

## 4

## MISUSO E DIVERSIONE NELLA DIPENDENZA DA EROINA: IMPORTANZA DELLA RELAZIONE TERAPEUTICA E DELLA PRESA IN CARICO MULTIPLA

**Irmo Carraro**, *Psicoanalista Collège International de Psychanalyse e d'Anthropologie (CIPA) di Parigi; Docente e didatta di "Clinica psicoanalitica" presso il CISSPAT di Padova; Docente di "Approccio psicodinamico di gruppo" presso l'Istituto Veneto di Terapia Familiare (IVTF) di Treviso*

### Premessa

Il misuso e la diversione costituiscono due fenomeni molto frequenti nella cura della dipendenza da sostanze psicoattive: il primo consiste nell'uso del farmaco per una via di somministrazione diversa dalla prescrizione medica ed il secondo nella cessione o vendita del farmaco affidato. La letteratura scientifica suggerisce di affrontarli tenendo conto, soprattutto, degli aspetti organizzativi, legali e clinici legati all'uso appropriato del farmaco (gestione affido familiare, adeguatezza del dosaggio, monitoraggio clinico frequente e prescrizione dell'associazione buprenorfina/naloxone, quando appropriata)(Nava et al., 2011; Somaini, 2011). In questo lavoro desidero segnalare come tali indicazioni mediche, organizzative e gestionali, assumono senso ed efficacia clinica se le inseriamo all'interno di una "presa in carico multipla" capace di accogliere in forma integrata anche le difficoltà e i bisogni intrapsichici, relazionali e adattativi dell'utente e della sua famiglia. Nella mia ventennale esperienza clinica nell'ambito delle *addiction* ho compreso che è soprattutto la "**qualità della relazione degli operatori con il paziente**" (Carraro, 2014) e una buona "**presa in carico multipla**" (Zucca Alessandrelli, 1996) dello stesso e della sua famiglia che possono fare emergere e risolvere questi pericolosi fenomeni trasgressivi, fornendo loro significato e tramutandoli in occasioni di crescita intrapsichica e relazionale. In questa relazione affronterò il tema del misuso e della diversione attraverso la presentazione di un caso clinico trattato presso un SerT ad alta utenza veneto, cui seguiranno alcune riflessioni teorico-cliniche sulla prassi operativa per gestire tali fenomeni trasgressivi.

### Un adolescente *addicted* con misuso e diversione

Alcuni anni fa Giulio si presentò al SerT di Mestre (Ve) per problematiche di abuso di eroina assunta per endovena e un processo imminente per spaccio di stupefacenti. Ansioso, persecutorio e diffidente: tre aggettivi per connotare questo 16 enne, figlio di genitori separati, in conflitto e non comunicanti. Genitori che, a causa delle loro difficoltà personali e relazionali,

non erano riusciti a fornire al figlio un adeguato rispecchiamento e riconoscimento dei suoi bisogni e del suo valore, nonostante, attraverso un continuo comportamento arrogante e turbolento stesse segnalando un latente disagio narcisistico e psicopatologico. Fin dall'inizio della sua presa in carico Giulio visse con intensa diffidenza e persecutorietà il SerT che si sentiva obbligato a frequentare per problemi di astinenza e giudiziari: non era presente in lui alcuna "autentica" richiesta di aiuto anzi, alla base della sua persecutorietà, emergevano intensi vissuti contro-dipendenti legati ad un intollerabile senso di impotenza e di mortificazione narcisistica. Fallito il tentativo di disintossicazione con farmaci sintomatici, iniziò un trattamento con 10 ml/die di metadone e, all'insaputa del suo medico di riferimento, continuò ad usare eroina per endovena subito dopo avere effettuato l'esame settimanale delle urine e acquistando talora a 5 euro le urine di qualche coetaneo drug-free! L'attrazione per lo stupefacente e il vissuto rabbioso contro-dipendente, unitamente al conflitto che viveva contro l'Autorità (genitori, insegnanti, giudice, medico, SerT), costituivano alcune motivazioni cosce e precosce che, in varia misura, sottostavano al suo agito trasgressivo. Per "assaporare" meglio lo stupefacente decise allora di diminuire la dose di metadone che assumeva quotidianamente allo sportello, lasciando dentro il bicchierino un pò di sostitutivo e assumendone meno durante l'affido fine-settimanale, alterando così la programmazione farmacoterapica sostitutiva concordata col medico. La sua autarchica posizione narcisistica sembrava esprimere con tonalità schizoidi e grandiose: "Mi fido solo di me stesso!" Di lì a poco, però, cominciò ad avere problemi di astinenza e di aumento del craving additivo e così, durante il week end, iniziò a usare per endovena anche il metadone. Era molto arrabbiato con l'assistente sociale che non gli trovava un lavoro e così, per procacciarsi la dose settimanale di eroina e non solo, incurante dei rischi giudiziari, in preda alla propria onnipotenza narcisistica, iniziò a spacciare il proprio metadone "risparmiato"

