

RICCARDO ZERBETTO

LA TRIANGOLAZIONE EDIPICA. SQUILIBRIO DELLA FUNZIONE MATERNA E  
PATERNA NEL DETERMINISMO DEL CARATTERE ORALE E DELLA DIPENDENZA

*Estratto*

*Il contributo che segue rappresenta un tentativo di mettere a confronto la prospettiva di derivazione analitica, con particolare riferimento al tema della fase e del carattere orale, con quella di derivazione relazionale-sistemica con il fine di meglio definire il profilo di personalità prevalente nella tossicomania e di desumerne conseguenti modelli di inquadramento epistemologico e di intervento terapeutico.*

*Premessa*

L'approccio sistemico rappresenta uno degli strumenti di maggiore efficacia in un campo notoriamente resistente ad interventi di psicoterapia individuale di derivazione analitica. Tale constatazione, a livello di prassi terapeutica, ha portato spesso a sottovalutare gli importanti contributi alla comprensione dei comportamenti tossicomani che la tradizione di studi ad orientamento analitico aveva consentito di raccogliere. Allo stato attuale sembra emergere da più parti (Alexander 1975; Cancrini, Carosi, Mazzoni 1986; Cambiaso, Berrini 1995) un rinnovato interesse per tali apporti che, anziché contrapporsi ad una ottica sistemica, introducono al contrario elementi di decodifica da cui appare indispensabile non prescindere.

Il percorso di ricostruzione della storia personale, che tradizionalmente rappresenta uno degli obiettivi dell'approccio ad orientamento analitico, conduce invero a conclusioni che si avvicinano molto, a giudizio di chi scrive, a quanto osservabile nell'approccio ai sistemi familiari consentendo una conoscenza "dal di dentro" che risulta complementare ed integrativa a quella "dal di fuori" che risulta più familiare ai terapeuti di orientamento sistemico più orientati, specie nell'approccio strategico, a valorizzare i fenomeni interattivi obiettivamente osservabili.

Seppure nei limiti di una sintesi estrema, cercherò di riferirmi ad alcuni contributi di derivazione analitica che considero più significativi (Zerbetto, Ballati, 1983) e successivamente a contributi in ambito relazionale.

*Contributi di derivazione analitica*

Mi limiterò, vista la mole della letteratura sul tema, a brevi cenni di sintesi da cui tuttavia è possibile desumere l'importante percorso che ha portato, dalle prime intuizioni di Freud, alle più recenti formulazioni in tema di carattere orale.

1) Individuazione da parte di S. Freud (1905) della "fase orale" nei tre "Saggi sullo sviluppo della sessualità" quale prima modalità passivo-recettiva di interazione con lo "ambiente primario" rappresentato dalla madre. Anche se Freud aveva stabilito una base teorica per il significato della fase orale con la sua seconda teoria dell'angoscia, che sottolineava come la separazione dalla madre fosse il prototipo di ogni tipo di angoscia, nella letteratura analitica precedente alla seconda guerra mondiale si è fatto riferimento solo sporadicamente alla madre e alla fase orale.

2) l'approfondimento da parte di O. Fenichel (1955), sulla fase orale, come modalità di "incorporazione del mondo esterno" attraverso modalità di pensiero magico-arcaico che permangono come tracce di successive modalità di interazione Io/mondo. La prima forma di rapporto con gli oggetti definita di "amore passivo" completa il fatto che "Il fanciullo vuole avere qualcosa dall'oggetto senza dar nulla in cambio. Fino a questo momento, l'oggetto non ha una personalità come tale, ma è uno strumento che provvede a soddisfare";

3) identificazione, da parte di K. Abraham (1975), di una componente orale contraddistinta da valenze sadico-disruttive concomitanti alle vicissitudini collegate alla dentizione e ai fantasmi di distruzione degli oggetti incorporati;

4) distinzione della fase orale, fatta da M. Klein (1969), in una "posizione schizo-paranoide" ed una "depressiva" in funzione della incapacità/capacità da parte del bambino di integrare gli aspetti "persecutori" del "seno cattivo" (in quanto non adeguatamente capace di soddisfacimento) con il "seno buono" con possibilità, quindi, di tollerare la frustrazione grazie ad una interiorizzazione sufficientemente positiva delle esperienze gratificanti;

5) identificazione da parte di H. Rosenfeld (1970) di una collocazione "ai limiti" delle due "posizioni" individuate dalla Klein nei casi di tossicodipendenza;

6) identificazione da parte di E. Glover (1932) di tipologie tossicomane sul versante prioritariamente depressivo o paranoide con sottolineatura di componenti autodistruttive sostenute da tematiche di colpa;

7) funzione compensatoria fornita dalla droga, sostenuta da S. Rado (1957), nel sostenere la negazione maniacale della perdita dello "oggetto ideale";

8) regressione, attraverso la droga, ad una forma di "identificazione primaria" con la madre sottolineata da G. Clark (cfr: Bergeret 1983);

9) sottrazione alla istanza persecutoria rappresentata da un Super-Io rigido ed iperesigente sottolineata;

10) distruzione simbolica del padre e riunificazione eternizzata con la madre sintetizzata da S. Weijl (1963) con scatenamento della "colpa primaria";

11) identificazione del "carattere orale" fatta da A. Lowen (1978) sulla scorta della caratteroanalisi di W. Reich (1973);

- 12) individuazione di aspetti "psicotossici" nella relazione madre-bambino individuati da R. Spitz ;  
 13) mancato superamento della simbiosi originaria madre-bambino sottolineata da M. Mahler, Schoenberger F. Pine F. Bergman A. (1978);  
 14) conseguenze negative di un atteggiamento materno "iperprotettivo" individuate da parte di D. Levy (1943) e "possessivo" da parte di Fairbairn;  
 15) potenzialità "fissanti" e quindi ostacolanti la crescita nell'atteggiamento genitoriale ipergratificante identificate da S. Ferenczi e da Fenichel (1955);  
 16) individuazione di un ruolo carente (freddo e anaffettivo, severo o iperindulgente) a carico della figura paterna sottolineata da C. Rosenberg (1971), A. Friedman (1987).

#### *Il carattere orale*

La presenza di rilevanti caratteristiche proprie della fase orale, portò Abraham (1975) a introdurre il concetto di «*carattere orale*» come contraddistinto da una spiccata rilevanza di tematiche di *invidia, pessimismo, attitudine dipendente, querulomania, ostilità, atteggiamenti rivendicativi, scarsa tolleranza alle frustrazioni e tendenza ad eccedere nell'alimentarsi e in altri comportamenti assuntivi*.

L'onnipotenza e l'ambivalenza nelle relazioni oggettuali vengono ancora identificate da Glover (1932) come caratteristiche peculiari del «carattere orale», la cui genesi viene ricondotta ai modelli di relazione madre-bambino e non limitatamente al persistere di elementi della fase erotico-orale come tali. La fragile struttura egoica spiegherebbe in questi soggetti la bassa tolleranza alla frustrazione, la labilità emotiva, il carente senso di realtà, l'intolleranza per le norme e le incongruenze condottuali.

