

RIFLESSIONI SULLA 'ADDICTIVE PERSONALITY'

di Gian Paolo Guelfi

\\Papers\\Addictive Personality 2000 bozza.doc

Il tema che mi è stato chiesto di trattare oggi è piuttosto spinoso, e i colleghi me lo hanno dato in ricordo di un articolo che ho pubblicato su un libro ormai introvabile curato da Avico e dal suo gruppo presso l'ISS nel 1992 (Guelfi 1992 a).

In quel capitolo si tratteggiava lo sviluppo di quella che viene chiamata appunto "addictive personality", con un termine criticato da qualcuno come stigmatizzante, (Imhof 1995) e non ancora soddisfacentemente tradotto in italiano, a causa della inesistenza, nella nostra lingua, di un corrispettivo del latino "addictus" (colui che è venduto come schiavo e quindi è diventato schiavo, proprietà di qualcun altro), che è invece passato nell'inglese con l'esatto significato classico.

Il mio scritto di allora voleva evidenziare gli effetti dell'uso di sostanze psicoattive sulla personalità di chi ne fa uso, e il termine personalità, non sfugge qui a nessuno, può essere fonte, in tale contesto, di un qualche equivoco, che va subito chiarito.

Occorre misurarsi infatti con il problema della personalità preesistente come fattore di tipo premorbo, capace cioè di favorire se non addirittura di causare, il successivo sviluppo di una abitudine di abuso/dipendenza da una sostanza psicoattiva.

Farò un cenno a questo problema, da tre punti di vista:

- ◆ quello delle tassonomie classificatorie DSM
- ◆ quello del più classico degli studi psicoanalitici sulla personalità (Bergeret)
- ◆ quello della psicologia dell'Io (Kohut, Khantzian)

1. LA CONTROVERSIA SULLA PERSONALITA' PREMORBOSA

1.1 PERSONALITA' E TOSSICODIPENDENZA NEL DSM-IV-TR

Il DSM IV non contempla l'esistenza di una personalità predisponente all'abuso/dipendenza da sostanze psicotrope. Nessuno dei criteri per abuso e dipendenza rimanda a fattori di personalità predisponente. Neppure tra i Disturbi di Personalità (Asse 2) del DSM-IV è prevista una tipologia specificata di personalità predisponente all'abuso/dipendenza.

In generale (DSM-IV-TR pg 689) il DSM ammonisce che *“quando una persona è affetta da un Disturbo Correlato a Sostanze è importante non fare la diagnosi di Disturbo di Personalità basandosi esclusivamente su comportamenti che rappresentano conseguenze dell'Intossicazione o Astinenza da Sostanze, o che sono associati con attività finalizzate a sostenere la dipendenza (p.es., comportamento antisociale).”*

Quindi il DSM esplicitamente esclude l'accezione terminologica in cui oggi io uso il termine personalità.

In tutte le tipologie di Disturbo di Personalità (Asse 2) è anzi indicata nella Diagnosi Differenziale la necessità di tenere distinto il disturbo “da sintomi che possono svilupparsi in associazione con l'uso di sostanze”. Nel caso di tale associazione, la diagnosi di Disturbo di Personalità viene posta solo a certe condizioni.

Per alcuni dei Disturbi di personalità viene segnalata la possibilità che la persona sviluppi disturbi di abuso di sostanze. Questo principalmente per alcuni dei Disturbi del cluster B, e cioè: Disturbo Antisociale di Personalità, Disturbo Borderline di Personalità, Disturbo Narcisistico di Personalità. Soprattutto il primo si associa spesso con Disturbi Correlati a Sostanze.

Il DSM-IV riconosce un nesso associativo tra *numerosi* Disturbi di Personalità e Disturbi Correlati a Sostanze, ma in nessun caso afferma, alludendo a tale associazione, ciò che afferma per esempio, trattando della relazione tra Disturbo Paranoide di Personalità e fenomeni psicotici sull'Asse 1, e cioè che tale Disturbo *“può risultare l'antecedente premorboso di un Disturbo Delirante o della Schizofrenia.”*

Si può quindi concludere che per il DSM-IV non esiste uno specifico disturbo di personalità che sia riconosciuto come l'antecedente premorbo dell'abuso/dipendenza da sostanze.

Possiamo però notare che molti dei Disturbi di Personalità trattati dal DSM-IV comportano sintomi che hanno a che vedere con attitudini psicologiche e modalità relazionali riconosciute empiricamente come caratteristiche dei tossicodipendenti.

Ciò riguarda principalmente le tre diagnosi già sopra ricordate (Disturbo Antisociale di Personalità, Disturbo Borderline di Personalità, Disturbo Narcisistico di Personalità), ma anche altri Disturbi, nella misura in cui l'esperienza dell'uso di sostanze permette a tali pazienti di "automedicarsi" nel senso di Khantzian (Brehem e Khantzian, 1997).

E infatti, come risulta dagli studi e dalle review di Clerici (Sacchetti e Clerici, 1996) sulla comorbidità tra disturbi psichiatrici e abuso di sostanze, "i soggetti con Disturbi Correlati a Sostanze lamentano Disturbi di Personalità in senso stretto con frequenze oscillanti tra il 50 e il 100 %, frequenze che eccedono di molto le attese derivabili dagli studi epidemiologici di questi disturbi nella popolazione generale".

I disturbi più frequentemente rilevati sono: quello Antisociale, quello Dipendente, quello Borderline, quello di Evitamento e quello Narcisistico.

