

Fiorenzo Ranieri*

Introduzione

L'argomento di questo articolo è un tipo di dipendenza comportamentale che determina una reiterata ricerca volontaria di rischi. Sebbene in letteratura essa sia stata chiamata "dipendenza da rischio" (ad esempio Michel et al, 2003 o il numero monotematico "L'addiction au risque" della rivista francese *Topique*, agosto 2009), la denominazione Dipendenza da Ricerca del Rischio Estremo (DRRE) appare più appropriata, dato che la dipendenza è causata dalla ricerca volontaria e non dal rischio in quanto tale. I rischi diventano estremi quando sono continui, caratterizzano lo stile di vita, minacciano gli averi, l'incolumità e l'esistenza stessa della persona. Non sempre è facile distinguere tra rischio come ricerca di esperienze e la pura reiterazione di un comportamento più o meno sempre simile dovuto ad una dipendenza. Quando il carattere ludico e piacevole della esperienza rischiosa si trasforma in una modalità ripetitiva che assorbe l'individuo, consentendogli di allontanarsi dalla realtà quotidiana e da vissuti intrapsichici poco tollerabili, la persona diventa dipendente (Ranieri, 2006). Allora il soggetto utilizza il rischio come soluzione di tutti i suoi problemi, privilegia l'azione alla mentalizzazione, la produzione di sensazioni corporee alle emozioni e ripete le azioni rischiose senza poter rimettere in discussione il suo comportamento (Pedinielli *et al.*, 2005). Cercando di comprendere la natura della Ricerca del Rischio Estremo propongo un modello che cerca di far luce su come i processi psicologici propri della RRE possano riuscire a conquistare un così ampio potere nella vita mentale di un individuo. Ipotizzo che il sopravvivere a una situazione rischiosa è una esperienza emotiva tanto forte da poter determinare, se reiterata, una dipendenza. Il lavoro clinico con pazienti dipendenti dalla ricerca del rischio permette di ipotizzare che nella persona si sia sviluppata una relazione significativa con parti del Sé distruttive. L'esperienza del rischio estremo facilita la nascita di una organizzazione narcisistica patologica alla quale progressivamente l'Io si sottomette. In questo modo l'individuo diventa dipendente dalle potenti sensazioni del rischio che portano piaceri forti ed eccitanti e soprattutto sembrano avere la capacità di difendere dalle angosce. Questa protezione è in realtà illusoria. La persona paga i vantaggi al prezzo di una perdita di fiducia nelle relazioni con gli altri e un progressivo isolamento. Il lavoro clinico con pazienti appassionati del rischio, per altro non facili da coinvolgere in una psicoterapia, è caratterizzato dal costante confronto della coppia terapeutica con le parti del Sé che in modo subdolo e poco apparente esercitano il proprio dominio sul mondo interno. Il riflettere su se stessi appare limitato a favore della ricerca di sensazioni estreme in grado di offrire un momentaneo riparo dalle angosce, un rifugio della mente (Steiner, 1993). La psicoterapia può viceversa offrire uno spazio dove riesercitare la capacità di mentalizzazione (Allen & Fonagy, 2006). L'articolo include un caso clinico che permette di illustrare le strategie psicoterapiche basate sui presupposti appena esposti.

La ricerca del rischio come dipendenza patologica

Sebbene la maggioranza degli studi riconducano i comportamenti di voluntary risk-taking a caratteristiche di personalità, la tesi che le forme estreme di ricerca del rischio siano il sintomo di una dipendenza comportamentale sta trovando progressivamente credito. Pannarale (1998) descrive

¹ Versione del dicembre 2010

* Fiorenzo Ranieri è psicoterapeuta e psicologo clinico. Lavora da venticinque anni nel Servizio Sanitario Nazionale italiano nel Dipartimento per le Dipendenze Patologiche di Arezzo (Toscana) che offre programmi di cura e riabilitazione per dipendenze chimiche e non chimiche. Lavora inoltre nella pratica privata come psicoterapeuta psicanalitico e da circa dodici anni si occupa di pazienti che ricercano il rischio. Dirige il Centro di Documentazione e Ricerca sulle dipendenze patologiche del SerT di Arezzo (www.cedostar.it) ed è autore di numerosi articoli e saggi sull'argomento. Indirizzi per comunicazioni: fran@email.it.

una dipendenza dal rischio e afferma che si distingue dai comuni comportamenti di assunzione di rischio per una differente propensione ad esporsi al pericolo, ovvero per criteri diversi di scelta tra i rischi preventivabili. Anche Marcelli & Braconnier (1999) ritengono che il comportamento rischioso, soprattutto quello alimentato dalla ricerca di eccesso, va accostato alle condotte di dipendenza. Pedinielli et al. (2005), provando ad interpretare la psicopatologia delle condotte di rischio, fa riferimento a quattro modelli tra di loro complementari. 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. Una persona dipendente dalla ricerca del rischio avrà avuto una esperienza rischiosa di "iniziazione" o "rivelazione" che è all'origine della dipendenza; sarà portato a ripetere le azioni rischiose; ne sarà dipendente, cioè costretto da se stesso a continuare a rischiare senza poter rimettere in discussione il suo comportamento; utilizzerà il rischio come soluzione di tutti i suoi problemi (soluzione generalizzata, sistematica e stereotipata); tenderà a ricorrere al rischio (azione) a scapito della capacità di mentalizzazione; grazie al comportamento rischioso privilegerà la produzione di sensazioni corporee a scapito delle emozioni.

La ricerca del rischio è comunemente associata al piacere per l'eccitazione dovuta alla azione pericolosa, ma una analisi più attenta della condotta rischiosa mette in luce un articolato ventaglio di emozioni. Balint (1959) descrive le situazioni-brivido come momenti caratterizzati da una mescolanza di paura, piacere e speranza fiduciosa in cui la persona lascia e ritrova la sicurezza. Nelle situazioni-brivido si riconoscono i seguenti elementi: coscienza del pericolo reale esterno, esposizione volontaria al pericolo e al timore che viene causato da questa scelta; speranza di tollerare la paura e superare il pericolo; soddisfazione per il ritorno ad una situazione di sicurezza e al sentirsi sani e salvi. Lyng (1990), basandosi su dati tratti dalla osservazione partecipata e interviste semistrutturate condotte con paracadutisti, illustra con ricchezza la fenomenologia del rischio, che egli definisce "edgework" o lavoro al limite. La persona che rischia volontariamente passa da uno stato di paura ad una condizione di felicità ed eccitazione caratterizzata da percezione del tempo focalizzata sul presente e iperrealismo. Una volta che la condotta rischiosa si è conclusa felicemente sopraggiungono sensazioni molto piacevoli di autorealizzazione. I soggetti intervistati da Lyng raccontano di aver provato una sorta di purificazione e amplificazione del Sé e di avere l'impressione di un più elevato livello di autodeterminazione. Anche Le Breton (1991) offre una descrizione dettagliata delle emozioni che si provano nel momento in cui si rischia volontariamente: il senso di vertigine ricercato ad esempio in molti sport estremi; l'affrontamento o confronto con se stessi alla ricerca delle risorse personali di coraggio, forza, resistenza; il candore che prende il posto della ricerca di intensità, ponendo il soggetto in una sorta di autismo provvisorio in cui i legami sociali sono sospesi; le potenti emozioni dovute alla consapevolezza di essere sopravvissuti. La sequenza del brivido è una esperienza altamente emozionale in cui si succedono, come ricorda Grosso (2000), paura, ricerca e ostentazione del coraggio, speranza di farcela; sensazione di dominio (quando ci si accorge che ce la si può fare); eccitazione; soddisfazione di sé (per esserci riusciti) e una sensazione finale, libertaria e confortante, di ritrovata sicurezza.

