

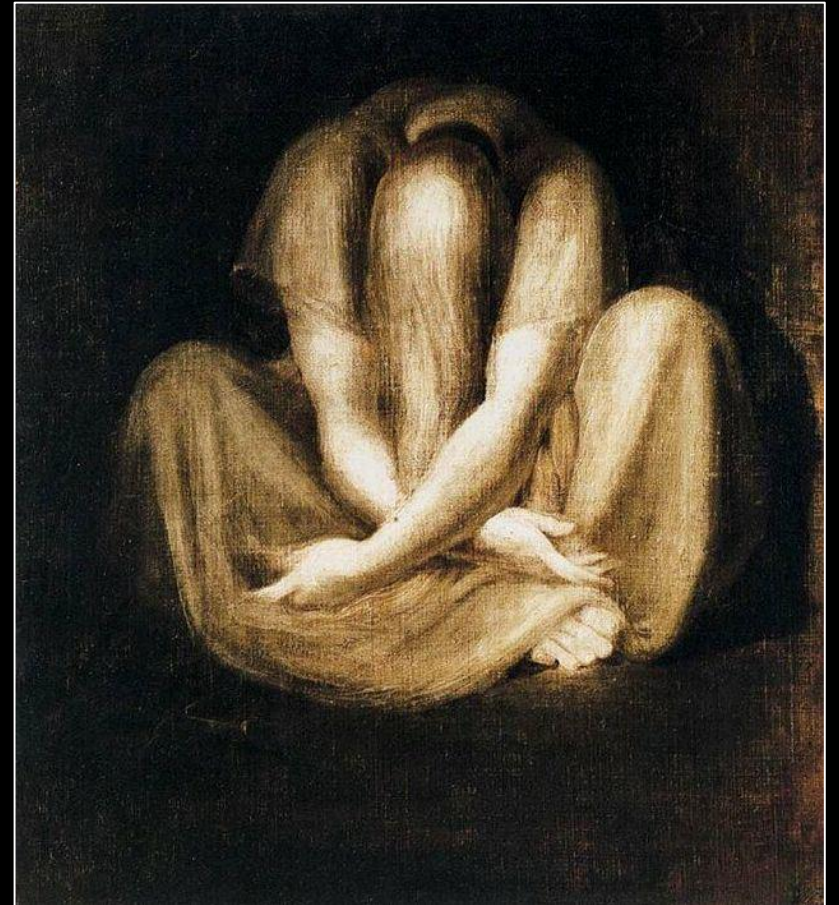
Fondamenti di Psicopatologia delle Dipendenze

Prof. MARCO ALESSANDRINI
MD, Psichiatra, Psicoanalista,
Direttore UOC CSM Chieti
ASL 2 Lanciano-Vasto-Chieti



I. LE CAUSE PSICOLOGICHE (continuazione)

L'Alessitimia



Johann
Heinrich
Fussli,
Il silenzio,
1801

COS'E' L'ALESSITIMIA?

I soggetti alessitimici sono incapaci di riconoscere i motivi che li spingono a esprimere determinate emozioni, hanno una tendenza a esprimerle in maniera somatica, mostrano difficoltà a mettersi nei panni degli altri e sperimentano scarse capacità empatiche (Goleman, 1995)

CARATTERISTICHE PRINCIPALI?

Gli aspetti centrali del costrutto alessitimico sono i seguenti:

- Difficoltà di identificare le emozioni e di distinguere tra emozioni e sensazioni corporee
- Difficoltà di descrivere i propri sentimenti;
- Stile di pensiero piuttosto infantile, egoistico ed utilitaristico;
- Postura rigida e scarse espressioni facciali
- Incapacità di discriminare le emozioni l'una dall'altra;
- Incapacità di distinguere le emozioni dagli stati somatici che le accompagnano;
- Incapacità di comunicare verbalmente i propri sentimenti; di 'pensare ai sentimenti', di mentalizzare le emozioni;
- Tendenza ad attribuire gli eventi della sua vita a cause esterne (caso-destino-altri potenti)

(Taylor, 1994)



1976: JOHN NEMIAH E PETER SIFNEOS

ALESSITIMIA

1973: **Sifneos** coniò il termine dal greco *a*=**mancanza**; *lexis*=**parola**; *thymos*=**emozione**, per denominare le caratteristiche affettive, ma anche cognitive che caratterizzavano i pz psicosomatici e altre patologie psichiatriche.

(1) Difficoltà a ‘sentire’, identificare ed esprimere le emozioni, (2) modalità di pensiero concreta, orientata verso la realtà, (3) carenza del pensiero immaginativo

Alessitimia e dissociazione

- **A-LESSI-TIMIA:** «mancanza di parole per le emozioni»
- La persona alessitimica, non potendo nominare e così identificare le emozioni, non può gestire adeguatamente lo stress emotivo
- Spesso perciò ricorre, come modalità 'estrema' di gestione, alla dissociazione degli stati emotivi (o parti di sé) a cui non riesce a dare nome
- La dissociazione riduce a sua volta la formazione di espressioni verbali dell'esperienza, e così peggiora la già presente difficoltà ad accedere al proprio mondo interno

Alessitimia e dissociazione: loro ruolo nel causare Addiction

La difficoltà a nominare
e così,
identificandole, a
gestire le emozioni
'problematiche'
(**ALESSITIMIA**),
porta a dissociarle
(**DISSOCIAZIONE**)

La persona può cadere
allora nell'uso della
sostanza o nel
comportamento
patologico
(**ADDICTION**)
proprio come
modalità
dissociativa: per
'relegare' lì le
emozioni ingestibili



