

Lo shopping compulsivo... tra i “nuovi sintomi”

ROBERTO PANI¹, ROBERTA BIOLCATI²

Lo *shopping compulsivo* è oggetto di crescente interesse nella letteratura psichiatrica. Ci riferiamo ad un disturbo caratterizzato da un incontrollabile bisogno, da una tensione crescente che può essere ridotta trascorrendo molto tempo in negozi e grandi magazzini ed anche comprando spesso e/o notevoli quantità di merce.

Quasi cento anni fa Kraepelin, (1915) parlava di “oniomania”, con cui, già da allora intendeva l’equivalente di un impulso patologico consistente nella mania di comprare: per questo. Bleuler lo elencò tra gli “impulsi reattivi” (1924). Il *dis-controllo* degli impulsi (DCI-NCA, DSM-IV-TR, 2001), fenomeno ritenuto abbastanza raro sino a qualche anno fa, ha assunto con le modificazioni sociali, culturali ed economiche la rilevanza di un fenomeno in forte diffusione. Sempre più prepotentemente, altre patologie più note come il disturbo esplosivo intermittente, la cleptomania e la piromania, si stanno affiancando, ad altre considerate tradizionalmente meno patologiche come il gioco d’azzardo compulsivo, l’atletismo compulsivo, la dipendenza da internet e lo *shopping compulsivo*.

Il fenomeno del *dis-controllo* s’innescava su tensione ed *arousal*, traducendosi in atto con annessa incapacità di rimandare la gratificazione o inibire gli impulsi, determinando modificazioni affettive o demoralizzazione, fino ad arrivare ad una dipendenza da gratificazioni (in un atteggiamento di *sensations-seeking*) e mantenendosi grazie al rinforzo dell’azione stessa. Clinicamente, lo shopping, nella sua forma compulsiva, è presente in molti assetti comportamentali di quadri clinici patologici.

¹ Membro della Soc. It. Psicoterapia Psicoanalitica, (SIPP), membro con Funzione di Training e docente Coirag, (“Conf. It. Org. Analitica sui Gruppi”, per lo Psicodramma Analitico). Professore di “Psicologia Clinica” Un. Bologna

² Staff di Ricerca, Dipt. Psicologia Un. Bologna, “Membro Aderente” della SIPSA-Coirag, (“Soc. It. di Psicodramma Analitico”)

Cercheremo di porre l'attenzione sul fatto che un'abitudine diffusa, quotidiana, ben lontana dall'apparire sintomo clinico d'allarme, proprio perché accettabile socialmente, possa essere l'emergente di una sofferenza psichica a volte severa.

Un esame attento della letteratura relativa al comportamento del consumatore nelle sue condotte anomale o devianti, ci ha permesso di comprendere che vi sono diversi atteggiamenti consumistici ai quali potrebbe essere attribuita la definizione di compulsivo. Gli autori ai quali ci riferiamo, tuttavia, non si sono occupati della differenziazione tra le varie forme di consumo compulsivo, utilizzando i termini *compulsive shopping*, *compulsive collecting* (collezionismo compulsivo), *compulsive buying* (il comprare compulsivo) e *compulsive spending* (l'atto compulsivo di spendere denaro) come sinonimi.

Verso la metà degli anni Ottanta, i ricercatori nell'ambito del comportamento di consumo hanno cominciato ad esplorare diverse manifestazioni di comportamento impulsivo e compulsivo, mettendo in evidenza questa specifica forma di comportamento compulsivo di consumo.

In un'indagine ricca e particolareggiata del 1989, O'Guinn e Faber hanno considerato lo shopping compulsivo come facente parte di una categoria più ampia di comportamenti compulsivi legati al consumo, comprendente l'alcolismo, l'abuso di droghe, i disordini alimentari e il gioco d'azzardo compulsivo. In tale ottica esso può definirsi come "un cronico, ripetitivo acquistare che si verifica come risposta ad eventi o sentimenti dolorosi"; alleviare la tensione è la prima motivazione che spinge ad impegnarsi in tale attività; le ricompense derivanti dagli acquisti sono però di breve durata, mentre le conseguenze si riscontrano a lungo termine. Una volta che il comportamento ha preso piede, l'individuo potrebbe avere grandi difficoltà a controllarlo, pur riconoscendone gli effetti dannosi.

Lo shopping compulsivo può essere visto come una "abitudine patologica" (Scherhorn, 1990), un tentativo di compensare una "distorsione dell'autonomia" derivante da esperienze infantili (Shapiro, 1981). Da un punto di vista psicodinamico, lo shopping compulsivo è stato definito da (Krueger, 1988) come un disturbo patologico negli impulsi con precursori di sviluppo comuni al narcisismo; un bisogno incontrollabile di comprare beni di consumo non perché utili di per sé, ma perché sollecitati da un desiderio frenetico ed irresistibile. La perdita di controllo, derivante

dalla spinta a comprare più di quanto sia necessario o ci si possa permettere, è seguita da depressione, disillusione, vergogna e senso di colpa. Lo shopping compulsivo può svolgere anche la funzione di tentativo di regolare gli affetti, come rimedio contro il senso di vuoto e la depressione.

