

PATOLOGIE DA DIPENDENZA: COERENZA CONCETTUALE E SPECIFICITÀ CLINICA.

Emanuele Bignamini, Torino

Le riflessioni che seguono sono state stimulate da un articolo che è pubblicato in questo stesso numero di Dal Fare Al Dire il cui titolo cita le “dipendenze alimentari”. Non implicano alcun giudizio sulla interessante esperienza clinica presentata in quel lavoro.

Semplicemente, si propongono di contribuire alla precisazione dell’oggetto di lavoro dei Servizi per le Dipendenze e del focus della Disciplina di Patologie da Dipendenza (l’insieme delle patologie, clinicamente diverse tra loro, che riconoscono come fattore etiopatogenetico comune, specifico e caratterizzante, la *dipendenza*).

Quanto segue è il frutto di confronti che ho avuto con alcuni Colleghi italiani che costituiscono per me riferimento sicuro di critica puntuale e diretta. Ovviamente, il punto di vista rappresentato esprime una sintesi del tutto personale delle discussioni.

Parlare delle cosiddette “tossicodipendenze” è più facile che ragionarne. La realtà in cui ci muoviamo non è solo “complessa”, è proprio caotica e confusa.

Un po’ per questioni tattiche, un po’ per spostamenti strategici, l’area semantica, quella clinica e quella politica (norme e servizi) delle “tossicodipendenze” si sta allargando potenzialmente fino a ricoprire l’intera esistenza dell’individuo e della società.

Qual è il contrario di “dipendenza”? Se è “autonomia” o “indipendenza”, con implicazioni per la libertà di scelta e per l’autenticità e originalità dell’esistenza, che cosa può restare fuori dalla competenza degli specialisti in “dipendenze patologiche”?

Come psichiatra e psicoanalista, ho vissuto dall’interno il dibattito sulla onnipresenza e onnipotenza di quelle discipline: nelle loro articolazioni intrapsichiche, biologiche, comportamentali, relazionali, sociali, comunicative, sessuologiche, etniche e antropologiche, lavorative, criminologiche, dell’arte, dell’età evolutiva e involutiva, dell’handicap, sportive, militari, di liaison, di rete, di massa (e, perché no? delle dipendenze) sembravano (e, spesso, ancora adesso *a loro sembra di*) essere il riferimento ultimo e la matrice comune di ogni sfaccettatura della vita umana.

Perché negarsi quando la società, attraverso i suoi mass-media, interroga *l’esperto* su qualsiasi cosa la colpisca? Stupri, omicidi, apatie, successi e insuccessi, interpretazioni (e giudizi) su personaggi, fatti, circostanze: perché lo psichiatra dovrebbe tacere, sottrarsi alla necessità collettiva di avere qualcuno che proponga modi di pensare?

Mi pare che stia accadendo una cosa simile anche per le Dipendenze, con una aggravante: che i riferimenti concettuali sono ancora più indefiniti, approssimati e autoreferenziali che per la psichiatria.

Per le patologie da dipendenza spero in un destino diverso, per cui curo con estrema attenzione la chiara delimitazione del nostro campo (delimitazione, certo, convenzionale e provvisoria: ma l’attenzione è orientata a porre limiti e riconoscere confini).

La delimitazione si propone anche di tutelare le diversità, di proteggere le nicchie ecologiche delle eterogeneità e delle difformità, di mantenere vivo il rapporto con una realtà non riducibile agli schemi *scientifici* che, a partire da una matrice positivista e razionalista, tendono a semplificare ciò che è complesso e a proclamare l’omogeneità di oggetti diversi (Lapassade). In altre parole: perché tutto va ridotto a questioni di *dipendenza* quando esistono altre dimensioni e altre interpretazioni? Perché non provare gusto nel differenziare, nel curare un aspetto *particolare*, nel limitarsi e nello specializzarsi? Insomma: perché diluire e banalizzare la propria identità professionale invece di renderla concentrata e *speciale*?

Per questo, con altri Colleghi, compagni stabili o occasionali di viaggio, da tempo tento di elaborare delle riflessioni su pensiero e linguaggio delle e sulle “tossicodipendenze”.

