

INTRODUZIONE.

Per molto tempo, lo studio dei fenomeni di abuso e dipendenza da sostanze è stato una prerogativa dell'ambito medico, che si focalizzava sui fattori biologici e sugli effetti psicoattivi delle diverse droghe sull'organismo.

Assumere una prospettiva psicologica di tali fenomeni significa, invece, prestare attenzioni alla persona, a tutte le dinamiche cognitive, emozionali, relazionali e sociali che lo spingono a questo comportamento. Assumere droga è un atto sociale concreto che assume dei significati specifici per chi lo compie e che va quindi analizzato in stretto rapporto con le caratteristiche del soggetto, con la sua storia personale e con il contesto relazionale e sociale in cui è inserito.

Tra i diversi indirizzi teorici, l'approccio psicodinamico è quello che maggiormente fa proprio questo punto di vista.

Nei paragrafi seguenti si espongono brevemente le principali ipotesi psicodinamiche sulla tossicodipendenza e si analizza, in modo più dettagliato, il pensiero di Edward J. Khantzian, la cui peculiarità è stata quella di introdurre l'innovativa "ipotesi di automedicazione" e la prospettiva della "Terapia Dinamica di Gruppo Modificata per i Dipendenti da Sostanze"(MDGT).

1. LE ADDICTION.

Il termine "addiction", nella lingua inglese, significa: "inclinazione, dedizione", in genere in senso spregiativo, come ad indicare un'inclinazione eccessiva a qualcosa, ed è comunemente usato per definire la condotta tossicodipendente.

Il termine latino *addictio* è il sostantivo del verbo *addico*, che assume diversi significati; tra i più importanti, quello di *dedicarsi* o *abbandonarsi a qualcosa*, o *lasciarsi andare* a uno stile di vita, a un comportamento. Un altro significato è quello che noi,

in italiano, traduciamo con *attribuire*, cioè passare qualcosa sotto il nome di qualcuno. Infine, nel mondo giuridico latino, era usato nel senso di *aggiudicare qualcuno a qualcun altro*, come schiavo.

Il termine addiction assume, quindi, il significato di schiavitù, di depersonalizzazione e di sottomissione; si passa perciò dalla definizione di tossicomania a quella di addiction, come ha fatto notare Joyce McDougall, proprio perché dal punto di vista etimologico quest'ultimo termine ci dice molto di più sul piano del significato personale di quanto non ci dica il senso comportamentale di abuso venefico di una sostanza.

Il termine comprende sia la dipendenza coatta da varie sostanze (l'alcool, le droghe, i farmaci), sia i cosiddetti disturbi alimentari, quali la bulimia e l'anoressia, sia altri aspetti di dipendenza, come la cleptomania, i tentativi di suicidio ripetuti, la compulsione agli acquisti e al gioco.

2. TRE PROSPETTIVE SULL'ADDICTION.

Storicamente il fenomeno dell'addiction è stato esaminato dalla medicina, dalla psicologia e dalla sociologia, partendo da punti di vista e riferimenti teorici diversi.

Esaminando la letteratura psicoanalitica, si possono individuare tre prospettive fondamentali: l'addiction come una malattia, un disturbo di origine biologica; l'addiction come una risposta alla vulnerabilità e all'incapacità soggettiva di tollerare gli affetti; l'addiction come l'equivalente di un oggetto transizionale.

2.1. La concezione neurobiologica

In ambito psicologico inizialmente si è seguito il paradigma medico, prestando attenzione ai fattori biologici e psicopatologici predisponenti ed alle proprietà farmacologiche delle diverse droghe.

La prospettiva neurobiologica introduce l'addiction all'interno dello stesso sistema regolatore della motivazione umana, identificato con le vie dopaminergiche mesotelencefaliche.

La teoria di sensibilizzazione dello stimolo di Robinson e Berridge (1993; 1998) chiarisce questo punto di vista.

L'ipotesi fondamentale è che l'assunzione di diverse droghe determini un aumento dell'attività di rilascio della dopamina, da parte dei neurotrasmettitori, all'interno del sistema neurale deputato a rinforzare i comportamenti adattivi e a rendere attrattivi tutti quegli stimoli che si presentano associati all'attivazione del sistema stesso.

In alcuni individui, la sovrastimolazione cronica delle vie dopaminergiche, tramite il ripetuto uso di droghe, causa una risposta omeostatica: si verificano assuefazione, tolleranza progressiva alla sostanza, cioè necessità di assumerne quantità sempre maggiori per ottenere l'effetto atteso, e il desiderio di assunzione si trasforma progressivamente in "craving" .

Il "craving" è definito come un desiderio molto intenso e può essere distinto in una componente appetitiva, la ricerca della sostanza come fonte di piacere, ed una componente avversiva, l'ansia anticipatoria dei sintomi d'astinenza e l'astinenza stessa.

Dopo numerose esposizioni, la percezione soggettiva del "piacere" legato alla droga, che è mediata da un sistema neurale distinto, non costituisce più un rinforzo al comportamento perché tende a diminuire, determinando il tipico fenomeno clinico per cui i pazienti affermano di non provare piacere nell'uso di droghe ma di provare comunque un desiderio incontrollabile e quasi doloroso (il "craving" appunto) che può essere placato solo dalla droga.

2. L'addiction come incapacità di tollerare gli affetti.

Altre prospettive considerano l'addiction come una manifestazione della vulnerabilità del sé e dell'incapacità di tollerare gli affetti, e si focalizzano maggiormente sulla

persona.

L'idea di base è che ogni comportamento sia, in realtà, influenzato in modo complesso da diversi fattori, non solo neurofisiologici, che comprendono la vita emozionale della persona, le sue modalità di gestione delle emozioni, la sua capacità di adattarsi e di affrontare il mondo esterno e i fattori specifici di sviluppo, che emergono dall'interazione delle caratteristiche genetiche del soggetto con un particolare contesto primario di crescita.

All'interno di tale prospettiva troviamo la "self-medication hypothesis", articolata da Khantzian (1985, 1997), secondo cui i disturbi da uso di sostanze sarebbero secondari ad un quadro psico-patologico preesistente di incapacità di regolazione degli affetti e di mancata interiorizzazione della capacità di prendersi cura di sé (self-care) a partire dalle relazioni primarie con i caregiver. L'assunzione della sostanza, quindi, indurrebbe nei soggetti predisposti l'apprendimento delle proprietà auto-terapiche nei confronti del proprio disagio psichico, in modo tale da renderle compulsivamente necessarie.