Con il termine di «*triade orale*» vengono ancora definite da B. Lewin e da E. Bergler dei quadri personologici rispettivamente descritti come:

- a) mania e rifiuto, in cui l'iperassunzione di cibo e di suoi analoghi viene adottata come difesa maniacale per negare "l'essere mangiato" e la perdita di controllo legata al sonno;
- b) regressione orale con la comparsa della triade masochistica del provocare, dell'essere rifiutato e nell'utilizzare il rifiuto a scopi rivendicativi nei confronti della madre.

Il carattere orale è stato oggetto più recentemente di un determinato contributo da parte di Lowen (1978) sulla scorta della caratteroanalisi introdotta da W. Reich e che riportiamo in forma estensiva per la mirabile ed esaustiva descrizione che ne viene fatta: Si poteva addirittura definire orale la struttura caratteriale complessiva. Ciò significa che il modello dominante di comportamento è determinato da tendenze orali. Da una parte, abbiamo le osservazioni del paziente sui sentimenti, radicati in profondità, di solitudine, di delusione e d'impotenza; dall'altra c'è il narcisismo, l'evidente bisogno di attenzione e di approvazione (la ricerca di soddisfazioni narcisistiche) e il desiderio di essere nutrito: Il mondo mi deve il necessario sostentamento. Il paziente ammise che in un certo periodo della sua vita era stato un mangiatore ingordo e piuttosto grasso. Sempre per Lowen il carattere orale è caratterizzato da un intenso bisogno di parlare, nonché dall'incapacità di conservare un'attività lavorativa stabile.

I rapporti amorosi del carattere orale presentano gli stessi disturbi che troviamo nella sua funzione lavorativa. Il suo interesse è narcisistico, grandi sono le sue esigenze e limitata la sua reazione. Si aspetta comprensione, simpatia e amore ed è oltremodo sensibile alla freddezza del partner o dell'ambiente. Poiché nel rapporto con l'altro non è in grado di soddisfare queste esigenze narcisistiche il carattere orale sviluppa sentimenti di rifiuto, risentimento ed ostilità. Dato che anche il partner ha esigenze proprie che il carattere orale non può facilmente soddisfare, la situazione è di quasi costante conflitto. La dipendenza è grande, ma è spesso mascherata dall'ostilità. La paura del rifiuto che, nel caso del carattere orale, è la paura di perdere l'oggetto d'amore, rimane latente nell'inconscio come grande pericolo e grave minaccia. Il pensiero analitico collega la depressione a questa paura. Questo bisogno di espressione verbale si accompagna ad un alto livello di intelligenza verbale. Le sue capacità intellettuali non si riflettono affatto nelle realizzazioni pratiche, ma nonostante ciò il carattere orale sopravvaluta sé stesso. In-vero, questo gonfiarsi dell'Io si produce in concomitanza con periodi di benessere e di eccitazione.

Nei momenti di depressione e di disperazione a dominare il quadro sono i sentimenti di impotenza e di inadeguatezza.

La tendenza alla depressione non va trascurata. Dovunque esista, è patognomica per le tendenze orali. Laddove domina la personalità, determina la struttura caratteriale orale. La depressione generalmente segue un periodo di accresciuta attività e di apparente benessere; il modello dell'esaltazione e della depressione tende ad essere ciclico, sebbene ciò non sempre sia evidente». Ad un livello più profondo si nota una difficoltà nella percezione del desiderio: «il carattere orale ripete: non so cosa voglio.... Soprattutto desidero la pace. Prova riluttanza ad accettare la realtà e la necessità di lottare nella vita (Lowen, 1978).

L'incapacità di lottare si collega ad una carente spinta aggressiva. L'aggressività e i sentimenti aggressivi sono deboli nella struttura caratteriale orale. Il carattere orale non si sforza molto per ottenere ciò che vuole e in parte ciò è dovuto alla mancanza di un forte desiderio, in parte alla paura di realizzarlo. La paura di soddisfarlo può essere facilmente resa manifesta. La giustificazione offerta è l'esperienza di una costante delusione. Egli spera di ottenere ciò che vuole in qualche modo, senza muovere un dito (ibid.).

#### *Influenza delle figure genitoriali nella strutturazione del carattere orale*

Abbiamo visto come i contributi più significativi dell'interpretazione psicoanalitica delle

condotte tossicomane tendono a ricondurre le stesse a punti di fissazione della fase preedipica, la quale, generalmente, viene esplorata essenzialmente in quanto concerne la relazione diadica madre-bambino.

Tra i contributi più noti, tra i tanti che si potrebbero citare a sostegno di questo orientamento, vale menzionare quelli della M. Ribble che sintetizzò nel "*Tender loving care*" l'insieme di attitudini positive di cui un bambino necessita per crescere sano; di J. Bowlby sulla depressione a seguito di privazione materna e di R. Spitz che annoverò tra gli atteggiamenti "psicotossici" della madre, oltre alla carenza quanti-qualitativa all'origine della depressione (denominata analetica), anche il rifiuto primario evidente; una preoccupazione primaria ansiosamente esagerata, ostilità in forma di preoccupazione angosciosa, un continuo passare dalla durezza all'indulgenza, sbalzi di umore a carattere ciclico, ostilità coscientemente compensata, parziale e totale privazione a livello emotivo. Un'adeguata interiorizzazione della madrenella fase simbiotica viene ancora identificata dalla M. Mahler, Schoenberger, Pine, Bergman (1978) all'origine del disarmonico processo di separazione-differenziazione.

Merito di D. Levy (1943) fu per converso quello di evidenziare le negative conseguenze caratteriali di un *atteggiamento materno iperprotettivo*. Il figlio evidenzerebbe infatti difficoltà di adattamento sociale, pare nella proporzione in cui il rapporto con la madre ha permesso tutti gli altri rapporti: Se la situazione del neonato non mutasse in seguito, ne deriverebbe un individuo arrogante, egoista, tirannico, che si aspetta costante attenzione, affetto e servizi, che risponderà alle frustrazioni dei suoi desideri o alle richieste di disciplina con impazienza, scoppi d'ira o aggressività, inquieto e incapace di solitudine se non immerso nella lettura di un libro, abile nelle pubbliche relazioni, nell'usare il proprio fascino, lusingatore, adulatore e prepotente, per ottenere sempre ciò che vuole. La trasformazione completa nel mostro-bambino, o nello psicopatico egocentrico è dettata da numerose esperienze di realtà, ma il problema basilare che emerge dalla base di indulgenza e di iperprotezione, e cioè l'egoismo, l'arroganza e il comportamento indisciplinato, si rivela con uniforme regolarità. Il problema dell'adattamento tipico del paziente viziato, iperprotetto, è quello di superare il bisogno di far rientrare ogni situazione nel modello originale sulla sua vita, il bisogno cioè di essere l'amato despota di una madre che lo asseconderà sempre.

