

15.2

IL TRAUMA NEI DISTURBI DA USO DI SOSTANZE E NEI COMPORTAMENTI DI ADDICTION

Galassi C.*

Servizio Multidisciplinare Integrato S.M.I. - CAD ~ Milano ~ Italy

L'esposizione a un trauma psichico altera l'equilibrio psichico e le capacità di regolazione affettiva delle persone: i comportamenti additivi, in quest'ottica, sembrano rappresentare un tentativo disfunzionale di fronteggiare l'emergere incontrollato di vissuti traumatici che il soggetto contrasta attraverso l'uso di sostanze psicoattive.

Attraverso l'esposizione del caso clinico di una giovane adulta con Disturbo da Uso di Sostanze (DUS) seguita presso SMI CAD con interventi multidisciplinari integrati, affronto il tema della correlazione tra trauma complesso e comportamenti di addiction.

Diversi studi hanno dimostrato che le dipendenze patologiche hanno come caratteristica peculiare l'uso distorto di una sostanza, di un oggetto o di un comportamento. La dipendenza, inoltre, offre alle persone la possibilità di modificare l'umore e le sensazioni e, pertanto, prima ancora di essere una condizione neuropsicologica o un problema sociale, è un fenomeno individuale che può presentarsi nel corso dello sviluppo psicologico come risposta a specifici fattori evolutivi (Caretti et al., 2005).

Le esperienze traumatiche, come abusi, violenze o perdite significative, possono avere un impatto profondo sul cervello e sul sistema nervoso, in particolare in aree legate alla regolazione emotiva (sistema limbico), alla memoria (ippocampo) e alla risposta allo stress o alla paura (amigdala); ciò rende le persone più vulnerabili allo sviluppo di una dipendenza, in quanto possono utilizzare le sostanze psicoattive per far fronte al dolore emotivo, ai ricordi dolorosi e ai sintomi del Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD). Questo comportamento può trasformarsi in un circolo vizioso, poiché l'uso di sostanze può peggiorare i sintomi del trauma e portare ad ulteriori problemi. L'utilizzo di sostanze, infatti, non solo non aiuta a risolvere le problematiche (es. ansia, depressione, scarsa gestione delle emozioni, ecc.), ma ne crea di nuove, quali isola-

mento sociale, conflitti familiari, fisica e psichica e altre situazioni che a loro volta possono generare nuovi traumi. Il rischio è che questo ciclo non si ferma mai e si autoalimenta, dando origine a un vortice che porta a peggiorare la situazione di anno in anno, salvo che si ricorra a un percorso di cura della tossicodipendenza. Inoltre, più il trauma è grave più è facile che vi sia un'alterazione dei circuiti neuronali del cervello, in particolare quelli legati alla produzione di dopamina e al sistema di ricompensa (Bloomfield et al., 2019)

Essendo un neurotrasmettore coinvolto in aspetti quali motivazione e piacere, la dopamina svolge un ruolo chiave nella dipendenza. Ne consegue che, se un individuo produce meno dopamina e possiede una ridotta capacità di provare piacere per le situazioni quotidiane della vita, ricorrerà più facilmente all'uso di sostanze per stimolare la produzione di dopamina.

Se si tiene in considerazione anche il fatto che la dipendenza può instaurarsi anche a seguito di strategie di coping maladattive, dovute al fatto che l'alcol e alcune sostanze sono in grado di donare un'euforia temporanea e alleviare la sofferenza causata da emozioni dolorose e depressione, si comprende la funzione di automedicazione attribuita alle sostanze dalle persone con DUS.

Infine, chi è stato soggetto ad un trauma, il più delle volte ha delle difficoltà a regolare ed esprimere le proprie emozioni, con conseguente rischio di venire sopraffatti da emozioni impetuose come rabbia e disperazione. Ciò può portare ad un'incapacità di auto-regolazione emotiva nel lungo periodo.