I diversi autori concordano sulle piacevoli emozioni che completano e concludono la ricerca del rischio. Le condotte rischiose generano sensazioni eccitanti e, risolvendosi positivamente, piacevoli emozioni di sollievo per danno evitato.

Lo "scampato pericolo" può essere definito come un trauma evitato. In un precedente lavoro (Ranieri, 2009) ho proposto un confronto tra emozioni dovute alla ricerca del rischio e quelle conseguenti ad un trauma, più precisamente dovute ad un Disturbo Post-Traumatico da Stress (DPTS). Le emozioni descritte dai *risk-taker* sembrano speculari a quelle vissute da persone che hanno subito un trauma psichico. Horowitz, nel suo fondamentale lavoro relativo all'impatto del trauma sulla personalità (1976), identificò otto tematiche psicologiche conseguenti ad un grave trauma. Di seguito riporto i principali segnali di un disturbo post-traumatico e lo confronto con i

comportamenti e le emozioni RRE desunte dalla letteratura appena presentata e dalla esperienza clinica.

Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD)	Ricerca del Rischio Estremo (RRE)
<i>Dolore e tristezza</i>	<i>Piacere e gioia</i>
<i>Colpa per i propri impulsi di rabbia e distruttivi</i>	<i>Senso di onnipotenza</i>
<i>Paura di diventare distruttivi</i>	<i>Orgoglio per le proprie azioni</i>
<i>Sentimenti di colpa per essere sopravvissuti</i>	<i>Fierezza per essere sopravvissuti (o aver superato) la prova</i>
<i>Paura di identificarsi con la vittima</i>	<i>Emulazione delle azioni di altri risk – taker</i>
<i>Vergogna rispetto al sentimento di impotenza e di vuoto</i>	<i>Orgoglio per le proprie capacità</i>
<i>Paura di ripetere il trauma</i>	<i>Desiderio di ripetere l'esperienza fino alla dipendenza</i>
<i>Intensa rabbia diretta verso la fonte del trauma</i>	<i>Attaccamento alle proprie fonti d'esperienza</i>

Figura 1 – DPTS versus RRE: comportamenti e d emozioni

Studi successivi a quello di Horowitz hanno posto in evidenza l'importanza delle risposte soggettive al trauma: il PTSD non può essere interpretato solo alla luce dei fattori esterni stressanti (*stressor*). March (1993) ha riassunto gli aspetti della percezione soggettiva maggiormente documentati, di seguito confrontandoli con quelli della RRE:

<i>Aspetti soggettivi del DPTS</i>	<i>Aspetti soggettivi della RRE</i>
<i>Esperienza di estrema paura</i>	<i>Esperienza di estrema eccitazione</i>
<i>Vissuto soggettivo di impotenza</i>	<i>Vissuto soggettivo di onnipotenza</i>
<i>Percezione di minaccia per la vita</i>	<i>Percezione di invulnerabilità</i>
<i>Percezione di una potenziale violenza fisica</i>	<i>Percezione di rischi minimi o nulli per l'integrità fisica</i>

Figura 2 – DPTS versus RRE: percezioni soggettive

Numerosi studi in realtà indicano che chi ha subito un trauma senza riuscire ad elaborarlo in modo adeguato può ricercare il rischio e che tra i vari esiti di DPTS vi sia uno stile di vita che implica la ricerca del rischio (ad esempio: Bell et al., 2001; Freeman, Roca & Kimbrell, 2003; Bibble et al., 2005; Bell et al., 2001; Pat-Horenczyk et al., 2007; Smith, Leslie & Chamberlain, 2006; Kingston & Raghavan, 2009). Il meccanismo probabilmente sottostante è la necessità di una modalità psicologica di riparazione. Le persone con DPTS ripercorrono esperienze rischiose e quindi potenzialmente traumatiche per fare fronte al proprio senso di impotenza e vulnerabilità. Il tentativo inconsapevole di chi ha vissuto un trauma sembra quello di recuperare almeno in parte la capacità di gestire gli eventi e ridurre il senso di impotenza esponendosi a situazioni pericolose in qualche modo simili a quelle traumatiche con la speranza inconscia di superarle e poi dimenticarle.

Prendendo spunto dalla relazione DPTS e ricerca del rischio, e dalla sua interpretazione si può proporre un modello psicodinamico per la DRRE. Un buon punto di partenza sono gli scritti del già citato Balint che ha proposto due orientamenti nelle relazioni oggettuali: la onofilia (spinta alla gratificazione pulsionale dovuta alla relazione con l'oggetto) e il filobatismo (ricerca della promozione del Sé che privilegia spazi liberi dall'oggetto). Per Balint chi sfida la sorte con comportamenti rischiosi privilegia la promozione del Sé (filobatismo): rischiando si illude di non aver bisogno di alcun oggetto interno. Questo iperinvestimento del Sé è dovuto al tentativo di affrontare quello che Balint chiama "difetto fondamentale", gli effetti di una parte dei traumi originari tra i quali lo psicanalista inglese annovera la nascita, la scoperta che gli oggetti d'amore hanno una vita indipendente, le prime separazioni significative dalla figura materna. La motivazione intrapsichica della ricerca del rischio è il bisogno di attenuare le angosce dovute ad un trauma emotivo e non semplicemente il puro piacere delle sensazioni.

