appropriato dovrebbe già peraltro iniziare a livello di prevenzione primaria, ove si pensi che i 20.000 tossicomani in Italia di due anni fa, sono ormai più che raddoppiati. Anche per ciò che concerne la sottocultura della droga — ad esempio circa il rapporto tra soggetto

e sostanza; tra società e soggetti tossicodipendenti ecc. — si assiste oggi ad una continua variazione del problema (Parenti e coll., 1978).

Ciò pone una serie di quesiti che vanno oltre il campo del presente contributo: ci sembra tuttavia che la linea adleriana consenta valide modalità di approccio e specifica consapevolezza di intervento lungo fasce non solo personali ma anche a livello familiare, scolastico e sociale.

★ ★ ★

BIBLIOGRAFIA

- ADLER A. (1920): « La Psicologia Individuale », Newton Compton, Roma, 1970.
- BONNER Y., PONSÌ M.: « La domanda nei servizi psichiatrici », *Psicoter. e Scienze Umane*, I, IV, 56-81, 1981.
- DI MAIO D. e Coll.: « Le tossicomanie giovanili », *Il Pensiero Scientifico*, Roma, 1976.
- GILLI G.A.: « Come si fa ricerca », Mondadori, Milano, 1971.
- GOLDESTEIN M., KANT K., HARTMAN J. (1973): « Pornografia e comportamento sessuale deviante », Giuffrè, Milano, 1978.
- PARENTI F., PAGANI P.L., FIOREZZOLA F.: « La droga: un plagio », *Riv. Psicol. Indiv.*, 6, 9 (8-21), 1978.
- ROSSI R. e Coll.: « Terapia della droga: illusione o realtà », *Il Pensiero Scientifico*, Roma, 1975.
- ROVERA G.G.: « Psicologia Individuale e Antropologia culturale », in: « Psicoterapia e Cultura », *Il Pensiero Scientifico*, Roma, 1976.
- ROVERA G.G.: « Mete fittizie e metanoia », in: « Finalità della Psicoterapia » a cura di V. Volterra, Patron, Bologna, 1981.
- ROVERA G.G., FASSINO S., MUNNO D., SCARSO G.: « A proposito della sessualità nei tossicodipendenti », *Riv. Sessuologia*, 3, 205-213, 1981.
- ROVERA G.G., FASSINO S., MUNNO D., SCARSO G., TORRE E.: « Utilizzazione del Ranking Rorschach Test in tossicodipendenti », *Minerva Psichiatrica*, 21, 1980.
- SIVADON P., AMIEL R. (1969): « Psicopatologia del lavoro », Astrolabio, Roma, 1974.
- TORRE M., ROVERA G.G., FASSINO S., MUNNO D., SCARSO G.: « Considerazioni circa due anni di attività dell'ambulatorio per le tossicodipendenze afferente all'Istituto di Clinica Psichiatrica dell'Università di Torino », *Assessorato alla Sanità, Regione Piemonte*, 1980.