

PAOLO PERROTTI

Alcolismo e psicanalisi

Relazione tenuta al
Convegno su:

« ALCOLISMO
OSPEDALE E
TERRITORIO »

Roma, 5-6 marzo 1982

ESTRATTO DAGLI ATTI

ISTITUTO ITALIANO DI MEDICINA SOCIALE

Alcolismo e psicanalisi

Paolo Perrotti

Vorrei dire, in poche parole, qualche cosa che riguardi la posizione della psicanalisi rispetto all'alcolismo.

Le ipotesi psicoanalitiche riguardanti l'alcolismo e la tossicomania in generale ci riportano ai temi fondamentali della ricerca psicoanalitica.

Di fronte al fatto che milioni di persone si drogano in vari modi possiamo chiederci qual'è la motivazione psicologica profonda di un fenomeno di così vasta portata.

La psicoanalisi parte da una visione complessiva della vita mentale « normale », soprattutto, e da questa ricava poi, come configurazioni particolari, i fenomeni « psicopatologici » e i comportamenti « devianti ».

Se si considera dunque il problema dal punto di vista del modello psicoanalitico di funzionamento della vita mentale si può cogliere come il comportamento tossicomano — alcolismo compreso — abbia delle profonde analogie psicologiche con altre condotte che non comportano l'uso di alcuna sostanza tossica.

Anche nel linguaggio comune si è portati a parlare di « una società drogata » o di un individuo « drogato » quando ci si trova di fronte ad atteggiamenti maniacali: possiamo dire che la droga, la vera sostanza tossica, entra in gioco proprio quando le possibilità che ha l'individuo di « maniacalizzarsi » in altro modo sono esaurite.

La psicoanalisi può servire a comprendere quali siano le strutture della personalità che determinano questo tipo di reazioni.

E' importante, per cominciare, vedere cosa accade quando si cerca di stabilire una relazione fra chi vuole curare chi si droga e il suo « paziente ». Il problema più importante è lo stabilirsi di un codice comune. Il medico, il terapeuta o l'operatore devono trovare un oggetto

comune con il drogato, per cui la droga ha, in qualche modo, un valore simbolico.

La conoscenza teorica della psicoanalisi, ricavata dallo studio e dalla lettura dei libri, è assolutamente inutile se il terapeuta non ha acquisito una conoscenza diretta e vissuta delle componenti psicologiche sue personali che vengono messe in gioco nel rapporto con il drogato.

Il suo problema è di riuscire a vivere dentro di sé quello che il paziente vive. Molto spesso proprio chi vuole conoscenze teoriche, ha inconsciamente un fortissimo atteggiamento di rifiuto nei confronti del paziente.

E' importante comprendere che le nostre parti costruttive, e il narcisismo distruttivo del paziente costituiscono le parti complementari di un'unica situazione. E' un gioco delle parti: in ognuno dei due individui che si contrappongono vi sono presenti quelle parti che l'altro ha rifiutato, come avviene, ad esempio, nel rapporto fra atteggiamenti sadici e masochistici.

In un certo senso, proprio il desiderio del terapeuta di avere subito in mano uno strumento già pronto per intervenire, pur essendo pienamente legittimo sul piano morale, risponde ad un atteggiamento tossicomano, ad una impossibilità di saper attendere lo svolgimento di un processo di comprensione lento e difficile.

Un altro aspetto importante è quello delle lesioni organiche prodotte dall'alcool e dalle altre droghe. Queste lesioni possono condurre alla morte o possono essere curate, comunque, anche se le droghe non producessero nessun danno fisico, rimarrebbe il problema delle condizioni psicologiche che inducono a prendere una droga e degli effetti psicologici che questa produce. Se si riuscissero ad ottenere delle droghe che non producono danni organici la gente si drogherebbe molto di più. In questo caso i drogati sarebbero solo delle persone svagate che vivono isolandosi dalla società, che non vogliono posti di lavoro e non hanno atteggiamenti concorrenziali. Tutto questo potrebbe anche essere bene accetto o quanto meno indifferente per molte forme di potere.