Nel vissuto psichico di questi soggetti, le sostanze aiutano a superare gli ostacoli della vita, a migliorare le capacità di adattamento allo stress, ad attenuare la sofferenza.

La specificità dell'effetto terapeutico è in rapporto non solo con le proprietà psicofarmacologiche della droga, ma anche con la struttura di personalità del paziente; per questo motivo, soggetti diversi preferiranno sostanze diverse (self-selection hypothesis).

di Wurmser 1978) e Dodes (1990, 1996), invece, ipotizzano che i soggetti dipendenti da sostanze siano caratterizzati da una vulnerabilità narcisistica di base, cioè da un'incapacità di percepire se stessi come capaci e degni di stima

L'effetto della droga sarebbe quindi quello di restaurare un, seppur artificiale, senso di potenza e di aumentare l'autostima e il grado di tonalità affettiva.

2.3. L'addiction come sostituto dell'Oggetto.

La prospettiva evolutiva, che considera l'addiction come una dinamica legata alle relazioni d'oggetto, si focalizza maggiormente sul ruolo che le interazioni precoci hanno nell'ostacolare o favorire la possibilità del bambino di fare proprie le funzioni parentali di mantenimento di un adeguato livello di autostima, di protezione e cura di sé, che determinano la possibilità di configurarsi come soggetti individuati e distinti nelle relazioni.

Significativo è il contributo di Johnson (1993), il cui modello definisce l'addiction come un'attività che deve essere necessariamente svolta, che causa dolore, ma che non può essere fermata perché il soggetto non ha la capacità di regolarla. Per poter continuare questo comportamento distruttivo, quindi, il soggetto deve utilizzare massicciamente la difesa di diniego¹ verso la pericolosità di quello stesso comportamento.

L'origine di questo malfunzionamento è da ricercarsi in difficoltà significative durante le fasi di sviluppo pre-edipiche. Secondo la Mahler (1975) tra i 12 e i 36 mesi di vita, il bambino avvia un processo di progressiva separazione ed individuazione dal caregiver; una tappa importante di tale processo è l'interiorizzazione della costanza dell'oggetto, cioè della capacità di portare dentro di sé un senso di vicinanza del genitore e della sua protezione, nonostante il genitore non sia fisicamente presente.

Nella fase di riavvicinamento, caratterizzata dall'alternanza tra il desiderio di esplorare e quello di stare vicino alla madre, diviene evidente la paura di perdere l'oggetto

d'amore, che si risolve utilizzando meccanismi di contatto differenti da quelli prettamente fisici (uso del linguaggio e di oggetti rappresentanti della madre, transizionali) che permettono il mantenimento di una distanza ottimale.

¹ il diniego è un meccanismo di difesa dell'Io tramite cui il soggetto non percepisce ed esclude dalla consapevolezza gli aspetti spiacevoli della realtà.

L'oggetto, in questo senso, assume la funzione di intermediario con la realtà, di schermo protettivo, para-eccitamento verso l'interno e verso l'esterno, e si costituisce come parte fondamentale dell'identità.

Chi ricorre all'addiction è una persona che non ha potuto far proprie queste funzioni e che, con l'azione compulsiva, fa tacere gli affetti che risulterebbero insopportabili proprio perché mancano quei filtri (gli oggetti interni e le istanze protettive), capaci di prendersi cura e di confortare.

Nel ricorso ripetuto alla sostanza c'è la messa in scena di un modo grottesco di catturare oggetti transizionali, ma la risposta a questo tipo di domanda non potrà che essere insoddisfacente poiché l'affetto viene esaurito nell'atto, senza lasciare traccia interna. L'oggetto delle addiction, infatti, non è un oggetto in via di introiezione, non diviene parte del soggetto come quello transizionale, e quindi non rimane che la ripetizione sempre più disperata e continua dell'uso dell'oggetto transitorio. Ciò causa la "fame" dell'oggetto e, al tempo stesso, per questa avidità, la sua pericolosità.

Per certi tratti e per un certo tempo tutto ciò sarà vissuto positivamente ma, a lungo termine, questa "soluzione" non permette la crescita né di oggetti interni, né del soggetto.

Quando il percorso di sviluppo fallisce, quindi, il bambino ripiega su una relazione di tipo "additivo", caratterizzata dal narcisismo, cioè dal negare il bisogno e la dipendenza da un oggetto che si è rivelato non responsivo alle proprie esigenze, e dalla contemporanea ricerca compulsiva di un oggetto.

Le persone che vivono questo tipo di rapporto presentano la caratteristica comune di oscillare da una sottomissione compiacente, bisognosa, con lamentele e pretese ad atteggiamenti reattivi e grandiosi di controllo e di autarchia.

2.4. Punti d'incontro tra le teorie.

Gli esponenti delle tre prospettive concordano tutti nel considerare assolutamente

superata l'idea che la dipendenza da sostanze sia guidata dalla ricerca di piacere. Inoltre, tipiche manifestazioni del disturbo di addiction sono spiegate in ogni prospettiva in modo diverso ma complementare: questo permette di riferirsi ad un approccio o all'altro in modo flessibile per adeguarsi meglio alle caratteristiche dello specifico paziente.

3. LE TEORIE PSICODINAMICHE VECCHIE E NUOVE.

Nello sviluppo di teorie psicoanalitiche sull'eziologia della tossicodipendenza, sono avvenuti passaggi importanti.

Le prime interpretazioni psicoanalitiche di Freud (1905), Abraham (1908) e Rado(1933), sottolineano la capacità dell'alcol e delle sostanze di favorire la regressione delle funzioni dell'Io, dell'Es e del Super-io e di soddisfare le pulsioni libidiche (ricerca del piacere e tentativo di alleviare il dispiacere).

Glover (1932), invece, centra la sua spiegazione sulle soddisfazioni di pulsioni aggressive e di auto-distruzione.

In queste formulazioni, l'uso di droghe e le abitudini associate assumono importanti significati inconsci, connessi a tentativi di esprimere o di elaborare conflitti irrisolti legati alla sessualità o all'aggressività, regredendo a modalità di funzionamento precedenti ed apparentemente più efficaci.