1.2 PERSONALITA' E TOSSICODIPENDENZA SECONDO BERGERET

Bergeret nel suo volume sulla personalità (Bergeret 1974) non considera il problema tossicodipendenze, mentre nel volume sull'ascolto psicanalitico del tossicodipendente (1984) pone fin dall'inizio il problema nei termini più espliciti: *"se esista una personalità il cui funzionamento mentale profondo possa essere definito in base a strutturazioni particolari ... indipendenti e diverse da quelle che si riscontrano nelle modalità strutturali affettive di tipo nevrotico, psicotico, depressivo, perverso o psicosomatico ... Se esista in una parola, una personalità tossicomaniacale"*. La risposta che dà a tale problema è che ***"non esiste alcuna struttura psichica profonda e stabile specificata della addiction ... qualsiasi struttura mentale può condurre a comportamenti di addiction"***, e che la "tossicodipendenza non modifica la natura specificata della struttura psichica profonda in questione *ma si limita a modificare più o meno fortemente la modalità secondaria di funzionamento di tale struttura"*.

Quindi anche secondo lo studioso francese non esiste una personalità premorbo specifica predisponente verso la addiction, ma è probabile che esista una relazione tra

una sofferenza psichica antecedente e lo sviluppo di una abitudine di abuso/dipendenza, a cui sostanzialmente anch'egli riconosce una funzione autoterapeutica, per quanto inefficace e controproducente.

Si può dire dunque che non viene riconosciuta dal DSM né da Bergeret, un quadro diagnostico di personalità caratteristico di coloro che diventeranno tossicodipendenti.

1.3 PSICOLOGIA DELL'IO E PERSONALITA' DEL TOSSICODIPENDENTE

Secondo Kohut (1977), l'addiction rappresenta una delle condizioni nelle quali il nodo centrale del problema è una "debolezza del nucleo della personalità." Il tossicodipendente soffre "delle conseguenze di un difetto del Sé ... e le manifestazioni dei suoi disturbi sono "tutti tentativi -fallimentari- di porre rimedio a tale difetto centrale della personalità". Secondo Kohut, il tossicodipendente brama la droga perché essa "gli sembra capace di guarire il difetto centrale del suo Sé ... (La droga) diventa per lui il sostituto di un Sé-oggetto ("oggetti arcaici investiti di libido narcisistica che sono ancora intimamente connessi con il Sé arcaico, oggetti non sperimentati come separati e indipendenti dal Sé" secondo la definizione che lo stesso Kohut ne dà nel suo volume su Narcisismo e Analisi del Sé)(1971 - it.1976). Ingerire la droga fornisce al soggetto l'autostima che non ha, ma tale medicazione è, ahimé, temporanea, transitoria e fugace e quindi destinata al fallimento: "non viene costruita alcuna struttura psichica, il difetto del Sé rimane". Vedremo più oltre che la soluzione non è solo inefficace, ma svantaggiosa e in sé dannosa

Kohut, al pari di Bergeret, non riconosce una **specific**a situazione di personalità che predisponga alla addiction, anzi l'origine del suo ragionamento è che la sofferenza alla base del disturbo è condivisa in altri quadri clinico-comportamentali, ed in particolare nella personalità narcisistica, nelle perversioni, nelle delinquenze. In questa ottica Kohut parla esplicitamente di "**addiction-prone personality**" (1977), o personalità incline alla dipendenza.

Esiste dunque, secondo gli psicologi dell'io, un insieme di caratteristiche psicologiche e di personalità che sono riconosciute essere in qualche modo le possibili premesse (sia in

senso statistico-epidemiologico, sia in senso psicopatogenetico) del futuro abuso/dipendenza di sostanze psicoattive, e che gli psicologi dell'lo sintetizzano spesso con il termine di **vulnerabilità** (Kohut, Khantzian). Secondo Khantzian (Murphy e Khantzian 1995, in Washton, p 162) "la addiction si produce quando un individuo scopre che la sostanza che ha usato può dare sollievo o aiutare nel controllo dei sentimenti dolorosi e della sofferenza derivanti da carenze nelle capacità dell'lo, del senso del Sé e delle relazioni oggettuali".

Diversi altri autori di orientamenti analitici anche molto diversi tra loro (Meltzer, Olievenstein, Zucca Alessandrelli) condividono interpretazioni di questo genere.

I deficit fondamentali rispetto ai quali il soggetto che fa uso di sostanze cerca sollievo sono nella sfera del "prendersi cura di sé" (self-care), dello "sviluppo del Sé" (self-development) e dell'autostima. Tutto ciò determina seri problemi nelle relazioni oggettuali del soggetto. Il tossicodipendente inoltre, in conseguenza di tale deficit di funzioni, presenta serie difficoltà nella tolleranza dei sentimenti (Brehem e Khantzian 1997).

Le conclusioni di tutto quanto fin qui detto si possono trarre, con Levin (1995, pg 264) che scrive: "per quanto esista una vecchia controversia sul fatto se la precedente psicopatologia sia da considerarsi etiologica nello sviluppo di una addiction, *esiste invece un **accordo generale** tra clinici e ricercatori per cui nel momento in cui vengono visti in trattamento, **coloro che abusano sostanze presentano una significativa e seria psicopatologia concomitante con la addiction.** ... Il soggetto clinicamente tossicodipendente (inteso come distinto dal soggetto che ha una personalità premorbosa - dato e non concesso che questa esista in rapporto all'addiction) è caratterizzato da: depressione; autostima "abissalmente" bassa; grandiosità reattiva; mancata tolleranza degli affetti; impulsività; alti livelli di ansia; autocentratura e self-absorption, paradossalmente combinate con autodistruttività; difficoltà a mantenere comportamenti finalizzati; confusione rispetto a confini e identità; disturbi nelle relazioni interpersonali; sentimenti di vuoto interno"*

Lasciamo perciò, con Levin, la controversia sulla personalità precedente e concentriamoci su diversi cambiamenti riconducibili ad interpretazione unitaria che **si generano nel comportamento quotidiano**, si annidano poi nei processi mentali, e nello stile di vita del soggetto che fa abuso di sostanze psicoattive. Se questa sia effettivamente un

superficiale cambiamento -come afferma Bergeret- o qualcosa di più profondo, soprattutto con il passare del tempo, resta un problema aperto.