La posizione che assume la psicoanalisi è di rifiuto di ogni strumentalizzazione da parte del potere: il suo fine è di mettere l'uomo in condizione di essere più padrone di se stesso. Se un uomo ricorre alla droga perchè è divorato internamente da un « male occulto », alla psicanalisi interessa riportare a galla le cause di questo male ed ampliare la libertà di decidere e di vivere di quest'uomo.

La psicanalisi vuol fare questo senza sottomettersi alle scelte di un potere che può anche preferire uomini incapaci di agire e di decidere.

L'unico potere che la psicanalisi desidera — e considera — è quello di studiare come sono le leggi profonde della nostra vita psichica.

Questo ci riporta alla questione che avevamo sollevato prima rispetto alla comunicazione che si può stabilire fra un terapeuta e un paziente alcolista.

L'alcolista — o comunque il tossicomane — vive una situazione autodistruttiva, cerca di evitare il dolore e la sofferenza, cerca l'autodistruzione attraverso il bere e a suo modo, appartandosi, disprezza tutto il mondo. L'alcolista può essere povero come un « barbone », rifiuta le leggi del consorzio sociale perchè le disprezza profondamente, è un personaggio in cui sta trionfando il narcisismo distruttivo.

In effetti tutta la tossicomania si può riassumere nel problema posto proprio da questo tipo di trionfo narcisistico distruttivo.

Nella relazione tra terapeuta e alcolista, quindi, da una parte c'è il tossicomane, che, per quanto povero possa essere, disprezza tutte le cose che l'altro gli darà o gli dirà, tutte le caratteristiche della vita « normale » che ai suoi occhi sono miserie; dall'altra c'è l'operatore che sente profondamente come quella sua parte interna che più deve tenere a bada e controllare stia invece trionfando nell'alcolista. Anche il medico e l'operatore hanno una loro componente interna narcisistica infantile da cui devono guardarsi bene, proprio quella parte che devono combattere nel paziente, tra il paziente e l'operatore si stabilisce quindi sempre, inizialmente, un rapporto sadomasochistico.

Prendere una droga è un comportamento autodistruttivo anche quando la sostanza ingerita produce una grande euforia e un grande senso di felicità come avviene nella mania vera e propria.

Si tratta in effetti di tentativi di ribaltare violentemente quella che è la vera struttura psichica, che è, magari, proprio quella che produce il bisogno di droga. E' questo bisogno di ottenere immediatamente un miglioramento e uno stato di euforia, cercando di modificare la struttura psichica, che costituisce una violenza autodistruttiva. Questo vale sia per chi usa una sostanza stupefacente, o l'alcool, sia per chi si « euforizza » con mezzi puramente psicologici.

Quando una persona affetta da psicosi maniacodepressiva entra in fase maniacale, la sua sensazione soggettiva è di grande benessere, pure, in quel momento, si sta dando i più terribili colpi autodistruttivi.

Il suo stato di felicità, infatti, non corrisponde ad una reale trasformazione della struttura psichica, è come un violento cambiamento di parti, un vero e proprio « torto » fatto alle strutture che ne saranno danneggiate.

Ogni volta che si cerca di negare la condizione psicologica che corrisponde alle strutture profonde, senza che queste strutture stesse siano modificate, anche se si raggiunge uno stato di euforia, si sta attuando, comunque, un comportamento autodistruttivo.

Occorre ora distinguere fra diverse modalità di difesa usate contro il dolore psichico per poter comprendere come mai alcuni usano certi meccanismi maniacali ed altri no; per capire perchè alcuni fanno uso di droghe o di alcool e perchè certe volte se ne fa un uso saltuario mentre in altri casi si può arrivare alla morte.

E' necessario soprattutto tenere presente la differenza fra aspetti tossicomani della psiche e casi in cui si può parlare propriamente di un Io tossicomane.

