

COMUNICAZIONE D'APERTURA

FRANCESCO PARENTI

PIER LUIGI PAGANI

L'ADOLESCENTE DROGATO COME PAZIENTE DI PSICOTERAPIA

La crescente incidenza delle tossicomanie giovanili e il frequente ricorso, spontaneo o indotto, a un trattamento psicoterapeutico per questo problema da parte di soggetti in età adolescenziale stanno delineando, per gli analisti, una nuova figura di paziente con caratteristiche tanto peculiari e "diverse" da richiedere radicali modifiche nell'inquadramento operativo e prognostico dei casi, rispetto alle altre tematiche sino a un recente passato prevalenti.

Abbiamo ritenuto interessante portare a questo congresso alcuni dati desunti dalla nostra esperienza professionale nel settore specifico, con la speranza che le nostre osservazioni siano utili ai colleghi come termine di confronto e contribuiscano a prospettive di soluzione almeno parziali per uno dei più gravi problemi sociologici del nostro tempo. Ci ha sollecitati a intervenire sulla questione anche il particolare coinvolgimento emotivo che abbiamo provato nel corso di processi terapeutici assai più avari di gratificazioni rispetto alla corrente patologia nevrotica, già largamente collaudata da quasi scontate esperienze di successo. Nel trattare le tossicomanie degli adolescenti, infatti, abbiamo vissuto l'esperienza scoraggiante di combattere contemporaneamente su due fronti: all'abituale lotta condotta assieme al paziente-alleato contro le sue finalità inconscie, si aggiungeva qui la necessità di affrontare avversari ben più terribili e agguerriti, coloro cioè che, nell'ambiente sociale, conducevano contro di noi, con ogni mezzo, una criminosa azione di plagio.

Non affronteremo comunque in questa sede il fenomeno droga nelle sue linee generali (per cui rinviamo a un nostro lavoro pubblicato sull'ultimo numero della Rivista di Psicologia Individuale (1)), ma ci

(1) F. Parenti, P. L. Pagani, F. Fiorenzola: "La droga: un plagio. Contributo alla revisione di alcuni luoghi comuni sulle tossicomanie giovanili". Rivista di Psicologia Individuale, N. 9, Milano, settembre 1978.

limiteremo a sviluppare i temi dinamici e metodologici riguardanti l'analisi.

Soggetti considerati

Gli elementi che riferiremo riguardano pazienti di età variabile fra i 12 e i 18 anni, senza preferenziali incidenze per quanto riguarda la condizione socio-economica, in prevalenza studenti, in percentuale minore lavoratori e privi di occupazione, egualmente distribuiti fra i due sessi.

Abbiamo preso in esame ogni tipo e ogni livello delle tossicomanie, acquisendo dati da consumatori abituali e sporadici di: eroina, morfina e morfinosimili, cocaina, acido, canapa e suoi derivati, amfetaminici, solventi, sostanze volatili e preparazioni estemporanee varie.

Le informazioni che riporteremo non si riferiscono solo a casi in cui il trattamento ha avuto un approfondito e continuativo sviluppo, ma anche a quelli caratterizzati da semplici colloqui preliminari o da interruzioni, poiché queste situazioni ci sono sembrate pur sempre una forma di approccio meritevole di critica.

Modalità e condizionamenti dell'accesso all'analisi

Una percentuale sensibile dei soggetti in esame è giunta al terapeuta in seguito a consigli, pressioni o imposizioni da parte dei genitori o di altri familiari. Ciò ha comportato una notevole percentuale di resistenze, quantitativamente e qualitativamente variabili da un'aperta ostilità a una collaborazione fittizia e non coinvolta come copertura di un astensionismo di fondo, a una disponibilità perplessa e difesa.