Secondo Fairbairn i processi patogenetici possono portare a forme schizoidi, sono legati all'incapacità del genitore di trattare le persone come individui e non come oggetti.

«Si potrà pertanto verificare nel bambino un fenomeno regressivo determinato da insoddisfacenti rapporti con i genitori, specialmente con la madre, in uno stadio infantile successivo a quello orale precoce, in cui ha origine questo orientamento. Una madre possessiva e/o indifferente rende difficile al bambino sopportare un rapporto affettivo su una base personale: ne deriva che al fine di semplificare la situazione, egli tende a ristabilire il rapporto in modo progressivo nella forma più primitiva e semplice e a rivivere il suo rapporto col seno materno come oggetto parziale».

Anche per Ferenczi: se ai bambini che attraversano la fase della tenerezza s'impone più amore o amore di altra specie di quello che essi desiderano, ciò può avere conseguenze altrettanto patologiche della frustrazione amorosa.

Al ruolo della figura paterna viene generalmente riconosciuto un più incisivo significato in fasi successive dello sviluppo del bambino ed in particolare nei passaggi che interessano il processo di separazione dalla fusione diadica originaria, del progressivo confronto con il principio di realtà e la fase della socializzazione al di fuori del nucleo familiare.

Questa differenziazione sul significato dei ruoli delle figure genitoriali e della loro rilevanza nelle diverse fasi dello sviluppo si fonda su innegabili presupposti psicobiologici: è la madre il primo contenitore del bambino, l'ambiente originario, il primo oggetto di relazione, il primo mediatore con la realtà esterna. Appare tuttavia evidente come un più recente orientamento interpretativo tende ad evidenziare come il sistema di relazioni oggettuali è "comunque triadico", non foss'altro che per le innegabili implicazioni che il rapporto donna-uomo riveste sotto diversi aspetti sul rapporto madre-figlio.

È interessante notare come uno psicanalista come Pierre Male (fondatore della Società Psicoanalitica di Parigi) non esiti ad affermare a proposito dell'approccio analitico come nei disturbi adolescenziali "la cura-tipo non può essere assolutamente presa in considerazione a causa del carattere evolutivo del soggetto e della fragilità del suo Io (Male, 1980, p. 169)" e come "la famiglia, con la sua struttura disturbata, è la chiave del problema anche nell'attualità" (ibid. p. 172).

Il paragrafo che segue raccoglie alcuni contributi che si riferiscono ad una chiave interpretativa della tossicomania alla luce dell'ottica sistemico-relazionale

#### *Caratteristiche relazionali delle famiglie con soggetti tossicomani*

I primi studiosi che in campo sistemico si sono interessati alle caratteristiche relazionali delle famiglie dei giovani tossicomani sono stati Minuchin (1974) e Haley (1980). Minuchin in *Families of the Slums* (1967) si è occupato delle famiglie in cui il sintomo del giovane è la delinquenza.

Haley con *Il distacco della famiglia* (1976), ha fornito un importante contributo soprattutto rispetto alle strategie terapeutiche adatte con famiglie in cui il ritorno rappresenta il fallimento di un figlio giovane adulto nel portare a compimento il proprio processo di autonomizzazione dalla famiglia.

Negli anni settanta si è lavorato molto su alcune ipotesi che hanno fornito una tipologia delle famiglie nelle quali è presente in maggior misura il fenomeno droga. Gli studi portati avanti in ambito sociologico da Durkheim sul livello di autoritarismo e sulle sue conseguenze, hanno offerto un valido contributo per lo studio del fenomeno.

J. Haley con *Il distacco della famiglia* (1980), ha fornito un importante contributo soprattutto rispetto alle strategie terapeutiche adatte con famiglie in cui il ritorno rappresenta il fallimento di un figlio giovane adulto nel portare a compimento il proprio processo di autonomizzazione dalla famiglia.

Negli anni settanta si è lavorato molto su alcune ipotesi:

a) quelle che vedevano il tossicodipendente all'interno di famiglie disimpegnate, dove i singoli membri sembrano ignorarsi e muoversi all'interno di orbite isolate, oppure eccessivamente invischiati, dove i confini generazionali non vengono definiti provocando una grossa confusione di ruoli (Minuchin, 1974)

b) quelle che focalizzavano il coinvolgimento del tossicomane e la funzionalità della tossicomania all'interno del conflitto della coppia genitoriale: coppia generalmente caratterizzata da perifericità, (1961), inefficienza, distanza o autoritarismo (Bergeret, Fain, Bandelier, 1983) del padre, controbilanciati dal coinvolgimento eccessivo e dalla centralità della madre.

A livello di socializzazione:

a) un alto grado di conflittualità nei rapporti interpersonali;

b) le madri dei tossicodipendenti maschi sono state spesso descritte come donne iperprotettive e indulgenti, il cui comportamento produce un figlio dipendente (Rosemberg, 1971)

c) i padri sono stati descritti come individui deboli o passivi o freddi e ostili, con difficoltà di contatto e comunicazione coi figli (Rosemberg, 1971; Friedman, 1987)

d) i tossicodipendenti sono stati descritti come soggetti che non sono riusciti ad integrare la loro crisi di adolescenza (Bergeret, Fain, Bandelier, 1983)

e) è stata rilevata da numerose ricerche l'abitudine dei genitori ad abusare di alcool o ad utilizzare farmaci (in particolare psicofarmaci) in ogni situazione di stress

La struttura tipica della famiglia del tossicodipendente, individuata da Stanton e Todd (1989) nei loro lavori di ricerca, è quella di un gruppo in cui il "paziente designato" è strettamente coinvolto con il genitore di sesso opposto, mentre esiste una frattura di tipo conflittuale con il genitore dello stesso sesso e tra i due genitori.

Tale tipo di rapporto ha le sue radici in una famiglia che non ha saputo adeguarsi alla naturale maturazione del figlio e al suo distacco da essa, fermandosi a uno stadio del ciclo vitale che può situarsi tra la preadolescenza e l'adolescenza del figlio.

Diversamente che nelle famiglie a transazione schizofrenica, i conflitti, le alleanze e i coinvolgimenti sono dichiarati e agiti apertamente.

Spesso il problema del divario generazionale è accentuato da una differenza culturale tra i genitori e i figli (per immigrazione o scolarizzazione), che è vantaggiosa per questi ultimi nella gestione del potere in famiglia.

I comportamenti legati alla tossicomania danno la possibilità di una "pseudo-individuazione" a vari livelli, creando una sorta di mediazione tra il livello dell'autonomia e l'invischiamento con la famiglia d'origine, compromesso.

Il tossicodipendente presenta infatti, all'interno della famiglia un comportamento ambivalente: indipendente, chiuso in se stesso, aggressivo, in una serie di manifestazioni, mentre in altre si mostra infantile e dipendente.

