

2+2 NON FA 4

## *Terrore della dipendenza in un paziente tossicodipendente.*

---

*Giuseppe Marras\**

### *Abstract*

Che le tossicodipendenze rimandino alla potenza psico-farmacologica delle sostanze, è ovvio. Meno ovvio, ma secondo me altrettanto vero, è che esse rimandino anche all'esistenza, nell'individuo che diverrà tossicodipendente, di una importante "fragilità strutturale della personalità" ("fsdp"). È rispetto a tale "fsdp", e alle correlate, specifiche problematiche esistenziali, che le sostanze si pongono in qualche modo ahimè come "autocura" (o "sostegno" o "rifugio").

L'esistenza di una "fsdp" era evidente anche per la "tossicodipendenza" di Paolo, un giovane "timido", "riservato", che ho seguito al Sert per circa tre anni intorno al 2000. Tuttavia, ciò che mi ha spinto a scrivere di questo caso non è stata tanto la conferma del nesso tra "fsdp" e tossicodipendenza, quanto la scoperta in esso di un dato clinico davvero singolare: la strenua "negazione" da parte del paziente dell'esistenza in lui di uno stato di Dipendenza dalle sostanze, e al tempo stesso il "terrore" rispetto alla possibilità dell'insorgenza di tale stato.

Attraverso un percorso investigativo alquanto tortuoso sono arrivato a capire - credo - "la logica segreta" (Miller, 1980) di questo sentire paradossale, che induceva nel paziente un comportamento di rigido "autocontrollo" nell'uso delle sostanze. È stata una sorpresa per me arrivare ad appurare che il comportamento apparentemente assurdo di Paolo poteva essere spiegato dagli stessi fattori che avevano favorito la comparsa della sua "fsdp".

\*Giuseppe Marras, Medico e psicoterapeuta Sert Asl di Cagliari

### *Abstract*

It is obvious that drug addiction refers to the psycho-pharmacological power of substances. Less obvious, but in my opinion equally true, is that they also refer to the existence, in the individual who will become a drug addict, of an important "structural fragility of the personality" ("fsdp"). It is with respect to this "fsdp", and to the correlated, specific existential problems, that alas, substances pose themselves in some way as a "self-cure" (or "support" or "refuge").

The existence of a "fsdp" was also evident for the "drug addiction" of Paolo, a "shy", "reserved" young man whom I followed at the Sert for about three years around 2000. However, what prompted me to writing about this case was not so much the confirmation of the link between "fsdp" and drug addiction, but the discovery of a truly singular clinical fact: the patient's strenuous "denial" of the existence in himself of a state of Addiction from substances, and at the same time the "terror" with respect to the possibility of the onset of this state.

Through a somewhat tortuous investigative path I came to understand - I believe - "the secret logic" (Miller, 1980) of this paradoxical feeling, which induced in the patient a behavior of rigid "self-control" in the use of substances. It was a surprise for me to discover that Paolo's apparently absurd behavior could be explained by the same factors that had favored the appearance of his "fsdp".

## **ASPETTI CLINICI GENERALI DELLE TOSSICODIPENDENZE**

Mi pare di poter affermare che la sofferta relazione di “dipendenza dalla droga” sia l'essenza della condizione clinica in cui si trovano i pazienti che afferiscono al Sert. Focalizzando l'attenzione sulla Dipendenza dall'eroina, direi che quasi tutti gli eroinomani "in trattamento" amano e al tempo stesso odiano la sostanza che un tempo li ha “folgorati”, illusi di diventare per sempre invulnerabili alla sofferenza e dalla quale ormai dipendono solo per vivere “normalmente”.

Ora che non “volano” più, ora che è finita (per sempre) la “luna di miele” con la sostanza, ed essi si devono accontentare del "pallido piacere" di impedire la "crisi d'astinenza", vorrebbero disfarsene, liberarsi della schiavitù, quasi senza contropartita, in cui ormai si trovano e che gli complica pesantemente l'esistenza (a cominciare dalla necessità impellente della "dose quotidiana").

