

## Introduzione

Questo scritto presenta alcune esperienze cliniche di pazienti con una dipendenza patologica comportamentale che si manifesta con una reiterata ricerca volontaria di rischi. Anche se alcuni autori hanno usato la denominazione “dipendenza da rischio” (ad esempio Michel et al, 2003 o il numero monotematico “L’addiction au risque” della rivista francese *Topique*, agosto 2009), ritengo che questa dipendenza dovrebbe essere chiamata Dipendenza dalla Ricerca del Rischio Estremo (DRRE), dato che non si diventa dipendenti dal rischio in quanto tale ma dalla sua ricerca attiva. Tale denominazione consente inoltre di focalizzare i processi che sono alla base della dipendenza. Il primo elemento è la ricerca del rischio o *risk-taking*, la scelta volontaria di indirizzarsi verso situazioni dall’esito incerto, l’intraprendere compiti senza avere la certezza del successo. Il termine estremo invece sottolinea che la ricerca del rischio può essere di grado e intensità diversa, dato che abbiamo vari gradi di certezza e quindi vari gradi di rischio. I rischi diventano estremi quando sono continui, caratterizzano lo stile di vita, minacciano gli averi, l’incolumità e l’esistenza stessa della persona (Ranieri, 2006). Non sempre è facile distinguere tra rischio come ricerca di esperienze e la pura reiterazione di un comportamento più o meno sempre simile con il solo fine di ottenere sensazioni molto forti. Nei pazienti incontrati la ricerca di rischio si è trasformata prima in una passione, poi in una vera e propria dipendenza perdendo il carattere ludico e piacevole della esperienza rischiosa e diventando una modalità che assorbe queste persone consentendo loro di allontanarsi dalla realtà quotidiana e da vissuti intrapsichici poco tollerabili. Come descritto da Pedinielli, i soggetti allora utilizzano il rischio come soluzione dei propri problemi, privilegiano l’azione alla mentalizzazione, la produzione di sensazioni corporee alle emozioni, e continuano a ripetere le azioni rischiose senza poter rimettere in discussione il proprio comportamento (Pedinielli et al., 2005). Questi segnali lasciano supporre che l’esperienza del rischio estremo si sia trasformata in una sorta di rifugio della mente (Steiner, 1993), una organizzazione patologica che finisce per dominare la persona. L’articolo ripercorre alcuni aspetti teorici della DRRE e si sofferma poi su vignette cliniche tratte da esperienze di psicoterapia individuale e di gruppo che consentono di dibattere delle possibili strategie terapeutiche e riabilitative con questa forma di dipendenza.

## Dalla ricerca del rischio alla dipendenza patologica

Numerosi autori hanno attribuito la ricerca del rischio a caratteristiche intrinseche della persona dovute ad aspetti della personalità o a modalità di funzionamento dell’apparato psichico. In molti modelli proposti la ricerca del rischio rappresenta il polo estremo di una caratteristica psicologica che si sviluppa lungo un continuum fino al polo opposto. Le tipologie introverso/estroverso di Jung (1921), gli estremi schizoide/cicloide di Kretschmer (1921), l’orientamento fobico/controfobico di Fenichel (1939), permettevano di inserire i comportamenti di ricerca del rischio nei modelli psicodinamici o psichiatrici dell’epoca. In tempi più recenti alcuni psichiatri hanno riconsiderato un gruppo di patologie mentali sulla base del rapporto che la persona ha nei confronti del rischio. E’ stato costruito così il modello chiamato *spettro impulsivo – compulsivo* basato sull’assunto che i disturbi impulsivi portano alla ricerca del rischio e i disturbi compulsivi si caratterizzano per una elevata tendenza ad evitare il pericolo (McElroy, Phillips & Keck; 1994; Blaszczynski, 1999; Blanco et al., 2001).

Anche i modelli basati sulle indagini con questionari di personalità costruiti con l’analisi fattoriale come quelli di Zuckermann (Sensation Seeking – 1994 e 2006) o di Cloninger (Novelty

---

\* Psicologo, psicoterapeuta, specialista in psicologia clinica. Dirige il centro di documentazione e ricerca sulle dipendenze patologiche del SerT di Arezzo (Cedostar). Indirizzo: Via Giotto 55 - 52100 Arezzo, tel. 0575-255947, E-Mail <firan@email.it>.

Seeking – 1987 e 1993) fanno riferimento ad una duplice polarità. Zuckermann ritiene che tutti gli organismi dispongano di uno specifico livello tonico, ottimale per l'umore, l'attività generale e l'interazione sociale. Ogni individuo mira al mantenere tale “tono edonico” positivo con la ricerca di sensazioni. Avremo così due tipologie opposte, i Low sensation seekers, che riducono o evitano le stimolazioni, e gli High sensation seekers che al contrario le incrementano in tutti i modi possibili, anche con imprese azzardate, da cui la propensione per il rischio.