Benché molta di questa teoria sia superata, è necessario riconoscerle il merito di aver superato le spiegazioni moralistiche, diffuse al tempo, che consideravano l'uso di droghe una scelta consapevole, volontaria e sotto la totale responsabilità del soggetto.

Le teorie psicomodinamiche più recenti, invece, evidenziano maggiormente la presenza di un malfunzionamento, nelle strutture psichiche, dei processi di regolazione interna delle emozioni e di adattamento alla realtà esterna.

Questo approccio è sia evolutivo sia adattivo: la tossicodipendenza è considerata non solo un'espressione della carenza nel funzionamento del sé, dovuta a difficoltà di sviluppo, ma anche un tentativo adattivo di superare questa difficoltà.

Tale ipotesi è inoltre complementare a diverse ricerche che dimostrano l'esistenza, nel sistema nervoso, di recettori e trasmettitori specifici per gli oppiacei che influenzerebbero la regolazione degli affetti.

Altri studi sulla qualità relazionale e sulle dinamiche interne alle famiglie di tossicodipendenti confermano che l'esposizione ad un ambiente problematico e disturbato è un fattore predisponente all'impulsività ed alle difficoltà nell'autostima e nell'autoregolazione, tipiche di questi soggetti.

4. RASSEGNA DELLE PRINCIPALI TEORIE PSICODINAMICHE.

Il lavoro di Chein et al. (1964) è uno dei primi a segnare un cambiamento significativo rispetto alle prime formulazioni psicoanalitiche. Studiando il fenomeno dell'addiction negli adolescenti, questi autori si sono focalizzati sulla non funzionalità dell'Io e del Super-io e sul narcisismo patologico, caratterizzato da un senso distorto del valore di sé, tipico dell'addiction.

L'assunzione di droga è definita qui un tentativo di superare le difficoltà che gli adolescenti hanno nel relazionarsi con l'ambiente e nel gestire l'ansia emergente dalla prospettiva di dover assumere un ruolo adulto.

Intorno agli anni '70 nascono numerose ricerche, basate sull'esperienza clinica tradizionale ed all'interno di comunità terapeutiche, che segnano il definitivo passaggio ad una prospettiva di studio focalizzata sul funzionamento strutturale dell'Io, sul Sé e sulle relazioni oggettuali. In particolare, nella letteratura di questo periodo, si evidenzia come l'azione farmacologica delle droghe abbia effetti significativi sulla sofferenza e sugli affetti associati con i disturbi psicologici dei soggetti.

In contrapposizione alle prime teorie di regressione e ricerca del piacere, Wieder e Kaplan (1969) approfondiscono ed elaborano gli spunti proposti da Gerard e Kornetsky negli anni '50. L'ipotesi di base è che i conflitti fase-specifici del periodo adolescenziale spingano i soggetti particolarmente vulnerabili a ricorrere alle diverse droghe per far fronte ai loro problemi. La droga è come una "protesi", usata per raggiungere momentaneamente un migliore adattamento alla vita.

Sulla stessa linea, le ricerche di Milkman e Frosch (1973) dimostrano empiricamente l'ipotesi che l'auto-selezione (la scelta di specifiche droghe) sia correlata al predominante stile difensivo del soggetto. In uno studio sperimentale, questi hanno riscontrato una preferenza per il consumo di eroina in soggetti che ricercano un effetto calmante ed una preferenza per le anfetamine in soggetti che desiderano sentirsi più attivi.

Wurmser (1972, 1974) e Khantzian (1972, 1974, 1975) suggeriscono che l'eccessiva enfasi sugli effetti regressivi della droga sia da evitare; l'uso di sostanze, infatti, sarebbe un tentativo di far fronte al disagio ed alla realtà, ed avrebbe quindi una funzione progressiva, adattiva, non regressiva.

Da questo punto di vista, ad esempio, i narcotici sarebbero usati per compensare i difetti di regolazione degli affetti, in particolare dell'aggressività, della rabbia e della solitudine, determinati dall'assenza o dal malfunzionamento dei meccanismi di difesa

dell'Io.

Krystal e Raskin (1970) trattano delle inadeguatezze evolutive che caratterizzano la storia dei tossicodipendenti e che sono evidenti nell'incapacità di tollerare e addirittura riconoscere gli affetti: le droghe avrebbero dunque la funzione di evitare questi sentimenti non gestibili.

Questa difficoltà emerge soprattutto con sentimenti di ambivalenza, positivi e negativi, verso lo stesso oggetto, ed è determinata dall'uso di difese rigide come il diniego e la scissione¹.

Con Kohut (1977), invece, il focus della vulnerabilità si sposta soprattutto sui disturbi narcisistici. L'individuo disturbato narcisisticamente non possiede un senso realistico del proprio valore e delle proprie ambizioni, desidera elogio ed approvazione oppure la fusione con un altro idealizzato e supportivo, poiché non riesce a rifornirsi sufficientemente attraverso le proprie risorse interne; l'assunzione di droga permette al soggetto, simbolicamente, di essere accettato, di accrescere la propria autostima e, quindi, di curare il difetto centrale del proprio Sé.

5. IL LAVORO DI E.J. KHANTZIAN.

Il lavoro trentennale di Edward John Khantzian, Psichiatra dell'Harvard Medical School, si contrappone alle teorie neurobiologiche che spiegano il fenomeno dell'addiction riferendosi alla possibilità delle sostanze stupefacenti di interferire con i centri del cervello che procurano piacere e rinforzano i comportamenti.

Egli afferma che le sofferenze e i problemi di autoregolazione sono alla radice dei disturbi di dipendenza da sostanze.

Nei suoi studi ha infatti ripetutamente sottolineato che gli individui non abusano di sostanze per provare piacere o per autodistuggersi, ma per tentare di alleviare la propria sofferenza e di riorganizzare la propria vita. Anche se a lungo termine questo comportamento causa grandi problemi, a breve termine il soggetto scopre che ogni tipo di droga lo attrae perché riesce a risolverlo da sentimenti penosi e lo aiuta a gestire emozioni e comportamenti altrimenti incontrollabili.

¹ La scissione è un meccanismo di difesa dell'Io che separa attivamente i sentimenti contraddittori e le rappresentazioni di sé e dell'altro, senza possibilità di una realistica integrazione.

