

telostelos

Liberi servi

Vivere tra dipendenze vecchie e nuove

telostelos

Rivista fondata da:

Gino Aldi e Francesco Franza

Direttore responsabile:

Gino Aldi

Editorial Board

Gino Aldi

Gianfranco Del Buono

Barbara Felisio

Francesco Franza

Maria Russiello

Barbara Solomita

Scientific Board

Gino Aldi (Caserta)

Marilisa Amorosi (Pescara)

Gianfranco Del Buono (Salerno)

Immacolata d'Errico (Bari)

Wilma Di Napoli (Trento)

Francesco Franza (Avellino)

Adelia Lucattini (Roma)

Giuseppe Tavormina (Brescia)

Maurilio Giuseppe Maria Tavormina (Napoli)

Ivan Urlic (Split, Croatia)

Antonella Vacca (Brindisi)

Nicola Zdanowicz (Bruxelles, Belgium)

Ufficio Stampa

redazione@rivistatelos.it

www.rivistatelos.it

Registrazione Tribunale di Santa Maria Capua Vetere (Caserta, Italy) n. 834 del 3.3.2015
Proprietà Associazione Zetema Istituto di Psicoterapia

Maggio 2019

INDICE

L'AMAE (il bisogno di dipendere).....	pag. 7
G. Aldi	
La sigaretta, l'ultima illusione di Cioran.....	pag. 20
V. Fiore	
Nel nido per sempre.....	pag. 29
B. Felisio	
Se perdo te.....	pag. 43
M. R. Juli	
Dipendenze affettive: teorie e psicopatologie.....	pag. 53
I. Furno, A. Gambino	
Dipendenze comportamentali.....	pag. 64
A. Barone	
Il processo decisionale nelle dipendenze comportamentali.....	pag. 79
S. De Guglielmo	
Vulnerabilità adolescenziale e addiction.....	pag. 87
L. Savignano, M. Di Vito, R. Garofano, M. Carbone, R. Guerriero, F. Romano	

Uso di cannabis: quali effetti sulla salute mentale?.....	pag. 100
M. S. Cuomo, A. Pallavicino, C. Ricciardelli	
Amore e droga: una storia di dipendenza affettiva.....	pag. 111
E. Fattorello	
Itinerari per uscire dalla tossicodipendenza.....	pag. 116
M. Perito	
Dipendenze e social: quali nuove frontiere?.....	pag. 129
A. Colucci	

L'AMAE (IL BISOGNO DI DIPENDERE): NUOVA EMERGENZA DEL MONDO OCCIDENTALE

Dott. Gino Aldi

Medico Chirurgo, Psicoterapentica

Riassunto

In questo articolo si affronta il problema del comportamento dipendente da un punto psicosociale. La tesi fondamentale che si vuol dimostrare è che i cambiamenti sociali degli ultimi decenni hanno spostato radicalmente l'asse dello sviluppo umano in una direzione che favorisce la comparsa di comportamenti di dipendenza. La riflessione prende a prestito un concetto indagato e sviluppato dallo psichiatra giapponese Takeo Doi che si è occupato dall'amae, il desiderio di dipendenza che permea la complessa cultura giapponese. Rispondendo alla domanda se anche la società occidentale stia attuando uno sviluppo e una proliferazione dell'amae e dei suoi risvolti si sottolinea come la dipendenza nel mondo occidentale è destinata a manifestarsi seguendo logiche individualiste e manifestazioni sintomatiche diverse da quelle osservate da Takeo Doi. Ciò in ragione del fatto che la dipendenza in occidente è un fenomeno socialmente sanzionato e non tollerato essendo la cultura occidentale organizzata intorno ai valori di autonomia e affermazione del Sé. Dal cortocircuito innescato da una cultura sempre più centrata sul ripiegamento infantile e la non crescita personale e la sussistenza di valori di affermazione di Sé, competizione e individualismo si sviluppano le multiforme condotte di dipendenza, tutte accomunate da una gran paura di confrontarsi con il mondo e con il compito di progettare il proprio Sé.

Abstract

This article deals with the problem of psychosocial-dependent behavior. The thesis has been radically shifted from the axis of dependent human development. The reflection takes a loan investigated and initiated by the Japanese psychiatrist Takeo Doi who is occupied by the actress, the desire for addiction that permeates the Japanese culture complexity. Responding to the question whether Western society is also implementing a development and proliferation of the ambit and its implications, it is emphasized that dependence in the Western world is destined to

manifest itself following individualistic logics and symptomatic manifestations different from those observed by Takeo Doi. This is due to the fact that dependence in the West is a socially sanctioned phenomenon and not tolerated by Western culture. From the short circuit triggered by a culture increasingly centered on child retreat and personal non-growth and the existence of a reality of Self, competition and individualism are developed the multifaceted behaviors of dependence, all united by a great fear of confrontations with the world and with the task of designing one's own Self.

DIPENDENZA O DIPENDENZE?

Negli ultimi decenni la letteratura scientifica ha assistito ad un proliferare massivo di fenomeni di dipendenza. Se un tempo il fenomeno “dipendenza” era associato con immediatezza al consumo di sostanze psicotrope oggi appare necessario e doveroso precisare a quale tipologia di fenomeno si fa riferimento per essere compresi: dipendenze da sostanze, da gioco, da internet, da sesso, da alcol, da lavoro, shopping patologico, dipendenza affettiva, e altro si potrebbe aggiungere.

A fenomeni di dipendenza emotiva potremmo collegare altri comportamenti problematici come ad esempio lo stalking, in cui la separazione o il rifiuto da parte di un partner determina reazioni che mostrano l'incapacità di sopportare l'assenza della persona desiderata e la fenomenologia del ritiro sociale, indicata con il termine giapponese “Hikikomori”, che esprime un rifiuto netto della crescita e della separazione dagli adulti a vantaggio di una sosta nel nucleo familiare destinata a non aver fine. Alla dipendenza emotiva possiamo ricondurre fenomeni che vedono di recente un crescente sviluppo quali ad esempio le separazioni ad alta conflittualità, nelle quali i coniugi non riescono a superare il trauma separativo e restano vincolati in un conflitto interminabile che comporta alti costi sociali per figli e per loro stessi. Molti delitti intrafamiliari trovano la loro genesi nella imminenza di un evento separativo a testimonianza della difficoltà ad affrontare il distacco da un oggetto posseduto e un tempo amato. Altri fenomeni degni di nota, che dimostrano una generale tendenza a rifuggire da condotte adulte e ricorrere a comportamenti affiliativi nel risolvere problemi sono evidenziati dalla crisi dei processi educativi che evidenzia una difficoltà a volte insuperabile da parte degli adulti a decidere e portare a compimento mansioni educative verso le nuove generazioni. Il corpo sociale, in sostanza sembra immerso in una sonnacchiosa

infanzia dalla quale non vuole essere scosso. Giovani e meno giovani rimandano il più possibile l'appuntamento con i compiti dell'adulthood restando confinati in condotte che testimoniano una gran difficoltà a assumere responsabilità. Semmai sia possibile le generazioni più giovani stanno esprimendo questa tendenza in maniera ancora più massiva chiudendosi nelle mura di casa, evitando di affrontare questioni cruciali quali la costruzione di relazioni amorose, la scelta di un lavoro e/o di una professione, il distacco dalla famiglia. I loro spazi vitali, al contrario, si contraggono sempre più e si riducono al consumo spasmodico di videogiochi e alla frequentazione della rete, la cui caratteristica è di rimandare scambi poveri e disumanizzati. La dipendenza, intesa come desiderio di non crescere e di conservare una visione infantile della vita, sembra impadronirsi delle coscienze e spingere a condotte individualiste caratterizzate da rifiuto delle regole sociali, conformismo, narcisismo e affermazione cieca dei propri desideri. Assistiamo quotidianamente con sgomento ad un crescendo di comportamenti che testimoniano il disprezzo per il prossimo, l'incapacità di costruire relazioni di convivenza, il ricorso alla violenza verbale e talvolta fisica per risolvere questioni e conflitti. Una società infantile e immatura sta esprimendo in maniera sempre più consistente il suo modo di essere creando non poche ripercussioni sulla qualità della convivenza civile e sulla salute stessa delle persone.

Il fenomeno sembra restituirci un aspetto della natura umana che si manifesta in maniera sempre più imperiosa. La civiltà occidentale, dopo aver sviluppato dottrine che esaltavano la libertà dell'uomo e la sua dignità, si scopre fragile e incapace di vivere la pienezza di questo bene prezioso. Al contrario sembra farsi strada una sempre maggiore fuga dalla libertà, una incapacità di goderne i benefici e un ripiego su comportamenti che esaltano la sottrazione di indipendenza: un fenomeno singolare e curioso che merita l'attenzione degli studiosi e la riflessione di chi si occupa di problemi psichici. Il ricorso a condotte affiliative, l'adesione acritica a slogans e fake news, il proliferare di movimenti che propagandano dottrine irrazionali e bizzarre (tra le più recenti annoveriamo i terrapiattisti, coloro che pensano che la terra è piatta) esprime bene il bisogno di appartenenza e di punti di riferimento delle persone ma al tempo stesso evidenzia una generale sfiducia nei confronti della società in cui si vive. Un ribellismo acritico e irrazionale esprime il disagio e il fallimento di una civiltà che non sembra capace di garantire il benessere psichico dei suoi membri e che al contrario ne alimenta insicurezza e ostilità. Si tratta tuttavia di un ribellismo adolescenziale, senza altro scopo di

quello di diffidare e criticare lo status quo, incapace di proporsi come alternativa credibile e senza nemmeno troppa voglia di essere propositivi. Anche in questo caso si ravvisa l'incapacità di agire in maniera progettuale ma, al contrario, la necessità di sostare in un eterno presente vuoto di senso e privo di futuro. Cosa ha reso possibile l'incedere di una simile fenomenologia? Come mai gli psichiatri e gli psicologi incontrano una crescente sofferenza al cui centro si trova l'incapacità di essere persone libere, capaci di determinare il proprio destino e costruire il proprio futuro? Infine, esistono molte tipologie di dipendenza o un fenomeno di dipendenza che assume molteplici espressioni?

Le riflessioni che presento in questo articolo sono ben lontane da poter rispondere a domande così gravide di complessità. Vanno considerate un tentativo di costruire piste di approfondimento per lo studio di un fenomeno interessante e, qualora le intuizioni che propongo risultino valide, destinato a crescere nei prossimi anni. Le affido pertanto allo spirito critico di coloro che vorranno misurarsi con il complesso fenomeno del comportamento dipendente.

L'AMAE, OVVERO LA VOGLIA DI DIPENDERE

Lo studio della dipendenza non può esulare da una riflessione che utilizzi le preziose suggestioni di Takeo Doi. Lo psichiatra giapponese ha studiato in profondità il fenomeno dell'*amae* nella cultura giapponese. Takeo Doi inizia il suo percorso di riflessione quando scopre, nel suo primo soggiorno negli Stati Uniti, che non possedeva una formula linguistica che traducesse il modo tipico di ringraziare dei giapponesi. Dovendo ringraziare il suo diretto superiore egli si trova ad un certo punto ad affermare "I'm sorry" (mi dispiace) provocando perplessità nel suo interlocutore. In realtà la sua comunicazione risultava inquinata dalla mancanza, nella lingua americana, di una formula capace di tradurre l'atteggiamento psicologico che i giapponesi assumono riguardo a una cortesia ricevuta. Il modo in cui ringraziano i giapponesi corrisponde a una formula complessa che può grossolanamente tradursi in questo modo: "*mi sento obbligato nei suoi confronti per la cortesia ricevuta*". La formula sottolinea che la cortesia vincola chi la riceve al punto da non poter risolvere il debito con un semplice "grazie". Un secondo episodio che colpisce l'autore è dato dalla notevole differenza con cui

viene trattato l'ospite in America e in Giappone. La formula “serviti pure da solo” è inimmaginabile per un giapponese e rappresenta una scortesia molto grave nei confronti dell'ospite perché corrisponde al concetto di lasciarlo in balia di sé stesso laddove si ha invece il dovere di accudirlo e metterlo a proprio agio. Quello che in occidente è considerato atto di fiducia e cortesia perché sta a significare intimità e confidenza al punto da esaltare l'autonomia dell'ospite in Giappone viene letto come abbandono a sé stesso della persona laddove è necessario occuparsi di esso e costruire il maggior agio possibile. In occidente ospitalità si sposa con autonomia, in oriente con accudimento e dipendenza.

Riflettendo su questi episodi Takeo Doi elabora una teoria interessante sulla cultura giapponese che si propone ricca di spunti anche per il mondo occidentale. L'*amae* per Takoi è la tendenza a ricercare deliberatamente la dipendenza dagli altri. Un termine che non si trova nei vocabolari della cultura occidentale e che dà il via a una complessa e interessante ricerca sul modo in cui la dipendenza permea la società giapponese. La cultura giapponese è una cultura fusionale in cui l'appartenenza al gruppo prevale sulla libertà individuale. Takoi afferma: “*Non solo il Giappone non è riuscito a creare una libertà individuale svincolata dal gruppo ma, a quanto pare, manca anche di quel tipo di senso civico, di amore per il bene pubblico, capace di trascendere sia l'individuo che il gruppo*”¹. La ricerca pressante di *amae* è bene espressa dal racconto di un paziente di cui Takoi cita le parole: “*Quando si è bambini, si dipende dai propri genitori, e quando si cresce si comincia a dipendere da sé stessi. La gente normale si comporta così, non c'è dubbio, ma a me qualcosa deve essere andato storto. Vorrei dipendere da qualcuno, ma nessuno me lo permette. Da circa sei mesi vorrei avere qualcuno che mi facesse da madre. Qualcuno in cui confidare, qualcuno che prenda le decisioni al mio posto*”².

Le parole di questo paziente suoneranno certamente familiari a coloro che si trovano a dialogare, per ragioni di lavoro o di diletto, con i giovani del nostro tempo. Non occorre frequentare gli studi di psicoterapia per prendere atto che un'intera generazione sta crescendo senza acquisire la capacità di deliberare e prendere decisioni autonome circa la propria esistenza. La quasi totalità degli studenti che giungono all'esame di maturità ha un'idea estremamente vaga di quale debba

1 Takeo Doi Anatomia della dipendenza, Cortina editore, pag 47

2 Ibidem pag 61

essere il loro futuro. Interrogati sull'argomento molti dichiarano di non averci ancora pensato e di non avere la minima idea di come pensarci. Lo svolgimento di percorsi di orientamento rivolti a studenti che stanno per diplomarsi, ai quali mi dedico da diversi anni, offre un quadro sempre più desolante circa la incapacità dei ragazzi a costruire un proprio orizzonte di senso.

Potremmo dire la stessa cosa dei loro genitori e di molti insegnanti. Gli adulti manifestano una sempre più evidente difficoltà ad assumere il peso e la responsabilità del proprio ruolo. Prendere decisioni educative è reso impossibile da una crescente insicurezza e dalla paura di assumere su di sé responsabilità. La generazione di adulti si mostra incapace di orientare sé stessa e di proporre una direzione alle generazioni in crescita. La decisione individuale, che è stato il cardine della costruzione dell'identità personale nella società occidentale, in quanto caratterizzava il modo di essere della persona, viene sempre più spesso sostituita dalla ricerca di soluzioni preconfezionate, rintracciate su qualche sito della rete o proposte dall'esperto di turno. Questi indizi, che si aggiungono a quelli citati all'inizio di questo articolo, ci portano a pensare che qualcosa di simile all'*amae* stia serpeggiando nelle pieghe della nostra società, una tendenza strisciante ad assumere comportamenti di dipendenza laddove un tempo vi erano comportamenti orientati alla decisione e all'affermazione di sé.

Takeo Doi ci racconta di come l'imperatore, venerato come Dio vivente dai giapponesi, fosse in realtà completamente emendato da ogni compito che potesse creargli turbamento. Incarico di chi lo circondava era di assicurargli benessere governando al suo posto. In questo modo si concretizzava la massima forma possibile di dipendenza, una dipendenza psicologicamente assimilabile a quella del lattante, nutrito e accudito in ogni aspetto della vita. In virtù di questa concezione i giapponesi esaltano la devozione e l'asservimento al superiore che deve essere servito e spalleggiato come un bambino. Non a caso in quella società bambini e anziani sono coloro che hanno maggiore libertà e indulgenza. Non possiamo evitare, anche in questo caso il raffronto con la nostra società, in cui la conquista di posizioni dirigenziali sta assumendo la forma di un esercizio di potere fine a se stesso e per sé stessi senza che ad esso si accompagni un'azione responsabile nei confronti della collettività. Il potere, che comportava l'assunzione di oneri e responsabilità, ha lasciato spazio ad un esercizio delle proprie funzioni che si mostra indifferente alle conseguenze delle proprie azioni e al rispetto di regole e

principi valoriali. Anche in questo caso notiamo l'emergere di un comportamento infantile laddove un tempo veniva richiesto di essere all'altezza del compito.

La società occidentale sta diventando una società improntata all'*amae*?

AMAE E OCCIDENTE

L'*amae* si configura come una forma di dipendenza che si manifesta nei riguardi della figura materna quando il bambino prende atto della separazione da essa. La rottura della simbiosi madre/figlio genera un desiderio irrefrenabile di contatto con la madre e induce comportamenti affiliativi e di consolazione. Vi è in sostanza un tentativo di negare la separazione per contrastare il dolore che ne consegue. Questo processo caratterizza tutto il genere umano ed è osservabile anche nel mondo animale. Non è di per sé patologico se evolve verso ulteriori processi di differenziazione e separazione che renderanno la persona un adulto funzionale. Essa svolge quindi un ruolo insostituibile nella crescita umana conservando anche in età adulta una funzione importante per la costruzione dei rapporti di affettività e di intimità. Tuttavia l'*amae* diventa fonte di disagio e di dolore se l'affrancamento dalla madre risulta impedito e/o non avviene.

Il mondo occidentale sta assistendo ad un incedere progressivo dell'*amae*?

Vi sono molte ragioni per rispondere affermativamente! La psicologia collettiva ha vissuto profondi cambiamenti negli ultimi quaranta anni, cambiamenti tali da modificare in maniera significativo il modo di pensare e di essere delle generazioni più recenti. Gli stili di vita, i valori, il modo di agire delle persone ha spostato l'asse dell'esistenza umana verso una visione che tende ad esaltare la parte infantile dell'individuo e il suo bisogno di non crescere, di restare confinato nell'*amae*. Valori come impegno, responsabilità, sofferenza, rigore, conoscenza, colpa e vergogna, che costituiscono configurazioni necessarie dell'essere adulti, sono progressivamente evaporati per lasciar spazio a valori quali benessere, libertà di fare ciò che voglio, desiderio, non dar conto a nessuno, disimpegno, egocentrismo. L'erosione del principio di autorità ha rimosso dall'orizzonte di esistenza elementi importanti per la crescita personale, in particolare il valore dell'impegno personale

per la costruzione del proprio benessere. La sottrazione di conoscenza determinata da una scuola sempre più incapace di produrre sapere, e resa ogni anno meno autorevole dalle circolari ministeriali, ha reso la cultura un optional di cui si può fare a meno. Nelle famiglie viene esaltato il benessere personale a scapito di una proiezione verso il futuro e di una adeguata pianificazione educativa. In sostanza nelle famiglie si cerca di star bene, evitando conflitti con i figli o i partner e rinunciando di fatto alla gestione di quella naturale tensione che si genera nello svolgere compiti pedagogici. Accontentare i figli significa esaudire la parte che desidera restare infantile, mentre frenare, rimproverare, bloccare, significa far crescere la parte che deve adattarsi al mondo.

L'esaltazione del desiderio a scapito del dovere, dell'impegno e della sofferenza, che sono necessari per la crescita alimenta comportamenti e vissuti che rendono gradevole la vita infantile e spaventosa quella adulta. Gli scambi sociali pongono sempre meno attenzione alle dinamiche che creano senso di comunità per esaltare le esigenze dell'individuo e di ristretti gruppi che si aggregano intorno a interessi consumistici. Non esistendo un senso del "noi", una gruppaltà di riferimento, l'individuo diventa il centro del proprio mondo esaltando i propri bisogni a scapito di quelli della collettività. L'immagine del giovane dei nostri tempi è quella di un sovrano triste e solo, prigioniero del proprio benessere, dei propri vizi e delle proprie paure. Un giovane incapace di pensarsi proiettato in un futuro, circondato di oggetti mediante i quali cerca di costruire una dimensione del Sé destinata a essere vuota e desolante. La rincorsa al bene di consumo alla moda non riesce di fatto a riempire quel vuoto di senso determinato dalla difficoltà di autoprogettarsi e impegnarsi in una costruzione del proprio futuro.

Questi fenomeni hanno ripercussioni profonde sullo sviluppo psicologico delle persone. La crescita si trova ad essere sbilanciata nella direzione dell'accudimento ponendo in secondo piano i processi di adattamento alla realtà e la costruzione di capacità di coping. La frustrazione, la sofferenza, la risoluzione di compiti, la possibilità di costruire la propria autostima misurandosi con le difficoltà sono posticipati il più possibile rendendo i giovani incapaci di fronteggiare le esigenze della vita adulta. Nelle nuove generazioni prende radice l'idea di una realtà avvolgente e rassicurante che risolverà tutte le frustrazioni e allontana tutti i compiti gravosi. Questa idea è strettamente connessa alla figura di una madre onnipotente che protegge dalla crudezza della realtà. Questa modalità è del tutto

simile a quella descritta da Takeo Doi quando parla di *amae*. Sottratti al compito gravoso di crescere i bambini e i giovani non apprendono capacità significative per costruire il proprio futuro e restano confinati in una profonda paura di diventare adulti. Desiderano coltivare l'*amae* piuttosto che fuggire da essa.

DIFFERENZE TRA AMAE OCCIDENTALE E ORIENTALE

La società occidentale non può riprodurre un *amae* simile a quella descritta da Takeo Doi. La nostra cultura è profondamente diversa. La società occidentale ha esaltato la libertà individuale come valore inestimabile e ha posto veti significativi nei riguardi di qualsiasi genere di dipendenza emotiva. In occidente l'*amae* come concetto linguistico non esiste! L'uomo occidentale, fin dall'origine del pensiero greco è libero di autodeterminarsi e l'ingerenza del gruppo non ha mai assunto la connotazione che esiste nelle società orientali. L'uomo occidentale cresce nel valore dell'autodeterminazione e dell'affermazione di Sé per cui vive con disagio e disonore l'idea di non voler crescere. Il più delle volte, infatti, questa idea è misconosciuta e negata, nascosta a sé stessi e agli altri. Un giovane occidentale tende a non accettare e riconoscere la sua tendenza a coltivare l'*amae*. Egli non trova una cultura grupale disposta a compensare il suo bisogno di affiliazione ma la contrario vive in una cultura individualista e produttivista che chiede competenza e competizione. In occidente l'*amae* è un cortocircuito psicologico perché entra in rotta di collisione con la necessità di essere indipendenti e autodeterminati. Essere adulti dipendenti è un'onta che non può essere dichiarata.

Per questa ragione l'*amae* dell'occidentale non trova compensi nei comportamenti affiliativi e nella appartenenza al gruppo ma dà luogo a condotte che spesso deviano verso la psicopatologia. L'incapacità di concepirsi come persone libere diventa fonte di angoscia e sofferenza e dà luogo a comportamenti compensativi. Il comportamento dipendente deve trovare canali espressivi complessi che cercano nascondere la paura profonda della crescita e il bisogno di sostare nell'infanzia. Da qui la necessità di trovare una via di sbocco al cortocircuito emotivo che da un lato confina nell'infanzia e dall'altro obbliga alla crescita. Una dinamica conflittuale per gran parte inconscia che, non essendo simbolizzata, dà luogo a comportamenti sintomatici.

La via occidentale all'*amae* trova espressione in una moltitudine di comportamenti, alcuni di essi diventano di pertinenza della psicopatologia mentre altri sono indici significativi di una crisi profonda della identità umana così come è stata pensata fino ai nostri giorni. Nel concetto di identità personale la possibilità di esercitare in maniera libera e consapevole le proprie scelte è un elemento determinante.

La possibilità di scegliere necessita della consapevolezza del proprio agire, della libertà dei propri atti e della responsabilità riguardo le proprie decisioni. La possibilità di "*essere ciò che si vuol essere*" necessita di queste strutture fondative. La loro assenza o la loro inefficacia porta inevitabilmente alla sofferenza in quanto determinano un'incompiutezza della propria persona, una impossibilità di sviluppare il proprio progetto esistenziale. La dipendenza diventa allora una risposta adattativa per fronteggiare l'angoscia di non poter sviluppare tale progettualità. La personalità dipendente non ha costruito le strutture necessarie per organizzare la propria libertà e risulta confinata in uno spazio di vita governato da comportamenti impulsivi e ripetitivi. Essa risolve il proprio bisogno di libertà ancorandosi a una situazione che esprime in maniera drammatica tutta l'angoscia e la sofferenza di non poter essere libero. Che sia una sostanza o una persona o la necessità di compiere un'azione la caratteristica comune della dipendenza è la negazione della libertà, l'idea che ad agire non è l'individuo stesso ma una forza misteriosa che lo governa. Il vissuto di impotenza denunciato dalla persona dipendente tradisce l'angoscia di assumere il timone della propria vita. Egli è di fatto prigioniero di una sostanza o di una situazione ma è soprattutto prigioniero di sé stesso, attanagliato dalla paura profonda di diventare una persona libera e responsabile. Di essere autore della propria vita! In tutte le forme di dipendenza possiamo ravvisare un difetto di autorialità, della possibilità di scrivere il libro della propria esistenza attraverso la deliberazione di scelte libere e responsabili. Una patologia della volontà che dovrebbe indurre una riflessione su questo importante costrutto: la letteratura scientifica si è occupata in modo significativo dell'intenzionalità e della capacità di intendere e molto meno della capacità di volere, un deficit che sta pericolosamente crescendo nei nostri tempi.

Dovremmo riflettere profondamente sulla crescente difficoltà delle persone del nostro tempo ad essere persone libere. Il paradosso dell'occidente è quello di esaltare una cultura della libertà esteriore, che spinge a pensare che si è nel diritto di fare ciò che si vuole (purché lecito) per affermare sé stessi, mentre limita sempre più la libertà interiore, quella che nasce dalla possibilità di autodeterminarsi in modo consapevole.

L'uomo dei nostri tempi esprime gradi di libertà interiore molto ridotti in termini di capacità di pensiero riflessivo, senso critico, capacità di costruire un orizzonte di senso. La stessa possibilità di accedere alla propria interiorità risulta spesso compromessa da una incapacità di individuare i propri vissuti, conoscere le proprie emozioni e utilizzarle per la propria crescita. Esperienza diffusa e comune della persona dei nostri tempi è quella dello *smarrimento*, inteso come sensazione di insicurezza e incertezza che scaturisce ogni qualvolta ci si sofferma su domande di senso, domande che riguardano il proprio modo di essere, i propri sentimenti e i propri valori. Per evitare di affrontare il vuoto di interiorità le persone mettono in atto diverse strategie tra cui i comportamenti di consumo, il conformismo, il ripiegamento su valori di efficienza produttiva, la ricerca di una perfezione fisica. Attraverso queste strategie si cerca di appagare un senso di vuoto e di insoddisfazione che riguarda il proprio rapporto con il mondo e con la vita.

Il fallimento della libertà è il fallimento della autodeterminazione della persona ed è sempre un indice di infelicità. I comportamenti di dipendenza sono una espressione sintomatica di questa infelicità. La impossibilità di essere protagonisti di un progetto di vita riduce la persona dipendente a mesto spettatore della propria esistenza. Egli finisce per ruotare intorno ad un oggetto, una persona o un comportamento che è al tempo stesso la sua salvezza e la sua prigionia. Salvezza perché incolla segmenti di Sé in un'unità illusoria costruendo una illusoria soddisfazione e coprendo magicamente paure e angosce. Prigionia perché la vita riduce le proprie possibilità espressive fino a diventare vuota e insensata, totalmente in balia delle proprie condotte di dipendenza.

La crescente patologia da dipendenza e i suoi mille modi di manifestarsi sono certamente dinamiche di sviluppo che meritano di essere studiate e individuate nella loro specificità ma credo che debba essere compito degli operatori di salute mentale studiare i meccanismi sociali che impediscono un adeguato sviluppo della capacità di autodeterminazione della persona perché quest'ultima potrebbe essere un fattore comune a tutti i comportamenti di dipendenza. Ne consegue che la cura di una dipendenza non passa per la semplice rimozione della condotta disadattativa ma prevede una restitutio ad integrum dell'intera persona sanando quelle difficoltà cognitive ed emotive che hanno impedito il dispiegarsi della sua esistenza e della sua umanità.

Bibliografia

- Aldi G: I fondamenti della relazione, Edizioni Enea, Milano
Aldi G: Costruttori di Speranza, Edizioni Enea, Milano, 2019
Balint M: L'amore primario, Gli inesplorati confini tra biologia e psicanalisi, Raffaello Cortina Editore, Milano 1991
Bauman Z: La società individualizzata. Come cambia la nostra esperienza, Il Mulino, Bologna, 2002
Bauman Z: La società sotto assedio, Laterza, Roma-Bari, 2003
Bauman Z: La solitudine del cittadino globale, Feltrinelli, Milano, 2008
Bonhoeffer D: Etica. Bompiani, Milano
Bronfenbrenner U: Ecologia dello sviluppo umano, Il Mulino, Bologna, 1986
Cassirer E: Saggio sull'uomo. Tr.it Armando, Roma 1969
De Monticelli R: La conoscenza personale. Introduzione alla fenomenologia, ed. Guerini, Milano, 2003
Spitz R: Il primo anno di vita, studio psicanalitico sullo sviluppo delle relazioni oggettuali. Tr.it. Armando, Roma 1973
Takeo Doi: Anatomia della dipendenza, Raffaello Cortina Editore Milano, 2011

Corrispondenza

Dott. Gino Aldi
Tel. 3358105216
gino.aldi@gmail.com



LA SIGARETTA, L'ULTIMA ILLUSIONE DI CIORAN

Vincenzo Fiore

Progetto Internazionale Cioran

Riassunto

Dilaniato da una noia corrosiva e dall'insonnia, il giovane Cioran passerà intere giornate a fumare e bere nei cimiteri, fra le tombe abbandonate. Liberatosi da Dio, dalle ideologie e da qualsiasi altra catena, il pensatore romeno combatterà a lungo per slegarsi anche dalle sue dipendenze. Egli svilupperà una filosofia auto-sperimentale, che non è uno strumento di conoscenza, ma una terapia che si serve della scrittura al fine di rendere sopportabile l'esistenza. La necessità di "crearsi" autonomamente una terapia, deriverà dal fatto di non ritenere valide le cure «ufficiali», non a caso il pensatore romeno arriverà a paragonare la psicoanalisi a mera stregoneria. La scrittura dunque è la sola ancora di salvezza in un mondo privo di senso, ciò che ha permesso al filosofo di terminare i suoi giorni in un letto di ospedale. Ogni libro per Cioran è stato nient'altro che un «suicidio differito».

Parole chiave: *Cioran, scrittura, terapia.*

Abstract

Torn by a corrosive bore and insomnia, the young Cioran will spend whole days smoking and drinking in cemeteries, among the abandoned graves. Freed from God, ideologies and any other chain, the Romanian thinker will fight for a long time to untie himself from his dependencies. He will develop a self-experimental philosophy, which isn't an instrument of knowledge, but a therapy that uses writing in order to make life endurable. The need to "create" a therapy autonomously, will derive from the fact that it doesn't consider "official" treatments to be valid; it's no coincidence that the Romanian thinker will come to compare psychoanalysis with mere witchcraft. Scripture is therefore the only anchor of salvation in a meaningless world, which has allowed the philosopher to end his days in a hospital bed. Every book for Cioran was nothing but a "deferred suicide".

Keywords: *Cioran, writing, therapy.*

Nell'estate del 1916, a Dragasani, nella regione storica dell'Oltenia, Emil Cioran conosce la sua prima crisi di noia quando aveva soltanto cinque anni. Crisi che successivamente definirà come un vero e proprio risveglio di coscienza. Il filosofo, come si può leggere dai *Quaderni*, pone un interrogativo a se stesso, chiedendosi chi fosse stato prima di quel momento, cioè fino all'istante precedente alla sua nuova rinascita: «Un essere e basta. Il mio io inizia con questa ferita che è anche una rivelazione, in cui è ben visibile la duplice natura della noia. D'un tratto ho sentito la presenza del nulla nel mio sangue, nelle mie ossa, nel mio respiro, e in tutto ciò che mi circondava, ero vuoto come gli oggetti. Non c'erano più né cielo né terra, bensì un'immensa distesa di tempo, di tempo mummificato». Tuttavia, quella di cui parla Cioran non è una noia simile a quel semplice senso di insoddisfazione che proviene dall'ozio o dalla monotonia. Cioran, pensatore romeno che dal 1947 scriverà soltanto in francese, non utilizzava quasi mai la parola *ennui*, ma egli parlava di *cafard*, termine spesso reso in italiano anche con «umor nero».

È lo stesso Cioran, in un'intervista, a chiarire il significato della parola *cafard*, la cui etimologia rinvia a un tipo di scarafaggio nero: «Il paradosso della mia natura è che provo amore per l'esistenza ma nello stesso tempo ogni mio pensiero è ostile alla vita. Ho sempre intuito e avvertito il lato negativo della vita, il vuoto di tutto. Ho essenzialmente sofferto di noia. Forse è una cosa innata in me, non posso farci niente. La parola francese che designa questa disposizione è assolutamente intraducibile: *cafard*. Non si può fare niente per combatterlo. Deve passare da solo». Cioran parla in più riprese del *cafard*, in quanto origine di tutti gli interrogativi metafisici, come uno stato che provoca contemporaneamente idee di suicidio e di omicidio. È ciò che si avvicina di più, a quello che Benjamin Fondane, scrittore e amico di Cioran, descriveva nel saggio del 1947 intitolato *Baudelaire et l'expérience du gouffre*, nel quale è dedicato un capitolo ad un tipo di «noia meno raffinata ma assai più corrosiva dello 'spleen'».

Chi non conosce questo tipo di noia, scrive Cioran in *Désarticulation du temps*, paragrafo contenuto nella sua prima opera francese, si trova ancora nell'infanzia del mondo. Come lenire le sofferenze di una malattia senza materia, un male non localizzato che colpisce il corpo senza lasciare traccia? Quale terapia utilizzare contro qualcosa di cui non ci ricordiamo più e i cui postumi si ripercuotono sui nostri giorni? Il filosofo scrive che nemmeno le farmacie vendono rimedi contro l'esistenza, ma solo palliativi «per i fanfaroni».

Pertanto, non resta altra via che l'illusione volontaria, ovvero quella di qualche *divertissement* capace di ingannare le ore: «Mi riprende la noia, quella noia che ho conosciuto certe domeniche durante l'infanzia, e che poi ha devastato la mia adolescenza. Un vuoto che evacua lo spazio, e contro il quale solo l'alcool potrebbe difendermi. Ma l'alcool mi è negato, tutti i *rimedi* mi sono negati. E dire che ancora mi ostino! Ma *in cosa* persevero? Senza alcun dubbio nell'essere». L'alcool diviene pertanto un rifugio, un approdo instabile, ma pur sempre una meta, per colui che vivrà gran parte della sua vita senza patria, con lo statuto di apolide. In un universo svelato, che si scopre vuoto, senza Dio né paradiso, dove la lucidità è una condanna, l'ubriachezza ha rappresentato per il pensatore romeno, in particolare durante la sua giovinezza. «un'occasione per sfuggire all'opprimente banalità del vero». Per il giovane Cioran la filosofia non bastava, era troppo sopportabile, essa – scriveva nell'opera ancora non tradotta in lingua italiana *Il crepuscolo degli idoli* – «manca di passione, alcool, amore». Leggere Kant, Hegel o Aristotele nei momenti cruciali non ha alcun senso, non aiuta a nulla. Al contrario, una reale alternativa «salutare» all'alcool veniva rappresentata dalla lettura delle agiografie o delle opere dei mistici. Il filosofo trascorse intere giornate a bere ad occuparsi della vita dei santi perché deluso dalla realtà terrestre cercò di andare oltre, percorrendo strade ignote, senza sospettare che si trattasse solo di una passeggiata temporanea, dato che «in questo mondo tutto delude, anche la santità».

Liberatosi ben presto dalla mistica e dall'alcool, ma non dal *cafard* e dall'insonnia, Cioran nell'aprile del 1967 appunterà nei suoi *Quaderni* con due frammenti: «E. mi telefona a mezzanotte in punto da Zurigo. Piange, sospira, sembra che miagoli, mi dice che in serata si è bevuto una bottiglia di whisky, è sull'orlo del suicidio, ha paura; mi chiede di andare a trovarlo a Zurigo in albergo o per lo meno di chiamarlo alle sei del mattino. Parliamo sempre delle stesse cose, io lo supplico di smettere di bere [...] Oggi gli ho detto: non bere, se ne hai voglia prendi un libro di preghiere e recitane qualcuna. [...] Gli dico che sono tutte cose senza importanza, e che i suoi problemi (gloria, amore, ecc.) non può risolverli con l'alcol, ma solo aggravarli. [...] Di due cose sono sicuro: l'alcol e la gloria sono opere del demonio. Non bisogna darsi al primo né inseguire l'altra. Sono due pericoli che non mi riguardano, sebbene in gioventù stessi per soccombere al primo».

Come già accennato, l'insonnia sarà una costante nella vita del filosofo. Egli arriverà a parlare di notti che nemmeno «il più ingegnoso dei carnefici avrebbe potuto inventare». Proprio logorato dall'insonnia, in preda al furore e all'estasi, Cioran scrive, poco più che ventiduenne, in un momento di profonda crisi interiore, il

suo primo libro in lingua romena: *Al culmine della disperazione*. Il filosofo in maniera assolutamente anti-sistematica e frammentaria, giunge qui ad elaborare, quasi in forma embrionale, quelle che saranno i fondamenti del suo pensiero: «Amo solo le esplosioni, e ritengo che l'unico periodo della mia vita che si possa definire eroico è quello del mio primo libro rumeno *Pe culmile disperarii*; in ogni momento sentivo che il momento successivo avrebbe potuto benissimo non esserci. Se c'è qualcosa di inesplicabile nella mia esistenza è il fatto che io sia potuto sopravvivere a tanta febbre, tanta estasi e tanta follia. Nessuna camicia di forza sarebbe stata abbastanza robusta da resistere al mio delirio. Avevo poteri sovranaturali, e nel contempo ero la più debole delle creature. Tremavo notte e giorno, riversavo nelle parole e nei gesti la mia insonnia, prodigavo il mio smarrimento, trasudavo i miei terrori». È dalla vertiginosa lucidità dell'insonnia, capace di trasformare un paradiso in luogo di tortura, che inizia il processo di liberazione dalle catene ideologiche a cui siamo costretti. Cioran sviluppa già dalla sua prima opera una filosofia auto-sperimentale, che non è uno strumento di conoscenza, ma una terapia che si serve della scrittura al fine di rendere sopportabile l'esistenza. La tortura dell'insonnia, agli occhi della nostra soggettività, trasforma il nostro dramma personale nella peggiore calamità della storia, una storia che ormai appare come svuotata di senso al cospetto dei nostri dolori. Non esiste alcuna gerarchizzazione possibile del dolore, per Cioran, non c'è criterio per misurare oggettivamente la sofferenza «giacché non si misura in base a una reazione esterna o a un preciso disturbo dell'organismo, ma secondo il modo in cui la coscienza la sente e la riflette», di conseguenza, ognuno resta trafitto dalla propria sofferenza che ritiene «sconfinata». È proprio la sofferenza causata dall'insonnia, per dirla in termini kantiani, a svegliare dal sonno dogmatico il pensatore romeno; infatti, è proprio grazie al dolore e non all'intelletto che «smettiamo di essere una marionetta». Nel 1938 Cioran scopre che percorrere chilometri in bicicletta è uno sforzo che aiuta a combattere l'insonnia e di conseguenza inizia a girare tutta la Francia, e non solo, su due ruote: «All'epoca in cui me ne andavo in giro in bicicletta per mesi attraverso la Francia, il mio massimo piacere era fermarmi nei cimiteri campagna, sdraiarmi fra le tombe, e fumare così per ore. Ci penso come al periodo più attivo della mia vita». Così, non solo lo sforzo fisico ma anche il fumo diventa un aiuto nelle notti senza tempo: «Dopo una notte in bianco, la sigaretta ha un sapore funebre» o ancora: «Nei momenti critici una sigaretta porta più sollievo che i *Vangelis*». Nel gennaio 1962, come proposito per il nuovo anno, Cioran cerca di smettere di fumare. Intento che dura però soltanto due settimane «di supplizio».