Una delle critiche ai modelli basati su teorie della personalità viene da autori che privilegiano un approccio psicosociale, in particolare da coloro che si occupano di adolescenza. Già nel 1977 i coniugi Jessor avevano definito i comportamenti rischiosi degli adolescenti non necessariamente irrazionali, perversi o malati, ma in grado di adempiere a funzioni essenziali per lo sviluppo psicosociale (Jessor & Jessor, 1977). I comportamenti con ricerca del pericolo e del rischio non vanno analizzati singolarmente, ma visti nella loro interazione con altri comportamenti e aspetti della vita dell'adolescente e con le eventuali cause che ne spiegano la comparsa (Jessor, 1998). Se molti autori sono concordi sul fatto che durante l'adolescenza il rischio spesso svolge un ruolo evolutivo, simile a quello avuto in passato dai riti iniziatici (Bonino, 2005), tuttavia altri hanno evidenziato che occorre distinguere tra comportamento e comportamento, e tra ragazzo e ragazzo. In alcuni casi infatti la ricerca del rischio dell'adolescente assume le caratteristiche di una ricerca dell'eccesso con processi di ripetizione e progressione che colloca tale comportamento tra le condotte di dipendenza (Marcelli & Braconnier, 1999).

Per distinguerli Carbone (2003) propone di utilizzare degli indicatori quantitativi (la ripetizione della condotta; la durata; il cumulo; la presenza di eventi negativi) e indicatori qualitativi. Secondo l'Autrice infatti il rischio costruttivo è necessario in fase adolescenziale per la messa alla prova del nuovo corpo e delle nuove capacità cognitive ed è di solito vissuto con buona consapevolezza del pericolo e dei propri limiti. In questi casi il comportamento a rischio appare coerente perché nella narrazione è intimamente connesso con la storia individuale e con le difficoltà che il giovane sta fronteggiando, così come è connesso al processo di soggettivazione, “dato che chi lo corre se ne riconosce autore, protagonista e responsabile” (Carbone, 2009).

All'altro estremo dello spettro c'è un rischio distruttivo, a-finalistico e ‘fatale’; in questo caso chi rischia non si percepisce responsabile ma sente di essere agito da forze aliene. Questo rischio “fatale” e distruttivo appare organizzato attorno a due poli motivazionali: quello della sfida e quello della ricerca di eccitazione (Carbone, 2007). La sfida può essere rivolta verso se stessi, verso l'altro o tutto l'universo, mentre il rischio inteso come ricerca di eccitazione appare come un modo ancora più pericoloso e distruttivo di rischiare soprattutto perché è sintomatico di un vuoto relazionale profondo, non essendoci neppure un altro da sfidare. La dinamica del comportamento rischioso, in questi casi, si avvicina molto alla dipendenza da sostanze in quanto l'eccitazione è uno stimolo intenso ricercato nel tentativo di colmare un vuoto.

La tesi che la ricerca del rischio possa essere favorita da tratti di personalità, ma che in alcuni casi si trasformi in una dipendenza sta trovando progressivamente credito. Pannarale descrive una dipendenza dal rischio e afferma che questa *addiction* si distingue per una propensione ad essere esposti a pericolo ovvero per criteri diversi da quelli comunemente utilizzati nella scelta tra i rischi preventivabili (1998). Valleur & Charles-Nicholas (1982) hanno avvicinato le condotte a rischio alle dipendenze patologiche utilizzando una originale metafora, quella dell'ordalia. La persona che affronta il rischio si affida ad una potenza estrema e assoluta che decide l'esito del comportamento rischioso. Questa sorta di ricerca di un giudizio si accompagna alla ricerca di sensazioni forti e produce un inevitabile processo di ripetizione e progressiva dipendenza. Pedinielli e i suoi colleghi (2005), provando ad interpretare la psicopatologia delle condotte di rischio, fanno riferimento a quattro modelli tra di loro interagenti. Il primo considera la ricerca di rischio come una modalità che favorisce la dimensione fisica della sensazione a scapito di quella emotiva; il secondo modello valuta i comportamenti di ricerca del rischio come tentativi di controllare l'emozione causata dall'oggetto libidico da parte di soggetti con un assetto narcisistico carente; il terzo modello vede il rischio come una condotta ordalica che si perpetua, il quarto come una vera e propria dipendenza

comportamentale. Questi autori definiscono così i criteri che consentono una valutazione dei principali segnali di una dipendenza:

- esperienza rischiosa di “rivelazione” all’origine della dipendenza;
- spinta a ripetere le azioni rischiose;
- dipendenza (auto-costrizione al rischio senza poter rimettere in discussione il proprio comportamento);
- utilizzo del rischio come soluzione generalizzata, per ogni genere di problema;
- tendenza a ricorrere al rischio a scapito della mentalizzazione;
- primato della produzione di sensazioni corporee a scapito delle emozioni.

### **La Dipendenza da Ricerca del Rischio Estremo nella clinica**

L’esperienza di trattamenti psicoterapici prolungati nel tempo con pazienti *risk-taker* non è frequente, ma è molto preziosa per l’insieme di informazioni che permette di raccogliere. In un precedente lavoro ho posto in evidenza il ruolo delle emozioni nell’instaurarsi della DRRE, in particolare ho sostenuto che chi affronta il pericolo e sopravvive può trovare l’esperienza così significativa e pregnante non solo perché eccitante, ma anche perché rassicurante (Ranieri 2009).