Khantzian, oltre ad essere definito il padre dell'ipotesi di auto-medicazione, ha anche dato importanti contributi allo studio dei deficit dell'autocura associati all'addiction ed ha sviluppato una terapia modificata di gruppo molto efficace per questo tipo di

disturbi.

5.1. Settori di vulnerabilità psicologica coinvolti nell'addiction.

Nei primi scritti di orientamento psicodinamico si tendeva ad associare o eguagliare la tossicodipendenza ad una grave e significativa psicopatologia.

In anni più recenti si considera invece la possibilità che diversi livelli e settori di vulnerabilità psicologica, piuttosto che disturbi globali, abbiano un ruolo nel predisporre alcuni individui alla dipendenza da sostanze.

Si evidenziano in modo particolare quattro settori di vulnerabilità nella regolazione del sé che coinvolgono gli affetti, l'autostima, le relazioni con gli altri e l'autocura.

5.1.1. Il riconoscimento, la tolleranza e la regolazione affettiva.

La vita emotiva sembra essere angosciante per i tossicodipendenti almeno su due versanti: o provano sentimenti in modo e persistente e insopportabile o non provano niente.

A questa condizione ci si riferisce con termini come "alexitimia" (Sifneos; Krystal), "dis-affettività" (McDougall) e "risposte non emotive" (Sashin), che stanno ad indicare difficoltà nell'identificare, distinguere e comunicare i diversi vissuti emotivi.

L'origine di queste difficoltà è evolutiva ed intimamente connessa con problemi nell'internalizzazione delle funzioni parentali. La qualità delle relazioni primarie con il caregiver è data dalla capacità di quest'ultimo di regolare la giusta distanza emotiva, di soddisfare i bisogni del bambino e di usare dei livelli di frustrazione ottimale.

L'estrema deprivazione e l'eccessiva intrusività e presenza sono da evitare ugualmente, poiché il bambino deve poter imparare a tollerare dei livelli "normali" di frustrazione. Se il percorso di sviluppo è adeguato, il bambino interiorizza un coerente senso di sé come separato dall'altro e stabilisce le proprie funzioni di contenimento delle emozioni (barriera degli stimoli) e di difesa adattiva. Queste capacità, secondo Krystal e Raskin (1979), si sviluppano lungo una linea di *differenziazione* dei diversi affetti tra loro, di *desomatizzazione*, cioè di distinzione delle sensazioni percettive e corporee dai sentimenti, e di *verbalizzazione* dei vari stati emotivi. Idealmente, la maturazione ha come esito la possibilità, da parte del soggetto, di utilizzare le emozioni come una guida ed un segnale per l'Io, permettendogli di far fronte agli stimoli interni ed esterni.

Tuttavia, se ci sono problemi durante lo sviluppo, si può verificare una regressione a stati di non differenziazione, somatizzazione e non verbalizzazione dei sentimenti, come spesso avviene nei soggetti tossicodipendenti.

5.1.2. L'autostima, la soddisfazione dei bisogni e le relazioni personali.

I problemi con il narcisismo sono spesso alla radice delle difficoltà di autostima coinvolte nella tossicodipendenza.

Kohut (1971) e altri esponenti della Psicologia del Sé, hanno ipotizzato che il narcisismo evolva lungo una linea di sviluppo centrata sul soggetto (Sé grandioso) e lungo una linea parallela centrata sull'oggetto (Imago parentale idealizzata) e possa assumere forze mature o meno mature. Un sano narcisismo è la base per una salute emotiva e consiste in un senso di benessere soggettivo, una fiducia nel valore di sé e nel proprio potenziale, un'equilibrata valutazione della propria importanza in rapporto alle altre persone, ed un senso realistico della propria capacità di adattamento nel mondo e delle proprie ambizioni. Per il tossicodipendente, che non ha sviluppato un sano narcisismo, l'esperienza stupefacente è l'unico modo per contemplare un'immagine di sé ricca di creatività e slancio vitale, un sé prestante e capace, che coincide con le aspirazioni del soggetto.

Nel lavoro clinico di Khantzian con i cocainomani emerge la centralità di questi temi. La maggioranza di questi pazienti ha avuto nella vita molti successi e risultati e sembra psicologicamente integra, ma la loro autostima è decisamente molto fragile; ciò è evidente nelle esagerate preoccupazioni per i valori fisici o intellettuali, nelle ansie sulle prestazioni, nei bisogni esagerati di accettazione ed approvazione, e nelle ambizioni senza ostacolo. A parte questi sforzi esagerati, comunque, i dipendenti da cocaina sono sorprendentemente disordinati ed inconsistenti nei modi di espressione dei propri bisogni e nelle relazioni con gli altri; essi oscillano tra atteggiamenti seduttivi e manipolatori per ottenere soddisfacimento dall'ambiente, e posizioni d'indipendenza ed autosufficienza, sdegnose e distanzianti, che allontanano il bisogno degli altri e spingono a scegliere dipendenze chimiche come mezzo per prendere contatto con i propri bisogni e desideri.

Queste carenze sembrano emergere da difficoltà nello sviluppo infantile; in particolare questi soggetti avrebbero fallito nell'internalizzare adeguatamente l'esperienza di sentirsi ammirati, desiderati, riconosciuti ed accolti e mancano di quella fiducia di base che dà sostegno e permette di affrontare le esperienze e le relazioni senza richiudersi in un'area di dipendenza primaria.

Dall'esperienza della psicoterapia individuale e di gruppo, Khantzian ricava una descrizione delle tipiche difese di carattere rivelatrici di questa vulnerabilità nell'autostima. I tossicodipendenti hanno grande difficoltà ad essere sinceri con se stessi e con gli altri sulle proprie ambizioni e sui bisogni di riconoscimento ed accettazione.

Per molti di loro una tendenza “iperattiva”, che si manifesta con alti livelli di attività e di azioni finalizzate, maschera i bisogni di dipendenza. Per quelli che sono più passivi e depressi, le posizioni di debolezza e di autoisolamento nascondono a sé e agli altri di essere nello stesso tempo controllati ma anche frustrati, in modo più o meno cronico.

Per altri ancora, il disconoscimento del bisogno, l’egocentrismo e l’apparente autosufficienza forniscono una protezione caratterologica dalla percezione di non essere onnipotenti, perfetti e completi.