La letteratura scientifica

La letteratura scientifica internazionale mostra chiaramente le relazioni esistenti fra traumi vissuti nell'infanzia e disturbi psicopatologici in età adulta. Numerosi studi confermano che l'esposizione a un trauma sia puntiforme sia cumulativo (Van Der Kolk, 2008) può facilitare l'insorgere di una psicopatologia, che spesso si manifesta anche attraverso forme di dipendenza; a sua volta, la gravità dell'abuso di sostanze è fortemente correlato con l'abuso fisico, sessuale ed emotivo durante l'infanzia e/o esperienze di neglect.

Caso clinico

E. arriva al servizio all'età di 24 aa, inviata da psichiatra che ha consultato in ambito privato, per Disturbo da Uso di Alcol, Cocaïna e Cannabis. In passato ha manifestato Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) per cui è stata in cura presso servizio specialistico dai 15 ai 21 aa e ha avuto una diagnosi di Disturbo Borderline di Personalità.

Primogenita di due figlie, vive da sola, è laureata e

lavora con contratti a termine, con periodi di trasferta all'estero.

I genitori sono viventi, la madre lavora, il padre è in pensione e risulta che il abbia avuto un passato di uso sperimentale di sostanze in età giovanile.

L'avvio della presa in carico è stato caratterizzato da iniziale diffidenza e sfiducia generalizzata verso le istituzioni e verso gli operatori psicologi e psichiatri. Si è quindi inizialmente lavorato sull'aggancio sia al servizio sia ai colloqui psicologici, in alcuni momenti affiancandoli a quelli educativi.

Inizia l'uso di cocaina a 16 aa indotta dal suo ragazzo, utilizzata in modalità sniffing: era il periodo in cui andava a ballare con gli amici e le piaceva lo "sballo" (usava anche altre sostanze). La cocaina, inoltre, diminuiva il senso di fame e in quel periodo era funzionale al DCA. Attualmente usa 3-4 volte a settimana, in alcuni periodi è quotidiano. L'effetto ricercato è quello di non farla pensare ai problemi; lo definisce un uso che ormai è diventato un'abitudine, un automatismo. L'uso di cocaina è anche associato all'alcol con la funzione di ridurre gli effetti dell'assunzione massiccia di quest'ultima.

Beve vino e superalcolici, raramente birra, dai 15 anni; l'abuso di alcol è iniziato da 7 anni lavorando in un ristorante: poco alla volta l'uso è diventato quotidiano; riporta di bere principalmente per riempire dei vuoti, quando non ha niente da fare; riconosce che il problema è la mancanza di interessi a cui dedicarsi nei momenti extra lavorativi.

Rispetto alla cannabis, riporta primo uso a 14 anni con le compagne di classe, per stare in compagnia; fuma da allora tutti i giorni; ricerca l'effetto di ottundimento, ma riconosce di aver sviluppato tolleranza verso la sostanza. In principio la faceva ridere e la faceva sentire a suo agio in compagnia.

Dai 15 ai 20 anni ha usato anche diverse droghe sintetiche in contesti sociali e di divertimento.

Le sostanze hanno per lei la funzione di attutire gli stati emotivi, chiuderla in una bolla che le permetta di non considerare il mondo esterno, non sentirlo e di sentirsi più calma; ciò sia quando è arrabbiata o addolorata sia quando sta vivendo una situazione piacevole; in quest'ultimo caso per poter stare bene ha bisogno di regolare gli stati interni di disagio o stress; definisce le sostanze "le mie terapie".

Attualmente ha pochi amici, frequenta per lo più i colleghi di lavoro. Riferisce buoni rapporti con i genitori, ma nel corso della presa in carico emerge che spesso è in conflitto con loro e mal tollera le modalità simbiotiche della madre, definita come ansiosa e che ha sempre influenzato i suoi pensieri, i suoi comportamenti e la sua identità; il padre, invece, viene definito come

quello buono, con il quale poter parlare, ma nel corso del tempo emerge un tono dell'umore deflesso e tendenza alla passività.