Valleur & Charles-Nicholas (1982), e successivamente Valleur in numerosi scritti (ad esempio 2005 e 2009), hanno avvicinato le condotte a rischio alle dipendenze patologiche utilizzando una originale metafora, quella dell'ordalia. L'ordalia o giudizio di Dio in molte società del passato era una forma di prova giudiziaria mediante la quale la divinità si esprimeva circa la colpevolezza o l'innocenza di un imputato. Di solito si basava su una prova di riuscita, ad esempio una azione particolarmente difficile da compiere. Valleur e Charles-Nicholas riconducono i comportamenti

rischiosi alla “condotta ordalica”: la persona che affronta il rischio si affida ad una potenza estrema e assoluta che decide l’esito del comportamento rischioso. Questa sorta di richiesta di un giudizio, dovuta a un bisogno di rigenerazione si accompagna a sensazioni forti e produce un inevitabile processo di ripetizione e progressiva dipendenza. La metafora della condotta ordalica può essere interpretata come il confronto inconscio tra la persona e una entità, evidentemente parte del proprio mondo interno, in grado di offrire un momentaneo sollievo grazie ad un giudizio di innocenza. Se questa interpretazione della condotta ordalica è corretta si può supporre che l’Io di chi ricerca il rischio si rapporta ad una qualche struttura intrapsichica attribuendole il potere di scegliere il destino della persona. L’esito del comportamento rischioso dipende dalla decisione di questa struttura onnipotente che, simile ad un dio dell’antichità, offre perdono, protezione e sicurezza nei momenti di magnanimità, ma che in altri momenti è capace, se irata o contrariata, di determinare danni fino alla morte facendo fallire l’impresa.

È possibile ipotizzare che chi affronta il pericolo e sopravvive possa trovare l’esperienza così significativa non solo perché eccitante, ma anche perché rassicurante. Questo può accadere quando gli oggetti interni buoni resi inaffidabili dalle accuse di non aver saputo proteggere dal trauma il soggetto e vengono svalutati. Se il soggetto, a volte solo un bambino, è coinvolto anche casualmente in condotte rischiose, proverà qualcosa che ricorda la sicurezza, la fiducia, il senso di protezione di un oggetto buono. Naturalmente si tratta di un vissuto emotivo che viene quanto prima ricercato nuovamente dando inizio una sequela di condotte a rischio. Sposando questa prospettiva potremmo considerare i risk taker, alcuni di essi almeno, come persone che cercano di avvicinarsi quanto più possibile ad un trauma per provare, dopo l’eccitazione, il piacere di averlo evitato. Le sensazioni e le emozioni che iperinvestono il Sé si possono organizzare in una struttura psichica interna autonoma, una organizzazione patologica in grado di assumere il controllo della persona ponendola sotto il suo dominio. Si tratta di una dipendenza da una parte del Sé solo apparentemente rassicurante e, seguendo Valleur, in grado di garantire un tranquillizzante verdetto di innocenza. In realtà questa parte è prepotente e capace di spingere verso comportamenti autodistruttivi. Il processo è simile a quello descritto da Meltzer (1973; Meltzer, Williams & Trust, 1992) quando traccia la sua teoria metapsicologica delle perversioni e delle tossicomanie. La relazione tossicomane che lega la persona ad una parte cattiva del Sé e la sottomette alla sua tirannia ha luogo quando la dipendenza dagli oggetti interni buoni con le loro capacità riparative è resa difficile o impedita per mezzo di attacchi che la danneggiano fino a renderla indisponibile o misconosciuta. La parte distruttiva del Sé si presenta allora alle parti sane sofferenti prima di tutto come protettrice del dolore, poi come servitrice della sensualità, e solo di fronte alla resistenza alla regressione come un tiranno violento. L’organizzazione narcisistica che si è formata con i comportamenti di sfida e ricerca del rischio è temuta ma soprattutto ricercata per la protezione che fornisce. Senza di essa non vi è più argine alle ansie dalle quali il soggetto sta cercando di difendersi. La ricerca del rischio assume così le caratteristiche di uno spazio mentale in cui ci si ritira quando si vuole sfuggire a una realtà insostenibile perché angosciata, un vero e proprio “rifugio della mente” (Steiner, 1993). Si tratta di una zona della mente in cui trionfa l’onnipotenza e, in fantasia, qualunque cosa è permessa. Il sollievo che si ricava dal ritirarsi in questo rifugio comporta però l’isolamento con compromissione delle relazioni con gli altri e di una perdita di contatto con la realtà che in qualche caso diventa gravissima.

Lo psicoterapeuta che intraprende un trattamento con un paziente RRE dovrà presto confrontarsi con il dispotismo mafioso che governa la organizzazione patologica della personalità. Egli 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. Il procedere è lento e cauto. Come la Alvarez con i suoi bambini autistici (1992), il terapeuta proverà a “rendere pensabile il pensiero” proponendosi come un interlocutore vivo, animato, in grado all’inizio di nominare e contenere il pensiero, collocandolo poi nel Sé o nell’oggetto per giungere solo in ultimo a 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 evacuati dal paziente per mantenere il suo status quo. Molto più frequentemente invece ci sarà un “enactment” e il clinico proverà indifferenza e una sensazione di “normalità” per gli eventi riferiti. Ciò è indotto 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. Tutto questo sembrava indicare una funzione riflessiva mal funzionante (Fonagy & Target, 2000). La psicoterapia può offrire una interazione benevola e sufficientemente in sintonia con la persona, nello spazio mentale della seduta si potranno incoraggiare 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).

Le riflessioni che ho appena esposto sono state molto utili nel lavoro clinico con pazienti DRRE, in particolare nella psicoterapia presentata nel paragrafo successivo.

Clinica della Dipendenza da Ricerca del Rischio Estremo: Il signor A

Il materiale clinico che presento è preso da un trattamento di psicoterapia psicanalitica a frequenza settimanale con un paziente appassionato del rischio. Ho lavorato con A in tre trance complessive, la prima iniziata quando il paziente aveva circa trentacinque anni, la terza conclusasi con A ormai nella metà dei quaranta anni. A è un uomo di altezza media dal fisico atletico. Quando lo vidi per la prima volta mi colpirono l’incedere un po’ rigido e il modo in cui mi guardava, seduto in poltrona di sbieco. Il viso era agitato a tratti da un tic che gli faceva scuotere la testa. Quando chiesi cosa lo aveva portato da me non seppe darmi una risposta precisa, eppure avvertii rapidamente anch’io una sensazione di dolore e pena che lo accompagnava. A non ricordava nulla dell’infanzia e della prima adolescenza vissuta con i suoi fratelli già adulti, ma aveva la sensazione che le cose fossero andate bene fino a quando questi erano rimasti in casa. La sorella era la persona che si era occupata di lui forse più di ogni altro membro della famiglia, compresa la madre, e la separazione da lei, come ricostruimmo anni dopo, era stata molto dolorosa per A. Negli anni della scuola dell’obbligo il paziente era stato un bambino e poi un ragazzino anonimo, con un buon rendimento scolastico e una vita noiosa. In seconda media da oscuro studente A si trasformò pian piano in un adolescente sempre più trasgressivo. Cominciò a non studiare, a saltare le lezioni bighellonando da solo, a frequentare gruppi di ragazzini più grandi di lui. La situazione peggiorò sempre più, i genitori, sentendosi del tutto incapaci, fecero intervenire la sorella che portò via A e lo tenne con sé per l’intero primo anno delle superiori. Trasferendosi A sembrò rinascere: frequentò regolarmente la scuola, studiò, venne promosso. Ma trascorso l’anno venne rimandato dai genitori dove riprese la vita precedente. Il gruppo che frequentava usava sostanze stupefacenti, nel giro di poco A cominciò ad assumere eroina, dopo qualche anno era tossicodipendente. Completata in qualche modo la scuola, A si iscrisse all’Università, ma la situazione andò peggiorando e gli studi vennero definitivamente interrotti. Durante una estate il paziente fu ospite della sorella. Doveva fermarsi per una settimana o due, in realtà non andò più via. Trasferendosi dalla sorella A decise di interrompere l’uso di eroina e riuscì nel suo intento.

