

Convegno Regionale SITD – Sicilia

“I volti del piacere: luci ed ombre dell’addiction”

Tavola Rotonda: “Il piacere, da nemico ad alleato della motivazione”

25 maggio 2018

Giancarlo Pintus

Inizierei dicendo che il titolo di questa tavola rotonda è suggestivo e che ovviamente, come già è emerso dalle intense riflessioni dei nostri relatori, il piacere non può che essere un alleato della motivazione poiché il piacere incentiva e finalizza ogni comportamento di ricerca della ricompensa e come ci ha detto il Dr. Guelfi quanto più alta è l'importanza attribuita al cambiamento quanto maggiore potrebbe essere la Disponibilità; e tuttavia che posto occupa la ricerca del piacere nel comportamento addictive e nella cura? Per citare Leopoldo Grosso (MDD, 2012): *“Il piacere costituisce una questione ineludibile rispetto alla problematica del consumo e della dipendenza da sostanze psicoattive. Pur nel comune denominatore dei correlati biochimici, il piacere assume aspetti polimorfi, declinandosi diversamente non solo per le tipologie di sostanze d’uso, ma soprattutto per il particolare intreccio tra le percezioni, le sensazioni e le rappresentazioni proprie di ciascun consumatore”* e, aggiungo io, intreccio che include anche il significato emotivo, soggettivo e semantico che ogni consumatore dà all’esperienza di consumo e che nel suo insieme determina la motivazione ad iniziare, a proseguire e anche a risolvere tale problematico rapporto.

In psicologia generale questo stretto rapporto è sancito dallo studio delle pulsioni e del piacere nell’ambito del capitolo dedicato alla motivazione. Scrivono Lindzey, Thompson e Spring (1991, 366): *“la motivazione fornisce energia al comportamento e lo dirige secondo 2 fattori alla base del comportamento attivo e finalizzato: il primo fornisce la pulsione, ovvero sollecita il comportamento; il secondo gruppo di fattori motivazionali ci trascina verso uno scopo. Gli incentivi (tra cui la ricerca del piacere) sono gli scopi o le ricompense che cerchiamo quando il nostro comportamento è motivato”*.

Verrebbe da chiedersi se in fondo la capacità di una condotta attiva e motivata sia ascrivibile anche all’esperienza addictive, cioè: esiste un vero comportamento intenzionale, consapevole e motivato di assunzione di sostanza? Si può parlare di piacere quando trionfa la compulsione e la perdita di controllo? Sono andato a rivedere le parole di Massimo Stanzione in un vecchio numero di Medicina delle Tossicodipendenze (2003, n.38, p. 27): *“Tutte queste sostanze possono indurre in chi ne subisce l’effetto gratificante, un comportamento operante di appetizione nei confronti di tale effetto. Alcune di esse sconvolgono il normale funzionamento dei sistemi percettivi e propriocettivi, modificando il rapporto dell’individuo con l’ambiente, alterando il suo senso del tempo, la capacità di rappresentazione mentale, di produzione fantastica e, non di rado, anche i livelli superiori di coscienza di tipo logico-razionale. Tutto ciò avviene in maniera perfettamente “acrasica”: il soggetto sa di essere preso in un circolo vizioso, ma non riesce a pensare ad altro se non a procurarsi la sostanza (o il farmaco) che lo solleva dal terrore dell’astinenza.”*

Dunque il tema della *forza di volontà*, quale atto deliberato che orienta l’agire finalizzato, nelle dipendenze patologiche cede il passo al tema della *debolezza della volontà*, all’acrasia, e conseguentemente alla perdita di controllo del proprio agire fino alla sincopata compulsione. E’ quello che Gilberto Di Petta (2006, 88) definisce *“lo stato chiaroscurale della coscienza, altrimenti definibile stato crepuscolo-aurorale”*; *“ciò che finisce non è il giorno, ma il mondo. E’ perciò l’ultimo giorno della coscienza ordinaria.”*

Per l’Autore (Di Petta, 2003, 118-119) “è verosimile che il sistema degli oppioidi sia interconnesso in modo determinante nella regolazione del rapporto tra il soggetto e il mondo e nella capacità di finalizzare il comportamento del soggetto rispetto al mondo. Tutte le attività connesse con la sopravvivenza, come la fame e la sete, il sonno e la veglia, l’accoppiamento e la riproduzione, la minzione e la defecazione sono associate ad intense sensazioni di gratificazione, di benessere, di soddisfacimento. Da qui risulta che ogni interferenza sul sistema degli oppioidi si traduce in una

importante interferenza nella relazione tra il soggetto e il mondo reale.”

Poiché il nostro mondo vissuto è il mondo così come le nostre funzioni percettive riescono a consapevolizzarlo, le esperienze che modificano tale vissuto di fatto modificano il rapporto con la realtà. Quello spazio dell'esperienza, che in psicoterapia della Gestalt si definisce “confine di contatto” (Perls et al., 1997), subisce, nei processi di addiction, una profonda ristrutturazione omeostatica dettata dagli effetti di stimoli così forti come le sostanze e le esperienze di profondo piacere, al pari di un'esperienza traumatica. L'uso cronico di sostanze modifica strutturalmente, in senso qualitativo, il vissuto della realtà e del mondo.