E. stessa riconosce di essersi assunta il ruolo della malata designata, per potersi sentire vista e amata in particolar modo dalla madre; attualmente oscilla tra il sentirsi a disagio quando viene trattata come la malata della famiglia e il temere di non sapere più chi sia se non assume tale ruolo.

Altri riferimenti familiari importanti sono state le due nonne viventi, con le quali mantiene buoni rapporti da sempre, e i due nonni deceduti.

Rispetto ai rapporti affettivi emerge una modalità disfunzionale e maltrattante, in quanto caratterizzati da conflittualità e aggressività sia verbale che fisica reciproca, e sempre accompagnati dall'uso delle sostanze.

E. riporta il convincimento di essere una persona non conforme alla normalità e con problemi mentali; il rapporto con la sessualità ha visto delle problematicità sia nel passato che nell'attualità, con senso di disagio e di obbligatorietà in alcune situazioni; inoltre, riporta di non sentirsi capita da nessuno da sempre, di aver sviluppato un senso di inferiorità già intorno ai 14-15 anni in corrispondenza dell'anoressia, e di presentare eccessi di ira e rabbia incontrollati dai 17 anni ("quando sono arrabbiata devo farmi male, tirare pugni contro il muro o la porta, per capire che devo fermarmi, che devo darmi una calmata").

La madre, nel corso di un colloquio di consulenza, ha riportato comportamenti bizzarri di E. fin da piccola, con accessi di ira e capricci quando veniva lasciata tutto il giorno dalla nonna, perché la madre lavorava; cresciuta in un ambiente iperprotettivo e ipercontrollante, da parte soprattutto della madre e della nonna, a 3 aa e mezzo circa arriva la sorellina, con conseguente vissuto di perdita delle attenzioni su di sé.

Nella storia di E. gli elementi connessi a vissuti traumatici sono rilevabili nel rapporto simbiotico con la madre, caratterizzato da assenza di confini personali, iper-apprensione, necessità di controllo costante, ma al contempo da scarsa sintonizzazione con i bisogni di E. e da carenza di uno sguardo amorevole che rimandasce a E. un riconoscimento di sé come soggetto separato e degno d'amore. Il normale processo di separazione e individuazione nel corso dello sviluppo evolutivo è stato compromesso, a tal punto che entrambe, madre ed E., ancor oggi non sentono di avere un senso se non nei reciproci ruoli assunti: E. di malata della famiglia che ha bisogno dell'accudimento e delle attenzioni materne, e la madre di figura accuditiva. Senza questi ruoli entrambe esprimono la sensazione di non avere un senso nella vita.

Tale trauma d'attaccamento ha determinato in E. un costante senso di sfiducia verso il prossimo, svalutazione di sé, senso di vuoto costante, disregolazione emotiva; ne ha sempre conseguito la messa in atto di una ricerca compulsiva di sostanze e di relazioni affettive con uomini che le rimandassero costantemente di non essere degna d'amore ma con i quali al contempo creare un legame indissolubile.

Il percorso, di cura che ha previsto colloqui psicologici di sostegno, colloqui educativi volti ad interventi di riduzione del danno rispetto all'uso delle sostanze e colloqui medici di monitoraggio delle condotte d'abuso, ha permesso strutturare una relazione terapeutica di fiducia, a tal punto che anche nei periodi di trasferita lavorativa E. stessa ha sempre richiesto di poter mantenere i colloqui da remoto, riconoscendo la necessità di quel luogo unico in cui poter riportare racconti, vissuti, emozioni e sentirsi sempre accolta e sostentata, mai giudicata.