Dal punto di vista terapeutico sono stati soprattutto Stanton e Todd (1989) a effettuare ricerche con le famiglie dei tossicomani per valutare le diverse ipotesi fatte precedentemente, soprattutto con lo scopo di dimostrare l'efficacia del trattamento familiare rispetto a trattamenti di tipo farmacologico (metadone). Essi in particolare, hanno adottato sistematicamente la strategia di intervento suggerita da Haley (1976) con il gruppo familiare, confrontando i risultati ottenuti con quelli di un gruppo che aveva effettuato solo trattamenti con metadone.

Sono molti i saggi presenti in letteratura sulla cosiddetta famiglia a "transazione tossicomantica".

Tuttavia, a dispetto dell'interesse verso la complessità dei fenomeni, tipico dell'orientamento sistemico, per molto tempo non si è riusciti ad integrare i punti di vista e sono state fornite descrizioni parziali, non sempre sufficienti alla messa a punto di strategie di intervento adeguate.

Le ricerche di Cancrini, Malagoli, Togliatti e Meucci a partire dagli anni '70 hanno in parte risentito degli orientamenti degli studiosi statunitensi (Cancrini, Carosi, Mazzoni, 1986).

Lo studio clinico della tossicomania dimostra che l'uso dei farmaci da parte del tossicomane può essere considerato come un tentativo elusivo e sbagliato di *autoterapia*.

La domanda di droga, facilitata dall'offerta che di essa è stata fatta negli ultimi venti anni, avviene in condizioni all'interno delle quali si verifica un "incontro fortunato" tra gli effetti propri del farmaco e le esigenze di una persona e/o del sistema interpersonale di cui fa parte.

La dipendenza caratterizzata dall'uso ripetuto e volontario di droghe, dal bisogno imperioso: fisico e/o psichico, di continuare l'uso delle stesse procurandosene a qualsiasi prezzo, dalla perdita di interessi e di rapporti con gli aspetti della propria vita che non si collegano alle droghe, dall'assunzione di un ruolo sociale tipico.

I diversi criteri di osservazione adottati per la definizione dei quadri tipologici prevedono di centrare l'attenzione su:

a) i modelli di organizzazione dei rapporti interpersonali e le modalità di comunicazione nelle famiglie

b) l'organizzazione psicologica, i meccanismi di difesa e i tratti caratteriali presenti nel comportamento e nella personalità, nonché gli aspetti di adattamento dello sviluppo individuale sui quali la droga ha un effetto terapeutico

c) le modalità di relazione tra il "soggetto e la sostanza"

d) il modo in cui colui che assume droga e/o la sua famiglia tendono ad adottare e stabilire rapporti con gli assistenti sociali e gli operatori dei servizi che sono adibiti ad aiutarlo

e) gli effetti di differenti programmi terapeutici sulle diverse situazioni di tossicomania.

Rientrano in questo quadro quelle situazioni in cui l'uso di droga copre una forma di disagio appartenente all'*area delle reazioni*.

I disturbi che rientrano in tale area si caratterizzano per il rapporto evidente fra evento esterno e manifestarsi delle difficoltà. In situazioni di questo genere il trauma non agisce cioè come occasione,

rivelando una struttura nevrotica preesistente; esso assume invece una parte determinante nel contenuto stesso del sintomo che si rivela come un tentativo ripetuto di legare e abnegare il trauma; tentativo che si accompagna ad una inibizione più o meno generalizzata dell'attività del soggetto, integrando il quadro clinico della nevrosi traumatica. (Cancrini, Carosi, Mazzoni, 1987).

Sono presenti alcuni casi in cui esistono figli percepiti come "figli esemplari", a cui viene affidato il ruolo di "parental child" (Minuchin, 1974), abituati a tenere per sé i propri problemi, oppure di giovani appartenenti a gruppi familiari, in cui si apprende a confrontarsi con la morte, la separazione e la perdita, adottando un *pattern* di evitamento del processo di elaborazione del lutto; si tratta in altri casi di giovani adulti o adolescenti che si confrontano con l'evento traumatico proprio nel momento più critico dell'individuazione e dello svincolo, e che si trovano a non poter tornare indietro pur non avendo ancora costruito rapporti affettivi significativi all'interno dei quali condividere l'esperienza del dolore e del lutto (Haley, 1980).

Esistono altri tipi di tossicomanie e sono quelli che possono inserirsi nell'area delle nevrosi che possono trovare la loro definizione nei quadri propri della nevrosi fobica e dell'isteria, della nevrosi ossessiva e del carattere ossessivo.

Le storie di tossicomani che coprono un disturbo proprio dell'area delle nevrosi rivelano una certa instabilità nel comportamento prima dell'uso di droga, ma soprattutto un coinvolgimento estremo, con toni emotivo depressivi, in conflitti riguardanti la famiglia.

Essi raccontano quasi subito il loro "dramma familiare" e tutto ciò che ha accompagnato il loro sviluppo: liti tra genitori, separazioni, ecc.

Il malessere cui si risponde con la droga è piuttosto aspecifico, la tendenza principale è verso la noia, l'insoddisfazione e il nervosismo.

La struttura familiare in cui si sviluppa questo tipo di tossicomani è quella più frequentemente descritta dai terapeuti familiari che hanno lavorato con i tossicomani (Stanton, Todd, 1989). Dal punto di vista familiare e sistemico essa prevede:

- a) il coinvolgimento forte di uno dei genitori (generalmente quello di sesso opposto) nella vita del figlio e nella sua malattia
- b) il ruolo periferico dell'altro genitore
- c) l'evidenza della struttura (alleanza trans-generazionale negata), definita "triangolo perverso", e la tendenza del genitore complice a proteggere e a coprire i problemi posti dal comportamento del figlio
- d) la debolezza dei confini tra i sottosistemi che definiscono la gerarchia familiare
- e) lo sviluppo di una polarità che definisce la figura del figlio/a tossicomane come cattivo in rapporto a un altro figlio/a buono, un elemento la cui importanza deve essere colta soprattutto in rapporto alla situazione che si verifica nella famiglia del tossicomane di tipo c (polarità fallito/riuscito)

In certi casi il tossicomane tende a dare una connotazione depressiva rivendicativa all'abitudine e ad avere un atteggiamento dimostrativo.

Nelle tossicomanie sociopatiche si riscontra la carenza di cure materne (nel senso di Bowlby) e le influenze che modellano l'organizzazione personale del bambino e il suo sistema di valori in varie situazioni di svantaggio socioculturale.

Si caratterizza essenzialmente per la tendenza ad esprimere il conflitto psichico attraverso l'*acting-out*.

Ciò corrisponde in pratica:

- a) all'evidenza di comportamenti antisociali che precedono l'inizio della tossicodipendenza, in particolare in adolescenti e giovani adulti che vivono in condizioni di svantaggio sociale e culturale
- b) alla rapida e naturale assimilazione della tossicodipendenza
- c) all'atteggiamento di sfida del tossicodipendente
- d) al distacco con cui il tossicodipendente parla della sua abitudine.

Quando avviene la richiesta di terapia è tangenziale, nel carcere o nell'ospedale dove il tossicodipendente arriva per problemi collegati alla tossicomania, a volte è fortemente provocatoria.