Liotti (1999), utilizzando principi propri del modello cognitivo comportamentale, della psicoanalisi e delle teorie dell’attaccamento, colloca la ricerca di rischio estremo tra i sintomi del Disturbo Borderline di Personalità. Questo autore equipara la ricerca di rischio all’abuso di cibo, di alcol e di droghe. La persona con Disturbo Borderline si impegnerebbe in comportamenti rischiosi per raggiungere un certo distacco emozionale dalla dolorosa esperienza emotiva dovuta alla patologia. L’uso massiccio del meccanismo difensivo della dissociazione, dice Liotti, impedirebbe di agire in modo mentalizzato. Le informazioni ricavate da trattamenti di pazienti che ricercano il rischio sembrano indicare che persone con un forte disagio psichico e una ridotta capacità nella regolazione degli affetti, così come è intesa da Fonagy e colleghi (2002), possono orientarsi verso una DRRE come forma di auto-terapia. La ricerca di sensazioni estreme consente di allontanare le emozioni dolorose in soggetti con scarsa capacità di mentalizzazione sia generando emozioni alternative sia costringendo l’apparato psichico a focalizzarsi sul presente e sull’azione in corso isolando in qualche modo l’individuo dal mondo interno e dalle prospettive temporali passato/futuro. La psicoterapia può offrire una interazione benevola e sufficientemente in sintonia con la persona, nello spazio mentale della seduta si potranno favorire le esperienze autoriflessive e interpersonali capaci di promuovere la mentalizzazione degli affetti e più in generale le abilità che rendono possibili il riconoscimento delle emozioni in sé e negli altri e una gestione efficace e competente degli stati emotivi all’interno delle relazioni (Fonagy, Gergely *et al.*, 2002).

Lo psicoterapeuta che intraprende un trattamento dovrà presto confrontarsi con la organizzazione patologica della personalità che governa il paziente, nata dalla trasformazione della esperienza della ricerca del rischio in un rifugio della mente (Steiner, 1993). Lo psicoterapeuta si proporrà come un interlocutore vivo, animato, in grado all’inizio di nominare e contenere il pensiero, per arrivare poco per volta discutere con il paziente del motivo per cui lo ha formulato. In alcuni momenti del lavoro il terapeuta si sentirà riempito dei sentimenti angoscianti e distruttivi di cui il paziente si libera per mantenere il suo status quo. Molto più frequentemente invece proverà una sensazione di indifferenza e di “normalità” per gli eventi riferiti, indotta dal paziente che rinuncia in modo difensivo alla mentalizzazione dato che le idee sono troppo spaventose per essere pensate e i sentimenti troppo intensi per essere provati. Il procedere è lento e cauto, l’interruzione della relazione terapeutica è sempre possibile. Tuttavia, come verrà illustrato di seguito, il lavoro terapeutico apparentemente fallimentare può manifestarsi i suoi risultati anche a distanza di anni.

Presento di seguito delle esperienze tratte da psicoterapie per illustrare alcuni aspetti del lavoro clinico. Le prime vignette cliniche sono tratte dal lavoro con detenuti<sup>1</sup>. Molti *risk taker* sfuggono a qualunque approccio clinico o psicoterapico ma, dato che i loro comportamenti portano a volte a

---

<sup>1</sup> Le descrizioni presentate sono ricavate dalla esperienza dell’autore condotta per circa otto anni in una casa circondariale come psicoterapeuta di gruppo per detenuti tossicodipendenti (Ranieri & Dimauro, 2001).

commettere reati, alcuni di essi possono essere incontrati più facilmente in strutture carcerarie (Pasqua, 2001). Queste persone descrivono i propri comportamenti rischiosi come qualcosa di inevitabile, eventi che li catturano e dei quali non possono fare a meno, alla stessa stregua di sostanze stupefacenti.

*R.A., cocainomane con un passato da eroinomane. Detenuto da circa un anno per spaccio, in una seduta di gruppo raccontò le vicende che più volte lo avevano portato all'arresto. I partecipanti trovarono le sue azioni sconsiderate, aveva facilitato il compito delle Forze dell'Ordine mancando di prudenza. R.A. cominciò allora a raccontare di sfide notturne con l'automobile estremamente pericolose compiute per il gusto del rischio. Nell'incontro successivo il detenuto ritornò sull'argomento. Durante la settimana gli erano rivenuti in mente numerosi episodi di "sfida" fino alle prime, risalenti all'infanzia. Intorno ai dieci anni si era impegnato in gare in bicicletta a rotta di collo su percorsi accidentati che spesso si erano concluse con cadute e che una volta lo avevano portato in ospedale per una frattura.*

R.A. ricostruisce, stimolato dalle osservazioni del gruppo, una lunga carriera di *risk taker* le cui tracce risalgono all'infanzia. Per molti tossicodipendenti la ricerca del rischio sembra antecedente all'uso di droghe e non necessariamente correlata a una determinata sostanza stupefacente.