Altri ragazzi sono stati sollecitati dal medico curante. In tali casi le resistenze sono state meno drastiche e quasi mai palesamente polemiche, con una gamma dinamica oscillante dall'ambivalenza diffidente all'accettazione parzialmente inibita. Altre volte ancora il consiglio del medico è stato un fattore di liberazione per una scelta già pensata e quindi più spontanea. Analogo è l'inquadramento critico dei giovani avviati al trattamento psicologico dall'intervento di un insegnante. Ancora minore è stata l'incidenza delle difese nei soggetti positivamente influenzati da coetanei, sia che questi fossero già reduci da una situazione analoga, sia che fossero immuni dalla droga. L'aderenza

psicologica agli amici consiglieri è risultata direttamente proporzionale al grado della loro affinità nel costume e nell'ideologia professata.

Vi sono state poi scelte del tutto spontanee, con un'incidenza ovviamente molto più bassa delle resistenze. Alcune decisioni autonome, comunque, hanno rivelato in seguito il carattere di reazioni a circostanze esterne: soprattutto la morte per droga di qualche amico o conoscente e la comparsa sulla scena emotiva di un nuovo partner amoroso non tossicomane, nei confronti del quale il fatto di essere drogato avrebbe rappresentato una devalorizzazione.

Poiché per noi la consulenza giuridica è un'attività solo occasionale, abbiamo registrato un'incidenza limitata di giovani spinti all'analisi dal bisogno di ottenere una protezione legale per un processo pendente. È ovvio che si siano osservate in questa sede delle inibizioni autodifensive, in genere però non clamorose per il nostro ruolo di consulenti di parte e non d'ufficio.

Teniamo a precisare che il verificarsi di blocchi o di ambivalenze iniziali verso il terapeuta ha determinato solo in qualche caso l'impossibilità di continuare l'analisi. Non rari sono stati infatti i pazienti che si sono resi conto sul tempo della nostra posizione solidale, decidendosi a cooperare. Sottolineiamo ancora che "collaborazione analitica" non significa superamento della tossicodipendenza, ma solo disponibilità a interpretarne il significato profondo e a dividerne la sofferenza. Della prognosi psicologica "quoad valetudinem" parleremo più avanti.

Finalità del paziente

Analizzeremo qui sinteticamente le più comuni motivazioni di fondo al trattamento nei giovani tossicomani che lo hanno accettato, collaborando con emotività almeno al rapporto interpersonale nella situazione psicoterapica. Escluderemo pertanto i casi in cui l'inserimento nell'analisi è stato vissuto unicamente come "alibi", ossia come artificio di superficie diretto a placare presumibili interventi della famiglia, limitativi della libertà personale e delle scelte anticonformiste di costume, incluso il consumo di droghe.

Alcuni pazienti hanno mostrato, sin dall'inizio o nel corso dell'iter terapeutico, che la loro scelta era sentita, ma molto riduttiva come scopo finale. Essi provavano realmente il bisogno di un aiuto affettivo e di una solidarietà amichevole, generica o anche per il problema specifico, ma non desideravano davvero liberarsi dal fantasma della droga.

Questo era ormai tanto compenetrato nel loro stile di vita da rappresentare un elemento indispensabile per ogni piano di esistenza. Alla base del fenomeno si configurava o un vissuto pseudoeroico, inalienabile come soluzione valorizzatrice per una debolezza di base, o una rassegnazione autodistruttiva alla decadenza abulica o la necessità emozionale di permanere in un gruppo inesorabilmente tarato. Il quadro era comunque vissuto come almeno parzialmente frustrante o come fonte di terrore tanatofobico e necessitava pertanto di un sostegno compensatorio.

Altri giovani si sono avvicinati all'analista per sottoporgli un problema precedente all'assunzione della droga e non ancora risolto, nel cui ambito risiedevano spesso le ragioni profonde della scelta tossicomaniaca, facilitata poi da interventi esterni di contagio. Questo tipo di paziente è risultato il meglio trattabile sul piano psicologico, con una più ampia apertura di prognosi. La soluzione del conflitto di partenza, infatti, avrebbe neutralizzato gli scopi della compensazione morbosa. L'abitudine alla droga, ormai radicata come riflesso comportamentale autonomo e sganciata dalle cause primarie, ha rappresentato però talvolta un ostacolo insormontabile, protraendosi anche dopo il superamento dello stimolo di base.

