

AGGRESSIVITÀ E VIOLENZA NEI SOGGETTI CON PROBLEMI DI DIPENDENZA

Luigi JANIRI, Benedetta AGRIFOGLIO (*)

Aggressività e violenza sono spesso accomunati, ma i due termini non sono affatto intercambiabili, indicando due diversi momenti e condizioni che solo talvolta tendono a coesistere. In buona parte dei comportamenti aggressivi, infatti, non riteniamo riconoscibile alcun carattere di violenza: si pensi all'aggressività ritualizzata tipica di numerose situazioni competitive (competitività commerciale e sportiva, rivalità interindividuale nei giochi, o in rapporto alla sessualità), in cui, oltre a non verificarsi nessuna coercizione fisica o psicologica, l'aggressività che entra in gioco è parte di regole concordate e codificate e, come tale, non si traduce, o non dovrebbe mai degenerare in un'intrusione prevaricante.

Agredire deriva dal latino *ad-gradi* ed etimologicamente significa “andare incontro”, “camminare verso”: ha, quindi, quale significato originario, quello di slancio, pulsione, avvicinandosi al concetto di *élan vital* di H. Bergson, senza il quale l'essere umano non potrebbe realizzare alcuna forma di crescita. Solo successivamente il termine ha assunto il significato di “andare verso qualcuno per assalire”. In questo contesto l'aggressività viene intesa come una tendenza che può essere presente in ogni comportamento ed in ogni fantasia, volta all'etero- o all'autodistruzione o all'autoaffermazione. Al fine di classificare un atto come aggressivo sono stati individuati tre aspetti fondamentali: l'intento, l'azione e lo stato emotivo.

L'intento rappresenta la volontà di arrecare un danno, o in modo diretto, o impedendo a qualcuno di compiere azioni piacevoli, e può essere dedotto dalle dichiarazioni verbali, dall'osservazione delle azioni e dal contesto generale in cui il comportamento viene attuato.

L'azione è tesa a provocare un danno fisico con o senza aggressività verbale.

La terza caratteristica è lo stato emotivo: nel prototipo aggressivo sono quasi sempre presenti le emozioni di rabbia, risentimento, collera e paura.

L'aggressività può assumere, quindi, un duplice significato, come una modalità positiva, attiva e creativa con funzione adattiva (bagaglio istintuale di sopravvivenza del soggetto e della specie), o come modalità di adattamento negativo, distruttiva, socialmente deplorevole. L'aggressività positiva rappresenterebbe, quindi, un comportamento diretto a superare tutto ciò che costituisce un ostacolo o una minaccia per l'integrità fisica o psicologica di un organismo vivente. Possiamo inoltre distinguere un'aggressività “eterodiretta”, rivolta agli altri, da un'aggressività “autodiretta”, rivolta a se stessi (automutilazioni, suicidio, ecc.) e da un'aggressività “indiretta”, rivolta ad oggetti e/o animali.

Con il termine “violenza” si intende comunemente un atto inflitto contro la volontà della vittima o una forma di restrizione della sua libertà di disporre di sé e del proprio corpo. La generale semantica del termine sottende dunque il concetto di una violazione della libertà individuale, identificandosi quale atto di intrusione prevaricante, che non si limita a danneggiare, ma oltraggia e viola la vittima nei suoi diritti fondamentali (alla vita, all'integrità, alla sicurezza, alla libertà). Priva di qualsiasi valore adattivo, la violenza risulta spesso esplosiva, improvvisa, eccessiva rispetto alla minaccia presuntivamente percepita, benché, soprattutto in ambito psichiatrico, non risulti essere necessariamente di natura intenzionale.

Identificando numerose forme diverse di violenza, essa può essere classificata come violenza fisica, verbale, psicologica, sessuale, economica, persecutiva (stalking) o declinarsi come incuria e maltrattamenti. Gli agiti violenti, invece, poggiano sull'esacerbazione dell'aggressività ed esitano nella distruttività.