2. LE CONSEGUENZE DELL'USO DI SOSTANZE SULLA PERSONALITA'

Dopo la comparsa e nel corso del processo di stabilizzazione di comportamenti di abuso/dipendenza, o meglio, in conseguenza di tali eventi, si generano cambiamenti ben definiti nella personalità del soggetto che ne è protagonista. Quali sono tali cambiamenti.

Chi più di ogni altro ha studiato questo processo come un fatto unitario è stato il mondo dell'autoaiuto di matrice "12 Passi" (AA, NA), e tutto un filone di medici, psicologi e ricercatori (Brown, Nakken, Norman Miller, Levin, Zweben) che hanno riletto professionalmente le impostazioni dell'autoaiuto e ne hanno tratto interpretazioni, prassi operative e elaborazioni teoriche.

2.1 L' "AZIONE" NEL CICLO BENESSERE-MALESSERE

L'uso di droghe, cioè di quelle sostanze che esercitano una azione sulle funzioni chimiche del cervello associate al controllo dell'umore e più in generale della vita psichica, si inserisce nel "ciclo benessere - malessere", un ciclo naturale, fisiologico, le cui polarità sono proprie della vita umana, in una alternanza che deriva dai casi della vita e dalle oscillazioni endogene, e possono essere accentuate fino all'esasperazione in momenti particolari dell'esistenza di una persona, o per motivi psicopatologici.

L'uso di sostanze psicoattive si iscrive in questo "ciclo", nel tentativo di controllarlo, innanzitutto sfruttando le proprietà farmacologiche delle sostanze che provocano alterazioni della chimica cerebrale capaci di modificare lo psichismo e l'umore, ma anche attraverso **le caratteristiche comportamentali e relazionali dell'uso di tali sostanze**.

Con una sostanza psicoattiva si entra nel "ciclo benessere - malessere" attraverso quella che, con un termine semplice che traduce l'inglese "acting out", propongo di definire **"azione"** tout cour.

L' "azione" di assumere una sostanza psicoattiva è un modo per creare un cambiamento emozionale e umorale caratterizzato dal sentimento di controllo e dal vissuto emozionale di pienezza e soddisfazione, per volgere in senso favorevole il "ciclo benessere - malessere".

Questo passaggio dell'elaborazione è singolarmente vicino a quella degli psicologi dell'Io, in particolare a quella che va sotto il nome di Ipotesi di auto-medicazione di Khantzian. Dopo gli studi di Wise, Bozarth, Koob, diGessa, di Gaetano Di Chiara, e degli altri ricercatori di Cagliari non si può non osservare che ciò che qui viene definito "azione" ha i suoi correlati biologici nell'insieme di eventi neurobiologici che, a livello del Brain Reward System, accompagnano e caratterizzano l'assunzione di tutte le famiglie di droghe, inclusi l'alcool e la cannabis, unici esclusi gli allucinogeni del tipo LSD, e che si può riassumere nell'aumentata liberazione di dopamina nelle sinapsi del nucleo accumbens.

Questa "azione" è la premessa della esperienza addictive: il potenziale "addict" è colui che ricorre alla possibilità di controllare il "ciclo benessere - malessere" per mezzo di un comportamento di assunzione di una sostanza, scelta in ragione di certe sue caratteristiche:

- **essere prevedibile**; l'effetto di una sostanza è sempre quello, e ci si può attendere ragionevolmente che si ripeterà ogni volta che la assumiamo.
- **essere sempre disponibile**; le sostanze che hanno prodotto assuefazione in una persona sono lì, e chiedono solo di essere usate.
- **essere fruibile anche in solitudine**; per la gratificazione ricercata nella dose di droga l'addict non abbisogna di altre persone, la può assumere in totale isolamento.

Secondo Brown (1997, pg 176), inoltre, sono:

- **Piacevoli e 'rinforzanti'**
- **Richiedono minime manifestazioni comportamentali**
- **Inducono regressione dello stato dell'Ego, nel senso che, con frequenza, a tale comportamento si associano:**

Impulsività

Diminuita tolleranza alla frustrazione

Focalizzazione su se stessi

Grandiosità

Passività

Intolleranza affettiva

Si tratta di comportamenti governati da un *condizionamento operante*, in cui l'apprendimento deriva dal compenso successivo allo stimolo; da tale compenso derivano il rinforzo positivo e il rinforzo negativo, che trasformano l'azione di assumere una sostanza e l'effetto di sperimentarne il compenso, in una abitudine e poi, progressivamente, in dipendenza ed in addiction.

L' "azione" è dunque un prodotto molto appetibile per la "costanza di caratteristiche del prodotto" che la rende affidabile.

Dal ricorso all' "azione" consegue però che, nel praticare il tentativo di influenzare il "ciclo benessere - malessere" attraverso una droga si sopprime la capacità di influenzare il ciclo stesso attraverso i modi naturali di generare piacere e di difendersi dalla sofferenza. Da questo punto di vista è significativo il titolo di un libro di D.P. Friedman: *"False Messengers"* – falsi messaggeri, nel senso che le droghe rimpiazzano o modificano l'azione di neurotrasmettitori e neuromodulatori ed è dalle conseguenze cellulari e/o molecolari di tale modificazione che si producono riflessi comportamentali.

L' "azione" rappresenta dunque una **scorciatoia** che finisce per sopprimere i modi naturali di generare benessere e piacere e per contrastare lo sviluppo di efficaci meccanismi di coping verso la sofferenza e i sentimenti negativi.

2.2 RIPETITIVITA' DELL' "AZIONE" E CAMBIAMENTI NEL PENSIERO E NEL COMPORTAMENTO

Da questa perversione del sistema naturale di influenzare il "ciclo benessere - malessere" tramite la stimolazione chimica del Brain Reward System nasce la dipendenza, l'addiction,

la condizione di schiavitù sotto il dominio della sostanza e della personalità che vi è invischiata.