Mi fa piacere pensare (non sono certo che sia vero, ma non ho fonti che documentino il contrario) che proprio noi siamo stati i primi a parlare di “patologia delle dipendenze” all’inizio e di “patologie da dipendenza” più avanti, quando tanti parlavano (e parlano ancora) di “dipendenze patologiche” (sulle diverse implicazioni dei termini rimando ad altri lavori).

Ora, la dipendenza è *in se stessa* un problema di relazione:¹ presuppone e necessita un “da” (dipendenza di un *soggetto da un oggetto*). Se ci si concentra solo sull’oggetto da cui il soggetto dipende, si ragiona di altro e non di dipendenza: si andrebbe verso una riduzione farmacotossicologica. Non perdo tempo a criticare la distinzione tra droghe leggere e droghe pesanti (e se ci fossero dipendenze pesanti da droghe leggere e dipendenze leggere da droghe pesanti?) o le considerazioni sul fatto che “il vino fa bene” mentre altre sostanze fanno male; questo era il senso con cui si utilizzava il termine *tossicodipendenza*.

Voglio però sottolineare che i nostri servizi (i SERT) sono nati e cresciuti con una forte concentrazione sull’oggetto da cui si dipende, tanto è vero che hanno passato i loro primi anni ad occuparsi di dipendenza da eroina, impegnandosi solo successivamente e in modo disomogeneo nella cura di alcolisti, tabagisti, giocatori d’azzardo. Dato che non si sapeva nulla sulla dipendenza, i Servizi, mandati incontro all’ignoto, hanno focalizzato l’attenzione sull’unica cosa che si poteva ri-conoscere: la sostanza. Insieme all’approccio moralistico-redentivo (non tipico dei SERT), le energie si concentrarono allora su assunzione-sospensione della *sostanza* con tutti i corollari e le ambivalenze del caso (esemplare la discussione che per anni è stata fatta sui farmaci agonisti come *anche-loro-droghe*. La preoccupazione era di dimostrare che lo erano oppure no *in sé*, come se fossero davvero *indipendenti*, o meglio scissi, dal soggetto e avulsi dalla relazione).

Analogamente alla riduzione tossicologica, il rischio attuale di appiattimento su aspetti comportamentali fa sì che cose diverse, ma *manipolate* con schemi simili, vengano impropriamente accomunate sul piano del significato. Di nuovo, dalla similitudine si passa alla uguaglianza scotomizzando il salto logico che questo passaggio comporta. Così come una volta si pensava che la tossicodipendenza fosse un vizio perché i tossicodipendenti somigliavano a dei deboli di carattere indulgenti al piacere, ora si pensa che tutto ciò che riguarda la perdita di controllo sia dipendenza. Si parla quindi di dipendenza da lavoro, shopping, rischio, internet, sesso: qualsiasi comportamento presupponga un acting-out, un impulso o una compulsione, diventa dipendenza senza che ci si chieda se ha *senso* quel che si sta dicendo. È un atteggiamento comprensibile, in relazione alla pressione sociale che stiamo vivendo (bisogno di distinguere sano e malato, di collocare le responsabilità e di pensare che si è in grado di modificare la situazione), ma controproducente sul piano della conoscenza e della cura.

L’ardore semplificatorio fa perdere di vista il focus, mai stato abbastanza chiaro, delle patologie da dipendenza: le caratteristiche della relazione. Rimando ad altri lavori l’esplicitazione di questa affermazione: con gli *oggetti*² si possono avere relazioni di uso, abuso, dipendenza, mania.

È la relazione che dobbiamo riconoscere, comprendere e descrivere: l’effetto trasformativo dell’oggetto-droga, la induzione/modulazione dell’effetto trasformativo da parte del soggetto, la facilitazione e la veicolazione dell’ambiente.

¹ La “relazione” è necessariamente (perché questo è l’approccio che richiedono le patologie da dipendenza) intesa in senso olistico. Senza dilungarsi in questa sede, mi limito ad affermare che necessita di una struttura biologica, cognitiva ed affettiva e di un ambiente per potersi sviluppare. La relazione è la risultante della interazione *tra* soggetto e oggetto *in* un dato ambiente.

² A questo punto si devono considerare tutti gli oggetti: sostanze, situazioni, comportamenti.