Dipendenza e Ideale

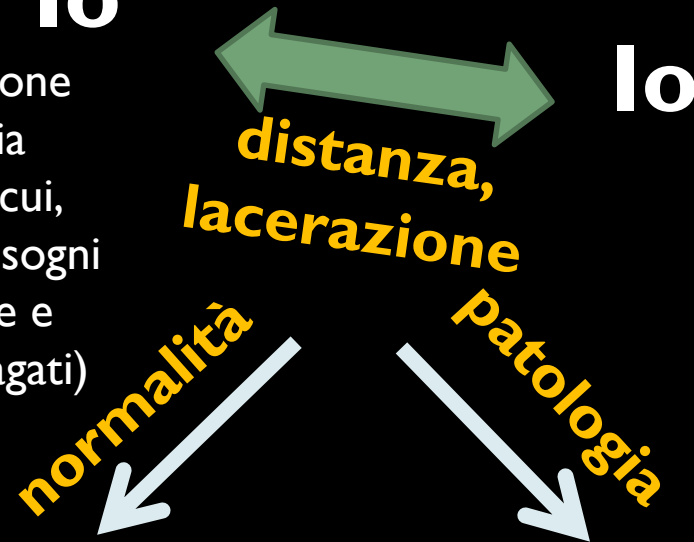


Caravaggio,
Narciso,
ca 1595

Dipendenza e ideale

Ideale dell'lo

*Sostituto della perfezione
narcisistica primaria
(ossia dello stato in cui,
nell'infanzia, i propri bisogni
vengono pienamente e
immediatamente appagati)*



L'lo accetta lo scarto, e lo colma proiettando temporalmente l'Ideale dell'lo davanti a sé, come un miglioramento a cui tendere con fiducia e impegno

La distanza tra l'lo e l'Ideale dell'lo non è accettata, anzi viene negata: la persona lotta per mantenere anche illusoriamente una posizione di unità onnipotente tra lo e Ideale

Dipendenza e Ideale

L'assunzione di una sostanza ripristina in maniera immediata e magica l'unione tra Io e Ideale dell'Io, generando la sensazione onnipotente di "bastare a se stessi" (di non dipendere da nessuno) e soprattutto l'illusione di «raggiungere ogni obiettivo facilmente», senza sforzo e impegno

Disagio psicofisico, malessere, senso di fallimento e di incapacità = riaffiora la distanza tra Io e Ideale, cioè la realtà (negata) delle proprie mancanze e incapacità, e dell'intenso ma normale impegno che occorrerebbe per superarle (studio, lavoro, ecc.)

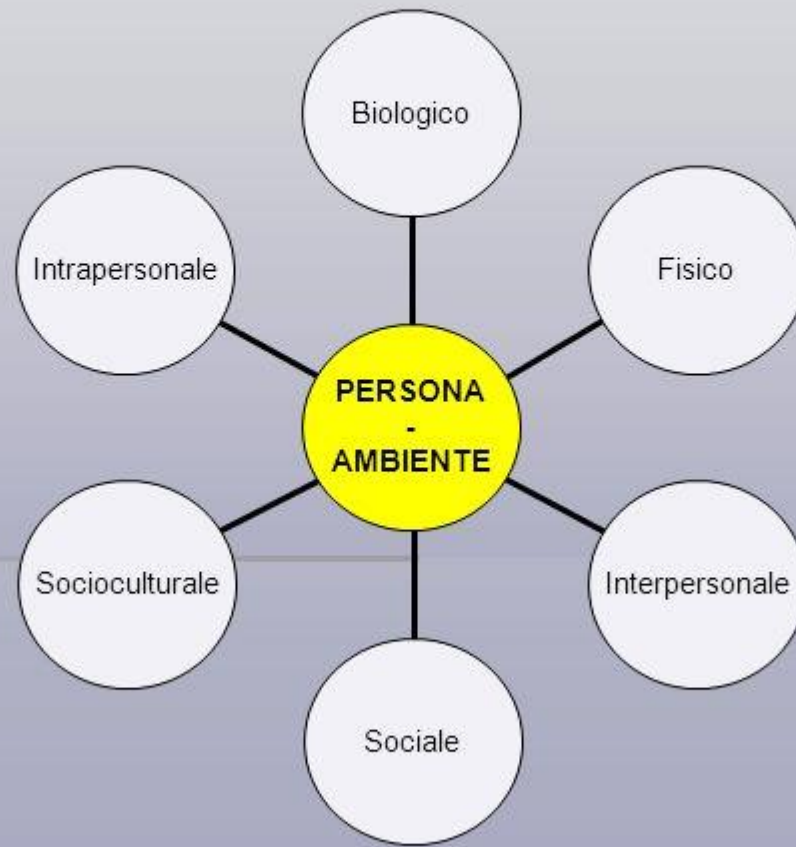
Ricerca compulsiva della sostanza per poter risperimentare l'unità indifferenziata e onnipotente: per ricreare l'illusione ed eludere ogni sforzo

Il modello Bio-Psico-Sociale

René
Magritte,
Golconda,
1953



LIVELLI DI ORGANIZZAZIONE COINVOLTI NEL MODELLO BIO-PSICO-SOCIALE (Wapner, 1995)



L'IPOTESI EZIOLOGICA BIO-PSICO-SOCIALE

Fattori di Rischio e Protezione:

- **Biologici**: genetici; malattie fisiche
- **Psicologici**: malattie psichiatriche; tratti di personalità
- **Sociali**: norme sociali, valori familiari, gruppo dei pari, stressor sociali

Esposizione: **Uso**

Mantenimento: **Rinforzo positivo**

Complicazioni:

- **Biologiche**: malattie fisiche,
- **Psicologiche**: malattie psichiatriche,
- **Sociali**: economiche, giudiziarie, relazionali.