È interessante notare come possa applicarsi anche all'ambito interpretativo sulla omosessualità il modello riconducibile alla debolezza della funzione paterna, almeno stando alla rielaborazione proposta da Biller (1978, p. 119) il quale, riferisce come "nelle storie di omosessuali, si incontravano lunghi periodi di assenza paterna durante l'infanzia più spesso che in quella dei nevrotici... Una proporzione rilevante di omosessuali durante l'infanzia venne scoraggiata dalla madre dal partecipare ad attività di tipo mascolino e fu spesso rinforzata a comportarsi in modo femminile (Bieber, Miller, Dyer, 1972).

- Thomson et al. rilevarono che il modello di deprivazione paterna classico dell'omosessuale era associato ad una relazione iper-intensa con la madre e all'evitamento precoce delle attività maschiline".

Anche per A. Samuels (1970), che analizza il fenomeno della debolezza dell'archetipo maschile-paterno nella nostra fase culturale, emerge una area di debolezza nella definizione della sua funzione: "Il maschile è stato abbinato, nella tradizione mitica occidentale, ai principi che dimostrano l'evoluzione della coscienza egoica, in contrasto con l'associazione del femminile all'inconscio. Il maschile archetipo consiste di quegli attributi di volontà e intelligenza che trovano attiva manifestazione nei comportamenti intrusivi e generativi".

Il problema, ovviamente, non è banalmente riconducibile alla mancanza "storica" della figura paterna – elemento ovviamente non secondario – ma soprattutto alla inconsistenza nel ruolo specifico che è chiamato a svolgere nel processo maturativi dei figli come puntualmente ci ricorda ancora Biller (1978, p. 171) "Il bambino con padre assente può sviluppare un'immagine più flessibile di uomo adulto, ed almeno trovare qualche tipo di sostituto paterno, mentre un bambino con un padre inefficace e/o passivo o rifiutante può sviluppare un'immagine dei maschi adulti molto negativa ed evitare di interagire con essi".

## Carattere orale e tossicodipendenza

Ne emerge una chiave di lettura del fenomeno che riconduce l'abuso farmacologico ad una modalità difensivo-adattiva *relativamente specifica* di modulazione della funzioni di contatto Io/mondo (Zerbetto 1994) collegata ad uno squilibrato rapporto e conseguente disturbata integrazione e introiezione dei due principali elementi in gioco nel processo evolutivo: la "funzione materna" e la "funzione paterna".

Nei casi meno inquinati da elementi psicopatologici di diversa natura, sembra infatti riscontrabile una distorta ed ipertrofica presenza della prima accompagnata ad una carenza parimenti specifica di elementi normativo-strutturanti riconducibili ad aspetti lacunosi della figura paterna vuoi in senso stretto che "strutturale" più ampio (stile educativo, clima culturale, costellazione valoriale, rete di significati e patrimonio delle risorse disponibili atti a favorire la crescita dell'individuo adulto). Sotto il profilo dell'intervento terapeutico, l'approccio sistemico tenderà quindi, al di là delle singole "manovre" o "tattiche" più settoriali, ad impostare una strategia più complessiva mirante a favorire il superamento di una condizione di invischiamento-dipendenza del tossicodipendente dalla figura materna (allorché si tratti di soggetti di sesso maschile mentre analoghe considerazioni possono farsi per i casi di genere inverso seppure in tali casi si attivino più di frequente dinamiche ad estrinsecazione sintomatologica sul versante dei disturbi alimentari psicogeni) e la attivazione-valorizzazione della figura paterna come "polo" di riferimento più atto a sostenere il processo di crescita nella fase dello svincolo dal sistema familiare e di inserimento nella dimensione adulta.

Sulla debolezza della figura-funzione paterna, non solo a livello micro ma anche macrosociale culturale ritorna anche Pietropoli Charmet (2000) quando, parlando delle "forme" della precarietà della figura maschile (quella del padre "disertore", del padre "debole" e del padre "geloso"), conclude il suo volume su "I nuovi adolescenti. Padri e madri di fronte ad una svolta" sottolineando come "i valori del padre sono poco rappresentati, frequentano una scuola dominata da donne e devono fare i conti con un'egemonia femminile che si è instaurata nel gruppo classe e nel gruppo amicale" (ibid., p. 295).

Riguardo all'importanza di un intervento "attivo" e non solo privilegiato sulla attitudine all'empatia, all'ascolto e alla interpretazione ha fatto storia l'orientamento di Haley (1980) che così sintetizza la modalità di approccio proposta nelle sue "Procedure da seguire con famiglie di tossicomani":

- 1) Il terapeuta deve avere tutta la responsabilità dell'intervento per poter dare la responsabilità al genitore;
- 2) Convocare l'intera famiglia e non esprimere disapprovazione, ma richiedere responsabilizzazione dei genitori;
- 3) Mantenere l'attenzione sul comportamento del paziente e non discutere mai delle relazioni;
- 4) Ignorare e non esplorare il passato e le cause remote del problema;
- 5) Il terapeuta deve unirsi ai genitori contro il paziente designato, anche se questo può sembrare una limitazione della sua libertà e dei suoi diritti. Questi diritti saranno ripresi in considerazione dopo che il comportamento sarà tornato accettabile. Una coalizione con il ragazzo aggraverebbe la confusione generazionale che di solito è già notevole;
- 6) Ignorare e minimizzare i conflitti genitoriali;
- 7) Usare una terapia breve centrata sul problema presentato;
- 8) Fare *follow-up* con regolarità per accertare i cambiamenti avvenuti.

Più articolato, ed ampiamente consolidato, io modello proposto da D. Stanton (Stanton, Todd, 1989) volto ad intaccare la struttura familiare in cui si sviluppa il comportamento tossicomane e caratterizzata dalle seguenti costanti:

- a) il *coinvolgimento forte di uno dei genitori* (generalmente quello di sesso opposto) nella vita del figlio e nella sua malattia
- b) il *ruolo periferico dell'altro genitore*
- c) l'evidenza della struttura (alleanza transgenerazionale negata), definita "*triangolo perverso*", e la tendenza del genitore complice a proteggere e a coprire i problemi posti dal comportamento del figlio
- d) la *debolezza dei confini* tra i sottosistemi che definiscono la gerarchia familiare
- e) lo sviluppo di una polarità che definisce la figura del figli/a tossicomane come cattivo in rapporto a un altro figlio/a buono, un elemento la cui importanza deve essere colta soprattutto in rapporto alla situazione che si verifica nella famiglia del tossicomane improntato alla polarità fallito/riuscito.