5.1.3.L’autocura (self-care).

I tossicodipendenti sono spesso accusati o si accusano di nutrire ed esternare motivazioni suicidarie, considerato il carattere pericoloso e minaccioso per la vita, della tossicodipendenza. L’idea che tali comportamenti autodistruttivi siano regolati da un “istinto di morte” appartiene alla prima teoria psicoanalitica ed è ormai superata.

L’esperienza clinica di Khantzian ci segnala che l’autodanneggiamento e gli aspetti letali del comportamento dipendente sono in relazione con i deficit nella capacità di autocura ed autoconservazione. Una prospettiva evolutiva ci consente di identificare quanto i tossicodipendenti abbiano sofferto di tale vulnerabilità nel periodo precedente e successiva all’abuso di sostanze; la loro storia può comprendere svariati casi di incidenti, cure mediche, difficoltà legali e finanziarie, in cui è evidente una persistente incapacità di fronteggiare, anticipare e valutare le conseguenze delle loro azioni o non-azioni.

Queste ricadute e i fallimenti nell’autocura sono riflessi sintomatici di deficit nelle strutture e nelle funzioni psicologiche dell’Io che, diversamente, proteggono dal danno e dal pericolo.

Con il termine “autocura” (self-care), l’autore si riferisce ad un insieme di funzioni dell’Io, acquisite e internalizzate durante l’infanzia attraverso le funzioni nutritive e protettive dei caregiver, che comprendono:

- un investimento libidico su se stessi, che si manifesta in adeguati livelli di sentimenti di valore, protezione ed autostima;
- la capacità di previsione dei pericoli e delle difficoltà e di rispondere ai segnali dell’ansia anticipatoria;
- l’abilità di controllo degli impulsi e di differimento o rinuncia in determinate situazioni;
- la capacità di gestione di situazioni inevitabili di rischio;

- la conoscenza del mondo esterno e la consapevolezza delle proprie risorse per affrontarlo;
- la possibilità di essere sufficientemente assertivo o aggressivo per proteggersi;
- le abilità relazionali, soprattutto di scegliere persone che possano, almeno, non danneggiare il soggetto.

Tutte queste caratteristiche dell'autocura sono utili per particolari aspetti di sopravvivenza come l'angoscia-segnale, l'esame di realtà, il giudizio, il controllo, la capacità di effettuare collegamenti causa-effetto... Durante la vita adulta, nelle situazioni potenzialmente dannose, una sana autocura si evidenzia con appropriati livelli di affetti anticipatori come l'imbarazzo, la vergogna, la paura e l'ansia

5.2. L'abuso di sostanze come auto-medicazione (self-medication) e l'ipotesi di auto-selezione (self-selection).

La dipendenza si manifesta con un sentimento di "craving" che comprende, come detto, una componente positiva, la ricerca dell'affetto piacevole, ed una componente negativa, l'astinenza. Nella condizione di post-detossificazione, che elimina la dipendenza fisica, rimane comunque una dipendenza, tradizionalmente definita psichica, che comprende la sola componente positiva.

Si può ipotizzare che questo residuo non sia altro che il riemergere dello stato psichico antecedente l'inizio dell'abuso, cioè il terreno sul quale si è sviluppata la dipendenza. Quest'astinenza psichica, secondaria, sarebbe un disturbo psichico, diagnosticato nel contesto della dipendenza da sostanze, e da questa mascherato al momento della diagnosi. Il craving esisterebbe virtualmente anche prima del contatto con la sostanza e la tossicodipendenza sarebbe una complicanza di tale disturbo primario. Il primo uso della sostanza, poi, permetterebbe all'individuo predisposto di apprendere le proprietà autoterapiche della stessa nei confronti del proprio specifico disagio e di continuare quindi ad utilizzarla.

Khantzian, a partire dalla valutazione di vari pazienti (esaminati in un programma di pubblico mantenimento metadonico e nella sua pratica privata), ha formulato un'ipotesi autoterapica (self-medication hypothesis) del disturbo da uso di sostanze, con particolare riferimento all'eroina ed alla cocaina: *“ Gli specifici affetti psicotropi di queste sostanze interagiscono con disturbi psichici e stati di sofferenza emotiva in modo da renderle compulsivamente necessarie per individui suscettibili”*. Quindi, piuttosto che la ricerca di evasione, euforia o autodistruzione, i tossicodipendenti cercherebbero una terapia per una serie di problemi e stati affettivi che sono fonte di disagio. Nonostante tale tentativo sia, alla fine, destinato a fallire,

queste sostanze li aiutano momentaneamente a gestire stati emotivi di stress ed una realtà altrimenti vissuta come incontrollabile e soverchiante.

Nella formulazione della self-medication hypothesis, Khantzian introduce il concetto di specificità dell'effetto autoterapico, sia in relazione alla struttura di personalità dell'assuntore sia alle proprietà farmacologiche della sostanza.

Gli effetti sono quindi definiti dalla coppia sostanza-individuo: alcuni individui diventano dipendenti dagli effetti piacevoli, mentre altri, per un diverso substrato di personalità, non li provano e non possono diventarvi dipendenti.

La sostanza da cui l'individuo finisce per dipendere non è scelta a caso: nonostante i tossicodipendenti siano spesso poliabusatori, la maggior parte ha una sua droga "preferita". Questo fenomeno è stato anche definito "fenomeno di scelta della droga" (Wieder e Kaplan, 1969), o "uso preferenziale di sostanze" (Milkman e Frosch, 1973) e da Khantzian, "processo di auto-selezione" (self-selection).

In particolare, sembra che la scelta degli oppiacei sia legata alle loro proprietà antidolorifiche ed alla capacità di ottenere sollievo dalle sofferenze emotive; dal lavoro clinico emerge che i dipendenti da narcotici hanno avuto, in genere, molte difficoltà di sviluppo legate ad episodi di violenza ed abuso sia come vittime che come perpetratori. Questi soggetti, dunque, cercherebbero di liberarsi di stati affettivi acuti e cronici di aggressività, rabbia e distruttività verso sé e verso gli altri; a causa dell'assenza di strutture psicologiche non funzionali alla gestione di questi sentimenti, i narcodipendenti si affidano all'azione antiaggressiva, di contenimento e di opposizione alla minaccia di disorganizzazione psicologica interna di questa tipologia di droghe. I sedativi-ipnotici, incluso l'alcol, hanno un effetto opposto agli oppiacei.

