



ALISSITIMIA E GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO

Barbara B.

*Dipartimento Dipendenze Patologiche Ser,D Alcamo -
Alcamo - Italy*

*Ma per evocare emozioni sì semplici,
la minima parola gli costava mille pene.
"Dottore, diceva, vorrei imparare ad esprimermi."
A. Camus, La Peste*

“L'adozione rappresenta l'incontro tra due mondi, tra contesti differenti, tra istanze evolutive diverse la cui complementarità è tutta da costruire. Due vicende di perdita, quella del bambino privo di affetto e quella di due adulti alla ricerca della genitorialità, nonché il desiderio di ricevere/dare il dono dell'accoglienza e dell'accudimento, sono la traccia e la sfida di una realtà che non necessariamente potrà evolvere con facilità. È diffusa tra gli operatori dei servizi socio-sanitari la percezione che l'adozione resti un'esperienza straordinaria con una forte aspettativa riparativa e compensativa, evidentemente declinata in maniera differente dall'adottante e dall'adottato. Tutto ciò che accade, però, non dovrebbe essere letto esclusivamente facendo riferimento alle dinamiche che si verificano all'interno del nucleo familiare. Nella lettura di possibili difficoltà dovrebbero trovare posto infatti le vicende pregresse dei figli adottati e le storie infantili dei genitori adottanti.”

Così Anna Paola Lacatena (1) inizia un interessante articolo pubblicato qualche anno fa su *Mission*, che si occupa di dipendenza patologica e adozione, dal titolo emblematico: “Quando l'amore non basta”. L'autrice oltre ad approfondire il momento in cui l'adottato giunge all'età dell'adolescenza, prova a riflettere sul perché cresce nei servizi che si occupano di dipendenze patologiche il numero di pazienti che riportano l'esperienza dell'adozione. In questo mio lavoro, ripercorrendo la storia di Paolo, giovane di 21 anni, adottato e oggi paziente del nostro SerD per problemi legati ad un uso eccessivo di gioco d'azzardo, provo attraverso la narrazione del nostro percorso a comprendere quali antiche e dolorose esperienze vengono rievocate nell'esperienze di gioco e come quest'ultimo in qualche modo riattiva il nostro giovane paziente dall'alissitimia di cui è portatore.

Al momento dell'arrivo al SerD per una richiesta di aiuto, Paolo sta molto male: ha un debito di 20 mila euro con i genitori che hanno pagato il titolare di un centro scommesse, ma che lui deve risarcire mensilmente. Inoltre soffre di ansia che lo porta ad avere sempre fame d'aria (gola chiusa, timore di soffocare, respiri brevi e faticosi). La sintomatologia ansiosa è insorta da circa un anno in seguito al tradimento e all'abbandono di una fidanzata e al successivo trasferimento in una città tedesca per un lavoro in fabbrica che ha retto per soli 5 mesi per l'insorgere dei gravi sintomi psicosomatici e di un senso di vuoto incolmabile. Le parole condivise “abbandono”, “tradimento”, “solitudine” su mia sollecitazione, riportano alla sua memoria l'esperienza infantile di separazione dai genitori e di permanenza per molti anni in casa famiglia dove ha imparato a “non sentire” le emozioni dolorose di solitudine, di vuoto e di disperazione. Dice che lui non sente niente, neanche l'affetto dei genitori biologici, verso i quali si sente riconoscente, né la vicinanza degli amici, solo “l'adrenalina” dell'attesa della vincita. In realtà per lui non è importante vincere: la vittoria non gli dà particolare gioia, ricerca nuovamente il brivido dell'attesa. Anche la parola “attesa” sollecita in lui dei ricordi legati all'infanzia: quello degli interminabili pomeriggi trascorsi ad aspettare la madre biologica che non arrivava mai, pur avendo promesso di fargli visita, di portarlo via. Dice di non ricordare il motivo per cui il padre avesse il divieto di visita, perché non fosse rimasto a vivere con la madre ed essere stato costretto in comunità fino all'età di 8 anni. Dice di non volerlo neanche sapere, che non desidera neanche capire, che ha cancellato i ricordi. Sembra presentare oltre al problema di perdita di controllo nel gioco anche una notevole alissitimia che rende il suo stile comunicativo sterile e incolore.

Taylor, Bagby e Parker (2), hanno considerato l'alissitimia un disturbo dell'elaborazione degli affetti che interferisce con i processi di auto-regolazione e riorganizzazione delle emozioni. Questo potrebbe spiegare la sua tendenza ad assumere alcuni comportamenti compulsivi come l'abuso di sostanze pregresso, o il gioco attuale, per liberarsi dalle tensioni causate da stati emotivi non elaborati. I soggetti alissitimici assumono spesso una postura rigida, presentano processi immaginativi coartati e tendono ad avere esplosioni di collera, ma se interrogati sui motivi di queste manifestazioni, sono incapaci di dare spiegazioni. Questo perché i soggetti alissitimici, pur mostrando una normale attivazione fisiologica in presenza di emozioni, hanno ridotte capacità di riorganizzare gli elementi che caratterizzano la loro esperienza corporea in una rappresentazione mentale intrapsichica (3-4).