*G.C., eroinomane ormai fisicamente molto provato, per l'ennesima volta detenuto per piccolo spaccio, rivelò di essere da molti anni un giocatore d'azzardo. Prediligeva le slot machine, due ore di intrattenimento gli regalavano momenti di distacco dal mondo e molta eccitazione. Il gioco da solo non bastava: approfittando dei momenti di distrazione dei gestori dell'esercizio in cui giocava, pur rischiando di essere scoperto, aveva tentato in varie occasioni di manipolare la macchina per ottenere vincite maggiori.*

G.C. utilizza due forme di ricerca di rischio. Il gioco d'azzardo, frequente tra i tossicodipendenti<sup>2</sup>, ma anche il tentativo di sabotare la macchina del gioco sotto gli occhi del gestore. Diversi comportamenti, di solito etichettati come delinquenziali, se letti attentamente nella loro dinamica possono essere ricondotti a forme di DRRE. Un altro elemento interessante sono i comportamenti rischiosi modulati a seconda delle possibilità del soggetto. G.C. è fisicamente debilitato da circa venticinque anni di tossicodipendenza, non sarebbe in grado di impegnarsi in uno sport estremo, in una rapina o in una corsa automobilistica, ed ecco che sceglie una attività gestibile nelle sue condizioni.

*A.F., giovane eroinomane, viveva, da libero, in un piccolo paese in collina. La strada che porta a valle è lunga circa sette chilometri di curve che A.F. percorreva correndo in moto da solo in discesa ad alta velocità, a volte anche di notte. Sapeva di rischiare ogni volta la vita, ma provava a ogni curva quella "adrenalina" di cui tanto parlano gli altri detenuti del gruppo.*

A.F. è un altro *risk taker* eroinomane. Nel racconto delle corse in moto senza un fine specifico è evidente la ricerca del rischio estremo e della esperienza emotiva che si conclude in modo trionfante e rassicurante. Le emozioni principali sono la estrema eccitazione, la concentrazione sul momento presente, il senso di onnipotenza, la sensazione di invulnerabilità, la gratificazione per lo scampato pericolo. Nel gruppo A.F. racconta che queste corse potevano sostituire perfino una dose di eroina, e riconosce di sentirne ora, in carcere, una profonda mancanza.

*A.A., 32 anni, cocainomane, affermava di compiere rapine perché delinquere per lui era un modo di vivere. Suo padre era stato un rapinatore, in una delle sue prime carcerazioni erano stati*

---

<sup>2</sup> La comorbidità tra gioco d'azzardo e tossicodipendenza è rilevata da diversi studi epidemiologici. Si vedano ad es. Shaffer & Korn (2002) o Petry e altri (2005).

*detenuti insieme. Questo detenuto aveva un gran desiderio di liberarsi della dipendenza da cocaina, vissuta come un problema.*

*G.D., siciliano, 29 anni, viveva invece come una maledizione il suo bisogno di rapinare. Aveva iniziato da giovanissimo e la sua famiglia (un piccolo ma attivo clan mafioso della Sicilia occidentale) lo aveva lasciato fare quando era ragazzo. Diventato adulto i familiari gli avevano imposto di fermarsi perché le rapine potevano compromettere altri affari. G.D. ci aveva provato, ma non c'era riuscito. La famiglia allora aveva deciso di inviarlo al Nord, in una sorta di esilio che gli desse il tempo di ravvedersi, ma al ritorno la situazione non era cambiata. La soluzione ultima era stata grave, l'esilio dalla Sicilia e una sostanziale estromissione dalle attività della famiglia. Da allora G.D. alternava momenti di carcerazione a periodi in cui partecipava a rapine, in un movimento senza fine di cui egli stesso non riusciva a capire il senso.*

*S.D., cocainomane, nei primi incontri di gruppo affermò che le rapine erano solo il modo per procurarsi i quattrini, anche se non nascondeva che erano eccitanti. Con i soldi rubati aveva consumato quantità enormi di cocaina, alternandola con l'eroina per attutirne gli effetti. Quasi sempre questo era avvenuto in casa, altre volte S.D. accompagnava l'uso di cocaina a gare illegali con le macchine, sia correndo, sia scommettendo sugli altri. S.D. ammise mesi dopo al gruppo d'essere attratto in modo irrefrenabile dalla ricerca del rischio e della "adrenalina", l'esperienza di eccitazione vissuta al momento.*

Tra i detenuti un comportamento molto frequente di ricerca del rischio è la rapina. Discutendo in gruppo i partecipanti analizzano più volte le cause che li hanno portati a scegliere quel tipo di reato. Una rapina dura generalmente pochi minuti durante i quali lo stato di tensione e eccitazione è elevatissimo. Le cadenze delle rapine per alcuni prendono il ritmo delle assunzioni di cocaina, e spesso le due esperienze si sommano. Ecco allora le due, tre, quattro rapine nell'arco della stessa giornata, sempre più rischiose e sempre meno razionali. Più in generale i partecipanti al gruppo si sono più volte suddivisi, senza imbarazzo reciproco, tra chi è delinquente (il delinquere come parte della propria identità) e chi commette reati per i più svariati motivi. Pur essendo un cocainomane A.A. appartiene al primo gruppo. Dichiarò con fierezza di non aver mai agito sotto effetto di sostanze stupefacenti, è molto professionale nel raccontare le modalità seguite nel commettere i reati. G.D. sembra invece vittima della sua necessità di compiere rapine. Anch'egli usa cocaina, ma ne ha incominciato l'uso dopo il forzato allontanamento dalla famiglia, forse per alleviare il dolore e la tristezza dell'esilio. Lascerebbe volentieri i reati, a volte prova a immaginare una vita normale. S.D. vive di rischio e cocaina. Come in molti casi gravissimi, dipendenza comportamentale e dipendenza da sostanze si sovrappongono in lui, rafforzandosi reciprocamente.

