

Prof. EDMONDO PASINI (Milano)

ESPERIMENTO DI PSICOTERAPIA ADLERIANA DI UN DROGATO

(Comunicazione al XII° Congresso Internazionale di Psicologia Individuale).

Riferirò brevemente un caso di psicoterapia di un giovane drogato, tralasciando completamente qualsiasi considerazione sugli aspetti psicologici e sociali dell'uso della droga.

E' risaputo quanto sia difficile l'aggancio con il drogato e ogni autore ha sottolineato sia l'importanza di un sostegno psicoterapico, sia la difficoltà di un tale intervento.

Per brevità non citerò i risultati e le considerazioni degli altri autori e riferirò semplicemente il caso nelle linee essenziali, rimandando al termine dell'esposizione e alla discussione eventuali commenti.

Il paziente era un ragazzo di 19 anni, accompagnato dai genitori per essere sottoposto a psicoterapia in quanto dedito alla droga. I genitori del ragazzo si erano presentati il giorno prima per fornire alcune indicazioni riguardanti il nucleo familiare e il paziente.

La famiglia risultava composta dal padre di 47 anni professionista, dalla madre di 40 anni ex insegnante ed ora casalinga, dal paziente, maggiore di due anni di una sorella; nessun altro membro convivente in famiglia.

La famiglia era descritta come normale con padre piuttosto impegnato nella professione, tuttavia sufficientemente disponibile in famiglia; la madre aveva cessato di insegnare con la nascita della secondogenita per dedicarsi all'educazione dei figli.

Da quanto dichiarato e dal comportamento dei genitori non sembrava esserci alcuna problematica di coppia.

Il paziente era descritto come un ragazzo normale sino a 16 anni: normale il rendimento scolastico, bene inserito con i coetanei, normali i rapporti con i genitori, non particolari problematiche con la sorella.

A 16 anni e 4 mesi, in un periodo ritenuto normale alla famiglia, il giovane venne trovato dalla Polizia mentre in uno scantinato assieme ad altri ragazzi era in preda a stato di eccitazione violenta da anfetaminici. Il fatto non venne tragicizzato dai genitori e il ragazzo si giustificò affermando che si trattava di un fatto accidentale in quanto aveva imitato alcuni amici. Malgrado tale affermazione venne poche settimane dopo trovato nella propria camera in stato di violenta eccitazione; chiamato un medico di urgenza venne fatta diagnosi di sospetta intossicazione acuta da farmaci e consigliato il ricovero in una casa di cura privata. Qui fu trattenuto per pochi giorni e rimandato a casa con il consiglio di seguire un trattamento psicoterapeutico.

Questo secondo episodio fu giustificato dal paziente con l'affermazione che aveva ingerito una dose doppia di quella terapeutica di un anfetaminico, per poter studiare meglio.

I genitori del paziente cominciarono a preoccuparsi seriamente ed assunsero un atteggiamento piuttosto rigido (proibizione di uscire di casa la sera, di rincasare dopo un'ora fissa del pomeriggio, controllo delle amicizie) e cercarono uno psicanalista; questi rimandò l'analisi a 8 mesi di distanza essendo troppo impegnato professionalmente.

Contemporaneamente comparve nel soggetto una tendenza ad isolarsi, un comportamento arrogante e scorretto con turpiloquio in famiglia ed un calo nel rendimento scolastico.

Il paziente pareva apatico a qualsiasi stimolazione proveniente sia dall'ambiente familiare, sia dall'esterno; trascurava qualsiasi attività o studio, si incontrava raramente con gli amici, passava la maggior parte del tempo in camera ad ascoltare musica moderna.

Frequentemente presentava bulimia verso qualsiasi cibo e l'appetito era decisamente superiore a prima dei due episodi di intossicazione da anfetaminici.

A tre mesi di distanza dal secondo episodio venne sorpreso dal padre mentre fumava, chiuso in camera, marihuana. Fu interpellato il medico e questi consigliò ancora ricovero nella stessa casa di cura. Il paziente vi fu portato senza che manifestasse particolare resistenza.

Qui all'inizio venne fatta diagnosi di sospetta schizofrenia di tipo abefrenico, ma dopo 15 giorni la diagnosi fu modificata in anomalie di comportamento in caratteriale. Il ricovero durò in tutto 60 giorni e vennero praticati 6 elettroshock, sulla cui motivazione non fu possibile avere alcuna notizia; ancora consigliata la psicoterapia dopo la dimissione. Il paziente dimesso dalla casa di cura presentava un comportamento meno apatico; negativo tuttavia rimaneva il campo scolastico.

