

Addiction e disregolazione affettiva

di Giuseppe Craparo¹

In quest'ultimo ventennio la comprensione del comportamento dipendente è approdato ad una lettura multifattoriale del problema, in cui le determinanti genetiche, chimiche, psicologiche e sociali si intrecciano in maniera tale da dare origine a comportamenti che si caratterizzano per un uso distorto di una sostanza, di un oggetto o di un comportamento.

In questo mio intervento focalizzerò l'interesse sugli aspetti psicodinamici dell'addiction: in particolare sulla natura dissociativa dei comportamenti additivi, che sembrano offrire una "soluzione", seppur disfunzionale, all'emergere di emozioni dolorose ed intense che minacciano l'integrità del Sé.

Secondo tale lettura il ricorso all'oggetto-droga rappresenta un tentativo disfunzionale di regolare contenuti emotivi in soggetti in cui risultano carenti le competenze metacognitive di identificazione e distinzione delle emozioni traumatiche dai loro correlati fisiologici.

Il Caso di Andrea

Andrea, un uomo di 35 anni che seguo per circa un anno, con un incontro a settimana, si presenta da me (è il 2006) per problemi correlati all'abuso di cocaina, cominciati durante una sua esperienza lavorativa a Milano, che hanno causato non solo la perdita del lavoro ma anche la separazione dalla moglie. [Dalla sua anamnesi emerge che da ragazzo (a partire dai 18 anni di età) aveva abusato di marijuana e che era dedito a comportamenti sessuali con prostitute. Abitudine quest'ultima che ha mantenuto anche durante il matrimonio, assieme ad un onanismo compulsivo].

Il trasferimento a Milano è avvenuto nel 2003 quando con la moglie e il figlio di 3 anni decide di lasciare la Sicilia per cercare lavoro in una città del nord Italia. Nel giro di pochi mesi riesce a trovare un impiego come guidatore di un bus navetta presso una stazione aeroportuale della città in cui si è trasferito, e a conquistare la stima e la fiducia dei colleghi. Sullo sfondo di questo scenario favorevole, comincia ben presto a prendere corpo un senso di noia e di inspiegabile insoddisfazione che porta Andrea a essere un po' più distratto nel lavoro e insofferente nei confronti della moglie, ma non del figlio.

È proprio in questo periodo che, in una delle tante serate passate a bere una birra con alcuni colleghi di lavoro, compare la cocaina. I primi usi sono sporadici, ma funzionali a risollevarlo da un umore disforico insopportabile, che non sembra essere il prodotto di un evento in particolare. Si tratta di una condizione che ha sempre caratterizzato le varie fasi di vita del paziente.

Da semplice consumatore, Andrea diventa ben presto il protagonista delle serate, rifornendo lui stesso della sostanza la compagnia. Essere al centro dell'attenzione e ritenere di poter avere il pieno controllo sul benessere proprio e degli altri alimenta in Andrea uno smisurato senso di onnipotenza: "In quelle serate mi sentivo Dio in terra".

Il sentirsi "Dio..." è da riferirsi ad un tentativo di alimentare il senso di onnipotenza, il cui fine è quello di mascherare e compensare un profondo sentimento di inadeguatezza, bassa autostima ed un sentimento di vuoto interiore che lo richiamano violentemente al duro confronto con la realtà, "...in terra".

Dai racconti di Andrea sembra che la moglie fosse ignara di quanto accadeva al marito. Dedita al lavoro (come donna delle pulizie presso la stessa stazione aeroportuale) e alle faccende domestiche, aveva seguito il marito al nord cogliendo così l'occasione di allontanarsi da genitori invischiati e da sempre contrari alla sua relazione con quel 'tizio' (così veniva appellato Andrea dai suoceri).

Quando si viene a sapere della sua vita parallela (è il 2005), Andrea perde il lavoro. Subito dopo, la moglie decide di ritornare col figlio dai genitori. Rimasto solo e senza un'occupazione, anche il

¹ Università degli Studi di Palermo. Email: craparogiuseppe1@tiscali.it

nostro paziente matura l'idea di tornare in Sicilia dai genitori, mosso dall'intento di mettere ordine nella sua vita a cominciare dal porre fine all'uso di cocaina.

Un episodio risulta significativo nel convincere Andrea a cercare l'aiuto di uno psicologo: durante una serata il padre, spaventato all'idea che il figlio possa essere uscito alla ricerca di uno spacciatore, lo segue. In quella serata i due si incontrano, c'è un alterco, durante il quale Andrea, preso da un'ira furente e incontrollabile, si avventa sul padre colpendolo con un pugno.

Da quel momento il senso di colpa per aver colpito l'anziano genitore diventa per Andrea un dolore insostenibile, una sofferenza accentuata dal suo desiderio di ritornare con la moglie e di passare più tempo col figlio.