Lo psicologo clinico, lo psichiatra, lo psicoterapeuta sempre più frequentemente incontrano anche nella pratica clinica persone con comportamenti riconducibili a DRRE. Se il rischio è un tema costante in un gran numero di psicoterapie e interventi per adolescenti (Carbone, 2009), non è difficile incontrare anche adulti con una vera passione per il rischio. In questi casi spesso è complesso se non impossibile avviare un trattamento psicoterapico per la notevole propensione all'acting out. La possibilità di una interruzione precoce del contatto con il clinico è molto alta.

*Dopo diverse telefonate da parte della madre e della fidanzata, entrambe preoccupatissime per le sfide notturne in auto, riuscii ad incontrare A.V., un riottoso ventiseienne. Il giovane riteneva che tante preoccupazioni erano esagerate. Mi raccontò delle corse, ma con circospezione. Dedicò invece molta parte del nostro tempo alla descrizione della sua vettura. La curava in ogni particolare, modificandola di continuo. Aveva personalizzato la carrozzeria, l'estetica, il motore. Spendeva quasi tutto quello che i suoi genitori gli passavano (non lavorava, era stato licenziato più volte) per l'automobile. Fui molto sorpreso quando mi disse che correva con una auto tanto curata: A.V. sembrava non contemplare l'idea di poter avere un incidente. Il giovane era irritato con la madre e si sentiva raggirato dalla ragazza che lo aveva spinto a venire da me. La attaccò accusandola, in modo poco coerente, di averlo tradito con un altro. Intuivo che era veramente offeso per la mancanza di fiducia nelle sue capacità. A.V. evitò di entrare in questioni concrete, non*

*accennò mai alla perdita del lavoro, alla possibilità di incidenti o a conseguenze legali per il suo comportamento alla guida. Nei nostri pochissimi incontri avvertii una distanza che poneva questo giovane uomo come al di là di un fossato, volutamente irraggiungibile. Il giovane mi lasciò dopo pochi colloqui per tornare alle sue corse.*

Quando è possibile avviare un trattamento, i pazienti esprimono, anche in una relazione transferale positiva, l'insofferenza per la dipendenza dallo psicoterapeuta e la necessità di ritornare autonomi quanto prima. Questo comporta, come si vedrà nei due casi clinici presentati di seguito, interruzioni anticipate, e nei casi più fortunati, riprese successive della terapia a distanza di tempo. In tal modo la psicoterapia può durare molti anni, intervallata da lunghe separazioni tra paziente e terapeuta.

*G.S. arrivò dallo psicologo a 17 anni dopo il suo quarto incidente con la motocicletta. La parte iniziale della psicoterapia fu centrata sul senso di colpa e sulla perdita. Parlammo molto di rischio e della passione per i comportamenti esagerati in moto, come manovre azzardate e sfide. G.S. aveva sempre sentito di avere ogni cosa sotto controllo, ma aveva vissuto come un trauma il fatto che la ragazza, coinvolta nell'incidente, l'avesse lasciato. In seduta il giovane era dimesso e triste, provava colpa, dichiarava di voler rimanere lontano dalla moto per paura di altri guai. Dopo pochi mesi tuttavia il clima emotivo cambiò. L'episodio dell'incidente venne messo pian piano da parte. Sebbene la relazione terapeutica sembrasse sufficientemente buona, avvertii sempre più la spinta del paziente di arrivare a una conclusione, di sentirsi rapidamente guarito e riparato. A un anno dall'inizio G.S. interruppe la psicoterapia, sebbene non fossi d'accordo. Tornò circa quattro anni dopo, ormai ventiduenne, dopo un nuovo episodio grave. Il paziente era diventato un consumatore di ecstasy. Durante una serata era stato colpito da un collasso cardiocircolatorio e salvato a un passo dalla morte. Dopo l'episodio G.S. aveva interrotto l'uso della sostanza stupefacente, ma si erano presentati degli attacchi di panico che lo avevano riportato in psicoterapia. Il paziente mi raccontò che nel periodo in cui non ci eravamo visti aveva ripreso a rischiare. Era diventato un ultrà della sua squadra di calcio e ogni partita era l'occasione per cercare lo scontro fisico con i tifosi avversari più accesi. Con gli amici frequentava regolarmente le discoteche per accendere o partecipare ad una rissa. Continuava a correre in moto. Per molti mesi G.S. sembrò del tutto bisognoso delle sedute settimanali. Dopo circa un anno la situazione appariva nettamente migliorata, gli attacchi di panico non si erano più manifestati, il paziente era più sereno. Ricomparve la sensazione che G.S. volesse arrivare a una rapida conclusione del trattamento. Discutemmo a lungo delle conseguenze che una scelta del genere avrebbe comportato. Lavorammo molto sulle sue fantasie maniacali, entrambi sapevamo che tale scelta non era opportuna. Con molta fatica G.S. rimase in terapia. Le sedute diventarono di nuovo molto significative per G.S., che discutendo riuscì ad evitare dannosi acting-out. La psicoterapia si concluse tre anni dopo, con molti cambiamenti significativi e uno stile di vita ragionevolmente equilibrato.*

La ricerca del rischio può associarsi ad altre forme di dipendenza sia chimica che comportamentale. Nella mia esperienza clinica i pazienti con DRRE hanno avuto quasi sempre contatti significativi con alcol o sostanze stupefacenti. Tuttavia, a differenza di altri, sembrano in grado di superare la tossicodipendenza più facilmente, anche da soli. Viceversa la ricerca del rischio rimane un rifugio che viene lasciato a volte solo dopo molti anni di psicoterapia.