La ricerca neurobiologica ha chiarito che i comportamenti aggressivi e gli eventuali agiti violenti ad essi collegati sono innescati e sostenuti da circuiti neurali specifici che coinvolgono particolari aree cerebrali. Tra queste è stato evidenziato il ruolo centrale di varie strutture del sistema nervoso come l'amigdala, il talamo, l'ipotalamo mediale e posteriore, il giro del cingolo, la corteccia orbito-frontale, il lobo frontale, l'ippocampo e il grigio peri-acqueduttale. È stato inoltre dimostrato che la sequenza comportamentale, una volta attivata, si autososterrebbe e le funzioni superiori sembrerebbero asservite al completamento dell'azione. Il deficit

delle funzioni regolatorie e di controllo emotivo sembrerebbe rappresentare il substrato biologico dell'aggressività reattivo-impulsiva, tipica dei disturbi di personalità “esplosivi”, delle patologie da discontrollo degli impulsi episodico e di parte, dei disturbi antisociali. Studi di neuroimaging funzionale hanno dato conferma ai correlati neuropatologici dell'aggressività prevalentemente reattiva: ad esempio pazienti con lesioni a livello della corteccia prefrontale subite nella prima infanzia mostravano comportamenti apertamente violenti (Anderson et al., 1999). Le regioni cerebrali compromesse in questi soggetti includevano, più specificamente, le aree ventrale, mediale e aspetti polari della corteccia prefrontale. Infatti pazienti con lesione orbito-frontale mostrano un rischio più elevato di aggressività reattiva (Dazzi e Madeddu, 2009).

Così come le disfunzioni frontali sono risultate essere implicate nella disinibizione e inclinazione alla reattività, le disfunzioni a livello del sistema limbico, e in particolar modo dell'amigdala, sembrerebbero alla base di forme aggressive in cui prevale l'assenza di considerazione per l'altro o la disfunzione nella percezione della sofferenza altrui.

L'amigdala, struttura anatomica del SNC e nello specifico del sistema limbico, presiede infatti alla regolazione delle condotte di rabbia, paura e ansia.

Amigdala e corteccia orbito-frontale condividono connessioni bidirezionali, l'efficienza delle quali è necessaria per la regolazione emotiva e il controllo dell'aggressività che si fonda, dunque, sulla corretta decodifica degli stimoli in entrata con la finalità di pianificare il comportamento più adeguato alla situazione.

Esistono diverse tipologie di disfunzioni quali una reattività esagerata dell'amigdala e una diminuita reattività orbitofrontale alle immagini visive che trasmettono minaccia, oppure un'insufficiente connettività amigdalo-orbitofrontale.

nelle forme di aggressività e violenza di tipo reattivo, quindi, lo scollamento del circuito amigdala-corteccia orbitofrontale sembrerebbe rappresentare il motivo fisiopatologico di fondo. La propensione a comportamenti impulsivo-aggressivi presenta, inoltre, una rilevante base di natura genetica, motivo per cui varianti genetiche riguardanti neuro-modulatori chiave coinvolti nel controllo dell'aggressività (in particolare, serotonina, dopamina, steroidi sessuali, glucocorticoidi e arginina vasopressina) rappresentano possibili marcatori biologici della predisposizione verso condotte criminali violente.

Tra questi la serotonina sembrerebbe esercitare un ruolo di contenimento dell'aggressività: persone che presentano delle quantità esigue di serotonina, infatti, manifestano un incremento delle condotte aggressive e antisociali.

Dal punto di vista ormonale il testosterone occupa una posizione preminente: esso, infatti, sarebbe in grado di incrementare la cosiddetta aggressività offensiva ed alti livelli di testosterone condurrebbero ad un incremento delle condotte aggressive nei confronti dell'altro.