L'aspetto tossicomano è presente in noi fin dall'inizio della vita, esso è l'equivalente della posizione schizoparanoica contrapposta alla posizione depressiva. Esso si presenta la prima volta addirittura nel momento in cui nasciamo, nel momento in cui cerchiamo di evitare il primo dolore e ci accompagna poi per tutta la vita.

Anche per evitare i primi dolori si deve far ricorso ad una certa maniacalità; è questo un procedimento che usano tutti e che si accentua quando si è provati da eventi dolorosi. L'aspetto tossicomano è una risultante dell'impatto fra principio del piacere e principio di realtà e scaturisce dall'esigenza costante di cercare sempre di evitare o negare il dolore.

Possiamo quindi osservare un aspetto tossicomano nella nevrosi ossessiva, nella psicosi, nelle perversioni e nella normalità. Anche nella normalità possiamo vedere all'opera, seppure in forma più blanda, dei processi tossicomani: pensiamo, ad esempio, alla persona che vuole evadere da un senso di solitudine guardando un televisore a cui magari ha tolto il sonoro. Si tratta di procedimenti a cui siamo talmente abituati da considerarli la nostra normalità.

Come ho già detto, occorre tenere presente che il senso di felicità ottenuto momentaneamente negando il dolore che deriva da una strutturazione psichica profonda, non conta nulla e, anzi, è una forma di autodanneggiamento.

Un esempio storico di struttura tossicomantica di questo tipo può essere Napoleone Buonaparte. Le sue grandi vittorie erano come un tentativo di negare maniacalmente i persecutori interni che erano radicati nella sua struttura psichica profonda. La ricerca di una vittoria maniacale contro il dolore proveniente dal suo mondo interno, che non veniva modificato, lo avrebbe portato all'esilio finale di Sant'Elena. Si potrebbe ipotizzare che se avesse subito qualche grande sconfitta al tempo della battaglia di Marengo, la sua sorte sarebbe stata migliore.

Tornando al mondo attuale, possiamo dire che questi aspetti tossicomantici compaiono in situazioni determinate da malesseri passeggeri. Questo è il caso, per esempio, dei giovani che prendono la droga perchè sono scontenti del fatto di non essere accuditi adeguatamente o di non avere un lavoro; si tratta spesso di forme di malessere « acute ».

Una situazione del tutto diversa si ha quando parliamo di un Io tossicomane.

E' fondamentale, come prima cosa, riuscire a distinguere se una data persona che beve o che prenda l'eroina, ha veramente un Io di tipo tossicomane o se sta soltanto manifestando un aspetto tossicomane della sua personalità.

Tutto questo ci riporta al problema di come la psicanalisi veda le funzioni dell'Io.

Da quando è stato scoperto il determinismo inconscio, infatti, si è visto che l'Io non ha la grande libertà che si credeva gli appartenesse.

L'uomo normale, però, può in qualche misura sfuggire alla morsa del fuoco interno di queste forze inconscie; può, in certe circostanze, riuscire a scegliere in base ad un ragionamento cosciente. Se già l'Io normale ha dei margini di autonomia così ristretti, non è difficile immaginare quale sia la condizione di schiavitù dell'Io patologico.

Dalla presenza di un Io tossicomane deriva l'instaurarsi delle forme di tossicomania più gravi e difficilissime da curare. E' possibile che l'Io sia strutturato in modo tale da non potersi risollevare più dal suo stato patologico; in questo caso, quindi, ci può essere un paziente che, nonostante tutti gli sforzi, va incontro alla morte.

La differenza fra queste diverse strutturazioni dell'Io è molto importante, e la diagnosi differenziale è fondamentale.

Consideriamo l'Io nevrotico. Nell'ossessivo, per esempio, il piacere viene bandito, c'è la tendenza a compiere, in modo coatto, determinate azioni che non procurano nessun godimento. L'ossessivo non si diverte

certamente a lavarsi le mani cento volte al giorno ma, comunque, riesce ad evitarsi un dolore.

L'Io perverso, invece, funziona in modo diverso, esso raggiunge una soddisfazione attraverso le sue modalità particolari: attraverso un atteggiamento feticistico, per esempio, può raggiungere un orgasmo a godere.