Ovviamente non confidò al medico le proprie trasgressioni, anzi gli chiese un aumento del dosaggio metadonico motivandolo con l'insorgenza di un malessere generale e di alcuni sintomi astinenziali: in questo modo si illudeva di controllare in modo onnipotente tutto e tutti... anche me! Infatti, durante i colloqui psicologici, dapprima fu distanziante e difeso, poi assunse lentamente un atteggiamento sempre più curioso ed esplorativo: mi sentivo "annusato" e "studiato" per capire quanto fossi affidabile, competente e... manipolabile! *In realtà, stava cercando gradualmente, ed io con lui, quella "giusta" vicinanza/distanza relazionale che ci consentisse di comunicare senza rischiare troppo di entrare ciascuno nell'orbita dell'altro* (Carraro, 2016a). Come è noto (Jeammet, 2004; Zucca Alessandrelli, 2006), una delle angosce relazionali del paziente *addicted* è la paura di con-fondersi e perdersi fusionalmente nell'altro: il suo Sè immaturo, molto "affamato" dell'altro per riceverne identità e senso di sé, teme di non riuscire a modulare bene la distanza relazionale dall'oggetto e di perdersi nel movimento identificatorio fusionale. Così, dopo il cauto distanzia-

mento iniziale, Giulio entrò in una relazione transferale idealizzante su base grandiosa in cui divenni il suo "empatico salvatore": mi confidò di essersi incasinato con la farmacoterapia e mi parlò della sua angoscia controfobica nei confronti del metadone. La sua insicurezza e fragilità narcisistica gli impedivano di accettare la farmacoterapia sostitutiva, vissuta come mortificante, ma anche persecutoriamente temuta perché poteva sfuggire al suo controllo e lui poteva diventarne dipendente! Sentivo che tale vicinanza relazionale, seppure su base idealizzante, lo stava "nutrendo e riparando" dal punto di vista narcisistico (Stolorow, 1995), ma al tempo stesso avvertivo le insidie e le strettoie affettive della simbiosi in cui mi stava avviluppando nelle sue spire... Mi chiese infatti di rispettare il segreto professionale e di non comunicare al medico le sue trasgressioni. Gli rimandai allora il suo tentativo di controllarmi, scindendo gli operatori in "buoni" (psicologo) e "cattivi" (medico, infermieri, assistente sociale). Gli feci notare empaticamente che, forse, era la sua modalità abituale di gestire le relazioni, come aveva fatto e faceva ancora in famiglia, invischiandosi nei conflitti e alleanze con i suoi rissosi genitori. Gli aggiunsi però che in questa famiglia (SerT) le cose funzionavano diversamente e fra operatori si comunicava senza segreti e con collaborazione. Ma lui si sentiva diffidente verso gli operatori, come lo era stato e lo era tuttora con i genitori, e allora tentava di manipolarli, scinderli, metterli l'uno contro l'altro... e, soprattutto, si arroccava autarchicamente e disperatamente in se stesso, entrando in una trappola distruttiva da cui non sapeva uscire, se non attraverso le trasgressioni e lo spaccio che rischiavano di ritorcersi contro, con l'astinenza e un'ulteriore denuncia penale.

Ora, il mio modo di avvicinare clinicamente i pazienti *addicted*, è quello di *entrare nell'area transferale idealizzante in cui mi avviluppano alla ricerca di rispecchiamento, riconoscimento e valorizzazione, per aiutarli a dare senso e significato a questi loro bisogni fusionali e, con gradualità, "tirarli fuori" da questa indistinta e totalizzante con-fusività relazionale, creando spazi mentali di differenziazione, individuazione e interscambio emotivo/affettivo*. Per elaborare tale "perversione" relazionale non utilizzo solo un intenso **dialogo individuale**, ma anche un **dialogo collettivo col gruppo di pari**, dove gli eccitamenti transferali sono più diluiti e sopiti (Carraro, 2014; 2016b). Nel caso di Giulio ho infatti "*terzializzato*" (Jeammet, cit) in parte il nostro rapporto terapeutico, inserendolo nel **Gruppo accoglienza e orientamento** che conducevo settimanalmente al SerT con altri 6-7 giovani suoi coetanei, che poteva vivere narcisisticamente più speculari dal punto di vista identificatorio. L'entrata in gruppo fu all'insegna della grandiosità: era conosciuto da tutti, essendo stato spesso il loro ex-pusher. I membri lo temevano e non lo contenevano, per cui per evitare una pericolosa sua monopolizzazione gruppale, intervenni più volte con puntuali confronti individuali e di gruppo, volti a contenerlo e a smuovere gli altri membri dalla passività, paura e vantaggi secondari dell'averne un monopolizzatore in gruppo.