La compulsione è un comportamento dovuto a coercizione psichica, un atto rituale che spinge senza controllo a compiere e ripetere l'idea ossessionante che si è infiltrata nella mente. L'oggetto del nostro desiderio di possesso ci ricorda i giocattoli che da bambini hanno lo scopo di farci smettere di piangere. Come accade nei riti propiziatori, si cerca il piacere per proteggersi dalla paura.

Le azioni compulsive molto spesso non sono indotte dal bisogno di ripetere attraverso l'azione ciò che l'individuo non ha potuto elaborare in passato, ma dall'impellente bisogno di *annullare* ciò per cui si sente in colpa, da qui il ricorso a meccanismi di difesa quali *l'annullamento l'isolamento, la formazione reattiva*.

Un aspetto rilevante delle attività mentali ossessive mira ad operare divisioni tra due elementi psichici tramite il meccanismo dell'isolamento, con cui si separa il contenuto ideativo dal corrispondente investimento emotivo cancellando psichicamente quest'ultimo. La formazione reattiva è anche modalità difensiva estremamente presente in pazienti che soffrono di shopping compulsivo: si tratta di una forma costrittiva e rigida di spostamento dove l'interesse positivo o negativo per un oggetto si trasforma nel suo contrario (desiderio erotico che diviene disgusto per i genitali). Ma ciò che è più evidente in questi pazienti è il meccanismo di annullamento che si può manifestare sia a livello di esecuzione, con atti intrapresi e subito vanificati (compro e butto nell'immondizia), sia a livello cognitivo, con una continua oscillazione tra progetti alternativi e con la revoca di decisioni già prese.

Lo shopping compulsivo è considerato un bisogno intrapsichico di nutrimento da parte del mondo esterno (Lawrence, 1990) che si cerca di colmare attraverso l'acquisto di beni, eccessivo e pervasivo. In studi più recenti, Christenson *et al.* (1994) sono arrivati a definirlo in termini di

una sindrome clinica chiaramente definibile che può determinare effetti dannosi significativi dal punto di vista psicosociale e che mostra tratti sia di Disturbi Ossessivo-Compulsivi sia di Disturbi del Controllo degli Impulsi.

L'esistenza di una forma disfunzionale di comportamento di shopping è stata documentata da studi compiuti negli Stati Uniti (O'Guinn e Faber, 1989), in Canada (Valence, d'Astous e Fortier, 1988), in Germania (Scherhorn, Reisch e Raab, 1990) e in Inghilterra (Glatt e Cook, 1987; Christenson *et al.*, 1994; McElroy *et al.*, 1994).

Ha cominciato ad emergere un'immagine vivida di consumatori che comprano per motivi non propriamente legati al possesso di beni in sé e che, secondo uno schema cronico e persistente, ripetono il comportamento nonostante le conseguenze negative ad esso associate. Questo comportamento è stato definito "*compulsive shopping*" (Winestine, 1985); "*compulsive consumption*" (Faber, O'Guinn e Krych, 1987); "*compulsive buying*" (O'Guinn e Faber, 1989; McElroy, 1994; Christenson *et al.*, 1994); "*addictive buying*" (Elliott, 1994; Scherhorn, Reisch e Raab, 1990). Nonostante tutte queste denominazioni differenti, tale comportamento è ritenuto unanimemente controllato da un irresistibile impulso a comprare che, seppur riconosciuto deleterio da chi lo mette in atto, viene ripetuto fino a che determina effetti dannosi per l'individuo e le persone a lui legate. Il comportamento è mantenuto, quindi, nonostante gravi conseguenze personali e innumerevoli tentativi fallimentari di controllarlo e porvi fine.

King (1981) lo definisce una "abitudine patologica", una "addiction" che come tale è caratterizzata da: desiderio ossessivo o compulsione a consumare, dipendenza personale dall'attività con conseguente perdita di controllo sul comportamento e da una tendenza ad aumentare il consumo di un certo prodotto. Si tratta di sintomi prodromici comuni ad altre forme di dipendenza quali la tossicomania, l'alcolismo e la bulimia. Associati a tali sintomi ve ne sono altri, più specifici, quali la negazione, almeno iniziale, del comportamento, fallimenti ripetuti nel controllare e modificare l'attività, considerevoli conseguenze emotive quando l'azione non è attuabile.