Ci sono molte diverse strutturazioni dell'Io a cui sono connesse forme di angoscia specifiche: l'Io della depressione, l'Io della schizofrenia, l'Io della paranoia, etc. L'Io tossicomane è una di queste strutturazioni particolari.

Un'ipotesi plausibile è che il tossicomane, e l'alcolista, sia un individuo il cui sviluppo psichico è stato turbato da gravi traumi proprio all'inizio della sua vita. C'è qualcosa nel piacere orale dell'alcolista, nel modo in cui si riempie di questo liquido, che ci riporta alla suzione, ad una situazione traumatica molto antica che non è stata superata ed ha conservato un suo « fascino ».

In questo periodo molto primitivo, il processo della nutrizione, e quindi il rapporto che si viene a creare tra il neonato e il seno della madre, è la principale fonte di soddisfazione, di godimento, e quindi anche di frustrazione per il piccolo bambino.

Considerando ora cosa accade nello sviluppo normale della mente, potremo vedere anche come si può sviluppare un Io tossicomane.

Quando, dunque, il seno è assente, il bambino piccolissimo è pieno di pulsioni aggressive ed erotiche che cercano questo oggetto, e, fino a quando non si sarà costituita in lui l'immagine mnestica del seno che ritornerà, sarà nella sua mente soltanto un vuoto pauroso in cui la pulsione rimane senza oggetto. E' una forma di panico che non è possibile descrivere e che persona adulta non prova mai, qualcosa che si può solo cercare di immaginare come essere catapultati nel vuoto da un'astronave. Il problema è, allora, modalità grazie alla quale il bambino impara a superare questi momenti in cui le pulsioni non possono essere soddisfatte. E' proprio nel momento in cui la pulsione non è soddisfatta, in cui il desiderio è vivo e la soddisfazione non è stata raggiunta che noi creiamo tutte le categorie del pensiero.

Se non ci fossero questi momenti di vuoto, tutti sarebbero bambini per sempre, non ci sarebbe nulla di progressivo e saremmo tutti dei neonati attaccati drammaticamente ad una bottiglia.

E' quindi necessario che ci sia un ritmo tra i momenti di gratifi-

cazione e i momenti di vuoto; durante questi ultimi il bambino riesce a trovare una tregua alla sofferenza della fame e al bisogno di contatto con il seno della madre, nella misura in cui riesce a trovare, tra i ricordi che ha memorizzato, i ricordi anche se rudimentali di precedenti soddisfazioni ottenute dal seno stesso.

Così il bambino, quando comincia ad aver fame e succhia il pollice, sta vivendo quello che viene chiamato da Freud un processo di soddisfazione allucinatoria del desiderio. In quel momento è come se il dito fosse un po' il ~~seno~~^{SENO} e, quindi, il vuoto pauroso comincia a riempirsi di immagini che all'inizio sono allucinatorie, ma che poi, sempre più, prenderanno il carattere di elementi reali.

La tensione della fame, però, continua a rinascere dentro di lui; se il dito fosse sufficiente a farla realmente finire, il bambino sarebbe per sempre, tragicamente legato ad un oggetto allucinatorio. La forza della fame, invece, farà sì che il bambino rinunci a questa attività allucinatoria in favore di una nuova importantissima attività: l'esplorazione del mondo esterno alla ricerca dell'oggetto reale della soddisfazione, della vera madre, del seno reale, della madre reale.

A poco a poco, sotto lo stimolo del bisogno, si sviluppa il senso della realtà come percezione del mondo esterno e della propria dipendenza del mondo esterno.

L'Io tossicomano nasce proprio in questo momento, da una particolare strutturazione che si produce quando il processo di avvicinamento alla realtà esterna non si produce.

Quando l'Io non riesce a tollerare questi momenti di vuoto e di frustrazione, riempiendoli con un'attività di pensiero che lo porta verso la realtà, si realizza una struttura psichica che ha sempre bisogno di qualcosa e, che è capace di poca attività. L'Io tossicomano appunto.