(Modificata da: Fioritti, Solomon, 2002)



La Doppia Diagnosi

Doppia Diagnosi: definizione

- **concomitanza di una condizione tossicomantica con un altro disturbo psichiatrico**
- **complessa realtà di un selezionato gruppo di pazienti, caratterizzata da :**
 - cronicità
 - elevato tasso di ospedalizzazioni
 - bassa compliance ai trattamenti
 - più elevato rischio suicidario o maggiore pericolosità sociale
 - costi maggiori a carico dei servizi sanitari
- **richiede équipe di curanti in grado di trattare, nello stesso momento, sia la dipendenza che il disturbo psichiatrico.**

DOPPIA DIAGNOSI

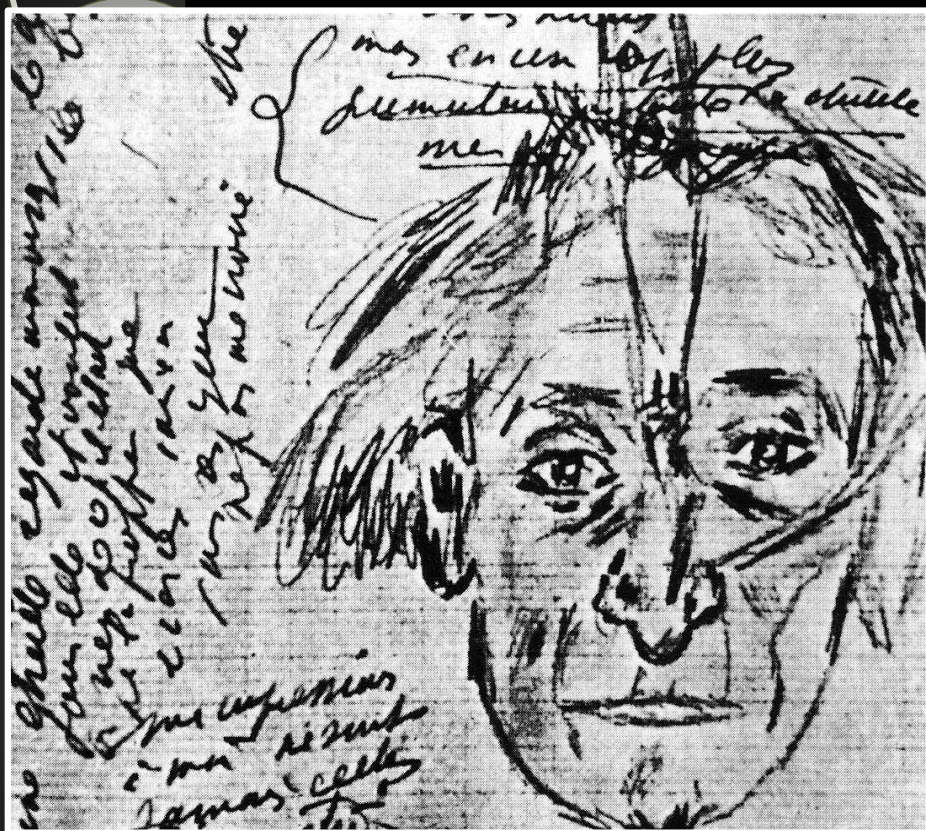
La prospettiva odierna: le tre relazioni causali

Riguardo alla **Doppia diagnosi** sono attualmente accettate tre possibili relazioni causali:

- a. la sostanza è assunta a scopo di auto-cura (*self-medication*), per controllare o annullare i sintomi della malattia psichiatrica, che perciò è primaria;
- b. la sostanza innesca il disturbo psichiatrico, il quale in questo caso non è il semplice effetto né di un'intossicazione acuta, né di astinenza, né di un uso cronico che abbia determinato danni irreversibili al SNC;
- c. il disturbo psichiatrico e il disturbo da abuso o da dipendenza sono entrambi primari.

(cfr. First M, Gladis MM. In: Solomon J et al (eds). *Dual Diagnosis*. New York, Plenum Medical, 1993, pp. 23-38).

Un caso clinico e letterario: Antonin Artaud (1896-1948)



Si pensi ad Antonin Artaud. Scrittore e drammaturgo, dal 1937 al 1945 fu internato nel manicomio di Rodez (subendo numerosi elettroshock), dopo che nel 1936 si era recato in Messico presso la tribù dei Tarahumara, dove aveva partecipato a riti incentrati sull'assunzione di Peyotl.

(a sinistra: A. Artaud, *Autoritratto*, 1946 ca)



Un esempio di Doppia Diagnosi: la popolazione carceraria

Il dilemma eziologico

In maniera emblematica, il caso di Artaud evoca la necessità di stabilire:

- (1) se in questi casi la sostanza agisce come semplice agente rivelatore di una preesistente psicopatologia, di per sé latente o sottosoglia,
- (2) oppure se è la sola sostanza, con i suoi effetti neurochimici, la responsabile dello scompenso psicopatologico.

- 
- Nel mondo, circa 9 milioni di persone sono in prigione (ca. la metà in Stati Uniti, Russia, Cina).
 - Una percentuale rilevante di detenuti è affetta da **disturbi mentali gravi** (psicosi, depressione maggiore, disturbo antisociale di personalità).

- 
- La prevalenza relativa dei **Disturbi di Personalità** è più elevata di quella di altre condizioni psichiatriche.
 - Una percentuale rilevante di **crimini gravi** è commessa da un piccolo segmento della popolazione criminale (il 5-6% spiega il 50-60% dei crimini).



• Questo sottogruppo mostra:

- presenza di altri membri della famiglia con trascorsi criminali;
- uso di droghe;
- rottura dei legami sociali (abbandono delle famiglie, presenza di figli illegittimi);
- disoccupazione in presenza di buona disponibilità di posti di lavoro.