I beni di consumo quando vengono acquistati non sono usualmente necessari, sebbene spesso rappresentino delle vere occasioni commerciali³, ma nemmeno vengono scelti proprio per un intrinseco bisogno dell'oggetto in se stesso; piuttosto lo shopping compulsivo rappresenta,

³ negli Stati Uniti molti articoli acquistati, (salvo eccezioni), possono essere restituiti al negoziante con rimborso purché l'acquisto non superi tre mesi dalla data di vendita: ciò incoraggia il compratore all'acquisto senza tante indecisioni.

primariamente, un tentativo di regolare gli affetti, pertanto come manifestazione sintomatica di un conflitto interiore o di una problematica esistenziale (Krueger, 1988). Emerge con chiarezza, così, il significato emotivo e simbolico del *prendere possesso di cose*.

L'individuo che entra nella "coazione a ripetere" può non vedere, inizialmente, il comportamento come un problema ma, principalmente, come un sollievo immediato da ansia e stress emotivo e come fonte di gratificazione personale (Marlatt, 1988). Proprio quest'apparente ricompensa iniziale rinforza il comportamento, determinando, poi, processi compulsivi e ripetitivi. Non appena il comportamento diviene più frequente, sentimenti di grandiosità possono aiutare l'individuo ad immaginarsi immune dagli effetti negativi dell'attività compulsiva (O'Guinn e Faber, 1989); questa negazione talvolta prende piede anche di fronte all'evidenza della potenziale pericolosità del comportamento. Il soggetto può cominciare a vederlo come una fastidiosa perdita di controllo che crea ulteriore ansia e frustrazione, (realizzando, così, ad un circolo vizioso), ma il comportamento continua, contrastando tentativi di fermarlo o diminuirlo (Marlatt, 1988).

Un esempio: Rita, 34 anni, in trattamento psicoanalitico da tre, soffriva di disturbi depressivi, connessi ad episodici ma severi momenti d'estraneità: pur avendo la sicurezza della propria identità da un punto di vista cognitivo, le sembrava di non percepire se stessa. In quei momenti, Rita era costretta ad evitare lo specchio per non vedersi difforme dall'immagine attraverso la quale solitamente si riconosceva. Queste sensazioni e percezioni deformate la invadevano con sempre maggiore frequenza. I sintomi si erano manifestati con una certa evidenza alla morte del padre, tre anni prima dell'inizio della psicoterapia psicoanalitica.

Racconta in seduta il seguente sogno:

Mi trovavo in un grande centro commerciale che anziché essere composto dai vari negozi che solitamente si vedono in questi posti, ospitava una gran quantità di centri di vendita di scarpe femminili... (non le avevo mai detto che in realtà, le scarpe sono sempre state la mia passione... –confessa la paziente)– e improvvisamente sono presa da un intenso bisogno di acquistarle tutte o per lo meno di farne grande provvista... ero molto ansiosa ed ansimavo prima di provarmele, mi sembrava un'occasione da non perde-

re... purtroppo non riuscivo a recuperarne un paio che fosse della mia stessa misura... allora mi ostinavo sempre di più e c'era un signore... forse un commesso che mi guardava e però non sapeva o non poteva aiutarmi... stava impalato davanti a me... io insistevo nel provarmi scarpe ma sempre con insuccesso... venne anche una donna anziana che però si avvicina a me e cerca di aiutarmi... era dolce non riusciva però a trovare alcuna scarpa adatta a me... mi sembrava a quel punto di impazzire...l'angoscia saliva ed io mi sono svegliata.

Dopo un lungo silenzio, le si chiede cosa le ricordasse l'uomo: lei parla di uno zio, forse il fratello di suo padre che era molto generoso con lei, ma era strano che in quel sogno non risultasse altrettanto; sembrava comportarsi invece come suo padre, freddo ed incapace di esserle vicino, che ora era anche scomparso.

Giovanna era vissuta con la nonna materna dopo che, ancora piccolissima, i genitori si erano separati. La madre era narrata come una sorella maggiore piena di problemi ed incapace di bastare a se stessa.

Nel sogno le scarpe rappresentavano il contenimento che le era mancato e l'anziana signora forse quella nonna che aveva funzionato da supporto minimale nella sua vita affettiva.

Dice lo psicoanalista: "Lei teme di non trovare nemmeno qui le scarpe che avvolgano il suo piedino bambino e di avere a che fare con un uomo, come nel sogno, che è incapace di comunicare il suo affetto per lei..."

La paziente aveva confessato di aver l'abitudine compulsiva di prendere letteralmente d'assalto non solo negozi di scarpe (ne aveva collezionate alcune centinaia, negli anni), ma anche di abiti.

Lo shopping compulsivo può pertanto essere descritto come una *perdita cronica del controllo degli impulsi* che evolve in un *pattern* ripetitivo determinante conseguenze, talvolta, catastrofiche. Si tratta di qualcosa che va ben oltre il semplice impulso a comprare, determinato da un'acuta ed episodica perdita di controllo, con conseguente acquisto non pianificato; le conseguenze negative sono di gran lunga più gravi.