A aveva una autentica adorazione per la sorella maggiore, una donna dal carattere deciso, e per suo marito. La coppia decise di tenere con sé un volta per tutte il giovane, pur conservando la propria autonomia. Il cognato cercò un appartamento e un impiego per il paziente. Il lavoro era da operaio, con compiti che richiedevano un grande impegno fisico. A si impegnò con molta energia, affrontando il lavoro come una sfida sportiva. La segreta speranza era quella del riscatto e di una carriera. Il giovane trovò una fidanzata di elevato livello sociale, e cominciò a frequentare un gruppo di coetanei benestanti. Presto A, che nei primi anni era stimato per le sue capacità sportive, avvertì un profondo senso di disagio avendo un lavoro umile che ai suoi occhi non offriva alcuna possibilità di progressione.

Conoscendo meglio il paziente, scoprii che A aveva sempre amato sport individuali e non competitivi che richiedono destrezza e forza fisica e che possono rivelarsi rischiosi come sci, motocross e pesca subacquea. A si applicava agli sport in modo estremo. Ascoltando A compresi

che praticava questi sport in modo solitario, evitando per quanto possibile il contatto con altri sportivi, aumentando in tal modo il pericolo. Sebbene A fosse decisamente reticente, intuì il tipo di relazione che aveva con lo sport: era l'unica cosa in grado di fargli dimenticare tutto, dandogli la sensazione di essere capace e potente. Dopo una domenica di sport il tono dell'umore migliorava nettamente, A lavorava senza difficoltà e senza peso ed era più disponibile verso gli altri. Purtroppo gli effetti erano limitati nel tempo. Quando feci notare al paziente che metteva in gioco spesso e volentieri la propria vita A minimizzò.

Seduta dopo seduta rimanevo sempre più colpito dalla dipendenza del paziente dalla sorella, dal cognato, dalla fidanzata, ma anche dai toni quasi compiaciuti con cui A racconta della sofferenza fisica del lavoro, quasi provasse piacere e dipendenza da un grosso macchinario a cui era assegnato. Sebbene A tornasse a casa distrutto dopo ore e ore trascorse da solo con la sua macchina (di solito rimaneva in fabbrica molte più ore degli altri), ne cura in modo assiduo la manutenzione e la riparava celermente ogni volta che si rompeva. Quando facevo notare gli aspetti distruttivi di questo modo di intendere il lavoro A giustificava la cosa con le ragioni dell'azienda. Se A enfatizzava il lavoro, evitava con cura di parlare dello sport. Quando ponevo qualche domanda di solito sorrideva imbarazzato, cercando dopo poco di cambiare argomento. 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, ai miei occhi, a quello di un consumatore di sostanze stupefacenti.

A partecipava regolarmente alle sedute, senza ritardi o assenze. Avvertivo nella relazione una certa reverenza nei miei confronti associata ad un atteggiamento appena mascherato che svalutava sottilmente il nostro lavoro. A sembrava volermi dire che in fondo le nostre erano belle parole, ma che nulla sarebbe cambiato, perché nulla poteva cambiare. Notai tuttavia che qualcosa via via si modificava. Ebbi l'impressione poco per volta di conquistare un po' di ammirazione del mio paziente con il mio esplicitare in modo chiaro quel che pensavo della situazione. Certo non mi avrebbe mai "dato retta", ma cominciava ad ammirare questo dottore che diceva in modo chiaro cose che aveva più volte pensato in segreto dentro di sé.

Dopo undici mesi di psicoterapia ci fu un brusco cambiamento. Di colpo A sembrava avere fretta di arrivare a una conclusione in un modo o nell'altro. Io mi sentii trasformato in un personaggio poco affidabile, un imbroglione che con qualche trucco tratteneva il paziente in psicoterapia, forse per l'onorario, forse per un subdolo desiderio di potere. L'atteggiamento del paziente non cambiò nonostante i miei tentativi di discutere della nostra relazione: dopo poche sedute A mi disse che era preoccupato per un nuovo impegno lavorativo in arrivo. La ditta aveva avuto delle commesse, il ritmo di lavoro doveva aumentare. A non era affatto sicuro di riuscire a sostenerlo. Nonostante le mie proteste, dopo tredici mesi A interruppe il trattamento sostenendo che stava abbastanza bene.

Qualche anno dopo A mi richiamò. Al colloquio incontrai un uomo sconvolto. A appariva teso, le mani gli tremavano, il tic facciale era tornato. Iniziò chiedendomi di occuparci questa volta solo di "cose pratiche". Mi raccontò poi che da diversi mesi aveva cominciato un trattamento medico per una patologia contratta quando usava eroina. La cura massiccia lo aveva portato ad essere frequentemente febbricitante e terribilmente stanco. Nonostante questo A aveva continuato regolarmente a lavorare in azienda senza diminuire l'impegno fisico. Il carico era diventato ben presto massacrante, una sfida estrema. Dopo alcuni mesi A era crollato. Una mattina davanti allo specchio per la barba aveva cominciato a tremare avvertendo una devastante sensazione di soffocamento che lo aveva bloccato a casa. I sintomi da attacco di panico si erano ripetuti nei giorni successivi.

Per molte settimane la psicoterapia oscillò tra la necessità di ricordare quello che era accaduto e il dolore e le angosce che questi ricordi provocavano. In particolare A si soffermava quasi ad ogni seduta sui giorni del crollo. Provava un profondo senso di colpa per aver lasciato il lavoro.