- Abuso di sostanze nei pazienti con DP: prevalenza del 50 % e oltre.
 - Tra i pazienti con Disturbo da Abuso di Sostanze, le diagnosi di Asse II più frequenti sono ASPD e BPD, con una prevalenza di circa il 20 % (elevata comorbidità).
- Comorbidità tra Disturbi di Asse II

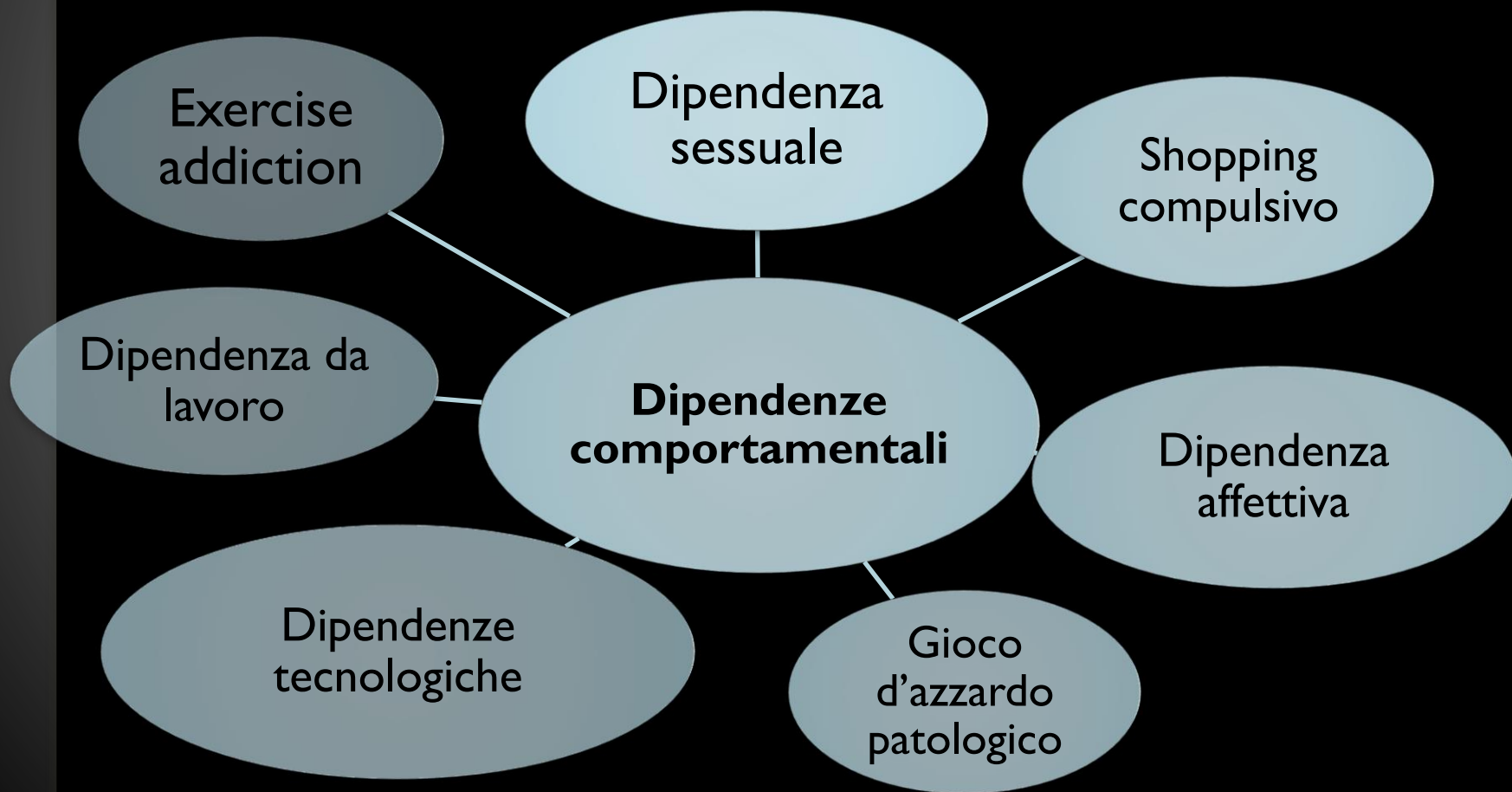


Le Dipendenze Comportamentali

Dipendenze comportamentali

“Nuove dipendenze” (new additions, Griffiths, 1995)

comportamenti di dipendenza non legati ad una specifica sostanza, definite anche come dipendenze non chimiche o comportamentali.



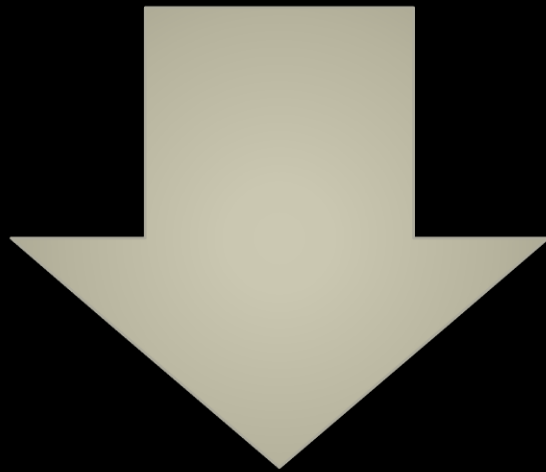
Gambling Disorder

Nel passaggio tra il DSM-IV-TR e il DSM-V (Maggio 2013) il **gioco d'azzardo patologico** è stato classificato all'interno del capitolo dedicato ai disordini correlati all'abuso di sostanze.

Cambiamento che riflette la crescente evidenza

- (1) che alcuni comportamenti (per es. il *gambling*) possono attivare il sistema della ricompensa, generando effetti simili a quelli determinati dall'abuso di una sostanza
- (2) e che i sintomi del gioco d'azzardo patologico assomigliano a quelli dei disordini da uso di sostanze.