Il filosofo punta ironicamente fra le sue carte: «D'ora in poi sarò più indulgente con gli "intossicati"». Nell'aforisma successivo, invece, scrive di provare vergogna per aver riacceso una sigaretta. La notte dell'8 aprile dello stesso anno, Cioran si alza nel cuore della notte con il disgusto per il tabacco: «Ho di nuovo smesso di fumare. La notte scorsa mi sono svegliato con un tale odio per il tabacco che, quando mi sono alzato, ho distrutto l'ultimo pacchetto di sigarette che avevo, il bocchino e tutto il piccolo arsenale della più grottesca intossicazione che esista. Inutile cercare di togliersi un'abitudine con la volontà; si smette solo quando si arriva al punto di saturazione, alla nausea e all'exasperazione. Si trionfa solo su ciò che si odia, dopo averlo amato. ...Continuo a esistere quaggiù perché il mio orrore del mondo è insufficiente e non del tutto sincero».

Nonostante la nausea, il pensatore romeno ricadrà nella sua dipendenza per poi liberarsene nuovamente nel maggio del 1963, quando deciderà di disintossicarsi senza fumare e senza leggere i giornali. Privazioni che definirà più efficaci di un soggiorno in convento. Il 17 agosto egli commenta: «Ho smesso di fumare da più di due mesi senza soffrirne affatto e senza provare il minimo desiderio di ricominciare. Ma da ieri la voglia è tornata prepotente e sto lottando disperatamente per non riprendere un'abitudine che per me è funesta (stomaco, gola, ah, mi è guastato tutto per colpa del tabacco). Ho giurato a me stesso di non fumare mai più. Ed eccomi ora sul punto di ricadere. Che *penosa* agonia!».

Non passeranno molti giorni e Cioran riprenderà a fumare. Egli si dispera di non poter lavorare senza l'aiuto di un «avvilente». E così, dovendo curare il testo di Tolstoj *La morte di Ivan Il'ic*, di cui scriverà la prefazione per la collana *Cheminements* delle edizioni Plon, ricadrà in quella egli definiva ancora una semplice abitudine. Dopo essersi liberato di Dio, delle ideologie e di qualsiasi altra fede, Cioran spezzerà definitivamente anche le catene della sigaretta. Soltanto il 20 febbraio 1966 farà per la prima volta uso di hashish, consapevole che si tratti un'ennesima illusione che non valeva la pena di riprovare. Il figlio diseredato del caffè e della sigaretta – così come si definiva – arriverà a scrivere di essere ubriaco di tisane al rosmarino e al ribes. Egli si rammaricherà di aver sostituito il veleno che gli permetteva di scrivere con dei calmanti paralizzanti: «Quanto mi costa cara la salute!».

Mentre a Parigi si svolgeva la festa nazionale, il 14 luglio 1968, Cioran riportava un aneddoto nei suoi *Quaderni*: «Ho già parlato qui della mia intossicazione da fumo? Due mesi fa dicevo a un chirurgo australiano, venuto a pranzo a casa nostra, che ero stato un fumatore così accanito da non poter prendere la minima decisione senza accendere una sigaretta, e che questa dipendenza totale, questa schiavitù

alla fine mi erano parse intollerabili. Quando smisi di fumare, fu una vera liberazione. Il chirurgo, che appariva visibilmente interessato a quanto dicevo, mi ha raccontato che anche lui era nelle mie stesse condizioni, e che una volta, a metà di una gravissima operazione, si fermò bruscamente non riuscendo a decidere in quale senso dovesse procedere. Uscì quindi dalla sala operatoria e andò a fumare una sigaretta. Poi, senza difficoltà, seppe che cosa doveva fare, prese una decisione che si rivelò buona, visto che, contro tutti i suoi timori, l'operazione riuscì.

Da quando non fumo più mi sento meno capace di affrontare i problemi della vita pratica (senza contare il basso rendimento intellettuale che ne è conseguito!), ma non ho più la sensazione di essere soggetto a un veleno, a un padrone spietato».

L'ultima fondamentale testimonianza che Cioran ci riporta, è datata gennaio 1970. Egli confessa di aver rivelato ad alcuni amici che nella sua carriera ci sono soltanto tre avvenimenti fondamentali: la nascita, la rinuncia al fumo e la morte (che avverrà il 20 giugno 1995). Il pensatore romeno descrive la sua vita come spaccata in due, la prima parte fatta di nicotina e di ispirazione, la seconda stretta fra disintossicazione e sterilità. Egli si descrive decaduto, ma finalmente libero. Essersi sottratti al «piacere più grande» viene considerato da Cioran il successo più considerevole della sua vita.

Per combattere le sue ossessioni, le sue dipendenze e il fatto di considerare la nascita come la peggiore sciagura, Cioran non ricorrerà mai alla psicoanalisi.

Egli non riteneva valide le cure «ufficiali» e considerava Freud come uno stregone mascherato da scienziato. Numerosi attacchi si registrano nei confronti del padre della psicoanalisi, fra cui: «Ogni volta che leggo Freud, e in particolare le lettere, sono colpito dalla sua capacità di fede. Dice di non essere credente.

Ma il tono in cui parla delle sue scoperte, del suo metodo, della sua scuola è quello del fondatore di una setta. Nel Settecento, in Galizia, sarebbe stato un rabbino hassidico. Se mai ha ottenuto delle guarigioni non è stato grazie alla sua *analisi*, ma grazie a *lui*, alla sua presenza, alla sua forte personalità. Più lo leggo, più credo in lui, e contemporaneamente aumentano i miei dubbi sulla fondatezza delle sue esagerazioni. Mente sottile eppure limitata, aveva tutte le qualità e tutte le tare del salvatore, mascherato da uomo di scienza. D'altronde il suo grande trucco è stato di presentare come scienza ciò che non era una teoria, un insieme di ipotesi e di finzioni».

L'unica ragione per la quale il pensatore romeno non mise fine ai suoi giorni già al tempo dell'Università, fu perché trovò nell'esercizio della scrittura una vera e propria terapia. Egli arriva a ritenere forzata la dicitura di "libro" riferita a ogni suo scritto, poiché in realtà scrivere è soltanto una pratica auto-terapeutica.

Cioran non pensava a vere e proprie opere quando scriveva, ma – come già spiegato in precedenza – appuntava sensazioni temporanee su dei quaderni per poi selezionare e allestire successivamente un testo. Questo spiegherebbe la presenza di diverse ripetizioni nei suoi testi e la riproposizione di frasi identiche nelle opere pubblicate che si trovano già nei *Quaderni*, ovvero una monumentale raccolta di aforismi che doveva restare inedita e invece pubblicata postuma. Secondo Simone Boué, la compagna di una vita, a Cioran in realtà non piaceva neanche scrivere, ma si trattava di un bisogno ineliminabile, per lui un libro era «un suicidio differito». Il primo ad utilizzare questa pratica auto-terapeutica di scrittura fu, secondo Cioran, Cicerone. L'oratore romano, ritiratosi in campagna dopo la morte della figlia, cominciò a indirizzare lettere di consolazione a se stesso per sopportare il dolore. Il pensatore romeno si rammarica che questa pratica non sia divenuta corrente, d'altronde se lo fosse diventata – spiega ironicamente – l'uomo avrebbe trovato un rimedio ai suoi mali e, di conseguenza, non ci sarebbe stato più spazio per le religioni.

Questo effetto corroborante e vivificante prodotto dalla scrittura non ha soltanto coinvolto Cioran in quanto autore, ma anche parte dei suoi lettori. Si registrano testimonianze di persone che hanno subito una vera e propria catarsi filosofica grazie alla lettura delle opere del pensatore romeno, è il caso di una ragazza libanese che sotto i bombardamenti di Beirut leggeva Cioran perché, in quella situazione disastrosa, ne trovava tonico lo *humor* e ancora di una ragazza giapponese, ormai convinta di volersi uccidere, che cambiò idea e diede inizio a uno scambio epistolare con il suo “salvatore”, dopo averne letto le opere.

È interessante notare però come, nel nostro paese, fra i primi ad occuparsi del “caso Cioran”, non siano stati soltanto filosofi, letterati o critici ma anche specialisti delle discipline neuropsichiatriche, che non solo hanno intravisto nell'opera cioraniana «straordinarie intuizioni psicopatologiche», ma hanno scorto in lui nuovi sintomi trascurati nelle classificazione dal DSM IV e dall'ICD-10. Il riferimento va in particolare a Raffaello Vizioli, docente di Neuropsichiatria e di Neurologia in varie Università italiane e della sua collaboratrice Lucia Orazi, che pubblicarono nel 2002 uno studio dal titolo: *La depressione creativa di E. Cioran. Quasi un dizionario*. I due studiosi sostenevano che Cioran, che scriveva per una propria terapia, era affetto da una «depressione creativa».

La condizione di tragicità propria dell'essere umano, intesa come esito filosofico del pensiero di Cioran, avrebbe dato luogo, come una sorta di reazione volta alla sopportazione della vita, a una vera e propria attività creativa che ha permesso al filosofo di non porre fine ai suoi giorni.

Lo scrivere in generale – ma anche più specificamente lo scrivere sul suicidio – si rivelò una vera e propria attività catartica, una terapia tanto inusuale quanto efficace. Non a caso, Cioran sosteneva che nei manicomi si dovrebbero fornire ciascun ospite di tonnellate di carta da riempire. Dunque, la scrittura fu il solo motivo per il quale lo scettico dei Carpazi non si gettò dalla sua mansarda situata a rue de l'Odeon a Parigi. Lo stesso Cioran riassume la sua carriera letteraria in un celebre passo di un'intervista rilasciata a Fernando Savater, che terminerà con il rimpianto di essere stato soltanto un modesto teorico del suicidio: «Tanto per cominciare, non tutti hanno la fortuna di morire giovani. Il mio primo libro l'ho scritto in rumeno, a ventun anni, ripromettendomi per il futuro di non scrivere più niente. Poi ne ho scritto un altro, seguito dallo stesso proposito. La commedia si è ripetuta per più di quarant'anni. Il motivo? Il motivo è che lo scrivere, per poco che valga, mi ha aiutato a passare da un anno all'altro, perché le ossessioni espresse si attenuano e in parte vengono superate. Sono certo che se non fossi stato un imbrattacarte mi sarei ucciso da un pezzo. Scrivere è un enorme sollievo. E pubblicare anche».

Bibliografia

- Berardinelli A., *Casi critici. Dal postmoderno alla mutazione*, Quodlibet, Macerata 2007.
- Boué S., *Una vita con Cioran. Intervista con Norbert Dodille*, La Scuola di Pitagora, Napoli 2016.
- Cioran E., *Cartea amagirilor, Cugetarea*, Bucuresti 1936.
- Cioran E., *Amurgul gândurilor, Dacia Traiana*, Sibiu 1940.
- Cioran E., *Lacrime e santi*, Adelphi, Milano 1990.
- Cioran E., *Sillogismi dell'amarezza*, Adelphi, Milano 1993.
- Cioran E., *Sommario di decomposizione*, Adelphi, Milano 1996.
- Cioran E., *L'inconveniente di esseri nati*, Adelphi, Milano 1991.
- Cioran E., *Œuvres*, Gallimard, Paris 1995.
- Cioran E., *Quaderni 1957-1972*, Adelphi, Milano 2001.
- Cioran E., *Un apolide metafisico. Conversazioni*, Adelphi, Milano 2005.
- Cioran E., *Al culmine della disperazione*, Adelphi, Milano 2012.
- Fiore V., *Emil Cioran. La filosofia come de-fascinazione e la scrittura come terapia*, Nulla Die, Enna 2018.
- Fondane B., *Baudelaire et l'expérience du gouffre*, Pierre Seghers, Paris 1947.
- Rotiroti G., *La comunità senza destino. Ionesco, Eliade, Cioran all'ombra di Criterion*, Alefbet, Firenze 2008.
- Sarca M. I., *Aussenseitertum und metaphysisches Exil: Eine vergleichende Auseinandersetzung mit den Werken Emil Ciorans und Josef Winklers*, Peter Lang, Frankfurt 2008.
- Sylvain D., *Cioran: un héroïsme à rebours*, Presses Université de Montréal, Montréal 2006.
- Valcan C., *La concurrence des influences culturelles françaises et allemandes dans l'oeuvre de Cioran*, Editura Institutul Cultural Român, Bucuresti 2008.

Corrispondenza

Dott. Vincenzo Fiore
Progetto Internazionale Cioran
E-mail: vincenzofiore1900@hotmail.it

NEL NIDO PER SEMPRE

LA DIPENDENZA AFFETTIVA DEI GENITORI DAI FIGLI

Dott.ssa Barbara Felisio

Psicologa-Psicoterapeuta

Molti di noi diventano genitori molto prima di aver smesso di essere bambini.

(Mignon McLaughlin)

Riassunto

Assisto continuamente nella pratica clinica alla fatica, all'incapacità o alla non volontà di molti genitori di lasciar andare i propri figli. Di cosa si nutre un genitore attraverso il figlio? Per alcuni, la separazione è vissuta come una ferita narcisistica dolorosissima, l'identificazione col ruolo genitoriale è un tratto talmente costitutivo della propria identità, che qualsiasi e sano anelito di autonomia da parte della prole è percepito come una possibile minaccia alla sua integrità. La qualità della loro esistenza dipende dal poter esercitare la funzione genitoriale e dunque dalla presenza dei figli. Ogni movimento verso la crescita è vissuto come potenzialmente lesivo dell'esercizio della genitorialità che invece non si esaurisce in fase adolescenziale, bensì si trasforma. Molti, però, non accettano il mutamento di ruolo da cui sono dipendenti per il mantenimento dell'equilibrio funzionale alla loro esistenza e vi resistono alacramente inducendo un'anacronistica dipendenza nei ragazzi che ostacola i loro tragitti di maturazione e costruzione dell'identità.
Parole chiave: *dipendenza, indipendenza, manipolazione.*

Abstract

I continually assist in clinical practice with the fatigue, inability or unwillingness of many parents to let their children go. What does a parent "feed" through his child? For some, separation is experienced as a painful narcissistic wound, the identification with the parental role is a trait so constitutive of one's own identity that any healthy desire for autonomy on the part of the offspring

is perceived as a possible threat to its integrity. The quality of their existence depends on being able to exercise the parental function and therefore on the presence of the children. Every movement towards growth is experienced as potentially detrimental to the exercise of parenting that instead does not end in adolescence, but is transformed. However, many do not accept the role change from which they are dependent on maintaining a balance functional to their existence and they resist hardly inducing an anachronistic dependence in the boys that hinders their paths of maturation and construction of identity.

Keywords: *addiction, independence, handling.*

DELLA DIPENDENZA OVVERO DEL TIMORE DELL'INDIPENDENZA

In origine vi è la dipendenza, assoluta e beata, della vita dal ventre materno.

La nascita sancisce il distacco primigenio ovvero la separazione dei corpi della madre e del figlio. Così inizia la vita nel mondo esterno, con la perdita del legame ombelicale e prosegue scandita da altri innumerevoli distacchi. Una volta fuori dall'utero, nei primi mesi di vita, l'illusorio stato di fusione con la madre protegge il neonato dalle insidie della separatezza a cui invece andrà incontro nel corso di tutta la sua esistenza. L'assenza di confini, nella diade madre-bambino, è l'illusione tipica della rassicurante simbiosi ovvero di quell'intimo rapporto esistenziale in cui essi sono reciprocamente coinvolti: il neonato "è il seno della madre", tra le braccia materne ed il suo corpo non esiste discontinuità.

Eppure questa magica illusione cederà presto il posto alla conoscenza dell'altro, del "non me" da cui ne discenderà la consapevolezza della propria unità, della propria esistenza come separata da quella della propria madre. A favorire questo processo di prima individuazione di sé saranno le cure appropriate che ella rivolgerà alla sua creatura e alternando ritmicamente la sua presenza e la sua assenza, la sospingerà verso il sano percorso di indipendenza. La dipendenza, necessaria nella prima infanzia al fine di garantire nutrimento, cure, sicurezza, protezione, agli albori dell'adolescenza deve essere gradualmente recisa, in questa fase il genitore deve sollecitare il processo di distacco affinché il figlio intraprenda un cammino individuale e metta in atto gli insegnamenti ricevuti per incamminarsi verso l'età adulta. Sin dai primi anni di vita, però, la spinta verso l'autonomia può essere inibita attraverso una serie di comportamenti genitoriali, più o meno consci,

primo tra questi quello manipolativo, volti a perpetuare lo stato di dipendenza del figlio. Tale dinamica conflittuale, si palesa chiaramente in età adolescenziale, infatti molto spesso osserviamo figli che naturalmente volgono lo sguardo oltre l'orizzonte familiare e genitori che cercano di trattenerli a sé laddove invece il mondo li vuole per sé. Se nell'infanzia il caldo abbraccio dei genitori conforta e rassicura, in gioventù può soffocare.

Il conflitto sano o sintomatico, dalla natura esplosiva o silente, che caratterizza le interazioni tra genitori e figli in questo periodo, narra della necessità vitale dello svincolo, dell'urgenza di lasciare il “nido” e di esplorare il mondo al fine di costituirsi come identità altra dal genitore. Al padre e alla madre non resta che allentare la presa con cui hanno afferrato la loro mano per tenerli al proprio fianco durante l'infanzia e accompagnarli in questo viaggio verso la maturità da cui i figli sono giustamente attratti, ma talvolta anche confusi.

Assisto continuamente nella pratica clinica alla fatica, all'incapacità o alla non volontà di molti genitori di lasciar andare i propri figli. Di cosa si nutre un genitore attraverso il figlio? Per alcuni, la separazione è vissuta come una ferita narcisistica dolorosissima, l'identificazione col ruolo genitoriale è un tratto talmente costitutivo della propria identità, che qualsiasi e sano anelito di autonomia da parte della prole è percepito come una possibile minaccia alla sua integrità.

La qualità della loro esistenza dipende dal poter esercitare la funzione genitoriale e dunque dalla presenza dei figli. Ogni movimento verso la crescita è vissuto come potenzialmente lesivo dell'esercizio della genitorialità che invece non si esaurisce in fase adolescenziale, bensì si trasforma.

Molti, però, non accettano il mutamento di ruolo da cui sono dipendenti per il mantenimento dell'equilibrio funzionale alla loro esistenza e vi resistono alacremenente inducendo un'anacronistica dipendenza nei ragazzi che ostacola i loro tragitti di maturazione e costruzione dell'identità.

Per altri, la presenza dei figli è garanzia di un risarcimento affettivo da un'infanzia avara di calore familiare di cui sono stati protagonisti e ai cui penosi vissuti hanno pensato di porre fine dando vita alla propria famiglia in cui far regnare sovrana la serenità. Dunque nessun membro dovrà tradire l'aspettativa su cui essa si fonda, tantomeno un figlio potrà mai abbandonarla realmente, pena la perdita da parte del genitore/i dell'illusione del focolare familiare protettivo e rassicurante. Inoltre i figli da accudire, oltremodo ed oltre tempo, spesso preservano i coniugi dall'esplorare la fragilità del proprio legame, la conflittualità silente di cui si alimenta la loro gracile relazione matrimoniale e gli consentono di eludere il terrore

di contattare parti di sé irrisolte, incompiute, sepolte o ancora dolorosamente vive. Molti altri dipendono dal proprio figlio poiché questi è l'oggetto prescelto su cui proiettare progetti di sé ormai dispersi nel proprio passato, a cui consegnare sogni di gioventù evaporati così come evapora il tempo, a cui affidare frammenti di desideri opachi con la pretesa, più o meno conscia, che egli li raccolga e gli restituisca nuova vita.

Ed ancora, comportamento assai frequente tra i genitori contemporanei, v'è dipendenza dai figli quando questi confermano costantemente l'illusoria idea di perfezione genitoriale in cui sono imprigionati e a cui ambiscono aderire molti adulti fragili ed impotenti di fronte alle nuove sfide a cui oggi è chiamata a rispondere la genitorialità.

Dietro ciascuna di queste situazioni di dipendenza dai figli, si cela dunque la paura o addirittura l'inaccettabilità della perdita ovvero del distacco da ruoli ormai non più necessari, dalle idee infantili di riscatti affettivi che rincorriamo spessissimo invano, dall'idea di una vita coniugale infallibile e pura, dagli aneliti fiduciosi della giovinezza, dall'ideale di una genitorialità onnisciente.

Quindi estremizzando, definirei il figlio come "la sostanza" attraverso cui il genitore appaga una serie di sogni, bisogni, desideri e/o seda timori e terrori, "l'uso del figlio", in tal caso, quindi, sta al genitore come l'uso della sostanza sta al consumatore e così come questi può sfociare nella tossicomania, allo stesso modo il genitore può abusare del "figlio-sostanza" fino ad indurre patologia nella relazione con lui. Ne discende, ovviamente, che per usare il "figlio-sostanza" deve garantirsi la sua presenza, ha dunque bisogno che egli non gli sfugga, non lo lasci, non aneli ad altro orizzonte di senso se non a quello dei genitori, imprigionandolo così in un'ambivalenza angosciante che si traduce per il ragazzo in un comportamento di continua oscillazione da un movimento caotico di ricerca di sé alla paralisi di sé.

Ne conseguono una serie di manovre strategiche, dalle più banali alle più ingegnose, da quelle più implicite a quelle più esplicite, da quelle più neutre a quelle più seduttive, volte ad impedire il costituirsi di quelle giuste distanze tra sé ed i figli che dovrebbero caratterizzare la fase evolutiva dell'adolescente e porsi come garanti di un sano distacco e di una creativa crescita identitaria del ragazzo. Senza possibilità di distanziamento da ciò che è conosciuto, di allontanamento da ciò che è familiare, il figlio non può costituirsi come altro dai suoi genitori poiché l'atto di creazione dell'identità adulta richiede separazione, lontananza, solitudine, erranza nell'ignoto. Oserei dire che la dipendenza da parte del genitore verso il figlio potrebbe quasi rappresentare un tentativo di perpetuare o di ripristinare

lo stato mentale sperimentato nella fusione originaria con la madre, laddove l'onnipotenza magica, (il pensiero magico-onnipotente) e la beatitudine paradisiaca regnano sovrane e la limitatezza della separatezza non esiste, ove quindi il pericolo della perdita non è mai in agguato.

Ciò che invece rischia di perdersi, a causa di queste intricate dinamiche di dipendenza dei genitori dai figli, è la naturalezza del processo di svincolo che ogni adolescente deve affrontare, processo tanto atteso da ogni ragazzo, seppur delicato e un po'temuto perché sancisce il passaggio dal mondo ovattato e tutelare dell'infanzia all'età adulta e perché intriso di ignoto.

Esso invece potrà essere costellato da tante difficoltà, da tanti dubbi, da innumerevoli conflitti intrapsichici ed interpersonali che trasformeranno il naturale processo di crescita in un vero e proprio percorso vacillante, tormentato e pertanto, molto spesso, indesiderato o addirittura rifiutato.

DALLA MANIPOLAZIONE AFFETTIVA AL DOLORE DELLO SVINCOLO

Strumento elettivo da parte dei genitori per trattenere a sé i figli è la manipolazione che può declinarsi in varie forme da quelle evidentemente più subdole, castranti e tiranniche a quelle apparentemente più inoffensive e soprattutto socialmente condivise. L'effetto sulla prole sarà più o meno devastante a seconda del grado di manipolazione attuato che a sua volta sarà direttamente proporzionale al grado di dipendenza del genitore che essa cela. Maggiore sarà la pressione manipolativa esercitata, maggiore sarà la difficoltà di svincolo da parte del ragazzo che si dimenerà, talvolta agonizzante, in un groviglio di cordoni ombelicali quasi impossibili da recidere.

Le forme di manipolazione di cui un genitore può avvalersi sono numerose, di seguito ne elenco alcune. Esse possono essere usate singolarmente o in unione tra loro creando, in tal caso, una miscela dal potere altamente esplosivo.

“ARMI” DI MANIPOLAZIONE GENITORIALE

- *Il senso di colpa.*

Il genitore detiene il controllo sui figli instillando in essi un sentimento di colpa per qualunque motivo con il fine ultimo di far sì che loro non sentano mai i propri bisogni, ma siano sempre sintonizzati su quelli dei genitori. Tale strumento di manipolazione è tra i più sadici e subdoli poiché il senso di colpa può dilaniare profondamente l'animo del soggetto fino a creare una confusione circa l'immagine di sé, tale da generare nel figlio un'angoscia talvolta insostenibile ed incontrollabile.

- *I ricatti affettivi.*

La frase “se non fai questo mamma (o papà) non ti vorrò più bene”, sia essa dichiarata attraverso il linguaggio verbale o non verbale, è emblema perfetto dell'uso dell'affetto come merce di scambio. In questo tipo di manipolazione il genitore si propone come un martire e compito del figlio è quello di salvarlo, di alleviargli le sofferenze, di sottrarlo dal nefasto destino che la vita gli avrebbe assegnato. Ne deriva da parte del figlio un comportamento di totale compiacenza verso le richieste del genitore tanto da sacrificare o addirittura da negare coriacemente i propri bisogni e desideri e da confinarsi ai margini di un'esistenza autentica.

- *Il vittimismo.*

Il vittimismo è lo strumento che permette di controllare i figli senza chiedere nulla in modo esplicito, adulto, diretto. Consente ai genitori di non assumersi la responsabilità delle loro richieste trascinando i figli nel vortice dei loro lamenti. Esempio: molti genitori trascurano la propria salute per lamentarsi al fine di attirare l'attenzione del figlio. Altri chiedono sempre aiuto per cose che sono in grado di fare autonomamente.

- *Accondiscendenza totale alle richieste capricciose ed anarchiche del figlio.*

Attraverso un comportamento pienamente accondiscendente, (o ancor peggio, anticipatorio) alle richieste del figlio, il genitore si assoggetta a questi allo scopo

di soddisfare il suo bisogno di conservare l'immagine di sé di “bravo genitore” ovvero, così come in voga nei tempi moderni, che non arreca frustrazione alcuna al figlio. In tal caso le merci di scambio, dal potere altamente seduttivo, sono di solito i beni materiali o comunque l'offerta di ogni “farmaco” che allevi la frustrazione o meglio che la tenga lontana dalla sua “fragile” creatura.

Il padre o la madre sono occupati nell'aderire allo slogan: “non avrai altro dispensatore di felicità al di fuori me!” Da un tale atteggiamento ne consegue che il figlio, sedotto dal genitore, stringe con questi un patto implicito: “resto al tuo fianco per ricevere quel nutrimento succulento che non troverei altrove”, pagando, però, l'alto prezzo di un nevrotico (o psicotico) attaccamento al genitore che lo renderà assai inibito nel varcare la soglia della dimora paterna al fine di esplorare se stesso ed il mondo. Il genitore, rassicurato nella sua immagine di colui che allontana la frustrazione dal suo pargolo, non coglie che il proprio comportamento crea nel ragazzo un potente senso di insicurezza che sfocia, sovente, in una reale incapacità del figlio di vivere autonomamente la propria vita. Far sentire incapace un figlio, resta uno dei modi più sicuri per tenerlo con sé ed usarlo per i propri scopi

- *L'uso del silenzio nelle relazioni genitori-figli.*

L'uso del silenzio ostinato, nelle interazioni interpersonali, può innescare uno stato di pesante incertezza emotiva, poiché il messaggio che ci giunge è “tu non esisti”. Esso è senza dubbio una delle forme più subdole di abuso emotivo, un'arma invisibile per evitare il confronto diretto e gestire così la relazione in modo manipolatorio.

La chiusura al dialogo, arma spesso usata a scopo punitivo dal genitore, impedisce al figlio di comprendere per che cosa venga effettivamente “castigato” (e cioè dove abbia sbagliato, se pure abbia sbagliato) e gli nega la possibilità di spiegare le proprie ragioni, di difendersi dalle accuse, di rimediare in qualche modo al danno, inducendogli un gran senso di impotenza e colpa. Il silenzio in risposta a una domanda o a una richiesta di contatto produce un vuoto che, non potendo essere riempito da risposte oggettive, viene inevitabilmente saturato dai dubbi di chi ha posto la domanda. E sono proprio tali dubbi che non consentono al figlio di prendere la distanza da un genitore che usa tale strumento ed in attesa che il genitore risponda e dipani la matassa dei dubbi che ha innescato, il ragazzo vi resta ostinatamente e vulnerabilmente accanto.

Il silenzio, dunque, interrompendo il ponte di comunicazione tra i due, consegna il figlio a una condanna senza motivazione e senza appello e lo spinge alla vana ricerca di risposte che il genitore non dispenserà al fine di tenerlo legato a sé.

- *Il genitore amico.*

Tra le varie forme di manipolazione citate, la creazione di un legame di natura amicale al fine di non favorire lo “spiccare del volo” dal “nido”, è quanto di più pericoloso ed ingannevole il figlio possa sperimentare.

La relazione con i pari, in adolescenza, assume un ruolo di primaria importanza nel promuovere lo sviluppo della personalità adulta. Porsi come i migliori amici dei figli, significa privare i ragazzi di un'esperienza fondamentale ovvero della conoscenza di sé attraverso “l'estraneo” e “l'esterno” dunque attraverso l'amico il quale si colloca fuori dall'universo familiare.

L'amicizia è un bene relazionale di natura ineguagliabile, il vincolo amicale non può essere sostituito dal vincolo genitoriale. L'amico è il confidente, è il custode fidato dei nostri segreti, è colui insieme al quale cresciamo e a cui osiamo mostrare anche aspetti di noi che non paleseremmo mai ai genitori.

Lo spazio esistenziale che condividono due giovani amici è uno spazio invalicabile dagli adulti. Quando questi tendono ad oltrepassarlo, molto spesso sono appunto mossi dal segreto bisogno di controllare il figlio al fine di tenerlo con sé per soddisfare i propri bisogni puerili inappagati, qualora siano spinti dal colmare vuoti della propria adolescenza, o per non perdere il piacere narcisistico di essere il suo solo punto di riferimento, qualora siano sollecitati dal timore che l'amico possa scalzarli da questo ruolo.

LO SVINCOLO

Il tentativo di svincolo può realizzarsi attraverso il conflitto, la resa o la deriva psicopatologica. Espressione del conflitto sono i comportamenti che tradiscono le aspettative dei genitori, che deviano, anche gravemente, dai codici familiari, come ad esempio: l'abuso di sostanze, i comportamenti pericolosi e autolesivi, uno stile di vita promiscuo, l'indulgere nel fallimento. La resa si manifesta attraverso il comportamento di continuo bisogno di approvazione dai genitori,

attraverso l'uniformarsi passivamente alle attese familiari che culmina spesso nella riproduzione, nella propria vita, di unioni di coppia e matrimoni infelici. Infine l'esito psicopatologico del tentativo di svincolo può palesarsi attraverso la depressione, l'ansia, gli attacchi di panico, la fobia sociale, l'inadeguatezza sociale, l'immaturità affettiva, la solitudine, la dipendenza affettiva, ecc.

LARA: UNA MADRE FANCIULLA

Lara ha quarantasei anni, insegna educazione fisica in un istituto secondario di secondo grado, è molto amata dai suoi allievi verso i quali si propone come una "docente-amica", è ella stessa a definirsi tale e difende strenuamente questo ruolo che si è autoconferita. Il suo corpo, dalle esili e toniche forme, e la leggerezza, (rasente la superficialità) con cui si relaziona al prossimo, confondono l'osservatore che non le attribuirebbe più di trentacinque anni, per quanto riguarda l'aspetto fisico e non più di venti, relativamente alla personalità ed al modo di abbigliarsi. È nata in un piccolo centro del sud Italia, ma all'età di sei anni si trasferì in una città del nord ove la sua famiglia emigrò al fine di trovare delle cure appropriate per la madre che purtroppo soffriva di un grave disturbo schizofrenico di personalità. Va da sé che a causa della malattia della madre, ella non condusse né un'infanzia né un'adolescenza serena, ma anzi assai tormentata e priva di quella leggerezza tipica di queste fasi evolutive.

Lara è sposata con Giuseppe dall'età di ventuno anni, tale unione, quando la conobbi sembrava naufragare. È la "madre -amica" di Claudia, una ragazza di ventitré anni con diagnosi di bulimia, che ho seguito per un anno ed inviata da una docente di mia conoscenza per richiesta di Lara, sua collega ed amica. Claudia, già durante il nostro primo incontro, dichiarò il suo bisogno di tenere a distanza la madre i cui modi erano intrusivi, irrispettosi e pretenziosi di un'intimità amicale alla quale Claudia aveva sempre risposto, seppur controvoglia, ma a cui non era più disposta a sottostare. Lara invadeva continuamente lo spazio di Claudia, seduceva costantemente anche le amiche della figlia con le quali si intratteneva, in confidenze e conversazioni alla pari, nonostante il dissenso di Claudia. Sebbene la ragazza avesse rivendicato più volte il suo bisogno di confini nel rapporto con la madre, questa l'aveva ignorata prepotentemente, esigendo di esser presente nella sua vita e non tollerando minimamente alcuna esclusione.

A ciò Claudia rispondeva con il rinchiudersi in camera sua e non partecipando a tutti i momenti di unione familiare a partire dal momento dei pasti. La bulimia era il suo tentativo di separazione, seppur fallimentare, dalla morsa soffocante della madre. Con il rifiuto del cibo attraverso il vomito e con l'ingordigia pantagruelica delle abbuffate, rivelava il suo continuo oscillare tra il bisogno di rifiutare l'altro materno e la necessità di nutrirsi ancora di esso. Il sintomo, dunque, esprimeva chiaramente l'ambivalenza di Claudia circa la necessità di autonomia e al contempo la sua dipendenza dalla madre, in cui quest'ultima la relegava continuamente al fine di non perderla ovvero per non perdere l'oggetto da cui ella dipendeva per vivere una vita da fanciulla spensierata. Attraverso la bulimia, Claudia, non solo tentava di reagire alla pressione della madre, ma cercava anche di coinvolgere il padre, affinché ritornasse a far il marito allo scopo di liberarla dalla madre che, però, era talmente dipendente da lei per riacciuffare la sua giovinezza non vissuta, che appena il marito faceva un tentativo per ricondurla a sé, ella lo respingeva ostilmente. Insomma per Lara era vitale che Claudia non si allontanasse, attraverso di lei e le sue amiche tentava disperatamente, quanto illusoriamente, di riscrivere la sua storia di giovane fanciulla e di eludere il contatto con il marito dunque di affrontare con responsabilità le agonie del suo matrimonio.

Il percorso psicoterapeutico di Claudia si svolgeva attraverso notevoli e rapidi progressi, cosa abbastanza insolita, almeno nella mia esperienza, con pazienti con tale diagnosi. Gran parte del lavoro fu favorito dalla buona alleanza terapeutica che sin da subito caratterizzò la relazione tra lei e me. Una prima fase del processo psicoterapeutico fu caratterizzato da una continua altalenanza tra conquiste e ricadute, ma gradualmente si stabilizzò in favore della remissione sintomatica. Dando senso al sintomo, esplorando e dando voce ai pensieri da lei considerati inenarrabili, accedendo alle emozioni di rabbia e paura che serbava in sé ed usandole in modo più assertivo, cominciò ad osare piccoli slanci di autonomia. Iniziò a recuperare sogni e bisogni trascurati, poiché non graditi da Lara e a ridargli vita. Decise di frequentare un corso professionale e di non proseguire con il corso universitario al quale si era iscritta senza alcuna convinzione, ma solo perché indirizzata dai genitori. Aveva, dunque, iniziato a porre i primi confini tra sé e Lara alla quale non si raccontava più senza alcuna reticenza, anzi selezionava bene ciò che andava confidato e/o condiviso con la madre da ciò che invece doveva necessariamente proteggere dalla sua voracità. Inoltre aveva vietato alle sue amiche di frequentare casa sua e sfidando la difficoltà a mostrarsi in luoghi pubblici, decise di frequentarle in un luogo di ritrovo per ragazzi dunque

lontano dalla ingombrante presenza di Lara. Ovviamente era ancora vulnerabile, l'ambivalenza circa il desiderio di indipendenza che la caratterizzava, era ancora presente seppur più docile, ma con coraggio, iniziò a riappropriarsi delle redini della propria vita e ad orientarla verso un futuro scelto da lei. Mentre Claudia si mostrava più fiduciosa verso la possibilità di esistere in modo più autentico e dunque di divincolarsi dai tentacoli materni, Lara, invece sviluppava un disturbo da attacco di panico a causa del quale, per un periodo, sospese anche l'attività lavorativa. La sola presenza a lei gradita, durante gli acuti episodi di attacco di panico e durante i momenti di solitudine a casa, era ovviamente quella di Claudia, la quale, seppur con grande insofferenza, solitamente, accontentava la madre, però cercando di mantenere la giusta distanza rivendicando comunque i suoi spazi dunque chiedendo collaborazione al padre ed al fratello nell'assistenza della madre. Con il DAP, Lara esprimeva il suo morboso bisogno di ricondurre a sé la figlia che invece cominciava ad essere attratta dalla costruzione della propria identità. Più Claudia sfuggiva alla madre, più questa si aggravava, precipitò, infatti, in uno stato depressivo. Un giorno mi contattò telefonicamente per chiedermi di esser ricevuta al fine di avere degli aggiornamenti circa il percorso terapeutico della ragazza. Previo consenso di Claudia, la ricevetti. La informai dei progressi della figlia, ma anche della necessità che questa proseguisse nel suo percorso psicoterapeutico al fine di stabilizzare i cambiamenti raggiunti ed interiorizzare le nuove consapevolezza emerse durante le sedute. A questo punto ella mi manifestò apertamente il suo dissenso circa la necessità che la figlia continuasse la psicoterapia, divenendo critica ed ostile nei miei confronti. Chiaramente continuai a confermare la mia posizione: nonostante i progressi raggiunti, Claudia avrebbe avuto ancora bisogno di lavorare su se stessa. Di fronte a tale fermezza, pensai che Lara indietreggiasse ed invece cominciò a cercare di persuadermi con forza a terminare la psicoterapia e con tono quasi minaccioso, mi chiese di non informare Claudia della richiesta che mi aveva rivolto. Ovviamente non potei, pertanto informai Claudia dell'opinione della madre, ma la ragazza decise di proseguire ugualmente. Ciò accadde poco prima della pausa estiva. Cosa stava succedendo a Lara? Perché tale richiesta? Perché nascondere alla figlia questa sua opinione? Lara cominciava a patire lo svincolo della figlia, benché fosse stata lei a suggerirle di avvalersi dell'aiuto psicoterapeutico, poi fu proprio ella stessa ad osteggiarlo, insomma, al primo distacco di Claudia, divenne la detrattrice accanita del suo percorso di ricerca di sé. Non potendo più manipolarla come una volta, ed intuendo che il suo potere sulla ragazza sarebbe andato sempre più scemando,

tentò di manipolare me che in quel momento ero divenuta il punto di riferimento della figlia. Sperava che se lo avessi detto io alla ragazza, ella mi avrebbe ascoltato poiché si fidava di me. La richiesta di non rivelare alla figlia quanto mi aveva chiesto, nasceva dal terrore che ella si infuriasse con lei e che, pertanto, potesse perderla definitivamente. Ma così non fu, Lara non perse Claudia. A Settembre mi giunse una telefonata della ragazza, che mi annunciava di voler interrompere le sedute di psicoterapia, le chiesi di venirmi a comunicare in seduta la sua decisione, ma, nonostante fissammo un appuntamento, ella non si presentò. Ipotizzo che avesse “scelto” nuovamente di ripristinare il vecchio equilibrio, suppongo che la madre, approfittando della pausa estiva, avesse risfoderato le sue armi seduttive, potenziato il suo lamento e l’avesse, così, ricondotta a sé. Claudia si trovava solo agli albori di un cambiamento di sé, non era ancora sufficientemente capace di non subire la forza manipolativa di Lara, soprattutto in assenza del sostegno psicoterapeutico e dunque, credo, che ne rimase nuovamente prigioniera. Lara, dal canto suo, incapace di rinunciare alla sua omeostasi relazionale con la figlia, poiché garante dei suoi bisogni di fanciulla e completamente lontana dalla consapevolezza di ciò, la riafferò per riutilizzarla per i propri disperatissimi scopi. Il potere predatorio di un genitore dipendente dal figlio, dunque può raggiungere dei livelli di brutalità tali da arrecare danni anche assai dolorosi, da disorientare i ragazzi circa la progettazione autonoma di un proprio futuro affettivo, lavorativo e sociale. La dipendenza genera solo altra dipendenza, perché ci si possa liberare da essa è necessario che il soggetto avverta la sensazione di schiavitù che questa genera, che inizi a detestarla e a desiderare di riacquistare potere sulle proprie scelte, ovvero di riappropriarsi della libertà. Le ferite infantili ed adolescenziali di Lara, erano molto dolorose, la rabbia di ciò che la vita le aveva sottratto in adolescenza era tale da accecarla a tal punto da essere schiava, più o meno inconsapevole, dei suoi bisogni passati inappagati e della presenza della figlia attraverso cui illudersi di soddisfarli. In sintesi, l’unico obiettivo di Lara era quello di garantirsi la simbiosi costante ed indissolubile con Claudia attraverso un legame di dipendenza, in luogo di un sano legame di appartenenza.