Nei primi mesi dell'anno E. era riuscita a ridurre notevolmente l'uso delle sostanze, sperimentando un senso di benessere e un miglioramento in generale nella qualità della vita. È stato anche possibile approfondire alcune aree connesse al trauma d'attaccamento, quali il rapporto simbiotico e privo di confini con la madre, le sue ansie abbandoniche che la portano a pretendere di essere vista da parte dell'altro e le dinamiche di violenza psicologica che caratterizzano i suoi rapporti affettivi. Il lavoro psicologico richiede una costante messa in sicurezza di E. e un delicato lavoro di osservazione delle dinamiche psicopatologiche interne, senza poter al momento ancora procedere alla fase elaborativa dei vissuti traumatici.

Teoria del trauma

Se consideriamo il trauma psichico come una risposta soggettiva all'evento traumatico, comprendiamo come di fronte ad un vissuto traumatico venga sopraffatta la capacità di dare un senso, di comprendere, integrare e reagire all'evento traumatico; le funzioni neurologiche superiori si spengono per far sì che le funzioni di sopravvivenza possano essere attivate (cervello rettiliano); si attivano quindi una serie di meccanismi di difesa che in quel momento servono alla persona per proteggersi dall'evento traumatico.

Porges parla di fallimento del codice d'amore neurale, intendendo che fallisce il coinvolgimento sociale e si attivano le difese meno evolute. Il trauma deruba le persone del senso di sicurezza e fiducia: per come l'uomo è fatto, ha bisogno del sentimento viscerale di sicurezza per calmarsi, curarsi e crescere.

Si può, quindi, parlare di trauma quando il sistema di coinvolgimento sociale fallisce.

Da qui si osserveranno:

1. Aspetti di evitamento associati al trauma, quali ritiro sociale, disinteresse;
2. Ombibilamento emotivo-cognitivo (senso di nebbia rispetto a quello che si pensa e si sente), sintomi depressivi;
3. Sintomi rabbiosi e della sfera della reattività in generale;
4. Sintomi intrusivi.

Il fallimento del coinvolgimento sociale può avvenire in età precoce come risultante di una mancata sintetizzazione nel sistema di attaccamento. Il trauma, inoltre, interrompe la trama identitaria bloccando le persone in un passato che non passa mai, rendendole continuamente vigili e ombilate, facendole vivere in uno stato di allarme costante.

Il primo contatto con un paziente traumatizzato, quindi, deve essere orientato alla messa in sicurezza, da intendersi come assetto da trovare nella relazione con il paziente e consiste nel verificare e costruire condizioni concrete di sicurezza. Ciò gli permette di sentirsi sufficientemente in una situazione di sicurezza con conseguente possibilità di mettersi nella condizione di essere aiutato.

Queste persone non hanno una messa in sicurezza a livello corporeo e manifestano disregolazione emotiva con oscillazioni tra l'iper e l'ipo arousal (aggressività o passività/evitamento); in tali persone è spesso presente anche un certo grado di dissociazione, che può andare da livelli meno gravi a livelli molto gravi. Van Der Hart espone la sua teoria della dissociazione strutturale, secondo la quale l'evento traumatico altera il funzionamento integrato dei sistemi di azione di:

1. vita quotidiana: parte apparentemente normale, che cerca di andare avanti nella vita quotidiana
2. difesa: parte emotionale, che è rimasta fissata nel tempo del trauma e che è influenzata dai sistemi di azione di difesa. Si possono osservare difese attivate al momento del trauma per far fronte al pericolo; emozioni legate alle situazioni traumatiche e scaturite dalle strategie difensive; le sensazioni corporee derivanti da tale esperienza; i ricordi frammentati dell'esperienza traumatica.