Ci sono inoltre delle variabili situazionali che presumibilmente implementano l'aggressività. Si suppone che il caldo eccessivo, un'umidità particolarmente alta, un ambiente caratterizzato da un inquinamento atmosferico estremamente accentuato, con odori e rumori essenzialmente sgradevoli determinino un aumento dei comportamenti aggressivi (Aronson, Wilson e Akert, 2010).

La valutazione di agiti aggressivi e violenti quindi, proprio per la sua complessità, richiede un approccio multiassiale: i fattori coinvolti sono infatti molteplici e interconnessi tra loro. Tra questi si sottolinea, ad esempio, l'importanza dello sviluppo psico-educativo e del background socio-culturale, della struttura di personalità esistente, ma anche degli stressor economici e psico-sociali, dell'utilizzo di sostanze psicoattive o della presenza di intercorrenti condizioni mediche e psichiatriche, oltre alla valutazione dello stato cognitivo ed affettivo corrente.

La dipendenza può essere descritta come un disturbo caratterizzato da cambiamenti a lungo termine del funzionamento cognitivo, soprattutto per quanto riguarda le funzioni esecutive e la relativa disfunzione del controllo degli impulsi; in questo senso le dipendenze sono state interpretate quali patologie dell'eccesso e dell'agire, e quindi, sin dal 1990, considerate dallo studioso Gagnepain patologie psichiche esternalizzanti. n

Sia pur con modalità diverse, tutte le sostanze d'abuso sono correlabili a comportamenti aggressivi e azioni violente: alcune agiscono con un'azione diretta stimolante del SNC, altre invece producono un effetto disinibente sul comportamento, altre ancora inducono comportamenti violenti in seguito all'astinenza

prodotta dall'interruzione della loro assunzione.

Anche le dipendenze comportamentali non sono scevre da un aumento del rischio di tali comportamenti nel tempo dal momento che sono stati essere riconosciuti con certezza quali manifestazioni di una singola patologia sottostante riconducibile ad un' incapacità di regolare gli stati emotivi.

Dunque, sulla base di quanto detto, si può identificare un profilo psicopatologico del paziente con dipendenza che prevede innanzitutto un aumento dell'impulsività e un conseguente discontrollo degli impulsi, oltre ad un aumento della collera e dell' aggressività. Altre caratteristiche molto spesso presenti sono risultate essere anedonia e alessitimia, oltre ad una ridotta capacità empatica. Questi pazienti mostrano una ridotta capacità di tollerare le frustrazioni, oltre ad una continua ricerca di novità e di sensazioni. Studi dimensionali hanno descritto la personalità di soggetti affetti da dipendenza come caratterizzata da una forte immaturità e dall' incapacità di prendersi cura di se stessi e degli altri. Risulta, inoltre, molto spesso presente l'incapacità di mantenere un adeguato livello di autostima che condurrebbe, oltre che ad una identità instabile, anche ad un'instabilità nelle relazioni interpersonali. Esiste, infine, una disregolazione delle emozioni ed una marcata reattività agli eventi della vita.

Si può quindi affermare che esiste una forte correlazione tra comportamenti di dipendenza e comportamenti aggressivi e violenti: in ciò assumerebbe un ruolo cruciale una predisposizione personale, come già confermato dallo studio di Giancola & Zeichner nel 1995, ed a volte sembrerebbe possibile considerare come elemento antecedente e causale la dipendenza; mentre in altre si potrebbe considerare allo stesso modo l'aggressività. Ciò quindi indicherebbe l'esistenza di un'interazione reciproca e costante dei due elementi vicendevolmente considerati.

La letteratura sottolinea, inoltre, che la presenza di psicopatologia e di problemi di salute mentale, di per sé, lascia prevedere comportamenti violenti, illegali e criminali in misura di molto inferiore rispetto alla dipendenza.

