

# **Farmacodipendenza - Un caso clinico**

(Alberto Foglia\*)

## **Introduzione**

Viene presentato un caso di dipendenza da psicostimolante per evidenziare

il meccanismo psicodinamico che ne spiega l'origine. La sostanza attiva è cloridrato di amineptina, un derivato biciclico di seconda generazione ad attività stimolante con elevato rischio di abuso. La descrizione del caso permette di comprendere che la dipendenza dalla sostanza non è che una conseguenza logica di una struttura psichica.

## **Presentazione del caso**

A.B., nata nel 1956, viene ricoverata in clinica a causa di abuso e dipendenza da uno psicostimolante da circa 5 anni. All'ammissione presenta angoscia, depressività, suicidalità, incapacità a regolare la propria vita e a gestirla autonomamente, aggressività con isolati episodi di violenza fisica contro i genitori. Da cinque anni la paziente è in continua cura psichiatrica e psicoterapeutica con somministrazione di ansiolitici, antidepressivi, timostabilizzanti, neurolettici, senza alcun successo e con frequenti e lunghi periodi di ricovero nei quali sembra denotare un certo miglioramento che subito svanisce una volta dimessa dall'ospedale.

## **Anamnesi**

Nell'anamnesi familiare si rileva la presenza di schizofrenia in un cugino di primo grado e di depressione endogena nella madre, descritta come apprensiva ed invasiva. Nell'anamnesi personale remota non si rilevano particolarità alla nascita e allo sviluppo infantile. Di carattere timido e riservato la paziente soffrirà sempre durante il curriculum scolastico, e percepisce un senso di blocco mentale di cui si vergogna. Interrompe il liceo al terzo anno in seguito ad una bocciatura legata, a suo dire, a difficoltà d'apprendimento e concentrazione. Ottiene quindi il diploma di maestra elementare senza tuttavia esercitare tale professione. Dopo un corso triennale serale di orafa la paziente inizia a lavorare artigianalmente in proprio e apre un negozio attivo nei mesi estivi. La paziente non ha mai avuto malattie somatiche di rilievo né interventi chirurgici. Sul piano

affettivo, la paziente riferisce di non aver mai avuto esperienze sentimentali nè sessuali.

Nel 1988 i genitori si separano. La paziente resta con la madre che sviluppa uno stato depressivo ed assume un ruolo protettivo e "samaritano" nei suoi confronti. Si manifestano da allora episodi ricorrenti di depressività lieve che sembrano risolversi con la somministrazione di cloridrato di amineptina. Da allora inizia l'abuso farmacologico in un circolo vizioso caratterizzato da periodi di ansia, depressività con conseguente aumento del dosaggio del medicamento, aumento dello stato depressivo e dell'ansia alla diminuzione dello stesso e ulteriore aumento del bisogno dello stimolante. In questo contesto viene ricoverata per sei volte in vari ospedali e cliniche psichiatriche. Segue diverse terapie farmacologiche e psicoterapeutiche ambulatoriali senza mai denotare un benché minimo miglioramento se non in situazioni di ricovero e accudimento.

### **Stato all'entrata**

39enne, in buone condizioni generali, modicamente obesa, pesa 72 Kg per un'altezza di 164 cm. Curata nella persona e nell'abbigliamento, orientata nei tre domini. La voce è tremolante e contratta, la mimica povera, lo sguardo spaventato. Il pensiero è monotono e perseverante, incentrato sui propri disturbi di ansia, depressività ed su una continua necessità ad organizzare, pianificare, "fare qualche cosa". Presente qualche spunto interpretativo. Vi è una notevole componente di lamentosità cronica ed un incessante richiesta di aiuto e di direttive. Ammette attacchi di voracità alimentare con qua e là episodi bulimici. Non sono presenti dispercezioni grossolane, non allucinazioni, non disturbi dell'identità corporea. Il contatto affettivo è disturbato da una notevole carica di richiesta che si contrappone ad una tendenza a lasciare poco spazio all'interlocutore. Il tono dell'umore è deflesso, la coscienza di malattia è presente per quanto riguarda la sintomatologia ansioso-depressiva, la capacità d'introspezione è direttamente proporzionale alla difficoltà di ascoltare. Vi sono pensieri suicidali, di mettere fine alle proprie sofferenze e alla propria ansia, senza che vi siano dei veri e propri piani.