I sintomi dissociativi si differenziano in:

1. Sintomi negativi: si caratterizzano per assenza o perdita sia a livello fisico (anestesia, insensibilità al dolore o analgesie, perdita di funzioni motorie concrete) sia a livello psichico (amnesie, perdita di abilità e conoscenze, depersonalizzazione, perdita dell'affetto, necessità, desideri e fantasie).
2. Sintomi positivi: intrusioni sia a livello psichico (qualcosa è vissuto come estraneo a se stesso, in quanto una parte della personalità contiene un ricordo o

un'esperienza che un'altra parte non ha) sia a livello somatico (sensazioni o dolori senza correlato organico, percezioni sensoriali che sono frammenti di materiale traumatico, movimenti ripetitivi come tic e tremori). In queste situazioni un'efficace strategia terapeutica richiede una diagnosi che coniughi:

- le specifiche caratteristiche e circostanze dell'esperienza traumatica, differenziando tra:
 - TRAUMA TRANSITORIO-ACUTO (situazioni in cui il trauma occorre in modo occasionale e/o transitorio)
 - TRAUMA CONTINUATIVO (il trauma è occorso in modo continuativo e ha orientato la strutturazione dell'identità)
 - TRAUMA CUMULATIVO (vari eventi traumatici successivi)
- l'incidenza dei sintomi
- il funzionamento generale della personalità.

La psicoterapia orientata al superamento dei deficit integrativi della personalità è orientata in 3 fasi:

- 1) Stabilizzazione: riduzione dei sintomi insegnando alla persona a contenere le emozioni e ad accedere ad esse all'interno di uno stato di tolleranza, mediante:
 - psicoeducazione su trauma e dissociazione
 - regolazione delle emozioni mediante tecniche di rilassamento, costruzione del "luogo sicuro" con Emdr, Mindfulness, tecniche SensoryMotor di grounding, centratura, costruzione dei confini)
 - imparare ad individuare i trigger
 - imparare strategie di contenimento impulsi
 - somministrazione di farmaci per riduzione della sintomatologia (iperemotività, stabilità umore, impulsi agiti).

2) Trattamento ed elaborazione dei ricordi traumatici; la caratteristica specifica delle memorie traumatiche è la loro scarsa accessibilità alla coscienza verbale (effetto della non integrazione o della dissociazione peri-traumatica); il soggetto non è capace di attribuire all'evento la categoria di memoria (traumatica vs autobiografica) e rimane fissato a confrontarsi con una situazione difficile cui non riesce a venire a capo, così da dover continuare a fare grossi sforzi di adattamento. La sintonizzazione emotiva, quindi, diviene molto importante al fine di permettere al paziente di identificare le sensazioni emotive e corporee e i loro correlati emotivi e cognitivi e per accedere al ricordo traumatico (Van der Kolk). Sono risultate utili tecniche bottom-up, che cercano di contattare e connettere gli aspetti emotivo -sensoriali immagazzinati nel sistema limbico (EMDR, Sensorimotor Psychotherapy).

3) Reintegrazione e riabilitazione della personalità: l'integrazione è un processo adattativo - evolutivo che implica azioni mentali e comportamentali che consen-

tono di assimilare le esperienze e il senso di sé, ricostruendo un senso unitario del sé; richiede anche la capacità di compiere azioni integrative, quali la regolazione emotiva e la funzione riflessiva. E quindi un processo adattivo che implica l'abilità sia di differenziare che di collegare le esperienze in una prospettiva temporale, in un assetto personale (personalità) flessibile e stabile, promuovendo il miglior funzionamento possibile nel tempo.

Giungere alla realizzazione significa aver sviluppato una presa di consapevolezza della realtà così com'è, con relativa capacità di accettazione (della realtà stessa) e di adattamento; include due tipi di esperienza psichica: il senso di padronanza dell'esperienza e del Sé, e l'ancoraggio al presente in relazione dinamica con il passato e il futuro.

Tutto questo deve includere una relazione terapeutica collaborativa e chiaramente definita, un piano sistematico di superamento delle fobie che mantengono la dissociazione della personalità e l'applicazione ponderata di un approccio sistematico, che implica un lavoro con le parti dissociate, anche nel trattamento dei ricordi traumatici.