Bibliografia

- Ammaniti Niccolò, Io e te, Einaudi, 2010
- Abraham Giorgio, Le età della vita, Mondadori, Milano, 1993
- Aldi Gino, Riscoprire l'autorità, Edizioni Enea, 2011
- Argentieri Simona, Il padre materno, Meltemi, Roma, 1999
- Ariès Philippe, Padri e figli nell'Europa medioevale e moderna, Laterza, Bari, 1983
- Bauman Zygmunt, Amore liquido. Sulla fragilità dei legami affettivi, Bari, 2006
- Bauman Zygmunt, Consumo dunque sono, Laterza, Bari, 2008
- Bauman Zygmunt, Paura liquida, Laterza, Bari, 2009
- Bauman Zygmunt, Vita liquida, Laterza, Bari, 2008
- Bion Wilfred, Apprendere dall'esperienza, Armando editore, 2009
- Bion Wilfred, Trasformazioni. Il passaggio dall'apprendimento alla crescita. Armando editore, 2012
- Beattie Melody, ...e liberati degli altri, Mondadori, Milano, 1999
- Bowen Murray, Dalla famiglia all'individuo. La differenziazione del sé nel sistema familiare Astrolabio, 1979
- Bowen S., Neha C., Marlatt G, Mindfulness e comportamenti di dipendenza, Raffaello Cortina Editore, 2013
- Bowlby John, Attaccamento e Perdita, Bollati Boringhieri, Torino 1999
- Calamai Giulia, Uso e abuso di sostanze. Capire e affrontare le dipendenze da alcol e droghe. Erickson, 2018
- Cardosso Paolo, Le nuove dipendenze, Edizioni Psiconline
- Cargnello Danilo, Alterità e alienità, Feltrinelli, Milano, 1977
- De Clercq Fabiola, Fame d'amore, Bur, 2002
- Ferrante Elena, L'amica geniale, E/0, 2001
- Gockel Renate, Donne che mangiano troppo, Feltrinelli, Milano, 1991
- Krishananda e Amana, A tu per tu con la paura, Urta, 2009
- Luccichini Alfio, Droghe, Comportamenti, Dipendenze. Fenomeni, norme, protagonismo. Franco Angeli, 2015
- Portelli C., Papantuono M., Le nuove dipendenze. Riconoscerle, capirle, superarle. San paolo edizioni, 2017
- Recalcati Massimo, U. Zuccardi Merlo, Anoressia e bulimia, Bollati Boringhieri, 2006
- Recalcati Massimo, Clinica del vuoto. Anoressie, dipendenze, psicosi. Franco angeli, 2015
- Recalcati Massimo, Le mani della madre, Feltrinelli, 2015
- Recalcati Massimo, Il complesso di Telemaco, Feltrinelli, 2013
- Rosenberg K., Curtiss L., Dipendenze comportamentali. Criteri, evidenze, trattamenti. Elsevier, 2015
- Sampaio Daniel, Nella tempesta dell'adolescenza, Franco Angeli, 2011
- Schelotto Gianna, Distacchi ed altri addii. Quando sepparsi fa bene, Mondadori, 2002

- Valcarengi Marina, Mamma non farmi male. Ombre della maternità, Mondadori, 2001
- Verrastro Valeria, Le dipendenze comportamentali in età evolutiva. Alpes Italia, 2015
- Viorst Judith, Distacchi, Pickwick, 1986
- Winnicott Donald, Gioco e realtà, Armando Editore, 2005
- Winnicott Donald, La famiglia e lo sviluppo dell' individuo, Armando Editore, 1992
- Winnicott Donald, Il luogo delle origini, Raffaello Cortina, 1990
- Winnicott Donald, Sviluppo affettivo e ambiente, Armando Editore, 2002

SE PERDO TE

Dott.ssa Maria Rosaria Juli

Psicologa Psicoterapeuta, Specialista in Disturbi della Condotta Alimentare

“La differenza tra un sano entusiasmo, sebbene eccessivo, e la dipendenza patologica è che i sani entusiasmi arricchiscono la vita, mentre le addiction la impoveriscono”
(Griffiths, 2005)

Riassunto

In ogni relazione amorosa esistono degli aspetti di dipendenza, che dovrebbero essere sempre bilanciati dal mantenimento di un'adeguata capacità critica e anche da un desiderio di autonomia personale da parte di entrambi i partner. Nelle relazioni tossiche, invece, accade che uno dei partner - una volta più spesso era la donna, ma adesso capita anche agli uomini - tende a “funzionare” in modo prevalente; questo comportamento nella relazione di coppia porta la persona che si trova in questa posizione a perdere quote sempre maggiori di potere personale, quindi a perdere la propria autonomia, indipendenza e libertà di scelta, finendo - in alcuni casi - in una condizione di vero e proprio sfruttamento emotivo e fisico. Nelle condizioni più gravi ed estreme, si possono riscontrare situazioni di violenza. La dipendenza affettiva è molto simile alla tossicomania, con la sola differenza che in questo caso l'oggetto tossico non è una sostanza, ma una persona.

La Dipendenza Affettiva o Love Addiction è considerata come facente parte delle Nuove Dipendenze o New Addiction, ossia le dipendenze comportamentali, in cui, al posto di una sostanza, vi è dipendenza da un comportamento. Le persone che tendono ad avere una relazione tossica hanno una profonda incapacità di vivere la solitudine, la vivono non come un'opportunità, ma come una condizione da cui fuggire in modo fobico. Tale incapacità ha origine specifica nelle carenze che le persone dipendenti hanno vissuto con chi si è preso cura di loro durante l'infanzia. Si tratta di un vissuto che ha a che fare con l'abbandono, con il non riconoscimento e con il rifiuto,

e pur di non riviverlo, il dipendente affettivo è disposto ad accettare le condizioni più umilianti e mantenere il rapporto. In lingua inglese, il termine addiction si riferisce ad una condizione generale in cui la dipendenza psicologica spinge alla ricerca dell'oggetto di interesse, senza il quale la vita perderebbe di valore. Reynaud e collaboratori (2010), definiscono chiaramente le differenze tra amore e dipendenza, intendendo con il termine Love Passion uno stato universale e necessario per gli esseri umani, che implica un attaccamento funzionale agli altri, e con Love Addiction una condizione disadattiva caratterizzata da una necessità e da un desiderio imperiosi dell'altro che si traducono in pattern relazionali problematici, caratterizzati dalla persistente e assidua ricerca di vicinanza, nonostante la consapevolezza delle conseguenze negative di tale comportamento. Emerge così il bisogno di una pedagogia del rispetto di sé, che insegni il diritto di dire no, a non cadere mai nei falsi miti dell'amore, ad identificare la relazione d'amore come un'opportunità di piacere e di crescita, non come un'esperienza di sacrificio e sottomissione.

Parole chiave: *dipendenza affettiva, nuova dipendenza, relazione tossica.*

Abstract

In every love relationship there are aspects of dependency, which should always be balanced by the maintenance of an adequate critical capacity and also by a desire for personal autonomy from both partners. However, in toxic relationships, it happens that one of the partners - once more often the woman but now also happens to men - tends to "work" in a prevalent way; this behavior in the relationship of the couple leads the person who is in this position to lose ever greater shares of personal power, thus to lose its autonomy, independence and freedom of choice, ending - in some cases - in a condition of real emotional and physical exploitation. In the most serious and extreme conditions, situations of violence can be found. Affective dependence is very similar to drug addiction, with the only difference that in this case the toxic object is not a substance, but a person. Affective Dependency or Love Addiction is considered to be part of the New Addiction, or rather behavioral addictions, in which instead of a substance, there is dependence on behavior. People who tend to have a toxic relationship have a profound inability to live the solitude, they live it not as an opportunity, but as a condition from which escape phobically. This incapacity has its specific origin in the lacks that dependents have lived with persons who took care of them during their childhood. It is an experience that has to do with abandonment, with non-recognition and with refusal, and although not to relive it, the emotional employee is willing to accept the most humiliating conditions and maintain the relationship. In English, the term addiction refers to a general condition in which psychological dependence leads to the search for the object of interest, without which life would lose its value. Reynaud and collaborators (2010), clearly define the differences between love and addiction, meaning Love Passion a universal and necessary state for humans, which implies a functional attachment to the others, and with Love Addiction a

maladaptive condition characterized by a necessity and an imperious desire of the other that translate into problematic relational patterns, characterized by the persistent and assiduous search for closeness, despite the awareness of the negative consequences of such behavior. Thus emerges the need for a pedagogy of self-respect, which teaches the right to say no, never to fall into the false myths of love, to identify the relationship of love as an opportunity for pleasure and growth, not as an experience of sacrifice and submission.

Keywords: *love addiction, new addiction, toxic relationship.*

Sebbene la dipendenza affettiva, per insufficienza di dati sperimentali, non rientri tra i disturbi mentali diagnosticati nel DSM-5, nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (American Psychiatric Association, 2013), viene classificata tra le “New Addiction”, nuove dipendenze di tipo comportamentale, tra cui troviamo il gioco d’azzardo patologico (*pathological gambling*), la dipendenza da internet, la dipendenza da lavoro (*work addiction o workaholic*), lo shopping compulsivo (*compulsive buying*), la dipendenza da attività fisica (*exercise addiction*) e la dipendenza dal sesso (*sex addiction*). La caratteristica di queste forme di dipendenza è che rappresentano - nella loro manifestazione compulsiva - il versante patologico di attività comunemente praticate dalle persone nella loro vita quotidiana.

La Dipendenza Affettiva è una modalità patologica di vivere la relazione, in cui la persona dipendente arriva a negare i propri bisogni ed a rinunciare al proprio spazio vitale pur di non perdere il partner, considerandolo unica e sola fonte di gratificazione, nonché fondamentale fonte di “amore” e cura. Si tratta di una forma di amore ossessivo, simbiotico, fusionale e stagnante che viene vissuto alla stregua di una droga e per il quale si sacrificano qualsiasi spinta evolutiva (di cambiamento) ed ogni altra gratificazione. Il punto, tuttavia, è che spesso questi partner non sono affatto gratificanti ma, al contrario, si tratta di persone con le quali si instaura una relazione insoddisfacente, infelice e dolorosa. Il dipendente affettivo, infatti, prova un tale bisogno, assoluto e ossessivo, di rassicurazione e di certezze, da indurre una sorta di “perdita dell’Io” ed una condizione in cui l’altro rappresenta il solo elemento di ebbrezza e di gratificazione possibile.

Non è infrequente che tale condizione degeneri in relazioni che rappresentano un serio pericolo per l’incolumità psichica e fisica del soggetto (come nel caso della manipolazione emotiva perversa, o delle violenze all’interno della relazione).

Negli ultimi anni queste forme di dipendenza si sono sviluppate in maniera notevole, tanto che gli studiosi hanno volto ad esse la loro attenzione al fine di studiarne le caratteristiche e le possibilità di intervento terapeutico.

Il gruppo di Reynaud (Reynaud, Karila, Blecha e Benyamina, 2010), partendo dalle analogie riscontrate con la dipendenza da sostanze, propone una definizione diagnostica della love addiction, basata sulla durata e sulla frequenza della sofferenza percepita, essa si presenta come: Un modello disadattivo o problematico della relazione d'amore che porta a deterioramento o angoscia clinicamente significativa, come manifestato da tre (o più) dei seguenti criteri (che si verificano in ogni momento, nello stesso periodo di 12 mesi, per i primi cinque criteri):

1. Esistenza di una sindrome da astinenza per l'assenza dell'amato, caratterizzata da significativa sofferenza e un bisogno compulsivo dell'altro;
2. Considerevole quantità di tempo speso per questa relazione (in realtà o nel pensiero);
3. Riduzione di importanti attività sociali, professionali o di svago;
4. Persistente desiderio o sforzi infruttuosi di ridurre o controllare la propria relazione;
5. Ricerca della relazione, nonostante l'esistenza di problemi creati dalla stessa;
6. Esistenza di difficoltà di attaccamento, come manifestato da uno dei seguenti:
 - ripetute relazioni amorose esaltate, senza alcun periodo di attaccamento durevole;
 - ripetute relazioni amorose dolorose, caratterizzate da attaccamento insicuro”.

La dipendenza affettiva affonda la propria origine nel passato affettivo e relazionale ed in particolare nel rapporto instaurato durante l'infanzia con i genitori. Probabilmente quest'ultimi hanno lasciato insoddisfatti i bisogni infantili costringendo i bambini, i cui bisogni d'amore rimanevano inappagati, ad adattarsi imparando a limitare i loro bisogni. Questo processo di limitazione può portare al formarsi di pensieri del tipo: *“I miei bisogni non hanno importanza”* o *“non sono degno di essere voluto bene”*. Da adulti, questi *“bambini non amati”* dipendono dagli altri per quanto concerne il proprio benessere psico-fisico e la soluzione dei loro problemi. Vivono nella paura di essere rifiutati, scappano dal dolore, non hanno fiducia nelle loro capacità e si giudicano persone non degne d'amore. I primi anni della vita, tra l'altro, sono fondamentali nel formare la propria autostima e i genitori

giocano un ruolo essenziale nella sua creazione. L'autostima si sviluppa in maniera negativa o positiva a seconda l'esperienza vissuta, durante l'infanzia, con gli adulti significativi e continua a svilupparsi durante tutta la vita. Di fronte ad un genitore freddo e non affettivamente disponibile, il bambino potrebbe mantenere il suo equilibrio affettivo cercando di minimizzare un comportamento dipendente verso un genitore che ha queste caratteristiche, con tutti gli effetti negativi che può comportare questo tipo di attaccamento verso la figura adulta (Bridges, Denham e Ganiban, 2004). Nel contesto dell'equilibrio, questa condizione potrebbe essere adattiva in quel momento, ma quel comportamento d'equilibrio (lo stile di attaccamento equilibrato verso il genitore), tolto dal repertorio infantile perché risultato non adattivo con quella figura parentale, potrebbe portare il bambino ad uno sviluppo emozionale deviante e condurlo a problemi emotivi e comportamentali, compresa la scelta di partners non disponibili affettivamente (Bridges et al., 2004).

Nel 2015 Stavola e collaboratori, hanno svolto una ricerca sui fattori predisponenti della dipendenza affettiva, partendo dall'ipotesi che essa sia collegata alla presenza di fenomeni di dissociazione e di disregolazione emotiva conseguenti ad un trauma infantile e allo stile di attaccamento insicuro. Gli autori, per indagare le correlazioni tra il disturbo e i costrutti presi in esame, hanno sottoposto una serie di questionari self-report a un gruppo sperimentale di 99 individui, reclutati attraverso G.A.D.A. (Gruppi di Auto Aiuto Dipendenza Affettiva), e a un gruppo di controllo di 75 persone: il Childhood Trauma Questionnaire – Short Form (Bernstein e Fink, 1998) per il trauma, il Relationship Questionnaire (Bartholomew e Horowitz, 1991) per l'attaccamento, la Dissociative Experience Scale (Carlson e Putnam, 1993) per la dissociazione e la Difficulties Emotion Regulation Scale (Gratz e Roemer, 2004) per la disregolazione emotiva. I risultati hanno permesso di confermare un modello eziopatogenetico della love addiction che individua, quali fattori predisponenti, la presenza di traumi di abuso emotivo e di negligenza emotiva, gli stili di attaccamento preoccupato e timoroso, la presenza di sintomi dissociativi a livello patologico, la difficoltà, clinicamente significativa, nella regolazione delle emozioni. Le persone affette da Dipendenza Affettiva sono consapevoli degli effetti devastanti che il partner ha nella loro vita, ma esattamente come i tossicodipendenti, non riescono ad astenersi dalla relazione. Nella pratica clinica spesso incontriamo pazienti che non riescono a interrompere relazioni intime profondamente distruttive, che generano sofferenza e compromettono la

loro vita a vari livelli. Esattamente come avviene nella dipendenza da sostanze, anche nella Dipendenza Affettiva, con il passare del tempo, tutto inesorabilmente ruota intorno al partner; spesso la persona dipendente si chiude o evita volutamente gli altri nel tentativo di proteggersi dalle critiche o dal temuto abbandono.

Solitamente sia gli interessi che gli hobby vengono progressivamente abbandonati e il fulcro dell'esistenza diventa il partner; anche il rendimento lavorativo diminuisce perché la persona ha la mente costantemente occupata dai suoi problemi sentimentali e trascorre molto tempo a rimuginare per cercare di risolverli. Innamoramento e tossicodipendenza hanno molte analogie; sia gli innamorati che i tossicodipendenti sperimentano:

- Intensa euforia quando vedono il partner, simile all'euforia che caratterizza l'uso di una droga;
- Craving (che è un desiderio spasmodico e irrefrenabile) per il partner o per la droga;
- Tendenza a ricercare sempre più la vicinanza con il partner (fenomeno simile alla tolleranza un meccanismo che spinge i tossicodipendenti ad aumentare progressivamente la quantità di droga assunta abitualmente per ottenere l'effetto desiderato);

Quando una relazione finisce le persone innamorate hanno dei sintomi d'astinenza che sono simili a quelli che si riscontrano nella sindrome d'astinenza dei tossicodipendenti (depressione, ansia, insonnia o ipersonnia, irritabilità, perdita dell'appetito o abbuffate) che, esattamente come avviene nella tossicodipendenza, portano alla ricaduta; ad esempio nella Dipendenza Affettiva avere una ricaduta vuol dire cercare nuovamente il partner nonostante sia stato infedele, violento ecc. (Liebowitz, 1983; Hatfield & Sprecher, 1986; Meloy & Fisher, 2005).

Le analogie tra innamoramento e tossicodipendenza sono confermate anche dagli studi di neuroimaging (che visualizzano l'attività cerebrale in vivo). Questi studi dimostrano che l'innamoramento attiva alcune regioni cerebrali della via mesolimbica che è ricca di dopamina (una sostanza che viene liberata nel nostro cervello ogni volta che facciamo qualcosa di piacevole come per esempio mangiare, fare sesso, accudire la prole ecc.). Il piacere che proviamo serve a motivarci a ripetere questi comportamenti e quindi a garantire la sopravvivenza dell'individuo e della specie. Come dimostrano numerose prove empiriche, queste stesse regioni vengono attivate sia nella dipendenza da sostanze (Fisher et al. 2010; Acevedo et

al. 2011; Xu et al. 2011) che nelle dipendenze comportamentali come lo shopping compulsivo (Knutson et al. 2007) e il gambling (Breiter et al. 2001).

Nei casi estremi, anche quando il partner è violento fisicamente, i pazienti dipendenti tendono a giustificarlo, si isolano, mentono o non chiedono aiuto pur di proteggerlo; spesso purtroppo non riescono a lasciarlo anche quando è a rischio la loro incolumità fisica. Potremmo inoltre trovarci in una situazione in cui la dipendenza affettiva è in comorbidità con i disturbi di personalità, infatti i pazienti con Disturbo Dipendente di personalità sono caratterizzati dalla dipendenza dagli altri, cioè sono incapaci di vivere in maniera autonoma e hanno sempre bisogno di consigli e rassicurazioni. La Dipendenza Affettiva, però, non è appannaggio solo del Disturbo Dipendente; anche i pazienti con Disturbo Borderline di personalità hanno serie difficoltà a stare da soli e adottano comportamenti dipendenti; hanno relazioni affettive caotiche caratterizzate da una passione travolgente ma anche da discussioni violente. Le persone affette da Disturbo Istrionico di personalità temono la solitudine e sono travolti dall'angoscia davanti alla separazione; hanno costantemente bisogno di attenzione, approvazione e sostegno.

La Dipendenza Affettiva sembra una patologia declinata soprattutto al femminile (Miller, 1994) e coinvolge maggiormente le donne: il 99% dei soggetti dipendenti affettivi è di sesso femminile, con fascia di età variabile dalla post-adolescenza (età dai 20 ai 27) fino all'età adulta che comprende donne con figli, sia piccoli che grandi. Esistono tuttavia anche casi di Love Addiction negli uomini, aventi caratteristiche e manifestazioni comportamentali lievemente diverse. Le conseguenze della Dipendenza Affettiva riguardano innanzitutto una sofferenza psichica che si manifesta in modi differenti: da generici sentimenti di insoddisfazione e di frustrazione fino a veri e propri disturbi di tipo depressivo; in secondo luogo, aumenta il rischio di esporsi a violenze psicologiche e fisiche: chi ha una dipendenza affettiva è spesso portato a scegliere partner incapaci di dare un autentico affetto, se non addirittura violenti e devianti. Per riconoscere la "tossicità" di una relazione dovremmo fare attenzione ad alcuni fattori: la Dipendenza è il primo segnale.

La persona affettivo-dipendente che si trova in questa relazione, generalmente tende ad affidare al suo interlocutore tutte quelle funzioni di autoregolazione che dovrebbe assolvere anche da sola. In questo modo l'altro diventa indispensabile; in altri casi l'altro diventa indispensabile per il mantenimento di un sentimento di integrità e di coesione personale, per cui la sensazione, nel caso di un suo allontanamento, può essere quella di andare in pezzi. In quest'ottica l'altro, per il

dipendente affettivo, può diventare il polo unico in grado di suscitare emozioni forti e l'unica ragione per sentirsi motivati e vivi. Secondo fattore di tossicità: la Separazione, la persona affettivo-dipendente sviluppa una forma di assuefazione: il partner diventa fondamentale per mantenere l'equilibrio psichico e non tollera la distanza; ciò che caratterizza queste situazioni è l'incapacità di sostenere l'evento della separazione. La persona dipendente non sa staccarsi dal partner. Terzo fattore di tossicità: il Ricatto e l'isolamento, il fatto di vivere malissime distanze e separazioni innesca una situazione per la quale la persona affettivo-dipendente diviene facilmente ricattabile: pur di evitare la separazione tende a rinunciare ad aspetti importanti della propria esistenza, magari ai propri interessi, al proprio lavoro, perfino ai propri valori etici, finendo per perdere la propria identità e la rete socio-affettiva di riferimento, isolandosi appunto. Quarto Fattore di tossicità: partner narcisista, i dipendenti affettivi sono caratterizzati dal ricercare partner non amorevoli; sovente si lasciano sedurre da chi rappresenta in qualche modo il loro opposto, ossia da un soggetto che incarna un'immagine fortemente autoreferenziale, di sicurezza. Solitamente si tratta di persone che hanno una forte vocazione contro-dipendente, ossia di narcisisti, che possiedono in alcuni casi anche una componente psicopatica o sadica. Il dipendente affettivo è fortemente attratto dal narcisista perché incarna quell'ideale di perfezione e sicurezza a cui si vorrebbe attaccare e con il quale vorrebbe fondersi. I partner narcisisti, soprattutto all'inizio del rapporto, tendono a promettere molto ma poi, di fatto, non fanno concedere nulla, se non una relazione dove, nei casi più gravi, tendono a esercitare il controllo sul partner dipendente, a umiliarlo, a maltrattarlo, a mantenerlo in una condizione di assoggettamento e di minaccia, senza concedergli nulla nei termini di una reale affettività.

Ultimo Fattore: Esistenza di Servizio, la persona dipendente si trova a condurre una sorta di esistenza di servizio dal punto di vista affettivo: si mette nella condizione di servire questi soggetti, in qualche maniera di adorarli e di venerarli nell'attesa di un riconoscimento che non arriverà mai. Questo è il paradosso tipico di ogni condizione di tossicodipendenza, dove si punta tutto per ottenere un certo tipo di risultato e ci si ritrova a vivere nella situazione esattamente opposta. Il dipendente affettivo nutre l'illusione di aver trovato la figura salvifica che lo risolleverà dalla situazione depressiva di solitudine e abbandono che egli vive e finisce per diventare la persona più sola, abbandonata e deprivata che ci possa essere un po' come accade all'eroinomane che cerca negli oppiacei una sedazione assoluta da ogni dolore finendo poi per essere travolto dai morsi terribili dell'astinenza.

Il trattamento della dipendenza affettiva (Dimaggio, Montano, Popolo & Salvatore, 2013) si struttura sul raggiungimento di obiettivi a breve e lungo termine: Il primo obiettivo, a breve termine, è affrontare e risolvere la sofferenza attuale del paziente in termini di sintomi e disfunzioni comportamentali.

Il secondo obiettivo, a lungo termine, consiste nell'affrontare le esperienze precoci di abbandono, di trascuratezza fisica ed emotiva, di maltrattamenti, abusi ecc. che generalmente sono alla base della convinzione di non valere nulla e di non essere degni di essere amati che caratterizzano i pazienti che soffrono di Dipendenza Affettiva. In parallelo, la terapia mira ad aiutare i pazienti ad avere accesso a quello che provano, ai loro desideri e ai loro scopi e a utilizzarli per compiere delle scelte autonome. In questo modo si ripara uno dei nuclei della personalità dipendenti che è la carenza di agency, ovvero di portare avanti un piano d'azione che nasca all'interno, anche in condizioni di mancante supporto relazionale o di avversità. Grazie a questo lavoro si creano le basi affinché i pazienti possano sperimentare relazioni affettive basate sulla reciprocità in cui sentirsi finalmente amati e accettati.

Bibliografia

- Albano T., Gulimanoska L., “In-Dipendenza: un percorso verso l'autonomia”. Vol. I-Manuale sugli aspetti eziopatogenetici, clinici e psicopatologici delle dipendenze. Milano: FrancoAngeli; 2006
- American Psychiatric Assotiation, Manuale diagnostico e statistico dei Disturbi Mentali, DSM V, Raffaello Cortina Editore, 2014.
- Breiter HC, Aharon I, Kahneman D, Dale A, Shizgal P. Functional imaging of neural responses to expectancy and experience of monetary gains and losses. 30(2):619-39, 2001.
- Bridges LJ, Denham SA e Ganiban JM, Definitional Issues in Emotion Regulation Research, 2004.
- Caretti e La Barbera: “Le dipendenze patologiche, clinica e psicopatologia”. Milano: Raffaello Cortina; 2005.
- Dimaggio G., Montano A., Popolo R. & Salvatore G., Terapia metacognitiva Interpersonale dei disturbi di personalità”, Atti Seminario, Milano, 2013.
- Giddens A., “The transformation of intimacy: sexuality, love and eroticism”. Cambridge: Polity press; 1992
- Griffiths, M.D. Technological addictions. Clinical Psychology Forum, 76, 14-19, 1995.
- Guerreschi C., “New addictions. Le nuove dipendenze”. Edizioni San Paolo, Milano; 2005
- Harriet Goldhor Lerner, “La danza della rabbia”. Edizioni Corbaccio, 1996
- La Cascia C., Ferraro L. e Mulè A. “Il problema della comorbilità”, 2008.
- Miller D., “Donne che si fanno male”. Milano: Feltrinelli, 1994.
- Knutson B., Rick S., Wimmer G.E., Prelec D., and Loewenstein G. Neural predictors of purchases, 2007.
- Stavola M., Mazzocato G., Brambilla R., Fiore F., Dipendenza Affettiva fattori predisponenti, IV Edizione, Convegno Assisi, 2015.
- Reynaud M., Karila L., Blecha L. e Benyamina A., Is Love Passion an Addictive Disorder?, 2010

Corrispondenza

Maria Rosaria Juli

Consulente presso il Consultorio Familiare Il Faro, via C. Baffi, 1 Cap 71121, Foggia.

Email : mariarosaria.juli@libero.it

Cell: 3204052220

DIPENDENZE AFFETTIVE: TEORIE E PSICOPATOLOGIE

Ilarj Furno

Psicologa Psicoterapeuta

Alessia Gambino

Psicologa Psicoterapeuta

Riassunto

Il seguente lavoro concentra la sua attenzione su uno dei tipi di dipendenza annoverabile tra quelle prive di somministrazione di sostanze ovvero la dipendenza affettiva. Attualmente lo sguardo della comunità e della ricerca scientifica si è maggiormente orientato verso quelle dipendenze non correlate all'uso di sostanze; quindi anche la quinta ed ultima edizione del Manuale Diagnostico Statistico dei Disturbi Mentali ha aperto uno spiraglio in tal senso introducendo i criteri diagnostici per una delle dipendenze comportamentali ovvero quella legata al gioco d'azzardo. Di tutte le sindromi comportamentali questa è l'unica ad essere stata individuata con specifici criteri diagnostici. Proprio la mancanza di criteri specifici rende difficoltosa l'individuazione e la classificazione delle dipendenze comportamentali tanto da rendere complesso anche individuare il confine tra comportamento normale e comportamento additivo patologico. Da una disamina della letteratura si evince lo stesso limite anche per la definizione di dipendenza affettiva o in inglese love addiction; ad oggi infatti nonostante i tentativi di definizione, nonostante le ipotesi eziologiche del comportamento di dipendenza, ancora non si è giunti alla definizione di criteri diagnostici condivisi e di conseguenza la difficoltà ad improntare studi e ricerche scientifiche in merito. L'articolo quindi tenta di offrire una panoramica di tale comportamento di dipendenza e delle ipotesi, principalmente di matrice relazionale, che sosterrrebbero l'eziologia del disturbo. Parole chiave: dipendenza affettiva, attaccamento, legami disfunzionali.

Abstract

This paper is focused around a specific type of addiction not related to any substance abuse that is the affective (emotional?) addiction. Currently the scientific community is increasingly researching the non-drug related addictions and therefore DSM-V has consistently introduced innovative diagnostic criteria for one of the affective addiction like gambling. Among the non-drug related addictions gambling was the only granted with specific diagnostic criteria. The identification and differential diagnosis of non-drug related addiction is extremely complex due to the absence of specific criteria able to cluster abnormal pathological behaviors versus normal ones. In the scientific literature is not yet possible to identify a robust definition of love addiction; despite numerous attempts the etiological profile of the addiction has not yet been defined and therefore no diagnostic criteria have been determined leading to a stall in the scientific research. The paper attempts to provide a snapshot of the addiction behaviors and of the etiological hypothesis, mainly around the relational aspect of the disease.

Keywords: *love addiction, attachment, dysfunctional ties.*

INTRODUZIONE

Il termine dipendenza affettiva rimanda automaticamente alla rappresentazione di una determinata tipologia di coppia e, quindi, di relazione che potremmo definire *disturbata* o *disfunzionale* in particolar modo per colui (o più spesso colei) che sviluppa la dipendenza. La riflessione conseguente di solito si orienta alla ricerca delle motivazioni che spingono le persone ad ingaggiare un certo tipo di relazioni in cui, generalmente, uno dei due si trova in una condizione di svantaggio definita dalla stessa natura della relazione, appunto, di dipendenza. Tali interrogazioni spingono a darsi diverse risposte spesso orientate dal buon senso comune su quali possano essere i vantaggi secondari di quel rapporto o su quali siano le caratteristiche che possano spingere una persona ad accettare situazioni che conducono spesso a condizioni estreme all'interno delle relazioni. In ultima analisi, è chiedersi se non sarebbe meglio per queste persone, affrontare la vita da single anziché in coppia.

Anche nel mondo scientifico d'altro canto si è cercato di dare contezza del perché gli individui tendano la maggior parte delle volte a costituire una coppia anziché rimanere nella condizione di single. Secondo Claudio Angelo (1999) indipendentemente dalla forma e dalla durata del legame, almeno per quanto

riguarda la realtà occidentale, vi è una generale tendenza a ricercare la presenza di un partner. La scelta è sempre condizionata da diversi elementi di differente entità e tipologia. Probabilmente i motivi principali che portano a scegliere necessariamente un partner sono legati ad alcuni dei bisogni fondamentali dell'uomo che si esprimono attraverso sistemi motivazionali quali quello dell'attaccamento-accudimento e quello sessuale: bisogni che nella prospettiva evuzionistica garantiscono il mantenimento della specie e la creazione di condizioni che sostengano il benessere e la sicurezza dei suoi membri. In altre parole, nonostante l'evidenza dichiarata dalla maggior parte dei single sia di non aver trovato o di non sentire il bisogno di un partner (Angelo, 1999), tutti noi in una certa misura dipendiamo dagli altri ad esempio per soddisfare la nostra autostima, per sostenerci, per sentirci sicuri. Non sempre la piena indipendenza è cioè auspicabile. Questo ci rimanda facilmente a Maslow (1954) che inserisce al quarto e quinto posto della piramide dei bisogni dell'uomo quelli di appartenenza ed autostima. La ricerca della sicurezza è sostenuta dall'attivazione del sistema dell'attaccamento che filogeneticamente deriva dalla vulnerabilità del neonato e dalla necessità di avere una figura di riferimento stabile e di accudimento che soddisfi i bisogni primari e garantisca quindi la sopravvivenza. Quando parliamo di ricerca del partner, le prime esperienze di attaccamento sono fondamentali poiché la qualità del legame creatosi con le figure di accudimento influenza la scelta e soprattutto orienta il tipo di relazione che si instaura.

A questo proposito, la differenza tra attaccamento ad una persona e dipendenza, sembrano avere un confine molto sottile. Potremmo dire che tale confine sia sancito dalla "possibilità" di rendersi individuo e quindi di distaccarsi: possibilità che è tra i fini ultimi dei legami d'attaccamento, ma che è negata dai legami di dipendenza. La stessa definizione del termine "dipendenza" sembra essere controversa ed è generalmente associata, nella psicologia del senso comune (ma spesso anche in quella scientifica), alla presenza di una sostanza dalla quale l'individuo dipende, ovvero non può farne a meno, della quale è alla spasmodica ricerca utilizzando tutti i metodi leciti (e talvolta illeciti) per ottenerla. La definizione diventa ancora più complessa se a tutti i tipi di dipendenza da sostanze affianchiamo i nuovi tipi di dipendenze definite "comportamentali" come il disturbo da gioco su internet o la dipendenza da gioco d'azzardo (attualmente categorizzata con etichetta diagnostica nel DSM-V), la dipendenza da sesso, lo shopping compulsivo, la dipendenza da lavoro.

AMORE E DIPENDENZA: L'IMPERCETTIBILE PASSAGGIO VERSO UNA RELAZIONE DISTRUTTIVA.

La possibilità di passare dalla relazione d'amore ad una di dipendenza affettiva è frutto di concause legate a fattori di rischio, contestuali ed individuali, che rendono questo passaggio quasi impercettibile, individuabile, probabilmente, solo attraverso le conseguenze a lungo termine.

Tra le conseguenze psicofisiche della dipendenza affettiva annoveriamo il soddisfare i propri bisogni di amore e di riconoscimento solo attraverso la cura del partner; lo scegliere uomini o donne che appaiono bisognosi di aiuto e cercare di aiutarli e salvarli attraverso il proprio amore; l'aver una profonda paura dell'abbandono e fare qualunque cosa per evitarlo; il farsi carico dei bisogni del proprio partner per averlo vicino, come supportarlo finanziariamente, cercargli lavoro, accudire esclusivamente i figli; la mancanza di amore durante l'infanzia che, producendo una condizione di vuoto emotivo interno, si cerca di compensare compiacendo il partner; l'assumersi la maggior parte della responsabilità per ogni problema o fallimento della propria unione, non attribuendone alcuna al partner; un basso livello di autostima; lo stato di apatia, l'assenza di motivazione dovuto al mancato soddisfacimento dei propri bisogni affettivi; l'inclinazione a compensare il vuoto affettivo interiore attraverso un'ulteriore dipendenza da droghe, cibo e alcool.

Se consideriamo ad esempio l'inebriazione dei sensi tipica dell'amore, ed in particolare quella fase definibile come "*honey moon*" (luna di miele) durante la quale ha inizio l'attaccamento con l'oggetto d'amore e durante la quale ci si sente come in estasi, essa mostra numerose similitudini con l'intossicazione acuta da sostanze: si presenta attraverso l'umore euforico, incapacità di individuare e riconoscere possibili conseguenze negative, la presenza costante di ricordi e pensieri riferiti all'oggetto d'amore, l'incapacità di potersi controllare in presenza di esso. Allo stesso modo sembrano sovrapporsi gli esiti della mancanza della persona amata con i sintomi tipici dell'astinenza da sostanze: irritabilità, ansia, rabbia, sensazione di vuoto e la spasmodica ricerca dell'altro (*craving*).

Quindi il passaggio da una normale relazione o normale passione, ad una passione distruttiva basata sulla dipendenza, può essere estremamente impercettibile ed essere individuata solo quando la condizione di dipendenza è ormai conclamata poiché il bisogno diventa compulsivo, il piacere ed il benessere lasciano lo spazio alla sofferenza e la relazione persiste anche se vi è consapevolezza di una condizione avversa come la presenza di umiliazioni fisiche, verbali o psicologiche. Secondo il

gruppo di Reynaud le precedenti caratteristiche comprendono anche gli elementi principali proposti da Potenza (2006) per quanto riguarda le nuove dipendenze comportamentali ovvero il *craving* (*desiderio impulsivo*), la ricerca compulsiva della relazione amorosa, un'alterazione del controllo di sé e la reiterazione del comportamento nonostante le conseguenze negative. In realtà un ulteriore parallelismo sembra essere stato individuato anche tra i meccanismi che conducono dal semplice piacere alla dipendenza affettiva e che sono sovrapponibili con quelli che inducono la dipendenza da sostanze dopo le prime somministrazioni.

Tali meccanismi si riferiscono sia all'intensità dell'esperienza che alla lontananza (astinenza) dall'oggetto d'amore o dalla sostanza stessa. Nell'abuso di sostanze spesso è proprio l'intensità dell'esperienza e la rapidità con cui questa dà piacere a facilitare lo sviluppo della dipendenza piuttosto che le caratteristiche della sostanza stessa. Allo stesso modo, quando si osservano i meccanismi alla base della dipendenza affettiva, il passaggio ad un tipo di passione distruttiva per l'individuo sembra essere facilitato proprio da un contatto iniziale particolarmente intenso e ricco di piacere (spesso di tipo sessuale). Allo stesso modo lo sviluppo della dipendenza può essere sostenuto da ripetute deprivazioni o interruzioni del rapporto: generalmente nella dipendenza da sostanze, le ripetute interruzioni non fanno altro che aumentare il desiderio e quindi facilitare lo sviluppo della dipendenza da quella sostanza.