(Alonso -Fernandez, 1999)

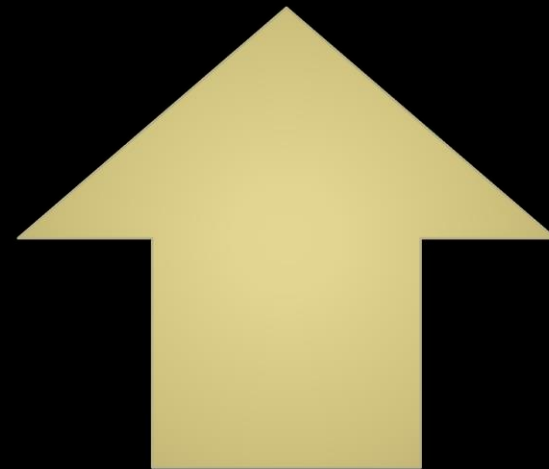


Giocatore normale:

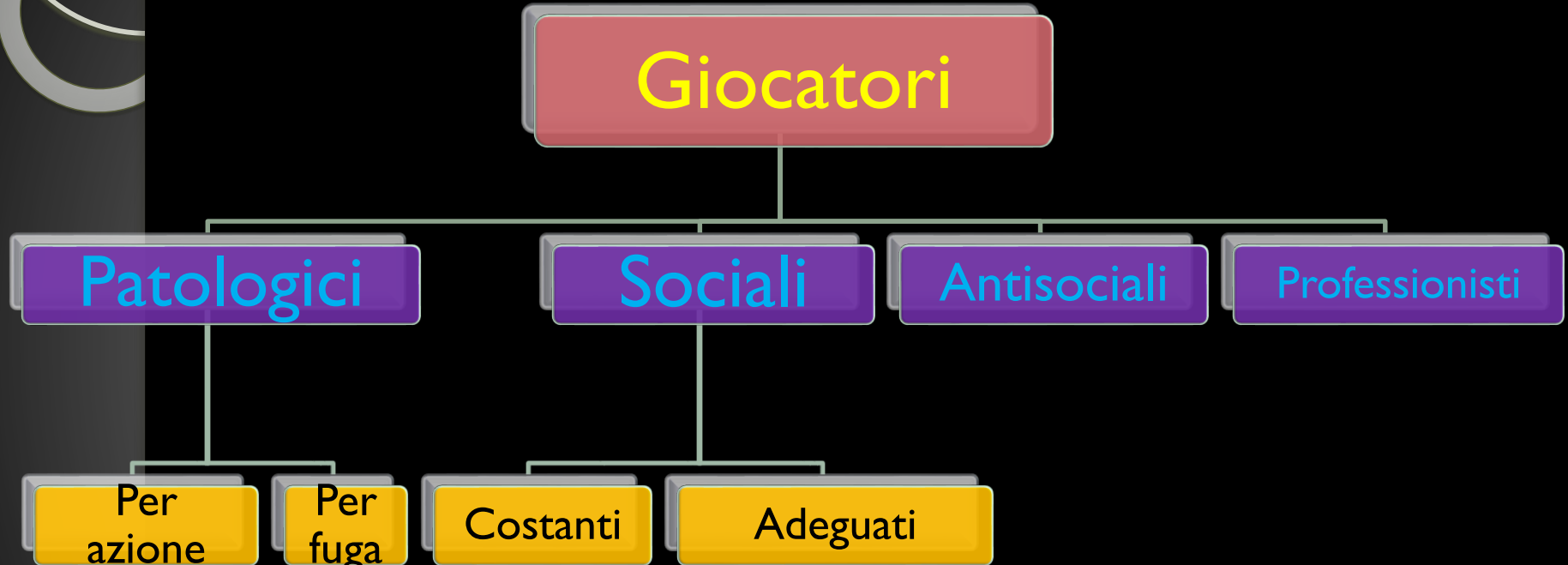
desiderio di rilassarsi,
incentivo del guadagno,
attrazione per il rischio,
piacere derivante dalla
stimolazione delle funzioni
dell'lo (Greenberg, 1980)

Giocatore patologico:

bisogno incontrollabile di
giocare, perdita del controllo
quando il gioco è avviato,
problemi legati al gioco come
aspetto centrale nella vita del
soggetto (Moran, 1975)



MACROCATEGORIE DI GIOCATORI





Giocatori sociali adeguati: gioco d'azzardo come passatempo, modo per socializzare e divertirsi.

Giocatori sociali costanti: gioco d'azzardo come forma di relax e divertimento MA in secondo piano rispetto a famiglia/lavoro.

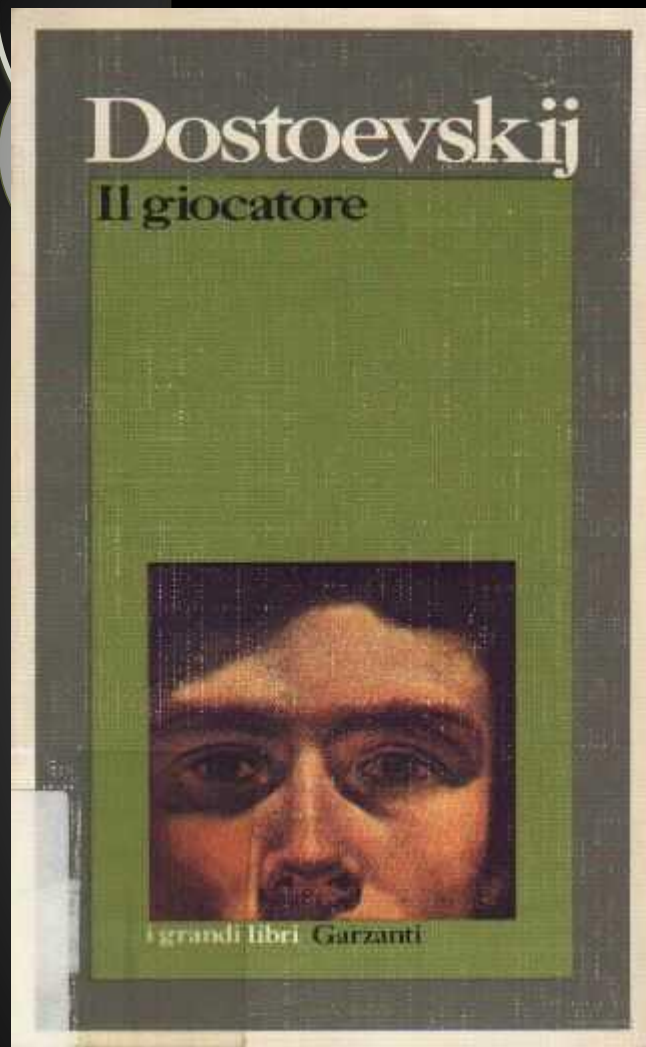
Giocatori professionisti: giocano d'azzardo come professione e forma di mantenimento economico.