La famiglia ottenne che il ragazzo fosse preso in analisi, due mesi dopo la dimissione dalla casa di cura, presso uno psicoterapeuta di ispirazione freudiana. Tale analisi durò 11 mesi e venne interrotta in quanto il paziente si rifiutò categoricamente di continuare (in pratica era il primo deciso atteggiamento verso qualcosa che lo riguardava, perché per il resto si comportava sempre piuttosto apaticamente).

Il trattamento, a detta dei genitori, che avevano espressamente interpellato lo psicoterapeuta, era stato interrotto quando non poteva aver apportato ancora alcun giovamento e aveva messo in evidenza una fissazione libidica sulla madre per complessso edipico non risolto ed una spiccata regressione alla fase orale.

Interrotta l'analisi, il paziente continuò a comportarsi in modo anormale: scorretto in casa con attacchi di aggressività specie verso la sorella, continuo turpiloquio in famiglia, apatico riguardo il proprio futuro, rifiutando lo studio o il lavoro e, ad intervalli irregolari, assumendo droga (marihuana) che reperiva presso amicizie occasionali.

I genitori interpellarono ancora il medico di famiglia e questi sconsigliò un successivo ricovero e disse di prendere contatto con me.

Il paziente venne da me non accompagnato da alcun familiare, abbigliato alla moda hippy e, senza salutarmi, dopo aver proferito alcune parolacce, mi disse: « Tanto è

inutile, io sono fatto così e non cambierò... / ci ha già provato uno molto più bravo di te e non c'è riuscito, io non ti conosco e nessuno ti conosce... / Sono venuto solo per accontentare quell'idiota di mio padre che piange e butta i suoi soldi per salvare il figlio perduto, non verrò più da te e continuerò a drogarmi... ». Visto che io ero rimasto calmo e che gli avevo chiesto, dandogli del Lei, « non può dirmi nulla d'altro di se stesso », cominciò ad agitarsi e rispose « Sono pieno di pidocchi e continuerò a drogarmi, sempre, sempre, sempre ».

La mia risposta ebbe il potere di shockarlo « Se Lei è contento di condividere la Sua camicia con alcuni insetti, o se Le piace abusare di sostanze che sa che le fanno male, questi sono problemi suoi che io non voglio conoscere; a me basta che Lei sia tranquillo e in pace con se stesso. Nessuno vuole privarLa della Sua libertà ».

Il non aver categoricamente vietato l'uso della droga mise il paziente maggiormente a suo agio; egli accettò di venire regolarmente, dicendo « la cosa mi incuriosisce e poi posso sempre non venire più ». Tuttavia durante le prime cinque settimane il paziente presentava una ostilità ed una diffidenza piuttosto accentuata nei miei confronti.

Rimaneva piuttosto imbarazzato quando voleva raccontarmi dei suoi sogni e delle sue impressioni e percezioni durante l'uso della marihuana ed io lo bloccavo poco dopo dandogli « avremo tempo di riparlare in futuro, ora, per favore, continui a parlarmi di sé e della sua vita, non tralasci nessun ricordo per quanto banale le possa sembrare ».

L'esposizione della vita del paziente durò circa 8 settimane e servì a porre il paziente maggiormente a suo agio: era meno aggressivo nei miei confronti ed incominciò a parlarmi usando il Lei; tuttavia mi disse « non la chiamerò mai professore, per me è solo dottore » poi aggiunse « chiamarla dottore mi sembra di più che sia il mio medico ».

L'analisi dei dati forniti dal soggetto mise in evidenza:

1) il paziente non era mai riuscito in nessuno sport; al contrario il padre e la sorella erano ottimi sciatori e nuotatori. Il paziente ora non si rammaricava per questo, ma da

piccolo si sentiva a disagio quando gli veniva detto da parte dei genitori o di estranei « non avere paura dell'acqua (o di scendere con gli sci), guarda la tua sorellina che è una bambina e che, più piccola di te, non ha paura »;

2) l'aver considerato la sorellina (e le ragazze in genere) superiori in molti campi aveva generato una timidezza estrema, per cui non riusciva ad essere spontaneo con l'altro sesso, ad avere un dialogo e neppure spesso ad avvicinarlo. Sessualmente si sentiva bloccato, per cui, malgrado provasse il forte desiderio della vicinanza di una ragazza, l'attività sessuale si era risolta nella masturbazione solitaria o reciproca con altri ragazzi;

3) la difficoltà di rapporto interpersonale che si manifestava con l'altro sesso, come sopra enunciato, e con il proprio sesso, in quanto temeva di essere deriso dagli amici perché non riusciva negli sports e non aveva una ragazza con cui flirtare, originò una insicurezza di fronte a qualsiasi problema. Contemporaneamente si era strutturata una tendenza all'isolamento;

4) l'insicurezza di base e l'incapacità al rapporto interpersonale avevano originato un'angoscia di fronte al futuro, che era mimetizzata dall'apatia. Dopo le prime sei settimane e quando il paziente era quasi al termine dell'esposizione della propria autobiografia, incominciò a presentare attacchi acuti di ansia ed episodi bi o trisettimanali di bulimia.