Dai nostri colloqui emergono forti sentimenti di rabbia che afferma di provare nei confronti di un padre e di una madre da sempre avvertiti come trascuranti ed emotivamente distanti. Nonostante il riferimento verbale a emozioni di disagio nella relazione di Andrea con la propria famiglia di origine, i colloqui sembrano però essere del tutto privi di un'atmosfera emotiva.

Il punteggio di 65 ottenuto da Andrea alla TAS-20 (20 Item-Toronto Alexithymia Scale) appare un evidente indizio della presenza di aree Alessitimiche che si manifestano in una sostanziale incapacità a identificare e gestire i vissuti emotivi. La presenza di un tratto Alessitimico è confermato anche dalla sua ammissione di non ricordare i sogni, di utilizzare di rado la propria immaginazione e di vivere compulsivamente la propria sessualità.

La tendenza ad isolare i propri vissuti emotivi emerge in analisi attraverso riferimenti dettagliati delle sue esperienze o con frequenti interruzioni di discorso. Ma ciò che caratterizza maggiormente le sedute col paziente sono i suoi racconti che ad un certo punto vengono interrotti da una laconica affermazione "...e niente". Inizialmente considero questa esclamazione come una misura difensiva nei riguardi della relazione terapeutica, soprattutto nei momenti in cui lo spingo a riflettere su quelle emozioni che più di altre sono presenti nella sua vita: il sentimento di vergogna e di rabbia.

Ben presto emerge ciò che non avevo colto immediatamente, ovvero la natura metonimica di una espressione che stava in un rapporto di contiguità con un contenuto inconscio, che non emergeva in quanto avrebbe portato il paziente a confrontarsi con stati affettivi che rischiavano di alterare il proprio equilibrio psicologico.

Viene fuori così che dietro quel "...e niente", che sembrava fungere da barriera a ogni possibilità di entrare in una relazione emotivamente significativa con il terapeuta, si nasconde invece la relazione di Andrea con la madre.

Invitato a riflettere su questa espressione, Andrea afferma di ricordare che la madre rispondeva sempre con un "...e niente", "non c'è niente", "non hai niente" alle sue richieste di cura, di sostegno e di contatto fisico. Dietro quel niente c'è, quindi, un genitore emotivamente trascurante, incapace di sostenere il figlio e di condividere le reciproche esperienze emotive. Un genitore che non si pone quindi come "base sicura" alle richieste emotive del bambino.

Dalle ricerche svolte in collaborazione con il prof. Caretti abbiamo potuto constatare che croniche esperienze di trascuratezza emotiva portano allo strutturarsi di contenuti emotivi non nominabili, che risiedono nella memoria implicita e che se sollecitati da condizioni stressanti provocano nel soggetto uno stato di disorientamento, di dolore inspiegabili che lo spingono a mettere in atto comportamenti di natura dissociativa.

Sebbene in condizioni normali la dissociazione rappresenti un meccanismo psichico capace di "mantenere la personale continuità, coerenza e integrità del senso di Sé e di evitarne la dissoluzione traumatica" (Bromberg, 2001, p. 111), nei casi di *addiction* la dissociazione indebolisce la capacità di regolazione affettiva, alimentando il bisogno impulsivo di mettere in atto comportamenti additivi, per mezzo dei quali poter riesperire la sensazione di piacere ed il vissuto di riduzione dell'intensità di stati disforici.

Si viene a creare così un circolo vizioso di tipo impulsivo-compulsivo, in cui la memoria della produzione di piacere (egosintonica) e la ritualizzazione compulsiva volta alla riduzione del dolore (egodistonica) alimentano pensieri e fantasie ossessive di ripetere l'esperienza additiva; un

desiderio incoercibile che produce nuovamente l'impulso di compiere un'azione, nonostante gli effetti negativi che tale azione produce sulla salute psico-fisica.

Già Hollander (1993) ha focalizzato l'attenzione sugli aspetti impulsivo-compulsivi dell'addiction. Per l'autore l'impulsività e la compulsività rappresentano i due estremi di un continuum, nel quale i comportamenti additivi possono oscillare da un rinforzo positivo (di produzione del piacere), ad un rinforzo negativo (di riduzione del dolore).

In questo spettro impulsivo-compulsivo, i disturbi compulsivi (come il disturbo ossessivo-compulsivo, l'anoressia nervosa, il disturbo da depersonalizzazione, l'ipocondria, la sindrome di Gilles de la Tourette, il disturbo da dimorfismo corporeo) si caratterizzano per una accentuata ansia anticipatoria e una tendenza ad evitare situazioni di pericolo, laddove i disturbi impulsivi (che includono il Cluster B dei disturbi di personalità, i disturbi del controllo degli impulsi, le parafilie) si contraddistinguono per la ricerca del rischio, una scarsa ansia anticipatoria ed una ridotta capacità di evitamento del pericolo. In entrambe le classi di disturbi è comunque possibile riscontrare l'incapacità di ritardare o di inibire la messa in atto di comportamenti ripetitivi, la cui funzione principale è quella di ridurre l'ansia e la disforia.