Quando possiamo parlare di “patologia da dipendenza”? quando, a seguito della interazione soggetto-oggetto in un dato ambiente, si struttura una personalità *post-morbosa* specifica ed un funzionamento mentale correlato.³

Personalità post-morbosa che è caratterizzata da:

- Coartazione del desiderio (= modificazioni neurofunzionali e neurostrutturali omeostatiche e allostatiche)
- Rinuncia/Lutto per la perdita (= stato affettivo idealizzato; fissazione nella memoria)
- Rimpianto per la dimensione tragico-eroica (= regolazione affettiva allostatica)
- Discontinuità del Sé (senso della storia personale) e nel Sé (senso di identità) (= stato ideale dell'Io/autosvalutazione)

Il funzionamento mentale è descritto da:

- Impulsività/compulsione (= craving, impairment frontale)
- Relazioni designificate (= deficit affettivo)
- Sensorializzazione delle emozioni e alessitimia secondaria (= deficit cognitivo)
- Dementalizzazione e agiti

L'accadimento caratteristico della dipendenza è l'incontro trasformativo con l'oggetto-droga.

L'oggetto-droga è tale perché capace di utilizzare meccanismi del funzionamento fisiologico biopsicologico destinati ad altro *deviandoli*. È un oggetto *esterno* e, in quanto tale, *estraneo* all'esperienza psichica del soggetto. In questo sta la capacità trasformativa: il soggetto sperimenta qualcosa di nuovo, non immaginabile prima, che diventa nuovo metro di paragone per qualsiasi altra esperienza gratificante passata e futura, anche quando la regolazione allostatica impedisce di continuare a provare l'intensità e la pienezza delle gratificazioni iniziali. L'oggetto-droga ha come caratteristica quella di rendersi presente nella sua *assenza*. Quando assente, la droga suscita desiderio, nostalgia, *voglia*. La droga diventa un oggetto *strutturante* la vita del soggetto. Il non assumere droga costruisce una rinuncia che confronta il senso e la pienezza della vita che si sta conducendo (la vita senza droga appare insignificante).

La trasformazione operata dalla droga coinvolge dimensioni che non sono solo quelle della gratificazione e che non sono solo legate alla scarica dopaminergica istantanea e alle modificazioni recettoriali. I cambiamenti che avvengono hanno la caratteristica di essere strutturali, e quindi permanenti, e di coinvolgere il soggetto nel suo essere *sistema*. L'impulsività/compulsività, nella tossicodipendenza, è l'epifenomeno risultante da gratificazione + impairment frontale + drive mnemonico + cambiamento dello stato affettivo.

Pensando al cibo mi vengono in mente alcune sostanziali differenze.

1 - Innanzitutto la natura dell'oggetto-cibo. Il cibo costituisce uno degli elementi fondamentali che *immediatamente* dalla nascita strutturano le esperienze affettive e cognitive. Il bambino percepisce esperienze di cambiamento del suo stato psicosomatico operate da un oggetto trasformativo (la mamma, che altera l'esperienza di sé attraverso cose e azioni), ma il rapporto oggettuale inizia prima ancora che la madre sia rappresentata come altro da sé (cosa importante per la stratificazione delle esperienze nella memoria): il rapporto oggettuale non emerge quindi dal desiderio, ma da una identificazione percettiva dell'oggetto con la sua funzione: “oggetto come trasformatore ambientale-somatico del soggetto” (Bollas).

Il rapporto con il cibo è depositato direttamente nella memoria preverbale, che viene messa ricorrentemente in azione attraverso esperienze emozionali che trascinano una perturbante sensazione di fusione con l'oggetto. Potremmo dire che il cibo non è un oggetto culturalmente determinato, come sono gli oggetti-droga, ma un oggetto che fa parte della dimensione pre-culturale.

³ Anche per questo rimando ad altri lavori

Non si tratta di una esperienza *nuova*, mai fatta prima, che svela al soggetto nuove dimensioni psichiche; anzi, è un elemento che contribuisce alla strutturazione psichica fin dalla sua origine. Quindi i disturbi o le patologie di rapporto con il cibo non derivano da cambiamenti indotti da esso, ma unicamente da conflitti o difetti nella strutturazione psichica del soggetto.