I casi di shopping compulsivo, in passato piuttosto rari ed usati per chiarire comportamenti nevrotici, negli ultimi dieci anni, divengono soggetto di contributi scientifici (Glatt e Cook, 1987; Krueger, 1988; Winestine, 1985). Titoli come *la bisboccia degli acquisti, la mania di com-*

prare o *gli shopaholics comprano il loro modo di rovinarsi*, divengono comuni, prima in America, poi anche in Europa, su giornali e riviste.

Alcuni studi suggeriscono che la prevalenza del disturbo nella popolazione generale sia dell'1,1% (Lejoyeux et al., 1996), ma recentemente si stima che la percentuale di persone afflitte da questo tipo di sofferenza vari dal 2 all'8% tra la popolazione adulta degli Stati Uniti, con un rapporto donne-uomini di nove a uno (Black, 2001).

Sicuramente trattasi di un disturbo "al femminile", anche se, per lo meno negli Stati Uniti dove l'uso di internet ha una più lunga tradizione, sembra che gli uomini comprino due volte di più delle donne in rete.

Lo shopping compulsivo sembra rispondere perfettamente alle esigenze di molte donne; a causa del loro specifico ruolo sociale, esse tendono a sviluppare strategie di *coping* più passive ed emotive per affrontare stress e conflitti, rispetto agli uomini (ai quali, per esempio, più si confanno reazioni eccessive di collera come sfogo personale). Le donne hanno appreso a risolvere i loro problemi in modi socialmente desiderabili e lo shopping è incoraggiato dalla società odierna. Fare shopping è socialmente accettabile e anche desiderabile; la famiglia è spesso orgogliosa dei suoi membri che comprano con successo, inoltre, tale attività, seppur compulsiva, non cambia visibilmente la personalità dell'individuo, alla stregua di molte droghe, ma può rimanere celata fino a che non determina conseguenze negative gravi e manifeste. Lo shopping, inoltre, "deve essere fatto"; diviene un ruolo squisitamente femminile ed è più facilmente giustificabile (Fischer e Arnold, 1990). L'età media stimata di insorgenza è di 17.5 anni ($\pm 6,0$) (Christenson, Faber et al., 1994), ma la presa di coscienza del problema, generalmente, sopraggiunge ad età più tarda, circa un decennio dopo. La comprensione della gravità del disagio si verifica secondariamente, a causa dei debiti intercorsi, della incapacità a pagarli, a seguito del *feedback* delle conoscenze, per l'impossibilità di fronteggiare problemi legali, criminali, senso di colpa o per molte altre ragioni, come l'eccessiva quantità di tempo utilizzata per lo shopping o, semplicemente, l'incapacità materiale di indossare tutto ciò che si è comprato.

Molti pazienti hanno descritto il decorso della loro malattia come cronico; i sintomi sono persistenti dal loro esordio, spesso presenti in diversi gradi di intensità e senza periodi di remissione; altri individui

riportano il loro shopping come episodico, con periodi asintomatici della durata di mesi o addirittura anni (McElroy *et al.*, 1994).

Gli episodi di shopping compulsivo hanno una frequenza media di 17 (± 13) episodi mensili ed una durata che oscilla dall'ora alle sette ore ad episodio. Casi estremi sostengono di avvertire l'impulso a comprare ogni ora (sebbene ciò sia infrequente).

In media, 7.8 ($\pm 14,1$) ore la settimana sono pervase da questo impulso a comprare.

I tentativi di opporsi a tale comportamento compulsivo irrefrenabile vengono descritti spesso come fallimentari; circa il 74% delle volte in cui i soggetti sperimentano l'impulso a comprare, esso ha come conseguenza un acquisto.

Dai due studi compiuti indaganti la fenomenologia della sindrome compulsiva è emersa una descrizione del "tipico" "compulsive shopper": donna di circa 36 anni, ben educata, che diviene consapevole di un disturbo generalmente inserito nel decennio precedente che è divenuto cronico o talvolta episodico, seppur ricorrente.

I generi maggiormente comprati sono rappresentati da vestiti, scarpe, gioielli, oggetti per il make-up, articoli per la casa e libri per quanto riguarda le donne; gli uomini acquistano, principalmente, oggetti per la loro auto, attrezzatura sportiva, articoli più costosi che ostentino il loro prestigio.

I prodotti più soggetti allo shopping compulsivo sembrano essere, quindi, principalmente legati all'apparenza fisica, all'attrattività e all'immagine esteriore (McElroy *et al.*, 1994).