Anche Paolo apparentemente senza emozioni, spesso esplode in una rabbia incontrollata manifestando notevole aggressività verso gli oggetti, senza un motivo

apparente. Inoltre il suo "isolamento mentale", il bombardamento di stimoli attraverso il gioco, sembrano far parte di un processo dissociativo.

"Quando è presente l'alessitimia, cioè un elevato grado di disregolazione affettiva caratterizzato da forti difficoltà nell'identificare e comunicare le proprie emozioni ed un pensiero prevalentemente operatorio, orientato all'esterno, allora è proprio la presenza di una elevata sintomatologia dissociativa che spiega la severità del gambling compulsivo mentre, quando si è in assenza di condizioni alessitimiche, la sintomatologia dissociativa sembra assumere un ruolo di secondo piano. Possiamo quindi ipotizzare che quando non sono in grado di autoregolare i propri affetti e di utilizzarli adeguatamente nei contesti interpersonali, i soggetti GAP ricorrono al comportamento dipendente, e che questa condotta sia essa stessa in qualche modo un sintomo dissociativo volto a modulare gli stati affettivi ed allontanare emozioni non elaborabili, avvertite come traumatiche e sopraffacenti" (5).

L'alessitimia come esito di un trauma infantile può comportare, inoltre, un deficit nello sviluppo affettivo e l'adozione di comportamenti non salutari lungo il corso della vita, come il fumo, l'abuso di alcol o droghe e la sovralimentazione, che gli individui alessitimici traumatizzati spesso utilizzano per regolare gli stati emotivi angoscianti, senza essere consapevoli della loro origine (6).

Infatti, è emerso come essere stati vittime di un trauma precoce abbia diverse conseguenze biologiche tra cui: svariate alterazioni funzionali e/o strutturali nelle aree cerebrali tra cui l'ippocampo e l'amigdala, disregolazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, l'aumento dei marcatori infiammatori in età adulta e modifiche epigenetiche (7). Un altro elemento importante è la tendenza di molti soggetti alessitimici a focalizzarsi eccessivamente, e quindi amplificare conseguentemente, le sensazioni corporee associate all'emotional arousal; questo comporta che gli individui alessitimici interpretino queste sensazioni corporee erroneamente come sintomi di malattia, così da sentire come necessario un consulto medico (8), come per Paolo i sintomi respiratori o la tachicardia che lo ha costretto ad interminabili esami che hanno escluso dei problemi organici e che invece lo hanno portato dallo psichiatra che ha prescritto una terapia ansiolitica. (9)

In conclusione è assodato che le esperienze avverse in età infantile possano determinare un disturbo alessitimico e una carenza di funzione riflessiva e che, in accordo con Caretti e La Barbera (10) le persone affette da addiction (incluso il GAP) soffrono di un disturbo della regolazione degli affetti (alessitimia, incapacità di mentalizzare le emozioni, i sentimenti e gli impulsi) che impediscono loro di regolare e contenere le tensioni interne ed esterne. Solitamente questi soggetti sembrano essere guidati verso la dissociazione e tendono a ricercare stati

alterati di coscienza attraverso comportamenti di dipendenza. (11)

La terapia psicologica offerta deve tendere necessariamente ad ampliare la capacità di mentalizzazione e a ridurre la sfiducia epistemica nell'individuo, cioè quella sfiducia generalizzata dovuta alla distruzione della fiducia di base nei confronti della figura di attaccamento che impedisce ai pazienti di fidarsi poi, tra gli altri, anche del terapeuta. Secondo Fonagy e Bateman (12), è importante che il terapeuta mantenga un atteggiamento investigativo circa gli stati mentali del paziente, al fine di mettere il paziente nella condizione in cui sarà lui stesso a dover ricercare i propri processi psicologici, per poterli spiegare al terapeuta. Questa strategia utilizza la curiosità del paziente e del terapeuta come "ponte" per potenziare la funzione riflessiva circa il sé.

Braehler e Schwannauer (13) sostengono che gli interventi devono avere come obiettivo principale quello di esplorare i sentimenti non mentalizzati di vergogna, paura, perdita, in un contesto terapeutico sicuro e stimolante; tutto ciò è possibile attraverso il potenziamento dell'abilità del mentalizzare. Un paziente che impara a riflettere sulla propria patologia, sui propri sintomi ed episodi di gioco incontrollato, sarà maggiormente in grado di identificare e differenziare i propri stati affettivi, fino ad acquisire, nella migliore delle ipotesi, la capacità di modularli e gestirli.

Fonagy e colleghi (14) hanno individuato diversi elementi che possono essere utili per potenziare la fiducia epistemica come, per esempio, il contatto visivo, l'inarcare un sopracciglio, la reattività contingente (adattata ai comportamenti e stati del paziente). Questi stimoli possono permettere al paziente di ricavare informazioni sull'altro più facilmente, utili a rassicurarlo e motivarlo a continuare.