Giocatori patologici per azione: perdita del controllo sull'attività di gioco, considerata la cosa più importante nella vita perché mantiene il soggetto in azione e quindi “vivo”; relazioni e attività familiari, sociali e lavorative influenzate negativamente dal gioco.

Giocatori patologici per fuga: gioco d'azzardo come sollievo da ansia, solitudine, rabbia o depressione; serve a fuggire da crisi/difficoltà; il gioco ha effetto “analgesico” .

Giocatori antisociali: gioco d'azzardo come fonte di guadagni illegali.

(Guerreschi C., “Giocati dal gioco”, Edizioni Kappa; 2000)



“Il gioco medesimo, giuro che non è la brama di vincere del denaro, sebbene ne abbia un bisogno grandissimo [...]. Provavo soltanto un piacere incredibile dovuto al successo, alla vittoria, al potere [...] Fui assalito da un desiderio spasmodico di rischiare. Forse dopo aver provato tante sensazioni l'animo non si sente sazio, ma eccitato da esse, ne chiede sempre altre, sempre più intense, fino alla totale estenuazione”.

Dostoevskij, 1866

“Attraverso paradossi spinti fino all'estremo, in cui esercita tutta la sua potenza di negazione, (Dostoevskij) scopre la tragicità dell'esistenza nel suo essere permanentemente assediata dal nichilismo: il nulla fascia lo spirito nella sua conoscenza del vero, nella sua volontà del bene, nel suo sentimento del bello”.

Bruno Forte – L'uomo di fronte al male, 2009

Dipendenze tecnologiche

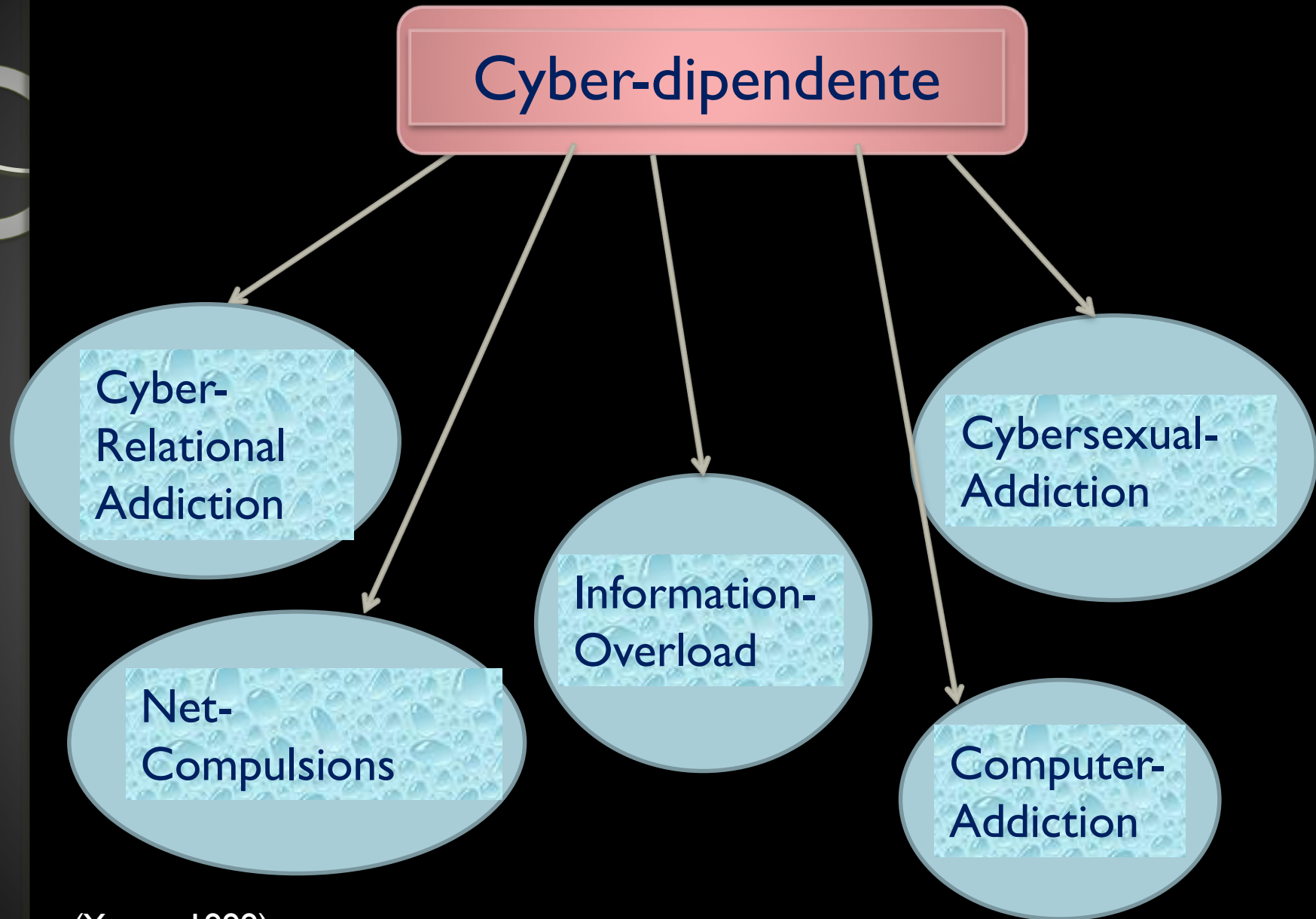
Internet è parte integrante e indispensabile delle nostre vite.

La **cyber dipendenza** (**dipendenza da internet, internet addiction disorder – IAD**) nel DSM-V viene trattata in una sezione a se stante (sez. III) e viene descritta come una condizione che necessita di ulteriori ricerche ed approfondimenti prima di essere inserita in una specifica categoria diagnostica del Manuale.

La recente letteratura scientifica descrive questo fenomeno come in sviluppo negli ultimi anni: consiste in un eccessivo utilizzo di internet, in particolare in rapporto ai giochi *on-line*.