Nelle dipendenze, a seguito della disregolazione del Reward System, a livello mesolimbico e della corteccia prefrontale, la persona va incontro ad una serie di modificazioni strutturali e funzionali, determinando di fatto un'alterazione permanente e profonda dell'intero assetto di personalità. Quale possibilità di lavoro, allora, sulla motivazione in un soggetto tanto profondamente alterato? Il C.M. sembra agire particolarmente sul cosiddetto “Circuito motivazionale e controller”, (che comprende la corteccia orbito-frontale, dorso-laterale, la corteccia cingolata anteriore, l'insula ed agisce sulla memoria cognitiva), e alterazioni di questo circuito sono associate al comportamento impulsivo/compulsivo; ad esempio nei gamblers una ridotta attività della corteccia frontale, orbitofrontale, del nucleo caudato e del talamo correlano con un aumento di impulsività. Sembra rimanere però periferico all'intervento motivazionale il “Sistema del Drive, della gratificazione” (comprendente altre strutture interconnesse alle prime, tra le quali il Nucleo Accumbens, l'Area tegmentale ventrale, l'Amigdala, la corteccia somato-sensoriale) deputato a regolare le funzioni affettive, l'apprendimento, la memoria relazionale implicita (per citare Daniel Stern) e la memoria relazionale estetica (per citare Margherita Spagnuolo Lobb). Si tratta di molte delle aree e funzioni, mediate dalle vie dopaminergiche e serotoninergiche, implicate infatti anche nello sviluppo di competenze relazionali.

Il corto circuito tra il sistema del Controller e quello del Drive potrebbe essere alla base di quella “*acrasia*” di cui parla Stanzione. Dunque la dimensione del piacere soggettivo vissuto in una data esperienza con il mondo assume davvero un ruolo centrale nel discorso sulla motivazione, anche in ragione di questa stretta interconnessione a livello centrale; il piacere rappresenta una dimensione indispensabile alla sopravvivenza psico-fisica degli esseri umani, è quota umana ineludibile della sofferenza addictive, e il “Valore Edonico” di un'esperienza, come ci ha ricordato il Dr. Tizza anche con il riferimento al Rat Park di Alexander, assume una funzione adattiva del comportamento umano.

Nei processi addictive, però, il piacere va incontro ad una sua specifica evoluzione frutto della salienza percettiva ed emotiva, determinata dalla soggettiva esperienza vissuta, una trasformazione che potremmo sintetizzare nei termini del passaggio dal *desiderio* (fluidità del tempo, preparazione, fantasia, eccitazione nell'attesa e nel consumo), al *bisogno* (urgenza, indifferibilità, blocco del tempo, impulso, pensiero polarizzato, assenza di apprendimento, eccitazione massima solo nell'atto consumatorio). Il bisogno dell'oggetto, sganciato da uno sfondo di significati ampio diventa bisogno assoluto (Pintus e Crolle Santi, 2014), non riducibile, l'Altro regolatore di questa perversa relazione è abolito.

E allora, anche ai fini terapeutici, un ponte possibile tra motivazione e piacere, che sia fondato su una forte connessione esperienziale e neurobiologica, potrebbe essere il *riconoscimento relazionale* (Cavaleri e Pintus, 2010; Pintus 2014, 2015, 2016, 2017). Sono molto contento dell'enfasi che il Dr. Guelfi ha voluto porre sulla qualità della relazione con il paziente quale fondamentale risorsa per la promozione della Fiducia nel paziente, e che si possa guardare a questo costrutto non come un fattore introsichico ma un fattore squisitamente relazionale, e la relazione curante/curato o è un'occasione di riconoscimento relazionale o non serve.

Il rapporto tra motivazione, piacere e relazione appare tanto pregnante che Jervis (2001) scrive: “*I sistemi motivazionali realmente importanti potrebbero essere 2 soli: in primo luogo quello interpersonale, cooperativo, elementarmente socializzante dell'attaccamento/affiliazione; e in secondo luogo quello esplorativo ed assertivo.*” L'individuo è portatore di motivazioni che sono sempre, e fin

dall'inizio del suo percorso umano, intrinsecamente relazionali.

Nelle dipendenze l'Altro invece non c'è più, evapora (per dirla con Massimo Recalcati) nello sfondo, e la relazione con l'oggetto del legame si configura in ultima analisi come una relazione asimmetrica perversa nella quale l'oggetto, viene investito del ruolo e della funzione di madre accudente per sanare stati psico-fisici negativi e/o stimolare l'eccitazione e il coinvolgimento in stati psico-fisici altamente soddisfacenti. C'è anche in questo perverso rapporto un anelito di umana relazionalità non pienamente vissuta se non in quei pochi istanti in cui l'azione sinaptica del farmaco sprigiona la sua azione e spinge così a proseguire, per un apprendimento operante, su questo corto-circuito emozionale-relazionale con l'oggetto del legame. Non tenere conto del valore relazionale che questa esperienza assume per la persona in addiction significa non considerare il tentativo, alla lunga disfunzionale, di realizzare un'intenzionalità di contatto che è essenzialmente un'intenzionalità di riconoscimento relazionale, e che nella terapia psico-farmacologica può invece diventare l'asse portante del processo di cambiamento; come dire: dal piacere della sostanza al piacere di una relazione di genuino riconoscimento in cui realizzare compiutamente la propria intenzionalità di contatto e in ultimo la propria vocazione umana.