La sperimentazione diventa uso saltuario, dà luogo allo sviluppo di tolleranza, quindi di dipendenza fisica, di dipendenza psicologica e infine addiction, quella condizione di cui parlo oggi, dominata dal craving e dal corteo psicologico-comportamentale che va sotto il nome di addictive personality.

L'esperienza di soddisfacimento dei bisogni emozionali non attraverso le relazioni naturali, ma attraverso il ripetuto abbandonarsi all' "azione" dell'uso di sostanza, produce alterazioni che lasciano il segno nel cervello, nella personalità e nel comportamento di chi ne fa uso.

Il consumatore divenuto abituale di droghe, ha sentimenti e pensieri espressivi di autoisolamento, di onnipotenza, di noncuranza, di ripulsa di realtà spiacevoli.

Questo complesso di pensieri e di sentimenti si organizza progressivamente in un pattern, un modello psicologico-comportamentale, che si autorinforza in virtù delle proprietà delle sostanze, e che si struttura in quella che viene chiamata, a torto o a ragione, **"Addictive Personality"**. Questa si annuncia con subdoli cambiamenti, inizialmente centrati sulla tendenza a ripetere l' "azione", dalla quale si diventa progressivamente dipendenti per il controllo dell'umore. Ogni "azione", peraltro, comporta un progressivo isolamento e sentimenti di inquietudine, di colpa, che agiscono come segnale e stimolo per l' "azione" successiva, aggiungendosi agli altri segnali di disagio, e presto sopravanzandoli: **la consuetudine dell' "azione", affermandosi e consolidandosi, ben tosto assume il sopravvento sulle motivazioni di base che la sostenevano e diventa una ragione in sé per la propria auto alimentazione.**

Fin dall'inizio dell'uso di sostanze psicoattive si sviluppa un ingrediente essenziale di ogni addiction, la **negazione** del processo in atto. La negazione è la risultante del senso di colpa derivante dall' "azione" e dal processo dell'addiction, e rappresenta il rifiuto del riconoscimento della perdita di controllo, il grado estremo di fuga dalla realtà del dominio della sostanza sulla personalità.

Qui sorge uno dei punti critici, che per esempio il Colloquio Motivazionale mette in discussione, se la caratteristica negazione del tossicodipendente e dell'alcolista sia un TRATTO di personalità intrinsecamente legato alla patologia o alla personalità (abbiamo già visto che la ricerca non ha mai dimostrato nulla del genere) o non sia piuttosto una condizione definibile come uno STATO derivante dalla interazione del soggetto con il mondo esterno, e caratteristica del solo stadio della Precontemplazione..

La visione della addictive personality, da questo punto di vista, sta alla base di stili confrontazionali (assalto alle difese per smantellarle, fare il vuoto intorno, far "toccare il fondo"), che il Colloquio Motivazionale radicalmente ripudia.

Il meccanismo della negazione si accompagna ad altri meccanismi psichici che rispondono alla stessa logica: principalmente razionalizzazione e proiezione, nonché di tutti i meccanismi reattivi ad essi collegati.

Questi meccanismi danno conto di modalità relazionali caratteristiche del tossicodipendente, quali attribuire sempre la colpa ad altri, assumere atteggiamenti arroganti e affermare contro ogni evidenza e probabilità progetti megalomaniaci.

Il sistema addiction / negazione si sviluppa in specifiche alterazioni del funzionamento di funzioni psichiche elevate. Si sviluppa una "logica" caratterizzata dalla finalità di spiegare la persistenza dei comportamenti di consumo di sostanza e di proteggere la possibilità di proseguirlo. La negazione della relazione di addiction è il perno della logica in questione, e altera il funzionamento del pensiero fino ad assumere in casi estremi i caratteri di un vero e proprio sistema delirante.

In questo stadio (che nell'ottica del modello transteorico degli Stadi del Cambiamento [Prochaska e coll, 1994] è quello della Precontemplazione) la vita del soggetto è dominata dalla sostanza che usa (ciò che Stephanie Brown chiama, per l'alcolista, "alcohol focus", la centralità dell'alcool) e "la maggior parte dell'energia e dell'attenzione della persona è diretta verso la negazione di quella realtà. L'alcolista sostiene che non è così, mentre

fornisce al tempo stesso prove forse sottili ma dirette del contrario. ... Il sistema interno chiuso dell'alcolista viene mantenuto dall'interazione di fattori comportamentali, cognitivi, affettivi, psicodinamici e interpersonali. Il comportamento del bere fuori controllo, usare sostanze, crea una continua *dissonanza cognitiva* (che nel tempo si rivelerà uno se non il maggiore dei fattori del cambiamento) e una minaccia all'identità personale....la logica distorta della negazione, della razionalizzazione e della proiezione costituiscono un vero e proprio 'disturbo del pensiero' " (Brown 1997, p48).

Anche di questo stadio esistono correlati biologici, che radicano la tossicodipendenza nel cervello della persona, attraverso il consolidamento di comportamenti appresi, di rinforzi secondari, e di condizionamenti classici che vanno a costituire il vissuto psicologico e lo stile di vita del tossicodipendente.

La relazione con la sostanza, nello sviluppo della personalità addictive diventa la relazione primaria, la pietra angolare su cui poggia la esistenza, il principio informatore della vita.

Il sistema delirante si struttura più e più, diventa complesso e assume rigidità.