Il trattamento medico, che non era stato interrotto, si concluse alcuni mesi dopo con il migliore degli esiti possibili. Gli attacchi di panico intanto si diradarono. R riprese il lavoro, ma con ritmi blandi. Dopo circa sei mesi aveva recuperato gran parte delle sue capacità, si sentiva meno angosciato e perfino il tic facciale si era attenuato. A cominciò a chiedersi, speranzoso, se quello che era capitato fosse stato solo un episodio. A quel punto la sua fidanzata, superati i momenti

peggiori, propose, subito appoggiata dalla sorella del paziente, di risistemare la casa dove A abitava. In famiglia tutti parlavano di matrimonio. L'ansia aumentò al punto che nemmeno l'attività sportiva riuscivano a contenere i sentimenti di inferiorità e inadeguatezza diventati fortissimi. Il paziente cominciò a tormentarsi dicendosi che era un incapace e che non aveva speranze di carriera. Sentimenti di inferiorità e senso di colpa tormentavano A. Proposi ad A un modo diverso di leggere la sua storia. A si era salvato da solo allontanandosi dalle sostanze stupefacenti, tuttavia era rimasto una persona dipendente e le sue nuove droghe erano la famiglia idealizzata della sorella, il lavoro, la ricerca del rischio.

In modo repentino, nell'arco di una manciata di sedute, assistei ad un brusco cambiamento. Da una settimana all'altra sgorgò nel mio paziente un moto di rabbia che si diresse verso la sorella, il cognato, in parte verso la fidanzata. Temetti un break down psicotico da parte di A e mi sentii molto preoccupato per la sicurezza di sua sorella. A affermò di non sopportare più la vicinanza dell'intera famiglia. La rabbia si associò presto ad un desiderio di indipendenza, fantasie su un lavoro diverso, trasferimenti in altre città. Poi A, ripreso in parte il controllo delle proprie emozioni, abbandonò i progetti di fuga e si orientò verso una prova personale di autonomia. A non aveva mai sentito il bisogno di una vettura personale. Decise allora di comprarne una con i propri quattrini. Da un punto di vista psicologico sapevo che l'impresa non era semplice. A doveva scegliere da solo il modello, valutarne le caratteristiche, tenere presente a quanto ammontavano i suoi risparmi. L'acquisto della automobile riempì diversi mesi della psicoterapia. Alla fine A comprò l'auto e dopo poco, circa un anno dopo il periodo in cui aveva esternato la gran rabbia nei confronti dei suoi familiari, mi chiese di terminare il nostro lavoro. Ritenni che la conclusione della psicoterapia rappresentasse per A una ulteriore conferma della sua autonomia. Mi sentivo fiducioso delle capacità di A e in sintonia con il suo bisogno di "fare da sé". Concordammo una data e preparammo la nostra separazione. In modo anche troppo ottimistico trascurai un elemento: A continuava a praticare il suo sport estremo.

A mi richiamò dopo quasi quattro anni. Quando ci rivedemmo mi disse subito che questa volta aveva bisogno di una cosa diversa, doveva "scavare" dentro di sé. Mi raccontò che era molto preoccupato per la solitudine. Il paziente si sentiva attratto dalle potenti emozioni che provava isolandosi che gli davano un senso di serenità e lo spingevano ad allontanarsi dagli altri. A aveva cercato di respingere il richiamo profondo di questo sentimento prima facendo ricorso a tutta la sua razionalità, poi chiamandomi. Nei quattro anni A aveva ottenuto un lavoro migliore in azienda come impiegato e ripreso i rapporti con la sorella, che tuttavia frequentava molto meno di un tempo. Da circa un anno poi, dopo una prolungata convivenza, aveva lasciato la fidanzata. Sebbene si sentisse ancora legato a lei, A aveva vissuto questa scelta come una liberazione. Ora A viveva solo, nell'attesa di una nuova compagna che dichiarò di non riuscire a trovare. In realtà aveva stabilito una relazione con una donna che avevano natura strettamente sessuale e che il paziente gestiva in modo da evitare ogni coinvolgimento affettivo. Per quanto riguarda lo sport estremo, A aveva incrementato la partecipazione a discipline sportive pericolose che gli aveva portato diversi incidenti lievi e uno molto serio con una frattura ad una spalla.

I primi mesi della psicoterapia furono difficili. Per molte settimane del primo inverno credo di essere stato l'unica persona con cui A abbia parlato. In alcuni momenti mi chiesi quanto A pensasse al suicidio. Un paio di volte provai a discuterne con il paziente ma A evitò l'argomento dicendomi "É una cosa troppo pesante, non voglio parlarne". Ritenni questa scelta come una conferma che esistevano dei rischi. Allo stesso tempo considerai che il paziente era in grado di evitare il suicidio e mi affidai a questa impressione. Il paziente sembrava determinato nella volontà di ritrovare il passato. Aveva cancellato larga parte dei ricordi infantili, in seduta ripeteva angosciato che non ricordava nulla, né della sua infanzia né della sua adolescenza. In questa fase la relazione terapeutica venne rafforzata dal lavoro associativo e dalla reciproca consapevolezza di un obiettivo terapeutico condiviso. Settimana dopo settimana cominciammo a raccogliere qualche elemento del nostro mosaico. Riemersero i genitori e la casa viva fino al momento della partenza dei figli maggiori, il silenzio delle stanze ormai vuote. Permanevano attacchi al lavoro comune: per molte sedute il paziente sostenne di non ricordare nulla sebbene volta per volta aggiungesse qualche elemento alla storia personale. In altre occasioni era restio a riconoscere i progressi del lavoro

terapeutico, assegnando al caso o a se stesso il merito dei miglioramenti. Tuttavia dopo molti mesi il senso di sollievo soggettivo sembrò il segnale di un processo genuino. A, rivedendosi bambino lasciato solo troppo presto, confessò di sentirsi alleggerito, da sempre si sentiva unico responsabile della sua vita piena di errori. Comparve il ricordo di una gita scolastica a dodici anni sulla neve, forse il suo primo vero contatto con il piacere del rischio. A volte A parlava dello sport, di solito con parole che avrebbero dovuto tranquillizzarmi: minimizzava, riduceva i racconti all'essenziale, evitava di soffermarsi sugli episodi più pericolosi. Gli chiesi in una seduta se impegnarsi in attività sportive come le sue non potesse essere un modo di cercare la morte. Mi spiegò che per alcuni è così, ma che non era questo il suo caso.

Arrivò l'estate. Le vacanze, temute come in passato per la separazione dalla psicoterapia, entusiasmarono A. In montagna il paziente incontrò una donna e nacque una reciproca simpatia. A non volle andare oltre la semplice amicizia ma fu felice di constatare che per lui era possibile stabilire una nuova relazione. Con il secondo anno il tono dell'umore era sicuramente cambiato. A non si sentiva più attratto dalla solitudine, ma stanco di essere solo. Continuava ad essere un solitario che praticava sport rischiosi. Dopo un weekend A mi raccontò che si era trovato in una situazione molto pericolosa e non mi nascose che questa volta sarebbe potuto morire. Gli dissi che probabilmente si era spaventato molto. Non era così: nei momenti di difficoltà, anche quando era consapevole del pericolo, rimaneva sempre tranquillo. L'ansia invece era arrivata tornando al punto di partenza, all'idea di fermarsi a chiacchierare con qualcuno dei rari compagni d'avventura. Discutemmo a lungo della ritrosia per relazioni non superficiali dovuto al timore della inaffidabilità dell'oggetto. L'esperienza del rischio, a differenza delle relazioni umane, era vissuta come rassicurante perché controllabile.