D'altro canto, e spesso la biografia dei nostri pazienti che lo insegna, la dipendenza con un oggetto rappresenta l'unico riconoscimento possibile quando le relazioni nutrienti falliscono, un adattamento secondario in un campo situazionale in cui l'Altro significativo si sottrae alla relazione.

A questi pazienti, spesso, non resta allora che cercare il riconoscimento al proprio bisogno di appartenenza nelle "cose", che però non nutrono e non promuovono alcuna crescita: *"Attraverso il consumo mi riscopro "soggetto" del consumare (Bauman, 2008) e l'oggetto che consumo mi dà quel "riconoscimento" che un tempo mi dava l'altro. ...Le dipendenze nascono dalla "nostalgia dell'altro", dalla dipendenza da un altro che non c'è. Le dipendenze sono il desiderio "trasfigurato", in modo patologico, del desiderio legittimo di essere riconosciuto dall'altro."* (Cavaleri, Pintus, 2010)

La qualità della relazione, a prescindere del modello di cura, è un fattore terapeutico in sé, al di là e più dell'atto terapeutico stesso; l'epigenetica ci informa che sistemi relazionali caldi, con equilibrio tra accudimento e controllo, supporto e riconoscimento delle intenzionalità evolutive attivano processi maturativi e di cambiamento a livello strutturale e funzionale del cervello e addirittura a livello genico, come occasione riparativa dei traumi relazionali complessi e, in parte, anche di quelli puntuali.

(Famoso ormai lo studio di Blackburn ed Epel (2017) sui telomeri di donne, madri di bambini disabili, le quali a seguito di questa esperienza traumatica tendono ad avere un assottigliamento dei telomeri cromosomici. E tuttavia se sostenute adeguatamente da una rete sociale, e se è il caso terapeutica, i telomeri non solo non si assottigliano ma anzi si rafforzano. Un altro esempio è la scoperta dei neurorecettori da parte di Stephen Porges (2014), il cui valore per il processo terapeutico è tale perché creare le condizioni di sicurezza, confort e protezione del setting diventano premesse necessarie per ogni efficace azione di mentalizzazione e apertura al rischio di un cambiamento. Senza sicurezza non ci può essere né relazione, né regolazione; senza questo spazio sacro, cioè separato, l'energia, il metabolismo e il battito cardiaco sono impegnati nella difesa dell'organismo, impedendo un genuino ingaggio sociale e una valida mentalizzazione dell'esperienza terapeutica.)

Diventa per me allora necessario sottolineare quanto ha detto il Dr. Guelfi sul significato di Autoefficacia in termini di Fiducia (che mi piace di più perché permette di passare dall'Autoreferenzialità alla Traità di Buberiana memoria, dall'individuo alla relazione): non possiamo pensare di lasciare il paziente da solo con le proprie risorse (magari depauperate) nella responsabilità del proprio cambiamento, perché la Fiducia nel proprio cambiamento non attiene solo alle risorse del paziente ma anche alle risorse della/nella relazione clinica. In sistemi sociali, istituzionali e di cura come i nostri, altamente narcisistici e nei quali la relazionalità è stata espunta e vissuta come una zattera, per citare Bauman (2000), guardare solo alla polarità del paziente nel suo processo di cambiamento mi sembra un modo per non riconoscere la gravità del trauma permanente dello sfondo esistenziale (Pintus, 2017) causato dall'esperienza addictive e anzi un modo per ri-traumatizzare esistenze già segnate da fallimenti relazionali.

Mi sembrerebbe altrimenti un modo per assolverci tutti (compresi noi curanti) dalla narcisistica

disaffezione alla relazione e un modo di considerare il paziente come causa del proprio male. Recuperare invece questa fondamentale e sicura cornice relazionale dell'agire terapeutico può diventare strumento di prevenzione universale e di cura indicata di questa sofferenza che chiamiamo addiction. Non credo personalmente ad una cura che abbia come obiettivo prioritario, o peggio esclusivo, la sobrietà e la remissione del sintomo, perché il sintomo non è l'uso di sostanza (che anzi è per me inizialmente un adattamento creativo) quanto la regressione dalla condizione umana di spontanea relazionalità, lo sviluppo solitario e mortifero di quello "stato crepuscolo-aurorale" in cui finisce il rapporto con il mondo. Come ci ha suggerito il Dr. Tizza, c'è bisogno di una educazione globale al piacere, radicato però nella relazione, primo istinto umano, e questa rappresenta una sfida ineludibile, la più alta, per l'uomo post-postmoderno e per i nostri sistemi di cura.