2.3 DALL' "AZIONE" ALLO STILE DI VITA: LO SVILUPPO DELL' ADDICTION

Una volta stabilita, la addiction si sviluppa come un processo comportamentale sostenuto dalle nuove caratteristiche della personalità che hanno preso il controllo. La addiction viene allo scoperto. La persona comincia a dipendere dalla propria addiction (cioè dall'insieme strutturato delle proprie abitudini, dell'attaccamento all' "azione", dal proprio modello di pensiero e di comportamento) oltre e più che dall'effetto psicotropo ricercato (e infatti l'addiction dura anche al di là dei diminuiti effetti della sostanza e al di là della disintossicazione, per mesi e anni.). Comincia a svilupparsi uno stile di vita: la persona si isola sempre di più all'interno di un sistema volto a proteggere l'addiction.

Si sviluppano in questa fase, i rituali caratteristici della addiction. I rituali sono la conferma del sistema di valori cui una persona fa riferimento; esprimono al massimo la prevedibilità del conforto derivante dall' "azione", che contribuiscono a proteggere. I rituali legano il soggetto alla sua comunità (i compagni di buco, di bevuta, la comunità degli 'hashishiens', ecc.)

La crescente marea della sofferenza, del dolore, del disagio e della vergogna spinge sempre più l'addict nella sua situazione. Si sviluppa una tolleranza che porta l'addict ad usare di più, più frequentemente e in modi più pericolosi. Si accentua la perdita di controllo. E quanto più l'addict fa appello alla sua residua forza di volontà, tanto più fallisce, tanto peggio si sente, tanto più coinvolge chi gli sta intorno, tanto più egli resta coinvolto nell' "azione" e nell'addiction, e i suoi nella co-dipendenza.

Il ricorso alla logica addictive, deputata alla protezione del sistema dell' "azione", gli fornisce "spiegazioni" del suo malessere diverse dalla realtà attraverso razionalizzazioni e proiezioni.

Il soggetto cerca di autolimitarsi (nel senso di contenere il numero dei drinks, dei "buchi", delle "canne") senza successo e con un maggiore carico di vergogna e scoramento, dopo gli inevitabili fallimenti; ogni fallimento porta l'addict a usare ancora di più. La gente intorno comincia a rendersi conto di ciò che accade, e a preoccuparsi, ma il soggetto preso nel meccanismo della addiction e della sua logica perversa, percepisce la preoccupazione degli altri solo come un problema in più (sono le proverbiali "menate" dei genitori, le "rotture" del coniuge), un ostacolo al mantenimento dell'abitudine di usare, anziché un potenziale supporto per il recupero.

Il sistema delirante centrato sulla negazione gli impedisce cioè di individuare i veri problemi che lo fanno soffrire: non dà peso alle droghe e all'alcool, ma enfatizza la scarsa comprensione degli altri e le difficoltà della vita, il destino cinico e baro.

I rinforzi negativi derivanti dall'uso di sostanze sono un elemento essenziale di tale processo: il soggetto ha imparato che quando le cose vanno molto male e lo/la fanno stare molto male, l'uso, l' "azione" , in una parola la sostanza, sono sempre disponibili per risollevarlo. Questo è uno dei più tipici meccanismi di ricaduta o di interruzione di un percorso: la *dissociazione cognitiva* si può risolvere anche in questo modo.

L' addict finisce per trovarsi completamente svuotato, privo di energie e "spiritualmente" (è qui che traspare la filosofia dei 12 Passi) isolato dalle persone e dal sistema di valori del suo ambiente. È relegato nel mondo delle persone come lui, il "giro" di coloro che fanno come lui uso di sostanze, che offrono una compagnia acritica, dominata dalla negazione della realtà e dal primato dell' "azione", compagnia superficiale, disperata e disperante.

2.4 SVILUPPO DELLA CRISI

I caposaldi dell' addiction entrano in crisi quando l' "azione", la falsa logica che la protegge, i rituali collaudati di confronto con la realtà cominciano a non rispondere più alle loro funzioni. Sorgono problemi ambientali e fisici (problemi familiari, economici, lavorativi, giudiziari; malattie intercorrenti) che rendono evidente la intollerabilità della situazione. L'idea di farla finita è l'espressione più esplicita di questo stato, e trova riscontro nei tassi di suicidio molto alti associati alla tossicodipendenza di eroina: tassi da 8 a 35 volte più alti di quelli riscontrati nella popolazione generale (Galanter e Castaneda 1985).

Questa crisi è parte di ciò che AA / NA chiamano "toccare il fondo". Da qui parte il cammino del recupero. "Toccare il fondo" è un vissuto soggettivo, diverso per ognuno: ogni persona ha il "suo" fondo, che per fortuna non è sempre l'incarcerazione, l'AIDS, lo sbando sociale. È, a volte, la semplice idea di aver perduto la libertà, di essere divenuto schiavo. O di perdere una persona amata, o altre circostanze del genere (Ludwig 1985). "É il fondo che viene su e ti tocca", come dice una espressione usata in AA / NA . Non è una espressione che debba generare disperazione, ma speranza e serenità.

È il lato negativo dell'uso che comincia a farsi strada e a pesare, per trasformare la luna di miele con la sostanza in ambivalenza, **il precontemplatore in contemplatore**.

Sappiamo bene che non è sempre così, anzi è generalmente il contrario. E questo è uno dei motivi per cui il Colloquio Motivazionale rifiuta il ruolo strategico del "toccare il fondo" che talune interpretazioni di questo approccio suggeriscono.

2.5. I PROCESSI DEL RECUPERO

Stephanie Brown (1985) raffigura il processo di recupero in 4 fasi:

- 1 Fase dell'alcoolismo / tossicodipendenza attiva
- 2 fase di transizione
- 3 fase precoce del recupero
- 4 fase avanzata del recupero

Quanto finora descritto si iscrive nella fase 1, quella della dipendenza attiva. Il processo di recupero, secondo questa lettura, prende le mosse dal momento in cui il soggetto riconosce di aver "toccato il fondo", ed entra così nella fase di transizione.

Il primo passo del cammino di recupero tracciato da AA / NA come sappiamo recita:

PASSO 1.