*La psicoterapia di A<sup>3</sup> ha coperto complessivamente oltre dieci anni, suddivisa in tre trance complessive con lunghi intervalli tra i singoli periodi. Il paziente, proveniente da una famiglia medio borghese, era stato un adolescente trasgressivo. Oltre a saltare le lezioni e frequentare gruppi di ragazzini più grandi di lui, aveva iniziato ad usare sostanze stupefacenti diventando nel giro di poco tossicodipendente da eroina. Contemporaneamente A aveva iniziato la pratica di sport rischiosi ai quali si applicava in modo estremo. A circa venticinque anni, quando aveva avuto modo*

---

<sup>3</sup> Il caso clinico qui riportato in sintesi verrà descritto per esteso in un successivo articolo in via di pubblicazione.

*di cambiare città e stile di vita, A. decise di interrompere l'uso di eroina e riuscì nel suo intento. Dopo la remissione spontanea dei comportamenti tossicomani l'eroina fu sostituita da una dipendenza da lavoro e da una accentuazione dei comportamenti di ricerca del rischio. Il primo periodo di psicoterapia iniziò dieci anni dopo la fine della tossicodipendenza. In seduta A raccontò della sofferenza fisica del lavoro e la speciale relazione con un grosso macchinario a cui era assegnato. Sebbene A tornasse a casa distrutto dopo ore e ore trascorse da solo con la sua macchina, ne curava in modo assiduo la manutenzione e la riparava celermente ogni volta che si rompeva. Quando si facevano notare gli aspetti distruttivi di questo modo di intendere il lavoro A giustificava la cosa con le ragioni dell'azienda. Se A enfatizzava l'attività lavorativa, evitava con cura di parlare dello sport. Era evidente che la ricerca di rischio attraverso lo sport costituiva una fonte di eccitazione violenta che A cercava di nascondere, con una modalità simile a quello di un consumatore di sostanze stupefacenti. Purtroppo dopo tredici mesi A interruppe il trattamento sostenendo di sentirsi bene. Qualche anno dopo A richiamò. Aveva iniziato un trattamento con interferone per curare la epatite C contratta quando usava eroina. Nonostante fosse frequentemente febbricitante e terribilmente stanco A aveva continuato regolarmente a lavorare senza ridurre l'impegno fisico. Dopo alcuni mesi A era crollato. La psicoterapia si protrasse questa volta per due anni e mezzo, permettendo prima di riconquistare un accettabile condizione mentale, poi avviando un lavoro autoriflessivo. I massacranti ritmi di lavoro vennero abbandonati e il paziente mostrò un progressivo sviluppo dell'autonomia personale. Sebbene il paziente fosse comunque coinvolto nello sport estremo, considerando la condizione generale e le sue richieste fu concordata una data per la conclusione della psicoterapia. Dopo quasi quattro anni il paziente richiamò, spaventato dalle progressive spinte all'isolamento che stava provando. Nei quattro anni A aveva incrementato la partecipazione a discipline sportive pericolose ma anche progressivamente ridotto i contatti sociali, fin quasi a trascorre in casa quasi tutto il suo tempo libero. I primi mesi della psicoterapia furono difficili. Per molte settimane lo psicoterapeuta fu l'unica persona con cui A scambiasse qualche parola. In alcuni momenti A sembrò pensare al suicidio. Solo dopo un anno il tono dell'umore andò cambiato. A non si sentiva più attratto dalla solitudine ma stanco di essere solo. Nell'inverno del secondo anno di psicoterapia A iniziò a ristrutturare la casa dove abitava. Il paziente raccontò che l'interesse per la casa lo stava allontanando dallo sport. Ancor di più colpì che A parlasse sport semplicemente come di un passatempo, riconoscendo che prima era qualcosa di cui non poteva fare a meno. Ma solo molti mesi dopo A dichiarò: "Non sono più dipendente" e poté raccontare liberamente della sua "vita estrema". Il lavoro psicoterapico prese da quel punto una nuova direzione. L'aver interrotto la pratica degli sport estremi faceva sentire il paziente in pericolo, non avendo più nulla a cui aggrapparsi. A divenne consapevole della organizzazione patologica che lo aveva sorretto e ingabbiato per molti anni e chiese di essere aiutato a rompere quello che ormai vedeva come un muro che lo imprigionava. La psicoterapia, tuttora in corso, al momento è focalizzata su questo tema.*