Una parte dei tossicomani, infine, ha dimostrato chiaramente di aver fatto una scelta contro la droga, in ambivalenza con l'incapacità di attuarla senza un aiuto psicologico.

La tendenza a mentire del tossicomane come problema di analisi

La censura o la modifica di alcuni contenuti per autodifesa è un fenomeno che si osserva correntemente nei soggetti in psicoterapia: nella maggior parte dei casi come manifestazione guidata dall'inconscio e in una parte minore come fatto consapevole. Negli adolescenti tossicomani, però, la menzogna pertinace e cosciente assume incidenze tanto rilevanti da caratterizzare in modo clamoroso la categoria. Le principali ragioni di questo tratto comportamentale ci sembrano, in sintesi, le seguenti:

- 1) Il giovane drogato ha consuetudine, amicizia e legame di subordinazione con gli spacciatori o è lui stesso uno spacciatore. Poiché lo smercio di droga è un reato, egli acquisisce perciò un orientamento difeso e sospettoso verso l'ambiente, tipico di ogni criminale.

2) Il giovane drogato ha in genere una personalità debole e insicura, che lo costringe a un atteggiamento iperdifeso nei rapporti interpersonali, bene avvertibile anche quando si maschera con una protervia scontrosa di superficie.

3) Il giovane drogato deve nascondere il suo vizio, la sua continuazione o le sue recidive alla propria famiglia, per timore delle punizioni, di perdite della libertà personale o della cessazione di vantaggi economici contingenti.

4) Il giovane drogato, per le motivazioni sopra esposte, è portato, almeno all'inizio della terapia, a inquadrare anche l'analista come braccio della famiglia e della società e quindi a strutturare nei suoi confronti difese basate sulla menzogna.

5) Il giovane drogato compensa la sua insicurezza con l'evasione dalla realtà offertagli dalle sostanze tossiche. Tale linea direttrice si estende spesso oltre il fatto specifico, inducendo il soggetto a pseudovalorizzazioni eroiche mediante la mitomania, il che rappresenta una forma di menzogna ancor più grave sul piano psicopatologico.

6) Il giovane drogato, anche quando collabora attivamente con il terapeuta e segue in linea di massima le scelte di vita con lui concordate, è quasi inevitabilmente vittima di almeno sporadici ritorni alle distorsioni comportamentali. Queste falle nella sua collaborazione provocano in lui vergogna e senso d'inferiorità tanto forti da spingerlo a nascondere o ad alterare alcuni episodi del suo vissuto attuale.

Da quanto abbiamo esposto discende che l'analisi dei giovani drogati deve effettuarsi elaborando anche una certa percentuale di dati falsi e incompleti. L'analista, poi, quando si accorge di lavorare su materiale fittizio, deve procedere con estrema delicatezza nell'affrontare il problema con il paziente, per non provocare in lui contro-reazioni ostili tanto intense da inattivare il trattamento. La conquista progressiva e sofferta della sincerità nel soggetto analizzato costituisce un obiettivo di grande importanza. Un valido presupposto per giungere a questo fine è il prospettarsi assieme come persona solidale, meritevole di confidenza e non complice nella deviazione, ma anzi critica verso di essa.