Difficilmente però riescono nell'impresa. Il legame con l'eroina, pur "decaduta" nei suoi effetti "magici" e fonte sicura di problemi sanitari e socio-familiari, si rivela fortissimo per tutti gli eroinomani e tende a vanificare (con le ricadute) le eventuali disintossicazioni ottenute. A "remare contro" l'emancipazione da questo legame sono vari fattori. Tra di essi occupa un posto di primo piano - a mio parere - il persistere nel paziente della summenzionata "fsdp" originaria, che forma ormai un "tutt'uno" psico-fisico con la sostanza. Sulla base della mia esperienza trentennale di medico Sert, ritengo che si debba accettare come molto probabile il fatto che, oltre un certo limite di persistenza nella condizione di dipendenza dall'eroina, la gran parte degli eroinomani finisca per assumere a tempo indeterminato la sostanza e/o il "farmaco sostitutivo". La sottomissione più o meno rassegnata alla dipendenza dagli oppiacei è diventata parte integrante della "soluzione" adulta di vita di questi giovani.

## **IL PAZIENTE PAOLO**

In tutt'altro modo stavano le cose (almeno al tempo in cui l'ho conosciuto) per Paolo, il paziente tossicodipendente di 29 anni del cui terrore della dipendenza intendo parlare in questo lavoro.

Paolo e il padre si erano presentati al Sert per effettuare gli adempimenti preliminari all'inserimento in Comunità terapeutica, stante l'ennesima ricaduta del giovane nell'uso di eroina. Data la situazione di intossicazione in corso, proposi di

preparare l'inserimento comunitario tramite una "scalata" metadonica (termine tipico del SerD per indicare la graduale riduzione del dosaggio del farmaco sostitutivo dalla dose necessaria fino a zero). Ciò venne accettato sia pure con qualche perplessità paterna in merito all'uso del "famigerato" metadone.

Nel corso dell'assistenza medico-psicologica, erogata a partire da questa prima "scalata" (dopo la quale Paolo non volle più entrare in Comunità) e proseguita nel tempo, a causa di successive "ricadute" nella sostanza, andarono chiarendosi vari aspetti clinici del paziente, tra cui quello che ci riporta al tema centrale di questo lavoro. Per Paolo, da tempo dedito all'uso di sostanze psicoattive, esisteva una lotta senza quartiere contro l'instaurarsi della Dipendenza da esse, condizione che egli chiamava di "intrappolamento". Tale lotta era per lui obbligata, irrinunciabile.

Dapprima non colsi la portata della questione. L'illusione di poter controllare l'uso dell'eroina a proprio piacimento è coltivata da tutti gli eroinomani all'inizio della loro vicissitudine "tossica" ma ben presto mi doveti render conto che la battaglia di Paolo contro la Dipendenza dalle sostanze, in particolare dall'eroina, era un fenomeno ben diverso rispetto alla "battaglia" intrapresa dalla maggior parte dei pazienti del Sert. Quasi tutti gli eroinomani infatti, ad un certo punto "cedono", si rassegnano (certo, non volentieri) alla "fregatura" subita ad opera della sostanza e cercano di trovare un proprio nuovo equilibrio esistenziale, a partire dalla Dipendenza "farmacologica" instauratasi. (Se c'è un terrore che affligge la loro "fsdp", è quello di venire privati della sostanza o del "farmaco sostitutivo"). Ricordo bene invece come, per Paolo, fosse l'eventualità dell'intrappolamento nell'eroina la condizione più angosciante, essa sembrava implicare per lui quasi un rischio di morte. Ed era singolare che questa questione, soltanto essa, riuscisse a incrinare la corazza di "imperturbabilità" in cui il paziente appariva chiuso.

### **MODALITA' CONCRETE "ANTIDIPENDENZA"**

Ma in che modo Paolo cercava di impedire l'instaurarsi in lui della dipendenza dalle sostanze psicoattive, che pure - di fatto - usava regolarmente?

Un primo sistema era l'uso "oculato" delle sostanze stesse, ovvero la sostituzione di una prima sostanza con una seconda appena si sentiva in procinto di restare "uncinato" alla prima; quindi la sostituzione della seconda sostanza con una terza,

e così via, a rotazione. Ciò, lungi dal salvarlo dalla dipendenza, com'egli riteneva, in realtà gli creava una "politossicodipendenza".