Esiste una stretta correlazione tra dipendenze da sostanze e violenza intrafamiliare. L'OMS, già dal 2002, considera il consumo di alcol e droghe un fattore di rischio prevalente per la violenza nelle relazioni intime, trasversale a tutte le classi socio-economiche: in una proporzione valutata in oltre la metà dei casi di violenza domestica, cioè nel 60% di tutti i casi, ciò si è verificato quando il perpetratore è sotto l'influenza di alcol e/o droghe.

Anche in ambito extrafamiliare esiste una forte connessione tra dipendenze da sostanze e condotte violente e criminose: queste avverrebbero prevalentemente durante lo stato di intossicazione, spesso allo scopo di ottenere denaro (o le stesse sostanze), e/o nel quadro del funzionamento dei mercati illeciti (attività di distribuzione, offerta e consumo) delle sostanze.

Per quanto concerne il consumo di alcol, è stata dimostrata l'esistenza di un legame molto stretto tra condotte violente ed etilismo acuto e cronico. Fu infatti formulato già sul finire degli anni 70 un modello di vulnerabilità secondo il quale i soggetti intossicati sarebbero più proni a interpretare stimoli ambientali ambigui quali eventi minacciosi e a rispondere aggressivamente ai pericoli percepiti. La dipendenza da alcol aumenta la possibilità di comportamenti aggressivi ed azioni violente, soprattutto tra chi possiede marcati tratti di aggressività di base, presentando, ad esempio, un'intensa tendenza ad esperire facilmente collera, ad effettuare un difficile controllo attivo della rabbia, e soprattutto tra coloro che presentano una storia di atti violenti o un disturbo antisociale di personalità come già fu constatato sin dal 1991 da alcuni psichiatri come il Pernanen. Si può quindi parlare di una correlazione bidirezionale tra alcolismo ed impulsività: elevati livelli di impulsività sembrano complicare il comportamento definito "addictive", aumentare il rischio di incorrere in una ricaduta, peggiorare l'esito della dipendenza e far innalzare il rischio di comportamenti violenti. D'altra parte il consumo cronico di alcol o di sostanze psicoattive aumenta la sensibilità alla ricompensa e diminuisce la capacità di controllo inibitorio (Robinson T.E. e Berridge KC, 2008). In corso di alcolismo, inoltre, si assiste ad una riduzione anormale del volume corticale dei lobi frontali e prefrontali, soprattutto della corteccia frontale superiore, accompagnati questi da un deficit elettivo del dominio esecutivo.

Le sostanze stimolanti, ossia cocaina, crack e amfetamine, possono alterare il rapporto con la realtà, alimentando disturbi dispercettivi (allucinazioni uditive, visive, cenestesiche, ecc.) e del pensiero (deliri di tipo paranoico, di onnipotenza, ecc.) favorendo eventuali comportamenti aggressivi e violenti. L'azione degli psicostimolanti poggia sul sistema dopaminergico: esiste, infatti, una proporzionalità diretta tra attività della dopamina ed aggressività.

Il consumo di oppiacei e cannabis, benché nell'immediato tenda a ridurre l'aggressività inducendo un senso di rilassatezza e atarassia, è comunque alla base di episodi di violenza, sia per l'irritabilità associata alla sindrome da astinenza, sia per le alterazioni del pensiero e della senso-percezione che derivano da un uso cronico di tali sostanze, soprattutto della cannabis.

Nell'ambito delle dipendenze comportamentali sono stati individuati degli aspetti comuni a tutte le dipendenze: perdita del controllo sull'esperienza, fenomeni di assuefazione, tendenza ad aumentare progressivamente il tempo di utilizzo ed esposizione, bisogno irrefrenabile di ripetere l'esperienza, intenso disagio (che richiama i sintomi astinenziali) nel caso di impossibilità di ripetere l'esperienza. Tutto questo comporta un danno a carico della vita sociale, lavorativa e relazionale del soggetto dipendente, ma ciò non è sufficiente ad indurre tale soggetto a cessare o diminuire la condotta *"addictive"*. Nell'ambito di questo tipo di dipendenze l'associazione più stretta con l'agire violento è in ambito intrafamiliare (domestica e di coppia), con una quota rilevante di autodistruttività. Sia nei casi della dipendenza dal solo alcolismo, come anche per le dipendenze da sostanze, il legame con la violenza non è di tipo causale diretto, ma nell'aumento del rischio, che è verificabile su una base di marcata impulsività e, dunque, di rabbia e aggressività esacerbate.