Nell'inverno del secondo anno A mi comunicò che secondo lui il lavoro di ricordare era finito. Era felice del risultato. Poco dopo iniziò a ristrutturare la casa dove abitava. A aveva da sempre lasciato l'appartamento così come l'aveva ricevuto. Ora era il momento di cambiare. A prese l'impegno come una sfida, fece molte cose da sé o aiutando gli operai. Con mia sorpresa il paziente raccontò che l'interesse per la casa lo stava allontanando dallo sport. Ancor di più mi colpì che A parlasse delle diverse attività semplicemente come di sport, riconoscendo che prima erano qualcosa di cui non poteva fare a meno. Naturalmente quando provai a parlare di una dipendenza, forse superata, A affermò di essere sempre stato padrone di se stesso. Arrivati quasi a fine lavori A portò un nuovo tema in seduta. Il paziente cominciò a chiedersi se qualcuno sarebbe venuto mai ad abitare con lui nella nuova casa e pian piano scivolò in una crisi depressiva. I lavori per l'appartamento, quasi conclusi, furono interrotti. Il paziente mise in campo tutto quello che aveva appreso in lunghi anni di convivenza con il dolore psichico e si difese con abilità evitando di essere travolto dalle fantasie negative. Intanto riuscivamo a comprendere il rapporto tra il progetto della casa e la fine del suo fidanzamento. A aveva interrotto la convivenza mentre era in procinto di iniziare i lavori di ristrutturazione proposti dalla sua ragazza. Inconsapevolmente riprendere i lavori significava ritrovare magicamente una nuova relazione di coppia. La crisi era arrivata quando la realtà dei fatti si era imposta. I momenti di dolore cominciarono a diradarsi e poco alla volta A riacquistò una certa serenità. Le sedute avevano soccorso il paziente che invece non aveva trovato un particolare aiuto nelle pratiche sportive. Qualcosa stava cambiando. A non mancava di sottolineare che l'attività sportiva era ormai diventato solo un passatempo e in una seduta mi rivelò che da circa un mese non si esercitava più nella palestra di casa. Una o due sedute dopo per la prima volta parlò di un nuovo progetto. A aveva deciso di costruirsi un acquario di grosse dimensioni adatto a pesci tropicali. Scoprii che da piccolo A aveva in casa una boccia con i classici pesci rossi. Da adulto A avrebbe voluto possedere un acquario, ma non si era mai sentito in grado di gestirlo. Il progetto dell'acquario si rivelò un impegno molto serio. A si preparò con metodo: cominciò a documentarsi su Internet, visitò diversi negozi e consultò degli esperti. Il paziente raccontò, anche un po' sorpreso, che la costruzione dell'acquario lo stava coinvolgendo in un modo diverso che in passato. A si sentiva calmo, metodico nel suo progetto, senza l'urgenza di bruciare le tappe. L'arrivo delle "pietre vive" (rocce con all'interno microorganismi che dopo poco diventano visibili) ci permise di parlare con più chiarezza di questo prudente riavvicinamento al mondo vivente. Una sera A mi

annunciò che nel pomeriggio aveva portato a casa i suoi primi due pesci. Era felice. Disse poi che il giorno prima era stato a fare sport. Essendo fuori allenamento si era impegnato solo un'ora, con frequenti pause per non rischiare. A sarebbe potuto rimanere anche il giorno successivo ma aveva preferito rinunciare per via dei pesci. Nel viaggio di ritorno si era per la prima volta chiesto se le centinaia di chilometri per andare e tornare dai luoghi dove praticava le sue attività sportive valessero la pena. Commentai che il rapporto con lo sport sembrava cambiato. "Non sono più dipendente" rispose A, aggiungendo "lei è tanto che me ne parla". Così A all'improvviso raccontò liberamente della dipendenza dallo sport estremo. Molte delle cose che sentii per me erano nuove. Tra gli appassionati, mi rivelò il paziente, si discute molto di questa dipendenza. Alcuni di essi facilitano la dipendenza perché a differenza di altri sport non possono essere praticati sempre, ma solo quando certe condizioni ambientali lo consentono. Possono trascorrere così anche molte settimane durante le quali il desiderio si accentua e si trasforma in una sorta di astinenza. A mi rivelò molti altri aspetti dei suoi sport, ma quello che mi colpì più di ogni altra cosa fu il tono lieve del racconto, la semplicità e il sollievo con cui A raccontò di quando, come disse, "la mia vita era estrema".

Nei mesi successivi l'atteggiamento di A verso la psicoterapia divenne esplicitamente ambivalente. In una seduta A chiese di dimezzare gli incontri, in un'altra accusò il terapeuta di essere la causa della sua condizione di stallo nelle relazioni con gli altri, in un'altra ancora dichiarò che solo il terapeuta poteva guidarlo fuori dalla situazione in cui si trovava. Uno dei rarissimi sogni del paziente permise di avvicinarsi alle angosce provate con l'abbandono della DRRE. Nel sogno A era su una seggiovia con due altre persone, in viaggio per assistere ad una gara di motocross. All'improvviso la seggiovia scompariva, i due vicini si salvavano saltando mentre A rimaneva solo in equilibrio su di un palo posto ad una altezza vertiginosa. Il paziente cercava di resistere ma alla fine precipitava. A associò la seggiovia sia allo sci che alle discese in bicicletta (la vetta delle montagne da cui ci si lancia si raggiungono spesso con questo mezzo), e ricordò che il motocross era stato uno dei suoi sport principali. Constatammo che l'aver interrotto la pratica degli sport estremi lo faceva sentire terribilmente in pericolo, non avendo più nulla a cui aggrapparsi. A divenne consapevole della organizzazione patologica che lo aveva sorretto e ingabbiato per molti anni. Rappresentò la sua condizione interna con la metafora di un muro senza uscite che era stato costruito intorno a lui, una descrizione talmente vivida da sembrare fisicamente percepibile, e chiese di essere aiutato a rompere quello che ormai vedeva come una parete che lo imprigionava. La psicoterapia, tuttora in corso, al momento è focalizzata su questo tema.

Alcune considerazioni conclusive

In questo articolo ho formulato una ipotesi circa i processi psicologici che trasformano la ricerca del rischio estremo in una dipendenza comportamentale. Ho supposto che la RRE 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. Il paziente di cui ho parlato è stato un bambino sofferente per le separazioni precoci e successivamente un adolescente trasgressivo fino alla tossicodipendenza. Da adulto i tentativi di ritrovare un equilibrio interno accettabile hanno comportato elevati costi psicologici ed hanno spinto il paziente ad affidarsi a forme diverse di dipendenza, tra le quali la DRRE.