Un vigoroso impulso al superamento di un approccio contrappositivo, tra prospettiva psicoanalitica e relazionale, è venuto già da Mara Selvini Palazzoli che, in un suo contributo su *Historical perspective of strategic techniques: "world views in collision?"* in occasione del Congresso su "Sentimenti e sistemi" del 1992 si dichiarò esplicitamente *With the help of some friendly criticism, we have resolved to hang on fast both horns of the dilemma* riferendosi ad un tentativo di sintesi tra *strategic horn* (sotto l'influenza della scuola di Palo Alto e un *opposite horn of the dilemma...* in order to understand the entire relational process we needed to undertake a historical reconstructing of the family relationships recuperando in pratica un approccio di derivazione analitica e concludendo che *So the dilemma, for us, does not more exist. In order to set out on the path of complex thinking, and thus approach more adequately the immense complexity of human existence, we are obliged to set up a dialogue between what has previously appeared to be antithetical.*

### *Percorsi familiari nelle tossicomanie da eroina: verso una tipologia delle coppie parentali*

L'approccio alla famiglia, in tale prospettiva, avrà esito soddisfacente allorché la triangolazione perversa (simbiosi perdurante madre-figlio con posizione marginale della figura paterna) evidenzierà possibilità di evoluzione delle dinamiche interpersonali nel senso di:

a) favorire un "disinvestimento libidico" eccessivo della madre nei confronti di un figlio "fissato" in una posizione infantile "orale" (improntata a passività, dipendenza, ostilità cronica e scarsa attivazione delle risorse potenziali) grazie ad una aumentata capacità di sostenere l'angoscia di separazione dal figlio dalla figura materna. Tale "sovrainvestimento libidico" nella diade madre-figlio risulterà spesso collegato ad un coesistente scarso investimento libidico all'interno della coppia genitoriale;

b) sostenere il processo di svicolo del figlio nei confronti della madre e del nucleo familiare in genere attraverso una maggiore demarcazione dei confini generazionali e ricerca di elementi di sostegno e gratificazione nel recupero/acquisizione di contatti costruttivi con il "mondo esterno" (vuoi sotto il profilo di aspetti concreti inerenti la dimensione del sociale che di realtà affettive al di fuori di legami para-incestuosi);

c) sostenere la figura ed il ruolo paterno nella funzione di polo affettivo dialogico, nella complementarietà con la figura materna, atta a supportare il processo di separazione della diade madre-bambino (che tale rimane, spesso, a dispetto dei dati anagrafici), l'introiezione dell'istanza normativa, il processo di crescita in particolare nella fase del passaggio dalla dimensione microsociale della famiglia a quella macrosociale più allargata. In tale processo sarà importante favorire l'acquisizione di una attitudine più attiva e "aggressiva" (nel senso etimologico di ad-gredire: andare verso) rispetto a quella più passivo-recettiva, più "contrattualizzata" nel rapporto dare-avere, rispetto a quella più infantile del solo avere, più orientata alla responsabilizzazione (abilità-a-rispondere) quanto connotativa di una condizione adulta anziché alla deresponsabilizzazione infantilizzante o alla colpevolizzazione (spesso generica, indiscriminata e non favorente i processi di separazione).

d) favorire una ri-orientazione delle dinamiche della coppia genitoriale nell'ambito proprio evitando la triangolazione manipolatoria dei figli. Tale obiettivo potrà prevedere un intervento mirato sul sottosistema della coppia genitoriale esplorando la possibilità di una riattivazione di elementi vitali nella relazione o anche il rischio di una chiarificazione su incompatibilità relazionali mal superabili. Alleggerire il figlio dal compito implicito di mantenere una formale unione della coppia rappresenterà in certi casi un passaggio imprescindibile per una possibilità di crescita emozionale dei singoli e del sistema nel suo insieme seppure a prezzo di angosce di separazione facilmente intuibili.

e) favorire l'aggancio del figlio sintomatico con una rete di stimoli e di risorse da esplorare nel contesto sociale allargato al fine di favorire il processo di svincolo e di autonomizzazione dall'invischiamento familiare.

Laddove tale percorso, necessariamente schematizzato per motivi di spazio e che penalizza sicuramente una più diversificata gamma di situazioni riscontrabili nella clinica, non si renda percorribile all'interno di un approccio focalizzato sulla famiglia, si potrà prevedere, nella salvaguardia di una coerente ottica eco-sistemica, un ricorso ad un contesto allargato sotto forma di "terapia di ambiente". Con questo termine si intendono notoriamente i programmi terapeutici comunitari residenziali o semiresidenziali, in cui fondamentale appare il lavoro sul "contesto" e sulla possibilità di immergere il soggetto problematico in una rete di comunicazioni congruenti, autorevoli, ben raccordate a principi di realtà e atte a sostenere il processo della assunzione di responsabilità sui vissuti ed i comportamenti.

La predisposizione di un percorso coerente che preveda, in funzione della gravità delle disfunzioni presentate, la possibilità di un intervento sul microsistema familiare o, in alternativa, il ricorso ad un "sistema intermedio" (tra il micro ed il macrosociale) rappresentato da un contesto terapeutico-comunitario ad impostazione professionale rappresenta, a giudizio di chi scrive e a seguito di una decennale esperienza, una delle risorse maggiormente promettenti nella possibilità di gestire in modo più efficace problematiche tradizionalmente refrattarie ai tradizionali interventi psicoterapici.

### *Interventi di counseling sulle figure genitoriali*

Anziché intervenire a livello terapeutico sul soggetto problematico, nel nostro caso l'adolescente che manifesta un disagio adattivo, si rende spesso utile, se non preferibile agire attraverso modalità di tipo genericamente psicoeducativo che valgano a sostenere e a rinforzare le funzioni genitoriali laddove carenti.

A riprova del grave segnale di inadeguatezza evidenziato da molti genitori, specie maschi, di fronte alle sfide poste dai vistosi mutamenti socio-culturali e quindi dalla necessità di adeguare alle nuove esigenze le proprie competenze educative, stanno i dati, tra i tanti che si potrebbero riportare, raccolti da una ricerca su circa 1000 adolescenti e i loro genitori condotta dal sottoscritto (R. Zerbetto e R. Frisanco, 1994) *Adolescenti oggi: stili di vita e fattori di rischio nella Provincia di Siena*. Da questa risulta, relativamente al colloquio con i genitori, una evidente scarsità di comunicazione, in particolare su aspetti problematici. I ragazzi rispondono che parlano con il loro padre dei propri problemi "spesso" nel 28,1% dei casi, "qualche volta" nel 50% e "mai" nel 13,9%; con la madre parlano del loro modo di fare nel 41% dei casi, "qualche volta" nel 43,6% e "mai" nel 10,6%. Un maggiore livello di comunicazione emerge anche fra i ragazzi appartenenti a famiglie con livello culturale più alto dei genitori.