Un secondo metodo erano le sofferenze, ma a un certo punto indispensabili, disintossicazioni casalinghe autonome che rassicuravano il paziente in merito al suo "padroneggiare" l'uso delle sostanze. Le disintossicazioni ottenute, però duravano ben poco, venendo presto sostituite da nuove intossicazioni, ciò che avrebbe indicato a chiunque l'esistenza di un "problema" con le sostanze. Invece per Paolo era come se questo secondo movimento del "pendolo tossico" non esistesse e, dunque, non potesse essere minimamente scalfita la sua convinzione (quasi delirante) di "non dipendere" dalle sostanze, di poterne interrompere l'uso a suo piacimento.

Il terzo e più recente metodo aveva coinvolto me, come suo medico di riferimento, ed era rappresentato dalle "scalate" col metadone quando, come all'epoca del suo inserimento al Sert, si trattava di intossicazione da eroina. A differenza della maggior parte dei pazienti, Paolo non accettava assolutamente la somministrazione prolungata del metadone come strumento di "stabilizzazione" clinica e di prevenzione delle "ricadute" nell'eroina. La somministrazione prolungata del "farmaco sostitutivo" era per il paziente inconcepibile, proprio perché avrebbe determinato e sancito lo *status* - per lui inaccettabile - di "tossicodipendente". Attraverso le "scalate" egli si illudeva di controllare la situazione evitando la Dipendenza sia dall'eroina sia dal "farmaco sostitutivo". Solo che queste "scalate", una volta terminate, venivano a breve di nuovo richieste per via delle relative ricadute nell'uso di eroina, così che, lungi dall'evitarla, esse confermavano e consolidavano la realtà della Dipendenza di Paolo dagli oppiacei. Quando una volta glielo feci notare, il paziente non poté fare a meno di tacere e di accennare un sorriso imbarazzato come se fosse stato "preso in castagna", ma restasse al tempo stesso impossibilitato a comportarsi o a pensare altrimenti.

Sono convinto che il paziente, non che non ne volesse parlare, ma proprio non fosse in grado di dare una spiegazione al suo terrore della Dipendenza dalle sostanze. Neanche per me medico Sert, tuttavia, era disponibile una spiegazione per questo fenomeno clinico che mi appariva soltanto - ricordo - alquanto "bizzarro". E neppure la formazione psicoterapica, che al momento di conoscere Paolo avevo

appena "completato", riusciva a guidarmi verso una comprensione convincente del comportamento "simil-fobico" del paziente.

Se brancolavo nel buio rispetto alla soluzione di questo "enigma", acquisivo nel frattempo dallo stesso Paolo numerose informazioni su come era insorta la sua dedizione alle sostanze, dedizione questa sì ammessa ma solo nei termini di una "dedizione controllata".

### **I PERCHE' SOGGETTIVI DELLA "SCELTA" TOSSICA**

A differenza della maggior parte dei tossicodipendenti che parlavano di "incontro fortuito" con le sostanze e di esclusiva "ricerca del piacere" nel loro uso, Paolo non ebbe alcuna difficoltà a raccontarmi, da subito, di aver fatto ricorso alla cannabis e all'alcol in prima adolescenza (13-14 anni) per poter "incontrare" le ragazze, ciò che il suo "blocco emotivo" gli imponeva di evitare a causa soprattutto di quelle che definiva "figuracce sessuali". E benché l'approccio sotto l'effetto delle sostanze fosse artificiale e poco gratificante, era sempre meglio di un isolamento totale. A proposito dei suoi rapporti con le ragazze, Paolo aggiunse che, benché avesse potuto farlo, quando aveva poco più di vent'anni, non si era voluto sposare per paura di un rapporto stabile, sentito come una "trappola". (Naturalmente, il "blocco emotivo" di Paolo permeava di sé anche il racconto delle sue vicissitudini, rendendolo puramente "informativo", come se la sua sofferenza psichica - a mio parere ben presente, sotto la "corazza" difensiva - non potesse trapelare. Solo una volta, con gli occhi umidi di lacrime mi disse: *"certi giorni vorrei piangere a diretto, ma non posso farlo per non incrinare l'immagine che voglio dare di me... gli altri ne approfitterebbero"*).

