



Andrea Benlodi

ADATTAMENTO INTRAPSICHICO ATTRAVERSO LE DIPENDENZE PATOLOGICHE

L'argomento che vorrei discutere oggi con voi riguarda la differenza fra adattamento intrapsichico ed adattamento sociale.

Molto spesso mi sono accorto che questi concetti vengono largamente confusi, sia dai nostri pazienti e dai loro familiari, che da noi operatori, soprattutto dal contesto sociale che spinge verso una particolare qualità dell'operare. La conseguenza di questa confusione concettuale comporta una male intesa concezione dei termini di Autonomia e di Dipendenza.

Ma perché vi parlo di confusione? Cercherò di evidenziarlo attraverso alcuni esempi tratti dalla mia attività quotidiana presso un servizio dipendenze, che certamente risulteranno familiari a molti di voi:

- 1) Capita spesso che i familiari dei ragazzi fermati in possesso di sostanze stupefacenti e convocati dall'operatore del Ser.t per un colloquio, reagiscano con immenso stupore: "Ma come? Mio figlio? Non ci siamo mai accorti di nulla, andava sempre regolarmente al lavoro! " oppure: " Andava a scuola! " individuando in questi comportamenti dati certi di salute psichica. Una reazione di questo tipo da parte dei genitori fa pensare a come loro siano stati " distratti" nella considerazione dei veri bisogni del figlio (per esempio il desiderio di proseguire negli studi, mentre da parte dei familiari sente delle spinte a lavorare nell'azienda di famiglia, a portare avanti la tradizione; oppure a dovere studiare contro voglia per soddisfare il desiderio di genitori poco scolarizzati in cerca di una sorta di riscatto sociale) da comportamenti che loro giudicano desiderabili ed auspicabili.
- 2) Capita altrettanto spesso che un paziente termini "con successo" un percorso comunitario, ma che poco dopo la dimissione ricada pesantemente nelle condotte d'abuso. Oppure che un paziente venga dimesso da un reparto psichiatrico di diagnosi e cura o di riabilitazione, e dopo una breve permanenza in famiglia, si scompensi nuovamente. La conseguenza di queste ricadute genera sconforto e sfiducia nel paziente e nei suoi familiari: "Ho/ Ha fatto anche la comunità (detto come se si trattasse di un intervento ortopedico o di un trapianto) e non è servita a niente!". Dal lato degli operatori, ho spesso notato che queste ricadute vengono vissute con sentimenti di colpa ("Cosa non abbiamo capito? Cosa ci è sfuggito?"), per proteggersi dai quali si intraprendono ulteriori e dispendiosi interventi a loro volta destinati a non produrre gli effetti desiderati. Ho anche notato l'



umana arrabbiatura nei confronti del paziente dettata dall' esasperazione: " Non si capisce cosa vuoi fare! Dove vuoi arrivare!", emozioni che ci fanno mettere tra parentesi le nostre conoscenze teoriche le quali ci ricordano che una persona psicotica o con un grave disturbo di personalità ha sicuramente dei problemi di identità e quindi ha delle chiare difficoltà ad individuare degli obiettivi perfettamente perseguibili per sé.

Anche in questo esempio, vediamo come spesso l' adesione alle regole comunitarie ed il rinforzo positivo ricevuto per questi comportamenti corretti , abbia distratto il paziente , i familiari e gli operatori dagli aspetti conflittuali sottostanti, certamente perché questo adeguamento è stato a lungo agognato da tutti.

3) Ci capita inoltre di sentire e vedere campagne pubblicitarie con scopi di informazione e prevenzione centrate su di un appello alla forza di volontà , sulla capacità di "dire no"(l' ultima che mi ha colpito è stata quella nei confronti dell' anoressia , con il poster che ritraeva una ragazza malata e nuda). Se consideriamo il grande investimento in termini economici e di tempo dedicati a questo scopo da un lato, e la grande frequenza , in aumento, di persone segnalate per possesso di sostanze o per guida in stato di ebbrezza, dall' altro , vuol dire che qualcosa sfugge , che non è sufficiente fare leva sul binomio "io ti informo e quindi tu poi eviti di...". Ad ottobre dello scorso anno è stata addirittura istituita una giornata nazionale di sensibilizzazione e prevenzione alle nuove dipendenze, alludendo ad internet, al sesso, al cellulare e così via.