2 - Il cibo utilizza circuiti bio-psicologici *fatti apposta per lui*, non altera né parassita né mima né devia qualcosa che è filogeneticamente e teleologicamente destinato ad altro.

Per quanto il binge eating (non certo l'anoressia) possa somigliare alla dipendenza per alcuni aspetti comportamentali, legati alla perdita di controllo, tuttavia l'assunzione di cibo non induce le radicali e specifiche trasformazioni (quei cambiamenti neurobiopsicologici descritti per le "top five") nella vita del soggetto che la droga è capace di produrre.

Il cibo non rappresenta un oggetto investito affettivamente, cui vengono attribuite potenzialità "solutive"; non è in grado di determinare una realtà alternativa, uno stato mentale orientato verso una dimensione *paradisiaca* (o, almeno, *limbica*: un gioco di parole...).

Anche a partire da una personalità normale e ben strutturata (Cancrini), è possibile diventare tossicodipendenti in seguito all'incontro "illuminante" (iniziatico) con la droga. In una personalità normale, invece, l'esperienza del cibo (anche quando *mistica*, come succede presso alcuni grandi chef) non è mai una esperienza capace di trasformare *radicalmente* il soggetto.

L'effetto del cibo sul soggetto dipende sempre da *movimenti* del soggetto verso il cibo, che viene investito di significati altri a partire da proiezioni esclusivamente originate dal soggetto.

Viene a mancare, quindi, la condizione necessaria per descrivere una dipendenza in senso proprio, cioè la relazione tra un soggetto e un oggetto, entrambi attivi. Nel caso dell'addiction, l'oggetto-droga è attivo; nel caso dei disturbi alimentari è passivo, e la condizione patologica origina dal soggetto.

3 – Ne consegue che le similitudini tra dipendenza e disturbo alimentare stanno essenzialmente nel pattern impulsivo/compulsivo. Ma la tossicodipendenza non è solo l'agito della ricerca-assunzione della droga.

Mancano invece, nel disturbo alimentare:

- Rinuncia/Lutto per la perdita (= stato affettivo idealizzato; fissazione nella memoria)
- Rimpianto per la dimensione tragico-eroica (= regolazione affettiva allostatica).

Lo stato affettivo elicitato dalla droga e impresso nella memoria come esperienza gratificante di riferimento, che mantiene nel tempo, anche dopo lunghe remissioni, il dubbio razionalizzato sulla pienezza e sul senso di una vita senza droga e l'ambivalenza del desiderio di tornare a fondersi con lei, non corrisponde allo stato affettivo del disturbo alimentare, dominato da deficit dal concetto di Sé e talora da una precaria identità del Sé (Fassino).

4 – Non bisogna farsi confondere dall'abuso di sostanze che può avere il significato di equivalente bulimico, quando è un comportamento che ha valore di regressione narcisistica e componenti sadomasochistiche. Di nuovo, non basta un solo elemento della triade "soggetto-oggetto-ambiente" per identificare la dipendenza, non basta il comportamento a definire il suo significato. Non basta la sostanza a fare il "tossico".

I disturbi del comportamento alimentare a me sembrano più vicini e più omogenei ai disturbi del funzionamento della mente e alla classica psichiatria che non a una condizione di costruzione di una *diversa* mente come nell'addiction.

Ancora un commento su alcune slide di Alan Dagher e di Nora Volkow pubblicate nel 2007 sul sito del NIDA proprio su questo tema. Dagher ricorda che la riflessione sulla "addiction alimentare" (il discorso è chiaramente circoscritto agli overeaters compulsivi) è cominciata nel 1916 con AJ Carlson, che per primo pensò che il cibo potesse dare dipendenza.

Gli elementi che vengono richiamati in quei lavori sono:

1. la fame è un comportamento appreso come l'addiction
2. il cibo induce craving anche quando si è già sazi
3. mangiare allevia le tensioni sgradevoli
4. le droghe usano gli stessi circuiti premianti del cibo
5. la compulsione degli overeaters è analoga al craving degli addicted

Alla fine delle slide, si ricava l'impressione che sia Volkow sia Dagher considerino la sovralimentazione compulsiva simile all'addiction (non c'è una esplicita dichiarazione in proposito). Ovviamente, prendono in considerazione solo dati neurobiologici e comportamentali. Nessuna considerazione sugli aspetti cognitivi, emotivi e di significato; si tratta quindi di un ragionamento da ricercatori, necessariamente riduttivo e semplificato. Trarne conseguenze di ordine generale e sul piano clinico non è corretto.