Possono essere poste diverse obiezioni alla ipotesi che il paziente abbia sviluppato una vera e propria dipendenza comportamentale. Si potrebbe sostenere che i comportamenti di A. siano stati determinati da caratteristiche di personalità. L'ipotesi che il voluntary risk taking sia dovuto alla personalità è molto diffusa ed è stata in particolare approfondita da psicologi che fanno riferimento alle Teorie dei tratti come Zuckermann (Sensation Seeking Trait – 1994 e 2006) e Cloninger (Novelty Seeking Trait – 1987 e 1993). Secondo questi modelli alcuni individui hanno bisogno di una intensa stimolazione ambientale per poter raggiungere il livello tonico ottimale per l'umore, l'attività generale e l'interazione sociale.

Questo parametro è determinato da un substrato biologico che regola la reattività alla stimolazione. La ricerca del rischio, è uno dei modi con cui si può soddisfare il bisogno di stimoli. Nel caso riportato il paziente non mostra un costante bisogno di nuovi stimoli o novità dato che trascorre una larga parte del suo tempo in una condizione di solitudine e di isolamento, per di più impegnato in un lavoro monotono e ripetitivo. L'ipotesi di processi psicodinamici che esitano in una dipendenza comportamentale offre una spiegazione più coerente per le condotte rischiose di A. In tal senso il paziente risponde a tutti i criteri proposti da Pedinielli e colleghi (2005): ha avuto a dodici anni una esperienza di "iniziazione" o "rivelazione" che è all'origine delle sue condotte; ripete i suoi comportamenti e ne è dipendente, cioè non è in grado di metterli in discussione a causa del proprio malessere psicologico; utilizza la ricerca del rischio come soluzione sistematica e stereotipata di tutti i suoi problemi; privilegia l'azione a scapito della mentalizzazione e la produzione di sensazioni corporee a scapito delle emozioni.

Una seconda obiezione può nascere da un approccio sociologico. Il sociologo Lyng (1990) si è chiesto perché alcune persone hanno bisogno di rischiare per stare bene e ha coniato il termine "edgework" per definire le azioni con cui l'individuo negozia il suo personale confine tra la vita e la morte grazie alla ricerca del rischio. In alternativa ai modelli che fanno riferimento ad una predisposizione della personalità l'autore considera le condotte rischiose come una forma di fuga e resistenza al prevaricante potere della politica e della economia (Lyng, 2004). La ricerca del rischio è per Lyng un veicolo per fuggire dalla condizione sociale che produce identità coartate e offre scarse opportunità per la trasformazione personale e lo sviluppo del carattere (Lyng, 2005). L'autore collega il risk taking alla alienazione sociale piuttosto che a processi intrapsichici. Questo modello suggerisce che la ricerca del rischio non deve essere interpretata in una prospettiva puramente psicopatologica. I comportamenti del mio paziente potrebbero essere considerati come un rimedio creativo ad un malessere sociale. Purtroppo il lavoro clinico ha rivelato che le paure, la distruttività e l'angoscia di A avevano origine nella propria storia personale. Per difendersi il paziente ha utilizzato la droga, il lavoro, le relazioni familiari ma anche la ricerca del rischio fino a diventarne dipendente.

Un'ultima obiezione potrebbe sostenere che uno sport rischioso non può generare una dipendenza e che la pratica non può essere considerata uno dei sintomi del mio paziente. Dobbiamo allora chiederci se esistono attività che generano una DRRE. A differenza delle tossicodipendenze, la DRRE nasce da condotte che di per sé non hanno specifiche proprietà additive ma che diventano additive se portate a livelli estremi. Per questo motivo nessuno sport può essere definito come additivo, sebbene alcuni di essi facilitino la ricerca del rischio. A ha trasformato i suoi sport in un rifugio mentale per arginare il suo dolore mentale. Con il passare del tempo il paziente non ha potuto più fare a meno delle pratiche sportive. Quando A. ha sperimentato un reale cambiamento interiore anche il rapporto con l'attività sportiva è cambiata e il paziente ha potuto affermare: "Per me ora è solo uno sport".

Vorrei discutere ora di alcuni spunti relativi alla psicoterapia. La relazione terapeutica con A, come altre psicoterapie di pazienti con dipendenze patologiche, è stata una relazione triadica dove tre soggetti, il paziente, il terapeuta e la "sostanza" (in questo caso la RRE) hanno interagito giocando ognuno il proprio ruolo. Il paziente ha oscillato infinite volte tra terapeuta e ricerca del rischio, accostandosi e allontanandosi anche per anni dalle sedute. Ho sempre accettato le richieste implicite ed esplicite che via via A presentava parlandomi di cosa aveva bisogno o di cosa era in grado di gestire (contenimento, solo materiali che riguardavano il presente, lavoro sulla ricostruzione del passato ecc.) ma allo stesso tempo ho tenuto ferma nella mia mente l'obiettivo di esplorare la natura dell'organizzazione patologica con cui ci stavamo confrontando. Di sicuro ho impiegato molto tempo per costruire nella mia mente una immagine sufficientemente chiara di questa parte del Sé del paziente, frastornato come ero dai suoi tanti volti (tossicodipendenza, dipendenza da lavoro, dipendenza dalle relazioni, RRE ecc.). Sono convinto che avere alla fine potuto formulare una teoria personale ha rafforzato la mia affidabilità come terapeuta-contenitore e ha dato una svolta alla psicoterapia. Il transfert del paziente è andato mutando nel tempo. In molte fasi della psicoterapia mi sono sentito riempito dalle identificazioni proiettive che evidentemente mi

rappresentavano come molto simile all'oggetto interno perverso. Sono stato frequentemente percepito come potente e insidioso, capace di ridurre il dolore mentale ma anche subdolamente in grado di generare dipendenza. In modo speculare il paziente ha tentato di manipolarmi, per essere rassicurato, superare le crisi del momento, ottenere rinfanciuti giudizi di normalità. La proiezione sul terapeuta dell'oggetto perverso ha spinto A ad evitare un eccessivo coinvolgimento e ad interrompere a più riprese il trattamento, un modo per porre fine ad una relazione vissuta come potenzialmente tiranneggiante. Tuttavia il paziente è riuscito a lasciare alcuni spazi aperti alla fiducia e alla possibilità che fossi un oggetto sufficientemente buono. Probabilmente sono stati utili alcuni aspetti della psicoterapia come la continuità delle sedute, un atteggiamento terapeutico non giudicante, comprensivo ma non accondiscendente, la scelta di evitare consigli e indirizzamenti e soprattutto, credo, una posizione elastica, come quello di una madre sufficientemente buona il cui bambino sta cominciando a camminare.