L'autoconvincimento del diritto a ricevere come tratto specifico dell'adolescente drogato

Una sensibile percentuale di operatori medici e paramedici, specie in campo ospedaliero, palesa resistenza, irritazione o addirittura ostilità

verso i giovani tossicomani. Persino alcuni psicoterapeuti rifiutano di prenderli in cura. Tale fenomeno deriva, a nostro parere, soprattutto da una caratteristica comportamentale di questa categoria di pazienti. Essi infatti evidenziano molto presto una tendenza alla rivendicazione polemica, ad esigere accusando in ogni settore. E coloro che accettano di dare senza ricevere gratitudine, o con la contropartita frustrante del disprezzo, sono ben pochi. Molti drogati in effetti esigono aggressivamente, con atteggiamento anche minaccioso, la prescrizione di farmaci sostitutivi o un determinato trattamento durante eventuali degenze. Il loro approccio con i sanitari, con gli infermieri o con gli operatori sociali assume talora toni protervi, accusatori, direttamente o indirettamente colpevolizzanti. Questo stile di sfida è abitualmente più attenuato nei rapporti accettati con lo psicoterapeuta, poiché la sua manifestazione integrale varrebbe come implicito rifiuto del trattamento. La segnalazione polemica di una serie di esigenze intese come diritto compare comunque spesso nel corso dell'analisi e si accompagna a una semantica irritante, anche se non rivolta specificamente verso l'analista.

Ci sembra che questo tratto d'azione e di comunicazione esasperati un'impronta generale, presente a livello minore nelle ultime generazioni giovanili. Essa nasce, come abbiamo già rilevato in altra sede, da modelli educativi nel contempo ipergratificanti e frustranti, che danno agli adolescenti la falsa impressione di essere meritevoli di sostituire, nella gestione del potere, gli adulti, che però continuano nei fatti a gestirlo.

Circa le ragioni per cui l'adolescente tossicomane accentua con aggressività il suo presunto diritto a ricevere, possiamo formulare le seguenti ipotesi:

1) Il giovane che si droga è quasi sempre un individuo debole, emotivamente a livello infantile, con le caratteristiche tipiche del bambino viziato. La dipendenza dalle sostanze tossiche lo fa ulteriormente regredire e lo conduce ad elaborare qualcosa di analogo al "pianto cattivo" con cui nell'infanzia si esige l'osservanza di una promessa non mantenuta.

2) Il giovane che si droga configura il suo vizio come una finzione eroica e maschera quindi la sua insicurezza con una recitazione di superiorità emarginata. La tenuta di questo artificio, per lui indispensabile, è legata all'obbligo di disprezzare i "cosiddetti normali". Di qui l'impossibilità di manifestare una gratitudine che farebbe crollare tutto l'edificio compensatorio.

3) Il giovane che si droga finisce per assumere, come si è visto, una

mentalità criminale. Egli è pertanto sospettoso e guardingo tanto da diffidare persino di chi lo gratifica. Per giustificare la sua devianza, egli è costretto inoltre a ipercolpevolizzare la società.

Tutte queste componenti dello stile di vita dei tossicomani non possono certo essere considerate, nell'ambito della psicoterapia, come obiettivi da punire. L'impegno di solidarietà affettiva non deve però indurre l'analista alla complicità rinunciataria, poiché lasciare inalterati questi dinamismi significherebbe cronicizzare una sofferenza da emarginazione. Vale, a questo proposito, la classica linea di recupero adleriana: dimostrare con pazienza all'analizzato che le sue compensazioni sono improduttive e fittizie, avviandolo con gradualità verso un'autonomia almeno parziale.

Transfert e controtransfert

Per transfert, lo precisiamo subito, intendiamo una serie di modalità di rapporto emotivo che il paziente struttura verso il terapeuta nel corso di un'analisi accettata e sufficientemente protratta. Escludiamo pertanto da questo paragrafo le reazioni iniziali di rifiuto a un trattamento non scelto o addirittura imposto.