A poco a poco Giulio, durante la sua teatrale esibizione, confidò al gruppo le sue attuali difficoltà e tra-

sgressioni, stimolando tutti i membri a condividere le proprie. Il tema della trasgressione divenne centrale e coinvolse l'intero gruppo. Emersero latenti angosce controfobiche nei confronti del metadone e della buprenorfina e si insinuò il tentativo di evitarle attraverso le trasgressioni. Molti partecipanti ammisero che, durante la settimana, abusavano di sostanze psicoattive e dovevano ricorrere pure loro a dei "sotterfugi" per recuperare il denaro necessario e per alterare le urine onde evitare la sospensione dell'affido o l'interruzione della terapia sostitutiva. Altri membri ripiegarono su posizioni narcisisticamente vittimistiche e aleggiò sempre più a livello preconsciouso gruppale il fantasma di un'Autorità, vissuta come inaffidabile e non supportiva: il medico non concedeva a sufficienza i farmaci o i dosaggi adeguati, l'assistente sociale non trovava il lavoro e non elargiva sufficienti contributi economici, gli infermieri erano rigidi e poco rispettosi degli utenti, il SerT aveva orari di apertura e di chiusura incompatibili con le esigenze lavorative degli utenti. A quel punto Giulio mi attaccò apertamente criticando il mio atteggiamento collusivo verso i colleghi e poco comprensivo verso le difficoltà degli utenti del SerT. Fu allora che intervenni per difendere la mia autorità di conduttore dall'attacco e confrontai il gruppo sul fatto che tutti loro stavano esprimendo l'idea di un'Autorità terapeutica insensibile e inaffidabile su cui non si poteva contare: "Ma siete proprio sicuri che il SerT e i suoi operatori siano dei farabutti inaffidabili che se ne fregano di voi, vi vogliono rendere dipendenti dal metadone e dalla buprenorfina, e sono insensibili alle vostre difficoltà? Non è che voi pensate queste cose perché siete sempre stati abituati a vivere in modo ambivalente le figure di Autorità?" La risposta a questa confrontazione fu un aumento del clima persecutorio del gruppo e alcuni membri riportarono con rabbia l'incoerenza e inaffidabilità di alcune figure di Autorità del passato e del presente, provocando un coro di consensi da parte dell'intero gruppo. A questo punto feci osservare al gruppo il collegamento fra l'inaffidabilità dell'Autorità genitoriale e quella del SerT e li invitai a riflettere sul fatto che, forse, stavano continuando a ripetere uno stesso schema relazionale per cui, siccome i loro genitori erano stati e sono tuttora, secondo loro, delle figure poco responsive e supportanti, allora tendevano a vivere tutte le figure di Autorità alla stessa stregua, compresi gli operatori del SerT. Riportai poi la loro attenzione su altri esempi trasgressivi intra-gruppo, come lo spaccio di sostanze (stupefacenti, farmaci e urine) che qualcuno di loro stava facendo all'interno del gruppo stesso, ripetendo lo stesso cliché e cioè andare contro le regole del buon funzionamento del gruppo vissute come non proprie, ma imposte da un'Autorità esterna (conduttore) non riconosciuta a causa della loro fragilità narcisistica. In questo modo ho cercato in più sedute di gruppo di liberare l'intero gruppo dal fantasma che li portava ad assumere e a giustificare posizioni narcisisticamente autarchiche e trasgressive che non riconoscevano il valore di una sana e affidabile Autorità o delle regole di buon funzionamento gruppale. Alcuni giorni dopo il medico mi comunicò che Giulio gli aveva confidato le trasgressioni che stava attuando e, assieme, aggiusta-

rono la programmazione farmacologica settimanale.