Il controtransfert è stato molto utile per orientare la comprensione.

Tra i sentimenti più significativi ricordo i periodi di indifferenza verso i pericoli corsi da A nella sua attività sportiva, in sintonia con la parvenza di normalità con cui egli ammantava la sua ricerca del rischio. Nei momenti invece in cui non mi sentivo indifferente ho provato a più riprese una forte angoscia temendo per la vita del mio paziente. In molti altri momenti ho sentito che era importante ricordare anche per il paziente e resistere alla pressione inconscia di fare *tabula rasa*, di passare settimana dopo settimana con una cimosà sulla lavagna di quello che era accaduto, fossero essi fatti o emozioni. L'intera psicoterapia può essere considerata come un tentativo di incrementare la regolazione degli affetti e di incoraggiare la mentalizzazione. Il paziente ha potuto sperimentare nel rapporto terapeutico una modalità di funzionamento differente da quello costruito per difendersi dall'angoscia. Progressivamente ha esteso questa modalità riducendo il supporto della ricerca del rischio come auto-terapia e incrementando l'utilizzo della funzione riflessiva, sfuggendo così alla dipendenza da RRE.

In ultimo, sono consapevole che ho un debito di gratitudine nei confronti del paziente di cui ho raccontato la storia. Brancolando spesso nel buio sono stato costretto a leggere, studiare, fare congetture, formulare teorie che in buona parte ho espresso proprio in questo articolo. Oggi ho una sensibilità clinica diversa verso la ricerca del rischio che mi è stata molto utile con altri pazienti che cercano volontariamente il rischio. Molto più di quello che mi aspettavo dopo il primo tiepido incontro con A.

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 una esperienza clinica di psicoterapia. 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. Il caso clinico, una psicoterapia con frequenza settimanale protrattasi per oltre dieci anni, consente di discutere sulle difficoltà che il percorso terapeutico incontra.

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

Bibliografia

- Allen, J.G. & Fonagy, P. (2006). *Mentalization-Based Treatment*. Chichester: Wiley. (Tr it.: *La mentalizzazione. Psicopatologia e trattamento*. Bologna: Il Mulino – 2008)
- Alvarez A. (1992). *Live company – psychoanalytic psychotherapy with autistic, borderline, deprived and abused children*. London and New York: Tavistock/ Routledge

- Balint M. (1959). Thrills and Regressions. New York: International Universities Press. (trad. it.: Situazioni brivido e regressione. In: La regressione. Milano: Cortina, 1983).
- Bell N.S., Amoroso P.J., Weqman D.H., Senier L. (2001). Proposed explanations for excess injury among veterans of the Persian Gulf War and a call for greater attention from policymakers and researchers. *Injury Prevention*, 2001 Mar; 7(1):4-9.
- Bibble D., Hawthorne G., Forbes D., Coman G. (2005). Problem gambling in Australian PTSD treatment-seeking veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 2005 Dec; 18(6):759-67
- 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.
- Fonagy P. & Target M. (2000). Playing with reality. The persistence of dual psychic reality in borderline patients. *International Journal of Psycho-Analysis*, 81: 853-873
- Fonagy P., Gergely G., Jurist E.L. & Target M. (2002). Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self. New York: Other Press.
- Freeman T.W., Roca V. & Kimbrell T. (2003). A survey of gun collection and use among three groups of veteran patients admitted to veterans affairs hospital treatment programs. *Southern Medical Journal*, 2003 Mar; 96(3):240-3.
- Grosso L. (2000). Un cocktail di emozioni - Motivazioni al rischio e fattori protettivi. *Animazione Sociale*, : Novembre 2000, pp 54-60
- Horowitz M.J. (1976). Stress Response Syndromes. New York: Jason Aronson.
- Kingston S, Raghavan C. (2009). The relationship of sexual abuse, early initiation of substance use, and adolescent trauma to PTSD. *Journal of Traumatic Stress*. 2009 Feb;22(1):65-8.
- Le Breton D.(1991). Passions du risqué. Paris: Édition Métailé. (trad. it.: Passione del rischio. Torino: Edizioni Gruppo Abele, 1995).
- Lyng S. (1990). A Social Psychological Analysis of Voluntary Risk Taking. *The American Journal of Sociology*, Vol. 95, No. 4 (Jan., 1990), pp. 851-886
- Lyng S. (2004). Crime, edgework and corporeal translation. *Theoretical Criminology*, Vol. 8(3): 359-375.
- Lyng, S. (2005) 'Edgework and the risk-taking experience' in S. Lyng (ed) Edgework: The sociology of risk-taking. Pp 3 – 15. New York: Routledge
- March, J.S. (1993). What constitutes a stressor? The «criteria A» issue. In: Davidson J.A.T. e Foa E.B. (a cura di), *Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and beyond*. Pp 37 – 54. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Marcelli D. & Braconnier A. (1999) Adolescence et psychopathologie. Parigi: Masson (trad. it. Adolescenza e psicopatologia. Milano:Masson, 2005).
- Meltzer, D. (1973). Sexual states of mind. Perthshire Scotland: Clunie Press [for] the Roland Harris Trust Library, 1973. (trad. it.: Stati sessuali della mente. Roma: Armando, 1975).
- Meltzer D., Williams M.H., Trust AH. (1992) The claustrom: An investigation of claustrophobic phenomena. London: Karnac Books (trad. it.: Claustrom. Uno studio dei fenomeni claustrofobici. Milano: Raffaello Cortina, 1993)
- 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*. Pp 269 – 284. Torino: Edizioni Gruppo Abele.
- Pat-Horenczyk A, Peled O., Miron T., Brom D., Villa Y., Chemtob C. M. (2007). Risk-taking behaviors among Israeli adolescents exposed to recurrent terrorism: provoking danger under continuous threat? *American Journal of Psychiatry*, January 2007; 164:66-72.
- 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), pp 295 – 306.
- Ranieri F. (2009). La quête de risques extrêmes. *Psychotropes Journal*, Vol. 15 – 2009/1 : 115-135.
- Journal of Research in Personality 38 (2004) 256–279
- Smith D.K., Leslie L.D. & Chamberlain P. (2006). Adolescent girls' offending and health-risking sexual behavior: the predictive role of trauma. *Child Maltreatment*, 2006 Nov;11(4):346-53.
- Steiner J. (1993). Psychic retreats. London: Routledge
- Valleur M. & Charles-Nicholas A. (1982). Les conduites ordaliques. In Olievenstein C., Charles-Nicholas A. & Valleur M., *La vie du toxicomane*, Parigi: PUF.
- Valleur M. (2005). Les addictions sans drogue et les conduites ordaliques. *L'Information psychiatrique*. 81: 423-8
- Valleur M. (2009). Les chemins de l'ordalie. *Topique*. 2009/2 (n° 107): 47-64
- 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).