Nel caso della dipendenza affettiva il comportamento dell'“amato” può sostenere l'accelerazione del processo in questione: quando ad esempio vi è poca disponibilità a causa della lontananza fisica o anche quando la lontananza è di altro tipo (età, estrazione culturale, differenza di classe) si può ingenerare un meccanismo per cui è più facile che si crei una dipendenza. Spesso questa modalità viene utilizzata in maniera consapevole proprio da coloro che sono l'oggetto di questa dipendenza ad esempio con prolungati periodi di assenza fisica o psicologica (Reynaud, 2005) alternati a periodi di intensa vicinanza e partecipazione oppure sostituendo spesso la dolcezza e l'accudimento con comportamenti crudeli o abusanti.

Come si può notare, nel caso della dipendenza affettiva, quando si parla delle caratteristiche dell'“oggetto della dipendenza” non si può pensare che tali caratteristiche siano osservabili in maniera statica, ma vengono sempre considerate all'interno di un circolo relazionale in cui le caratteristiche dell'“amato” interagiscono con le caratteristiche dell'individuo che sviluppa la dipendenza e con la sua vulnerabilità che fungono da fattore di rischio nel creare la relazione di dipendenza.

VERSO UNA DEFINIZIONE DI “DIPENDENZA AFFETTIVA”: RICERCA DELLE ORIGINI.

Da una disamina della letteratura, è evidente come nella comunità scientifica ci sia concordanza sull'assenza di una definizione condivisa di dipendenza emotiva; di conseguenza non è possibile attualmente individuare dati certi quali l'eziologia o l'epidemiologia. Non essendoci dei criteri diagnostici dunque, è alquanto impossibile compiere degli studi in tal senso. Considerate le analogie esistenti, e precedentemente descritte, tra la dipendenza da sostanze e la dipendenza affettiva, proprio a partire da tali considerazioni, il gruppo di Reynaud ha cercato di rendere funzionali tali similitudini tracciando una definizione diagnostica di love addiction basandosi sulla durata e sull'entità della sofferenza percepita (Reynaud, 2010).

La dipendenza affettiva si presenta quindi come un modello disadattivo o problematico della relazione d'amore che porta a deterioramento o angoscia clinicamente significativa, come manifestato da tre (o più) dei seguenti criteri (che si verificano in ogni momento, nello stesso periodo di 12 mesi, per i primi cinque criteri):

1. Esistenza di una sindrome da astinenza per l'assenza dell'amato, caratterizzata da significativa sofferenza e un bisogno compulsivo dell'altro;
2. Considerevole quantità di tempo speso per questa relazione (in realtà o nel pensiero);
3. Riduzione di importanti attività sociali, professionali o di svago;
4. Persistente desiderio o sforzi infruttuosi di ridurre o controllare la propria relazione;
5. Ricerca della relazione, nonostante l'esistenza di problemi creati dalla stessa;
6. Esistenza di difficoltà di attaccamento, come manifestato da uno dei seguenti:
 - ripetute relazioni amorose esaltate, senza alcun periodo di attaccamento durevole;
 - ripetute relazioni amorose dolorose, caratterizzate da attaccamento insicuro”.

Il corollario stilato dal gruppo di Reynaud rimanda facilmente ad individuare e riflettere sulle origini della dipendenza affettiva e del tipo di rapporto che essa concorre a creare. Ogni volta che si viene coinvolti in un rapporto intimo con un'altra persona, questo rapporto viene in qualche modo confrontato con altri

rapporti significativi; generalmente ci si riferisce a quei rapporti primari come con i genitori, i fratelli o altri familiari. È rispetto a questi rapporti, che esso deve differenziarsi. La qualità dei rapporti primari infatti, si inserisce nella strutturazione dei legami futuri specie in riferimento agli stili di attaccamento: da alcune ricerche emerge come la sicurezza o l'insicurezza che caratterizzano il legame di attaccamento spesso si trasmettono da generazione in generazione attraverso la qualità dei rapporti familiari (Benoit, Parker, 1994; Fonagy et alii, 1992). Sempre Angelo (1999) ci esemplifica come una figlia che abbia avuto un'esperienza di rifiuto da parte della propria madre avrà probabilmente delle difficoltà nella costruzione del proprio ruolo di donna. Nella costruzione del rapporto di coppia un elemento fondamentale, quindi, è la formazione dell'immagine di sé a partire dai processi di separazione individuazione; tali processi, che sfociano in quello di "identificazione personale", sono strettamente interconnessi con il "modello di relazione" a cui si è stati esposti durante la prima infanzia.

Il processo di separazione individuazione fu descritto dalla psicoanalista Margaret Mahler come un insieme di 4 stadi attraverso i quali il neonato si riconosce come individuo altro dalla madre. Si tratta di un momento di "crescita psicologica" fondamentale che verrà ripreso durante l'adolescenza. La Mahler individua 4 fasi:

1. Tra il quarto e l'ottavo mese il bambino sviluppa la propria immagine corporea grazie alle maggiori possibilità di movimento. Queste rende possibile riconoscere e ricostruire l'immagine del proprio corpo.
2. Tra l'ottavo e il quattordicesimo mese si assiste alla sperimentazione: il neonato che cammina e ha maggiori possibilità di movimento decide consapevolmente di avvicinarsi o allontanarsi dalla madre. Ciò gli permette di gestire in modo autonomo l'angoscia della separazione.
3. Tra il quattordicesimo mese e i due anni il bambino passa da momenti di allontanamento a momenti di riavvicinamento.
4. L'ultima fase, fino al terzo anno, è chiamata "Costanza dell'oggetto libidico": il bambino si sente veramente separato dalla madre perché ne ha una rappresentazione stabile che gli permette di sopportare felicemente la sua lontananza.

Questo meccanismo si ingenera anche nei rapporti di dipendenza. Generalmente, è considerato un fattore di rischio nella costituzione di una dipendenza affettiva, aver sviluppato un attaccamento di tipo insicuro (Reynaud, 2010).

Coloro che sviluppano questo tipo di legame avranno fatto esperienza di una madre o di genitori *rifutanti* o *imprevedibili*. Nel primo caso il contatto con il bambino è apertamente scoraggiato ed il rapporto è caratterizzato da indifferenza nei confronti delle richieste di vicinanza e accudimento: in altre parole il comportamento della figura di accudimento è di indifferenza ed insensibilità verso i segnali del bambino. Nel secondo caso, si osservano bambini il cui legame con la madre è stato caratterizzato da ambiguità o imprevedibilità con una figura genitoriale che mostra affetto e vicinanza solo a partire da un'iniziativa spontanea ed in momenti in cui tale vicinanza non è richiesta dal bambino, per poi rifiutarsi e non prestare alcun tipo di accudimento, vicinanza fisica o affettiva nel momento in cui queste erano richieste dal figlio; questi bambini di solito sviluppano nel tempo un'incapacità di esplorare l'ambiente circostante, difficoltà nella regolazione delle emozioni, mancanza di autonomia.

I modelli mentali dell'attaccamento tendono a mantenersi stabili nel tempo e fanno sì che nelle relazioni successive si tenda a riprodurre le caratteristiche delle prime relazioni comportandosi in maniera stabile cioè attraverso modalità riconducibili a quello schema.

Stili di attaccamento:

L'attaccamento *sicuro*: bambini con questo tipo di attaccamento hanno fatto esperienza di una madre sensibile alle loro richieste, pronta ad accorrere in loro aiuto in caso di necessità. Questi bambini risultano in grado di esplorare autonomamente l'ambiente circostante o in caso di sconforto o frustrazione sono in grado di usare la madre in maniera consolatoria e quindi come base sicura.

Sono cioè di usare strategie per regolare le proprie emozioni. Da adulti generalmente sono in grado di sviluppare nuove relazioni fondate sulla fiducia e sull'accettazione dell'altro. (Hazan e Shaver, 1987).

L'attaccamento *insicuro evitante*: è un tipo di attaccamento insicuro in cui il bambino fa esperienza di una madre rifiutante pronta a scoraggiare e rifiutare qualsiasi tentativo di avvicinamento da parte del bambino anche in presenza di segnali di paura o rabbia del figlio. Questi bambini sviluppano solitamente comportamenti basati su una falsa autonomia impegnandosi in attività di gioco sia in presenza che in assenza della madre, senza dimostrare dolore per un'eventuale separazione e continuando ad evitarla al momento del ricongiungimento. Molto probabilmente persone con questo modello di attaccamento, avranno più possibilità di conservare anche da adulti un modello di falsa autonomia, di instaurare rapporti di coppia

basati sulla freddezza oppure a non dare molta importanza ai legami d'affetto. (Hazan & Shaver, 1987).

L'attaccamento *insicuro ambivalente*: bambini con questo tipo di attaccamento sviluppano una completa incapacità di regolare le proprie emozioni facendo esperienza di una madre rifiutante ad ogni loro richiesta di vicinanza, ma che si rende disponibile quando tale vicinanza non viene richiesta dal bambino.

Ciò che viene quindi a mancare è la fiducia nei confronti della figura d'attaccamento che si esplica spesso attraverso la "rabbia disfunzionale" atta a riversare proprio quella frustrazione accumulata in assenza della madre, sulla madre stessa aggredendo quindi proprio la persona dalla quale si desidera consolazione. Da adulti è molto probabile che questo modello si ripeta portando difficoltà nello sviluppare nuove relazioni o nello sviluppare relazioni di tipo possessivo caratterizzate da gelosia e mancanza di fiducia nei confronti del partner (Hazan e Shaver, 1987) che può essere alternativamente oggetto di forse possessività o al contrario, a tratti, oggetto di rifiuto.

Quindi la scelta del partner solo apparentemente coinvolge due persone, in realtà possiede una struttura triangolare che coinvolge anche il confronto con altri legami significativi attuali o del passato. Queste assunzioni, poste in relazione con i legami di dipendenza affettiva, colgono proprio il nucleo centrale di tali rapporti: nelle relazioni intime, infatti, la ricerca di sicurezza e di fiducia sono alla base della qualità del legame e del valore che i protagonisti vi assegnano. Domandarsi se la persona che si ha accanto accetta il proprio modo di essere, il giudizio che l'altro ha nei propri confronti, essere sicuri di potersi fidare, sono tutti interrogativi che consentono di valutare la fiducia o al contrario l'ambiguità presenti all'interno del rapporto (Angelo, 1999).

Il trattamento psicoterapeutico della dipendenza affettiva si pone diversi obiettivi a breve e lungo termine. Il primo obiettivo, a breve termine, è affrontare e risolvere la sofferenza attuale del paziente in termini di sintomi e disfunzioni comportamentali.

Il secondo obiettivo, a lungo termine, consiste nell'affrontare le esperienze precoci di abbandono, di trascuratezza fisica ed emotiva, di maltrattamenti, abusi ecc. che generalmente sono alla base della convinzione di non valere nulla e di non essere degni di essere amati che caratterizzano i pazienti che soffrono di *love addiction*.

Inoltre, la terapia mira ad aiutare i pazienti ad avere accesso a quello che provano, ai loro desideri e ai loro scopi, a utilizzarli per compiere delle scelte autonome e mantenere quest'autonomia.

In questo modo si 'cura' uno dei nuclei delle personalità dipendenti che è la difficoltà di portare avanti un piano d'azione che nasca all'interno, anche in condizioni di carenza di supporto relazionale o di avversità. In questo modo si creano le basi affinché i pazienti possano formare relazioni affettive basate sulla reciprocità in cui sentirsi finalmente amati, maturi, accettati ma soprattutto stabili.

Bibliografia

Abraham M. *Motivation and Personality*, Harper, New York, 1954.

Benoit D., Parker K. Stability and transmission of attachment across three generation. *Chil Dev.*, 65 pp.145-154, 1994.

Claudio A. La scelta del partner, *La crisi della coppia*, Raffaello Cortina, Milano, 1999.

Fonagy P. et alii. L'integrazione della teoria psicoanalitica e del lavoro sull'attaccamento: la prospettiva intergenerazionale. Tr. It. In: Stern D., Ammaniti M. (a cura di) *Attaccamento e psicoanalisi*, pp. 19-30. Laterza, Bari, 1992.

Hazan C., Shaver P. Romantic Love conceptualized as an attachment process, *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524, 1987.

Potenza M.N. ,Should addictive disorders include non-substance-related conditions? *Addiction* 2006; 101 (suppl 1): 141-151.

Reynaud M., Karila L., Blecha L. Is Love Passion an Addictive Disorder? . *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse* – September 2010.

Reynaud M. *L'amourest une drogue douce ... en general*. Paris: Robert Laffont, 2005.

Corrispondenza

Ilarj Furno: ilarj.furno@botmail.it

Alessia Gambino: alessiagambino84@gmail.com

DIPENDENZE COMPORTAMENTALI: STORIA, ASPETTI CLINICI, LINEE GUIDA PER IL TRATTAMENTO

Dott.ssa Annalisa Barone

Psicologa Psicoterapeuta

Riassunto

Quella della dipendenza è una questione da tempo oggetto d'interesse e di ricerca da parte dei clinici impegnati nel dare risposta a complessi quesiti come ad esempio il motivo per cui un oggetto o comportamento diventa il centro della vita di una persona, fino al punto da lasciare da parte qualsiasi ulteriore attività o arrecare danno a sé o ad altri. Il termine "dipendenza" è stato a lungo utilizzato in relazione a sostanze attive a livello centrale, come la nicotina, la cocaina o l'alcool. Recentemente, gli studiosi hanno focalizzato la loro attenzione sulle dipendenze patologiche da attività come il gioco d'azzardo, lo shopping, il sesso, il lavoro, il cibo, l'esercizio fisico, l'uso di Internet. Le evidenze cliniche hanno suggerito che certi disturbi psichiatrici, caratterizzati da comportamenti ripetitivi e disadattivi, condividono percorsi simili con la dipendenza da sostanze. Tale prospettiva di ricerca ha aperto la strada ad una delle sfide più importanti per la moderna psicopatologia, le "dipendenze non legate all'uso di sostanze" per l'appunto. Fino a qualche anno fa queste ultime non erano considerate nei manuali diagnostici dei disturbi mentali cui si fa riferimento a livello internazionale, ma oggi hanno ottenuto dignità nosografica con la pubblicazione dell'attuale quinta edizione del DSM (2014) prevedendo l'area dei "disturbi non correlati a sostanze" nella sezione dedicata ai "disturbi correlati a sostanze e disturbi da addiction" che, attualmente, include solo il disturbo da gioco d'azzardo. Il presente articolo definisce il concetto di "dipendenza comportamentale" presentando una panoramica su storia, aspetti clinici e linee guida per il trattamento ed un focus sulla correlazione con impulsività e compulsività.

Parole chiave: *Dipendenze comportamentali, impulsività, compulsività, trattamento.*

Abstract

Addiction has long been a matter of interest and research for the clinicians engaged to find out why an object or behaviour becomes the center of a person's life, leaving aside any further activity or causing harm to himself or other people. The term "addiction" has long been related to psychoactive substances use, such as nicotine, cocaine or alcohol. Recently, studies have focused attention on pathological addictions to gambling, shopping, sex, work, food, exercise, Internet use. Clinical evidence has suggested that certain psychiatric disorders, characterized by repetitive and maladaptive behaviors, share similar pathways with substance addiction. This research perspective has given rise to one of the most important challenges for modern psychopathology, the "non-substance-related disorders". They were not included in the diagnostic manuals of mental disorders until a few years ago, while nowadays they have obtained nosographic dignity with the publication of the current fifth edition of the DSM (2014). In the section dedicated to "substance-related and addictive disorders" we can find the area "non-substance-related disorders" which actually includes gambling disorder. This article clarifies the concept of "behavioural addiction" by presenting an overview of history, clinical features and treatment guidelines and a focus on the relationship with impulsivity and compulsivity.

Keywords: *Behavioural addictions, impulsivity, compulsivity, treatment.*

INTRODUZIONE

Quello delle dipendenze comportamentali rappresenta un affascinante ed innovativo concetto, scientificamente e socialmente rilevante, così come viene evidenziato dalle numerose ricerche epidemiologiche, cliniche e neurobiologiche. Da diversi anni si è osservato che certi comportamenti cui si ricorre quotidianamente, possono diventare problematici nel momento in cui la persona non riesce più a regolarli e a farne a meno (Bellio & Croce, 2014): sono dipendenze che mutano il comportamento della persona, esponendolo ai meccanismi impulsivi e compulsivi, simili a quelli innescati dall'uso di sostanze psicoattive e che prevedono una ripetizione del comportamento stesso.

La dipendenza rappresenta un'inclinazione umana universale e indispensabile che appartiene alle comuni forme di piacere e può, per certi versi, considerarsi anche funzionale; basti pensare, ad esempio, alla naturale relazione genitore-figlio, che sarà imprescindibile al bambino per acquisire strategie e competenze e che lo guideranno gradualmente nella vita e lo aiuteranno ad avere sempre più fiducia

nelle proprie personali abilità. La dipendenza non è più sana allorché un abituale comportamento, tendente al naturale appagamento di un bisogno, si modifica in una ricerca incontrollata di piacere, desiderio e brama assumendo, così, gli elementi distintivi di condizione patologica con conseguenze disastrose nella vita della persona e dei suoi cari. La dipendenza patologica, infatti, viene definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come “quella condizione psichica e talvolta anche fisica, derivata dall'interazione fra un organismo vivente e una sostanza tossica, e caratterizzata da risposte comportamentali e da altre reazioni, che comportano sempre un bisogno compulsivo di assumere la sostanza in modo continuativo o periodico allo scopo di provare i suoi effetti psicologici e talvolta di evitare il malessere della sua privazione” (Pigatto, 2003). Recentemente, questo concetto è stato ugualmente utilizzato per indicare forme di comportamento compulsivo che non prevedono necessariamente l'uso di una sostanza, poiché l'effetto gratificante e ricercato è rappresentato dal comportamento stesso. Dunque, sempre più spesso, nella pratica clinica si ricorre al concetto di “dipendenze comportamentali” con il fine di indicare la notevole sovrapposizione di questo comportamento a quello delle dipendenze da sostanza.

STORIA

Per molto tempo il DSM ha impiegato i termini *substance use* e *dependence* evitando quello di *addiction*, sebbene si tratti di condizioni differenti. Il termine *addiction* per decenni, infatti, è stato utilizzato in maniera quasi esclusiva per fare riferimento a pattern di uso di alcool e droghe eccessivi e disfunzionali, associandosi, pertanto, in maniera pressoché automatica al concetto di sostanza ad azione psicotropa, quale sinonimo di tossicodipendenza o tossicomania. Il termine in oggetto, in origine, non assumeva tale implicazione: esso, è derivato dal latino *addictus*, “schiavo per debiti”, participio passato del verbo *addicere*, “assegnare”. Nell'antico diritto civile romano pre-repubblicano, il debitore insolvente veniva “assegnato” dal magistrato al creditore, che, qualora il debito non fosse stato pagato, avrebbe potuto tenerlo in catene nel suo carcere privato, venderlo come schiavo o ucciderlo. In inglese, il termine “*addict*” compare nel 1600 indicando, inizialmente, l'essere obbligato verso qualcuno, o formalmente legato a qualcuno, e, successivamente, il legarsi a qualcosa per propria predisposizione, coinvolgimento o passione.

A partire dal XX secolo, viene usato, poi, come sostantivo indicando, da un lato, nella medicina, l'essere "schiavi" di una sostanza o di un comportamento che diventa nucleo centrale nell'esistenza della persona, con conseguenze dannose (Mc Dougall, 2002) e dall'altro, nel comune vocabolario, "dipendere" da una sostanza o da un comportamento piacevole, senza ricevere danno.

Nell'etimologia del termine sussistono, pertanto, due concetti: quello di dipendenza, o schiavitù, ma anche la possibilità di liberarsene "estinguendo il debito", coinvolgendosi in un percorso personale di riconquista di un piacere e non più di autodistruzione. Se, dunque, nella letteratura scientifica italiana i termini *addiction* e *dipendenza* sono ugualmente impiegati per fare riferimento ad una dipendenza patologica, ciò non avviene nella letteratura inglese dove *dependence* (l'organismo ha bisogno di una certa sostanza per mantenere una condizione di benessere) e *addiction* (comportamento compulsivo di ricercare e usare la sostanza o ricorrere al comportamento gratificante, con conseguenze negative per la vita) indicano condizioni differenti: ed invero, i ricercatori hanno evidenziato che non tutte le persone dipendenti da sostanza presentano una dipendenza patologica (come nel caso dei pazienti con diagnosi oncologica che necessitano di oppiacei) e che l'*addiction* non si esaurisce nella dipendenza fisiologica. Il nucleo distintivo del processo di *addiction* è rappresentato dall'incapacità della persona di mitigare il comportamento a dispetto delle conseguenze negative (Rosenberg & Feder, 2015). Questi sono alcuni dei motivi per cui la definizione presente nel DSM-5 *disturbi da addiction e disturbi correlati* risulta maggiormente adeguata rispetto ai precedenti concetti *abuso di sostanze e dipendenza*.

Le ricerche condotte con studi di brain imaging, di neurochimica, di polimorfismo, hanno sottolineato che le dipendenze comportamentali mostrano, sul piano clinico, caratteristiche eccezionalmente simili alla dipendenza da sostanze, come, ad esempio, la condizione di tensione anticipatoria nell'attesa della gratificazione, la ripetitività, lo stato di piacere nell'eseguirli, la condizione di carving legata alla loro mancanza, tolleranza e astinenza. Inoltre, tali comportamenti patologici, che hanno avuto una crescita esponenziale negli ultimi anni, coinvolgono *gli stessi circuiti neurali del piacere-rinforzo e della dipendenza* (Chamberlain et al., 2016; Yau & Potenza, 2015), come nel caso del disturbo da gioco d'azzardo, precedentemente classificato tra i disturbi del controllo degli impulsi (APA, 2001), l'unico comportamento che gli studi hanno dimostrato essere un'*addiction* e che nel DSM-5 è stato inserito, a pieno titolo, all'interno del capitolo dei *Disturbi correlati a sostanze e disturbi da addiction* nella sezione *Disturbi non correlati a sostanze*.

Sono stati studiati e descritti altri modelli di comportamento eccessivo, in grado di creare altrettanti stati di dipendenza: come il sesso, l'esercizio fisico, lo shopping, l'uso di Internet e dei social networks, cibo, relazioni affettive, lavoro. La ricerca clinica ha evidenziato rilevanti affinità per questi gruppi di comportamenti ripetitivi, dove, al posto della sostanza, compare un'attività: ad oggi, però, non esistono sufficienti evidenze scientifiche tali da giustificarne l'inclusione nelle classificazioni internazionali e il riconoscimento come disturbi mentali. Occorrono ulteriori studi sulla dipendenza patologica da Internet; ciononostante, il *Disturbo da gioco su Internet* è stato incluso in un'appendice del DSM-5 dedicata alle condizioni che necessitano di ulteriori ricerche prima di essere considerate formalmente disturbi (Valentini & Biondi, 2016; APA, 2014).

PREVALENZA E FATTORI DI RISCHIO DELLE DIPENDENZE COMPORAMENTALI

In una delle review più complete sulle dipendenze chimiche e comportamentali, Sussman, Lisha e Griffiths (2011) esaminano tutta la letteratura sulla prevalenza collegata a 11 comportamenti di dipendenza potenzialmente differenti. Gli autori riportano le seguenti percentuali di prevalenza totale di dipendenza connessa a fumo di sigarette (15%), assunzione di alcool (10%), assunzione di sostanze illegali (5%), cibo (2%), gioco (2%), uso di Internet (2%), relazioni affettive (3%), sesso (3%), esercizio fisico (3%), lavoro (10%) e shopping (6%). Comunque, la maggior parte dei dati di prevalenza associati alle dipendenze comportamentali (ad eccezione del gioco d'azzardo), non derivano da campioni rappresentativi a livello nazionale e, quindi, si basano su campioni piccoli e/o auto selezionati.

La dipendenza è un concetto incredibilmente complesso e deriva sempre dall'interazione tra molti fattori tra cui la predisposizione biologica e/o genetica della persona, la costituzione psicologica (fattori di personalità, motivazioni inconscie, attitudini, aspettative, credenze, ecc.), l'ambiente sociale (caratteristiche situazionali come l'accessibilità e la disponibilità del comportamento, la pubblicizzazione del comportamento) e la natura stessa dell'attività (le caratteristiche strutturali, come il jackpot nel gioco d'azzardo). Questa visione "globale" della dipendenza evidenzia processi interconnessi e l'integrazione tra le differenze individuali (cioè i fattori di vulnerabilità personali), le caratteristiche situazionali, le caratteristiche strutturali

e il conseguente comportamento di dipendenza. Ci sono anche alcuni fattori di rischio chiave che sono profondamente associati allo sviluppo di quasi tutte le dipendenze (da sostanze o comportamentale), come avere una storia familiare di dipendenza, avere problemi psicologici in comorbilità, e la presenza di scarso coinvolgimento e supervisione da parte della famiglia. Fattori psicosociali, come bassa autostima, solitudine, depressione, ansia elevata e stress sembrano essere comuni nelle dipendenze comportamentali (Griffiths, 2015).

ASPETTI CLINICI

Mark Griffiths (2005) ha evidenziato che qualsiasi concettualizzazione dell'addiction debba contenere un numero di caratteristiche distintive comuni: salienza, alterazione del tono dell'umore, tolleranza, astinenza, conflitto e ricaduta. Il concetto di *salienza* si riferisce al fatto che una certa attività diventa l'attività più importante nell'esistenza della persona e guida i suoi pensieri (preoccupazioni e distorsioni cognitive), emozioni (*craving*) e comportamenti (peggioramento delle relazioni sociali).

L'*alterazione del tono dell'umore* è rappresentata dall'esperienza soggettiva che le persone riferiscono quando si coinvolgono in una certa attività, come la sensazione di "fuga" o lo stato di paradossale calma. La *tolleranza* è la condizione per cui la persona necessita di intensificare una certa attività per raggiungere gli effetti ricercati. I *sintomi di astinenza* indicano stati emotivi spiacevoli e/o effetti fisici che compaiono quando quella particolare attività viene interrotta o improvvisamente ridotta. Per *conflitto* si intende la discrepanza tra la persona dipendente e ciò che gli ruota attorno (conflitto interpersonale) oppure difficoltà interne al soggetto (conflitto intrapsichico) in relazione alla particolare attività. La *ricaduta* è la propensione a ripetere modelli precedenti di comportamento e ad adottare forme più estreme a seguito di periodi di astinenza o controllo (Griffiths, 2005).

Nelle addiction risultano avere grande importanza gli aspetti della motivazione, il processo di ricompensa e di decision making. Tali fattori rappresentano potenziali endofenotipi, o fenotipi intermedi, che potrebbero essere cercati mediante indagini biologiche in uno spettro di disturbi legati alla dipendenza da sostanza e senza sostanza e servire come possibili marcatori per gli interventi di prevenzione e trattamento (Yvonne et al., 2016). Si è osservato che le persone con dipendenza da sostanza o comportamentali mostrano, generalmente, punteggi alti nelle valutazioni

auto-riferite di impulsività e ricerca della novità, e punteggi bassi in quelle di evitamento del danno (Leeman & Potenza, 2012). Tuttavia, alcuni dati indicano che persone con dipendenza da Internet, gioco problematico di videogames o gioco d'azzardo, possono mostrare livelli elevati di evitamento dei pericoli (Yau et al., 2012), indicando importanti differenze individuali tra persone con dipendenze e la necessità di ulteriori studi in merito. Altre ricerche suggeriscono che gli aspetti della compulsività sono tipicamente più alti tra gli individui con dipendenze comportamentali (el-Guebaly et al., 2012; Potenza et al., 2009): per questo motivo, alcuni avevano concettualizzato le dipendenze comportamentali lungo uno spettro impulsivo-compulsivo (Hollander & Wong, 1995).

La compulsività rappresenta una tendenza a compiere ripetutamente atti in modo abituale per prevenire conseguenze negative percepite, sebbene l'atto stesso possa portare a conseguenze negative (Fineberget al., 2014); quantunque sia l'impulsività che la compulsività implicano una difficoltà nel controllo degli impulsi, i dati recenti suggeriscono una relazione più complessa tra questi due costrutti in relazione ai disturbi ossessivo-compulsivi (OCD) e alle dipendenze comportamentali. I pazienti con psicopatologia prevalentemente impulsiva, come il gioco d'azzardo patologico, possono presentare aspetti ossessivo-compulsivi, mentre quelli con psicopatologia principalmente compulsiva, come OCD, possono mostrare punteggi cospicui nelle scale di misura dell'impulsività e/o presentare sintomi impulsivo-aggressivi, o presenza di disturbi del controllo degli impulsi. Inoltre, nello stesso disturbo si possono sviluppare in modo differente caratteristiche impulsive e compulsive sovrapposte: ovverosia, gli aspetti impulsivi e compulsivi possono avanzare contemporaneamente o in diversi tempi nella stessa condizione psicopatologica. Ciò implica che i diversi percorsi di impulsività e compulsività nei singoli disturbi possono rendere difficile le modalità di interpretare tali condizioni psicopatologiche così come rendere più complesso l'intervento terapeutico.

Considerando che impulsività e compulsività sono fattori che si riscontrano e si intersecano in diversi disturbi, occorre sottolineare che esiste una variabilità individuale relativa all'intensità con cui pazienti, che presentano la stessa diagnosi, possono esibire aspetti impulsivi o compulsivi: per esempio, certi pazienti con OCD mostrano livelli elevati di impulsività e compulsività ed altri, invece, livelli bassi. L'impulsività e la compulsività rappresentano fattori nucleari sia delle dipendenze patologiche da sostanze che delle dipendenze comportamentali. Come avviene nel disturbo da uso di sostanze, anche nelle dipendenze comportamentali gli aspetti impulsivi hanno un ruolo importante nello stadio iniziale del comportamento

(insorgenza del disturbo), mentre i processi di apprendimento disadattivi e la comparsa dell'abitudine portano a sviluppare le caratteristiche compulsive in un secondo momento, determinando così il mantenimento della condizione psicopatologica (Rosenberg & Feder, 2015).

La caratteristica sostanziale delle dipendenze comportamentali è rappresentata dall'incapacità di resistere all'impulso di compiere un atto dannoso per la persona o per gli altri. Ogni dipendenza comportamentale è caratterizzata da un modello ricorrente di comportamento che ha questo elemento distintivo all'interno di un dominio specifico. L'impegnarsi in maniera ripetitiva in questi comportamenti, in ultima analisi, interferisce con il funzionamento della persona in altri contesti della sua vita. È per questo aspetto che le dipendenze comportamentali sono paragonabili ai disturbi correlati all'uso di sostanze: le persone affette da dipendenze da sostanza comunicano difficoltà nel resistere alla voglia di bere o usare le droghe.

Le dipendenze comportamentali e da sostanza hanno molte caratteristiche simili per la biologia, la fenomenologia e le conseguenze avverse. Le dipendenze comportamentali sono spesso precedute da sensazioni di "tensione o di eccitazione prima di compiere l'azione" e "piacere, gratificazione o sollievo al momento dell'azione" (APA, 2001). La natura ego-sintonica di questi comportamenti è simile all'esperienza che si osserva per i comportamenti legati all'uso di sostanze: comunque, sia nelle dipendenze comportamentali che in quelle da sostanza, può verificarsi meno ego-sintonicità e più ego-distonicità nel tempo, quando il comportamento stesso, compreso l'atto di assumere la sostanza, diventa meno piacevole e più di un'abitudine o costrizione, o diventa motivato in misura minore dal rinforzo positivo e in misura maggiore dal rinforzo negativo, come nel caso di disforia o astinenza (Grant et al., 2010).

Le dipendenze comportamentali e da sostanza hanno, inoltre, affinità fenomenologiche: molte persone affette da dipendenze comportamentali riferiscono uno stato di craving prima dell'inizio del comportamento, come nel caso di chi presenta disturbi da uso di sostanza prima di assumere la sostanza. Ancora, questi comportamenti spesso riducono lo stato d'ansia e provocano un innalzamento del tono dell'umore, simile a quello che si osserva nell'intossicazione da sostanza. La disregolazione emotiva può contribuire al craving sia nelle dipendenze comportamentali che nei disturbi da uso di sostanze e da addiction. A questo proposito, l'alterata regolazione affettiva è considerata una componente psicologica comune alle dipendenze patologiche, da sostanze o da comportamenti: l'incapacità dei pazienti di modulare la loro affettività negativa determina la tendenza a

intraprendere un comportamento da addiction per autoregolarsi dal punto di vista emotivo, come strategia gestionale disadattava nella riduzione dell'intensità dei loro stati emotivi o per disciplinare i loro pensieri (Rosenberg & Feder, 2015).

Le ricerche neuropsicologiche hanno sottolineato notevoli compromissioni nelle funzioni esecutive complesse come la capacità di pianificazione, di attenzione, di modulazione, di inibizione della risposta, di risoluzione di problemi, tendenza a perseverare nell'errore, livelli elevati e anomali di sovraeccitazione, notevole sensibilità alla ricompensa, urgenza improcrastinabile di soddisfare il piacere.

Molte persone con dipendenze comportamentali, inoltre, mostrano la necessità di aumentare l'intensità del comportamento per ottenere lo stesso effetto sul tono dell'umore, analogamente a quanto si osserva con la tolleranza nei disturbi da uso di sostanze; tanti pazienti con queste dipendenze comportamentali riferiscono anche uno stato disforico, paragonabile ai sintomi d'astinenza, pur astenendosi dai comportamenti. Oltre a ciò, le dipendenze comportamentali e quelle da uso di sostanze condividono variabili cognitive. È stato rilevato che le misure neurocognitive di disinibizione e di presa di decisioni sono direttamente proporzionali alla gravità del disturbo, come si è visto per il disturbo da gioco d'azzardo, e possono predire il rischio di ricaduta. In maniera simile, i pazienti con disturbo da gioco d'azzardo presentano chiare compromissioni nel processo decisionale in situazioni di rischio e nell'impulsività in confronto a soggetti di controlli incrociati (Lawrence et al., 2009). Sono state osservate prestazioni scadenti nel test sul gioco d'azzardo "Iowa Gambling Task", che valuta il rischio/ricompensa nel processo decisionale, tra gli individui con il gioco d'azzardo e dipendenza da alcol. Al contrario, uno studio fatto con persone affette da dipendenza da Internet non ha mostrato tali deficit nel processo decisionale nello stesso test.

Nel campo delle conoscenze neurobiologiche le ipotesi più avvalorate in tema di disturbi da dipendenza suggeriscono l'esistenza di un disequilibrio tra il sistema della serotonina, della dopamina e degli oppioidi endogeni, mediatori necessari per un adeguato funzionamento dei processi di gratificazione, la cui compromissione potrebbe comportare un'alterazione dei cosiddetti centri del piacere (Marazziti et al., 2015). A tal proposito, alcune ricerche hanno evidenziato alterazioni di funzionamento del circuito dopaminergico mesolimbico, la diminuzione dei recettori dopaminergici di tipo D2, irregolarità corticali orbito frontali e del cingolo, la presenza di varianti genetiche del recettore per i cannabinoidi CB1, la sovra regolazione del gene BDNF, alterazioni dell'attività della leptina: questi elementi

sembrano individuare l'esistenza di una stretta relazione eziopatogenetica tra dipendenze comportamentali e da sostanze. Bisogni fisiologici come cibo e sesso, ma ugualmente attività come gioco d'azzardo, iperlavoro e shopping compulsivo, rappresentano esperienze capaci di attivare i circuiti coinvolti nella gratificazione in modo simile a quanto si verifica nella gratificazione indotta da sostanze.

È verosimile che le dipendenze comportamentali e da sostanza possano condividere un meccanismo che origina dall'alterato funzionamento dei sistemi neuro funzionali *motivazione-gratificazione*, con successiva cristallizzazione di processi di rinforzo negativo, *regolazione emotiva*, con graduale incapacità di regolare le emozioni dolorose che vengono disciplinate in modo disfunzionale facendo ricorso al comportamento, e *inibizione comportamentale* con conseguente incapacità di sospendere l'esecuzione di una condotta dannosa e autodistruttiva (Goodman, 2008).

LINEE GUIDA PER IL TRATTAMENTO

I comportamenti che possono causare dipendenza vengono considerati come legittime forme di svago e tendono ad essere socialmente accettati: questo comporta un ritardo nell'individuazione di segnali importanti di gravità da parte di pazienti e familiari e di conseguenza nella loro diagnosi e successivo intervento. Le dipendenze comportamentali rappresentano una componente del processo biopsicosociale; pertanto, lavori mirati, multidisciplinari e multimodali, che coinvolgano la persona, il gruppo e i congiunti, se necessario, una farmacoterapia e interventi di sostegno (es. gruppi di auto-aiuto), nonché strategie di prevenzione delle ricadute (es. interventi basati sulla *mindfulness*) vengono attualmente considerati, in letteratura, come la modalità più efficace di trattamento delle dipendenze comportamentali (Rosenberg & Feder, 2015).

Gli interventi farmacologici consistono principalmente nella somministrazione di farmaci ai pazienti e, come avviene per le persone dipendenti da sostanze, sono prescritti, laddove necessario, anche a coloro i quali mostrano dipendenze comportamentali per aiutarli ad affrontare il loro problema. Si tratta di farmaci di comune impiego in psichiatria come antidepressivi, ansiolitici, antiosessivo-compulsivi, stabilizzatori dell'umore, antipsicotici, farmaci per disturbi dell'attenzione. Ad esempio, nel caso del disturbo da gioco d'azzardo si impiegano gli antagonisti degli oppiacei (come il naltrexone e il naloxone).

È fondamentale associare al trattamento farmacoterapico quello psicoterapico allo scopo di trattare, oltre ai sintomi, le ragioni sottostanti il disturbo. Il trattamento può differenziarsi, in base al caso, in un approccio basato sull'astinenza (Carnes, 2010; Carnes, Carnet & Bailey, 2011) o in uno volto a limitare i danni (Marlatt, 1998; Tatarsky, 2011). Sebbene il concetto di astinenza sia più complesso e differente nelle addiction comportamentali, analogamente a chi per astenersi dall'alcool evita occasioni in cui si brinda, il paziente con dipendenza patologica da sesso, con l'obiettivo di astenersi, evita l'attività sessuale disfunzionale (non il comportamento sessuale in generale) e così si può concordare che i canali televisivi pornografici vengano bloccati nella sua abitazione. Nell'ambito delle addiction il contenimento dei danni viene impiegato quando il paziente rifiuta di attenersi ad un modello basato sull'astinenza, come nel caso in cui chi è affetto da dipendenza patologica dai social network, pur utilizzando i siti da cui origina il problema, accetterà di limitare la durata e la frequenza degli accessi (Rosenberg & Feder, 2015).

Gli interventi farmacologici consistono principalmente nella somministrazione di farmaci ai pazienti e, come avviene per le persone dipendenti da sostanze, sono prescritti, laddove necessario, anche a coloro i quali mostrano dipendenze comportamentali per aiutarli ad affrontare il loro problema. Si tratta di farmaci di comune impiego in psichiatria come antidepressivi, ansiolitici, antiosessivo-compulsivi, stabilizzatori dell'umore, antipsicotici, farmaci per disturbi dell'attenzione. Ad esempio, nel caso del disturbo da gioco d'azzardo si impiegano gli antagonisti degli oppiacei (come il naltrexone e il naloxone). È fondamentale associare al trattamento farmacoterapico quello psicoterapico allo scopo di trattare, oltre ai sintomi, le ragioni sottostanti il disturbo. Il trattamento può differenziarsi, in base al caso, in un approccio basato sull'astinenza (Carnes, 2010; Carnes, Carnet & Bailey, 2011) o in uno volto a limitare i danni (Marlatt, 1998; Tatarsky, 2011). Sebbene il concetto di astinenza sia più complesso e differente nelle addiction comportamentali, analogamente a chi per astenersi dall'alcool evita occasioni in cui si brinda, il paziente con dipendenza patologica da sesso, con l'obiettivo di astenersi, evita l'attività sessuale disfunzionale (non il comportamento sessuale in generale) e così si può concordare che i canali televisivi pornografici vengano bloccati nella sua abitazione. Nell'ambito delle addiction il contenimento dei danni viene impiegato quando il paziente rifiuta di attenersi ad un modello basato sull'astinenza, come nel caso in cui chi è affetto da dipendenza patologica dai social network, pur utilizzando i siti da cui origina il problema, accetterà di limitare la durata e la frequenza degli accessi (Rosenberg & Feder, 2015).