"Abbiamo riconosciuto la nostra impotenza di fronte alle tossicodipendenze e che le nostre vite erano divenute incontrollabili"

Gregory Bateson (1971) ha analizzato questo passaggio, e lo ha definito un "cambiamento epistemologico", dalla epistemologia dell'alcoolista centrata sulla negazione e sulla sfida simmetrica a quella dell'alcoolista in recupero, centrato sulla assunzione di una posizione opposta ed alternativa, definita "complementare" (Watzlavick e coll 1971), cioè non competitiva, rispetto all'alcool, alla droga e alla personalità addictive. Per cui la cornice epistemologica dell'alcoolismo attivo, che è riassumibile come segue

"Posso usare droga in modo controllato.

Non sono un tossicodipendente"

si trasforma in base a questo processo, nel suo opposto, che suona

"Non posso usare droga in modo controllato.

Sono un tossicodipendente"

Il superamento completo della negazione e il conseguente avvio di un rapporto sincero, onesto con famiglia e ambiente sono la traccia del cammino del recupero. L'uscita dalla logica simmetrica della sfida non è necessariamente un processo "naturale", c'è un tipo di modalità della relazione che aiuta tale processo, ma ci sono altri tipi di modalità che lo ostacolano. Diversi approcci affrontano questo problema da angoli diversi.

La persistente focalizzazione sulla condizione di persona dipendente da una sostanza -ciò che S. Brown (1985, 1997) chiama "Alcohol Focus"- è il costante richiamo al Passo 1, a mai dimenticare il punto di partenza, a sempre mantenere la posizione complementare down rispetto alla sostanza, solo modo per prevenire la ricaduta, altrimenti inevitabile.

Personalmente sospetto che il processo del cambiamento epistemologico di AA / NA, sia centrale, anche se espresso in modi non sempre consapevoli, in ogni processo di recupero in qualsivoglia forma (comunità, gruppo di autoaiuto, guarigione spontanea) si metta in pratica.

Ma è ovvio che questo non è che un punto di partenza, un Passo 1, per l'appunto. Il Passo 2 deve seguire,

"Siamo giunti a credere che un Potere più grande di noi avrebbe potuto riportarci alla ragione"

e tutti i successivi.

Ma dopo questo primo traguardo sorgono altri importanti obiettivi. I bisogni emozionali di fondo, i problemi del controllo del "ciclo benessere - malessere", la incapacità di rispondere a queste esigenze senza ricorrere a sostanze psicoattive, a comportamenti di addiction, sono questioni che via via si impongono nelle fasi successive del recupero.

E qui emerge con evidenza, come problema niente affatto accademico ma ben concreto nel suo ruolo di determinante delle strategie di prevenzione della ricaduta, la questione, dalla quale non per caso sono partito, della personalità del soggetto prima che emergesse la dipendenza, quei fattori di vulnerabilità che lo hanno indotto a pensare che assumere una sostanza avrebbe funzionato per medicare le ferite del Sé, con tutto quello che ne è poi seguito.

Da come si affrontano questi problemi dipende se ci sarà o no la capacità di misurarsi con i problemi pratici del recupero e del reinserimento.

Si tratta di compiti formidabili.

La difficoltà di avere successo in essi è la spiegazione di perché è così difficile il recupero pieno e durevole dei tossicodipendenti e degli alcoolisti, e così frequenti sono le ricadute. Per questi motivi, ancora, il problema non è la disintossicazione, ma il recupero.

Il recupero pieno comporta riapprendere a rispondere ai propri bisogni emozionali, al disagio, alla ricerca del piacere senza ricorrere alla sostanza preferita, e senza ricorrere ad "altre" sostanze nè a forme di dipendenza centrate su altri comportamenti di addiction

(Orford 1985), quali il gioco d'azzardo, il lavoro eccessivo, il mangiare troppo, la sessualità compulsiva e senza cadere nel lungo corteo dei possibili disturbi comorbili psichiatrici. Si tratta di cambiamenti profondi, complessi e radicali, necessariamente lenti e progressivi.

Tanto più risulta comprensibile questa difficoltà se si considera anche la dimensione neurobiologica, i meccanismi neurotrasmettitoriali alterati, le funzioni adattate alla presenza costante e cronica di “falsi messaggeri”, che configurano quella vera e propria malattia, che AA aveva ipotizzato (come fanno gli astronomi con i Buchi Neri) quando ancora non si poteva sospettare quale ne fosse la natura. Non dimentichiamo che furono gli AA i primi a introdurre il disease concept di alcolismo.

La presenza di una forte componente biologica nel problema non deve ingenerare equivoci:

nessuna cura medica può *determinare* tali cambiamenti, anche se soprattutto il metadone è decisivo, in certe fasi ben definite del percorso del dipendente da eroina, per aiutare la persona a superare il bisogno di far ricorso all' “azione”; in altre fasi anche gli antagonisti possono aiutare, ma il processo di recupero non può fermarsi a questi presidi (Guelfi e coll 1991).

E ciò vale anche per la evidente componente psicologica: la psicoterapia può aiutare una persona che, nel corso del suo cammino di recupero, sperimenti difficoltà emozionali o psicologiche e che non riesca a superarle senza un aiuto professionale, ma di per sé la psicoterapia può non essere sufficiente ad attivare e sostenere un cammino di recupero (Guelfi 1992).

Sono necessarie esperienze di vita e di relazione che un individuo può trovare nel suo ambiente -ma ciò non è detto che sia la regola. Sono esperienze che si trovano nei gruppi di autoaiuto come AA, NA; nei gruppi che fanno riferimento al metodo ecologico di Hudolin (1990), i CAT, i CEF (Trimarchi 1989); nelle comunità terapeutiche o di accoglienza.