Una grossa percentuale di articoli acquistati durante gli episodi di shopping viene usata solo in minima parte; alcuni acquisti vengono nascosti nell'armadio, altri rimangono chiusi in pacchetti che non verranno mai aperti, altri ancora regalati o accumulati inutilmente, se non gettati poiché superflui; si tratta spesso di articoli già posseduti o comprati seppur non incontrino il proprio gusto o non siano adatti. Ci sono, poi, individui che tendono a comprare esclusivamente secondo altri parametri: poiché si tratta di un "affare vantaggioso" o di "un prodotto in liquidazione" che si rischia di non trovare più; altri che comprano soltanto nelle *boutique* più prestigiose della città e altri ancora che comprano nei grandi magazzini, fino ad arrivare a persone che si indebitano

acquistando da cataloghi o da programmi televisivi.

Abbiamo notato come confrontando lo “stile di acquisto” di compratori compulsivi e non (in un campione di pazienti affetti da depressione), che i compulsive shoppers non sono più sensibili ai fattori promozionali, non cercano saldi ed offerte più degli altri, non hanno difficoltà maggiori nello scegliere cosa acquistare, ma sono più spesso soli nell’attività, comprano regali per sé o per gli altri e nel fare ciò appare importante la rappresentazione mentale del loro stato sociale. Per loro si tratta di “occasioni da non perdere”, indipendentemente dal fatto che vi siano saldi o meno.

“Con questo acquisto posso far sembrare diverse le mie gambe o il soggiorno di casa, posso fare in modo che gli altri mi vedano diversa”, è la modalità di pensiero ricorrente. La preoccupazione più grande risulta poi come nascondere il bottino (nascondere, camuffare, divenire evasivi, liberarsi dal senso di colpa). Con il riconoscimento razionale che ciò che si compra non serve ma non se ne può fare a meno arriva la razionalizzazione forzata per giustificare le spese di fronte a chi si rende conto che qualcosa non va e il rinforzo dell’annullamento retroattivo come meccanismo di difesa elettivo (comprare per annullare l’azione di aver comprato troppo poco prima).

L’impulso a comprare è spesso accompagnato da intensi e contraddittori stati emotivi.

Nell’esperienza emotiva dello shopping sono presenti diversi elementi edonici quali “eccitazione”, “soddisfazione”, “felicità”; molti autori sostengono che solo lo shopping possa farli sentire “meglio”; in contrasto con questi tratti generalmente piacevoli che accompagnano l’attività del comprare, ve ne sono altri più spiacevoli e distruttivi. Certi individui sostengono di sentirsi “strani”, talvolta “disperati”; altri “inquieti” e “nerвовi”, altri ancora vivono profondi sensi di colpa per la mancanza di autocontrollo sul comportamento e si sentono soli ed inadeguati.

Gerard Scherhorn descrive l’esperienza “addictive” non come piacevole nella normale accezione del termine (il fumatore incallito trae piacere solo dal primo tiro della prima sigaretta); secondo l’autore la vera motivazione che spinge tale comportamento riguarda il tentativo di evitare altri sentimenti e stimoli disturbanti.

Scherhorn ben sintetizza i forti sentimenti che accompagnano l’atto

dell'acquisto: gli individui "addicted" si sentono ricompensati dalle spese, ciò conferma le loro fantasie di *grandiosità* (con cui compensano la depressione), si sentono eccitati, sognano di appartenere a gruppi esclusivi, di essere ricchi, belli, affascinanti; si ritrovano a poter scegliere (combattendo il senso di *inadeguatezza* che pervade la loro vita) e ad avere voce in capitolo, ad agire come vogliono ed a dimenticare le ristrettezze della loro esistenza; in altre parole, comprare dà loro un senso di sicurezza personale. Come per tutte le persone *addicted*, l'abitudine protratta, la dipendenza patologica o la dipendenza da sostanze stupefacenti e alcol possono segnare masochisticamente per l'individuo un *sentiero costellato da abitudini patologiche* (fumo, bottiglie, siringhe, cibo, shopping, persone da cui si dipende, situazioni trasgressive e perverse). Tale percorso, in mancanza d'altre alternative, finisce per garantire certezze proprio nella ripetitività della dipendenza, cioè nel circolo vizioso che, per quanto sconveniente, doloroso e a dir poco disagiata, sembra preferibile piuttosto che muoversi nel terreno psicologico del vuoto e dell'incerto.

Come alcune droghe, il comprare funziona da stimolante che fronteggia la noia del vivere; si tratta di una *droga universale*. Tutti gli autori concordano nel ritenere che, una volta conclusa l'attività, sono i sentimenti negativi ad avere la meglio e la depressione e il senso di colpa, misto a vergogna, emergono violentemente a sconvolgere nuovamente la vita di questi individui, anche quando gli armadi sono pieni, il vuoto metaforicamente rimane.