### **Alcune considerazioni conclusive**

In questo articolo ho presentato alcuni degli aspetti clinici propri del trattamento di pazienti con DRRE. L'ipotesi che ha guidato le varie psicoterapie è stata quella che i pazienti avessero costruito un proprio rifugio mentale grazie alle esperienze di ricerca del rischio estremo. Il modello presuppone che la DRRE sia dovuta alle emozioni di eccitazione e di "scampato pericolo" che, se reiterate, determinano la costruzione di una organizzazione patologica, una parte del Sé tirannica e falsamente protettiva capace di far vivere illusori stati di invulnerabilità e onnipotenza chiamata da Steiner "rifugi della mente" (1993). I rifugi della mente, di per sé comuni a tutti, per alcuni persone con minore capacità di tollerare il dolore mentale possono rappresentare il modo per fuggire dal mondo delle relazioni reali creandosi dei oasi entro le quali nascondersi e sentirsi protetti. Le organizzazioni patologiche indeboliscono la personalità, impediscono il contatto con la realtà e ostacolano inevitabilmente la crescita e lo sviluppo. Le difficoltà maggiori di questi pazienti sono

collegate al problema della separazione. L'Io risulta indebolito e diventa sempre più dipendente dall'organizzazione patologica, e il rifugio della mente può trasformarsi in uno "stile di vita" narcisistico che antepone l'idealizzazione e il sogno alla realtà. Il lavoro terapeutico cerca di favorire la fuoriuscita del paziente dal suo rifugio per dar modo di promuovere la consapevolezza all'interno della relazione terapeutica. È un percorso complesso dove il ritiro è sempre possibile al minimo segno di dolore mentale. Il clinico avrà spesso l'impressione di essere uno straniero arrivato in uno stato dominato da un regime dittatoriale: gli sarà possibile parlare liberamente delle cose che vede agli abitanti del posto senza nascondere le critiche, ma i suoi discorsi saranno accolti da silenzi imbarazzati e qualche volta da brevi sorrisi di assenso lanciati in segreto. La relazione terapeutica, come per altre psicoterapie di pazienti con dipendenze patologiche, è una relazione triadica dove il paziente, il terapeuta e la "sostanza" (in questo caso la RRE) interagiscono giocando ognuno il proprio ruolo. Il paziente oscilla tra terapeuta e ricerca del rischio, accostandosi e allontanandosi anche per anni dalle sedute. La psicoterapia può essere considerata come un tentativo di incrementare la regolazione degli affetti e la mentalizzazione. Se il paziente ha modo di sperimentare nel rapporto terapeutico una modalità di funzionamento differente da quello costruito per difendersi dall'angoscia, questa modalità può essere progressivamente estesa riducendo il supporto della ricerca del rischio come auto-terapia e incrementando l'utilizzo della funzione riflessiva, sfuggendo così alla dipendenza dalla DRRE. La continuità delle sedute, un atteggiamento terapeutico non giudicante, comprensivo ma non accondiscendente, la scelta di evitare consigli e indirizzamenti e soprattutto, una posizione elastica sembrano favorire il percorso terapeutico. Un clima più fiducioso incoraggia psicoterapeuta e paziente a pensare che lo sviluppo sia possibile. È importante anche la capacità di resistere alla delusione e alla frustrazione che la coppia terapeutica inevitabilmente proverà alla scoperta che gli ostacoli emersi comunque non sono superabili. Questi pazienti, abbandonando il senso di superiorità e perfezione che li ha accompagnati per molto tempo, proveranno stati di profonda umiliazione e vergogna e soprattutto si sentiranno piccoli, inutili e disprezzabili (Steiner, 2002). È fondamentale che il terapeuta aiuti il paziente a sostituire l'imbarazzo con la sensazione di essere nel giusto e che favorisca l'accettazione di se stessi per quello che si è.

#### *Riassunto:*

La Dipendenza da Ricerca del Rischio Estremo (DRRE) è una dipendenza comportamentale che si manifesta con una reiterata ricerca volontaria di rischi. L'articolo introduce alcuni riferimenti teorici per discutere di esperienze cliniche con questo tipo di pazienti. Il modello seguito presuppone che la DRRE sia dovuta alle emozioni di eccitazione e di "scampato pericolo" che, se reiterate, determinano la costruzione di una organizzazione patologica chiamata da Steiner "rifugio della mente". Questa organizzazione è una parte del Sé tirannica e falsamente protettiva capace di far vivere illusori stati di invulnerabilità e onnipotenza. La psicoterapia può offrire una interazione benevola e sufficientemente in sintonia con la persona in grado di favorire le esperienze autoriflessive promuovendo la mentalizzazione degli affetti e più in generale le abilità che rendono possibili il riconoscimento delle emozioni in sé e negli altri e una gestione efficace e competente degli stati emotivi all'interno delle relazioni. I casi clinici, tratti da esperienze di psicoterapia individuale e di gruppo, consentono di discutere sulle difficoltà che incontra il percorso terapeutico.

[PAROLE CHIAVE: Dipendenza da Ricerca del Rischio Estremo; dipendenza comportamentale; psicoterapia; rifugio della mente]

#### *Abstract:*

The Extreme Risk Seeking Addiction (ERSA) is a behavioral addiction that occurs with repeated voluntary risk seeking. The work introduces some theoretical references to discuss clinical experiences with such patients. The model assumes that the ERSA is due to the emotions of excitement and "out of danger" that, if repeated, results in the construction of a pathological organization called "Psychic Retreats" by Steiner. This organization is a tyrannical and false protective part of Self able to give illusory states of invulnerability and omnipotence. Psychotherapy offers a benign interaction who can promote the self-reflexive experience, the mentalization of affects, and skills that make possible the recognition of emotions in oneself and others and effective and responsible management of emotional states within relationships. The clinical cases drawn from the experiences of individual and group psychotherapy, allow to discuss the difficulties of the therapeutic process.