Il denominatore comune di queste esperienze è il sostegno mentre la persona in recupero riscopre le difficoltà e le gioie della vita, del rapporto con se stesso e con gli altri, e la serenità di affrontare tutto responsabilmente, con l'aiuto degli altri.

3. CRITICA DELL' APPROCCIO BASATO SULLA "ADDICTIVE PERSONALITY"

Questo sistema di pensiero offre il fianco ad alcune critiche che vorrei esaminare con voi. Non prima però di aver ripetuto che l'approccio derivante dal ragionamento che ho esposto è solo una delle possibili letture del problema dello sviluppo e del ciclo della tossicodipendenza. Una delle tante, che certo può essere respinta in blocco, ma che invece può essere recepita in parte, correlata ad altri approcci, nella consapevolezza, che per me resta la stella polare del lavoro sulle tossicodipendenze, che **nessun approccio è buono per tutti, che ogni persona può trarre vantaggi da un approccio e nessun vantaggio da altri, che persino in fasi e stadi successivi dell'esistenza di una persona (e della sua vita psichica) sono necessari approcci e stili di intervento diversi.** Da questo per me deriva una ormai totale tolleranza di approcci i più diversi, purché scientificamente validati, unita ad una totale intolleranza per visioni assolutiste *che negano validità a trattamenti validati*, e per converso, appiattiscono i problemi e i loro portatori sull'ideologia miracolistica di chi le propone.

Condivido in questo l'impostazione di Bell (1992), che definisce patologico ("treatment dependence syndrome") l'atteggiamento di quegli operatori che hanno *sposato* un ristretto repertorio di trattamenti, escludendo tutte le altre possibilità, e così facendo perdono interesse e curiosità verso il paziente, i suoi problemi, il modo di aiutarlo; diventano centrati sulla loro tecnica anziché centrati sulla persona del cliente, e definiscono *resistenza* la mancata accettazione da parte del cliente della loro offerta di trattamento, rigida e a senso unico. Il campo delle dipendenze e del loro trattamento è così elusivo, la individuazione degli *obiettivi del trattamento* così sfuggente che si può capire che problemi del genere investano gli operatori, provocando reazioni anche patologiche.

Ciò premesso, io vedo possibili critiche a questo approccio, elementi che invitano alla cautela, in quanto portatori di possibili rischi

- 3.1 L'individuazione della negazione come perno mentale della Addiction può stimolare attitudini *di confrontazione* verso il tossicodipendente, come in certe caricature di AA che si vedono al cinema. Ho trovato in una lettura della attitudine psicologica e relazionale della tossicodipendenza -quella motivazionale di Miller e Rollnick

(1991)- e nel modello degli stadi del cambiamento di Prochaska e DiClemente (1994), una linea di pensiero e di prassi molto interessante e ben centrata strategicamente sulla questione del superamento della negazione, senza cadere nella trappola della “confrontation of denial”..

- 3.2 La molla ad effettuare il cambiamento epistemologico di Bateson dove sta? Anche su questa questione, io ho trovato una personale risposta nelle strategie dell'approccio motivazionale per rapportarsi con i clienti in stadio di precontemplazione (negazione piena) e di contemplazione (ambivalenza), all'uso ragionato della dissociazione cognitiva. Per aiutare il cliente a superare l'ambivalenza, in particolare, trovo validissimo il metodo del “bilancio” tra il lato “buono” dell'uso della sostanza (generalmente “negato”, misconosciuto e aborrito dai programmi terapeutici) e quello cattivo, generalmente enfatizzato.
- 3.3 Il ruolo del “toccare il fondo” può elicitare interpretazioni aggressive fino al sadismo nei confronti del tossicodipendente, essere per esempio interpretato come la legittimazione di quelle strategie che spingono le famiglie a cacciare di casa sempre e comunque il tossicodipendente, certi Servizi a negare trattamenti (di solito il metadone) o misure socioassistenziali inquadrabili come ‘riduzione del danno’, a sottoporre il tossicodipendente a corse ad ostacoli, a prove estreme per “dimostrare” di essere davvero motivato e “spingerlo” a cambiare.
- 3.4 L'ultimo, ma non il meno importante elemento di critica, è anzi quello più di fondo, è che tale approccio accredita anche da parte dell'operatore, una visione del tossicodipendente come mentitore, manipolatore, aggressivo e mancante di motivazione (Imhof 1995), che potrebbe rischiare di stabilire una eccessiva distanza dal cliente, un clima di giudizio morale.

In realtà io credo che queste possibili critiche non siano necessariamente destinate a tradursi in trappole pratiche. Ogni approccio corre il rischio di portare conseguenze negative nel rapporto tra professionista impegnato nel lavoro e cliente del medesimo.

4. LE REAZIONI DELL'OPERATORE DI FRONTE AL TOSSICODIPENDENTE

Uno dei problemi, se non “il” problema, di fronte a un tale quadro nel cliente tossicodipendente -un cliente dalle caratteristiche non certamente facili e raramente amabili- è quello delle reazioni che suscita nell'operatore -medico, psicologo, assistente sociale, infermiere- che ha di fronte.

In questa logica, tenuto conto che non tutti sono psicanalisti, che quelli che lo sono non sono in genere in grado di “fare” gli psicanalisti con i tossicodipendenti nei servizi, (e che probabilmente dobbiamo ringraziare il cielo che sia così), occorre adottare strategie per affrontare i problemi che non voglio chiamare “controtransferali”, ma che sono, comunque lì si voglia definire, i problemi del vissuto dell'operatore di fronte al cliente.

Per Imhof (1995) le reazioni degli addetti ai lavori nei confronti dei loro clienti che abusano sostanze o ne dipendono, sono espressive di attitudini negative, stereotipe, etichettanti, stigmatizzanti, e si manifestano nelle espressioni verbali con cui li si definisce (tossici, drogati) sono della stessa marca delle reazioni di uguale segno che si trovano tra la gente comune.