Nei pazienti con disturbo da uso di sostanze la terapia cognitivo-comportamentale risulta utile nell'acquisizione da parte dei pazienti di determinate abilità al fine di riconoscere e ridurre il rischio di ricaduta, mantenere l'astensione e migliorare l'autoefficacia. Gli individui imparano ad identificare quegli elementi, del tutto personali, che li portano ad assumere sostanze; gli vengono, inoltre, insegnate concreteamente nuove abilità e strategie di coping per contrastare la dipendenza. Il lavoro che i pazienti effettuano sull'analisi degli elementi di innesco, sul decidere di utilizzare strategie orientate al recupero e sul "gioco di ruolo" circa situazioni e risposte ad alto rischio, li rendono sempre più sicuri di sé e di riuscire a resistere all'urgenza della sostanza.

D'altra parte uno degli strumenti d'elezione per il trattamento dei vissuti traumatici e di problematiche legate allo stress (soprattutto allo stress traumatico) corrisponde all'approccio terapeutico dell'EMDR (dall'inglese Eye Movement Desensitization and Reprocessing, Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari): nel trattamento delle dipendenze da sostanze con l'EMDR non si elaborano e risolvono esclusivamente i traumi che possono soggiacere alla dipendenza stessa, ma anche le risorse, le sensazioni di astinenza e tutti quei comportamenti che si relazionano in qualche modo con il disturbo. La sostanza assume il ruolo di regolazione emotiva e collabora nel diminuire la sensazione di non avere controllo sugli

eventi. In questo senso, la sostanza psicoattiva diviene una difesa contro, ad esempio, il non pensare ed il non ricordare l'evento traumatico carico di conseguenze insopportabili e sentimenti negativi.

Conclusioni

La storia di E. si caratterizza per quello che Porges ha definito il fallimento del codice d'amore neurale, come risultante di una mancata sintonizzazione nel sistema di attaccamento in età precoce; il fallimento del coinvolgimento sociale ha portato, quindi, all'attivazione delle difese meno evolute e a sviluppare un senso di insicurezza e sfiducia profondi.

Con l'utilizzo delle sostanze psicoattive E. ricerca sia una regolazione dei propri stati emotivi sia una difesa contro il non pensare ed il non ricordare i vissuti traumatici carichi di sentimenti negativi.

Per questo motivo un lavoro psicoterapico ha previsto un lavoro in primis sulla messa in sicurezza della persona, così da metterla nella condizione di essere aiutata; solo successivamente sarà possibile lavorare sulla risoluzione della memoria "congelata" del trauma, sui sentimenti, spesso errati, che la accompagnano e, contemporaneamente, stimolare l'autostima e l'autoefficacia.

Bibliografia

- Bloomfield, M.A., McCutcheon, R.A., Kempton, M., Freeman, T.P., Howes, O. (2019). The effects of psychosocial stress on dopaminergic function and the acute stress response. *eLife*, 8.
- Caretti, V., La Barbera, D. (2005). Le dipendenze patologiche. Milano: Raffaello Cortina
- Porges S.W. (2014). La Teoria Polivagale. Fondamento neurofisiologici delle emozioni, dell'attaccamento, della comunicazione e dell'autoregolazione. Roma: Giovanni Fioriti Editore
- Van der Kolk, B.A. (2008). Il disturbo traumatico dello sviluppo: verso una diagnosi razionale per bambini cronicamente traumatizzati. In V. Caretti e G. Craparo (a cura di), Trauma e psicopatologia. Un approccio evolutivo-relazionale. Roma: Astrolabio
- Van Der Hart, O. (2024). Dissociazione da trauma. Una prospettiva neojanetiana. Milano: Raffaello Cortina
- Van der Kolk, B. (2015). Il corpo accusa il colpo. Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche. Milano: Raffaello Cortina