Intorno ai 18 anni il paziente aveva sperimentato l'eroina (più tardi la cocaina) che gli era piaciuta in modo particolare - senza capir bene il perché - e dalla quale ora risultava sempre più difficile svincolarsi, una volta assuntala. Emerse pian piano che l'eroina attenuava il suo senso di esposizione agli altri, la sensazione che gli altri lo volessero mettere continuamente alla prova per vederlo fallire e deriderlo. Ovvero faceva sì che gli insopportabili "attacchi subdoli" che egli sentiva di ricevere (prima o poi) da parte degli altri, diventassero emotivamente inoffensivi, nel senso che sotto l'effetto dell'eroina egli si sentiva invulnerabile e, in qualche modo, "pari agli attaccanti". Ormai, quello "tossico" era diventato il suo modo standard di

reagire alle “persecuzioni”: *“Dottore, in me non si sviluppa l'aggressività, io accumulo, accumulo e poi scarico con la droga!”* - mi disse un giorno, con una certa veemenza, mista - mi parve - alla tenue consolazione di poter finalmente parlare di sé con qualcuno... Emerse inoltre che l'eroina attenuava la sua costante “tensione” psichica, legata alla sensazione di “vuoto” interiore, di “mancanza del terreno sotto i piedi”, ovvero alla consapevolezza di non avere una precisa collocazione lavorativa, al sentirsi ed essere considerato da tutti un “bambinone”, un “poverino”.

Questi dati anamnestici sembravano parlar chiaro in favore dell'esistenza in Paolo di una “fsdp” che, sotto forma di inibizione, gli aveva impedito in adolescenza di vivere liberamente e con soddisfazione la propria vita emotivo-istintuale.

Tuttavia, l'inibizione emotiva che “fragilizzava” la personalità di Paolo non aveva coinvolto significativamente le sue funzioni cognitive (negli studi il paziente era arrivato alle soglie dell'Università); aveva coinvolto invece - e pesantemente - le funzioni esecutive autonome: il suo comportamento - anche al Sert - sembrava aver sempre bisogno di una “direttiva” esterna (un “consiglio”) per espletarsi, e più in generale egli sembrava aver costantemente bisogno di una persona che si prendesse cura di lui. Tuttavia, in quest'ultimo ambito si doveva registrare una clamorosa eccezione: per l'appunto la dedizione di Paolo all'uso della “droga”. Una dedizione certo decisa “per disperazione”, all'interno di un “gruppo” di coetanei, tutti più “scafati” di lui, e finalizzata di fatto a una nuova Dipendenza ma comunque una decisione autonoma e fortemente trasgressiva rispetto agli insegnamenti genitoriali. (Sulle implicazioni familiari della tossicomania di Paolo spero di tornare in un prossimo lavoro).

## **TRA BISOGNO E TERRORE DELLA DIPENDENZA**

Il concetto di “fsdp” appariva dunque fondato per capire il bisogno di Paolo delle sostanze. Non sembrava invece utile, almeno a prima vista, per capire il terrore del paziente di “dipendere” dalle sostanze stesse, in particolare dall'eroina. E tuttavia, riflettendo ulteriormente sul concetto, mi parve ad un certo punto di “scoprire” che esso poteva aprire uno spiraglio di comprensione anche riguardo al particolare terrore del paziente. Si poteva pensare infatti che la Dipendenza dall'eroina fosse da Paolo particolarmente temuta perché avrebbe implicato - con l'assuefazione - la progressiva perdita di efficacia della sostanza (ciò che l'avrebbe lasciato solo e

disarmato di fronte alle avversità); e - con la dipendenza fisica - la costrizione a continuare ad usare un'arma ormai "spuntata", pena la crisi d'astinenza (ciò che appariva come una trappola).