La *fantasia* e l'*immaginazione* pare siano fattori importanti nel rinforzare comportamenti compulsivi poiché permettono, all'individuo che li mette in atto, di anticipare conseguenze positive della propria attività.

La fantasia permette ai "compulsive shoppers" di evitare il vero problema, di rifuggire sentimenti dolorosi attraverso fantasie di successi personali e di approvazione sociale. Una vivida immaginazione può permettere di evadere dalla realtà durante il comportamento e di tenere separate, più facilmente, l'attività dalle sue conseguenze negative. Questo potrebbe spiegare ciò che Salzman (1981) chiama *grandiosità*, cioè la sensazione di essere immune da eventuali conseguenze.

La scarsa valutazione di sé potrebbe essere un fattore molto importante nell'eziologia del disturbo, ma non è detto che non possa anche rappresentare un effetto della mancanza di controllo e della situazione problema-

tica, risultanti dal comportamento compulsivo. I dati ottenuti da interviste con “compulsive shoppers” (Elliott, 1994) suggeriscono che molti soggetti tendono a collegare il loro comportamento a sentimenti di inadeguatezza (es.: “Ho sempre avuto poca fiducia in me stessa e compro cose per migliorare la mia immagine”), ma altri ascrivono la loro perdita di autostima alle conseguenze sociali e finanziarie cui lo shopping li ha condotti (es.: “Stavo rischiando di perdere tutto per cose che non volevo, mi sento orribile, così in colpa...”). Comunque è anche possibile che i consumatori compulsivi sperimentino alla base un senso di povertà, poca *fiducia di base* e di conseguenza, anche una scarsa autostima. Tali vissuti, come in un circolo vizioso, potrebbero essere rinforzati in seguito dalle conseguenze negative del loro comportamento.

In letteratura, si contempla che individui che soffrono di questo disturbo soffrono anche di disturbi dell’umore dal 50 al 100% dei casi studiati (Lejoyeux, 1997), presentano più spesso depressione, altri disturbi del controllo degli impulsi (cleptomania, bulimia), abuso di farmaci (benzodiazepine) o disturbi da dipendenza. Studiando un campione di 896 adolescenti, si è rivelato che i compratori compulsivi sono significativamente più propensi ad avere una storia di uso di sostanze o dipendenza (Roberts and Tanner, 2002).

In altri casi indagati (Bayle et al., 1996), si sono rilevate alcune caratteristiche comuni: disturbi dell’umore ricorrenti, depressione precedente lo stato di *addiction*; i sintomi depressivi sembrano variare in modo inversamente proporzionale alla gravità dell’*addiction*.

Winestine (1985) che, per primo, ha fornito in chiave psicoanalitica il resoconto di una paziente affetta da shopping compulsivo, pone l’attenzione sulla rilevanza che possono avere esperienze infantili di seduzione (o abuso) come fattori scatenanti un sintomo adulto quale questo.

La paziente di cui l’autore si è occupato riviveva nell’esperienza attuale ricordi mai elaborati della propria infanzia; la situazione problematica, creata col proprio comportamento, sembrava significare un tentativo inconscio di rivivere i sentimenti d’inadeguatezza, d’umiliazione e d’inutilità che aveva sperimentato nel passato. Secondo l’autore, l’esperienza d’abuso sessuale ha continuato ad avere un ruolo rilevante nell’influenzare il comportamento adulto; gli sprechi, nelle *boutique* più prestigiose (il sintomo manifesto), rappresentavano uno sforzo inconsapevole di ricerca-

re sollievo dai propri conflitti, dalla solitudine e dalla rabbia inespressa.

La totale mancanza di responsabilità sulle proprie azioni viene spiegata da Winestine come dovuta ad una “lacuna nello sviluppo del Super-io” che era necessario colmare.

L’esperienza disturbante, seppure ancora presente nel mondo interno, attraverso la compulsività è privata del suo affetto, diviene inconsapevole ed il soggetto sembra riavere il controllo della situazione. “L’acquisto è sintomaticamente il simbolo del fatto di dover dare pienezza ad uno spazio che altrimenti rimarrebbe vuoto dentro l’individuo (ibidem)”; ciò che è comprato procura soddisfazione solo transitoria, ma incoraggia il principio del piacere e rafforza la compulsione a comprare ancora. Freud (1928) scrive: “Noi siamo fatti in modo da poter trarre piacere solo da un conflitto e molto poco dallo stato delle cose”.

Il desiderio compulsivo di comprare oggetti può rispondere a richieste di prove d’amore, ad “un bisogno intrapsichico di nutrimento da parte del mondo esterno”, soprattutto da parte dei genitori.