Con l'esclusione di cui sopra, mancano nella nostra casistica specifica esempi di transfert negativo tanto intenso da inattivare il trattamento. Ciò non significa affatto una registrazione costante di successi circa il problema droga. In alcuni casi siamo riusciti a stabilire un ottimo rapporto transferale, con un ruolo sintomatico di rassicurazione affettiva e di scarico contingente dell'ansia, senza che ciò comportasse purtroppo l'abbandono definitivo della droga. In altri casi, invece, il transfert è stato una premessa per il recupero. La nostra figura è stata vissuta in prevalenza non in chiave genitoriale, ma come quella di un amico capace di comprendere e di restare solidale, anche se su posizioni diverse. Le manifestazioni di transfert negativo, in genere occasionali e di breve durata, erano più spesso legate alle seguenti tematiche:

- vergogna del paziente per sue recidive, trasformata per compenso in aggressività transitoria;
- reazioni oppositive alle critiche su settori lesivi e antisociali dell'ambiente, vissuti invece dal soggetto in chiave idealizzata;
- ripiegamenti depressivi, carichi della tipica componente accusatrice e scontrosa;

- eventuali e settoriali coincidenze delle opinioni del terapeuta con quelle dei genitori del soggetto, avversate per assunto.

Secondo la nostra prassi abituale, non abbiamo mai ritenuto necessario effettuare un'analisi del transfert positivo e abbiamo sempre invece ritenuto indispensabile interpretare il transfert negativo sino a una sua soluzione.

Il trattamento dei drogati comporta con una certa frequenza pericoli di controtransfert negativo. Le ragioni sono già state da noi sottolineate nell'analisi del comportamento irritante, polemico e rivendicativo del giovane tossicomane. Entrano in causa qui anche le tematiche di conflitto fra due generazioni, di cui quella matura si sente frustrata per la perdita di ruolo e quella giovanile si sente frustrata, talora inconsapevolmente, per la carenza di una guida o almeno di un termine di confronto credibile. Il controtransfert negativo può comportare arroccamenti autodifensivi su posizioni fredde e troppo tecniche, poiché le reazioni direttamente aggressive non sono neppure pensabili in un terapeuta con una buona preparazione analitica. In noi può strutturarsi legittimamente la trattazione polemica e pubblica di un problema (che prende corpo ad esempio in questa comunicazione), ma non il rapporto polemico con un paziente, quale sia il suo atteggiamento nell'analisi. Ancora lungo una linea adleriana, pensiamo che la prevenzione del controtransfert negativo debba basarsi sull'obbligo di una posizione "transgenerazionale" dell'analista e nel suo impegno verso una conquista affettiva del soggetto, il cui raggiungimento rappresenta sempre la più grossa fonte di appagamento professionale.

Non ci è parso che questo tipo di trattamento abbia presentato maggiori incidenze di preoccupazione per quanto riguarda gli eccessi di transfert, affettivizzati o erotizzati. Il controllo e l'incanalamento non traumatico dell'erotizzazione sulla via di un legame affettivo non morbosizzato non offrono in genere, per i giovani tossicomani, particolari problemi rispetto alla normale prassi analitica. L'intensità del transfert apre se mai più ampie garanzie di recupero, poiché in tali casi il paziente tiene a ben figurare gratificando il terapeuta.

Più seri pericoli scandisce invece la morbosizzazione del controtransfert, specie negli operatori non preparati o addirittura improvvisati, nell'ambito ad esempio delle iniziative spontaneistiche. L'adolescente drogato, infatti, tende a coinvolgere chi vuole redimerlo, specie nell'uso di droghe minori, presentato come rituale di affratellamento. Siamo pertanto contrari all'abitudine, che si va estendendo, di far seguire a lungo e in profondità giovani tossicomani da parte di persone non

collaudate sul piano analitico, il cui aiuto può essere per contro largamente e con minore incidenza di rischio acquisito nell'operatività pragmatica di superficie.