È sintomatico il successo, almeno in termini di diffusione, avuto dal programma *P.E.T. genitori efficaci e tecnicamente preparati: nuovo sistema verificato per formare figli responsabili* di Thomas Gordon

Dalla pubblicazione citata riportiamo quanto viene sintetizzato a proposito delle "Modalità di

reazione difensiva di fronte alla autorità paterna” sotto forma di:

- 1. resistenza, ostinazione, ribellione, negativismo
- 2. risentimento, ostilità
- 3. aggressività, vendetta
- 4. menzogna e occultamento dei sentimenti
- 5. proiezione su altri della colpa, divulgazione dei segreti, inganno
- 6. dominare, esagerare la propria immagine
- 7. compulsione a guadagnare, odio per il padre
- 8. formazione di alleanze organizzate contro il padre
- 9. sottomissione, obbedienza, condiscendenza
- 10. conformismo, mancanza di creatività, riluttanza ad esporsi e rischiare
- 11. rinuncia, fuga, atteggiamento sognante, regressione

I programmi che puntano a incrementare le competenze genitoriali, in questo caso di quelle paterne, puntano quindi a sostenere una “funzione” che nella nostra società si è andato progressivamente sfumando privando quindi i giovani dei necessari aspetti di contenimento, stimolo e confronto.

Sarebbe tuttavia ingenuo pensare che le turbolenze adolescenziali potessero venire affrontate e risolte facendo unicamente leva su un maggiore autoritarismo. Come ricorda Pierre Male in *Psicoterapia dell'adolescente* “dobbiamo lottare continuamente contro il desiderio dei genitori – o della società stessa - di riportare il soggetto ad una situazione disciplinata, cioè infantile, da cui egli non riuscire ad emanciparsi se non con il rifiuto. Invece noi dobbiamo costantemente renderlo autonomo e responsabilizzarlo” (Male 1980, p. 170). È fondamentale non diventare mai complici del conformismo e della volontà familiare”.

#### *Per un modello di intervento dal comportamento sintomatico alla struttura caratterologica*

La ricostruzione della struttura di personalità che frequentemente è dato riscontrare nei tossicodipendenti - in particolare in quelli senza la complicità di pesanti componenti psicopatologiche sul versante schizotimico, borderline o sociopatico - lascia ampiamente intendere quanto l'assunzione di sostanze stupefacenti risponda ad esigenze *compensative*, dette anche autoterapeutiche, da parte del soggetto che nell'impatto con la condizione adulta e l'inevitabile carico di responsabilità che la stessa comporta, tende a ricorrere a *mediatori* nella relazione Io-mondo che diano un momentaneo sollievo - seppure illusorio e foriero di conseguenze peggiorative - alla sensazione di difficoltà ed impotenza che comporta l'acquisizione della condizione adulta.

In tal senso è evidente come l'assunzione di droghe non rappresenti che un elemento *sintomatico* di una problematica di fondo che qui abbiamo cercato di identificare come *carattere orale*.

Se l'obiettivo di superare la *fase sintomatica* viene facilmente coronato da successo, per lo meno a tempi brevi, attraverso i vari interventi medico-farmacologici o in ambito comunitario, ben più arduo è il percorso che conduce ad uno strutturale superamento delle distorsioni di personalità implicite nella caratteropatologia cui si è fatto riferimento.

Se la durata media di una tossicomania primaria viene generalmente valutata attorno ai 7-10 anni, si comprende come tale sia l'arco di tempo necessario per consentire il recupero di quel *gap* maturativo in soggetti che, per varie ragioni, siano rimasti fissati ad una fase evolutiva contraddistinta da perduranti caratteristiche orali.

Per tale motivo è sempre importante *contestualizzare* il sintomo assunzione di droga all'interno di una rete di significati in cui i vari elementi desumibili dalla personalità e dallo stile di vita del soggetto possono farci valutare più correttamente il valore e la gravità del comportamento sintomatico stesso.

Nelle situazioni più problematiche, infatti, non è assolutamente ipotizzabile aspettarsi una risoluzione del comportamento assuntivo quando i disturbi di personalità siano tuttora gravi. La mancata assunzione di sostanze che alterano lo stato di coscienza può infatti rendersi possibile solo in situazioni di restrizione carceraria o all'interno di altri contenitori forti, quali le comunità terapeutiche. Il problema di fondo si ripresenta tuttavia alla fine della fase residenziale allorché il soggetto si trova a confrontarsi con il difficile impatto con la realtà esterna in assenza di strutture di personalità tali da consentire un inserimento sociale adeguato.

Importante sarà quindi valutare quanto il percorso terapeutico sia da considerarsi *sintomatico* o *causale*, che, nell'uso corrente del termine in terapia, significa tale da incidere sulle cause all'origine del comportamento sintomatico stesso.

Una esagerata enfaticizzazione sul fenomeno droga e sull'aspetto visibile, in termini sintomatici, del suo impatto sugli assuntori, ha prodotto una sottovalutazione degli aspetti di fondo - leggi strutture caratteriali - che tali comportamenti sottendono.

Parte di tale errore valutativo può ricondursi alla forte enfasi emozionale e moralistica collegata al fenomeno della droga che ha teso spesso ad enfatizzare l'elemento vizioso e trasgressivo del comportamento farmaco-assuntivo più che il profilo caratterologico che tale comportamento sottende.

Un altro motivo sta, a mio parere, nell'aspetto spesso poco appariscente del disturbo di personalità di fondo, specie se paragonato ad altri quadri psicopatologici quali la dissociazione, la depressione, o la sociopatia più evidente.

Il carattere orale, infatti, è contraddistinto da un'insieme sindromico di elementi che, presi singolarmente, non appaiono particolarmente eclatanti, ma che, messi insieme, possono pregiudicare gravemente la possibilità di costruire un *progetto di vita* minimamente soddisfacente e non contraddistinto da drammatiche componenti auto-eterodistruttive.

Quella del *progetto di vita* appare forse la chiave più importante nel lavoro diagnostico-terapeutico con tossicodipendenti. In altre parole, il quesito cui l'operatore dovrà rispondere primariamente sembra

essere non tanto la valutazione del comportamento sintomatico, quanto il significato che lo stesso assume nella costellazione dei dati inerenti il profilo di personalità e di inserimento sociale che è dato rilevare complessivamente.

Ambire ad una disassuefazione irrealistica comporterà infatti un aumento della frustrazione e del senso di fallimento sia nel paziente che nel terapeuta con conseguente esacerbazione della problematica di partenza. È vero che i tentativi di cura, seppure non sempre coronati da successo definitivo, rappresentano pur sempre un tentativo che lascia un segno e potrà dare i suoi frutti a distanza. È parimenti vero che una valutazione irrealistica sugli obiettivi terapeutici può comportare perdita di tempo e di energie (come ad esempio un inserimento in comunità terapeutica in una fase in cui il soggetto non ha ancora sviluppato una sufficiente motivazione in tal senso) più utilmente investibili in progetti più limitati ma più realistici.

Una più sofisticata capacità di valutazione della situazione caratterologica di fondo consentirà quindi di meglio valutare la fase del processo maturativo in cui il soggetto si trova e di proporre interventi terapeutici più mirati e quindi più efficaci. Un piccolo progresso, infatti, può risultare più importante che un traguardo ambizioso ma irrealistico e quindi foriero di ricadute, colpevolizzazioni e scoraggiamenti.