All'esame somatico: tranne una modica obesità (72 kg) non sono presenti particolari di rilievo. Agli esami di laboratorio esclusa ogni patologia somatica in particolare un'endocrinopatia.

### **Terapia**

La paziente viene sottoposta a trattamento antidepressivo (Citalopram) e timostabilizzante (Carbamazepina). Per la

grave componente di angoscia viene inoltre aggiunta una copertura neurolettica (Tioridazina). Durante le prime settimane di disintossicazione non si manifestano particolarità di rilievo, le condizioni generali della paziente si ristabiliscono, l'angoscia diminuisce, le condizioni fisiche migliorano così come il disturbo alimentare. Questo miglioramento permette da una parte un lavoro riabilitativo con ergoterapia, fisioterapia, congedi al domicilio, dall'altro un approccio individuale e familiare che evidenziano lentamente la dinamica familiare ed in ultima analisi la dinamica intrapsichica della paziente. Durante i primi colloqui di famiglia traspare una forte tendenza al diniego, al rifiuto, alla bagatellizzazione dello stato della paziente. I genitori vedono infatti soltanto il problema dell'abuso medicamentoso richiedendo ai curanti una disintossicazione veloce con la successiva necessità che la figlia riprenda la vita normale, che faccia qualcosa, che organizzi, superi gli ostacoli. Questa dinamica è dominata dalla struttura caratteriale della madre di temperamento chiaramente depressivo con una filosofia di vita basata sul dovere, l'impegno, la spinta. Il padre ormai separato dalla moglie da anni, malgrado di temperamento più ottimista rinforza il messaggio materno con esortazioni a "pensare positivo", e prenderla alla leggera. La paziente ha fatto sua questa dinamica in modo attivo. Ad un nostro progressivo confronto con la malattia che non si limita ad una farmacodipendenza ma che ostacola gravemente l'autonomia della paziente e che necessita sicuramente di una terapia lunga più di quanto tutti sperino, la famiglia reagisce intensificando la tendenza alla spinta, esternando celati sentimenti di rimprovero nei confronti del corpo medico, incapace di togliere rapidamente "un piccolo problema". La conseguenza di ciò è un ulteriore aumento della tensione e dell'ansia della paziente.

Per quanto riguarda il lavoro psicoterapico individuale esso si dimostra molto difficile e ostacolato dai continui tentativi della paziente a manipolare, condurre, guidare il colloquio sempre nella stessa direzione: spingere oltre l'ostacolo. La conseguenza di tale spinta è un aumento della tensione interiore, dell'angoscia, senza possibilità di produttività e quindi di realizzazione dell'autonomia sperata, mantenendo la dipendenza dalla struttura in cui è ricoverata. Solo a questo punto si inizia a capire il senso dell'abuso e della dipendenza medicamentosa della paziente che non a caso si è affidata ad un medicamento psicostimolante. L'amineptina ha infatti un'azione biochimica che può essere paragonata all'effetto della spinta cronica per superare l'ostacolo intrapsichico.