Lawrence (1990), nella sua teorizzazione, si è occupato della dialettica inconscia alla base dello shopping compulsivo esclusivamente “al femminile”; egli vede nel bisogno del contatto col padre il fattore causale preponderante; gli oggetti comprati sono visti come sostituto delle carezze paterne; “il vestito può essere vissuto come un’estensione della pelle, le scarpe un’estensione dei piedi, i gioielli della bellezza personale”. Gli acquisti rappresentano una testimonianza dell’esistenza fisica, danno significato a chi crede di non averne, rappresentano un’estensione del Sé dando un senso di *continuità*. Soprattutto, attenuano la sensazione di perdita dell’oggetto, l’affetto e l’intimità col padre, attraverso l’oggetto guadagnato. Per di più, i vestiti ed i gioielli sono inanimati e, pertanto, non possono mai respingere né deludere (al contrario dell’amore genitoriale).

Secondo l’interpretazione di Lawrence, “il continuo acquisto di oggetti può essere visto come un modo di riparare ad un desiderio infantile represso, per soddisfarlo in modo socialmente accettabile”.

Lo shopping compulsivo può avere origine nell’esperienza femminile della precoce comprensione della *castrazione*; il residuo della *libido* non scaricata, bloccato dall’ansia di castrazione femminile, viene trasferito sugli oggetti acquistati per una gratificazione narcisistica.

Il nodo problematico alla base dello shopping compulsivo è visto, da

Lawrence, come derivante dall'angoscia di castrazione: la bambina, consapevole della propria "mancanza", si avvicina alla madre, che però deve cedere a causa della mancanza dell'organo; fatica per tutta la vita, seppur s'identifichi con essa, a superare i sentimenti negativi dovuti alla separazione. Da qui, alcune bambine cercheranno di sostituire l'organo "perduto" internamente, identificandosi col padre; tale identificazione sarebbe possibile grazie all'acquisto di oggetti che altro non sono se non simboli fallici che rimandano al padre.

Krueger (1988) ha compiuto un'indagine psicodinamica su diversi casi clinici che evidenziavano sintomi di shopping compulsivo. Anch'egli è giunto alla conclusione che, poiché si sviluppi questo tipo di disturbo, è necessario sia presente un "sottostante arresto nello sviluppo che ha le sue radici nelle fasi più precoci dello sviluppo stesso". L'acquisto compulsivo di vestiti, per esempio, generalmente segue qualche ferita narcisistica, specialmente la rottura di un legame emotivo con una persona significativa. Questa esperienza di separazione conduce a sperimentare sentimenti di mancanza di continuità e induce ad una ricerca senza fine di cose, per sentire pienezza interna e non più vuoto. Le persone che hanno vissuto ciò sono alla perenne ricerca di un compagno ideale, di possedimenti impressionanti, nel tentativo di formarsi una "pseudo-identità" (ibidem). Generalmente si tratta di persone la cui stima di sé (fragile) e il cui senso di valore personale dipendono dalla risposta degli altri. Da qui l'importanza di apparire attraenti e desiderabili, nella speranza di soddisfare questo bisogno di affermazione.

I vestiti possono rappresentare un modo concreto di sentirsi sostenuti, di avere un contatto vero, di darsi dei confini: una sorta di *nutrimento simbolico*.

Nello shopping compulsivo, per Krueger, c'è anche una componente di *aggressività* che si può individuare nel "costringere" i genitori o il partner a provvedere al denaro necessario per l'attività, a prendersi la responsabilità delle conseguenze, quasi per compensare il supporto emotivo che queste persone hanno fallito a fornire.

Alla luce di ciò, Krueger identifica la spinta a comprare come un tentativo di aggiustare, in modo tangibile, una rottura del legame tra il Sé e l'Oggetto-Sé (persona significativa). Questa rottura è seguita da sentimenti di *vuoto* e *ansietà*, dovuti ad un debole senso di sé; tali sentimen-

ti determinano la spinta ad acquistare qualcosa per divenire desiderabili attraverso l'esteriorità.

L'arresto nello sviluppo riguarda sia il Sé corporeo sia il Sé psicologico. L'individuo che ha un esordio comportamentale nello shopping compulsivo ha un'immagine distorta o incompleta del proprio corpo, sommata ad una fiducia vulnerabile nella valutazione degli altri, soprattutto fisica. L'angoscia che ne deriva è disgregante e si centra su di un'unica speranza: "Afferrare qualcosa di tangibile per sentirsi".

Il disturbo di base è "l'assenza di un'immagine di sé interna stabile; un'inadeguata integrazione mente-corpo".

Molti individui, con tale sintomatologia, sono stati privati dagli altri dal punto di vista affettivo, forse troppo accuditi sul versante più materialista. Il loro, quindi, è un tentativo costante e caparbio di compensare e restaurare questo *deficit* di base.

Lo shopping compulsivo può essere, quindi, un doppio tentativo: di regolare gli affetti di un senso di sé frammentato e di riparare, simbolicamente o indirettamente, l'equilibrio con l'Oggetto-Sé.