Un'impostazione più pragmatica ed "evolutiva" della strategia terapeutica si fonda tuttavia sulla premessa di un'ottica non moralistica e pregiudiziale sui comportamenti tossicomani. Questo non significa svalutare l'importanza della responsabilità personale nella scelta tossicomana ma nel collocarla all'interno dell'arco realistico delle possibilità di scelta che si offrono al soggetto in presenza di un disturbo del carattere che, in genere, è rilevante anche se non sempre vistoso all'osservatore non dotato di competenze cliniche più fini.

Il cambiamento che il terapeuta è chiamato a perseguire deve infatti seguire il paradigma del percorso concretamente *sostenibile* da parte del soggetto e non un percorso guaritivo idealizzato che assolve più ad aspirazioni magico-salvifiche che non a valutazioni di carattere scientifico-clinico.

L'obiettivo finale, in questi termini, non sarà tanto il raggiungimento della *condizione drug free*, quanto un *miglioramento della qualità della vita* nel suo complesso che potrà quindi configurarsi come priva o in presenza di qualche forma assuntiva.

In certi casi, similmente a quanto è dato osservare nel caso di sindromi dissociative più gravi, l'obiettivo da proporsi si configurerà, almeno nel medio periodo nei termini di una *guarigione difettuale*, in cui elementi problematici potranno anche permanere seppure in presenza di migliori capacità di gestione dell'ansia e di adattamento sociale.

Tale impostazione non si colloca unicamente all'interno della politica generalmente definita come *riduzione del danno*, ma si appella ad una più ampia contestualizzazione epistemologica che rimanda ai principi dell'*autoregolazione organistica* sviluppata da Abraham Goldstein e, più ingenerale ancora, ad un'ottica *fenomenologico-esistenziale* tesa a privilegiare il dato fattuale ed esperenziale del singolo individuo nella ricerca spesso tragica di una possibile strategia di essere-nel-mondo e quindi di vita, o quantomeno di sopravvivenza, più che un'ambiziosa quanto idealistica prospettiva di completa guarigione quasi che la *noxa* non fosse nella struttura stessa del soggetto più che in elemento esterno da estirpare.

#### Riferimenti bibliografici

- Abraham K. [1975], *Opere*, Boringhieri, Torino.
- Alexander B.K., Dobb G. S. [1975], *Opiate Addicts and their Parents*, in "Family Process", N.Y.
- Berguet J., Fain M., Bandelier M. [1983], *Lo psicanalista in ascolto del tossicomane*, Boringhieri, Torino.
- Biber H., Miller L.B., Dyer J.L. [1972], *Feminization in preschool*, in "Developmental Psychology", 7, 86.
- Biller H.B. [1978], *La deprivazione paterna*, Il Pensiero Scientifico, Roma.
- Cambiaso G., Berrini R. [1995], *Terapia della famiglia in crisi*, Carocci, Milano.
- Cancrini L., Carosi L., Mazzoni S. [1986], *Tossicomanie: verso un'integrazione degli interventi*, in "Practitioner", 94.
- Fenichel O. [1955], *Trattato di Psicanalisi delle Nevrosi e delle Psicosi*, Astrolabio, Roma.
- Freud S. [1905], *Tre saggi sulla sessualità*, in *Opere*, vol. 4, Boringhieri, Torino.
- Friedman A. S. [1987], *Families of Adolescent Drug Abusers are "Rigid, Are These Families either Disengaged or Enmeshed or Both"*, in "Fam", 26, 1.
- Glover E. [1932], *On the etiology of drug addiction*, in "Journal of Psychoanalysis", XIII, 16.
- Haley J. [1980], *Leaving Home, the therapy of Disturbed Young People*, Mc. Graw Hill, New York.
- Haley J. [1976], *La terapia del problem-solving*, La Nuova Italia Scientifica, Roma 1985.
- Klein M. [1969], *La Psicanalisi dei bambini*, Martinelli, Firenze.
- Levy D. [1943], *Maternal over protection*, Norton, New York.
- Lowen A. [1978], *Il linguaggio del corpo*, Feltrinelli, Firenze.
- Mahler M., Schoenberger F., Pine F., Bergman A. [1978], *La nascita psicologica del bambino*, Boringhieri, Torino.
- Male P. [1980], *Psicoterapia dell'adolescente*, Raffaello Cortina, Milano.
- Minouchin S. [1974], *Famiglie e terapia della famiglia*, Astrolabio, Roma.
- Pietropolli Charmet G. [2000], *I nuovi adolescenti. Padri e madri di fronte a una sfida*, Raffaello Cortina, Milano.
- Rado S. [1957-58], *Narcotic bondage e general theory of the dependence on narcotic drugs*, in "Am. J. of Psychiatry", 16.
- Reich W. [1973], *Analisi del carattere*, Sugar.
- Rosemberg C. M. [1971], *The Young Addict and his family*, in "Br. J. Psychiatry", 118.
- Rosenfeld H. [1970], *Stati psicotici*, Armando, Roma.

- Samuels A. [trad. it. 1970], *Prospettive junghiane contemporanee*, Borla, Torino.
- Stanton D., Todd T. C. [1989], *The Family Therapy of Drug Abuse and Addiction*, Guilford N.Y.
- Thomson N.L., Schwartz D.M., McCandless B.R., Edwards D.A. [1973], *Parentchild Relationship and sexual identity in male and female homosexuals*, in "Journal of Consulting and Clinical Psychology", 41, 120-127.
- Wejil S. [1958], *On the psycology of alcoholis* ,in "Psicoanal. Rev.", XV.
- Zerbetto R. [1982], *Struttura dell'immaginario e tossicomania*, in M. Pissacroia (a cura di) *La Psicanalisi, un itinerario di frontiera*, Vallecchi, Firenze.
- Zerbetto R. Ballati A. [1983], *Oralità e tossicomania*, in "Energia, Carattere e Società", 3/4.
- Zerbetto R. Cascinai O. [1989], *Le comunità terapeutiche pubbliche per tossicodipendenti*. Atti del I Congresso nazionale delle comunità terapeutiche pubbliche per tossicodipendenti - Città della Pieve 1988 a cura del Comune di Roma.
- Zerbetto R. [1994]. *Il Sé come membrana: modello, metafora, episteme* dagli Atti del IV Congr Internaz di Psicoterap. della Gestalt - Siena a cura di R. Zerbetto, Edizione Studi Psicosomatica.
- Zerbetto R. [1998], *Comportamento tossicomano e carattere orale: implicazioni epistemologiche e terapeutiche*. Comunicazione al Terzo Congresso Europeo di ERIT, Bologna , 5-7 febbraio 1998.

#### RICCARDO ZERBETTO

Psichiatra. Direttore e didatta/fondatore del Centro di Studi di Terapia della *Gestalt* di Siena. Presidente Onorario della Federazione Italiana delle Associazioni di Psicoterapia-FIAP. Già inc. doc. di "Psicopatologia" e di "Psichiatria dell'adolescente" (Università di Siena).