[KEY WORDS: Extreme Risk Seeking Addiction; behavioral addiction; psychotherapy; psychic retreats].

## Bibliografia

- Blanco C, Moreyra P, Nunes EV, Saiz-Ruiz J, Ibanez A. (2001 ). Pathological gambling: addiction or compulsion?. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*. 2001 Jul;6 (3):167-76.
- Blaszczynski A. (1999). Pathological gambling and obsessive-compulsive spectrum disorders. *Psychological Report*. 1999 Feb; 84(1):107-13
- Bonino S. (2005). Il fascino del rischio negli adolescenti. Firenze: Giunti Editore.
- Carbone, P. (2003). Le ali di Icaro. Rischio e incidenti in adolescenza. Torino: Bollati Boringhieri.
- Carbone P., (2009), Le ali di Icaro. Rischio e incidenti in adolescenza. Torino: Bollati Boringhieri.
- Carbone P., Casini E., Cimino S., Ferrari A., Pedrocchi M., Piccioli A. (2007), Modelli di prevenzione in adolescenza. *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*. 74, 407-421.
- Cloninger C.R. (1987). A systematic method for clinical description and classification of personalità variants. *Archives of General Psychiatry*, 44, 573-588.
- Cloninger C.R., Svrakic D.M., Arzybeck T.R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50, 975-990.
- Fenichel, O.(1939). The counterphobic attitude. *International Journal of Psycho-Analysis*. 20:263-274
- Fonagy P., Gergely G., Jurist E.L. & Target M. (2002). Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self. New York: Other Press (trad. it.: Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del Sé. Milano: Cortina, 2004).
- Jessor R. (1998). New perspectives on adolescent risk behaviour. New York: Cambridge University Press.
- Jessor R. & Jessor S.L. (1977). Problem behaviour and psychosocial development: a longitudinal study of youth. New York: Academic Press.
- Jung Carl G. (1921). *Psychologische Typen*. Gesammelte Werke. Bd. 6. Zurigo (Leipzig): Rascher ( Trad. It: Tipi psicologici. Vol 6 Opere. Torino: Bollati Boringhieri, 1996.
- Kretschmer E. (1921). *Korperbau und Charakter : Untersuchungen zum Konstitutionsproblem und zur Lehre von den Temperamenten*. Berlin: Springer (Trad inglese: *Physique and Character: An Investigation of the nature of constitution and of the Theory of Temperament*. London: Routledge & Kegan Paul, 1936).
- Liotti G. (1999). Il nucleo del Disturbo Borderline di Personalità: una ipotesi integrative. *Psicoterapia*, 5, 16/17; pp 53-65. Edizione su Internet: <http://www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/liotti-1.htm>.
- Marcelli D. & Braconnier A. (1999) *Adolescence et psychopathologie*. Parigi: Masson (trad. it. *Adolescenza e psicopatologia*. Milano: Masson, 2005).
- McElroy S.L., Phillips K.A. & Keck P.E. (1994) Obsessive Compulsive Spectrum Disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 1994; 55 (Suppl. 10); 33-51.
- Michel G., Leheuzey M.F., Purper-Ouakil D., Mourensimeoni M.C. (2003). L'addiction au risque : Une nouvelle forme de dépendance chez les jeunes ? *Alcoologie et addictologie* , vol. 25, no1, pp. 7-15.
- Pannarale L. (1998). Dipendenza dal rischio. In: Rigliano P. (a cura di) *Indipendenze - Alcol e cibo, farmaci e droghe, comportamenti di rischio e d'azzardo: le relazioni di dipendenza*. Torino: Edizioni Gruppo Abele.
- Pedinielli J.-L., Rouan G., Gimenez G., Bertagna P. (2005). Psychopathologie des conduites à risques. *Annales médico-psychologiques*, vol. 163, n. 1: 30-36.
- Ranieri F. (2006): "Dipendenze patologiche da rischi estremi". *Personalità/Dipendenze*. 2006 Dic; Vol. 12 (III).
- Ranieri F. (2009). La quête de risques extrêmes. *Psychotropes Journal*, Vol. 15 – 2009/1 : 115-135.
- Steiner J. (2002). Improvement, Embarrassment and Indignation. <http://www.melanie-klein-trust.org.uk/steiner2002.htm>
- Steiner J. (1993). *Psychic retreats*. London: Routledge (trad. it. *I rifugi della mente*. Torino: Bollati Boringhieri, 1996)
- Valleur M. & Charles-Nicholas A. (1982). Les conduites ordaliques. In Olievenstein C., Charles-Nicolas A. & Valleur M., *La vie du toxicomane*, Parigi: PUF.
- Zuckermann M. (1994). Behavioral expression and biosocial basis of sensation seeking. Cambridge: Cambridge University Press.
- Zuckermann M. (2006). *Sensation Seeking and Risky Behavior*. Washington, DC: American Psychological Association (APA).