Fenichel (1945) scrive che "il Super-io è quella parte della mente solubile in alcol" per descriverne l'azione disinibente e rilassante. Benché questo effetto spieghi l'attrazione dell'alcol come lubrificante sociale in molte culture occidentali, o perché questo venga spesso usato da individui tesi e nevroticamente inibiti, la sua scelta da parte di quelli che ne diventano e ne rimangono dipendenti sembra essere maggiormente legata alla paura della vicinanza, della dipendenza e dell'intimità.

Krystal e Raskin suggeriscono che queste droghe dissolvono massicce difese di negazione e scissione e consentono una breve e sicura esperienza di sentimenti d'amore ed aggressività che, altrimenti, vengono tenuti fuori, lasciando queste persone vuote e senza sentimenti.

I dipendenti da cocaina, invece, approfittano delle sue proprietà stimolanti ed eccitanti per contrapporle a stati affettivi di energia depressiva o di irrequietezza, e per

compensare o aumentare i fattori di personalità che li governano.

La cocaina è quindi preferita da individui sia a bassa che ad alta energia.

Nel primo caso l'effetto è piacevole perché aiuta a superare gli stati di fatica e svuotamento associati con la depressione e allevia sentimenti di noia e vuoto; nel secondo caso la cocaina può essere seducente perché porta ad accrescere un sentimento di assertività, autostima e tolleranza della frustrazione o aumenta uno stile di vita iperattivo ed agitato con il suo esagerato bisogno di autosufficienza.

Khantzian ha considerato, da una prospettiva psichiatrico-diagnostica, i seguenti fattori come predisponenti un individuo al consumo prolungato di cocaina: 1) preesistente depressione¹ cronica; 2) depressione da astinenza da cocaina; 3) sindrome iperattiva, agitata o disturbo da deficit di attenzione²; 4) disturbo ciclotimico o bipolare³.

Diversi studi empirici, più o meno replicati, hanno sostenuto l'ipotesi di auto-medicazione di Khantzian.

In uno studio controllato, farmaco versus placebo, Woody et al.(1975) hanno trattato un gruppo di eroinomani con doxepina ed è stata riportata una significativa riduzione del craving.

Questo fatto ha suggerito che questi pazienti fossero affetti da depressione ansiosa e che, quando la depressione andava in remissione per effetto del trattamento, si verificasse una corrispondente riduzione dell'abuso di sostanze.

Rounsaville et al.(1982), sono stati i primi a concludere che i loro risultati erano concordanti con le teorie cliniche di Khantzian e Wurmser, cioè che i tossicodipendenti depressi usavano gli oppiacei nel tentativo di realizzare un'autoterapia contro uno stato di malessere psichico intollerabile.

¹ depressione: disturbo affettivo caratterizzato da tristezza, abbattimento, svalutazione di sé, autocolpevolizzazione, pessimismo...

² disturbo da deficit d'attenzione e iperattività (ADHD): è un disturbo caratterizzato da un comportamento irrequieto, poco modulato ed inappropriato e incapacità di mantenimento dell'attenzione.

³ disturbi ciclotimico e bipolare: sono sindromi affettive che condividono una caratteristica alternanza di umore depresso e maniacale.

Khantzian e Treece (1985) hanno studiato 133 narcodipendenti provenienti da tre campioni distinti: soggetti inseriti in un programma metadonico, soggetti in comunità terapeutica, soggetti "della strada"; utilizzando i criteri del DSM-III, hanno riscontrato sottostanti disturbi di personalità e depressione in più del 65% del campione totale.

Blatt et al.(1984), raccogliendo dati da diversi test, hanno riscontrato un'incidenza

significativa, all'interno di un campione di 99 narcodipendenti, di problemi nelle relazioni interpersonali e nella modulazione degli affetti.

5.3. L'abuso di sostanze come un tentativo di affrontare i problemi (substance abuse as an attempt to cope).

La prospettiva che sta alla base delle ipotesi di Khantzian è che il consumo di sostanze sia una specifica modalità adattiva egosintonica, un tentativo di far fronte con successo a problemi emotivi, relazionali, di comportamento, non altrimenti gestibili.

Attraverso diverse osservazioni cliniche, Khantzian tenta di dimostrare come l'uso di droghe rappresenti un'unica e caratteristica modalità di affrontare molti tipi di problemi, compresi la sofferenza, lo stress, la disforia.

I tossicodipendenti traggono vantaggio dalla forte azione della sostanza che smorza l'emotività e facilita le relazioni interpersonali.

Nelle descrizioni dei casi clinici, l'enfasi viene posta sulle circostanze ambientali che favoriscono l'uso di droghe, sulle soggettive reazioni del soggetto alla droga e sul modo specifico in cui il paziente usa la droga per poter gestire la sua vita quotidiana.

Le più comuni variabili predisponenti alla tossicodipendenza risultano essere le condizioni di povertà e disorganizzazione familiare, un contesto di crescita deprivante, troppo indulgente o troppo esigente, la pressione della società e del gruppo dei pari.

Uno dei più significativi pazienti descritti da Khantzian è un ventunenne bianco di nome Tony, diventato dipendente da eroina durante la sua permanenza in Vietnam come soldato. Secondo il racconto del ragazzo, fumare eroina lo aiutava ad allontanare i sentimenti di solitudine ma, soprattutto, gli permetteva di entrare in uno stato di benessere, serenità e non preoccupazione, in un contesto di guerra dove dominava un costante senso di pericolo e paura.

In circostanze di questo tipo, la tendenza di molte teorie è quella di spiegare l'uso di eroina riferendosi alla situazione ambientale particolarmente traumatica e al fatto che molti dei soldati la consumassero; in realtà, evidenziando il fatto che altri soldati sono riusciti a gestire lo stress della guerra in altri modi, Khantzian torna a sottolineare gli aspetti soggettivi ed evolutivi sottesi alla tossicodipendenza (deficit nell'auto-regolazione e nell'autocura) che stanno alla base delle sue ipotesi.