Il trattamento più indicato nelle addiction comportamentali è spesso la terapia cognitivo-comportamentale, essendo quella meglio valutata e in maggior misura evidence-based. I diversi approcci di terapia cognitivo-comportamentale (CBT) adoperati nel trattamento delle dipendenze comportamentali includono la terapia razionale emotiva, colloquio motivazionale, e prevenzione delle ricadute (Griffiths, 2015). Il trattamento aiuta le persone a riconoscere le caratteristiche dei loro abusi e delle loro dipendenze, a identificare, meglio gestire e, progressivamente, evitare le situazioni ad alto rischio e a impiegare comportamenti alternativi più funzionali. La valutazione degli approcci CBT per il trattamento delle dipendenze comportamentali è promettente. Si sottolinea l'importanza di intervenire sulle difficoltà di autoregolazione emotiva del soggetto compulsivo e patologicamente dipendente e in questo senso, integrandosi alle strategie mutuata dai modelli cognitivo-comportamentali, gli orientamenti interpersonali/relazionali si rivelano di grande aiuto consentendo alla relazione terapeutica di diventare un efficace strumento di aiuto per il paziente nell'affrontare il cambiamento dal proprio mondo di relazione con i comportamenti da cui dipende ad un mondo maggiormente relazionale in cui è concepibile l'esperienza interpersonale autentica e funzionale (Rosenberg & Feder, 2015).

La letteratura, infine, sottolinea l'efficacia di un lavoro di sensibilizzazione e l'impiego di accurate strategie di prevenzione per intervenire sulle dipendenze comportamentali. Il costo sociale di tali dipendenze potrebbe essere ridotto implementando adeguate campagne di educazione, che promuovano la consapevolezza in merito alla tematica, alle difficoltà associate, agli effetti sulla salute potenzialmente deleteri e che allertano l'intera società medica sull'importanza di valutare e trattare le dipendenze comportamentali. Inoltre, data l'alta prevalenza delle dipendenze comportamentali tra i giovani, è di enorme importanza prevedere programmi di prevenzione mirati nelle scuole. I bambini e i giovani vanno allenati a sviluppare competenze sociali, emotive e relazionali, a riconoscere, monitorare e regolare i processi interni, ad adottare strategie di coping funzionali, e il ruolo dei genitori, delle figure educative di riferimento e degli esperti che si allineano in una sintonia costruttiva per un fine comune è di fondamentale importanza per individuare e monitorare importanti segnali di allarme e intervenire quanto prima in loro favore (Yau et al., 2015).

Quando si esamina la letteratura sul trattamento delle dipendenze comportamentali, ci sono alcuni elementi che occorre tenere in considerazione: è importante che le persone dipendenti ricevano il trattamento e che esso sia immediatamente

disponibile; nessun singolo trattamento è appropriato per tutte le persone; i pazienti con dipendenze coesistenti dovrebbero ricevere interventi integrati e simultanei che risultano più efficaci; l'affrancamento dalle dipendenze potrebbe essere un processo a lungo termine e frequentemente richiede passaggi multipli di intervento; esiste un'associazione diretta tra il tempo investito nel processo di intervento e gli outcomes positivi; la durata del trattamento è determinata dai bisogni individuali, e non ci sono limiti prestabiliti (Griffiths, 2015; Griffiths 2009; OMS, 2008).

CONCLUSIONI

Una vasta gamma di ricerche sulle dipendenze comportamentali, unitamente alla consolidata letteratura sulle dipendenze patologiche da sostanze, rappresenta il caposaldo per la gestione degli aspetti impulsivi e compulsivi di tali condizioni psicopatologiche. Inoltre, sono tante le evidenze scientifiche che i comportamenti problematici di tutti i tipi sembrano avere caratteristiche comuni: questo potrebbe riflettere una comune eziologia delle dipendenze comportamentali e avere implicazioni non solo per il trattamento di tali comportamenti di dipendenza ma anche per il modo in cui il sociale percepisce tali condotte. Ciononostante, a dispetto degli sviluppi significativi, le dipendenze comportamentali necessitano di essere maggiormente comprese e approfondite. Le conoscenze sull'efficacia, sulle strategie farmacologiche e comportamentali ben tollerate per tali condizioni psicopatologiche sono in ritardo rispetto alla conoscenza dei trattamenti per altri disturbi neuropsichiatrici.

Considerato il peso sulla salute e l'impatto sociale di questi problemi sono fondamentali i progressi in merito alle strategie di prevenzione e intervento.

Le evoluzioni sugli strumenti di assessment e diagnosi formale per la valutazione di un'ampia gamma di dipendenze comportamentali potrebbero agevolare nel ridurre il peso di queste condizioni sulla salute pubblica. Occorrono ulteriori studi sperimentali di terapie comportamentali e farmacologiche per le dipendenze comportamentali. Ricerche continue potrebbero anche aiutare ad identificare nuovi obiettivi per l'intervento e potrebbero facilitare nell'identificazione di differenze individuali rilevanti che potrebbero essere usate per la scelta del trattamento più adeguato (Yau & Potenza, 2016).

Bibliografia

- American Psychiatric Association. Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali DSM-4-TR 4a ed. Raffaello Cortina, Milano, 2001.
- American Psychiatric Association. Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali DSM-5, 5a ed. Raffaello Cortina, Milano, 2014.
- Bellio G, Croce M. Manuale sul gioco d'azzardo. Diagnosi, valutazione e trattamenti. Franco Angeli, Milano, 2014.
- Carnes P. Facing the scado: Starting sexual and relationship recovery. Carefree, AZ: Gentle Path Press, 2010.
- Carnes P, Carnes S & Bailey J. Facing addiction: Starting recovery from alcohol and drugs. Carefree, AZ: Gentle Path Press, 2011.
- Chamberlain SR, Lochner C, Stein DJ, et al. Behavioural addiction. A rising tide? Eur Neuropsychopharmacol 2016; 26: 841-55.
- El-Guebaly N, Mudry T, Zohar J, Tavares H, Potenza MN. Compulsive features in behavioural addictions: the case of pathological gambling. Addiction 2012; 107:1726-34.
- Fineberg NA, Chamberlain SR, Goudriaan AE, et al. New developments in human neurocognition: clinical, genetic, and brain imaging correlates of impulsivity and compulsivity. CNS Spectr 2014; 19:69-89.
- Goodman A. Neurobiology of addiction. An integrative review. Biochem Pharmacol 2008; 75:266-322.
- Grant JE, Potenza MN, Weinstein A, Gorelick DA. Introduction to behavioral addictions. Am J Drug Alc Ab 2010; 36: 233-241.
- Griffiths MD. A "components" model of addiction within a biopsychosocial framework. Journal of Substance Use 2005; 10, 191-197.
- Griffiths MD. The psychology of addictive behaviour. In: Cardwell M, Clark L, Meldrum C, Waddely A, eds. Psychology for A2 Level. London: Harper Collins, 2009.
- Griffiths MD, King DL, Demetrovics Z. DSM-5 internet gaming disorder needs a unified approach to assessment. Neuropsychiatry 2014; 4(1), 1-4.
- Griffiths MD. Classification and treatment of behavioural addictions. Nursing in Practice, 2015
- Hollander E, Wong CM. Obsessive-compulsive spectrum disorders. J Clin Psychiatry 1995; 56 (suppl 4):3-6.
- Lawrence AJ, Luty J, Bogdan NA, Sahakian BJ, Clark L. Problem gamblers share deficits in impulsive decision-making with alcohol-dependent individuals. Addiction 2009 Jun; 104(6):1006-15.
- Leeman RF, Billingsley BE, Potenza MN. Impulse control disorders in Parkinson's Disease: background and update on prevention and management. Neurodegener Dis Manag. 2012; 2:389-400.
- Marazziti D, Presta S, Picchetti M, Dell'Osso L. Dipendenze senza sostanza: aspetti clinici e terapeutici. Journal of Psychopathology 2015; 21:72-84.

- Marlatt GA. Harm reduction: Pragmatic strategies for managing high risk behaviors. New York, NY: The Guilford Press, 1998.
- Mc Dougal J. L'economia psichica della dipendenza: una soluzione psicologica al dolore psichico, in Rinaldi, L. (2003), (a cura di). Stati caotici della mente. Raffaello Cortina, Milano, 2002
- Pigatto A. La condizione di dipendenza patologica, in U. Zizzoli, M. Pissacroia (a cura di), Trattato completo degli abusi e delle dipendenze, Piccin, Padova, 2003.
- Potenza MN, Koran LM, Pallanti S. The relationship between impulse-control disorders and obsessive-compulsive disorder: a current understanding and future research directions. *Psychiatr Res.* 2009; 170:22–31.
- Rosenberg KT, Feder LC. Dipendenze comportamentali. Criteri, evidenze, trattamento. Edizioni Edra, 2015.
- Sussman S, Lisha N, Griffiths M. Prevalence of the addictions: a problem of the majority or the minority? *Evaluation & the Health Professions* 2011;34(1):3-56.
- Tatarsky A. Harm reduction psychotherapy: A new treatment for drug and alcohol problems. Northvale, NJ: Jason Aronson Inc, 2002.
- United Nations Office on Drugs and Crime/World Health Organization. Principles of Drug Dependence Treatment: Discussion paper, Geneva: UN/WHO, 2008.
- Valentini M, Biondi M. L'emergere delle dipendenze comportamentali. *Riv Psichiatr* 2016;51(3):85-86.
- Yau YHC, Crowley MJ, Mayes LCNPM. Are Internet use and video-game-playing addictive behaviors? Biological, clinical and public health implications for youth and adults. *Minerva Psichiatrica* 2012; 53:153–170
- Yau YH, Potenza MN. Gambling disorder and other behavioral addictions: recognition and treatment. *Harv Rev Psychiatry* 2015; 23:134-46.

Corrispondenza

Annalisa Barone
Psicologa, Psicoterapeuta
cell: 328 0698489
e-mail: annalisabarone.psi@gmail.com

IL PROCESSO DECISIONALE NELLE DIPENDENZE COMPORTAMENTALI

Serena De Guglielmo

Psicologa - Psicoterapeuta cognitivo e comportamentale

Riassunto

Il processo di scelta risulta da una competizione tra due meccanismi: quello, basato sugli indizi ambientali immediati, di previsione del piacere prodotto da un certo tipo di scelta e quello, di natura cognitiva, di previsione delle conseguenze a lungo termine degli effetti prodotti dalla scelta stessa. La ripetuta assunzione di sostanze o comportamenti che provocano dipendenza modificherebbe il funzionamento del meccanismo di previsione del piacere, che produrrebbe un'attivazione anticipatoria esageratamente alta in corrispondenza agli indizi ambientali che precedono l'assunzione delle sostanze stesse. In questo modo verrebbe molto diminuita l'efficacia del meccanismo cognitivo di previsione delle conseguenze a lungo termine; ne conseguirebbe la scelta di continuare ad assumere le sostanze stesse o di perseverare con un dato comportamento. Nel caso specifico delle decisioni nelle dipendenze comportamentali, esse potrebbero essere legate o ad una anomala ipersensibilità dei soggetti alle ricompense, dovuta ad un funzionamento patologico del centro di previsione del piacere, a sua volta rinforzato dall'azione delle sostanze stesse o dei comportamenti che provocano dipendenza, oppure ad una anomala insensibilità dei soggetti alle perdite.

Parole chiave: decisione, previsione del piacere, dipendenze comportamentali.

INTRODUZIONE

La dipendenza è un fenomeno estremamente complesso, che racchiude una molteplicità di aspetti, riguardanti il comportamento dell'individuo, i vissuti, i significati psicologici e le conseguenze che derivano da tale esperienza.

Per questo motivo il concetto di dipendenza può essere definito secondo svariati

punti di vista, ed una definizione che tenga conto di un solo aspetto di questo fenomeno, che invece investe l'individuo a vari livelli e nella totalità del suo funzionamento, non risulta esaustiva ed impedisce l'interpretazione di una tale complessità. Ai fini di una più precisa definizione, potrebbe essere utile puntare l'attenzione sulla relazione che si instaura tra il soggetto e l'oggetto, un processo unico, particolare e carico di significati.

Non è quindi il tipo di attività a causare la dipendenza, ma l'interazione tra soggetto, oggetto e contesto.

Ciò che deriva in seguito ad un evento retroagisce sulle cause, andando a ristrutturare il vissuto e la percezione di sé.

Non sono quindi le cause a provocare il comportamento, ma è l'esito del comportamento stesso che, creando un particolare significato, ne faciliterà o meno la reiterazione.

La dipendenza è ciò che risulta dall'incrocio tra il potere che la sostanza ha in potenza e il potere che quella persona è disposta ad attribuire alla sostanza.

Il soggetto, portatore di una serie di caratteristiche e di bisogni, incontrando l'oggetto della dipendenza che può essere una sostanza, un comportamento o una relazione, vive un'esperienza particolare data dalla ristrutturazione che il sé subisce a seguito di questo incontro. L'interpretazione di questo vissuto pone le basi per il suo ripetersi.

Il fulcro della dipendenza è l'esperienza soggettiva, il modo in cui l'oggetto cambia la condizione dell'individuo. La dipendenza non è un "vizio", né una malattia, ma è un processo che si innesca quando una persona, nel contatto con un particolare oggetto, si sperimenta in maniera diversa e legge questa ristrutturazione del sé come positiva e più funzionale; la convinzione individuale, in seguito ad un'esperienza soggettivamente interpretata, di avere trovato in un posto, e solo in quel posto, la risposta fondamentale ai propri bisogni e desideri essenziali, che non è possibile soddisfare altrimenti.

Il rapporto tra individuo ed oggetto diviene esclusivo, perché solo quell'oggetto fornisce una risposta esaustiva ai bisogni di cui quell'individuo è portatore. Secondo quest'ottica, dunque, la dipendenza non ha una o più cause, ma si costruisce in una circolarità di bisogni e significati, che restringono il campo delle scelte possibili ad un'unica opzione, quella del contatto con l'oggetto.

LE NUOVE DIPENDENZE

Accanto alle classiche dipendenze da droghe, negli ultimi anni sono proliferate le dipendenze da attività legali; sempre più spesso, infatti, si sente parlare di Technological Addictions e di dipendenze da comportamenti. Ciò che viene abusato non è più una sostanza chimica, ma un comportamento o un'attività, così vengono definite con il generico termine di “Nuove Dipendenze” o “New Addictions”. Francisco Alonso-Fernandez (1999) classifica le dipendenze in:

1. Dipendenze sociali o legali
2. Dipendenze antisociali o illegali

Le prime sono costituite da droghe legali (tabacco, alcol, farmaci, etc.) e da attività socialmente accettate come mangiare, lavorare, fare acquisti, giocare, guardare la televisione, etc. Il secondo sottotipo comprende, invece, le dipendenze da droghe ed attività illegali, per esempio oppiacei, cocaina, oppure rubare, incendiare, stuprare, etc.

L'autore sostiene che nella prima categoria, le nuove forme di dipendenza senza droga sono agevolate dall'innovazione tecnologica e dalla nuova civiltà che, da una parte genera stress, vuoto e noia, e dall'altra stimola la tendenza all'immediata gratificazione, fornendo sempre gli strumenti appropriati. È interessante, a questo punto, riportare la distinzione che, nella lingua inglese, intercorre tra i termini *dependence* e *addiction*: il primo indica la dipendenza fisica e chimica, il secondo indica, invece, come ogni aspetto della vita del soggetto venga invalidato dalla dipendenza. La comparsa di relazioni di dipendenza anche nei confronti di attività e non solo di sostanze chimiche, dimostra che si può sviluppare un'*addiction* senza *dependence*. Si può avere una modalità relazionale di tipo dipendente con un qualsiasi oggetto, senza che esso necessariamente agisca sull'organismo dal punto di vista chimico. D'altra parte si può anche avere dipendenza fisica in assenza di *addiction*: pensiamo a come la dipendenza dalla nicotina difficilmente porti ad azioni illegali o comportamenti antisociali. Tra le dipendenze comportamentali possiamo annoverare quella dallo shopping, dal sesso, dalle relazioni affettive, dal lavoro, dal cibo, da Internet e dal gioco d'azzardo.

DECISIONE E DIPENDENZE

Una delle competenze necessarie per l'adattamento all'ambiente è la capacità di prendere decisioni. Le decisioni possono, infatti, avere conseguenze molto rilevanti per la vita delle persone. Una persona giovane potrebbe trovarsi a dover scegliere la facoltà universitaria, a decidere sull'esito di una relazione sentimentale, a valutare la possibilità di cambiare lavoro; una persona meno giovane potrebbe dover stabilire quando andare in pensione, valutare se sottoporsi ad un intervento chirurgico, decidere se risposarsi. È evidente che le conseguenze di queste decisioni possono cambiare in modo rilevante la vita della persona interessata, determinandone il grado di soddisfazione e di felicità. Decidere è, inoltre, un'attività molto comune: le nostre giornate sono costellate da una miriade di giudizi e scelte.

Esistono diverse definizioni di "decisione". Quella proposta da Hastie e Dawes nel 2001 sulla base della teoria della decisione è molto chiara; secondo questa definizione, una decisione è la risposta ad una situazione caratterizzata da tre componenti. Innanzitutto il decisore deve avere la possibilità di valutare più di un possibile *corso di azione* o alternativa; in secondo luogo, il decisore deve avere delle aspettative relative alla possibilità che gli eventi associati a ciascun corso d'azione si verifichino, producendo determinati *esiti*. Queste aspettative sono spesso descritte in termini di probabilità soggettive o gradi di credenza; infine, devono esserci delle *conseguenze* associate ai possibili esiti, conseguenze valutabili sulla base dei valori personali e degli scopi del decisore. L'applicazione di procedure basate sui principi delle teorie normative della decisione richiede una rappresentazione completa di tutti gli elementi importanti del problema e l'applicazione di specifiche tecniche per l'elicitazione delle varie quantità numeriche. Nella realtà è piuttosto raro che le persone utilizzino una rappresentazione completa dei problemi decisionali e che esplicitino con precisione le loro valutazioni e aspettative. Spesso la rappresentazione mentale di un problema è incompleta e include solo una parte delle opzioni e delle caratteristiche rilevanti.

La teoria classica delle decisioni è nata nell'ambito dell'Economia, dove ha avuto (e tuttora ha) una grandissima popolarità. In questa teoria si postula che il decisore sia un essere perfettamente razionale e onnisciente. Questo significa che egli:

- ha un suo sistema di preferenze (ovvero di obiettivi da raggiungere);
- conosce perfettamente tutte le risorse disponibili;
- ottimizza l'utilizzo delle risorse per conseguire i suoi obiettivi, fissati dal suo sistema di preferenze.

Nel caso specifico di una scelta tra più alternative, ognuna delle quali è associata al possibile verificarsi di un dato evento, la teoria classica delle decisioni stabilisce che verrà scelta l'alternativa cui corrisponde l'evento con la massima *utilità attesa*.

Uno dei domini di applicazione più importanti della teoria delle decisioni è costituito dalle decisioni nelle dipendenze. Questo ambito, a parte il suo interesse per ragioni evidenti di carattere sociale, costituisce un severo banco di prova per qualsiasi teoria delle decisioni. Ecco perché sono noti esempi diretti di simulazioni di modelli di comportamento dei decisori relativi a questo campo particolare. A questo proposito va ricordato che nel corso degli ultimi anni alcune ricerche (Bechara e Damasio, 2002a; 2002b; Bechara, 2003; Robinson e Berridge, 2000; 2003) hanno condotto a ipotizzare che i meccanismi di emergenza di questo tipo di decisioni siano basati anche su possibili disfunzioni a livello neurobiologico. Le evidenze sperimentali in proposito sono ricavate dalle prestazioni dei soggetti in un compito chiamato *Iowa Gambling Task*. Quest'ultimo, come fa capire il nome, consiste in un gioco in cui il soggetto ha di fronte 4 diversi mazzi di carte (normalmente raffigurati sullo schermo di un computer). Le carte sono coperte e il compito del soggetto consiste nello scegliere a piacere uno dei 4 mazzi e girare la carta più alta. Sul retro della carta è indicato il valore in denaro di un guadagno o di una perdita. Se si tratta di un guadagno, il soggetto vince effettivamente la cifra indicata, mentre in caso contrario la perde. Il gioco prosegue sempre con la stessa modalità per un numero di mosse prefissato dallo sperimentatore e ignoto al soggetto. Tuttavia i 4 mazzi di carte non sono uguali, più precisamente due di essi (che per comodità indichiamo con A e B) hanno carte che contengono guadagni abbastanza modesti, ma perdite molto piccole; inoltre la proporzione delle carte contenenti perdite è stata predisposta in modo tale che, dopo un certo numero di scelte, la vincita complessiva superi (anche se di poco) la perdita complessiva. Invece gli altri due mazzi di carte (qui indicati con C e D) hanno carte con guadagni molto elevati, ma anche con perdite fortissime; inoltre, la proporzione delle carte contenenti perdite è stata predisposta in modo tale che, dopo un certo numero di scelte, la perdita complessiva superi in modo consistente la vincita complessiva. Inizialmente lo *Iowa Gambling Task* è stato utilizzato per indagare sulle caratteristiche dei processi decisionali nei soggetti che avevano subito lesioni alla corteccia prefrontale, ritenuta la sede dei meccanismi decisionali.

A questo proposito gli esperimenti hanno mostrato che, mentre gli appartenenti ad un gruppo di controllo, privi di lesioni, finivano col scegliere, dopo una fase iniziale, di girare le carte dei mazzi A e B, i soggetti che avevano subito lesioni

perseveravano nello scegliere le carte dei mazzi C e D. Fin qui la cosa non è molto strana, siccome questi ultimi avevano subito dei danni proprio nei meccanismi decisionali. I risultati inaspettati, invece, sono venuti da esperimenti in cui sono stati anche impiegati soggetti affetti da dipendenza, ma privi di lesioni cerebrali. In uno di questi studi, ad esempio, sono stati impiegati tre gruppi di soggetti:

1. con lesioni alla corteccia prefrontale ventro-mediale;
2. senza lesioni, ma dipendenti da sostanze o da comportamenti;
3. senza lesioni e senza problemi di dipendenza.

Mentre i soggetti del gruppo 3) hanno finito con lo scegliere di prendere carte dai gruppi A o B (che non davano grosse vincite immediate, ma evitavano grosse perdite a lungo termine), i soggetti dei gruppi 1) e 2) hanno scelto i gruppi C o D, nonostante dessero luogo a forti perdite a lungo termine. Ciò significa che sono stati irresistibilmente attratti dal grosso guadagno immediato.

Perché i soggetti del gruppo 2), ovvero quelli affetti da dipendenza, pur non avendo lesioni, si comportano come quelli del gruppo 1)? Evidentemente perché non funziona il meccanismo di previsione a lungo termine degli effetti negativi. In altri termini, questi soggetti sarebbero ipersensibili alla ricompensa immediata, fino al punto di trascurare le conseguenze negative delle loro scelte. Ciò è confermato dal fatto che altri esperimenti hanno mostrato come questi soggetti presentino un'attività fisiologica anormalmente alta in corrispondenza alle ricompense e un grado di eccitazione elevato ancora prima di prendere una carta dai mazzi C o D.

CONCLUSIONI

Questi risultati sollevano il problema della costruzione di modelli che, oltre a spiegarli adeguatamente, consentano anche di individuare quale sia il miglior tipo di intervento da effettuare per ridurre la dipendenza. A questo proposito vari autori hanno ipotizzato che il processo di scelta risulti da una competizione tra due meccanismi: quello, basato sugli indizi ambientali immediati, di previsione del piacere prodotto da un certo tipo di scelta e quello, di natura cognitiva, di previsione delle conseguenze a lungo termine degli effetti prodotti dalla scelta stessa. La ripetuta assunzione di sostanze o comportamenti che provocano

dipendenza modificerebbe il funzionamento del meccanismo di previsione del piacere, che produrrebbe un'attivazione anticipatoria esageratamente alta in corrispondenza agli indizi ambientali che precedono l'assunzione delle sostanze stesse. In questo modo verrebbe molto diminuita l'efficacia del meccanismo cognitivo di previsione delle conseguenze a lungo termine, che funziona su scale di tempo molto più lunghe di quelle del meccanismo di previsione del piacere. Ne conseguirebbe la scelta di continuare ad assumere le sostanze stesse o di perseverare con un dato comportamento.

In generale si può affermare che i processi decisionali sono fenomeni emergenti dall'andamento della storia delle interazioni tra organismo e ambiente, nonché dalle circostanze contestuali. Nel caso specifico delle decisioni nelle dipendenze comportamentali, esse potrebbero essere legate o ad una anomala ipersensibilità dei soggetti alle ricompense, dovuta ad un funzionamento patologico del centro di previsione del piacere, a sua volta rinforzato dall'azione delle sostanze stesse o dei comportamenti che provocano dipendenza, oppure ad una anomala insensibilità dei soggetti alle perdite. Occorreranno ulteriori studi, tuttavia, per precisare quali sono le modalità che presiedono a questa "emergenza" delle decisioni e per comprendere se essa sia o no controllabile.

Bibliografia

- Bechara, A., Damasio, H. (2002). Decision-making and addiction (part I): impaired activation of somatic state in substance dependent individuals when pondering decisions with negative future consequences. *Neuropsychologia*, 40, 1675-1689.
- Bechara, A., Dolan, S., Hinds, A. (2002). Decision-making and addiction (part II): myopia for the future or hypersensitivity to reward? *Neuropsychologia*, 40, 1690-1705.
- Naqvi, N., Shiv, B. & Bechara, A. (2006). The Role of Emotion in Decision-Making - A Cognitive Neuroscience Perspective. *Current Directions in Psychological Science*, 15 (5), 260-264.
- Hofmann, W., Strack, F., Deutsch, R. (2008). Free to buy? Explaining self-control and impulse in consumer behavior. *Journal of Consumer Psychology*, 18, 22-26.
- Schwarz, N. (2000). Emotion, cognition, and decision-making. *Cognition and Emotion*, 14 (4), 433-440.

VULNERABILITÀ ADOLESCENZIALE E ADDICTION: NUOVI PROFILI PSICOPATOLOGICI E NUOVE MODALITÀ DI AFFRONTO

Dott. Lorenzo Savignano

Neuropsichiatra Infantile SerD ASL Avellino

Dott.ssa Marina Di Vito

Psicologa psicoterapeuta SerD ASL Avellino

Dott.ssa Rossella Garofano

Psichiatra SerD ASL Avellino

Maria Carbone

Assistente sociale SerD ASL Avellino

Rosa Guerriero

Assistente sociale ASL Avellino

Dott.ssa Filomena Romano

Direttore UOC SerD ASL Avellino

Riassunto

Il mondo delle Dipendenze sta rapidamente mutando. Non solo perchè sono comparse sulla scena nuove sostanze di abuso e le cosiddette “dipendenze senza sostanza” (dette anche “dipendenze comportamentali”) ma anche perchè si stanno sempre più osservando, nei nostri Servizi, pazienti con caratteristiche psicopatologiche differenti rispetto al passato tale per cui l'intero ambito disciplinare viene, oggi, più adeguatamente definito dal termine “Medicina delle Addiction”, termine che, rispetto al termine “Dipendenza” tende a meglio sottolineare gli impedimenti e/o i blocchi che il paziente può vivere rispetto al suo percorso evolutivo per imparare ad entrare in relazione con il mondo, gli altri e sé stesso (addictus, nel Medioevo, indicava un soggetto legato, recluso).

Lo strutturarsi come “addicted” negli adolescenti risulta essere ulteriormente problematico e disfunzionale non solo perchè essi sono coinvolti in un lungo e difficile lavoro di maturazione delle strutture cerebrali ma anche perchè essi sono impegnati a vivere una fase della vita caratterizzata da una particolarissima ed irripetibile apertura fase-specifica rispetto alla realtà. Lo sviluppo di un'addiction, pertanto, da un lato imbriglia gli adolescenti in un alfabeto di sensazioni e

non di relazioni (con il mondo, con gli altri e con sé) e dall'altro si configura come particolare manifestazione di sofferenza psichica (denunciata con il caratteristico linguaggio non verbale degli adolescenti) derivante da uno scenario socio-culturale, come quello in cui siamo attualmente immersi, caratterizzato da non pochi elementi disfunzionali e di ostacolo ad un normale percorso evolutivo (penso soprattutto al tratto addittivo e narcisistico dell'odierna società).

Cosa potrebbe, un adolescente oggi, fuoriuscire da un alfabeto di sensazioni per riappropriarsi del suo desiderio? ... Qual è, oggi, il ruolo degli adulti? ... In che maniera un simile cambio di scenari socio culturali potrebbe suggerire, anche a noi Operatori clinici, più efficaci modalità nel fare terapia e prevenzione? ... Sono queste le domande a cui cercherà di dare un contributo il presente lavoro.

Parole chiave: *Addiction, Vulnerabilità neurobiologica adolescenziale, Nuovi adolescenti, Società addittiva, Desiderio, Senso di vergogna, Prevenzione, Cura.*

Abstract

The world of Addiction is rapidly changing. Many factors contribute to this change in the drug addiction scene: new substances are being produced; behavioral addictions are being developed more and more frequently; our Clinical Services are taking charge of patients with psychopathological characteristics that are completely different from those they were used to in the past decades. In fact, today the whole subject area is defined "Addiction Medicine", this last term being better suited than the word "Dependence" to underline the restrictions and obstacles the patient can experience during his evolution on the path that should lead him to get in touch with the world, with the other people or with his own self ("addictus", in the Middle Ages, meant tied up, bound, imprisoned, incarcerated, inmate). Being an addicted as a teenager is even more complicated and dysfunctional not only because adolescents are involved in a long and difficult evolution of their brain structures but also because they have to undergo and experience a peculiar, unrepeatable stage in their lives with a special view on reality. Therefore, developing an addiction harnesses teenagers into an "alphabet" of sensations, and excludes, erases relationships (both with other people and with their own inner individuality) and is the evidence of a deep psychological suffering (shown by the typical non verbal language of adolescents) that derives from a sociocultural background (such is the one we are currently living into) that features many dysfunctional elements that can hamper a normal evolution (I am thinking about the addictive and narcissistic traits peculiar to our modern society). How can adolescents get rid of this "alphabet of sensations" to finally access their own "wish"? What is today the role of an adult? How can this ever changing scene suggest clinicians more effective treatments or prevention plans? These are the questions I am going to try to answer in my present work.

Keywords: *Addiction, Neurobiological adolescent vulnerability, New adolescents, Addictive society, Desire/involvement capability, Sense of shame, Prevention, Treatment.*

ADOLESCENTI “PROFETI”

Chi, a vario titolo, si occupa di sofferenza adolescenziale sa bene quanto questo sia una opportunità privilegiata anche per poter percepire in modo più precoce e più intenso la reale consistenza e il grado di corrispondenza all’umano di una certa società e di un certo momento storico. Questo perché, a causa della particolarissima e irripetibile apertura fase-specifica alla realtà che vivono gli adolescenti, questi, quasi profeticamente, riescono ad incarnare e, prima di altri, a “dire” (sebbene, la gran parte delle volte, in un linguaggio non verbale) ciò che in un dato contesto, in una data epoca storica è disfunzionale. Come in una sorta di maxischermo, si può, in loro, osservare in modo più ingrandito e riconoscere in modo più nitido e precoce ciò che in altre età della vita è ugualmente presente sebbene in modo più sfumato e, quindi, spesso meno riconoscibile.

DIPENDENZE COMPORTAMENTALI E VULNERABILITÀ NEUROBIOLOGICA ADOLESCENZIALE

Un fenomeno che sicuramente getta una luce nuova e introduce una possibile nuova chiave di lettura sull’odierno mondo adolescenziale e delle sue possibili sofferenze è l’imporsi sempre più delle cosiddette dipendenze comportamentali. Esse, sebbene potenzialmente riguardanti tutte le fasce d’età, trovano, per varie ragioni, prevalentemente nell’età adolescenziale il terreno più favorevole. Tra esse, ricordiamo, per la particolare possibile diffusione nel mondo giovanile, soprattutto il Gioco d’Azzardo Patologico (Gambling) e l’Internet Addiction Disorder (IAD). Si tratta di condotte di per sé non patologiche (anzi, il più delle volte hanno uno spiccato ruolo fisiologico ed evolutivo) ma che, in alcuni individui e in alcune condizioni, possono diventare francamente disfunzionali fin quasi a togliere all’individuo la libertà di astenersi dal compierle, portando, nel tempo, anche da un punto di vista di modifiche strutturali cerebrali, ad un quadro per gran parte simile alle più note dipendenze da sostanza, tanto è vero che il recente DSM 5 giustamente assegna loro lo status di vere e proprie dipendenze patologiche (10). Questo rimaneggiamento strutturale cerebrale avviene in forza del fenomeno (prevalentemente presente nel cervello di un adolescente e recentemente meglio compreso grazie all’introduzione in diagnostica di metodiche quali la Risonanza

Magnetica Funzionale) della neuroplasticità, ovvero della capacità che, alla lunga, anche i comportamenti hanno, di rimodellare in senso non solo funzionale ma anche anatomico-strutturale i circuiti e le sinapsi cerebrali, soprattutto laddove questi comportamenti siano accompagnati dalla increzione di dopamina che, essendo “molecola della salienza”, è come se li mettesse in evidenza, rendendoli, così, causa efficace di possibili rimodellamenti delle sinapsi cerebrali.

Ma perché gli adolescenti manifestano, in ciò, una maggiore vulnerabilità rispetto agli adulti? Possono essere identificate ragioni non solo di natura sociale (che si proverà a tratteggiare brevemente in seguito) ma anche di ordine neurobiologico in senso stretto. La vulnerabilità neurobiologica dell'adolescente deriva (in sintesi) sostanzialmente dal fatto che (come si è compreso grazie a studi recenti anch'essi resi possibili grazie all'introduzione, in diagnostica, della Risonanza Magnetica Funzionale) il loro cervello è ancora in fase di maturazione (che terminerà verso i 22 - 25 anni). Maturazione che non riguarda in modo sincrono tutte le parti del cervello ma che investe innanzitutto la parte più profonda, quella maggiormente legata al mondo delle pulsioni (il drive), prima ancora che la parte prefrontale, più cognitiva e regolatoria (il controller). Ne deriva una certa “ipofrontalità” adolescenziale tale per cui essi hanno fisiologicamente una quota di sensation seeking e di risk taking maggiore rispetto agli adulti. Per provare a dirla con un'immagine di Benasayag, sono come un'automobile in cui è stato montato il motore di una Ferrari ma in cui i freni sono ancora quelli di una bicicletta (3).

Ci preme, comunque, sottolineare che questa maggiore vulnerabilità neurobiologica non è un errore della natura bensì una sorta di necessario “prezzo da pagare” per l'importantissimo compito che la natura affida agli adolescenti: quello di esplorare, per tutti, territori nuovi. E questo compito può essere svolto solo vivendo, al contempo, un certo risk taking.

SENSATION SEEKING ED ALESSITIMIA

Interessante è anche il fatto che queste dipendenze comportamentali intercettino e amplifichino due dimensioni psicopatologiche che molti studi descrivono in aumento soprattutto nell'universo giovanile: la sensation seeking e l'alessitimia (28, 1). La prima è la tendenza a ricercare costantemente sensazioni forti per

sentirsi vivi. Si tratta (sinteticamente) di un approccio alla vita in cui domina nella persona un vissuto di noia che si cerca di allontanare e di esorcizzare con delle “botte di adrenalina”, ottenute in un modo o nell’altro. La noia... per dirla con Sartre: “Quell’esperienza per cui le cose ci sono ma non mi dicono più niente” (26) oppure, con Blanchot: “La putrefazione dell’attesa” (6). Esito di ciò è una sempre maggiore comparsa, nella persona, di un “registro della sensazione” che gradualmente va a prendere il posto di un più naturale “registro di relazione” (con il mondo, con gli altri e con sé stessi, percepiti in quanto “alterità”) la cui presenza è, come ci insegna soprattutto la psichiatria fenomenologica (vedi Stanghellini) (27), segno di maturazione psico-affettiva e la cui assenza è radice di sofferenza psichica.

Ci preme qui cominciare ad introdurre il concetto (più avanti sviluppato) che, uno tra i più significativi indici della capacità di relazione con sé stessi in quanto alterità è il fenomeno (tutto da approfondire, oltre l’apparente semplicità) della nascita del desiderio. Perché un desiderio non lo si “ha”! Semmai da un desiderio ci si scopre “abitati”! (23). E, probabilmente, uno degli aspetti maggiormente patologici (sebbene finora non particolarmente approfonditi) di un’esistenza “addicted” è proprio la scomparsa (o, quanto meno, l’ottundimento) di una certa capacità di desiderare e di vivere la vita in un dialogo, restando imprigionati in una patologica (benché oggi molto diffusa) immaturità affettiva spesso di matrice narcisistica (15). Con un certo paradosso si potrebbe affermare che, essendo ogni dialogo tendenzialmente drammatico, il dramma delle addiction è proprio quello di togliere l’aspetto drammatico della vita.

Analogo impoverimento del registro delle relazioni si ottiene a causa dell’amplificazione del tratto Alessitimico: viene meno il riconoscimento delle proprie emozioni oppure, se riconosciute, è come se si fosse perduto il linguaggio per narrarle, in una sorta di grande impoverimento simbolico. Anche qua, in questo vuoto, in questo mancato riconoscimento di sé, è come se il normale mondo delle relazioni venisse gradualmente sostituito da un alfabeto più primordiale, quello delle sensazioni.

Non si capirebbe nulla del gioco d’azzardo oppure di una certa incapacità a disconnettersi dalla rete (IAD) se non si capisse che ciò che una persona sta realmente cercando nel praticare questi comportamenti non è soltanto una vincita in denaro (nel caso del Gambling) o una relazione (nel caso dell’IAD) (7) ma una continua eccitazione, realizzando, in ciò, la profezia di Nietzsche: “La cosa che più importa all’uomo moderno non è più il piacere o il dispiacere ma l’essere eccitato” (18).

DAL CONCETTO DI “DIPENDENZA PATOLOGICA” A QUELLO DI “ADDICTION”

Aver introdotto, nella riflessione clinica, dimensioni psicopatologiche quali la sensation seeking e l'alessitimia (e altre) ci spinge anche a ricercare nuove e più adeguate chiavi interpretative e parole descrittive del fenomeno odierno, per cui, oggi, a nostro giudizio, è molto più aderente al dato clinico parlare di Medicina delle addiction piuttosto che di dipendenze patologiche. I due termini, benchè molto spesso siano usati con praticamente lo stesso contenuto semantico (la parola “addiction” spesso viene usata come mera traduzione inglese del termine italiano “dipendenza patologica”), non sono del tutto sovrapponibili. Infatti mentre il termine “dipendenza” tende maggiormente a sottolineare l'essere legato ad una sostanza (paradigma che andava benissimo fino ad alcuni anni fa) il termine “addiction” sottolinea maggiormente la condizione di schiavitù, di legame (nel Medioevo la parola “addictus” veniva usata per designare uno schiavo) rispetto ad un progetto evolutivo cui un uomo, soprattutto se adolescente, è chiamato.

In conseguenza di ciò appare più utile (almeno quando si parla di problematiche relative agli adolescenti, sia addicted che portatori di altra patologia) avere come paradigma diagnostico e terapeutico (se non unico almeno come copresente) non solo quello categoriale più tipicamente psichiatrico ma anche quello della psicopatologia evolutiva, paradigma che prevede - appunto - che l'individuo abbia, nella vita, un “tèlos”, una finalità oggettiva e che scopo degli interventi (farmacologici e psicoterapeutici) sia ripristinare questi itinerari interrotti più che eliminare sintomi (19).