(Griffiths, 1995)

MACROCATEGORIE DI CYBERDIPENDENTI



(Young, 1999)



Cyber-Relational Addiction: instaurare relazioni amicali e amorose sul Web → idealizzazione delle persone e progressiva perdita del contatto con la realtà, per abbandonarsi ad una dimensione amorosa o amicale virtuale. Sono spesso utilizzati siti di incontri, le chat e i newsgroup.

Net-Compulsions: comportamenti compulsivi messi in atto tramite Internet (gioco d'azzardo, commercio in rete, aste on-line). Conseguenti gravi problemi finanziari (Lavanco, Varveri, Lo Re, 2001).

Information-Overload: ricerca compulsiva di informazioni on-line.

Cybersexual-Addiction: uso compulsivo di siti pornografici.

Computer-Addiction: uso del computer per giochi virtuali, soprattutto di ruolo, in cui il soggetto può costruirsi un'identità fittizia. Il soggetto può avere un'identità parallela o esprimersi liberamente per ciò che è, grazie all'anonimato, oppure “indossare”, proprio come una maschera, nuove identità.

(Young, 1999)



```
graph LR; A[Effetti della stimolazione sensoriale] --> B[Gratificazione eccitatoria]; A --> C[Sensibilizzazione]; C --> D[Assuefazione];
```

**Effetti della
stimolazione
sensoriale**

**Gratificazione
eccitatoria**

Sensibilizzazione

Assuefazione

Dipendenza da shopping (shopping compulsivo)

Impulso irrefrenabile e immediato di dover acquistare.

(Christenson et al., 1994)

Crescente tensione alleviata solo comprando (nonostante le possibili difficoltà in campo finanziario/relazionale/lavorativo).

(McElroy 1991; 1994)

Prevalenza nel sesso femminile (Christenson e coll. 1994) .

I soggetti sostengono di essere assaliti dall'urgenza di comprare, come in preda a un'ossessione che li costringe a mettere in atto il comportamento. (Christenson e coll., 1994)

Il disturbo presenta caratteristiche di tipo egosintonico (genera sollievo e piacere dopo l'acquisto) ed egodistonico (crea stress, conseguenze negative e sentimenti di colpa).



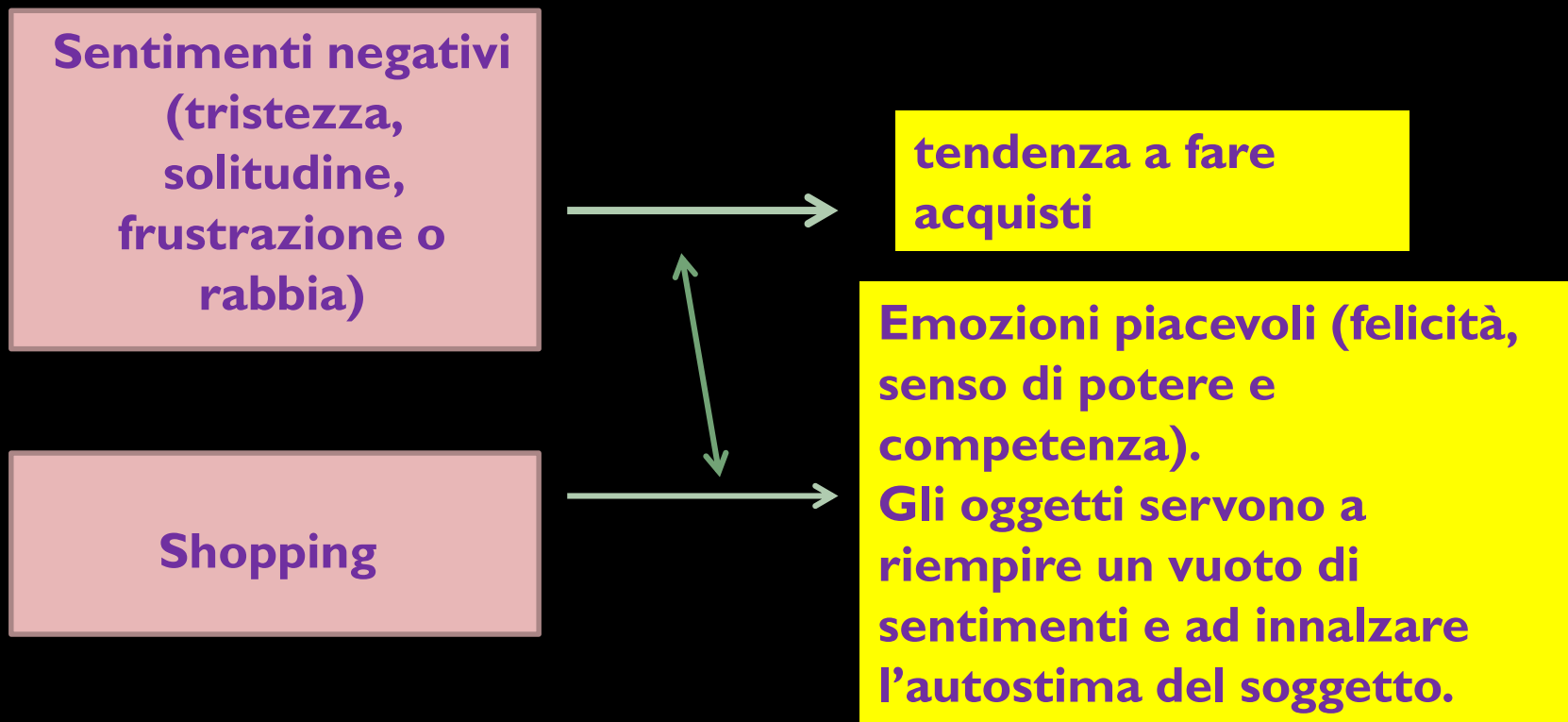
QUADRO CLINICO

Lo shopping si configura come disturbo comportamentale quando si verificano queste condizioni:

- il denaro investito per lo shopping è eccessivo rispetto alle proprie possibilità economiche;
- gli acquisti si ripetono più volte in una settimana;
- gli acquisti perdono la loro ragion d'essere: non importa che cosa si compri, ciò che conta è acquistare per soddisfare un bisogno inderogabile e imprescindibile (Christenson e coll., 1994);
- lo shopping risponde a un bisogno che non può essere soddisfatto, per cui il mancato acquisto crea pesanti crisi di ansia e frustrazione;
- lo shopping compare come qualcosa di nuovo rispetto alle abitudini precedenti.