Apporti e interferenze ambientali

La psicoterapia dell'adolescente drogato non può prescindere dalla situazione familiare, sia perché in essa si nascondono talvolta i fattori della recettività personale, sia perché i dinamismi della famiglia continuano a interagire, e spesso in modo negativo, con il trattamento. È sempre indispensabile, per la strutturazione e il mantenimento del transfert, che l'analista si presenti come consulente del soggetto e offra le garanzie del segreto professionale. Se possibile, e con l'esclusione dell'impegno etico a segnalare gravi e reali rischi che un minore può correre, gli eventuali colloqui con i genitori devono essere tenuti con il consenso e nei confini concordati con il giovane paziente, soprattutto per quanto riguarda eventi affettivi e sociali estranei al problema droga. Sebbene la collaborazione dei familiari possa risultare preziosa per la soluzione di conflitti predisponenti, l'adolescente deve essere condotto con gradualità verso un'autonomia critica, tale da consentirgli l'abbinamento dell'affettività all'indipendenza di giudizio.

Le interferenze della famiglia sono a volte scoraggianti. I due errori più clamorosi dei genitori, diametralmente opposti, consistono in una generale punitività iperaggressiva, estranea al fenomeno droga e al problema delle compagnie dissociali, che impedisce la scelta di compensazioni sostitutive, e in un patetico atteggiamento imitativo pseudoprogressista che non fornisce al giovane solidi termini di confronto e ribadisce la legittimità del suo orientamento distruttivo. Sempre negativo, ma più facilmente superabile quando è in corso un'analisi, è lo scoraggiamento abulico della famiglia, di linea depressiva, che può essere compensato dal sostegno costante e credibile del terapeuta. Abbiamo inoltre registrato, per la verità, alcuni esempi di validissima collaborazione familiare, in giusto equilibrio fra la critica e l'aiuto solidale. In tali casi, comunque, l'origine della tossicomania era quasi sempre da riferirsi al solo contagio esterno.

Non è raro che l'adolescente drogato manifesti il desiderio di far conoscere al suo analista qualche amico, anch'egli tossicomane o invece attivo propagandista del recupero. Nell'uno e nell'altro caso siamo in linea di massima favorevoli a queste sedute collettive, che in genere

riducono le reciproche influenze di contagio, coinvolgendo i due amici nel processo terapeutico, o attivano l'azione di decondizionamento già iniziata all'esterno.

La pertinace, costante azione suggestiva degli spacciatori-consumatori, vissuti come amici dai pazienti, rappresenta certo il più grave ostacolo al successo del trattamento. Affiorano qui le carenze autodifensive della nostra società, che abbiamo più estesamente trattato nel nostro precedente lavoro già citato in apertura. Ribadiamo qui che i coetanei attivisti della droga hanno un forte elemento di presa nel sollecitare le recidive: i giovani disassuefatti provano vergogna presentandosi reintegrati nel mondo degli adulti che, secondo quell'ottica settoriale, appare conformista, appiattito e retrivo.

Considerazioni generali sulla prognosi

Nel trattamento psicologico delle tossicomanie giovanili, un giudizio prognostico può essere formulato in base alla confluenza dei seguenti fattori:

- 1) tipo di droga assunta;
- 2) entità e frequenza delle dosi;
- 3) epoca a cui risale l'iniziazione;
- 4) spontaneità della scelta psicoterapeutica;
- 5) presenza e caratteristiche del transfert;
- 6) puntualità e regolarità di frequenza alle sedute;
- 7) collaborazione o interferenze della famiglia;
- 8) collaborazione, interferenze ed ostilità al trattamento da parte dell'ambiente extrafamiliare frequentato dal soggetto;
- 9) conflittualità o armonia negli eventuali legami affettivo-sessuali del soggetto;
- 10) coinvolgimento nella tossicomania o immunità negli eventuali partners affettivo-sessuali del paziente;
- 11) ideologie politiche e religiose dell'analizzato;
- 12) esistenza precedente o parallela di cospicue tematiche conflittuali estranee alla droga, suscettibili di soluzione o invece irrisolvibili;
- 13) interessi intellettuali, artistici o pragmatici del paziente;
- 14) continuazione o abbandono da parte del paziente dell'attività lavorativa o degli studi seguiti.