Questa ipotesi, che collegava il terrore della Dipendenza di Paolo all'evoluzione "neurobiologica" della tossicodipendenza, appariva del tutto plausibile. Mi sarei potuto dunque fermare qui, accontentarmi di questa "spiegazione" ma non potevo fare a meno di restare sbalordito e incredulo per l'intensità del sentimento in gioco nel paziente. Perché mai Paolo non riusciva a prendere neppure in considerazione l'eventualità di potersi adattare all'assuefazione alla sostanza, come aveva fatto la gran maggioranza dei suoi "colleghi di tossicomania"? E perché mai, d'altro canto, doveva egli temere in quel modo esagerato una condizione di "intrappolamento" che non conosceva, non avendola mai sperimentata, e che quasi tutti i suoi "colleghi" riuscivano a sopportare, pur maledicendola? In definitiva, perché mai Paolo sembrava sentire (e il suo terrore del matrimonio, come legame stabile, contribuiva ad avvalorare il discorso) che egli non sarebbe potuto sopravvivere a un rapporto di Dipendenza dalle sostanze, in particolare dall'eroina?

La domanda cruciale da porsi diventava dunque: cosa rendeva Paolo così diverso, così verosimilmente più fragile degli altri tossicomani, da fargli temere la Dipendenza dall'eroina come la morte? Mi convinsi che, se volevo venire a capo di questa questione, dovevo approfondire le caratteristiche della "fsdp" di Paolo, ovvero risalire al processo di costituzione della sua personalità. La mia recente formazione psicoanalitica mi spingeva a cercare soprattutto nel passato remoto del paziente, nelle relazioni primarie della sua infanzia l'origine della sua struttura - deficitaria - di personalità. Mi avviai pertanto ad effettuare questa impegnativa indagine "psico-archeologica", divenuta necessaria.

## **IL RUOLO DELLA RELAZIONE MATERNA PRIMARIA**

L'ipotesi che le basi della "personalità" (dato alla genetica quello che è della genetica) vengano poste dalle relazioni "sufficientemente buone" offerte dai genitori al figlio, fin dalla culla, non è ancora universalmente riconosciuta. Eppure, una mole enorme di pubblicazioni psicologiche "scientifiche" depone a favore di tale ipotesi. Senza un buon adattamento materno iniziale alle sue esigenze (adattamento che spetta, in realtà, alla coppia genitoriale) il bambino non potrà

costruirsi una personalità sufficientemente solida, non potrà sviluppare un autentico senso di responsabilità verso gli altri, né "reggere" le inevitabili frustrazioni che la realtà comporta. Forse, per molti adulti risulta difficile accettare l'importanza delle cure genitoriali primarie, per le implicazioni che si avrebbero sul versante "negativo", ovvero quando bisogna cercare di spiegare la patologia psichica grave del bambino o dell'adolescente.

Indagando sulle cure genitoriali primarie ricevute da Paolo, emerse che la madre, una donna gravemente depressa ed emotivamente ritirata, pur prendendosi cura fisicamente del figlioletto, non era stata sufficientemente in grado di mettersi in contatto emotivo-affettivo con lui. Ad esempio, mi raccontò che per non disturbare il sonno del marito col pianto notturno di Paolo lattante, ella si era trasferita per alcuni giorni con una governante in una casa vuota a disposizione, e qui il bambino la notte "poteva piangere a volontà"... finché smise di farlo. A questo punto la madre era tornata a casa e il bambino, diventato "buono", non aveva più disturbato. Trattenendo a stento la mia indignazione per quanto ascoltato (indignazione solo in parte giustificata, perché dovevo sapere, dovevo accettare che la signora avesse fatto per il figlio quello che aveva potuto, quello che la sua struttura di personalità, il contesto culturale in cui era cresciuta e il partner che aveva sposato le permettevano di fare) chiesi: "ma signora, lei cercava di capire perché il bambino piangesse?" Ed ella, a questo punto un po' titubante e imbarazzata: "mah, era pulito, aveva mangiato... poi allora si diceva che ai bambini faccia bene piangere, sviluppa i polmoni, no?"