Tutti questi esempi mi hanno fatto pensare all' attualità della domanda che Freud stesso si era posto nello scritto "Al di là del principio di piacere": "...perché l' uomo cerca il dispiacere e l' insuccesso nelle sue varie forme e manifestazioni? Perché ripete le situazioni del suo passato e ricade nei suoi vecchi errori?". Problema annoso, perché alla fine degli anni 70 perfino Jervis, nel Manuale critico di Psichiatria parla dei tossicomani nei seguenti termini : " Nel comportamento dei tossicomani è possibile constatare con particolare chiarezza l' esistenza di un problema psicologico che costituisce uno degli enigmi fondamentali della psichiatria :la tentenza a tornare a ripetere molte volte schemi di comportamento chiaramente fallimentari"

Sia nella domanda di Freud , quando fa riferimento all' insuccesso ed agli errori che nella descrizione di Jervis ,quando si esprime nei termini di comportamenti fallimentari, vediamo ancora una volta come l' attenzione sia posta sul comportamento osservato dal punto di vista esterno, quasi un giudizio morale per nulla diverso da quello espresso dai familiari che non si capacitano della ragione per cui il loro caro persevera in comportamenti che minacciano aree di adattamento "adulto" quali la scuola, la famiglia , il lavoro.



Gli studi di J. e A.M.Sandler, unitamente ai colleghi dell' Anna Freud Center, in particolare i lavori sul sentimento di sicurezza (che si sviluppa attraverso l' attività percettiva, intesa come attività organizzatrice e strutturante degli stimoli in ingresso. Questi stimoli, riguardano sia le percezioni fisiche che emotive , che nel loro ripetersi fanno sentire il soggetto in una condizione conosciuta e come tale sicura. Ogni volta che il soggetto vive una condizione di instabilità ed incertezza, tende a ricercare la condizione di sicurezza originaria. Importante è precisare che le percezioni conosciute non necessariamente sono piacevoli, possono essere di disagio, come per es. vivere in condizioni precarie , vedi i bambini di strada , che affidati a famiglie "regolari" tendono a scappare perché angosciati da una condizione di vita a loro sconosciuta)) , hanno permesso di evidenziare come comportamenti descrittivamente patologici servano in realtà a mantenere il soggetto in uno stato psichico, pur di sofferenza, in grado di evitare lo sprofondamento nell' angoscia disgregante o nella totale resa depressiva. Tali comportamenti vengono messi in atto per rendere tollerabile il dolore psichico derivante della dissonanza fra la percezione della propria condizione attuale, reale, e quella ritenuta ideale (sé reale distante dal sé ideale). Per tale ragione , dal punto di vista intrapsichico del paziente non sono né fallimentari, né sbagliati. Questa particolare ottica psicoanalitica permette di considerare le sostanze o determinati comportamenti , quali l' uso ripetuto all' eccesso di determinati mezzi tecnologici, come opportunità, strumenti al servizio dell' io per preservare la propria autostima, per mantenersi in equilibrio, al sicuro, anche se questo non coincide necessariamente con il benessere. Contrastare o proibire l'uso di droga o inibire determinati comportamenti senza che le persone interessate comprendano il problema sottostante ,va attentamente valutato perché può costituire un grave pericolo per il già precario equilibrio psichico del soggetto, minandolo ulteriormente. Mi rendo conto di accennare a concetti molto complessi ; mi propongo di riprenderli dopo avervi esposto alcuni aspetti di un caso che sicuramente offrirà a voi come ha offerto a me molte opportunità di riflessione ed auspicio , di discussione .