Si riscontrano molto spesso sentimenti di colpa e vergogna in seguito all'acquisto di oggetti che vengono nascosti al resto della famiglia, messi da parte, regalati o gettati via.

(Alonso-Fernandez, 1999).



Dipendenza affettiva

Reazione di disorganizzazione, dissociazione, panico verso: separazione, abbandono, solitudine, aspetti della relazione (distanziamento, controllo, instabilità).

L'elemento più evidente, sul piano cognitivo, emotivo e comportamentale, consiste nella ricerca costante di figure protettive, accudenti e incoraggianti, con cui stabilire e mantenere un legame significativo e stabile nel tempo.

(G. O. Gabbard, 1995).

EZIOPATOGENESI

Il dipendente affettivo proviene generalmente da famiglie disfunzionali, dalle quali ha acquisito e interiorizzato un pattern comportamentale altrettanto disfunzionale, che tende a reiterare nel tempo.

(Norwood, 1985)

EPIDEMIOLOGIA

Colpisce prevalentemente il sesso femminile, tra i 20 e i 50 anni.

(Miller, 1994)



QUADRO CLINICO

Il dipendente affettivo:

- sin da bambino presenta scarsa autostima e instabilità emotiva;

(M. Selvini Palazzoni, S. Cirillo, M. Selvini, A. M. Sorrentino, 1998)

- nella vita adulta presenta un rischio maggiore di sviluppare una dipendenza da alcool o sostanze, un disturbo della condotta alimentare o un pattern comportamentale compulsivo;

(Miller 1994)

- predilige rapporti rischiosi, intriganti, drammatici.
- la paura di una eventuale separazione o abbandono lo terrorizza, perché teme di non essere in grado di sopravvivere autonomamente e rivive la paura e l'angoscia dei primi traumi infantili.

(Norwood, 1985)

- *Craving*, Perdita di controllo, Astinenza

**Reazioni ad
aspetti
relazionali**

**Separazione
Abbandono**

Panico

Solitudine

Discontrollo
impulsi

Disorganizzazione

Distanziamento

Dissociazione

- Comorbidità con disturbi dell'umore
- Complicanza: gelosia paranoide
- Similitudine con sindrome borderline
- Attività dell'area traumatica infantile

Dipendenza sessuale (Sex addiction)

Condizioni psicopatologiche caratterizzate da pensieri e fantasie sessuali intrusive associate a perdita di controllo sui comportamenti sessuali.

(National Council of Sexual Addiction and Compulsivity)

Come il tossicodipendente, anche il sex addicted va incontro al fenomeno del *craving*, dell'assuefazione e dei sintomi di astinenza.

C'è il bisogno di aumentare i comportamenti sessuali, o la loro intensità, per mantenere l'effetto desiderato e, con l'andare del tempo, si manifestano cambiamenti psicofisiologici (es. aumento della sintomatologia ansiosa).

Il sesso diviene un'esigenza primaria e tutto il resto (salute, famiglia, amici e lavoro) venire sacrificato.

(Putnam & Maheu 2000)



EZIOPATOGENESI

- 1) Il comportamento sessuale compulsivo, biologicamente, sembra dipendere da alterazioni serotoninergiche ed endocrinologiche.
- 2) La teoria psicanalitica ritiene centrale il rapporto madre-bambino, ponendo l'accento su elementi narcisistici e seduttivi della relazione (Earle et al. 1989).
- 3) Le teorie cognitivo comportamentali sottolineano l'importanza degli aspetti antropologico-culturali della famiglia d'origine e della eventuale presenza di abusi in età infantile (Boccardo & Carulli 2008).

EPIDEMIOLOGIA

- Prevalenza 5% della popolazione generale.
- Esordio prima dei 18 anni.
- Sesso maggiormente colpito è quello maschile.
- Andamento cronico.

(Avenia, 2003, 2004)

QUADRO CLINICO

I comportamenti che i **dipendenti sessuali** possono mettere in atto sono i più svariati e possono includere:

- promiscuità sessuale,
- sesso con prostitute o prostituzione personale,
- continue fantasie sessuali,
- masturbazione compulsiva,
- esibizionismo,
- voyeurismo,
- frotterismo,
- pratiche di tipo sadomasochistico,
- dipendenza da materiali o linee telefoniche a carattere pornografico,
- ipersessualità all'interno di una relazione stabile in misura tale da squilibrarla.

(OMS, Carnes & Adams 2002)

Dipendenza da lavoro (work addiction)

Comportamento patologico di una persona troppo dedita al lavoro e che pone in secondo piano la sua vita sociale e familiare sino a causare danni a sé stessa, al coniuge, ai figli.

SOTTOTIPI

Lavoratore competitivo e orientato al potere: propensione alla supremazia e all'autoaffermazione.

Lavoratore iperambizioso e orientato al successo: comportamento volto a ottenere traguardi lavorativi sempre più elevati, come promozioni o riconoscimenti professionali.

Lavoratore solo e orientato all'affiliazione: categoria dei lavoro-dipendenti, per il quale il lavoro rappresenta un'opportunità unica per vivere le interazioni sociali divenute più saltuarie a causa degli impegni quotidiani. Le ore passate al lavoro, al prezzo anche di straordinari, rappresentano un modo per non ritrovarsi a vivere la solitudine o la mancanza di una famiglia.

Lavoratore orientato all'evitamento: si presenta in colui che, buttandosi a capofitto nella propria attività, fugge da un problema centrale nella sua vita, che può essere di natura sentimentale, familiare o sociale.