La modalità di accudimento infantile che traspariva da questo racconto rimandava - come accennato - alla cultura pedagogica dell'epoca in cui la signora era stata allevata: cultura (purtroppo non del tutto scomparsa) secondo la quale i bisogni affettivi del bambino piccolo possono essere ignorati o prevaricati, senza che succeda nulla. La signora era stata dunque anzitutto una vittima di quello che oggi consideriamo un "cattivo accudimento" infantile. Ma, come spesso capita, non aiutata a capire i danni psichici subiti, ella aveva incorporato la modalità "educativa" ricevuta e l'aveva adottata a sua volta quando era diventata madre.

Dunque, fin da neonato Paolo si era dovuto rassegnare - per vivere - a non esprimere la propria vitalità, la propria sana aggressività, e ad accettare invece - ma con irriducibile diffidenza - il mondo "concreto", affettivamente insensibile (se

non ostile) che gli veniva "proposto". In altre parole, si era dovuto adattare lui, fin da subito, all'ambiente di crescita, diventando un bambino "buono", ubbidiente e profondamente infelice. In quanto "non disturbante", l'assetto psichico inibito adottato dal paziente era passato inosservato per tutta l'infanzia. Salvo "esplodere" inaspettatamente in adolescenza, ovvero ripresentarsi in questo periodo, ma trasformato, irriconoscibile, ovvero ricoperto dallo sfavillio di una "sciagurata" (in realtà moderata) dedizione alle sostanze.

L'indagine sull'accudimento infantile di Paolo, mi rese improvvisamente più comprensibile la fascinazione esercitata su di lui dall'eroina. È stato infatti accertato dalle Neuroscienze che le sostanze oppiacee agiscono sugli stessi apparati neuronali cerebrali, attivati dalla madre "accudente" sul neonato. È dunque ragionevole ipotizzare che l'eroina abbia rappresentato per Paolo non solo un modo (consapevole) per "rendere inoffensive" le sue criticità del momento, ma anche uno strumento per ottenere ciò che egli da sempre cercava (senza saperlo): il buon accudimento materno iniziale, le sensazioni di protezione, "calore", "ascolto", ad esso connaturate, che egli non aveva potuto sperimentare, se non fugacemente.

### **VERSO UNA POSSIBILE SOLUZIONE DELL'ENIGMA**

Si trattava ora di appurare se le conoscenze acquisite in questo "viaggio" nella prima infanzia di Paolo, permettessero anche di dirimere la questione lasciata in sospeso, cioè il terrore del paziente rispetto alla Dipendenza dall'eroina. Dovetti ben presto confessare a me stesso che, su questo punto, l'aiuto sperato non era arrivato, e che la "fsdp" del paziente, ora ricostruita nelle sue drammatiche origini infantili, continuava a spiegare adeguatamente soltanto il "bisogno" dell'eroina, eventualmente il terrore della separatezza da essa, non il contrario. Mentre mi aggiravo per la "selva oscura" dei miei riferimenti psicoanalitici, nella speranza di qualche "illuminazione", mi ritrovai in mano il lavoro di Winnicott, pubblicato postumo, "La paura del crollo" (1963?) in cui trovai scritto: "Io sostengo che la paura del crollo è *la paura di un crollo che è già stato sperimentato*: la paura dell'agonia originale che ha determinato quell'organizzazione difensiva che il paziente ora mostra come malattia".

Queste parole proiettarono un'improvviso, inaspettato fascio di luce sul mio percorso investigativo. Non mi dovevo più rassegnare, come stavo per fare,

all'incomprensione del fenomeno clinico presentato dal paziente. Se volevo capire il terrore di Paolo rispetto all'intrappolamento nell'eroina, avevo ora un'ottima "carta" da giocare: quella di indagare sull'eventualità che nella sua vita infantile egli avesse già sperimentato, e in maniera gravemente traumatica, un "intrappolamento" di qualche tipo, un'esperienza che avrebbe funzionato poi per lui (a livello inconscio) da terribile "precedente", di cui evitare il ripetersi ad ogni costo. Tenendo ben stretta in mente questa indicazione, iniziai la ricerca degli ipotizzati "intrappolamenti" infantili. Ma mentre ripassavo accuratamente i dati anamnestici, improvvisamente capii che stavo sbagliando, che non avrei trovato alcun precursore "specifico". Il precursore del terrore d'intrappolamento nell'eroina poteva essere rappresentato benissimo, nel paziente, dalle stesse vicissitudini infantili che avevano contribuito a determinare la sua "fsdp". Ciò che cercavo, insomma, l'avevo già trovato.