Nel caso descritto abbiamo già qualche elemento che possa indirizzarci verso una diagnosi che non deve essere soltanto descrittiva e clinica ma deve anche avere un significato dinamico che ci permetta di vedere i meccanismi difensivi che ogni paziente presenta in una struttura a concatenazione dalla superficie al profondo. Gli atteggiamenti i pensieri, le emozioni e i vissuti che si presentano al primo impatto sono infatti il risultato di impulsi profondi misti a movimenti difensivi contro gli impulsi stessi. Determinati impulsi profondi e centrali, in alcuni casi scoperti solo dopo mesi di psicoterapia, rappresentano l'essenza della malattia psichica. Nel caso di A.B., la diagnosi può essere posta soltanto dopo mesi di ricovero e soltanto grazie all'approccio individuale che permette di smascherare questi meccanismi difensivi. Ella infatti presenta una serie di sintomi in una struttura a "buccia di cipolla" rappresentata da uno strato superficiale caratterizzato da spinta, senso del dovere, desiderio di autonomizzazione che anche il buon senso permette di vedere quale inefficace e improduttivo. Ella infatti da 5 anni non lavora più, non riesce a vivere da sola, descrive la sua vita come sopportabile soltanto in ambiente ospedaliero acuto. Ogni passo fuori da questa protezione si scontra con un'angoscia insopportabile, insormontabile e con il pericolo di ricaduta nell'abuso di amineptina. Questo atteggiamento difensivo che si presenta alla superficie della personalità, viene però smascherato nelle sedute di psicoterapia come un meccanismo di difesa atto a parare un impulso più profondo e ben celato di vero e proprio masochismo. Il masochismo è una struttura psichica ben determinata caratterizzata da autodenigrazione, tendenza alla provocazione, comportamento e movimenti fisici maldestri, lamento cronico, incapacità a sopportare la solitudine e solo in rari casi in atteggiamenti sessuali apertamente patologici (1). La funzione finale e centrale del masochista è l'incapacità a raggiungere da solo il sollievo dalle tensioni per cui è necessario richiamare l'attenzione degli altri e del loro intervento per ottenere la distensione. Nel caso della paziente a margine questo atteggiamento è facilmente smascherabile soltanto durante i colloqui psicoterapici individuali dove ella provoca e stimola l'interlocutore ad intervenire, agire, "fare qualche cosa" e guidare la sua vita per poi ritorcersi contro di lui lamentando ansia, insoddisfazione, fallimento del progetto proposto. Nel prosieguo della psicoterapia individuale però si scopre che anche questo atteggiamento non è centrale. Confrontata con il proprio atteggiamento masochista con

la propria tendenza a provocare, autodenigrarsi, lamentarsi, la paziente mostra lentamente la vera sofferenza e il vero nocciolo della propria malattia che spiega anche il decorso clinico degli ultimi 5 anni. Ella infatti ha sempre mostrato una politica degli estremi: o spingere per lavorare e rendersi indipendente, con grandi sforzi e grandi ricadute in angoscia e abuso di medicinali o una forte tendenza al ritiro passivo e regressivo in strutture ospedaliere acute dove ogni responsabilità veniva evitata e proiettata sui curanti. Qualsiasi tentativo di trovare una via di mezzo, una situazione reale che corrisponda alla situazione psichica interna cozza contro il rifiuto, l'angoscia, il diniego della paziente: Soltanto dopo 8 mesi di psicoterapia ella riesce a vivere sentimenti dapprima nascosti e dimenticati di insufficienza, inferiorità e incapacità legati ai primi periodi scolastici e correlati ad un senso di pesantezza e blocco mentale dolorosissimo. Davanti a questo "handicap" sia la paziente che i familiari hanno sempre reagito con quel loro tipico atteggiamento di spinta e bagatellizzazione cronicizzando e peggiorando la sofferenza della paziente. Il senso di blocco mentale con diffuse sensazioni corporee di "pesantezza nel cervello", tensione muscolare agli arti superiori e inferiori, senso di oppressione al torace, ma soprattutto la grande povertà affettiva, vissuti di depersonalizzazione e la reale assenza di una vera e propria identità evidenziano la presenza di un disturbo psicotico da anni nascosto.