Il paziente disse che sentiva crisi di ansia ancora più forti che non nel passato e che voleva che io l'aiutassi a superarle senza ricorrere alla droga. Era quella la prima volta in cui affermava che la droga gli serviva per vincere l'ansia, mentre sino a quel momento, nelle rare occasioni in cui aveva accennato alla droga, aveva sempre affermato di usarla solo perché lo voleva fare.

Di fronte alla crisi d'ansia ho preferito non usare psicofarmaci per non alimentare l'idea che un farmaco (o la droga) potessero aiutarlo nei momenti di crisi, ricorrendo invece al training autogeno di Schultz secondo la metodologia originale.

I risultati di tale metodo di distensione sono stati più che soddisfacenti e il paziente in breve tempo imparò a controllare sufficientemente la propria ansia.

L'intervento terapeutico mirava ad una ricostruzione parziale della personalità, con il superamento del complesso di insicurezza di base.

Il paziente fu invitato ad approfondire lo studio delle lingue straniere, verso le quali manifestava una spiccata inclinazione; fu pure incoraggiato a frequentare gruppi giovanili, sia italiani che stranieri, dove potesse esercitarsi nel dialogo delle lingue imparate.

Quest'ultimo punto gli permise di riuscire a risocializzarsi sufficientemente, sia ad avere contatti con l'altro sesso, poiché lo studio rappresentava il pretesto per il dialogo.

Tale terapia durò 18 mesi e fu interrotta con il mio consenso, quando il paziente mi comunicò di aver vinto una borsa di studio per recarsi all'estero a perfezionare lo studio di una lingua straniera. Ho preferito interrompere la terapia in quanto per il paziente la vincita della borsa di studio rappresentava un grosso successo personale che serviva a dargli una buona fiducia in se stesso.

Nel corso della terapia il soggetto fu lasciato libero di drogarsi ed in effetti, nei primi 12 mesi di cura, si presentarono una decina di episodi di assunzione di droga. Durante l'ultimo semestre, con il progredire della sicurezza in se stesso e con la riduzione dell'ansia, non ci fu più alcun uso di droga e il paziente spontaneamente riferì di non voler più cercare nella droga un rimedio alla propria angoscia.

Al termine dei 18 mesi di terapia il paziente era decisamente più sicuro di sé, aveva nettamente ridimensionato il suo complesso d'inferiorità, era sufficientemente in grado d'inserirsi socialmente, sapeva instaurare un dialogo con l'altro sesso e aveva trovato nello studio delle lingue straniere uno scopo di vita ed una prospettiva per il futuro; contemporaneamente l'uso della marjuhana era completamente scomparso.

Il comportamento in famiglia, sia con i genitori che con la sorella, era decisamente migliorato; permanevano tuttavia attacchi di bulimia improvvisa con ingestione di notevoli

quantità di cibi dolci. Tali attacchi comparivano in media ogni 20-30 giorni e non erano giustificati dal paziente, nella realtà rappresentavano un modo di scaricare la tensione emotiva di fronte ad alcune difficoltà; essi non erano pericolosi in quanto non provocarono mai disturbi a livello dell'apparato gastroenterico e, in due occasioni, furono stroncati da una applicazione prolungata del training autogeno.

Da quanto esposto sommariamente si può concludere che si è trattato di una terapia che ha approdato al successo.

Si può obiettare che il caso era favorevole, poiché il paziente aveva presentato solo una trentina di episodi di uso non continuativo di marihuana, sostanza non particolarmente nociva; egli inoltre aveva una spiccata predisposizione per lo studio delle lingue straniere, poi utilizzata per renderlo abbastanza rapidamente più sicuro di sé.

Senza negare quanto sopra rilevato, ritengo utile rimarcare che la psicoterapia di tipo adleriano parte da un rispetto dell'individuo e cerca di fargli superare i propri problemi attraverso una migliore conoscenza di se stesso, allo scopo di vincere il complesso d'inferiorità di base; ciò comporta dei notevoli vantaggi anche nel trattamento dei drogati.

Si tratta di considerarli non più come dei malati irrecuperabili o degli anormali sul piano psichico, ma come dei soggetti che hanno spesso delle gravi problematiche personali e che scelgono una via sbagliata e pericolosa per risolverle.

Ancora una volta, come ho già accennato nella comunicazione precedente, la psicoterapia adleriana, con le sue caratteristiche di semplicità e di accettazione dell'individuo, può riuscire meglio di altri interventi più appariscenti.