L'autore evidenzia anche il ruolo che la pseudocultura, i rituali e le pratiche che caratterizzano il mondo della droga, riveste nel riempire il vuoto relazionale del soggetto tossicodipendente e nel costituirsi come alternativa allo stabilire attaccamenti significativi con altre persone: anche l'aderire a questa pseudocultura, come l'uso di sostanze, si configura come un tentativo di affrontare i propri problemi.

Per molti essere parte dell'ambiente della droga significa sentirsi per la prima volta veramente accettati e sentire di avere un ruolo riconosciuto; per altri è un'occasione per rompere l'isolamento sociale e superare i problemi di creazione e mantenimento di relazioni amicali importanti.

Tutte queste considerazioni devono essere tenute presenti durante il momento terapeutico; se la dipendenza da sostanze è un comportamento comunque adattivo, è necessario indagare non cosa le droghe causano al soggetto ma cosa le droghe fanno per il soggetto.

Solo nel momento in cui, anche per il paziente, è evidente la vera funzione della droga nella sua vita, il terapeuta può cercare di esplorare con lui altre modalità più sane di gestire i conflitti e le esperienze della vita.

5.4. Le implicazioni terapeutiche.

Nei suoi scritti Khantzian sottolinea come un trattamento della dipendenza davvero efficace, di qualsiasi natura sia, debba comprendere quattro componenti essenziali:

- un approccio multimodale alla cura della persona, per poter davvero considerare la complessità e molteplicità delle determinanti psicologiche implicate nell'abuso di droga. Si potrebbero ad esempio combinare la psicoterapia individuale, di gruppo, la terapia familiare, l'ospedalizzazione, la farmacoterapia ed altre forme di intervento in base alle caratteristiche ed esigenze del singolo paziente.
- Una strategia terapeutica bi-fase, che consiste in un primo momento con interventi per rendere il paziente consapevole e psichicamente integro, ed in un secondo momento di psicoterapia a lungo termine vera e propria. La difficoltà, nella fase di "primo recupero", sta nel far accettare al paziente la possibilità di trovare un "sostituto" alla droga (che inizialmente può essere un'altra sostanza psicoattiva o il metadone) e nel ricostruire quelle strutture del sé vulnerabile che lo renderebbero in grado di capire ed affrontare i problemi che stanno alla radice della sua dipendenza.
- La presenza di terapeuti e personale ben addestrato e che possieda le qualità necessarie per trattare con i pazienti.

Secondo Khantzian, nel lavoro con i tossicodipendenti, è fondamentale saper mantenere un costante ed empatico riguardo per la fragilità e le difese che sorreggono l'autostima del paziente, per quanto possano apparire disfunzionali e quindi da modificare.

- Specificità della diagnosi e del programma terapeutico; si riferisce alla necessità di considerare l'unicità dell'individuo e quindi di proporre programmi costruiti sulle caratteristiche del soggetto.

5.5. La Terapia Dinamica di Gruppo Modificata per dipendenti da sostanze (MDGT), di Khantzian, Halliday, McAuliffe.

La Terapia Dinamica di Gruppo Modificata (MDGT) è un modello di terapia per tossicodipendenti (cocainomani in particolare), sviluppatosi, tra la seconda metà degli anni '80 e i primi anni '90, all'interno dell'Harvard Cocaine Recovery Project. Questo studio cercava di dimostrare la maggior efficacia della nuova terapia, confrontando un gruppo di soggetti trattato con la MDGT con un gruppo trattato con un approccio cognitivo-comportamentale e con un gruppo di soggetti non trattati (di controllo).

Le basi di questa nuova terapia sono rintracciabili nella teoria e nella tecnica della psicoterapia psicoanalitica, tuttavia, diversamente dalle classiche concezioni psicodinamiche che sottolineano le lotte istintuali, i conflitti e la ricerca di piacere, la MDGT si sofferma maggiormente sull'impovertimento evolutivo e strutturale che intacca la capacità di regolazione del sé nel soggetto tossicodipendente, in consonanza con l'ipotesi di vulnerabilità ed auto-medicazione di Khantzian.

In rapporto ai suoi elementi procedurali di base, la MDGT è un gruppo terapeutico a rotazione, progettato per un massimo di sei mesi, con una serie di incontri bisettimanali di 90 minuti ciascuno.

La composizione del gruppo può andare da un minimo di tre ad un massimo di dieci membri e l'astinenza è l'unica condizione necessaria per poter partecipare.

I sei mesi possono essere approssimativamente distinti in tre stadi.

Nel primo stadio il focus del gruppo è sul tentativo di rafforzarsi contro la vulnerabilità; il conduttore porta progressivamente i membri ad avere fiducia, a condividere le esperienze e ad ascoltarsi reciprocamente.

Nello stadio intermedio, il focus è sull'attaccamento dei membri al gruppo intero: il processo è più attivo e porta ad una progressiva apertura ed espressione di sé.

Nell'ultimo stadio, il terapeuta aiuta i membri più anziani a crescere e diventare "terapeuti" capaci di presentare i concetti ai nuovi arrivati, e di considerare non tanto l'uso di droga, quanto gli altri aspetti della vita relativi alla loro precedente struttura di personalità.

La MDGT è definita come una psicoterapia gruppale supportivo-espressiva a breve termine, focalizzata sulle quattro aree dell'autocura, delle relazioni

interpersonali, dell'autostima e della gestione dei sentimenti (accesso, tolleranza, regolazione).

E' un modello di terapia che si focalizza sul "qui ed ora" ed è finalizzata ad aumentare la consapevolezza di sé e degli altri all'interno del gruppo, a rendere più capaci i soggetti di trovare modi alternativi di essere, agire, scegliere e di produrre il necessario recupero per superare la dipendenza ed evitare la ricaduta.

La peculiarità di questo approccio (come da definizione) sta nel porsi all'intersezione di diverse posizioni dell'attuale teoria clinica: la terapia psicodinamica a breve termine (individuale e di gruppo), quella psicodinamica supportivo-espressiva e la fase terapeutica "di primo recupero".

Riferirsi ad un approccio *supportivo-espressivo* (Luborsky, 1984; Kernberg, 1986), significa stabilire un clima ed una modalità di interazione che favoriscano la comprensione sia delle vulnerabilità psicologiche del tossicodipendente, sia delle capacità individuali che possono condurre al recupero.