VULNERABILITÀ ADOLESCENZIALE E SOCIETÀ POSTMODERNA

Ma perché questa vulnerabilità neurobiologica presente da sempre in un normale percorso di crescita di un adolescente è diventata, nell'epoca attuale, così amplificata? Un tentativo di risposta a ciò passa (credo) attraverso un tentativo di comprensione di quella che, sinteticamente, definiamo come attuale società post-moderna (o iper-moderna, secondo altri autori).

Approfondire adeguatamente (come meriterebbe) questo aspetto ci porterebbe, in questa sede, probabilmente troppo lontano. Vorremmo solo accennare, della società post-moderna, al cosiddetto “tratto additivo”, caratteristica per cui, con una “manipolazione consapevole e intelligente, delle opinioni e delle abitudini delle masse” (4) si cerca di evocare in esse le parti meno riflessive e più “di pancia” per “agganciare” gli individui, rendendoli soggetti disinibiti e pulsionali. Basta dare un’occhiata alle pubblicità normalmente trasmesse per rendersi conto della veridicità di ciò.

Si desidera creare un io immaturo, un io che non sappia dire “io”, un io che viva l’”io” come un fascio di reattività, un io liquido, talmente liquido da essere “ambiguo ed indefinito” (2, 7) (per capire ciò, pensiamo, per esempio, alla vastissima eco che ha avuto, qualche anno fa, nel mondo, la scomparsa di David Bowie, non solo artista di altissimo livello ma anche straordinaria icona di questa indefinitezza post-moderna).

Un individuo che, affettivamente, risulti spesso bloccato su posizioni di narcisismo più o meno funzionante (15, 20) (e non è un caso che, oggi, il narcisismo tende quasi ad essere non più considerato come un tratto patologico), narcisismo che può venire intercettato e ulteriormente amplificato dai social media (è questa la vera causa di pericolosità di questi altrimenti utilissimi strumenti) generando, nei casi estremi, una vera e propria nuova “mente digitale” (7). Sarebbe, infatti, una grave ingenuità considerare i media digitali e dei social network come meri strumenti “neutri”, semplici ausili per la comunicazione: essi sono, piuttosto, veri e propri ambiti di risignificazione di un’identità personale e di ricodifica delle dinamiche relazionali e sociali (25).

Ma tutta la clinica psicoanalitica, da Freud in poi, insegna che restare legato in modo cieco alle pulsioni, in una sorta di coazione a ripetere, è mortifero, è una pulsione di morte (11). Quello che sembra, all’apparenza, una liberazione diventa una sottile e violenta schiavitù ottenuta (per provare a dirla in linguaggio psicoanalitico) attraverso una inedita odierna alleanza tra il superio e l’es contro l’io. E ciò, alla lunga, non può non portare, nel fondo inconscio della persona, alla percezione della vita come luogo non di una promessa ma di una minaccia, un luogo di passioni tristi (3).

DAL SENSO DI COLPA AL SENSO DI VERGOGNA

Un'altra importante chiave di lettura per cercare di comprendere maggiormente l'odierno mondo delle addiction (e di gran parte della psicopatologia) degli adolescenti è la tendenza alla scomparsa, in essi, del senso di colpa e, di contro, l'incremento del senso di vergogna (20). Perché ad un certo punto un adolescente attacca o ritira socialmente il proprio corpo? A quale logica risponde, per esempio, il fenomeno delle condotte auto lesive (che talvolta vengono a configurarsi come delle vere e proprie "dipendenze da dolore") o il fenomeno del ritiro sociale per consegnarsi ad una vita esclusivamente nel "virtuale", fenomeno sviluppatosi finora prevalentemente in Giappone (e, per questo, indicato con la parola "hikikomori") ma che sta sempre più interessando anche le nostre culture occidentali?

Senza poterci, in questa sede, dilungare più di tanto in una descrizione, possiamo comunque dire che oggi, questi adolescenti, più che essere degli "Edipo" che si puniscono sono dei "Narciso" che si vergognano e che tali condotte sono tentativi (più o meno efficaci) di anestetizzare il dolore di una vergogna e di una umiliazione (20).

Il senso di vergogna è un livello di sofferenza molto più profondo del senso di colpa: infatti mentre questo riguarda un atto considerato (a ragione o a torto) sbagliato e si può abbastanza facilmente emendare, quello riguarda il sé, ed è molto più difficilmente emendabile; mentre quello (il senso di colpa) trova spesso la sua origine in padri particolarmente rigidi e castranti, quello (il senso di vergogna) trova spesso origine in genitori assenti (nella vita fisica o psichica del giovane) perché -magari- ancora tutti presi a ricercare e costruire la loro brillante immagine nel mondo da non avere tempo ed energie mentali da dedicare al figlio, facendogli scoprire la sua preziosità. Quanto di questo vissuto di non preziosità di sé, quanta sperdutezza, dimora in un adolescente che agisce non solo condotte da addiction (come sopra descritto) ma anche che viva (per esempio) disturbi della condotta in senso oppositivo o antisociale o metta in atto comportamenti precocemente ipersensuati (sia in senso maschile che femminile)!

Si tratta, molto spesso, di adolescenti superinvestiti dalle irreali aspettative genitoriali (gli hikikomori sono, in genere, ragazzi pieni di talento) ma non educati a gestire frustrazioni e fallimenti; adolescenti spavaldi e fragili, perennemente consegnati ad una sorta di dipendenza da "like", alla perenne ricerca di un io grandioso da esibire narcisisticamente sotto i riflettori (20).

Non è (forse giova ricordarlo), quello del narcisista, un io percepito come grandioso; semmai è tutto l'opposto: è un io percepito come minimo, incapace di spiegare le vele per un ingresso potente in una relazione adulta con il reale perché troppo timoroso di venti impetuosi e troppo impegnato a ricercare ossessivamente il sé per avere energie da destinare ad altri compiti evolutivi.

In questo senso, ora più che mai, si può affermare che segno di una sana fuoriuscita dall'adolescenza è un grande perdono: perdono verso i propri genitori e, oggi sempre più, perdono anche verso sé stessi

Essere passati da adolescenti caratterizzati dal senso di colpa ad adolescenti caratterizzati dal senso di vergogna è un passaggio carico anche di importanti conseguenze cliniche: infatti (per dirne una) un io che si vergogna e non è consapevole della sua preziosità difficilmente si convincerà del contrario con discorsi. Crescerà (soprattutto se maschio) nell'autostima solo attraverso l'esperienza di aver affrontato e superato alcune sfide. Allora compito di un terapeuta o di un educatore potrebbe essere proprio quello di provare a lanciarlo in sfide (ovviamente abbastanza proporzionate a lui) e, al contempo, "guardarlo", supportarlo e attenderlo.

DESIDERIO E RUOLO DEL PADRE

Nietzche profeticamente affermava: "Ahimè! Sta per giungere il tempo in cui l'uomo non scoccherà più la freccia del suo desiderio oltre l'essere umano e la corda del suo arco avrà disimparato a vibrare" (17).

Per comprendere la veridicità di tale affermazione forse è utile richiamare alla memoria il 44° Rapporto del CENSIS sullo stato dell'Italia (anno 2010) in cui si leggeva -appunto- che la vera ragione della crisi che stava attraversando l'Italia era dovuta proprio ad una mancanza di desiderio, soprattutto tra i giovani (8).

Non solo si rileva, tra i giovani, per dirla con Citati, spessissimo uno strano torpore (9), che può talvolta arrivare fino al preoccupantissimo fenomeno dei NEET (ragazzi che né studiano né lavorano) ma, analogamente spesso, si documenta in un agitarsi fibrillante che non diventa cammino o costruzione di sé.

Desiderio (richeggiando Recalcati) (23) è più che un istinto o una voglia o un capriccio. Desiderio è più che un bisogno. Desiderio è una forza che, in un certo senso, non nasce dall'io ma che attraversa l'io spodestandolo da un presunto

autogoverno, portandolo ad una esperienza perturbante di perdita di padronanza, di vertigine, di ingovernabilità, di qualcosa di esorbitante che si impone anche alla volontà, obbligando l'io ad una ricerca e sviluppo del sé. È una sorta di vocazione. Infatti Lacan proponeva di tradurre il termine tedesco che in Freud definisce il desiderio (*wunsch*) con il termine francese *voeu*, (voto, vocazione, invocazione) e arrivava a dire che, nella vita esiste un solo peccato: il tradimento del proprio desiderio (14).

Oppure, per dirla con Giussani, “La parola desiderio è oggi tutta intesa soggettivisticamente e, perciò, è proprio l'apertura al disfacimento di tutto. Invece il vero desiderio è l'opposto: è la posizione in cui uno annusa, sente, presente, scopre qualcosa di altro come contenuto di sé, qualcosa di altro come valore, verità, bellezza, bontà e consistenza di sé; qualcosa di altro. Desiderio è la percezione di una promessa. È una scintilla” (13).

In quest'ottica, forse, si potrebbe anche riformulare la figura e il ruolo del padre, questa figura oggi così insopportabilmente assente (24) ma la cui assenza rimane, anche nell'epoca odierna, inaccettabile. Chi è il padre? Qual è l'eredità che può lasciare al figlio? Riprendendo Recalcati, magari forse la cifra più vera della paternità è, oggi, proprio nella capacità di trasmettere il desiderio alle giovani generazioni. Trasmetterlo, cioè evocarlo e orientarlo; presentarlo come coniugazione (non antitesi) di legge e godimento, di principio di piacere e principio di realtà.

E cercare il proprio desiderio, attendendo qualcuno che sappia liberarci dalla “notte dei Proci” (ovvero delle pulsioni cieche), è la vera eredità e la vera cifra dell'essere figli (21).

TERAPIA E PREVENZIONE: “WORK IN PROGRESS”

Con pazienti addicted, soprattutto se adolescenti, figli dell'odierno clima culturale, probabilmente è necessario, nel lavoro clinico, operare anche un ripensamento radicale dei fondamentali del lavoro in terapia e in prevenzione e andare oltre i vecchi approcci, diventati sempre più inattuali ed inadeguati. Anche la quotidiana pratica clinica in un Servizio territoriale come quello in cui lavora lo scrivente ha, nel tempo, reso evidente una certa mutazione antropologica dei pazienti. Se un tempo il paziente tossicodipendente più diffuso era un uomo portatore di una identità abbastanza ben caratterizzata (identificabile anche in alcune forme di

appartenenza ad un gruppo sociale ben riconoscibile e connotato da marginalità e da disagio sociale) oggi il paziente medio ha identità più camaleontiche e sfumate, caratterizzate da un lato da forme di (almeno apparente) integrazione sociale, dall'altro da una sperdutezza o inattivazione funzionale del nucleo centrale dell'io. Se un tempo, nel lavoro con i pazienti, si aveva quasi l'impressione di dover "rompere" un nocciolo duro di credenze ed atteggiamenti errati e disfunzionali, oggi sempre più (e soprattutto con gli adolescenti) si avverte che il vero lavoro è -appunto- evocare, riattivare e sostenere l'io, che tende normalmente a sfaldarsi e a disperdersi in un fascio di reattività ed istintività.

Ci sembrano, a tal proposito, molto illuminanti le argomentazioni di Recalcati (22) quando afferma che gli attuali pazienti addicted hanno connotazioni sempre meno nevrotiche e sempre più tendono a forme simil psicotiche (sebbene con espressività differente dalle psicosi classiche), rendendo sempre meno efficace anche forme classiche di psicoterapia (soprattutto quelle più tipicamente incentrate sulla parola) e sempre più da ricercare percorsi terapeutici diversi, maggiormente caratterizzati da approcci concreti ed impliciti oppure capaci di operare un contenimento dell'io. Anche la figura dello psicoterapeuta, sempre a detta di Recalcati (22), dovrebbe tendere ad operare con altre priorità quali un aiuto alla simbolizzazione e al ritrovamento della propria narrazione di vita, ricercando strade per trasformare un vuoto (che il paziente addicted prova normalmente a riempire con oggetti-feticcio) in mancanza (che introduce una dimensione di cammino percorribile e strappa il giovane da un eterno presente assolutizzato). Sono operazioni, queste, da operare offrendo al paziente innanzitutto una sorta di "holding" e una presenza che sappia "curare" innanzitutto con l'essere prima ancora che con delle tecniche. Sarebbe interessante, a questo punto, interrogarsi su come e dove uno psicoterapeuta o un educatore potrebbe attingere il suo essere terapeutico o le parole che possano curare... ma questo è un discorso non affrontabile in questa sede. Ci limitiamo solo ad indicare, per un eventuale approfondimento, le magistrali riflessioni di Borgna (5) e di Mortari (16).

Analogamente, in uno scenario sociale e giovanile in rapidissima evoluzione come quello odierno, deve essere ripensato anche l'intero lavoro di prevenzione, attività per definizione "work in progress" in quanto mai definitivamente acquisita e codificata una volta per tutte. In un mondo che, per la gran parte, parla alle pulsioni dell'individuo, non ci si può meravigliare se una prevenzione con gli adolescenti basata sulla sola informazione, cattedratica e rivolta solo alla sola "testa" (non che non si debba parlare alla "testa"! ... anzi! ... Il problema

è la riduzione di una comunicazione a razionalismo o nominalismo), dimostri tutta la sua insufficienza e, il più delle volte, cada nel vuoto. Come analogamente cade nel vuoto una prevenzione basata sulla sola proibizione. In questo ci sembra interessantissima e tutta da sviluppare la riflessione di Lacan in merito all'importanza di considerare e sperimentare lo strappo dalle pulsioni mortifere come occasione di un plusgodimento che il mero cedimento alla pulsione cieca non saprebbe garantire (14).

Provando a tratteggiare, in estrema sintesi, alcune linee odierne portanti, che si debba andare oltre alla mera informazione, oggi è un dato evidente. Tralasciando le centralità di approcci (che oggi vanno giustamente per la maggiore) di Life Skills Training, Resilienza e Peer Education e lasciando sullo scorcio l'interessante sviluppo della Media Education (25), vorrei solo porre rapidamente l'attenzione ad un altro caposaldo che, sempre più, sta emergendo come valido approccio alla prevenzione: i luoghi di buone pratiche. Sono questi dei luoghi in cui, per dirla con uno slogan, si può "passare dal capire per poi fare, al fare per capire. O - meglio - fare insieme". Luoghi dove poter fare innanzitutto "esperienza": dall'implicito e concreto all'esplicito e verbale; luoghi dove i giovani, attraverso un mondo di relazioni con i pari possano giungere ad andare oltre la sensazione e arrivare a vivere relazioni anche con sé e con il mondo; luoghi dove, con il prezioso accompagnamento di adulti, i giovani imparino a "narrare" la loro storia, imparando a tessere (come per una collana) una sorta di filo tra le perle (le sensazioni e le emozioni) in un'ipotesi di senso.

Ci vorrebbero adulti affettivamente maturi, non seduttivi, capaci di accoglienza e di gratuità. Adulti autorevoli non perché depositari della Legge ma perché essi stessi per primi ricercatori e rispettosi della Legge. Ma soprattutto adulti amanti del loro personale desiderio (vocazione) e perciò potenzialmente capaci di far ritrovare, ad un giovane, il suo desiderio. Perché, come dice Natalia Ginzburg: "Questa è forse l'unica reale possibilità che abbiamo di riuscir loro (agli adolescenti) di qualche aiuto nella ricerca d'una vocazione, avere una vocazione noi stessi, conoscerla, amarla e servirla con passione: perché l'amore alla vita genera amore alla vita" (12). E adulti capaci di speranza. Perché, per dirla con Pietropoli Charmet, "se non si è in grado di presidiare la speranza allora è meglio tirarsi in disparte, poiché un adulto disperato è un killer di adolescenti" (19).

Bibliografia

- Basile G., Quadrana L., Monniello G.: Alexithymia and personality disorder in adolescence -in Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, vol 76 (2009).
- Bauman Z.: Modernità liquida, Giuseppe Laterza & Figli Edizioni (2006).
- Benasayag M., Schmit G.: L'epoca delle passioni tristi, Feltrinelli Edizioni (2013).
- Bernays E. L.: Propaganda. Della manipolazione dell'opinione pubblica in democrazia, Horace Liveright Edizioni -New York- (1928).
- Borgna E.: Le parole che ci salvano Giulio Einaudi Editore (2017).
- Blanchot M.: L'attesa, Pöblio, Guanda Editore Milano (1978).
- Cantelmi T.: Tecnoliquidità, San Paolo Edizioni (2013).
- Censis: 44° Rapporto sulla situazione sociale del paese.
- Citati P.: Gli eterni adolescenti, in La Repubblica, 2 agosto 1999.
- Dsm-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali: Edizione Italiana: Raffaello Cortina Edizioni (2014).
- Freud S.: Al di là del principio di piacere, Bollati Boringhieri Edizioni (1986); prima pubblicazione: 1920.
- Ginzburg N.: Pensieri per una buona educazione in "In Dialogo" Azione Cattolica Ambrosiana-Milano 2000, pp. 196-199.
- Giussani L.: Il filo del desiderio in "Certi di alcune grandi cose", -BUR Edizioni (2007).
- Lacan J.: Seminario VII, in Scritti, Trad. it., -Giulio Einaudi Editore (2002).
- Lash C.: La cultura del narcisismo, Trad. it., -Bompiani Edizioni (1979).
- Mortari L.: Filosofia della cura, Raffaello Cortina Edizioni (2015).
- Nietzsche F. W.: Così parlò Zarathustra, in "Opere complete", Monanni Stampa -Milano- (1927); prima edizione: 1881.
- Nietzsche F. W.: Ecce homo, Come si diventa ciò che si è, in "Opere complete", -Monanni Stampa -Milano (1927): prima edizione: 1888.
- Pietropolli Charmet G.: I nuovi adolescenti, Raffaello Cortina Edizioni (2000).
- Pietropolli Charmet G.: L'insostenibile bisogno di ammirazione, Edizioni Laterza (2018).
- Recalcati M.: Il complesso di Telemaco, Feltrinelli Edizioni (2013).
- Recalcati M.: L'uomo senza inconscio, Figure della nuova clinica psicoanalitica, -Raffaello Cortina Edizioni (2010).
- Recalcati M.: Ritratti del desiderio, Raffaello Cortina Edizioni (2012).
- Rise' C.: Il padre, l'assente inaccettabile, San Paolo Edizioni (2003).
- Rivoltella P. C.: Il tunnel e il kayak, Teoria e metodo della Peer & Media Education, -Franco Angeli Editore (2015).
- Sartre Jean-Paul: La nausea, Giulio Einaudi Editore (2005); prima edizione: 1938-
- Stanghellini G.: Noi siamo un dialogo. Antropologia, psicopatologia, cura, Raffaello Cortina Edizioni (2017).
- Zuckerman M.: Behavioral Expressions and Biosocial Bases of Sensation Seeking Cambridge University Press. (1994).

USO DI CANNABIS: QUALI EFFETTI SULLA SALUTE MENTALE?

Maria Soccora Cuomo

Psicologa

Arianna Pallavicino

Psicologa

Carmen Ricciardelli

Psicologa

Riassunto

Questa review nasce con l'intento di indagare il legame tra l'utilizzo di cannabis e gli effetti sulla salute mentale a lungo termine. È sembrato doveroso approfondire la sua recente diffusione e le conseguenze a livello cerebrale e patologico che l'uso reiterato della stessa comporta.

Nella prima parte, vengono riportate le informazioni relative alle modificazioni a livello della morfologia cerebrale e le evidenze relative alla diffusione e al consumo della stessa. In particolare, vengono riportati i dati ottenuti attraverso un'indagine effettuata presso il SER.D del DS 60 di Nocera Inferiore (SA). L'indagine ha consentito di ricavare informazioni circa il numero di utenti afferenti al Servizio che fanno uso di cannabinoidi, distinguendoli per sesso ed età. Tra questi vengono presi in considerazione anche coloro i quali hanno ricevuto una doppia diagnosi. La seconda parte invece tratta le ultime direttive nazionali sull'utilizzo della cannabis a scopo terapeutico e l'incidenza che questa può avere nelle terapie del dolore. Nell'ultima parte viene presa in esame la relazione tra abuso di cannabis e gli effetti a lungo termine sulla salute mentale. Gli studi riportati evidenziano la pericolosità che l'uso reiterato e massiccio della sostanza, può avere sulla sfera psicologica e comportamentale. In particolare, essi concordano sull'alta probabilità che soggetti vulnerabili o geneticamente predisposti hanno di poter sviluppare un disturbo psichiatrico (schizofrenia, ansia, depressione, attacchi di panico) e sull'altrettanto alta probabilità che i soggetti sani, hanno di sviluppare sintomi psicotici positivi e negativi, nonché deficit cognitivi analoghi a quelli della schizofrenia. Infine, viene riportata la classificazione del Disturbo da Uso di Cannabis secondo il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali.

Si è arrivati alla conclusione che probabilmente al giorno d'oggi non è più possibile parlare di uso ricreativo della cannabis, senza tenere in considerazione le conseguenze che la stessa può avere a livello biologico, mentale e psicologico.

Parole chiave: *cannabis, dipendenza, salute mentale, psicopatologia.*

Abstract

This review aims to investigate the link between cannabis use and long-term effects on mental health. It seemed appropriate to delve into its recent diffusion and the consequences on the cerebral and pathological level that involves the repeated use of the same.

The first part contains information on changes in brain morphology and the evidence relating to the spread and consumption of the same. In particular, the data obtained through a survey carried out at the S.E.R.D of the D.S. 60 of Nocera Inferiore (SA) are reported. The survey made it possible to obtain information about the number of users of the Service who use cannabinoids, distinguishing them by gender and age. These include those who have received a dual diagnosis. The second part deals with the latest national directives on the use of cannabis for therapeutic purposes and the incidence that this may have in pain therapies. In the last part the relationship between cannabis abuse and the long-term effects on mental health is examined. The studies reported highlight the danger that the repeated and massive use of the substance, can have on the psychological and behavioral sphere. In particular, they agree that vulnerable or genetically predisposed individuals are highly likely to develop a psychiatric disorder (schizophrenia, anxiety, depression, panic attacks) and that healthy individuals are equally likely to develop positive and negative psychotic symptoms, as well as cognitive deficits similar to those of schizophrenia. Finally, the classification of the cannabis use disorder according to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders is reported. It was concluded that it is probably no longer possible to talk about the recreational use of cannabis today without taking into account the biological, mental and psychological consequences that cannabis can have.

COMPOSIZIONE DELLA CANNABIS ED EFFETTI SUL CERVELLO

Da ogni componente della pianta *Cannabis sativa* originano i cannabinoidi esogeni. La molecola attiva si chiama D9-tetraidrocannabinolo (THC) ed il suo contenuto percentuale varia tra le varie porzioni della pianta, dai semi che ne contengono di meno, allo stelo, alle foglie, ai fiori che ne sono ricchissimi (Bertrand et al, 2004).

Il THC raggiunge il picco ematico intorno ai 10 minuti dall'assunzione per via respiratoria, e da allora declina rapidamente fino al 5-10% della quantità iniziale, in parte perché metabolizzato, in parte perché distribuito come THC non modificato nei tessuti adiposi. L'assunzione abituale di cannabis comporta l'accumulo del THC nei tessuti lipidici; ciò conduce alla permanenza della sostanza nei liquidi organici per giorni ed anche per diverse settimane (Guelfi, 2015).

Numerosi studi di neuroimaging hanno dimostrato come l'assunzione di cannabis sia associata ad alterazioni della capacità cognitiva ed affettiva. La sostanza agisce a livello del metabolismo cerebrale con cambiamenti sia funzionali che strutturali del tessuto nervoso.

Una tecnica di RM, che permette la misurazione della struttura cerebrale, è nota come VoxelBased Morphometry (VBM) ed è stata spesso utilizzata per confrontare pattern cerebrali differenti. In uno studio americano (Matochik J.A. et al., 2005), utilizzando tale metodica, è stata riscontrata un'alterata composizione del tessuto cerebrale in consumatori cronici di cannabis. Il confronto delle mappe morfologiche di consumatori e non consumatori, infatti, ha rilevato nei primi una minore densità di sostanza grigia e una maggiore densità in prossimità del giro precentrale e del talamo destro bilateralmente. Nei consumatori abituali, inoltre, è stata riscontrata una ridotta densità di materia bianca nel lobo parietale sinistro, una maggiore densità della struttura paraippocampale e del giro fusiforme sinistro rispetto ai non consumatori. Il consumo regolare e la quantità determinano una maggiore densità di sostanza bianca nel giro precentrale sinistro. I risultati di questo studio hanno dimostrato che esistono differenze strutturali presenti nel cervello di consumatori cronici di cannabis, e individua le regioni coinvolte nelle alterazioni (Zoccatelli et al., 2012).

Le anomalie nella sostanza grigia e bianca indotte dal consumo di cannabis, comportano alterazioni nelle capacità di controllo esecutivo, di inibizione e nel processo decisionale. I comportamenti impulsivi e l'alterata regolazione affettiva derivano, invece, dal coinvolgimento della corteccia cingolata anteriore e dell'amigdala. Le alterazioni di umore e di percezione, spesso osservate nei consumatori di cannabis, potrebbero invece derivare da un alterato sistema di risposta neurale (Zoccatelli et al., 2012).

In particolare l'ostilità, l'irritabilità e il risentimento che emergono spesso durante gli anni di esposizione alla cannabis sembrerebbero derivare dall'aumento del flusso cerebrale, causato dal THC, in particolare a livello dell'emisfero destro, nel lobo frontale e nella parte anteriore del cingolo (Mathew et al., 1997).

L'aumento dell'appetito deriva, invece, dall'alterazione dell'ipotalamo (Bertrand et al, 2004).

Queste recenti scoperte dimostrano che l'uso quotidiano e pesante di cannabis, per lunghi periodi di tempo, può esercitare effetti negativi sul tessuto cerebrale e creare problemi alla salute mentale dell'individuo (Zoccatelli et al., 2012).

DIFFUSIONE DEL CONSUMO DI CANNABIS

I derivati della cannabis, in base ai dati forniti dai principali organismi internazionali operanti nell'ambito del contrasto alla diffusione delle sostanze stupefacenti, costituiscono la prima droga d'abuso in Europa: 40 milioni di individui l'hanno utilizzata e, in media, una persona su quattro, di età compresa tra i 15 ed i 34 anni l'ha provata (Schiavone, 2002).

Nella Relazione Europea sulla Droga del 2018, pubblicata lo scorso 7 giugno dall'Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze (EMCDDA), viene riportato che l'Italia è il terzo paese dell'Unione Europea per uso di cannabis. I dati raccolti si riferiscono agli anni 2016-17, ed è stato stimato che la cannabis sia stata consumata da circa 24 milioni di persone con età compresa tra i 15 e i 64 anni, di cui 17,2 milioni con età compresa tra i 15 e i 34 anni.

Secondo dati provenienti da indagini condotte sulla popolazione, in media il 31,6% dei giovani adulti europei (15-34 anni) ha utilizzato la cannabis almeno una volta nella vita, mentre il 12,6% ne ha fatto uso nell'ultimo anno e il 6,9% nell'ultimo mese. Una percentuale ancora più alta di europei appartenenti alla fascia dei 15-24 anni ha utilizzato la cannabis nell'ultimo anno (15,9%) o nell'ultimo mese (8,4%) (Osservatorio Europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, 2010).

Da un'indagine condotta presso il SER.D di Nocera Inferiore (SA) afferente al Distretto Sanitario 60 dell'ASL Salerno 1, è stato riscontrato un importante utilizzo di cannabis da parte degli utenti che accedono al Servizio.

In particolare, su 2400 persone iscritte al SER.D. il 90% abusa di cannabinoidi.

Nella Tab.1 vengono riportati i dati relativi al sesso e all'età.

Inoltre, il 30% del campione totale risulta avere una doppia diagnosi (Disturbo dello spettro della Schizofrenia, Disturbo Bipolare, Disturbi dello spettro Ansioso-Depressivo).

Tab. 1

Totale utenti SER.D	Utenti che abusano di cannabinoidi	Età	Sesso
2400	90%	14-18	M = 80% F = 20%

CANNABIS A SCOPO TERAPEUTICO

L'utilizzo della cannabis a scopo terapeutico è sempre più diffuso a livello internazionale (S. Ryan-Ibarra, et al. 2012; J. N. Adler, J. A. Colbert 2013). In Italia, dal 1998, i medici sono autorizzati a prescrivere preparazioni a base di cannabis per uso terapeutico, tramite ricetta non ripetibile (Legge 08 aprile 1998, n. 94). Successivamente, con il DM del 23 gennaio 2013, il Ministero della Salute ha inserito, nella sezione B della Tabella dei Medicinali, quelli di origine vegetale a base di cannabis. Il medico può, dunque, oggi prescrivere prodotti a base di cannabis a fini terapeutici e qualsiasi farmacia, se rifornita della sostanza, può dispensare questi prodotti sotto forma e dose di medicamento secondo prescrizione medica.

Nel corso dell'ultimo anno, l'utilizzo della cannabis a fini terapeutici è al centro del dibattito politico e sociale dell'Italia. Secondo quanto previsto dall'accordo di collaborazione tra Ministero della Salute e Ministero della Difesa del 18 settembre 2014, è stata avviata in Italia la produzione della cannabis, in precedenza importata da coltivazioni olandesi. Infatti, dal 14 dicembre 2016, è disponibile la sostanza attiva di origine vegetale **Cannabis FM2** prodotta dallo Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare di Firenze secondo le Good Manufacturing Practices (GMP) dell'Unione Europea. La Cannabis FM2 è costituita da infiorescenze femminili non fecondate, essiccate e macinate contenenti una percentuale di THC del 5-8% e ad una di CBD (cannabidiolo) del 7,5-12%.

La Direzione Generale dei Dispositivi Medici e del Servizio Farmaceutico del Ministero della Salute ha emanato una circolare con tutte le informazioni necessarie a medici e farmacisti per l'utilizzo della Cannabis FM2 a scopi terapeutici: monitoraggio delle prescrizioni, indicazioni, posologia, metodo di somministrazione, modalità di preparazione del decotto, proprietà

farmacodinamiche e farmacocinetiche, controindicazioni, effetti collaterali, avvertenze speciali e precauzioni di impiego, interazioni con altri medicinali ed altre forme di interazione. La circolare ribadisce che *“la cannabis non può essere considerata una terapia propriamente detta, ma un trattamento sintomatico di supporto a quelli standard, quando questi non hanno prodotto gli effetti desiderati o hanno provocato effetti secondari non tollerabili o necessitano di incrementi posologici che potrebbero determinare la comparsa di effetti collaterali”*.

Tenendo conto delle evidenze scientifiche disponibili, che saranno aggiornate ogni due anni, la circolare riporta le condizioni nelle quali è previsto l'utilizzo di cannabis ad uso medico (**Box 1**).

Box 1. Indicazioni all'utilizzo della cannabis terapeutica

- Analgesia in patologie che implicano spasticità associata a dolore (sclerosi multipla, lesioni del midollo spinale) resistente alle terapie convenzionali.
- Analgesia nel dolore cronico (con particolare riferimento al dolore neurogeno) in cui il trattamento con antinfiammatori non steroidei o con farmaci cortisonici o oppioidi si sia rivelato inefficace.
- Effetto anticinetosico ed antiemetico nella nausea e vomito, causati da chemioterapia, radioterapia, terapie per HIV, che non può essere ottenuto con trattamenti tradizionali.
- Effetto stimolante dell'appetito nella cachessia, anoressia, perdita dell'appetito in pazienti oncologici o affetti da AIDS e nell'anoressia nervosa, che non può essere ottenuto con trattamenti standard.
- Effetto ipotensivo nel glaucoma resistente alle terapie convenzionali.
- Riduzione dei movimenti involontari del corpo e facciali nella sindrome di Gilles de la Tourette che non può essere ottenuta con trattamenti standard.

Il dolore cronico rappresenta l'indicazione che, dal punto di vista epidemiologico, ha il maggior impatto sulle necessità terapeutiche e, di conseguenza, sulla produzione di cannabis: infatti, studi recenti riportano che il 45-80% dei pazienti che utilizzano prodotti a base di cannabis lo fanno per la gestione del dolore (Bonn-Miller, et al. 2014; Ilgen M. A., et al. 2013) e, tra quelli ai quali sono stati prescritti oppioidi a lunga durata d'azione per la terapia del dolore, più del 39%

utilizzano anche la cannabis (Degenhardt L., et al. 2015; Reisdield G. M., et al. 2009). Inoltre, i medici si troveranno sempre più spesso a discutere con i loro pazienti circa i potenziali benefici e rischi della cannabis visto che la decisione di prescrivere preparati a base di cannabis deve essere condivisa con il paziente, tenuto a rilasciare un consenso informato scritto. Infine, le evidenze disponibili sul trattamento del dolore cronico sono estremamente frammentate e, di conseguenza, manca una sintesi di riferimento in grado di fornire a Istituzioni, professionisti e pazienti una mappa delle prove di efficacia e dei rischi della cannabis terapeutica negli adulti con dolore cronico, finalizzata a guidare l'appropriatezza prescrittiva, le scelte dei pazienti e la necessità di condurre ulteriori studi.

CANNABIS E PSICOPATOLOGIA

Esiste un legame tra l'utilizzo di cannabis e i diversi disturbi psichiatrici?

La comorbidità, o doppia diagnosi, è definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come la *coesistenza nel medesimo individuo di un disturbo dovuto al consumo di sostanze psicoattive e di un altro disturbo psichiatrico*.

Il consumo di cannabis si è dimostrato essere associato ad un aumentato rischio di disturbi mentali. Gli effetti collaterali del consumo di cannabis dipendono dalla modalità di somministrazione, dalla dose ricevuta, dal tempo di utilizzo, dalle aspettative del consumatore e dalla sua personalità. Il rischio di insorgenza di disturbi psichiatrici è molto alto: nei soggetti vulnerabili, comprese le persone che hanno usato cannabis durante l'adolescenza, quelli che in precedenza avevano sperimentato sintomi psicotici, e quelli ad alto rischio genetico di disturbi psichiatrici (Iacucci, 2014).

L'assunzione di cannabis induce la comparsa di effetti psicoattivi che, generalmente, includono anche sensazioni piacevoli: calma, rilassatezza, euforia e emozioni amplificate. Tuttavia, alcuni soggetti possono sperimentare reazioni ben più spiacevoli: dispercezioni, distorsione temporale, depressione, paranoia, depersonalizzazione, derealizzazione, ansia o attacchi di panico, sensazione di perdita del controllo e paura di morire, che, seppur spesso transitorie, nei consumatori abituali possono persistere e ricorrere nel tempo (D'Souza et al, 2009; Thomas, 1993). Può indurre, inoltre, anche in soggetti sani, sintomi psicotici positivi e negativi, nonché deficit cognitivi analoghi a quelli della schizofrenia.

Tali sintomi, in genere temporanei, possono comportare in individui vulnerabili successive, severe manifestazioni psichiche correlate alle sostanze (Sewell et al, 2009). Ci sono due ipotesi che possono spiegare l'insorgenza di psicosi legato al consumo di cannabis. La prima sostiene che lo stato psicotico può verificarsi sia come risultato di uno specifico effetto farmacologico della sostanza, che come il risultato di esperienze stressanti vissute durante l'intossicazione da cannabis.

La seconda ipotesi è che l'uso della stessa possa generare schizofrenia, o aggravarne i sintomi, in un individuo vulnerabile o predisposto. In particolare l'uso regolare e continuativo sembrerebbe quadruplicare il rischio di sviluppare un Disturbo Schizofrenico (Hautecouverture et al., 2006).

Alcuni studi, che hanno esaminato gli effetti del consumo di cannabis negli adolescenti, hanno rilevato una forte correlazione tra l'uso della sostanza e l'insorgenza di molti disturbi psichiatrici, come: psicosi da cannabis, depressione e attacchi di panico. Si è rilevato, inoltre, un alto rischio di insorgenza di ideazione suicidaria e di tentativi di suicidio (Iacucci, 2014).

In uno studio longitudinale, condotto in Svezia, su 50.465 maschi svedesi, il *follow up* condotto dopo 15 anni, ha rilevato che coloro che avevano cominciato a consumare cannabis a 18 anni avevano una probabilità due volte e mezzo maggiore, rispetto ai non consumatori, di ricevere una diagnosi di schizofrenia (Andreasson et al., 1987).

Negli anni, il sempre più frequente uso ed abuso di cannabis, ha condotto all'identificazione di un vero e proprio disturbo da parte dell'*American Psychiatric Association* (APA) all'interno del *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali* (DSM). In particolare, la Quinta Edizione non separa le diagnosi di abuso e dipendenza (come avveniva nella precedente), che sono state fuse in un'unica categoria, ovvero il **Disturbo da uso di cannabis**, misurato su un continuum da lieve a grave (nel **Box 2** sono riportati i criteri diagnostici del disturbo).

Concludendo, gli studi revisionati hanno dimostrato che gli effetti della cannabis a lungo termine sono spesso sottovalutati. Tuttavia, grazie anche all'utilizzo delle recenti tecniche di *neuroimaging*, è stato possibile rilevare che nei consumatori abituali di cannabis si verificano delle modificazioni consistenti nella morfologia cerebrale ed, inoltre, molte patologie psichiatriche potrebbero dipendere o aggravarsi con un consumo prolungato della sostanza.

Box 2: Criteri diagnostici per il Disturbo da Uso di Cannabis nel DSM-5

Una modalità patologica d'uso della sostanza che conduce a disagio o compromissione clinicamente significativi, come manifestato da almeno due delle condizioni seguenti, che si verificano entro un periodo di 12 mesi:

1. La cannabis è spesso assunta in quantità maggiori o per un periodo più lungo rispetto a quanto previsto dal soggetto;
2. Desiderio persistente o tentativi infruttuosi di ridurre o controllare l'uso di cannabis;
3. Una grande quantità di tempo viene impiegata in attività necessarie a procurarsi la cannabis, usare la cannabis o recuperare dai suoi effetti.
4. Craving o forte desiderio o spinta all'uso di cannabis;
5. Uso ricorrente di cannabis, che causa un fallimento nell'adempimento dei principali obblighi di ruolo sul lavoro, a scuola, a casa;
6. Uso continuato di cannabis nonostante la presenza di persistenti o ricorrenti problemi sociali o interpersonali causati o esacerbati dagli effetti di cannabis;
7. Importanti attività sociali, lavorative o ricreative vengono abbandonate o ridotte a causa dell'uso di cannabis;
8. Uso ricorrente di cannabis in situazioni nelle quali è fisicamente pericolosa;
9. Uso continuato di cannabis nonostante la consapevolezza di un problema persistente o ricorrente, fisico o psicologico, che è stato probabilmente causato o esacerbato dalla cannabis;
10. Tolleranza, come definita da ciascuno dei seguenti fattori:
 - a) un bisogno di quantità marcatamente aumentate di cannabis per ottenere intossicazione o l'effetto desiderato;
 - b) una marcata diminuzione dell'effetto con l'uso continuato della stessa quantità di cannabis;
11. Astinenza, manifestata da ciascuno dei seguenti fattori:
 - a) la caratteristica sindrome di astinenza di cannabis (con riferimento ai Criteri A e B del set dei criteri per astinenza da cannabis, p.606);
 - b) la cannabis (o una strettamente correlata) viene assunta per attenuare o evitare i sintomi di astinenza.