Vi parlo di Giorgio che ha attualmente 42 anni . Si rivolge al nostro servizio su invio di una collega psichiatra del Servizio di Salute Mentale per un aiuto relativo al problema di abuso di cocaina ed alcol . Il pz. ha una diagnosi di disturbo bipolare e circa 2 anni fa durante un lungo ricovero presso un centro di riabilitazione psichiatrica gli viene diagnosticata una dipendenza da cellulare. Al momento della presa in carico lavora saltuariamente presso l' azienda di un parente che gli garantisce comunque uno stipendio nonostante Giorgio non sia in grado di recarsi al lavoro con regolarità a causa dei problemi depressivi. Negli anni ha lavorato sempre per grandi aziende cominciando nei ruoli più bassi , ma mostrando grandi abilità ha potuto crescere velocemente nella carriera , fino a venire inquadrato in ruoli dirigenziali con notevoli responsabilità. A quel punto nella sua storia , compare l' uso di cocaina che gli consente di



reggere il ritmo lavorativo ; l'abuso però diviene tale da determinare poi una caduta a picco delle performance , con lunghe assenze dal lavoro ed il conseguente licenziamento. Successivamente , per tollerare l' angoscia conseguente alla consapevolezza di avere causato questo fallimento, abusa di alcol. Giorgio è quarto di sei figli, proviene da una ricca famiglia patriarcale contadina dove il nonno, scomparso due anni fa , dominava su tutto. Il padre , che ora gestisce l' azienda , riferisce di avere potuto gestire autonomamente uno stipendio a 45 anni.

All' età di 9 mesi a Giorgio viene diagnosticata una lussazione dell' anca, per tale ragione viene ingessato per 6 mesi ad una gamba e successivamente per 6 mesi all' altra..Quando ha 2 anni ed inizia a deambulare, viene fatto un nuovo intervento che comporta una ulteriore ingessatura ad entrambe le gambe in posizione divaricata. All' età di 6 anni zoppicava, pertanto si procede ad un altro intervento con relativa ingessatura per 45 giorni, più l'utilizzo di un tutore metallico per 6 mesi.. A 13 anni a causa di un' infezione , subisce un altro intervento per rimuovere gli ausili metallici con ulteriore periodo di immobilità. Questa condizione di malattia protratta garantisce a Giorgio molte più attenzioni rispetto ai fratelli ed una considerazione particolare da parte del nonno che squalifica costantemente le regole date dai genitori(“ quando c'è qualche problema tu non ascoltarli, vieni da me che ci penso io”).Giorgio è l' unico rispetto ai fratelli che trascorre periodi di vacanza anche lunghi con il nonno, periodi in cui quest' ultimo ha molteplici incontri extraconiugali con signore varie , ed il cui segreto è diviso solo con il nipote. Dopo l' ultimo intervento Giorgio sente di dovere prendere le distanze da questa immagine di sé da Handicappato, come riferisce, e pensa che l' unico modo sia quello di avere molteplici relazioni sessuali con varie donne anche incontrate casualmente , per poi sentirsi però sporco, svuotato, confuso. Alle avventure sessuali seguono comportamenti al limite quali la guida spericolata, sciare in modo pericoloso con conseguenti incidenti ed ingessature. Vediamo quindi come le prime esperienze di vita di Giorgio abbiano contribuito a creare un' immagine di sé deficitaria, bisognosa di una costante ingessatura per funzionare . Il sentimento di sicurezza dato da questa percezione originaria di contenimento, è stato ricercato ed attualizzato negli incidenti sciistici e stradali dove veniva ripristinata la percezione originaria, dolorosa ma sicura degli interventi subiti nell' infanzia. Ogni volta che doveva letteralmente camminare sulle proprie gambe(proprio nelle fasi del ciclo vitale che richiamano il processo di individuazione separazione), veniva stoppato da un altro intervento , e tale situazione veniva resa tollerabile dai vantaggi secondari che le attenzioni della famiglia , del nonno in particolare,garantivano.Accadeva quindi che nelle esperienze lavorative funzionasse bene finchè era “ingessato” in ruoli rigidi ed esecutivi, mentre una volta arrivato a dovere” camminare sulle proprie gambe”, perché giunto in un ruolo dirigenziale (verso il quale puntava spinto dal raggiungimento dell' ideale di sé corrispondente all' idea