La componente *supportiva* della terapia è fondamentale nel momento iniziale, ed è finalizzata al rafforzamento delle difese dell'Io ed al contenimento dei sintomi.

E' necessario che i soggetti con un Sé particolarmente fragile, recuperino subito le funzioni psichiche primarie: riconoscere il proprio Sé, sapersene prendere cura, mediare adeguatamente i rapporti col mondo esterno ed interno, usando difese adeguate (funzione di schermo protettivo).

Questo lavoro viene facilitato da un atteggiamento attivo, non neutrale, del terapeuta, che utilizza tecniche di suggestione e chiarificazione, e dà al soggetto una prima forma di consapevolezza delle proprie modalità di funzionamento e del proprio Sé.

Lo svolgimento di questa prima parte risulta necessario affinché il lavoro espressivo della seconda parte possa essere accolto e sostenuto.

La componente *espressiva*, infatti, è quella classicamente interpretativa in cui si identificano i modelli di carattere duraturi, favorendo l'insight, e si cerca di determinare la riorganizzazione della personalità, cioè il recupero vero e proprio.

La MDGT è anche definita come una terapia breve e di gruppo; questo si traduce, a livello operativo, nell'agire sul "qui ed ora" e nel valorizzare il contesto interpersonale.

La terapia breve è spesso chiamata focale in quanto si concentra su una specifica vulnerabilità e ne sfida le difese di carattere. I tossicodipendenti, tuttavia, come altri individui con difese particolarmente rigide o fragili, non sono considerati

candidati appropriati per questo tipo di terapia.

Secondo gli autori, i dipendenti da sostanze possono trarre comunque vantaggio da un trattamento intensivo, condotto da un terapeuta attivo, che si focalizza sulle difficoltà dell'individuo nell'autocura, nelle relazioni, nell'autostima e nella regolazione degli affetti, non appena queste vengono rappresentate all'interno del contesto terapeutico. Una delle modifiche introdotte dall'MDGT è proprio questo tipo di conduzione attiva, combinata con l'interazione grupppale.

La presenza del gruppo, infatti, fornisce la sicurezza, l'empatia ed il contenimento necessari ad affrontare una terapia breve ed intensiva, e permette di focalizzarsi sia sui modelli individuali di carattere, sia di evidenziare le somiglianze significative, "l'area comune", tra i membri.

La MDGT si differenzia da altri tipi di terapia di gruppo per dipendenti da sostanze, perché affronta i problemi ed i fattori cognitivo-comportamentali associati alla ricaduta, attraverso l'esplorazione della vita emotiva e della vulnerabilità psicologica nella personalità dell'individuo.

La prevenzione e l'astinenza sono ritenute condizioni irrinunciabili da ottenere, ma gli scopi ultimi del trattamento sono il raggiungimento della consapevolezza e il cambiamento del carattere.

La MDGT incoraggia proprio l'emergere del carattere, dei modelli caratteristici di funzionamento dell'individuo, all'interno del sicuro contenimento del gruppo; nel gruppo, l'individuo viene accolto e sostenuto anche dopo aver rivelato le proprie sofferenze e debolezze e, trovando somiglianze con i vissuti degli altri membri, può superare i sentimenti di isolamento, aberrazione e vergogna così comuni e dannosi. E' questo potere del gruppo di accettare la persona anche oltre la sua tossicodipendenza che ne determina la forza curativa.

Di notevole importanza per l'efficace applicazione della MDGT sono il consolidamento e il mantenimento della sicurezza all'interno del gruppo, uno stile di conduzione attivo, empatico e direttivo e l'assunzione da parte di tutti i membri della funzione di fonte di consapevolezza e supporto reciproco.

La superiorità della terapia di gruppo, rispetto a quella individuale, nel determinare cambiamenti di carattere, è stata oggetto di studio di diversi teorici psicodinamici.

Guttmacher e Birk (1971) descrivono il gruppo come un "catalizzatore" che provoca una "molteplicità di sentimenti transferali" e fornisce nello stesso tempo sicurezza per la loro libera espressione.

Fried (1985) descrive come i processi di gruppo stimolino l'insight e producano

“comportamenti innovativi” nei membri; sono le risposte degli altri membri che motivano la ricerca di nuove forme di autoespressione e suggeriscono nuovi sforzi. La MDGT nasce comunque come complementare ad altri interventi individuali, e ai gruppi di auto-aiuto, come gli Alcolisti Anonimi (A.A.), i Narcotici Anonimi (N.A.) e gli Anonimi da Cocaina (C.A.).

A differenza della MDGT, questi metodi sono più pragmatici e si focalizzano soprattutto sul raggiungere l'astinenza e la sobrietà, grazie al supporto dei pari.

In sintesi, l'approccio psicoterapeutico grupppale supportivo-espressivo della MDGT, è caratterizzato dalla presenza di un terapeuta attivo ed empatico che, con l'aiuto di un gruppo coeso e supportivo, incoraggia e facilita i membri ad esaminare le dimensioni fondamentali della regolazione degli affetti, delle relazioni, dell'autocura e dell'autostima, così come si manifestano nella loro vita e nel gruppo. Attraverso questa esperienza, ogni membro scopre modi alternativi di vedere, sperimentare e giustificare se stesso che gli permetteranno di operare, nella propria vita, delle scelte più flessibili e consapevoli.

6. CONCLUSIONI.

Ci sono molte teorie, psicologiche e non, che tentano di spiegare l'insorgere dei comportamenti di addiction, riferendosi a fattori causali diversi.

Secondo la prospettiva di E.J. Khantzian, ciò che spinge un soggetto all'assunzione ripetuta di droga è il tentativo di “automedicarsi”, di guarire da quei sentimenti negativi che emergono dall'incapacità cronica di affrontare adeguatamente la realtà.

Da questo punto di vista, non ci si focalizza più sui comportamenti connessi all'uso di sostanze, ma si presta attenzione alle fragilità sottostanti alla tossicodipendenza (la vulnerabilità del Sé e dell'autostima, l'angustia delle relazioni, l'intollerabilità affettiva) ed al potenziale di recupero del soggetto.

Khantzian traduce queste premesse teoriche in una proposta terapeutica, la Terapia Dinamica di Gruppo Modificata (MDGT), che permette di far emergere e di modificare queste particolari caratteristiche di vulnerabilità nell'organizzazione di personalità.