Nei cosiddetti *"gamblers"*, invece, sono risultate più frequenti le forme di abuso psicologico piuttosto che fisico (critiche violente, minacce, irragionevoli limitazioni della libertà del partner che esitano nella costituzione del cosiddetto *"tangled family system"*); ciò oltre a quei comportamenti di controllo economico estremo onde limitare e prevenire che gli altri membri del nucleo familiare abbiano accesso ai fondi comuni, comportamenti di occultamento di gravose perdite per mantenere la condotta *"addictive"*, in ciò contraendo e celando debiti, vendite di oggetti di valore e/o anche eventualmente di valore affettivo.

L'Internet *"Addiction"*, soprattutto tra gli adolescenti, correla positivamente l'aumento del rischio di atti violenti, sebbene l'utilizzo di Internet possa ridurre, nell'immediato, gli stati d'angoscia, fornendo un *"reward"* subitaneo e garantendo la possibilità di impegnarsi in diverse attività. Quattro elementi sembrano particolarmente importanti da valutare in quest'associazione: l'uso eccessivo al punto da indurre la perdita del senso del tempo, o l'abbandono delle attività di base; l'insorgenza o meno di una sintomatologia astinenziale con sintomi quali tensione, rabbia, depressione ed ansia quando Internet non risulta accessibile; presenza di ossessioni, correlate per esempio alla costante necessità di aggiornare i software e la componentistica; il bisogno incoercibile di aumentare le ore di utilizzo di tale Programma; inoltre è da evidenziarsi l'evenienza di altre conseguenze sociali negative in questi soggetti, quali la tendenza a discussioni litigiose, ad essere bugiardi, il conseguimento di mediocri risultati in ambiti applicativi, l'isolamento sociale e la fatica. E' stata anche comprovata una comorbosità tra dipendenze chimiche e dipendenze comportamentali, essendo sinergico l'effetto dell'associazione che si verifica rispetto all'aumento del rischio di un agire violento.

Per quanto concerne l'ambito dell'aggressività autodiretta, si è sperimentato nella maggior parte delle autopsie psicologiche, che più dell'80% dei soggetti che ha commesso suicidio, ha fatto esperienza di disturbi affettivi e di dipendenza. Assumerebbe inoltre un ruolo centrale, ancora il fattore dell'impulsività, sia nell'aumento del tasso di suicidi tentati e commessi, che per quanto concerne l'autolesionismo.

La Rivista *"The American Journal on Addiction"* riporta l'osservazione di diversi fattori di rischio predisponenti e scatenanti l'intento autodistruttivo: si evidenziano tra questi, la perdita dell'autostima, il deterioramento della relazione coniugale ed interpersonale, la perdita del network di supporto sociale con il conseguente isolamento, gli stressor professionali e finanziari, oltre all'evidente uso recente ed eccessivo di sostanze, o la recente intossicazione da sostanze, una storia di precedenti tentativi di suicidio, o di abusi

sessuali. Inoltre, e ancora recentemente, è stato importante valutare la presenza di tratti di personalità e comorbosità con altri disturbi mentali quali la “Depressione Maggiore”, il “Disturbo Borderline” di Personalità, il “Disturbo da Stress Post-traumatico”.