di potere valere solo se non aveva bisogno di nessuno e di comandare sugli altri , come rovesciamento della condizione di bisogno a cui è stato a lungo sottoposto), doveva utilizzare l' ausilio di sostanze che a suo avviso garantivano un' immagine di efficienza e competenza , distogliendo lo sguardo dagli aspetti bisognosi e traballanti sottostanti. Questi abusi determinavano però una perdita della posizione raggiunta con conseguente caduta depressiva; tale caduta a sua volta garantiva attenzioni speciali e "sconti" nei confronti della vita da parte dei familiari. Il padre aveva l' opportunità di esercitare finalmente il proprio ruolo, al prezzo però di mantenere Giorgio bambino. La madre non riusciva a prendere una posizione differente da quella imposta dal nonno, perché a sua volta era stata squalificata dalla propria madre , molto autoritaria ,che le preferiva i due fratelli maschi.

Una volta compresi questi processi grazie ad un lavoro di terapia familiare, Giorgio ha chiesto un aiuto personale attraverso tentativi di suicidio annunciati e lunghi ricoveri volti a ripristinare le modalità di relazione precedenti. Durante l' ultimo ricovero causato da un tentativo di suicidio con i farmaci, era inseparabile dal proprio cellulare , spendeva tutto il proprio denaro in ricariche, questuava soldi agli altri ospiti ed ai loro parenti per potere acquistare ulteriori ricariche; trascorrevva tutto il tempo al telefono con varie donne, ex fidanzate, amiche, ragazze da poco conosciute, indispettendo il personale del reparto che invano cercava di coinvolgerlo in attività diverse. Grazie ad una proficua collaborazione con il servizio di psichiatria ed utilizzando le conoscenze relative alla storia di Giorgio, è stato possibile comprendere come questa frenetica attività al telefono gli permettesse di salvaguardare l' immagine di sé ideale, quella del donnaiolo, assunta attraverso l' identificazione con il nonno ricco e potente, prendendo le distanze dalla percezione di un sé reale piccolo, handicappato, bisognoso, ricoverato in un reparto per malati mentali. Tale dipendenza quindi in quel momento andava salvaguardata perché rappresentava l' ultimo baluardo difensivo di fronte ad un dolore psichico intollerabile, che nel suo caso avrebbe potuto sfociare in una resa depressiva con la conseguenza di un suicidio "vero".

Il paziente è stato inserito successivamente in una comunità per "doppie diagnosi". Entrato con una cospicua terapia farmacologica , ha progressivamente scalato la dose dei farmaci fino a non farne più uso. Si è adattato perfettamente alle regole ed ha assunto un ruolo di leader per gli altri ragazzi. Voi potete immaginare la nostra preoccupazione per un cambiamento così radicale proprio perché si era verificato all' interno di un contesto protetto che rimandava inevitabilmente ai ruoli rigidi ingessati , nelle aziende in cui aveva dato il meglio di sé.

Soprattutto la diminuzione fino alla sospensione della terapia farmacologica ci poneva molti quesiti: le regole comunitarie , ed il piacere nel vedersi approvato nel rispettarle garantivano un contenimento sufficiente? Ed una volta uscito?. Fortunatamente in comunità ha potuto usufruire di un aiuto