In Andrea la spinta impulsiva si presenta in uno stato astinenziale di agitazione e di ansia alimentati dai ricorsivi pensieri di mettere in atto comportamenti di dipendenza.

Il craving, da un punto di vista psicopatologico, può quindi essere inquadrato come la manifestazione di uno spettro ossessivo-impulsivo-compulsivo, che si basa su meccanismi dissociativi volti a contrastare l'emergere di emozioni traumatiche. Di seguito, propongo gli aspetti descrittivi dell'ossessività, dell'impulsività e della compulsività presenti in tutte le forme di addiction (La Barbera, Caretti, Craparo, 2006):

1) Ossessività

- a) pensieri e immagini ricorsivi circa le esperienze di dipendenza o le ideazioni relative alla dipendenza (per es., il soggetto è eccessivamente assorbito nel rivivere esperienze di dipendenza passate o nel fantasticare o programmare le esperienze di dipendenza future);
- b) i pensieri e le immagini relativi al comportamento di dipendenza sono egosintonici e sono causa, allo stesso tempo, di ansia e di disagio marcati;

2) Impulsività

- a) irrequietezza, ansia, irritabilità o agitazione quando non è possibile mettere in atto il comportamento di dipendenza;
- b) ricorrente fallimento nel resistere e nel regolare i desideri di dipendenza e gli impulsi a mettere in atto il comportamento di dipendenza .

3) Compulsività

- a) comportamenti di dipendenza ripetitivi che la persona si sente obbligata a mettere in atto, anche contro la sua stessa volontà e nonostante le possibili conseguenze negative, come conseguenza delle fantasie di dipendenza ricorrenti e del deficit del controllo degli impulsi;
- b) i comportamenti o le azioni di dipendenza coatti sono volti a evitare o prevenire stati di disagio o per alleviare un umore disforico (per es., sentimenti di impotenza, irritabilità, inadeguatezza).

Le tre dimensioni dell'ossessività, dell'impulsività e della compulsività rappresentano gli aspetti processuali che stanno alla base di del craving.

Se consideriamo la dipendenza patologica come un disturbo dello spettro ossessivo-impulsivo-compulsivo che si basa su meccanismi di difesa di natura dissociativa, allora, è facile comprendere come non possano essere esclusivamente gli effetti fisiologici generati da una sostanza o da un comportamento a portare all'addiction, in quanto esiste già una condizione psicopatologica a monte, di cui il craving è il naturale epifenomeno. Questa ipotesi permette di ridefinire il craving come un processo che esprime congiuntamente: a) il desiderio irresistibile; b) il fallimento della volontà a resistere all'impulso di agire; c) la messa in atto impulsiva; d) la reiterazione compulsiva del comportamento di dipendenza.

Il craving, quindi, sarebbe pre-esistente all'incontro con l'oggetto della dipendenza, appartenendo maggiormente alla sfera delle motivazioni conscie ed inconscie che spingono il soggetto a ricercare pensieri e comportamenti di natura impulsiva e compulsiva che isolino le memorie traumatiche ed allontanino le angosce di frammentazione. Ritorna qui, dunque, l'idea formulata da Khantzian (1985) dell'addiction come un tentativo di automedicazione (*self-medication hypothesis*) e quanto afferma Joyce McDougall (1982), per la quale sebbene l'individuo dipendente possa sentire di essere schiavo del tabacco, dell'alcol, del cibo, dei narcotici, degli psicofarmaci o di un comportamento sessuale maniacale, i fini fondamentali della ricerca dell'oggetto di dipendenza vengono esperiti inconsciamente come essenzialmente buoni, perché essi procurano un senso di benessere, e in casi estremi possono persino arrivare a essere considerati come la massima aspirazione, a sua volta percepita come l'unica capace di dare significato alla vita dell'individuo. Da quanto affermato sugli aspetti psicodinamici dell'addiction, la psicoterapia deve aiutare il paziente a recuperare le emozioni traumatiche, rimaste imprigionate nella memoria implicita sotto forma di un conosciuto non pensato (Bollas, 1987), e a favorire la loro gestione e modulazione attraverso il rafforzamento delle competenze metacognitive.

Bibliografia

- Bollas, C. (1987), *L'ombra dell'oggetto. Psicoanalisi del conosciuto non pensato*. Tr. it. Borla, Roma 1989.
- Bromberg P. M. (2001), *Standing in the spaces. Clinica del trauma e della dissociazione*, Cortina, Milano 2007.
- Hollander, E. (1993), *Obsessive Compulsive and Related Disorders*. American Psychiatric Press, Washington, DC.
- Khantzian, E.J. (1985), The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. In *American Journal of Psychiatry*, 34, pp. 1-5.
- La Barbera, D., Caretti, V., Craparo, G. (2006), Ipotesi di nuovi criteri diagnostici per l'addiction. In *S&P Salute e Prevenzione*, 43, pp. 13-21.
- McDougall, J. (1982), *I teatri dell'Io*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 1988.