L'inadeguatezza del sostegno affettivo materno poteva essere considerata dunque l'evento "traumatico" precoce che cercavo. Di fatto, un neonato è un essere psichicamente fragilissimo nella sua immaturità, totalmente dipendente dal sostegno fisico e affettivo materno. Se questo sostegno viene a mancare precocemente, la personalità embrionale del neonato subisce un annientamento strutturale e viene sostituita da un "assetto difensivo" primordiale, che salva la vita al neonato, ma ne arresta lo sviluppo emozionale. Così contestualizzata, la "fsdp" del paziente appariva in tutta la sua gravità e rendeva finalmente comprensibile il terrore della Dipendenza dalle sostanze. Questo terrore sembrava derivare infatti dal terrore subentrato in Paolo ("impresso a fuoco" nella sua memoria corporea di neonato) allorché il sostegno affettivo materno, da cui dipendeva totalmente per la sua esistenza, si rivelò inadeguato e inaffidabile. Da quell'esperienza in poi l'inconscio del paziente avrebbe "saputo" (per l'eternità!) che affidarsi pienamente ad un "sostegno" esterno (diventarne dipendente) era un'esperienza assolutamente da evitare, in quanto avrebbe comportato la ripetizione della sua esperienza catastrofica primaria. Alla luce di questo tragico passato (mai passato) il terrore di Paolo verso la Dipendenza dalle sostanze non era più "bizzarro", ma ampiamente comprensibile. Era pertanto infondato il mio stupore, che il paziente temesse un intrappolamento nelle sostanze non ancora sperimentato. Quell'intrappolamento Paolo l'aveva già sperimentato - senza potersene rendere conto - attraverso la

Dipendenza infantile dalla madre, e aveva le sue buone ragioni per temerlo ed evitarlo con tutte le sue forze.

Di fronte al rischio di risperimentare - attraverso la Dipendenza dall'eroina - la "tragica" Dipendenza iniziale dalla madre, il terrore originario era riemerso dall'inconscio e imponeva ora a Paolo di mantenersi costantemente vigile, come non aveva potuto fare quand'era neonato. Ora Paolo doveva assolutamente evitare la Dipendenza da ciò di cui pure (a causa della sua "fsdp") aveva disperatamente bisogno. Ovvero, egli doveva impedire ad ogni costo che crollasse la sua organizzazione psichica difensiva, la pesante "corazza" che gli paralizzava l'esistenza emotivo-relazionale, ma senza la quale egli sentiva che sarebbe stato totalmente inerme di fronte a qualunque Altro, e sua sicura "preda".

E' presumibile che, una volta sperimentato il loro potente effetto ansiolitico e antidepressivo, le sostanze siano apparse a Paolo come utili "amiche", mediante le quali gli era possibile "allentare" la stretta della corazza ed avere un barlume di vita emotivo-relazionale. Egli aveva accettato l'aiuto delle potenti "amiche", col proposito di tenere tale aiuto sotto controllo. Ma ora l'eroina, l'"amica" più potente, mostrava di voler diventare indispensabile per lui, di volerlo sottomettere a sé, ciò che per il paziente era assolutamente impossibile da accettare. Infatti, nel suo rapporto con le sostanze, e in particolare con l'eroina, il paziente doveva vivere tassativamente all'insegna del motto: "uso sì, ma limitato, nessun piacere prolungato, nessuna serenità duratura, solo "momenti" soddisfacenti: al tempo stesso - così - nessun rischio di Dipendenza e, conseguentemente, nessun rischio di "ri-intrappolamento", di "ri-annientamento psichico".