psicoterapeutico che lo ha confrontato con il suo conflitto sottostante e con l'importanza per lui di non mostrare gli aspetti di sé bisognosi. Attualmente il percorso comunitario si è concluso, ed ho parlato con il paziente poco tempo fa. La sua condizione attuale mi fa ben sperare perché mi ha detto di avere molta paura ad affrontare di nuovo il mondo senza la protezione della comunità, e della sua necessità di ricevere un aiuto in merito: "Una stampella". Per tale ragione ha chiesto di potere continuare privatamente la psicoterapia dalla psichiatra conosciuta in comunità, trattamento che paga con i proventi di un lavoro dipendente (richiesto da Giorgio stesso perché ha pensato che un lavoro di responsabilità non fa per lui) iniziato durante il periodo comunitario come borsa lavoro, ma che, ovviamente grazie alle sue abilità, si sta trasformando in un contratto a tempo indeterminato. Il rapporto con il Bisogno è quindi cambiato, riconosciuto e non più evitato perché reputato umiliante. Questa situazione clinica mi ha permesso di trarre alcune conclusioni rispetto all'argomento trattato. Come accennavo all'inizio del mio studio, la confusione attraverso l'identificazione del concetto di adattamento intrapsichico (inteso come frutto di un faticoso lavoro di separazione individuazione che avviene in ogni momento della nostra vita; tale lavoro si esplica nella rinuncia a funzionare secondo modalità precedenti di sviluppo, di periodi precedenti, a favore di nuove modalità richieste dalla condizione in cui ci troviamo garantendoci nello stesso tempo un sentimento di sicurezza) con l'adattamento sociale, quello che appare, deriva dal male intendere i concetti di autonomia e di dipendenza. Comunemente dipendenza ed autonomia sembrano escludersi a vicenda, nel senso che se si è dipendenti, non si è autonomi e viceversa. La dipendenza viene percepita dal paziente di cui ho parlato, ma anche mi sembra, in generale, come uno stato di bisogno di qualcosa o di qualcuno a cui si è costretti. Si colloca pertanto all'interno di una relazione percepita come Asimmetrica, nel senso che l'oggetto di cui si ha bisogno, ha il potere di gestire la relazione, si è alla sua "mercè". L'autonomia invece è percepita perlopiù come uno stato di autosufficienza o di pieno controllo dei propri bisogni; sembra negare l'importanza della relazione con l'oggetto per soddisfare i propri bisogni: "io non ho bisogno di niente e di nessuno". Su questo punto si inserisce il fraintendimento dell'autonomia e della sua illusorietà. Questa è la condizione ideale a cui il paziente aspirava per non fare i conti con i sentimenti conflittuali suscitati dai lunghi periodi di malattia (la vergogna, l'umiliazione, la rabbia, ma anche il piacere delle cure regressivanti), e su cui puntano spesso le campagne pubblicitarie che fanno leva sull'autodeterminazione: l'illusione dell'autonomia, grazie all'evitamento della conflittualità. Questa concezione di autonomia "male intesa" rischia di escludere l'importanza dei bisogni affettivi all'interno del processo evolutivo, creando le premesse per una altrettanto male intesa concezione del



soddisfacimento dei bisogni che, dovendo essere totale e senza ostacoli di sorta (proprio perché a lungo non riconosciuti), è difficilmente realizzabile e gravemente disadattativa.

Concludendo il mio intervento iniziato con una frase di Sigmund Freud ,vi propongo una frase di sua figlia ,Anna Freud , una signora che” qualche conto “ con l’ ideale di sé deve proprio averlo fatto:”Troviamo sempre ,soprattutto nella letteratura e nella mitologia , figure illusorie di supermen che perseguono senza tregua un determinato fine o desiderio senza avere conflitti interni , senza alcun problema, come se fossero animati da un unico obiettivo. Credo che questo sogno sia tanto diffuso proprio perché è totalmente irrealizzabile”

Bibliografia:

Coen Pirani Paolo: “ Persistenza, sviluppo cognitivo ed il conflitto intrapsichico”

Faglia Tina : “ L’autonomia male intesa”

Freud Anna : “ Lezioni ad Harvard”

Freud Sigmund:”Al di là del principio di piacere”

Jervis Giovanni: “Manuale critico di psichiatria”

Mahler Margaret:”La nascita psicologica del bambino”

Sandler Joseph:” Il background della sicurezza”

“Persistenza nelle funzioni e nello sviluppo psicologico”

“Note sul dolore, la depressione , l’individuazione”