Alcuni elementi importanti che il terapeuta deve tenere presenti nel lavoro sulla mentalizzazione sono:

1. Interrogarsi costantemente su quali stati mentali interni, propri o del paziente, possano spiegare ciò che accade nell'hic et nunc;
2. Sviluppare un linguaggio che esprima senza alterare anzi dando forma alla complessità delle relazioni e delle motivazioni;
3. Mantenere una posizione terapeutica mentalizzante anche nel contesto di risposte controtransferali che possono indurre ad agire piuttosto che a pensare;
4. Identificare lo stato affettivo dominante esplorando gli stati emotivi del momento;
5. Non suggerire al paziente ciò che sta provando, trasformandosi così in un agente iatrogeno che evoca degli affetti per poi esplorarli come se fossero originali. Un affetto deve prima essere riconosciuto dal paziente all'interno della relazione terapeutica;

6. Il focus è sulla situazione attuale e come questa è influenzata dagli eventi passati piuttosto che sul passato in sé;

7. Gli eventi pregressi devono essere riconnessi al presente;

8. Durante intensi stati emotivi (ad es correlati al ricordo di un'esperienza traumatica) interventi pacati e concisi sono più efficaci;

9. Individuare nel presente l'oggetto di un sentimento di rabbia e non lasciarlo sospeso nel passato (15).

Il paziente che ripone fiducia nel suo terapeuta ha la possibilità di entrare in contatto con gli stati mentali propri e dell'altro; in secondo luogo, questa possibilità gli permetterà di potenziare la mentalizzazione, potendo riflettere gli stati mentali dell'altro; da ultimo, ciò comporterà una diminuzione dell'ansia e dell'ipervigilanza, favorendo l'apprendimento di nuove abilità relazionali (16).

Va da sé che una migliore capacità di mentalizzare e di entrare in contatto con le proprie emozioni permetteranno al paziente di non ricorrere al gioco compulsivo per liberarsi dalle tensioni causate da stati emotivi non elaborati e dissociati.

Bibliografia e Sitografia

1. Lacatena A.P. Drug Abuse (DA), Dipendenza patologica e Adozione. Quando l'Amore non basta in Mission 50, 2018
2. Taylor G.J., Parker J.D.A Bagby R.M. Disturbi della regolazione affettiva. L'alessitimia nelle malattie mediche e psichiatriche. Giovanni Fioriti Editore, Roma 2000.
3. Parker, JDA, Taylor, GJ, Bagby, RM. (1993). Alexithymia and the recognition of facial expressions of emotions. *Psychother Psychosom*, 59:197-202.
4. Kristal, H. (2007). Affetto, trauma, alessitimia. Magi Edizioni Roma
5. Disregolazione affettiva possibile causa di ludopatia in Redazione OPs, in Tecnologie e scienza <https://opsonline.it/>
6. Luminet, O., Bagby, R. M., & Taylor, G. J. Alexithymia. *Advances in research, theory and clinical practice* (2018) Editore:Stampa dell'Università di Cambridge
7. Nemeroff, C. B. & Seligman, F. (2013). The pervasive and persistent neurobiological and clinical aftermath of child abuse and neglect. *Journal of Clinical Psychiatry*, 74
8. Maunder, R. G., Hunter, J. J., Atkinson, L., & al. (2017). An attachment-based model of the relationship between childhood adversity and somatization in children and adults. *Psychosomatic Medicine*, 79.
9. <https://www.stateofmind.it/2022/11/alessitimia-disturbi-correlati/>
10. Caretti V., & La Barbera D., (2005). Alessitimia, valutazione e trattamento. Roma, Astrolabio
11. Relazione tra Gioco d'Azzardo Patologico, alessitimia, sintomi dissociativi e impulsività: un confronto tra un gruppo di giocatori in trattamento e un gruppo di controllo Giuseppe Iraci Sareil e Alessio Gori - Gruppo Incontro di Pistoia. Progetto Altro Azzardo. - Gruppo Incontro di Pistoia *Italian Journal on Addiction Vol. 2 Numero 3-4*, 2012
12. Bateman, A.W., Fonagy, P. (2006), Guida pratica al trattamento basato sulla mentalizzazione per il disturbo borderline di personalità. Tr. it. Raffello Cortina, Milano
13. Braehler, C., & Schwannauer, M. (2012). Recovering an emerging self: Exploring reflective function in recovery from adolescent-onset psychosis: Recovering an emerging self. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 85(1), 48-67. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.2011.02018.x>
14. Fonagy, P., Luyten, P., Allison, E., & Campbell, C. (2019b). Mentalizing, Epistemic Trust and the Phenomenology of Psychotherapy. *Psychopathology*, 52(2)
15. https://www.doccity.com/it/il-trattamento-basato-sulla-mentalizzazione-prof-caverzasi-unipv/7085374?utm_source=generic&utm_medium=button&utm_campaign=document_share
16. Fonagy, P., & Luyten, P. (2018). Attachment, mentalizing, and the self. In *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment*, 2nd ed: The Guilford Press.