Bibliografia

- Adler JN, Colbert JA: Clinical decisions. Medicinal use of marijuana - polling results. *N Engl J Med* 2013.
- Bertrand S, Gerarduzzi T, Verucci E: Cannabis e adolescenza: numeri, dipendenza (tra miti e realtà) parte prima, MeB pagine elettroniche, 2004.
- Bonn-Miller MO, Boden MT, Bucossi MM, Babson KA: Self reported cannabis use characteristics, patterns and helpfulness among medical cannabis users. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 2014.
- Circolare del Ministero della Salute n. 12516 del 22 febbraio 2017: Trasmissione del documento recante raccomandazioni ai medici prescrittori di Cannabis FM-2 prodotta dallo Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare di Firenze secondo le normative UE in materia di sostanze attive, certificata GMP. Disponibile a: www.trovanorme.salute.gov/norme/renderNormasanPdf?anno=2017&codLeg=58262&parte=1%20&serie=null.
- DECRETO 23 gennaio 2013: Aggiornamento delle tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 e successive modificazioni e integrazioni. Inserimento nella Tabella II, Sezione B, dei medicinali di origine vegetale a base di Cannabis (sostanze e preparazioni vegetali, inclusi estratti e tinteure). (13A00942) (GU Serie Generale n.33 del 08-02-2013). Disponibile a: www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2013/02/08/13A00942/sg.
- Degenhardt L, Lintzeris N, Campbell G, Bruno R, Cohen M, Farrell M, et al.: Experience of adjunctive cannabis use for chronic no cancer pain: findings from the Pain and Opioids in treatment (POINT) study". *Drug Alcohol Depend*, 2015.
- DL S.2947: Disposizioni concernenti la coltivazione e la somministrazione della cannabis a uso medico. Disponibile a: www.senato.it/leg/17/BGT/Schede/Ddliter/48395.htm.
- Guelfi GP: Aspetti clinici dell'abuso di cannabis, 2015, 1-2.
- Iacucci M: Uso di cannabis e insorgenza di disturbi psichiatrici: quale relazione? 2014.
- Ilgen MA, Bohnert K, Kleinberg F, Jannausch M, Bohnert AS, Walton M, et al.: Characteristics of adults seeking medical marijuana certification. *Drug Alcohol Depend*, 2013.
- Matochik JA, Eldreth DA, Cadet JL, Bolla KI: Altered brain tissue composition in heavy marijuana users. *Drug and Alcohol Dependence*, 2005.
- Legge 08 aprile 1998, n. 94: Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 17 febbraio 1998, n. 23, recante disposizioni urgenti in materia di sperimentazioni cliniche in campo oncologico e altre misure in materia sanitaria. (G.U. Serie Generale, n. 86 del 14 aprile 1998). Disponibile a: www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=20248.
- Mathew RJ, Wilson WH, Coleman RE, Turkington TG, DeGrado TR: Marijuana intoxication and brain activation in marijuana smokers. *Life Sci*, 1997.
- Ministero della Salute, Ministero della Difesa: Accordo di collaborazione tra il Ministro della salute e il Ministro della Difesa per l'avvio del Progetto Pilota per la produzione nazionale di sostanze e preparazioni di origine vegetale a base di cannabis. Roma, 18 settembre 2014. Disponibile a:

- www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_4588_listaFile_itemName_0_file.pdf.
- Ministero della Salute. Direzione Generale dei Dispositivi Medici e del Servizio Farmaceutico. Circolare 14/12/2016 – Inizio commercializzazione cannabis FM-2 prodotta dallo Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare di Firenze in attuazione dell'Accordo di collaborazione tra Ministero della Salute e il Ministero della difesa firmato in data 18 Settembre 2014, concernente l'avvio del progetto pilota per la produzione nazionale di sostanze e preparazioni di origine vegetale a base di cannabis. Disponibile a: www.trovanorme.salute.gov/norme/renderNormasanPdf?anno=2016&codLeg=57156&parte=1%20&serie=null.
- Reisfield GM, Wasan AD, Jamison RN: The prevalence and significance of cannabis use in patients prescribed chronic opioid therapy: a review of extant literature. *Pain Med*, 2009.
- Ryan-Ibarra S, Induni M, Ewing D: Prevalence of medical marijuana use in California. *Drug Alcohol Rev*, 2012; 34:141-6.
- Schiavone S: Il mercato illecito delle sostanze stupefacenti in Italia: nuove droghe e trend di sviluppo. *Ann Ist Super Sanità*, 2002.
- Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare di Firenze. Produzione cannabis ad uso medico. Disponibili a: www.farmaceuticomilitare.it/cannabis.aspx?Inrid=25.
- Zoccatelli G, Alessandrini F, Serpelloni G: Alterazioni cerebrali correlate al consumo di cannabis negli adulti. 2012.

AMORE E DROGA: UNA STORIA DI DIPENDENZA AFFETTIVA

Eleonora Fattorello

Dott.ssa in filologia moderna

Riassunto

La dipendenza affettiva è un disturbo autonomo che capita nella relazione a quello dei due soggetti coinvolti che presenta una particolare debolezza dovuta all'insoddisfazione e, spesso, all'insicurezza. Ci si affida completamente all'altro, ci si annulla perché si percepisce l'altro come la condizione necessaria alla propria serena esistenza. Disturbo autonomo, sì, ma anche facilmente accostabile a quello derivante dall'abuso di sostanze, con conseguente corredo di astinenza in caso di mancanza, di assenza del partner. La storia di Marina vuole essere una esemplificazione di tutto questo, ed è, in questo caso, la trasposizione del racconto dal vivo di una donna malata d'amore. Per questo parto dalla sua storia per parlare di dipendenza affettiva. Marina è una donna giovane e di bell'aspetto che incontro un giorno, in platea, alla presentazione di un libro sull'amore. La sua dipendenza affettiva dall'uomo con cui ha avuto una relazione clandestina emerge appena lei comincia a raccontarmi quella storia. Per lei passare dall'innamoramento alla dipendenza è stato inevitabile, in un rapporto che si è trasformato nella via di fuga da routine, insoddisfazione, insicurezza e noia. Euforia, emozione, benessere: Marina ha vissuto a lungo in funzione dell'incontro con il partner, emotivamente schiava della sua presenza, tanto da evitare, quasi, ogni altra relazione e/o intrattenimento, nell'attesa unicamente del ricongiungimento con lui. Proprio come un dipendente da abuso di sostanze, Marina è stata a lungo dipendente da una relazione vissuta come un'esperienza necessaria alla propria esistenza serena, e divenuta per questo disturbante e tossica, tanto invasiva quanto permanente, perché sopravvissuta nel ricordo dopo la separazione.

Parole chiave: *dipendenza, amore, disturbo, relazione, droga, astinenza.*

Abstract

Affective dependence is an autonomous disorder that occurs in the relationship to that of the two subjects involved that has a particular weakness due to dissatisfaction and, often, to insecurity. We rely completely on the other, we cancel ourselves because we perceive the other as the necessary condition for our own serene existence. Autonomous disorder, yes, but also easily matched to that resulting from substance abuse, resulting in abstinence in case of lack, absence of the partner. The story of Marina wants to be an example of all this, and it is, in this case, the transposition of the live story of a woman sick with love. For this I start from his story to talk about emotional dependence. Marina is a young and good-looking woman whom I meet one day in the audience at the presentation of a book on love. Her affective dependence on the man with whom she has had a clandestine relationship emerges as soon as she begins to tell me that story. For her, moving from falling in love to addiction was inevitable, in a relationship that was transformed into a way of escape from routine, dissatisfaction, insecurity and boredom. Euphoria, emotion, well-being: Marina has lived for a long time in function of the meeting with her partner, emotionally enslaved by her presence, so as to avoid, almost, any other relationship and / or entertainment, waiting only for the reunion with him. Just like an addict of substance abuse, Marina has long been dependent on a relationship experienced as an experience necessary for her serene existence, which has become disturbing and toxic, as invasive as it is permanent, because she survived in remembrance after separation.

Keywords: addiction, love, disorder, relationship, drug, abstinence.

PREMESSA

Il mio lavoro è il frutto di una sorta di esperienza sul campo, che mi ha consentito di raccogliere la testimonianza di una donna, protagonista di una storia di dipendenza dall'amore, prima, e dal ricordo di quell'amore, dopo. Una storia in cui la tossicità è data non dall'abuso di sostanze, ma dall'aggrapparsi a un legame che si avverte come necessario per gestire gli alti e bassi della propria vita, allontanare la noia e la tristezza, fuggire dall'abitudine alla ricerca di emozioni e benessere. La mia "testimone" si chiama Marina. Sedeva di fianco a me in occasione della presentazione di un libro e, mentre ascoltavo l'autrice rivolgersi al suo pubblico, notai il suo volto sofferente, gli occhi malinconici che, discretamente e con poche lacrime, piangevano. Indubbiamente quella storia le raccontava in parte anche la propria e fu lei a volerne parlare. «*Ho voglia – mi disse – di liberare qualche emozione*». Marina esprimeva la necessità impellente di condividere, di far conoscere.

INTRODUZIONE: AMARE O DIPENDERE?

La Dipendenza Affettiva può essere definita come un tipo di relazione tra due individui che, nonostante comprometta il benessere psicologico e/o fisico del partner, viene comunque mantenuta. Che l'amore possa generare dipendenza è facilmente comprensibile ed è altrettanto naturale che la maggior parte delle persone riconosca nella dipendenza affettiva un'esperienza vissuta sulla propria pelle. L'amore, infatti, non è altro che un naturale e profondo bisogno di ogni essere umano, *«superiore per urgenza a quello della fame, della sete o dello stesso sesso, in quanto per soddisfarlo questi ultimi possono anche essere messi a tacere»* (Fromm, 1995). All'inizio di una relazione, nella fase dell'innamoramento, si provano emozioni e sensazioni legate all'ebbrezza della vicinanza del proprio partner: *«Subito a me il cuore si agita nel petto solo che appena ti veda, - scrive Saffo - e la voce si perde sulla lingua inerte. Un fuoco sottile affiora rapido alla pelle e ho buio negli occhi e il rombo del sangue alle orecchie. E tutta in sudore e tremante come erba patita scoloro e morte non pare lontana a me rapita di mente»*. Successivamente, se il rapporto diventa una dolorosa ossessione in cui si altera quel necessario equilibrio tra il "dare" e il "ricevere", tra il proprio confine e lo spazio condiviso, l'amore può trasformarsi in un'abitudine a soffrire, in una gabbia senza prospettive di fuga con pareti fatte di dolore, in una vera e propria dipendenza. Si tratta della patologia di chi vive in maniera esasperata il rapporto affettivo e che, pur presentando aspetti comuni alle altre tipologie di dipendenza, è considerata un disturbo autonomo, con caratteristiche peculiari che si manifestano nell'ambito dell'innamoramento e della relazione sentimentale. Amore parassitario, ossessivo, inibito, stagnazione della relazione, paura dei cambiamenti, bisogni ossessivi di sicurezza e aspettative non realistiche caratterizzano la dipendenza affettiva o Love Addiction. Una inadeguata coscienza di sé blocca in una trappola il soggetto dipendente, che teme la separazione, la solitudine, la distanza, inibisce una sana evoluzione della relazione affettiva, si chiude in bisogni di conferme, gratificazione e continue delusioni. Non sempre la differenza tra amore e dipendenza affettiva è netta. La chiave di distinzione sta nel grado di autonomia dell'individuo e nella sua capacità di trovare un senso in se stesso. Riconoscere l'altro nella sua diversità, senza per questo perdere di vista se stessi, è presupposto fondamentale dell'amore maturo, che sappia consolidarsi in un vincolo di coppia che non offuschi i bisogni e i desideri del singolo, incatenandolo all'altro e soffocandone l'individualità. L'espressione Love Addiction indica una condizione disadattiva caratterizzata da una necessità e da un desiderio imperiosi dell'altro, da una persistente e assidua

ricerca di vicinanza, nonostante la consapevolezza delle conseguenze negative di tale comportamento. In ciò appunto è evidente il passaggio all'innamoramento disfunzionale, dovuto alla trasformazione del desiderio in bisogno necessario e del piacere in sofferenza: *«Amami per Dio. Ho bisogno d'amore, amore, amore, amore, fuoco, entusiasmo e vita»* (Leopardi, 1998).

LA STORIA

«Aveva la gentilezza dei gesti semplici – comincio – la dolcezza negli occhi e una sensibilità delicata, fine e fortissima che faceva percepire dal contatto piuttosto che dalle parole e dai grandi discorsi.» Sorride Marina, abbassa gli occhi e sorride, come se il ricordo ancora la imbarazzi, ancora la emozioni. È una vera e propria confessione quella che ha voluto affidarmi e io l'ho accolta con tutta la disponibilità e la partecipazione possibili, perché parlare, a volte, fa sentire redenti.

È la storia di un amore parallelo quella che Marina racconta, una storia nata e maturata in segreto, fatta di singoli, sporadici momenti, rubati e necessariamente nascosti all'ufficialità della vita conosciuta. *«Ci sono storie che non hanno morale – questa è la sua consapevolezza – perché nascono e crescono nel peccato, un peccato che è dato dalla coscienza di volere il “non dovere”. E io vedevo quanto fosse egoista quella passione, che mandava all'aria gli equilibri, divorava la ragione e generava il caos, facendo dominare l'istinto. Avevo l'ostinazione e l'incoscienza necessari per inebriarmi di quel dolce veleno, consapevole che fosse storia di un presente senza futuro, grata, forse, e maledetta per questo.»*

Consapevolezza di “non poter vivere con” e sensazione di “non poter vivere senza” sono all'origine dello squilibrio che rende tossica la relazione da cui si dipende; tossica e, tuttavia, avvertita come una sorta di ricompensa, che consente di ridurre la sofferenza e di sentirsi meglio. Proprio come la cocaina, infatti, la vicinanza della persona oggetto della dipendenza, stimola il rilascio di dopamina, un neurotrasmettitore che induce sensazioni di benessere ed euforia.

«Restavo in più o meno trepidante attesa di una sua telefonata, perché era sempre lui a proporre di vederci e ad organizzare tutto. Poteva capitare che non ci sentissimo per diversi giorni di seguito e questo mi risultava intollerabile. Come in apnea pregavo che il telefono squillasse per riportarmi il respiro. Quelle tre cifre finali erano, per ore che si susseguivano vuote, il mio sogno a occhi aperti. Imparai piano piano a gestire l'impazienza, la tensione e il terrore che, scomparendo, mi avesse abbandonata.»

Il dipendente affettivo ha atteggiamenti particolari riconducibili al bisogno costante di aumentare il tempo trascorso con il partner, diminuendo, parallelamente, il tempo investito in altre attività o con altre persone; ha sensazioni di astinenza, con ansia, panico, depressione, quando il partner è fisicamente o emotivamente distante, e perdita di controllo, perché incapace di riflettere in maniera lucida sulla propria situazione e di controllare i propri comportamenti. Nei momenti di lucidità, invece, vergogna e rimorso emergono implacabili. Marina percepiva quella relazione come una via di fuga da una quotidianità pesante e fonte di preoccupazione costante, che l'aveva ridotta in uno stato di rassegnazione e tristezza fuori dal suo controllo. Fantasie romantiche, ignorando la verità conosciuta, le riservavano promesse di felicità eterna, ma la fine di quella storia fu per lei il salto nel vuoto che la scaraventò violentemente al cospetto della realtà e di se stessa. *«Come si fa a sopravvivere all'amore, come si fa a ignorare l'assalto della mancanza ai polmoni e alla gola; come si fa a far finta che ci sia ancora respiro, se non c'è, se non lo cerco, se non lo voglio. Il pensiero di lui è costante ed esaurisco ogni forza, tutta la mia energia è necessaria a produrre, conservare e ripercorrere i ricordi che lo riportano da me. A volte mi sembra di essere sospesa in una dimensione indefinita che confonde sogno e realtà, che non riconosce la verità, che, rifiutando la fine, non può credere alla storia.»* Marina esprime il dolore dell'impotenza di chi è in trappola, perché malgrado la consapevolezza dell'errore, ancora vorrebbe tornare alla schiavitù di un legame psicologicamente totalizzante, che esige spesso sottomissione, repressione, condiscendenza. *«Ho costruito un mondo solo nostro che esisterà per sempre malgrado l'assenza, perché il mio cuore non smetterà mai di ritornarvi.»*

Bibliografia

- Freud S. Al di là del principio di piacere. Bollati Boringhieri, Torino, 1986
- Ghezzani N. Quando l'amore è una schiavitù. Le Comete, Milano, 2011
- Guarreschi C. La dipendenza affettiva. Ma si può morire anche d'amore?. Franco Angeli, Milano, 2018
- Leopardi G. Epistolario. Bollati Boringhieri, Torino, 1998
- Secci E. M. I narcisisti perversi e le unioni impossibili. Youcanprint, 2014

ITINERARI PER USCIRE DALLA TOSSICODIPENDENZA

Mariangela Perito

Psicologa, specializzanda in psicoterapia

Riassunto

Il lavoro riportato è la descrizione di una parte di un percorso di ricerca svolto nel Servizio ambulatoriale per le tossicodipendenze dell'ASL di Avellino. L'ipotesi di ricerca non è stata subito chiara fin dall'inizio, ma si è dipanata nel corso del tempo. Il principale obiettivo è stato quello di reperire nelle storie di vita dei tossicodipendenti, alla luce della teoria psicodinamica, gli "elementi prognostici favorevoli", cioè quegli elementi che potessero essere considerati nel percorso di vita accidentato, qual è quello del tossicodipendente, rivelatori di speranza. La metodologia utilizzata è stata appunto la raccolta delle storie di vita, la scelta del campione è stata casuale, proprio per non condizionare a priori, tramite aspetti procedurali l'andamento della ricerca; hanno partecipato alla ricerca 10 utenti, in carico presso il Servizio (8m e 2f), di età compresa tra i 18 e i 55 anni, non è stato esplicitato loro chiaramente l'obiettivo della ricerca, ma è stato detto loro che si voleva indagare genericamente sui meccanismi legati alla tossicodipendenza. Le domande sono state sempre indirette e mai dirette, questo per favorire al massimo il flusso associativo del soggetto. Elementi salienti, di quei percorsi che definirei "in salita" nel tortuoso cammino di vita del tossicodipendente sono stati: la capacità di usare la mente, cioè di staccarsi dal piano concreto (il corpo, la sostanza), per accedere al simbolico, al mondo dell'immaginario, alla capacità di desiderare, la capacità di godere delle relazioni, "dell'altro", visto come diverso da sé e non come oggetto da controllare, la capacità di prendere le distanze dall'esperienza droga, attraverso l'utilizzo di nuovi meccanismi difensivi, non utilizzando la droga come stile di vita, la capacità di essere e farsi responsabile.

Parole chiave: responsabilità, simbolo, transizionalità, desiderio.

Abstract

This article describes a part of a research performed in an outpatient unit of Avellino (Ser.T, ASL AV2) for people who suffer from drug addiction. The research hypothesis wasn't clear from the beginning, but came through after a short period of time. The main goal was to find in the patients' lives some "favourable prognostic factors" (as the psychodynamic theory states) that showed hope. The methodology used for this research was to listen and collect the story of their lives. Participants were chosen randomly, 8 men and 2 women aged between 18 and 55 years old. They weren't aware of the main goal of this research: the only thing they knew was that I wanted to investigate the mechanism underlying drug dependence. Questions were always indirect and never direct to support free associations. The key elements I found were: the ability of using their own mind (like becoming detached from the concrete to access the symbolic, the world of imagination), the capability to desire, to enjoy relationships, the presence of the "other" seen as different from oneself and not as an object to control, the capability to distance oneself from the experience of drug through the use of new defensive mechanisms, not consuming drug as a lifestyle, the capability of being responsible.

Keywords: *responsibility, symbol, transitionality, desire.*

INTRODUZIONE

Il seguente lavoro ha lo scopo di condividere parte della mia esperienza di ricerca svolta all'interno di un Servizio ambulatoriale per le dipendenze. I partecipanti alla ricerca sono stati gli utenti del Ser.T (ASL AV2), l'obiettivo che mi sono posta in questo percorso, non è stato subito chiaro fin dall'inizio, ma si è dipanato nel corso del tempo. Il principale obiettivo è stato quello di reperire nei racconti di vita dei tossicodipendenti, elementi prognostici favorevoli. Sono sempre partita dalla pratica, per poi riallacciarmi alla teoria, all'interno del lavoro sono riportate alcune delle espressioni dei ragazzi intervistati, a cui è seguito poi l'elemento teorico. Perno centrale di questo percorso, è stata la convinzione, supportata dall'osservazione, che è possibile mettendo in moto le proprie potenzialità, cambiare, anche di fronte ai vissuti di rischio e frustrazione più profondi. L'interrogativo che mi ha accompagnato lungo tutta questa esperienza è stato: "Come mai alcuni ragazzi riescono a vincere la dipendenza dalla sostanza ed altri no? Quali sono le circostanze psicologiche ed ambientali che permettono all'individuo di farcela?" In questo percorso di ricerca sulle storie di vita dei tossicodipendenti, mi sono quindi proposta, di rintracciare nel vissuto di vuoto quale è quello del tossicodipendente quei meccanismi identificatori, difensivi, che hanno aiutato o potrebbero aiutare un tossicodipendente a prendere le distanze dal mondo della droga.

IPOTESI DI RICERCA

Analizzando il materiale di ricerca raccolto, ho notato nelle esperienze di vita dei tossicodipendenti accanto a processi distruttivi, sabotatori della vita stessa, degli elementi rivelatori di speranza, che mi hanno fatto riflettere su un percorso di vita quale è quello del tossicodipendente, non più in discesa, ma in salita. Somministrando le prime interviste, è emerso materiale rilevante che ha fatto sì che la mia attenzione si spostasse dalla cause che possono portare il soggetto alla tossicodipendenza, agli elementi che invece possono tirarlo fuori da quel contesto patogeno. Ho analizzato il materiale raccolto alla luce della teoria psicodinamica, concentrandomi sugli elementi presenti in alcuni e non in altri, che sono stati di aiuto per l'uscita della droga. In questo lavoro, sono stata orientata dalla convinzione che accanto a forze distruttive, siano presenti forze psichiche orientate al bene che convivono nella personalità insieme alle precedenti. Mi sono rifatta ai concetti di deficit dell'immaginario di cui parla Bergeret, il concetto di desiderio in Lacan, alle potenzialità dell'area transizionale di cui parla Winnicott. Ho fatto riferimento a questi autori perché penso che se il tossicodipendente riesce a slegarsi dalla concretezza della sostanza e ad usare il registro simbolico, può riuscire a dare un senso all'esperienza droga e riuscire a dare un senso alla propria vita. Nei casi che ho definito "negativi" (casi in cui il processo di disassuefazione dalla sostanza fisico o psicologico, non è ancora avvenuto), sembra che nell'impossibilità di abbandonare la sostanza questi individui non riescono a passare in un ordine di significazione diverso da quello del corpo e che si sono identificati con il ruolo di tossicodipendente, e che in certo qual modo hanno bisogno della sostanza per "essere". Ho pensato che in un possibile percorso di recupero, sia importante favorire i processi elaborativi e creativi, favorendo nel contempo nuove modalità di identificazione. Nodi critici per l'esplorazione dell'obiettivo di ricerca da ritrovare all'interno del discorso sono stati: le motivazioni personali, quelle di autoefficacia, che hanno dato spinta vitale al soggetto per uscire dalla droga, le motivazioni relazionali, quindi anche circostanze esterne che possono aver favorito il processo di guarigione, le espressioni che indicano una presa di coscienza ed una svolta nel proprio percorso di vita.

METODOLOGIA UTILIZZATA

Ho utilizzato l'analisi delle storie di vita. Grazie a questo metodo è stato possibile che non avessi fin dall'inizio, un argomento predefinito che potesse condizionare in qualche modo tutte le fasi della ricerca, e la formulazione delle ipotesi, ma l'argomento si è dipanato nel corso delle interviste. Ai partecipanti è stato parzialmente esplicitato lo scopo della ricerca, veniva detto loro che si voleva indagare genericamente sui meccanismi legati alla tossicodipendenza, prendendo in considerazione il loro punto di vista. L'intervista si è svolta in un ambiente silenzioso e tranquillo, in cui eravamo presenti io ed il soggetto intervistato, le interviste che sono state tutte audioregistrate, sono durate in media 35/40 minuti. L'iniziale domanda con cui aprivo l'intervista è stata per tutti la stessa: "Parlami di te, della tua vita, magari inizia da quando eri bambino/a". Ho costruito poi alcune domande, utili nel momento in cui dalle parole del soggetto intervistato non fossero emersi spunti significativi per riflettere sul tema da me indagato.

Le domande sono state sempre indirette, e mai dirette per favorire al massimo il flusso associativo del soggetto, e non direzionare l'intervista in un modo o nell'altro. I quesiti scelti sono stati i seguenti:

- Cosa ti ha spinto a ricorrere al trattamento?
- Consigliaresti ad un tuo amico che si trova nella tua stessa situazione di ricorrere al trattamento?
- Quali speranze riponi in questa esperienza?
- Conosci qualcuno che ce l'ha fatta da solo?
- Nella tua cerchia di amici circolano droghe?

Le domande non sono state presentate al soggetto con un ordine prestabilito, ma hanno seguito sempre l'andamento del racconto, e si sono rese necessarie solo nei casi in cui, non è venuto fuori qualche aspetto legato alla tossicodipendenza.

Per quanto riguarda la scelta del campione, questa è stata volutamente casuale. Hanno preso parte alla ricerca dieci ragazzi, otto uomini e due donne, sia in trattamento psicoterapico che non, alcuni appena entrati nel Servizio, altri ormai cronicizzati e assuntori di metadone; l'età dei partecipanti è compresa tra i diciotto e cinquantacinque anni.

CAPACITÀ DI RECUPERO DEI TOSSICODIPENDENTI: FORZA DELL'IO

Ritengo che anche in una società come la nostra, dove siamo interamente determinati dai consumi, se la persona riesce a pensare o a pensarsi è possibile compiere una scelta in una direzione o in un'altra; quando penso alla Forza dell'Io, mi riferisco, seguendo la teoria Freudiana alla commistione tra aggressività e libido per fini creativi e costruttivi. Dalle interviste somministrate sono emerse diverse motivazioni collegate alla decisione di smettere l'uso di droga. Alcune sono di tipo razionale, cioè le persone danno una motivazione apparentemente sensata della loro decisione, per altri è la voglia di vedersi diversi agli occhi degli altri a favorire una potente spinta al cambiamento:

“Adesso vorrei fare una vita come tutti gli altri, normale, cioè che cammini a testa alta quando esci, con la gente che non mi parla dietro” (W).

Spesso, a far decadere l'interesse del tossicodipendente per il mondo della droga, sono le circostanze esterne. Dai percorsi analizzati, ho notato che coloro che sono riusciti a stabilire la propria remissione, sono comunque coloro che hanno maturato la propria decisione di smettere in modo consapevole e non spinti da motivazioni del momento. Certamente nel processo di uscita dalla dipendenza, non si tratta solo dell'abbandono della sostanza, ma dell'assunzione di un nuovo stile di vita, per fare ciò ho ipotizzato che a livello psichico bisogna seguire però tutta una serie di passaggi, che forse non è stato possibile elaborare per l'individuo tossicodipendente. Dal materiale raccolto, emerge come il funzionamento psichico del tossicodipendente implica il ricorso subitaneo all'azione, la fuga dal pensiero, la prevalenza del bisogno sul desiderio, questo ci fa pensare ad un tipo di funzionamento primario. Ho ipotizzato allora, che a causa di frustrazioni ripetute nella loro infanzia, o semplicemente a causa di una mancanza di rispecchiamento nel volto della madre, l'identità del tossicodipendente, non si sia consolidata in modo stabile, grazie ai normali processi di identificazione. Un'altra caratteristica che mi è sembrata rilevante, è la quasi totale assenza di senso di colpa durante l'uso di sostanza, il vuoto osservato molto spesso, che precede l'assunzione di sostanza, mi è sembrato un vuoto di tipo narcisistico. Dalle storie ascoltate emerge come, in queste vite spezzate, si tenta spesso di legarsi a qualcuno per sentire di valere qualcosa, e quando l'altro, altro di cui si ha “bisogno”, se ne va, si crea un vuoto che solo con la sostanza appare possibile riempire:

“Ho mille motivi per dirti perché ho iniziato a drogarmi, la debolezza è stata la causa scatenante,

un attimo, un istante fu, credo che in quel momento ero debole perché in ballo c'era una storia d'amore che andava male, alla quale io tenevo molto”(M).

A questo proposito riprendo le parole di Kohut (1971): “Gli individui dediti alla droga rimangono come fissati ad aspetti degli oggetti arcaici..., la droga non serve loro come sostituto di oggetti da amare o da cui essere amati, o di un rapporto con essi, ma come sostituzione di una funzione che la struttura psichica è incapace di svolgere...”. È come se gli altri servissero solo a soddisfare i propri bisogni. In un percorso di recupero aspetti quali la creatività, il sentimento di coerenza e vitalità interna, l'esperienza implicita che il paziente ha di sé lungo il continuum esistenziale, sono aspetti importanti per la messa in moto nell'individuo di obiettivi necessari per il mantenimento della vitalità interna. Per fare ciò è necessario compiere un salto dal fisico al mentale, in un processo di consapevolezza in cui si passi dal “sto fatto” espressione tipica di un tossicodipendente che indica l'aspetto passivo di un'azione che in un certo senso viene subita dal soggetto, al sentirsi responsabile, quindi all'essere cosciente e padrone delle proprie azioni. Al giorno d'oggi dove regna in parte il mito dell'onnipotenza, una volta che la realtà ci sbatte le porte in faccia, ritengo che per ogni individuo sia difficile prendere in mano le redini della propria vita, assumendosi le dovute responsabilità, ed è proprio quello che hanno fatto i ragazzi che ce l'hanno fatta, in particolare quei ragazzi che come G. hanno affrontato un percorso comunitario:

“Mi è stata affidata una grossa responsabilità, perché l'obiettivo della Comunità è quello appunto di uscire da quello stato di isolamento, che si è creato e vivere con i ragazzi che più o meno hanno i tuoi stessi problemi...” (G).

IL REGISTRO SIMBOLICO NEL TOSSICODIPENDENTE

Riflettendo su quanto ascoltato, appare con evidenza nella storia di M. (ragazza di trentatré anni, uscita da una storia di tossicodipendenza durata dieci anni) una capacità straordinaria di far fronte alle avversità della vita, ed una volontà di riuscita, vari sono gli indicatori che a partire dalle interviste, mi portano a pensare all'uscita dalla tossicodipendenza. Fattori quali la capacità di riflettere su quanto è accaduto, la capacità di prendere le distanze dall'esperienza negativa, la capacità di usare la mente. Nelle storie ragazzi più giovani invece, sembra che manchi la capacità, anche retrospettiva di riflettere sugli avvenimenti, è come se l'aspetto

mentale e quello fisico siano strenuamente tra di loro separati, questo a mio avviso rende difficile permettere l'elaborazione di un processo di significazione della storia di dolore. Nelle parole ascoltate, emerge come per quasi tutti, in una certa fase dell'esistenza fosse necessario trovare l'immediata soddisfazione ai propri bisogni, l'attesa diviene qualcosa di insopportabile con cui il tossicomane non può fare i conti, ed è la droga ancora una volta a farla da padrona, droga come soluzione, droga come "stile di vita"(Mn), droga come anestetizzante; solo coloro che sono riusciti ad accedere, usando la mente, il controllo, la volontà, ad una dimensione non più strettamente legata al concreto, ma alla dimensione del desiderio, hanno fatto sì che la propria vita potesse essere iscritta in una progettualità che lega tra loro passato, presente e futuro. L'esperienza della droga è avvertita da molti come un "viaggio", un'esperienza per prendere le distanze da quella che è la vita reale, con i suoi problemi, le sue contraddizioni, dalle parole, infatti, di molti tossicodipendenti emerge la convinzione che la sostanza possedga le capacità immaginarie dell'individuo:

"Perché poi a provare questa droga era una bella sensazione, io quando mi facevo le prime volte, io stavo bene, io non avevo paura di niente, cambiavo caratterialmente, non mi mettevo scorno di niente, era una cosa incredibile, mi sentivo un re."(F.)

In questo caso però, parliamo di pensiero magico, che non appartiene al registro della mentalizzazione, ma appartiene al registro del "non pensiero", dell'atto. Così come il bambino piccolo reclama tutto e subito, ed essendo impossibilitato ad esprimere a parole i propri stati d'animo, agisce, così il tossicodipendente per sfuggire alla realtà, a volte problematica, a volte noiosa, passa all'atto, si rifugia nel mondo della droga. L'oggetto droga si presenta nel cammino del tossicodipendente come un oggetto illusorio, un oggetto sostitutivo che cerca di riempire il vuoto di rappresentazioni, spesso presente là dove c'è una storia di droga,

"Vedevo che la droga era l'unica mia compagna"(Mn)

Le difficoltà identificatorie presentate, fanno sì che gli oggetti non vengano interiorizzati, diventando in tal modo intercambiabili, tutto ciò penso sia anche connesso e ci porta all'osservazione di alcuni aspetti della personalità dipendente, quali: vuoto relazionale, instabilità nel rapporto con l'ambiente, appiattimento affettivo. Bergeret a proposito del tossicodipendente parla di un deficit dell'immaginario, dove non c'è uno spazio per il pensiero e si sostituisce questo all'azione. Anche Lacan parla di una iniziale domanda di aiuto del tossicomane, come un'urgenza, un bisogno, che esige un'immediata soddisfazione. Il discorso sulla modalità di pensiero magica e onnipotente, ci riporta ad un altro importante

tema che riguarda il tossicodipendente, quello dell'incapacità di simbolizzare, e ci rimanda all'attaccamento al concreto, in questo caso alla sostanza, che emerge dalle storie di vita raccolte. Utilizzando le parole di Lacan, potremmo affermare che il tossicodipendente non è capace di desiderare. Per Lacan il desiderio, diverso dal bisogno, è per sua natura non gratificabile. Per comprendere questo concetto di desiderio, dobbiamo risalire alla relazione originaria madre-bambino; questa unione che inizialmente, si connota come paradisiaca viene interrotta dalla consapevolezza nel bambino della separazione tra sé e la madre, questo scarto fa nascere il Desiderio, per sua natura destinato a rimanere tale, di riempire il vuoto di essere uno con la propria madre. Interessante a questo proposito è la fase dello specchio come momento cruciale dello sviluppo del bambino, in questo percorso il bambino in un primo momento guardandosi allo specchio non riconosce la propria immagine riflessa, ma individua nell'immagine allo specchio la presenza di un altro, quando verso i sei mesi di età, il bambino comprende che l'immagine riflessa è la sua, contemporaneamente diviene consapevole della differenza tra sé e l'altro. Per Lacan appunto, l'identità si fonda sulle differenze, l'essere umano per essere tale deve incontrare l'altro non come oggetto di desiderio, ma come Altro. Penso che questo discorso considerando il tossicomane ed il suo rapporto con l'altro (oggetto-droga) sia estremamente importante, è come se il soggetto vivendo nella paura del controllo e della dipendenza dagli altri, non riuscisse a vedere l'altro come separato da sé, come differente, l'unico rapporto possibile diviene quello con la sostanza da controllare, ma che in realtà poi viene a controllare l'individuo. Per Lacan la droga nel cammino di vita del tossicodipendente è una soluzione, non si parla di sintomi, ma di soluzione di vita, soluzione al rapporto con l'Altro.

“Io comunque non avevo mai pensato di farmi assistere da un centro, una diversa assistenza, pensavo che la mia assistenza era soltanto l'uso di eroina e basta” (F.)

“Mi faceva fare tutto quello che volevo, senza chiedermi mai niente era l'unica mia compagna” (Mn).

La droga dando al soggetto l'illusione di onnipotenza tipica della fase infantile, si istituisce come partner controllabile, permettendo l'evitamento dell'Altro.

Da quanto potuto personalmente osservare, l'equilibrio del tossicomane inizia a vacillare quando la sostanza non è più controllata, quando l'onnipotenza viene meno, si incorre nella disperazione, allora la domanda (non-domanda) di aiuto del tossicomane, serve spesso a ristabilire l'equilibrio perduto in cui ci si sentiva onnipotenti, padroni della sostanza.

Da quanto letto, nelle storie di vita raccolte emerge molto la concretezza dell'esperienza droga, io ritengo che se il tossicodipendente entra nel registro simbolico, interrogandosi inizialmente sul desiderio dell'altro "Perché vuoi che io guarisca?", per poter poi guardare al proprio, può riuscire a dare un senso all'esperienza droga, e come conseguenza riprendere in mano la propria vita. Tutto questo mi fa pensare, non solo alla difficoltà di simbolizzare nella personalità del tossicodipendente, ma anche all'esistenza in queste personalità di due parti distinte, una tossica che si riferisce alla sensazione della sostanza nel corpo, ed una mentale a cui è legato l'aspetto psicologico della dipendenza.

"Se ce la vuoi fare è tutta la testa". (W.)

Non sopportando il dolore che un pensiero può portare si preferisce spostare tutta l'attenzione sul corpo:

"A volte ti sembrerà strano, ma per chi è stato tossicodipendente è così, ti guardi il corpo e vedi parti del tuo corpo che non avevi mai notato, ti senti quel dolore, durante l'astinenza ti fanno male tutte le ossa, anche quelle che meno conosci, e ti senti proprio gli organi interni che ti dicono basta, non ce la facciamo più, fegato, pancreas, tutto si sconvolge, tutto ti fa male". (M.)

Dalle storie raccolte emerge l'importanza di sviluppare le capacità simboliche dell'individuo, che fanno sì che si possa abbandonare l'attaccamento (attacco) al corpo, per riuscire a far emergere le proprie capacità auto-riflessive.

Dalle interviste emerge molto forte il discorso sull'identificazione, colore che ce l'hanno fatta, è come se dissociandosi dall'esperienza droga, avessero guardato da spettatori la propria vita da tossicomani, lasciandosi però, la possibilità di riflettere su questa esperienza, avessero instaurato relazioni non mediate dal prodotto tossico, considerando l'altro come diverso e non riconducibile alla propria persona.

RELAZIONI ARTEFATTE NELLA TOSSICODIPENDENZA

Da quanto detto fino ad adesso, emerge come i rischi connessi all'incapacità del tossicodipendente di staccarsi da un piano puramente formale, siano anche in qualche modo connessi, ad un deficit di creatività; varie infatti, sono le esperienze di coloro che raccontano la loro vita, quasi in modo piatto, monotono, c'è sempre e solo la droga. A partire dall'esperienza fatta mi è venuto in mente il concetto di area "transizionale" di cui parla Winnicott. Nello sviluppo "normale", la prima fase di vita per il bambino è quella dell'onnipotenza soggettiva, in questa fase

è il bambino che crea l'ambiente, i suoi desideri e bisogni vengono soddisfatti tempestivamente, pian piano però la madre in modo naturale, inizia a tardare le sue risposte alle richieste sempre più pressanti del bambino, quest'ultimo sperimenta una forte disillusione, si accorge infatti, che non è lui a creare il suo ambiente, ma dipende da un'altra persona, questa è la fase della realtà oggettiva. Questa terza area potenziale di esperienza di cui parla Winnicott, esistente accanto alla realtà psichica interna, e al mondo esterno, è l'area di gioco, è l'area dell'esperienza culturale, in cui è possibile dare un senso. Ogni processo mentale creativo, attingerà direttamente da quest'area, permettendo all'individuo di far fronte ai cambiamenti, offrendo all'individuo l'opportunità di dare un nuovo e personale senso alla propria esistenza e al mondo, trovando questo senso non solo in quel fuori in cui sembra attaccato l'individuo tossicodipendente, ma anche dentro di sé nella propria soggettività, riuscendo a stabilire quindi un limite tra il dentro ed il fuori. L'individuo che a causa di carenze presenti all'interno dell'ambiente non sperimenta questa area potenziale di esperienza, rischia poi da adulto di mostrare una personalità totalmente orientata alla concretezza degli stimoli esterni, incapace di desiderare. Parliamo di Falso Sé, che è un aspetto della personalità che abbiamo tutti, che può avere una funzione difensiva e non patologica, quando non è utilizzato come unica modalità relazionale.

Nelle narrazioni di vita lette, emerge una quasi non naturalità nelle vicende relazionali di ogni giorno, nel senso che tutti i rapporti appaiono artefatti, sono sempre mezzi e non fini in sé.

“All'inizio ho usato questa persona, il padre di mia figlia, per trovare i soldi per la droga, io gli piacevo, ma non ho mai provato niente per lui, mi stava bene perché io mi potevo drogare” (Mn).

Tante inoltre, sono le espressioni delle interviste, che mi fanno pensare ad una falsa personalità, che cerca di adattarsi come meglio può all'ambiente esterno:

“Io sapevo chi ero in realtà, cosa nascondevo di me, loro invece vedevano solo quello che io ero brava a fargli vedere” (M.)