## **CONCLUSIONI**

Che la tossicodipendenza sottometta la struttura di personalità (deficitaria) dell'individuo incappato in essa, è evidente. Meno evidente, ma altrettanto vero, mi pare sia il fatto che la struttura di personalità esistente nel soggetto, e che l'ha spinto verso le sostanze, impregni di sé la tossicodipendenza. La continua oscillazione di Paolo tra episodi di "ebbrezza tossica" e sempre più difficili ma irrinunciabili tentativi di "disintossicazione" rappresentava in effetti la caratteristica più saliente della sua tossicodipendenza, ed era al tempo stesso il marchio profondo, indelebile che le imprimevano dal passato remoto le prime fasi

“infelici” della sua esistenza dipendente, e le difese psichiche patologiche che, in risposta ad esse, si erano dovute costituire in lui.

Sul piano clinico questa consapevolezza implicava, per noi operatori Sert, che per venire a capo della tossicomania del paziente, si dovesse intervenire sulla sua "fsdp", ovvero sulla sua difesa psichica disfunzionale, mediante una psicoterapia. Purtroppo, nonostante fosse iniziata con ottimismo da entrambe le parti, la psicoterapia di Paolo non andò a buon fine. Anche qui - ritengo - il passato fece valere il suo potere. In estrema sintesi - errori dello psicoterapeuta a parte - il "terrore di intrappolamento" impedì al paziente di allentare la sua "difesa", affidarsi pienamente allo psicoterapeuta e ottenere così quella regressione momentanea alla Dipendenza da lui, che a volte rende possibile, nella dinamica transfert/controllotransfert, di rivivere il "trauma" originario, "elaborarlo", e costruire così per il paziente la possibilità di un "nuovo inizio".

### **POST SCRIPTUM**

Ma - si chiederà forse il lettore - che fine ha fatto questo paziente? Ebbene, sono in grado di fornire in merito notizie di prima mano. Ho incontrato di recente Paolo per strada, ci siamo riconosciuti, e abbiamo parlato cordialmente per alcuni minuti. Egli, un uomo di ormai più di 50 anni, continua a frequentare il Sert, dove continua ad assumere (ora più stabilmente) il farmaco sostitutivo degli oppiacei e ad effettuare colloqui di "sostegno psico-sociale". Abita con i genitori, ormai anziani, non ha un lavoro stabile e non ha legami affettivi significativi, se non qualche "amico" di Sert, col quale ogni tanto fa uso di sostanze. Riguardo al vecchio terrore della Dipendenza, mi è parso di capire che Paolo non abbia smesso di averlo, benché attenuato; ovvero continui a considerarsi - contro ogni evidenza contraria - una persona sostanzialmente "indipendente", sia dai farmaci, sia dalle sostanze, sia dalle persone. Come se l'impossibilità di riconoscere la Dipendenza dall'Altro debba essere considerata (e accettata, e rispettata) come un "suo" modo personale, pagato a caro prezzo, di stare al mondo.

## **BIBLIOGRAFIA**

Bowlby J., (1951). *Maternal Care and Mental Health*. Bull World Health Organ

Cancrini L., (2013). *La cura delle infanzie infelici*. Milano: Raffaello Cortina Editore

Giannakoulas A., (2010). *La tradizione psicoanalitica britannica indipendente*. Roma: Borla Editore

Khan M., (1974). *The Privacy of the Self*. London: Hogarth Press, 1974. [Trad. it. *Lo spazio privato del Sé*. Torino: Bollati Boringhieri, 1979]

Miller A., (1980). *Am Anfang War Erziehung*. Frankfurt am Main: Surkamp Verlag. [Trad. it. *La persecuzione del bambino*. Torino: Bollati Boringhieri, 1987]

Rosenfeld H.A., (1965). *Psychotic states: a psychoanalytical approach*. London: Hogarth [Trad. it. *Stati psicotici. Un approccio psicoanalitico*. Roma: Armando Editore, 1973]

Winnicott D.W., (1965). *The maturational processes and the facilitating environment. Studies in the theory of emotional development*. London: The Hogart Press and the Institute of Psycho-Analysis. [Trad. it. *Sviluppo affettivo e ambiente*. Roma: Armando Editore, 1970]

Winnicott D.W., (1989). *Psycho-Analytic Explorations*. The Winnicott Trust. [Trad. it. *Esplorazioni psicoanalitiche*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1995]