Si può infatti considerare, rispetto ai punti sopra riassunti:

1. la fame è un istinto fondamentale, e gli accadimenti collegati alla soddisfazione di questo istinto determinano, in una fase evolutiva ancora fusionale e prima ancora dell'apprendimento di un comportamento, la strutturazione della persona sul piano affettivo (da qui le considerazioni sulle diversità delle fasi evolutive in cui avviene l'imprinting e della natura dell'oggetto/cibo e dell'oggetto/droga; vedi sopra)
2. e 5. l'eroina non induce craving quando si è sazi (o meglio: qual è il meccanismo per cui si continua ad assumere eroina quando si è già ben "fatti"?). Questo punto meriterebbe approfondimenti, dato che gli aspetti clinici, psicopatologici, neurobiologici e concettuali del craving non sono affatto chiari. Da ricordare, poi, che l'addiction non è descritta esclusivamente dalla impulsività/compulsione e non è solo il comportamento assuntivo
3. e 4. le droghe utilizzano gli stessi circuiti gratificanti degli stimoli naturali: non mi aspetterei niente di diverso, visto che la strategia della nostra evoluzione è stata quella di usare meno elementi strutturali possibili per svolgere il massimo numero di funzioni possibili (l'uomo ha meno geni del mais – 40.000 a confronto di 200.000 - non perché è un organismo meno complesso di una pannocchia). La differenza (il cibo ha circuiti fatti apposta per sé, le droghe usano circuiti destinati ad altro: è per questo che sono droghe) è stata discussa sopra.

Insomma, mi pare che ci sia da discutere ancora e che lo si debba fare in modo interdisciplinare. E soprattutto, mi pare che si stia aprendo lo sguardo su una clinica dell'addiction che contempla una serie di condizioni apparentemente simili, ma in realtà articolate e diversificate, per le quali non abbiamo ancora "le parole per dirlo" (o meglio: i concetti per pensarlo); una clinica e una psicopatologia ricca e multiforme, in grado di appagare la nostra voglia di scoprire e conoscere.

Una domanda: Il gioco d'azzardo può dare addiction? E internet?

Buon lavoro!

BIBLIOGRAFIA

1. E. Bignamini, R. Bombini: "Considerazioni sul pensiero e sul linguaggio delle "Tossicodipendenze"". *Medicina delle Tossicodipendenze*, marzo 2003, XI, 38.
2. E. Bignamini e R. Bombini: "Approccio psicodinamico al tossicodipendente", *Riv. Psicologia Individuale*, n° 56, 2004.
3. E. Bignamini e S. Zazza: "Psychotherapy for patients in methadone treatment", *Heroin Addiction*, n° 3/2005, Pacini, Pisa, 2005.
4. E. Bignamini: "Psicopatologia delle dipendenze da sostanze; suggestioni per pensarla", *Dal Fare al Dire*, n° 3/2006

5. E. Bignamini: "La tossicodipendenza come malattia". In: "Delle droghe e delle pene. I tossicodipendenti tra cura e castigo", a cura di Emanuele Bignamini e Angela Debernardis, Publiedit, Cuneo, 2007.
6. C. Bollas: "L'ombra dell'oggetto", Borla, Roma, 1989
7. L. Cancrini: "Schiavo delle mie brame", Frassinelli, 2003
8. A. Dagher: "Food and drug rewards in humans: insights from functional brain imaging". McGill University (sito web NIDA), 2007
9. S. Fassino, G. Abbate Daga, P. Leonbruni: "Manuale di psichiatria biopsicosociale", Centro Scientifico Editore, Torino, 2007
10. G. Lapassade: "Il mito dell'identità", Sensibili alle Foglie, Lecce, 2006
11. N. Volkow, G. Wang, J. Fowler: "Neuroimaging studies of obesity and drug addiction". NIDA (sito web NIDA), 2007