Ed ancora l'altro non è visto come separato, è visto solo in quanto può soddisfare i bisogni del soggetto:

“I bambini mi piacciono fino ad un certo momento, poi mi stancano, anche le persone mi stancano, stare sempre con la stessa persona mi stanca, anche i miei rapporti sentimentali devono essere sempre rinnovati” (M.)

Tutto ciò è da ricollegarsi ancora, anche al successivo sviluppo del pensiero di Winnicott che parla della differenza tra l'entrare in rapporto con l'oggetto, rispetto all'uso degli oggetti. L'entrare in rapporto con l'oggetto è qualcosa che riguarda

il soggetto, e precede l'uso dell'oggetto che invece riconosce l'oggetto per quello che è al di fuori di Sé, questa seconda modalità di incontrare l'oggetto implica la capacità di quest'ultimo di resistere e sopravvivere agli attacchi che provengono dal soggetto; tutto ciò è anche ciò a cui si presta l'analista durante il processo analitico. Forse nella storia di vita del tossicodipendente si potrebbe pensare ad una incapacità di usare l'oggetto, proprio perché questo non è sopravvissuto alla distruzione, e così si entra in contatto con un oggetto passivo che si pensa di poter controllare: la droga. Sicuramente nuove modalità di "usare" l'oggetto, possono aiutare l'individuo tossicodipendente ad uscire dalla droga.

"Adesso comunque sto bene, c'è sto con la ragazza, riesco a stare con gli amici, parlo con i professori" (W)

Una volta che l'investimento da parte del soggetto sulla sostanza diminuisce, l'altro assume per l'individuo una nuova luce, può divenire importante e recuperare valore, al di là degli scopi funzionali per cui prima poteva servire, come ad esempio per il reperimento della sostanza. In questa fase ancora non possiamo parlare "di guarigione", infatti, dopo l'abbandono della sostanza da parte dell'individuo, è necessario un lungo lavoro, non solo di disintossicazione fisica, ma soprattutto psichica. Sono tanti coloro che hanno trovato una motivazione di vita, una spinta per il cambiamento grazie alle relazioni. Mi sono interrogata anche sul valore che può avere l'incontro con l'altro, per chi è ancora in balia della sostanza, perché non possiamo trascurare il fatto, che spesso il tossicodipendente chiuso nel suo mondo autoreferenziale pensa che nessuno lo può aiutare, che c'è una differenza troppo netta, tra chi ha provato e chi no. Spesso, la reticenza ad incontrarsi, non è solo di chi ancora si droga, ma anche da parte di chi ne è fuoriuscito.

"Con gli amici di prima ho chiuso completamente i contatti, cioè alcuni non so proprio che fine hanno fatto". (Giù)

La risposta che mi sono data, all'interrogativo sopra esplicitato è che sarebbe positivo entrare nel mondo dell'altro a piccoli passi, ritengo che anche il contatto tra chi si trova in una fase di remissione parziale, e chi si trova ancora nel fosso può essere favorevole. Inoltre, la scelta del cambiamento, non deve essere frutto di un'imposizione, quanto di un processo di consapevolezza, frutto magari, dell'esperienza di una relazione in cui l'altro è visto come qualcuno da emulare.

"Io l'ho fatto prima di tutto per me, e poi per far stare bene pure a loro (la famiglia) perché comunque stavano un po' spaventati" (D.)

"Io penso che tu per aiutare realmente una persona, non è che la puoi aiutare soltanto a chiacchiere, Don Pierino Gelmini dice per aiutare una persona tu devi scendere con lui materialmente,

fisicamente nel fosso, devi restare con lui, questo è l'unico modo per aiutare le persone..., la persona deve essere seguita quotidianamente, stimolata quotidianamente a fare, a non abbattersi” (Già).

CONCLUSIONI

“I soggetti esperti in uso di droga hanno nella loro mente, in forme e modi peculiari, pronte per essere narrate con i codici linguistici in possesso di ciascuno, e ciononostante con contenuti sorprendentemente uniformi, una teoria della tossicodipendenza che è più avanzata e anche persino più sofisticata di molte teorie ufficiali, che ancora oggi sono in circolazione” (F.Folgheraiter “Tossicodipendenti riflessivi”).

Attraverso questa analisi esplorativa, non sono giunta a verità oggettive, ma mettendo a confronto i diversi vissuti portati dai ragazzi ho potuto esplicitare delle ipotesi funzionali al cambiamento di vita del ragazzo tossicodipendente.

In questo articolo ho riportato alcuni dei temi salienti che mi hanno accompagnato ed ho ritrovato in questo percorso quali: la possibilità di scelta e di controllo sulla propria vita, l'importanza del processo di simbolizzazione, la relazione come impasse, ma soprattutto come punto di svolta nell'esperienza umana.

I vissuti dei ragazzi che non ce l'hanno fatta, sembrano essere slegati tra di loro e privi di una connessione e simbolica e reale, l'identità appare debole e precaria l'imitazione è la modalità preferenziale per avvicinarsi all'altro. Nei vissuti invece, tracciati da percorsi in “salita”, il mondo relazionale del soggetto appare pieno, c'è una forza propulsiva che spinge all'altro, visto come differente da sé, c'è la voglia di crearsi obiettivi a medio e lungo termine, le decisioni vengono mantenute nel tempo. Elementi fondamentali emersi nella ricerca in un percorso di recupero divengono lo sviluppo delle capacità riflessiva, attraverso la costruzione di una relazionalità altra, che permetta al soggetto di desiderare, la visione del tossicodipendente come colui che può dare un senso alla propria vita. Si tratta per il soggetto di ridare intenzionalità alle proprie azioni, e di dirigerle verso finalità positive, che andrebbero perseguite con determinazione, prendendo le distanze da quel passato, che per quanto lontano, spesso rimane ancora vicino.

Bibliografia

- Bergeret J., Chi è il tossicomane, Bari, Dedalo, 2000.
- Costantini M.V., Macchi a, Il narcisismo visto da due autori francesi: Bela Grunberger e André Gree. In: Mangini E. (a cura di) Lezioni sul pensiero post-freudiano, LED Milano, Erickson, 2004.
- Folgheratter F., Tossicodipendenti riflessivi; la teoria relazionale del recovery narrata dai protagonisti, Milano, Erickson, 2004.
- Feruzza E., Gigli G., La psicologia del Sé. Heinz Kohut. In: Mangini E. (a cura di) Lezioni sul pensiero post-freudiano, Milano, LED, 2003.
- Freud A. (1961) L'Io e i meccanismi di difesa, Firenze, Psycho, 1997.
- Freud S. (1920), Al di là del principio di piacere, In: La teoria psicoanalitica, Torino, Boringhieri, 2001.
- Mangini E. Jacques Lacan. Genio e sregolatezza. In: Mangini E. (a cura di) Lezioni sul pensiero post-freudiano, Milano, LED, 2003.
- Scarnecchia M., Oltre le colonne d'Ercole, Milano, Franco Angeli, 2007.
- Starace G., Vite incerte, giovani, droga, comunità, Napoli, l'Ancora del Mediterraneo, 2000.
- Winnicott D.W., Gioco e Realtà, Roma, Armando, 2005.

DIPENDENZE E SOCIAL: QUALI NUOVE FRONTIERE?

Annalisa Colucci
Psicologa, psicoterapeuta

Riassunto

Affrontare un tema riguardante la dipendenza dalla rete è sicuramente affascinante tuttavia non è semplice poiché le attuali frontiere della “comunicazione” hanno assunto nuovi risvolti e nuovi scenari, talvolta non corrispondenti a ciò a cui la società era “abituata”. Qualche anno addietro si parlava di “nuove tecnologie”, “nuovi linguaggi” nella comunicazione, nuove definizioni: immigrati digitali e nativi digitali sono termini con cui ci confrontiamo continuamente, i primi rappresentano le generazioni di adolescenti sempre più “social” e abili nel dialogare attraverso una fitta rete tecnologica, i secondi una generazione di adulti che cerca di uniformarsi a questo nuovo modo di comunicare e giocare, rispetto alle proprie conoscenze, con la realtà virtuale. Ovviamente non vi è alcuna demonizzazione rispetto a questa nuova frontiera, conoscere anche gli effetti collaterali è sicuramente motivo di conoscenza e approfondimento.

I social e l'intero universo virtuale hanno assunto un ruolo di grande importanza nello scenario della quotidianità; negli ultimi anni si parla di “Internet Addiction” superando anche le più comuni forme di dipendenza (come alcool e droga correlati, shopping compulsivo, gioco d'azzardo patologico), si parla di un sorpasso, istituzionalizzandola ad una come nuova e pericolosa forma di dipendenza, presente in molti adulti, ma considerevolmente presente nella gran fetta di giovani adolescenti, creando grosse ricadute sul benessere e sulla salute psicofisica.

Parole chiave: internet addiction, consonanza intenzionale, simulazione incarnata, Hikikomori.

Abstract

Addressing a topic concerning network dependency is certainly fascinating. However, it is not easy because the current frontiers of “communication” have taken on new aspects and new scenarios, often not alike that the society used. A few years ago, there was talk of “new technologies”, “new languages” in communication, new languages: digital immigrants and digital natives are the terms

with which we continually confront each other; the first results the generations of “social teenagers” and able to talk through a technology network, the latter, new adult generation, learning and gaming experience, compared to one’s own knowledge, with virtual reality. Obviously, there is no demonization compared to this new frontier, knowing also the side effects is certainly a source of knowledge and deepening.

The social media and the entire virtual universe have assumed a role of great importance in the everyday scenario; in the last years of “Internet Addiction” overcoming even the most common forms of addiction, such as overtaking, institutionalizing it to a new and dangerous form of dependence, present in many adults, creating great consequences on well-being and psychophysical health.

Keywords: internet addiction, intentional consonance, embodied simulation, Hikikomori.

INTRODUZIONE

La nuova terminologia di internet addiction ha presentato una nuova concezione di disturbi. Le persone affette da questa tipologia di disturbo, raccontano di avere come pensiero principale al risveglio mattutino quello di accedere “online” e cercare messaggi o consensi rispetto a narrazioni, racconti di vissuti condivisi, spesso, di vita privata o professionale. Il quadro di problematicità del fenomeno raggiunge spesso criticità molto profonde.

Rispetto al pattern di comportamenti “disfunzionali” vi è un cambiamento considerevole. Cambia la percezione del corpo rispetto allo spazio fisico, ed al “proprio” concetto mentale di “comprensione di sé stesso“, in un contesto al di fuori della rete e di internet. Una vera metamorfosi della rivalutazione delle emozioni.

Il social diventa un “contenitore” “per condividere attraverso un nuovo linguaggio, un nuovo modo di interagire. La dipendenza si manifesta attraverso comportamenti di aggressività, con la stessa dinamica di quelli scatenati da deprivazione di sostanze o alcool.

Uno dei maggiori studiosi del fenomeno, il Prof. Guerreschi ha riscontrato come nella dipendenza da rete siano stimulate le stesse aree cerebrali della dipendenza da sostanze, i sintomi sono: *craving, impulso irrefrenabile, astinenza, perdita controllo, tolleranza zero* verso qualunque situazione.

Nella tabella seguente sono indicate le diverse fasi della dipendenza:

Tabella 1. Fasi dipendenza
Curiosità, coinvolgimento fisico ed emotivo
Sostituzione, immersione profonda
Fuga da una realtà non piacevole

I.A.D. (Internet addiction disorder)

La memoria cerebrale è continuamente sottoposta alla ricerca del piacere, questo crea un meccanismo di continua dipendenza, l'aumento di dopamina che ha la stessa valenza di un abbraccio, gioco o assunzione di sostanza. In concomitanza vi è una carenza di ossitocina, trascuratezza, la forte paura dell'abbandono sono fasi importanti elaborate in modo improprio che appartengono a coloro che soffrono fortemente della problematica della dipendenza. Sono evidenziati della tabella 2 i principali sintomi psicofisici.

Tabella 2. Sintomi maggiori psicofisici
Problemi cardiaci
Oculari
Posturali
Circolatori
Astenia
Percezione distorta della realtà
Anaffettività

Oltre l'aspetto riguardante i sintomi psicofisici, vi sono un insieme di più fattori presenti, meccanismi che portano a credere di migliorare la sensazione dolorosa vissuta. Il concetto legato all'insieme di più fattori (Retomania) presente in questi stati, è sia per fuga che per scopo.

La *Retomania* per fuga indica la fuga per scappare da vissuti depressivi, per anestetizzare il dolore.

La *Retomania* per scopo la riscontriamo nel profilo del narcisista, dell'ossessivo (controllo continuo), del maniacale e dello stalker, groomer (adescamento).

Un concetto nuovo che accompagna il soggetto con dipendenza dalla rete è quello di “consonanza intenzionale”, che spiega il capovolgimento di una *intersoggettività* che sparisce, nel momento in cui il soggetto applica una valutazione attraverso uno schermo senza rispecchiamento e senza simulazione di sentimenti, azioni, concetti, i meccanismi di codifica, che servono a decodificare azioni e sentimenti propri ed altrui, vengono compromessi.

Nelle dipendenze anche la *simulazione incarnata* è la comprensione attraverso l'esperienza altrui. Quest'ultima avviene tramite una reciprocità di comportamenti ed intenzioni non presenti nel momento in cui la realtà è concepita attraverso uno schermo o una realtà fittizia (ricordiamo fenomeni come le *second life* in cui si vive una realtà “parallela” ed in cui anche circostanze serie legate a sentimenti, esperienze private e lavorative vengono sostituite o vissute alla stregua della vita reale).

In conclusione, questi due nuovi meccanismi, su base fenomenologica, di condivisione delle emozioni, ha cambiato il riscontro valutativo del concetto di dipendenza.

Uno degli aspetti del fenomeno dipendenza è la poliedricità delle problematiche che emergono, una tra tutte, nel quadro generale, è la sindrome di *Hikikomori*, manifestazione che colpisce la maggioranza dei giovani e che già da qualche anno si sta affacciando in maniera prepotente nel contesto giovanile italiano.

La sindrome di Hikikomori (hiku : tirare , komoru: ritirarsi)

Tale fenomeno nasce negli anni 80 in Giappone come condizione di isolamento forzato o scelto, poiché l'ambiente con cui si interagisce non è all'altezza delle aspettative o crea un isolamento, lo riprende in un suo reportage il giornalista americano M. Zielezger per cercare di comprendere la “chiusura “di molteplici adolescenti nelle loro stanze dinanzi ad uno schermo. Il fenomeno ha visto spesso coinvolte vittime di bullismo, cyberbullismo, le quali hanno optato per una scelta parallela di vita attraverso i social, con l'illusione (alquanto veritiera) di essere più tutelati, meno visibili, meno attaccabili e sicuramente con la possibilità di scegliere amici, coetanei con le stesse motivazioni, bisogni e sogni tipici di questa età. I soggetti sono ragazzi connessi continuamente, che comunicano,

socializzano ed esprimono opinioni ed idee attraverso i social; sono adolescenti con una intelligenza al di fuori del comune, ed hanno aspetti emotivi, fragilità e sensibilità non riscontrati in tutti, riescono a dialogare rispetto ad argomenti vari o di esclusivo interesse personale. Tuttavia, hanno vissuto un disagio di isolamento e fenomeni depressivi che li ha portati ad agire con una “chiusura” dal mondo reale come comportamento di difesa.

Diversi autori hanno analizzato la dipendenza da rete con studi e risultati interessanti. Uno di questi autori è Goldberg I. (1995), il quale *parla* inizialmente di una fase goliardica che con il tempo, se protratta, specificamente comporta una vera e propria crisi di *astinenza* che compromette la realtà e l'instabilità emotiva l'unica risposta “concepibile” per il soggetto affetto da tale disturbo è reagire attraverso tali manifestazioni.

Cantelmi T. (1998) porta il concetto di internet game disorder, attraverso una rivoluzione del digitale, il concetto di *società tecnoliquida* ha preso le mosse dalle analisi sociologiche di Z. Bauman che con il suo lavoro del 2000 parlava di *modernità liquida*. La metafora utilizzata è per far capire il cambiamento nella sfera comunicativa, e la grande flessibilità, attraverso un connubio tecnologico tra l'ondata tecnologica ed informatizzata. Inizialmente vi era uno scambio di idee tra persone, creando successivamente disagi in cui la società attuale ha poi presentato pochi strumenti validi per emergere dalle crisi, ma molti per “evadere” costruendo poco. La postmodernità ha dato il via, sempre secondo l'autore, ad una fase di “brodo primordiale tecnoliquido”.

Kimberly Sue Young (2014) analizza la difficoltà sempre più rilevante soprattutto tra i giovani con ripercussioni sulla vita personale, professionale e scolastica. Sono emersi sovrabbondanza cerebrale, indi stanchezza cerebrale poiché il cervello e tutti il resto degli organi e muscoli interessati non si riposano, ma sono “online” continuamente, senza pausa.

Uno sguardo alla *Neurobiologia* è obbligato soprattutto per i recenti studi condotti, in Italia dal prof. Arturo Bevilacqua, l'autore parla di parte della popolazione assorta a consultare il telefono 2600 volte al giorno, solo 14 sono le “volte” in cui è necessario l'accesso per problemi o necessità, il resto è per svago. Il 90% della popolazione mondiale possiede una connessione internet, metà della popolazione online è connessa continuamente.

Il fenomeno oramai ha acquisito una grande valenza sociale, l'OMS descrive la dipendenza patologica cioè quella dei “connessi online”, presentando una condizione fisica e psichica fortemente compromessa, paragonando il vissuto a

quello della dipendenza patologica da sostanze attraverso una vasta gamma di comportamenti anomali. Lo scopo è quello di alleviare alla base il malessere di una privazione. Vi sono processi biochimici biologici e fisiologici, per cui vi è un meccanismo biochimico che si autoinnesca nel cervello. In tale caso il circuito della ricompensa è quel meccanismo che si instaura e se non accolto provoca una dipendenza fisiologica o patologica di rinforzo positivo e negativo, è una sorta di rinforzo atavico.

Esso è costituito da tre momenti fondamentali:

- La componente preparatoria (il desiderio e le azioni messe in atto per raggiungere il piacere)
- La componente incentivante motivazionale (provare qualcosa di nuovo)
- La componente consumatoria (piacere, soddisfazione e gratificazione)

L'area tegmentale ventrale rilascia dopamina, la liberazione dal nucleo accumbens è correlato al piacere ed alla gratificazione. Contemporaneamente avviene l'inibizione del lobo frontale (area del giudizio, coscienza), indi il soggetto non è più razionale e la percezione del pericolo è compromessa. L'inibizione dell'amigdala (area percezione pericolo, paura ecc.) non rende il soggetto capace di percepire che vi è un pericolo legato ad una azione non contemplata, tuttavia tale meccanismo metterà in atto un comportamento in cui vi è un rinforzo positivo, che non è tale. Se vi è una difficoltà o una timidezza di fondo nell'instaurare relazioni il soggetto avrà una maggiore facilità di instaurarle relazioni attraverso i social, sicuro di poter avere un dialogo più libero, poiché vi è uno schermo che filtra. Il soggetto attraverso i social "idealizza" una immagine che vorrebbe e probabilmente la ritrova in ciò che ha tra i suoi contatti social.

Tra i modelli efficaci per la conoscenza della problematica il Modello ACE (accessibilità, controllo, eccitazione) ha reso più chiari i parametri di lettura di questo fenomeno.

Sono state riconosciute attualmente altre differenti tipologie di DIPENDENZE legate a questo modello:

- *Cyber Relational addiction*: instaurare relazioni tramite social;
- *Cybersexual addiction*: uso compulsivo di pornografia e sesso virtuale, second life;
- *Computer addiction*: tendenza al coinvolgimento eccessivo giochi virtuali non interattivi online;

- *Net compulsion*: eccessivo coinvolgimento e comportamenti collegati a varie attività (gioco d'azzardo, shopping compulsivo, giochi di ruolo)

Altro comportamento episodico è quello di avere una Second Life: realtà parallela, come già riportato sopra, che si scontra con la vita reale, ci si rifugia in un mondo parallelo che diviene il mondo percepito come reale, o comunque preferito ad essa.

Soprattutto tra le generazioni di teenagers è comparsa negli ultimi tempi la sindrome di popolarità, tale fenomeno consiste nell'essere popolari il più possibile, ma non per meriti personali o elogi, ma anche attraverso post aggressivi o volgari, purché si ricevano molti like; da qui la nascita degli "odiatori", giovanissimi anonimi ragazzi e, spesso anche adulti, che attaccano attraverso la rete altre persone che non condividono un loro pensiero o semplicemente persone di diversa etnia o religione o idee. Questa sindrome è presente tra i giovani, tuttavia tra gli adulti sta trovando una differente connotazione, anche nelle coppie, ad esempio vi sono relazioni adulte che esibiscono quotidianamente il loro grande amore attraverso post, foto o momenti di vita privata. Così si assiste al MUD (Multi User Dangerous) che non è più una realtà virtuale parallela ma diviene l'unica realtà che si decide di mostrare.

Nella tabella sottostante sono evidenziate le percentuali dei più frequenti aspetti di comorbidità:

75%	problematiche depressive
57%	disturbi di ansia
60%	disturbo ossessivo compulsivo

CONCLUSIONI

Questo lavoro è solo una parte delle situazioni problematiche emerse negli ultimi anni, spesso infatti non si ha la giusta percezione di ciò che sta accadendo in termini non solo antropologici o sociali, ma anche in termini psicosomatici.

La tecnologia è uno strumento valido, soprattutto nelle mani giuste e competenti, e con un uso consapevole e moderato, partire da una " sana relazione " con lo strumento digitale sicuramente non compromette aree e sfere biologiche ed emotive, fragili, soprattutto in età adolescenziale. È necessario stabilire regole ferme che diano referenzialità ed importanza all'individuo ed al contesto. L'autodisciplina è importante, non protrarre l'uso per un tempo eccessivo; cercare di praticare attività sportiva poiché il rilascio di endorfine può aiutare nella compensazione di alcuni meccanismi legati all'uso eccessivo o di ciò che comporta il principio del piacere legato ad esso; cercare di sincronizzare con la realtà "reale" e non virtuale (bambini molto piccoli non sanno che ciò che vedono non sempre non è veritiero, per cui tendono ad emulare senza alcuna consapevolezza non solo della veridicità, ma anche non coscienti della pericolosità di alcuni comportamenti); cercare di instaurare relazioni vere, attraverso il dialogo, interessi in comune, nascono amicizie ed amori anche fuori dal contesto mediatico; avere un riferimento autorevole e valido; e soprattutto prestare attenzione ad ogni situazione a rischio. Durante il corso della giornata si consulta spesso il cellulare, il 90% della popolazione mondiale ha una connessione internet che spesso utilizza al di fuori del lavoro, sicuramente è una grande risorsa e demonizzare non porta a nulla, tuttavia farne un uso sano, parsimonioso, porta ad un migliore tenore di vita psicofisica, poiché le conseguenze elencate spesso comportano disturbi che a lungo andare creano una cronicizzazione del problema anche con risvolti gravi.

Bibliografia

- Andreoli V. La vita digitale, Rizzoli, Milano, 2007.
- Cantelmi T. Tradimenti online, Franco Angeli, Milano, 2006.
- Caviglia G., Perrella R. Dipendenza da internet, Maggioli editore, 2014
- Gallese V., Migone P. Eagle M.N. La simulazione incarnata: i neuroni specchio, le basi neurofisiologiche dell'intersoggettività e alcune implicazioni per la psicoanalisi. *Psicoterapia e scienze umane* 2006;3; 543-580.
- Giusti E., Militello F. Neuroni specchio e psicoterapia, Sovera, 2001.
- Lavenia G. Internet e le sue dipendenze. Dal coinvolgimento alla psicopatologia. Franco Angeli, 2017.
- Lavenia G. Le dipendenze tecnologiche. Valutazione, diagnosi e cura, Giunti Psychometrics, 2018.
- Padrini P. Chat luogo e tempo della comunicazione e dell'incontro, Effatà Editrice, Cantalupa, Torino, 2006.
- Spitzer M. Connessi e isolati. Un'epidemia silenziosa, Corbaccio, 2018.
- Spitzer M. Solitudine digitale. Disadattati, isolati, capaci solo di una vita virtuale, Corbaccio, 2016.
- Tonioni F. Psicopatologia web mediata, Springer Verlag, 2013.
- Wallance P. La psicologia di internet, Raffaello Cortina, Milano, 2000.

Corrispondenza

Dott.ssa Annalisa Colucci
Mail: merida71@libero.it
3334709199

ABBONAMENTI E ACQUISTI

Numeri precedenti

2017

- Numero 1/2017 - “Dignità umana e percorsi di cura”
- Numero 2/2017 - “Relazionalità e comportamenti aggressivi. Dal bullismo al femminicidio: quando stare insieme non è un piacere”
- SUPPLEMENTO 1 - “Depressione: parliamone insieme”. Relazioni II Congresso Nazionale EDA, Avellino, 19-21 ottobre 2017

2018

- Numero 1/2018 - “Obsessioni, compulsioni e dintorni. Vivere prigionieri di se stessi”

Informazioni

La rivista Telos è stata fondata da Gino Aldi e Francesco Franza nel 2017 con lo scopo di raccogliere articoli centrati sulle novità, sui concetti e sulle considerazioni in campo psichiatrico, fenomenologico, psicologico-psicoterapeutico, nelle scienze umane e nelle neuroscienze.

Ha cadenza semestrale, è monotematica e viene stampata dal gruppo editoriale Mediserve s.r.l Napoli-Milano. Sono previsti supplementi annuali.

I contenuti della rivista sono protetti da copyright e possono essere riprodotti soltanto dopo richiesta scritta e autorizzazione della redazione di Telos.

La rivista Telos non è responsabile della pubblicazione di contenuti che possono arrecare danno a terze persone. Sebbene tutto il materiale pubblicato sia conforme alle norme etiche, l'inclusione in questa pubblicazione non costituisce garanzia o approvazione della qualità o del valore del prodotto o delle rivendicazioni da esso fornite dal suo produttore.

Abbonamento

Privati: € 30,00

Enti e istituzioni: € 60,00

Il pagamento deve essere inviato a Zetema Edizioni al seguente indirizzo:

Via Piave n.7, 81100 Caserta

La sottoscrizione sarà rinnovata automaticamente ogni anno, se non si richiede la revoca con la comunicazione entro il 1 Dicembre di ogni anno.

Per sostenere la rivista è possibile effettuare una donazione al IBAN:

IT74Y0538714900000002273651

specificando la causale “Donazione rivista Telos”.

Le richieste di pubblicità sponsorizzazione, la corrispondenza e le richieste di copie arretrate devono essere indirizzate a:

Dott. Gino Aldi Zetema Edizioni

Via Piave n.7, 81100 Caserta

Mail: Gino.aldi@rivistatelos.it

Dott. Francesco Franza

C/o Associazione Neamente

Mail: Francesco.franza@rivistatelos.it

LINEE GUIDA PER GLI AUTORI

L'obiettivo della rivista Telos è quello di pubblicare contributi scientifici originali di fenomenologia, psichiatria, psicologia, scienze umane e neuroscienze.

Il suo campo di applicazione include la salute mentale in generale, gli aspetti psicologici di qualsiasi campo della medicina, della filosofia e delle scienze umane. Telos si pone, quindi, l'obiettivo di promuovere le conoscenze e i saperi di tali discipline, nonché di stimolare la collaborazione con altre realtà e organizzazioni scientifiche, e di condividerne il progetto.

Tutti coloro che vogliono collaborare al progetto Telos attraverso l'invio di articoli alla Redazione Editoriale (redazione@rivistatelos.it), devono leggere le "Linee guida per gli Autori" della rivista Telos, dove troveranno tutte le informazioni necessarie per scrivere il proprio manoscritto in conformità alle norme Telos.

I manoscritti devono essere scritti in lingua italiana. Spetta agli Autori garantire la qualità della lingua. I criteri di accettazione per tutti i documenti sono la qualità e l'originalità del lavoro e degli argomenti trattati e il loro valore per i nostri lettori. I contributi devono rientrare nelle seguenti categorie: **Ricerca originale; Review/Mini-review; Relazione breve; Lettera all'editore; Recensione di libri.**

La presentazione di un manoscritto implica:

- che l'opera descritta non sia stata pubblicata in precedenza (tranne che sotto forma di un abstract o come parte di una pubblicazione, di una revisione);
- che non sia stato sottoposto ad altra rivista o giornale;
- che la sua pubblicazione sia stata approvata da tutti i coautori, e se richiesto, dalle autorità responsabili - tacitamente o esplicitamente - presso l'istituto in cui è stato eseguito il lavoro. Questo deve essere indicato nella lettera di presentazione.

I manoscritti contenenti un lavoro di ricerca devono presentare una dichiarazione secondo cui tutti gli studi sull'uomo sono stati approvati da un comitato etico adeguatamente costituito dell'istituzione in cui è stato svolto il lavoro e che esso

è conforme alle disposizioni della Dichiarazione di Helsinki del 1995 (come modificato a Edimburgo 2000).

Gli editori della rivista *Telos* si riservano il diritto di rifiutare manoscritti che non soddisfano i requisiti di cui sopra. L'Autore sarà ritenuto responsabile di false dichiarazioni o di inadempimenti di tali requisiti.

Il manoscritto, unitamente alla lettera di copertura, deve essere inviato elettronicamente al seguente indirizzo e-mail dell'Ufficio Editoriale: redazione@rivistatelos.it.

La Redazione confermerà la ricezione del manoscritto e fornirà un numero di riferimento del manoscritto. Il numero di riferimento del manoscritto deve essere citato in tutta la corrispondenza con il caporedattore e la redazione. Ogni manoscritto sarà assegnato ad almeno due revisori. Qualora si richiedano revisioni prima della pubblicazione, gli autori sono invitati a includere qualsiasi suggerimento che essi concordano potrebbe migliorare la loro carta. Le lettere di risposta (file di Word separato) forniranno informazioni, commenti e richieste di modifiche di ciascun recensore. Dopo aver ricevuto ulteriori osservazioni da parte dei valutatori, i redattori prenderanno la decisione finale, inclusa la priorità e la data della pubblicazione, nonché il diritto di modificare e, se necessario, abbreviare il materiale da pubblicare.

Preparazione del manoscritto

Elaborare il manoscritto come documento in formato Word. Usare tipo di carattere **Times New Roman, dimensione 12, interlinea singola**.

I numeri della rivista sono stampati in formato A5; i supplementi possono essere stampati in altra forma, ad esempio A4, per esigenze editoriali, su indicazione della Redazione.

Utilizzare un sistema chiaro di intestazione per dividere e illustrare il testo, con non più di tre gradi di intestazioni. Le immagini devono essere presentate come file separati TIF o EPS e la posizione desiderata delle figure e delle tabelle dovrebbe essere indicata nel manoscritto. Le note a piè di pagina non sono consentite.

Tutte le misure devono essere indicate in unità standard SI. Le abbreviazioni dovrebbero essere utilizzate in modo ridotto e solo quando facilitano il compito del lettore riducendo la ripetizione di termini lunghi. Inizialmente usare la parola intera, seguita dall'abbreviazione nelle parentesi. Quindi utilizzare le abbreviazioni. I farmaci devono essere indicati con i loro nomi generici.

I manoscritti devono essere presentati nel seguente ordine:

- 1. TITOLO.** La prima pagina deve contenere il titolo dell'articolo, i nomi completi degli autori e dei titoli delle posizioni presso le rispettive istituzioni, gli indirizzi delle istituzioni in cui è stato eseguito il lavoro (gli indirizzi per gli autori diversi dall'autore della corrispondenza devono contenere il dipartimento, l'istituzione, la città e il paese) e l'indirizzo e-mail completo, oltre a fax e numeri di telefono dell'autore corrispondente. Il titolo dovrebbe essere breve, informativo e contenere le parole chiave principali.
- 2. RIASSUNTO E PAROLE CHIAVE.** La seconda pagina dovrebbe contenere:
 - **Riassunto** di massimo 300 parole, seguita da un elenco di 3-5 parole chiave o frasi brevi presenti, se possibile, nell'elenco degli indici medici (MeSH) di *Index Medicus* (<http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>). Il riassunto dovrebbe indicare, quando applicabile, in modo molto specifico, le finalità principali, le procedure, i risultati e le conclusioni dell'articolo, sottolineandone gli aspetti più importanti e innovativi. Per gli articoli di lavori di ricerca e per le review, un riassunto strutturato deve utilizzare le seguenti rubriche: **Introduzione** (oppure obiettivi, scopi principali); **Metodo/i** (progettazione, setting, campione, interventi, principali misure dei risultati, per le reviews le fonti dei dati e i criteri per la loro selezione); **Risultati** (sintesi dei risultati principali insieme alla loro significatività statistica, se possibile); **Conclusioni** (quelle relative ai risultati, limitazioni, implicazioni cliniche e di ricerca; per le reviews principali conclusioni e implicazioni cliniche e di ricerca).
 - **Summary.** L'autore deve aggiungere la traduzione del riassunto in lingua inglese standard e le parole chiave indicate nel precedente riassunto.
- 3. TESTO.** Il testo dovrebbe essere elaborato seguendo le linee guida editoriali internazionali e, pertanto, dovrebbe essere suddiviso nelle seguenti sezioni: **Introduzione** (deve terminare con lo scopo del lavoro), **Soggetti e metodi** (Soggetti con considerazioni etiche e consenso informatico; Metodi, Analisi Statistiche); **Risultati**; **Discussione**; **Conclusioni**. Se il manoscritto non contiene una ricerca scientifica originale è prevista, se di necessità la possibilità di inviare il testo in modo discorsivo, superando le indicazioni precedenti (Introduzione, Metodo, etc.) ma cercando di suddividerlo in diversi paragrafi per favorirne la lettura. Deve essere, tuttavia, sempre corredato del riassunto e del summary, secondo le indicazioni del paragrafo precedente.

4. **RINGRAZIAMENTI.** Dovrebbe essere riconosciuta la fonte di eventuali contributi finanziari e di altri finanziamenti. È necessario annotare il contributo di istituzioni, colleghi, tecnici o editor di lingua. Il ringraziamento a utenti anonimi non è necessario. Se non ci sono riconoscimenti, si prega di indicare la posizione “Nessuno” nella rispettiva sezione.
5. **CONFLITTO DI INTERESSI.** Gli autori sono invitati a rivelare tutte le associazioni commerciali o altre associazioni che potrebbero scatenare un conflitto di interesse in relazione agli articoli presentati. Se non esiste alcun conflitto di interessi, metti ‘Niente da dichiarare’ nella sezione relativa.
6. **BIBLIOGRAFIA.** Nel testo utilizzare il cognome dell’autore e l’anno di pubblicazione tra parentesi (ad es., Tavormina 2016, Sartorius 2009). se gli autori sono due, entrambi devono essere citati (Agius & Zaytseva 2015). Se c’è un articolo con più di due autori, deve essere inserito solo il nome del primo autore più “et al.” (ad es., Zdanowicz et al. 2016, Urlic et al. 1998). Se esiste più di un riferimento bibliografico dello stesso autore o gruppo di autori dello stesso anno, differenziare i documenti aggiungendo un a, b, c, ecc. all’anno di pubblicazione, sia nel testo che nell’elenco dei riferimenti. Tutti i riferimenti bibliografici citati nel testo devono essere elencati nella sezione *Bibliografia* alla fine del testo, in ordine alfabetico del cognome del primo autore. I nomi dei gironali devono essere abbreviati usando lo stile dell’*Index Medicus*. I riferimenti bibliografici devono essere elencati nel seguente formato:
- Agius M & Zaytseva Y: Should measurement of cognition be part of recovery programs for patients with Psychotic Illness? *Psychiatr Danub* 2015;27 Suppl 1:S486-8.
 - Svrakic DM & Cloninger RC: Epigenetic perspective on behavior development, personality, and personality disorders. *Psychiatr Danub* 2010; 22: 153-66.
 - Urlic I, Moro L, Vlastelica M, Vrebalov-Cindro V, Tocilj-Simunkovic G: The phenomenon of envy in theory and therapy. *Coll Antropol* 1998;22:203-19.
 - Reiter RJ & Robinson J: Melatonin. Bantam Books, NewYork, 1995.
 - Doghramji K, Brainard G & Balaicuis JM: Sleep and sleep disorders. In Monti DA & Beitman BD (eds): *Integrative Psychiatry*, 195-339. Oxford University Press, 2010.

7. **TABELLE.** Le tabelle devono essere incluse in pagine separate e numerate consecutivamente con numeri arabi (ad esempio Tabella 1). I titoli devono essere brevi. Tutte le abbreviazioni e i simboli devono essere definite nella leggenda. La tabella e la sua leggenda dovrebbero essere comprensibili senza riferimento al testo. La posizione desiderata delle tabelle dovrebbe essere indicata nel testo.
8. **FIGURE.** Anche le illustrazioni così come i grafici, i diagrammi o le fotografie devono essere numerate consecutivamente con numeri arabi (ad esempio figura 1) in pagine separate, dopo le tabelle. Dovrebbero contenere un breve titolo seguito da una descrizione sintetica. Tutte le abbreviazioni e i simboli devono essere definiti nella leggenda. La figura e la sua leggenda devono essere comprensibili senza riferimento al testo. Inviare una lettera che dichiara l'autorizzazione al copyright se le figure sono state prese da un'altra fonte. Le fotografie delle persone devono essere non identificabili o o bisogna avere l'autorizzazione scritta del soggetto interessato. La posizione desiderata di figure deve essere indicata nel testo. Il costo della riproduzione di illustrazioni a colori viene addebitato agli autori.
9. **CURRICULUM BREVE (SHORT CV).** Gli Autori devono inviare un breve curriculum vitae in formato Word carattere 12, (massimo 10 righe interlinea singola, con le indicazioni indicate in precedenza.

Copyright

Tutti i materiali inviati per la pubblicazione diventeranno proprietà della rivista Telos fino a quando e se la pubblicazione viene rifiutata. Il materiale così citato non deve essere inviato altrove per la pubblicazione.

Per ulteriori informazioni contattare la redazione Telos al seguente recapito telefonico: **0823-452049** (dalle ore 9.00 alle ore 13.00) nei giorni feriali, oppure a **349-8421002; 348-5120363.**



Zetema è un'associazione senza scopo di lucro che promuove la formazione, la ricerca, lo studio e la diffusione di una cultura della salute psicologica dell'uomo. Zetema intende promuovere il dialogo tra le scienze che si occupano di salute psichica con particolare riguardo alla psichiatria, psicoterapia, psicologia e neuroscienze, in un'ottica di integrazione culturale. Zetema integra la cultura prettamente scientifica con l'approccio umanistico specialmente legato alla fenomenologia, alla filosofia della mente, alla antropologia e sociologia della salute. Per sviluppare il proprio progetto Zetema ha dato vita a "Zetema Edizioni", casa editrice che pubblica lavori di riflessione e approfondimento sui temi della prevenzione e della cura della salute psichica.



L'Associazione **Neamente** è una associazione senza scopo di lucro, che ha l'obiettivo di sostenere la diffusione delle conoscenze, del sapere, della ricerca scientifica e degli scambi culturali nell'ambito delle neuroscienze, della psicologia, della psichiatria e delle scienze sociali. Promuove, pertanto, la formazione e la riqualificazione professionale mediante l'organizzazione di corsi, convegni, meeting; l'organizzazione di forum, di manifestazioni, di pubblicazioni editoriali specifiche (ad esempio, la Rivista Telos). L'Associazione Neamente, inoltre, sostiene la ricerca dei campi suddetti, la formazione di gruppi di studio e la presentazione dei risultati di tali ricerche su riviste scientifiche specialistiche e a congressi e convegni nazionali e internazionali. Un elemento importante di diffusione della Associazione Neamente è rappresentato dal sito *Neamente.com*, che costituisce un aspetto fondamentale di contatto e comunicazione con i propri soci e con le persone interessate a collaborare e a partecipare alle iniziative dell'associazione.