Per quanto concerne la dipendenza da alcol il rischio “lifetime” di suicidio in questi soggetti fu stimato intorno al 7% (già prima della fine dello scorso secolo. Dal 2,2% al 3,4% dei soggetti dipendenti da alcol commette suicidio, facilitati in ciò dalla disinibizione, dall’obnubilamento del giudizio, dai sentimenti di tristezza ed irritabilità indotti, in cronico, dall’esperienza “addictive”. Un’ammissione su cinque dei casi di tentato suicidio presso le unità di cura intensiva in alcuni ospedali cittadini risulta oggi correlata all’alcol. L’intossicazione acuta è, poi, un contributo importante al comportamento suicidario, determinandone un aumento del tasso, così come pure avviene per i suicidi portati a termine. L’alcol, dunque, può essere considerato, sia un fattore predisponente a causa del suo effetto depressogeno, sia un fattore precipitante per l’aumento dell’impulsività negli stati di intossicazione.

Per quanto concerne la gestione e il trattamento di questi pazienti bisogna innanzitutto considerare l’importanza della valutazione del rischio. È necessario, quindi, mettere in atto strategie di intervento con possibilità di ricovero qualora il rischio di violenza non sia controllabile con il trattamento farmacologico ambulatoriale.

Per i soggetti dipendenti da sostanze psicoattive o intossicati acutamente, va sempre valutata e considerata la possibilità di ricovero, il quale dovrebbe avvenire in reparti di medicina, o specialistici di altro tipo, in quanto le complicatezze di tipo medico possono, in taluni casi, risultare prioritarie.

La gestione dei comportamenti violenti si basa su diversi momenti e atti terapeutici: esiste infatti, in prima istanza, la possibilità di operare un contenimento verbale, nonché di mettere in atto un intervento medico-farmacologico e, qualora questo non bastasse, di adottare misure di contenzione fisica. Risulta sempre da evitare la pratica dell’isolamento, attuata purtroppo tutt’oggi in alcuni Paesi.

REFERENCES

- [Brewer JA](#) and [Potenza MN](#). The neurobiology and genetics of impulse control disorders: relationships to drug [addictions](#). *Biochem Pharmacol*. 2008 Jan 1;75(1):63-75.
- [Bushman B J](#), [Giancola P R](#), et al. Failure to Consider Future Consequences Increases the Effects of Alcohol on Aggression. *J Exp Soc Psychol*. 2012 Mar 1; 48(2): 591–595
- Coccato E.F., McCloskey M.S., et al. Amygdala and orbitofrontal reactivity to social threats in individuals with impulsive aggression. *Biological Psychiatry*, 2007 (62), 168-178.
- Dazzi S. & Madeddu F.. Devianza e antisocialità., Raff. Cortina Ed., Milano,2009
- Dell’Osso B., et al. Epidemiologic and clinical updates on impulse control disorders: a critical review. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2006 Dec; 256(8):464-75
 - [Giancola P R](#), [Josephs R A](#), et al., Applying the Attention-Allocation Model to the Explanation of Alcohol-Related Aggression: Implications for Prevention. *Subst Use Misuse*. 2009; 44(9-10): 1263–1279.
 - [Ho R C](#), [Melvyn Zhang WB](#), et al. The association between internet addiction and psychiatric comorbidity: a meta-analysis, *BMC Psychiatry*. 2014; 14: 183.
 - [Miller C A](#), M.A. and [Parrott D J](#), Ph.D. Agreeableness and Alcohol-Related Aggression: The Mediating Effect of Trait Aggressivity. *Exp Clin Psychopharmacol*. 2009 Dec; 17(6): 445–455.

- [Robinson](#) T E and [Berridge](#) K C. The incentive sensitization theory of addiction: some current issues [Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.](#) 2008 Oct 12; 363(1507): 3137–3146.
- [Williams WA](#) and [Potenza MN](#). The neurobiology of impulse control disorders., [Rev Bras Psiquiatr](#) 2008 May 30(Suppl I): S24-30