### **Alcune riflessioni teorico/cliniche**

Cosa ci dice il caso clinico di Giulio riguardo il fenomeno del misuso e della diversione? Appare chiaro innanzitutto che si tratta di due agiti trasgressivi. Molti adolescenti si esprimono attraverso acting e, soprattutto, quelli che hanno difficoltà a simbolizzare e mentalizzare i loro processi psichici, in particolar modo i giovani con problemi di *addiction*. Si tratta di soggetti con un debole assetto narcisistico di base che li rende vulnerabili all'elaborazione e auto-regolazione dei vissuti emotivo/affettivi per cui tendono ad appoggiarsi all'"esterno" più che al loro "interno", vissuto come vuoto, fragile e carente di senso di sé. Soggetti quindi che si appoggiano "troppo" ad oggetti-Sé (Kohut, 1971), come le persone, il gruppo di pari, un'attività socio-ricreativa, una sostanza (psicoattiva, terapia farmacologica, cibo) o il proprio corpo, per sentire quel funzionamento interno e quell'identità che non percepiscono dentro di sé in termini di "ben-essere", vitalità e senso di sé. All'inizio della loro presa in carico, il clinico andrà così ad avvicinare soprattutto il loro corpo, quale "veicolo di identità". Di qui, l'importanza della figura del medico e dell'attenzione e cura che egli fornisce al loro corpo, perché è lì che si trova la loro identità e senso di sé. Non va dimenticato però che l'affidarsi all'Autorità medica per un soggetto con Sé "molto" fragile mobilita intensi vissuti idealizzanti o svalutanti, di difficile gestione clinica per i rischi di passivizzazione e collusione o per il rifiuto diffidente e distanziante che creano. Per esempio, di fronte alle buone regole che propone il medico del SerT, il soggetto narcisisticamente molto fragile può viverle come non proprie ed imposte dall'esterno da un'Autorità vissuta come non empatica e non rispondente ai suoi bisogni. Tali fantasmaticizzazioni tendono a spostare la relazione col medico su un versante ambivalente, persecutorio o svalutato, con vissuti di diffidenza e di distanziamento che disturbano una sana alleanza terapeutica. Di qui l'utilità di "terzializzare" la relazione con un altro operatore (ad es. lo psicologo) con cui elaborare tale "perversione relazionale", onde evitare pericolosi agiti, come il misuso e la diversione che costituiscono delle *trasgressioni delle indicazioni mediche, ad alta valenza simbolico/relazionale, effettuate dal paziente su base contro dipendente, autarchica e grandiosa* (Carraro, 2015). Non dimentichiamo che il paziente addicted, a causa della sua diffidenza legata a frustranti esperienze precoci con le figure di attaccamento primario e della sua esperienza additiva, autarchicamente ritiene di essere il solo che può capire a fondo i propri bisogni e tende a diffidare molto dell'altro da sé, vissuto spesso come non empatico e non rispondente (a meno che non si instauri una relazione transferale su base grandiosa/idealizzante!). Si badi bene che questa "dinamica relazionale perversa", legata a potenti meccanismi difensivi di diniego, scissione, controllo onnipotente e identificazione proiettiva, *soprattutto il paziente con Sé molto fragile e gravi disturbi di personalità*, tende ad instaurarla in ogni relazione interpersonale e, quindi, con tutti gli operatori del SerT e non solo con il medico referente. Ad

esempio, la può instaurare con l'assistente sociale nella misura in cui questi accoglie o meno i suoi bisogni economici o abitativi, con l'infermiere per il modo poco empatico di distribuire la terapia e così via. C'è quindi la necessità di affiancare alla "dualizzazione" delle sue relazioni totalizzanti oggetto-Sé, una "terzializzazione" che consenta di elaborare con lui queste modalità *borderline* di relazionarsi, oscillanti fra idealizzazione e svalutazione, creando così spazi di crescita intrapsichica e relazionale. Di qui, l'importanza di una "presa in carico multipla" quale momento interattivo "integrato" fra operatori distinti, capace di contenere ed elaborare le intense scissioni e pressioni relazionali (identificazioni proiettive) del paziente verso gli operatori, e di maturare così la sua fantasmaticizzazione patogena inconscia (imago materna fallico-onnipotente di genitore unico, imago paterna svalorizzata, imago di coppia genitoriale perversa, ecc.)(Carraro, 2012). Il caso clinico di Giulio è a tal senso emblematico. *Si tratta di accogliere i fenomeni di misuso e di diversione, all'interno di una relazione terapeutica capace di elaborarne i significati simbolico/relazionali* (Carraro, 2015). Emergerà così, per esempio, che l'inniettarci in vena il metadone, in addict narcisisticamente molto fragili e con un grave disturbo di personalità, può assumere il significato di un attacco al corpo e a chi lo ha generato: un disperato tentativo di separarsi e individuarsi da un legame primigenio, cui si è inconsciamente ancora troppo vincolati. L'accoglimento e l'elaborazione di questi e altri primitivi contenuti fantasmatici all'interno di una relazione terapeutica, inseriti in una presa in carico multipla del paziente e della famiglia, è a mio modo di vedere, accanto all'attenzione agli aspetti medici, organizzativi e legali della terapia farmacologica, un'efficace modalità per affrontare i fenomeni di misuso e diversione, trasformandoli in preziose occasioni di maturazione intrapsichica, relazionale e adattativa.