Soltanto dopo un anno di ricovero e 9 mesi di psicoterapia individuale la paziente riesce a capire la propria sofferenza e il proprio disturbo accettando dai curanti una proposta di vita confacente alle proprie difficoltà e al proprio prosieguo nella terapia individuale. Ella infatti accettando una struttura semi-protetta accetta la confrontazione con questi dolorosissimi sentimenti di incapacità, insufficienza, inferiorità.

### **Il meccanismo intrapsichico**

Lo scopo di una psicoterapia individuale è quello di permettere al paziente una maggiore autonomia ciò che va di pari passo, dal punto di vista psico-analitico, con il raggiungimento della maturità sessuale (genitalità). Malgrado questo traguardo sia laborioso da raggiungere nei pazienti gravi, rimane comunque una indicazione valida durante tutto il corso di una psicoterapia. Una esatta valutazione diagnostica è assolutamente indispensabile per il prosieguo di questo cammino spesso

confuso e impreciso anche a livello teorico e di apprendimento nella carriera dello psichiatra-psicoterapeuta.

## **Discussione**

Si è presentato il caso di una dipendenza farmacologica evidenziando quest'ultima come sintomo di presentazione e quindi di superficie in una struttura caratteriale ben definita la cui origine patologica è da ricercarsi nella prima infanzia della paziente. Lo smascheramento delle difese attraverso messa in evidenza sistematica e coerente in un procedimento a "buccia di cipolla", evitando la pericolosa manipolazione delle stesse in modo non sistematico e caotico(2), ha permesso il raggiungimento di un traguardo intermedio che se non ancora soddisfacente dal punto di vista della vita personale della paziente rappresenta come minimo l'evitamento di soluzioni senza via d'uscita o addirittura cronicizzanti. Soltanto il prosieguo della psicoterapia individuale che procederà sempre con la stessa tecnica di smascheramento coerente dalla superficie al profondo potrà allentare le difese della paziente e quindi diminuirne l'angoscia cronica invalidante.

La necessità di un lavoro coerente e sistematico è decisiva anche nel caso delle dipendenze e permette di delineare l'abuso farmacologico o tossicomano come una vera e propria linea di difesa di superficie. Se la regola del trattamento analitico segue un metodo a "buccia di cipolla", l'insegnamento da trarne, e di valore assoluto, è che non si può fare alcun lavoro di approfondimento se non una volta interrotto il comportamento tossicodipendente. Il pericolo nel trattare pazienti tossicomani è quello di dimenticare questa importante regola iniziando un lavoro di profondità malgrado il paziente non abbia abbandonato il suo comportamento dipendente con il rischio di un intervento caotico e non sistematico con conseguente peggioramento della sintomatologia superficiale (tossicodipendenza).

## **Conclusioni**

Si sceglie un caso paradigmatico per delineare il metodo d'intervento in casi di tossicodipendenza che non si scosta da qualsiasi altro caso di malattia psichica il cui intervento deve avvenire secondo regole precise basate sulla concatenazione delle difese dalla superficie al profondo e sul monito che ogni difesa troppo profonda evidenziata o analizzata non farà che potenziare le difese più superficiali e in questo caso la tossicodipendenza. E' inoltre interessante notare che in questo caso come in molti altri il solo intervento farmacologico dà risultati insoddisfacenti. Nel lavoro psicoterapico individuale si incontreranno diversi tipi di difese all'origine del sintomo di dipendenza in questo caso una difesa psicotica, in altri una vera e propria dipendenza orale, una nevrosi, in altri addirittura una schizofrenia, in altri una depressione endogena e via dicendo.

## **Bibliografia**

1. Freud S., "Il problema economico del masochista", in: Opere, Boringhieri 1980, voi. 10, pp. 5-16
2. Reich W., "Character Analysis", Farrar Straus & Giroux, New York 1970, pp. 20-35

\*) Dr. med. Alberto Foglia Clinica Psichiatrica Viarnetto  
6963 Pregassona

TRIBUNA MEDICA TICINESE, 61, Ottobre 1996, 534-536.