Secondo studi che tale autore riferisce estesamente,

- ◆ l'etichetta di ‘alcolizzato’ stimola atteggiamenti negativi nei medici
- ◆ gli psichiatri tendono a giudicare i loro pazienti che sono stati alcolisti meno disponibili a farsi curare
- ◆ l'attitudine e le aspettative del terapeuta influenzano negativamente i risultati del trattamento

La frequente associazione con *comportamenti illegali* porta facilmente alla etichetta di delinquente, criminale.

La stessa *diagnosi di alcolismo* è ritenuta stigmatizzante per gli operatori che vi entrano in contatto.

La *doppia diagnosi* del paziente con comorbidità porta con sé un doppio stigma, legato anche alle evidenti problematiche comportamentali associate a tale condizione.

I tossicodipendenti sono in sintesi definiti (Ross e Darke 1992) come **pazzi, cattivi e pericolosi** (“mad, bad and dangerous to know”).

Questo sfondo complica la relazione terapeutica in modo serio.

La possibilità di reazioni dell'operatore a comportamenti del cliente è praticamente infinita

Che fare di fronte a questo problema?

Le soluzioni sono tanto classiche e ovvie quanto difficili da realizzare e poco praticate:

1. Training dell'operatore, con attenzione alle emozioni e alla grande varietà di fattori attitudinali che influenzano una relazione terapeutica
2. Uso sistematico della supervisione clinica e di gruppo di lavoro
3. Training clinico adeguato e formazione permanente

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association: DSM-IV Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali. Masson Editore, Milano, 1996
- Bateson G.: The cybernetics of Self: A theory of alcoholism. *Psychiatry* 1971, 34, 1-18. Tr. it.in: La cibernetica dell'io: una teoria dell'alcolismo. Adelphi, Milano, 1976 (10a Edizione, 1990) 339-373
- Bell J : Treatment Dependence : Preliminary description of yet another syndrome. *British Journal of Addiction* 1992, 87, 1049-1054
- Bergeret J La personalità normale e patologica. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1984 (Originale Bordas, Paris, 1974)
- Bergeret J., Fain M, Bandelier M: Lo psicanalista in ascolto del tossicomane. Borla, Roma, 1983 (Originale, Dunod, Paris)
- Brehem NM, Khantzian EJ: A psychodynamic perspective. In Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB, Eds: Substance Abuse. A comprehensive Textbook. 2nd Ed., Williams & Wilkins, Baltimore, 1992, pp. 106-117
- Brown S.: Treating the Alcoholic. A Developmental Model of Recovery. John Wiley & Sons, New York, 1985
- Friedman DP, Rusche S: False Messengers. How Addictive Drugs Change the Brain. Harwood Academic Publishers, Amsterdam 1999
- Galanter M, Castaneda R: Self-destructive Behaviour in the Substance Abuser. *Psychiatric Clinics of North America* 1985, 8, 251-261
- Guelfi GP, Deodato S., Trampetti R: Naltrexone e fasi della tossicodipendenza. *Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcoolismo* 1991, 14, 23-34
- Guelfi GP: Effetti dell'uso di sostanze psicoattive e della tossicodipendenza sulla personalità. In Avico U, Macchia T, Dell'Utri R, Mancinelli R: Droga e tossicodipendenze. Edizioni Clas International, Brescia, 1992, pp.181-190 (a)
- Guelfi GP: Autoaiuto e Psicoterapia. S&P Salute e Prevenzione. *Rassegna Italiana delle Tossicodipendenze*. 1992, 9 (4)7-16 (b)
- Hudolin V.: Manuale di Alcolologia. Edizioni Centro Studi Erickson, Trento, 1990
- Imhof JE: Overcoming Contertransference and Other Attitudinal Barriers in the Treatment of Substance Abuse. In Washton AM (Ed): *Psychotherapy and Substance Abuse. A Practicioner's Handbook*. The Guilford Press, New York-London, 1995, pp.3-22
- Miller WR, Rollnick S: Il colloquio di motivazione. Edizioni Centro Studi Erickson, Trento, 1994 (Originale, The Guilford Press, 1991)
- Murphy SL, Khantzian EJ: Addiction as a "Self-Medication" Disorder: Application of Ego Psychology to the Treatment of Substance Abuse. In Washton AM (Ed): *Psychotherapy and Substance Abuse. A Practicioner's Handbook*. The Guilford Press, New York-London, 1995, pp.161-175
- Kohut H: Narcisismo e Analisi del Sé. Boringhieri, Torino, 1976 (Originale, Hogarth Press, London, 1971)
- Kohut H.: Preface. In Blaine HD, Julius DA (Eds): *Psychodynamics of drug dependence*. NIDA Research Monograph n.12, Washington, D.C., 1977, vii-ix
- Levin In Washton AM (Ed): *Psychotherapy and Substance Abuse. A Practicioner's Handbook*. The Guilford Press, New York-London, 1995, pp.
- Ludwig AM: *Understanding the Alcoholic's Mind*, Oxford University Press, New York - Oxford, 1988

Orford J: Excessive Appetites: a psychological view of addictions. John Wiley & Sons, Chichester, 1985

Prochaska JO, Norcross JC, DiClemente CC: Changing for Good. William Morrow Company Inc., 1994

Ross MW, Darke S: Mad, bad, and dangerous to know: Dimensions and Measurement of attitudes toward injecting drug users. Drug and Alcohol Dependence 1992, 30, 71-74

Sacchetti E, Clerici M: InContro all'eroina. Masson, Milano, 1996

Trimarchi A. (a cura di): La famiglia e le dipendenze. Atti del Convegno di Studio - Monselice (PD) 20-23 Giugno 1988. Comunità S. Francesco, Centro di Ecologia Familiare, Noventa Padovana, 1989

Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD: Pragmatica della comunicazione umana. Astrolabio, Roma, 1971