Shapiro (1981)

a questo riguardo, denuncia un'intera dimensione psicopatologica, la *patologia dell'autonomia*, che può fungere da struttura concettuale alla base dello shopping compulsivo.

L'individuo, nel tentativo di compensare la "distorsione della autonomia" (ibidem), mette in atto tutta una serie di attività che forniscono soddisfazioni vicarianti, ma che non rispondono alle reali esigenze della persona stessa.

Attitudini e comportamenti nevrotici sviluppano reazioni auto-protettive, di fronte a certi tipi di conflitto o sconcerto, che tendono ad inibire esperienze consapevoli di questi sentimenti conflittuali o motivazioni reali. La persona è indotta a ricercare esperienze di fuga (come il bere, per esempio), per evitare conflitti o disagi che non ha imparato a fronteggiare nel corso della propria vita (Scherhorn, 1990).

Il processo nevrotico ha creato una sorta di consapevolezza che non rappresenta, anzi, distorce sentimenti attuali, aspettative, interessi, intenzioni ed esperienze soggettive (Shapiro, 1981).

Ciò che la persona esprime si è allontanato da ciò che sente o intende; in questo consiste la distorsione dell'autonomia, cioè nel fatto che la persona non sia pienamente consapevole dei propri sentimenti, in quanto sono stati distorti, reinterpretati, alterati, proibiti da quelli espressi (considerati naturali e legittimi).

La distorsione dell'autonomia sta nella separazione tra i contenuti manifesti e le motivazioni reali; in un Sé integrato non c'è separazione (Scherhorn, 1990).

La distorsione non impedisce alla persona di agire come vuole al momento, ma fa in modo che essa consideri il comportamento risultante come scomodo, indesiderato, come sorretto da una volontà estranea (Shapiro, 1981). Se lo shopping compulsivo, come altre "addictions", ha a che fare con un tentativo atto a compensare la distorsione della autonomia, questa intenzione non verrà mai soddisfatta, poiché, per raggiungere l'integrazione, è necessario ricercare altre fonti di gratificazione che non si basino esclusivamente sul supporto esterno.

In definitiva,

l'addict non è in grado di avere soddisfazioni autentiche ai suoi bisogni più genuini; egli può arrivare a ciò solo se supera la distorsione, cioè se si percepisce come artefice delle proprie azioni ed avente possibilità di scelta (Scherhorn, 1990).

Alla base del comportamento compulsivo di acquisto, come alla base di molte altre "dedizioni ad un vizio", (è in quest'accezione che l'auto-re lo considera), Scherhorn pone questa inettitudine e questo senso di incapacità di scelta sul comportamento personale.

A questo punto è lecito chiedersi perché persone predisposte alla *addiction* scelgano proprio questo comportamento sintomatico.

Scherhorn, Reisch e Raab (1990) collocano la risposta a questo interrogativo nelle "esperienze-chiave" della prima infanzia o prima età adulta dell'individuo. Non è infrequente scorgere, nelle famiglie di "compulsive shoppers", modelli particolari di gestione del denaro e d'educazione dei figli. I soldi e i regali sono utilizzati, spesso, come ricompense che tentano di rimpiazzare altre manifestazioni di affetto e di cure (Faber e O'Guinn, 1988 b).

Le persone significative, a volte, trasmettono sentimenti di paura e

d'insicurezza non permettendo all'individuo di assumersi la responsabilità delle proprie azioni. In tal modo, si mette in atto quel processo definito di "educazione all'incompetenza" (Scherhorn, Reisch e Raab, 1990), che non permette alla persona di sviluppare un comportamento autonomo e maturo.

Le due cause che, per gli autori tedeschi, meglio ci permettono di spiegare i meccanismi alla base dello shopping compulsivo sono, quindi, il diniego dell'indipendenza e dell'autonomia e l'educazione all'incompetenza, provenienti dall'infanzia. A queste si aggiunge il processo di socializzazione che, attualmente, pone degli ostacoli alla formazione di una propria identità, unica e stabile.

L'intrinseca esperienza dell'essere "indipendente nel mondo" è rimpiazzata da certe ricompense estrinseche dalle quali la persona diviene dipendente per due ragioni: questa dipendenza la distoglie dalle sue mancanze strutturali, fornendole un temporaneo senso di potere e grandiosità e perché la capacità della persona di ricevere soddisfazione da altre attività è gradualmente distrutta e i suoi interessi sono focalizzati su quella ricompensa (Peele, 1979). A causa della bassa autostima e della mancanza di rispetto per sé, l'*addict* necessita del supporto esterno per sopravvivere; da qui la *funzione compensatoria* dell'acquistare.

Come ne "Il caso dell'uomo dei lupi" (Freud, 1918), l'interesse per l'acquisto ed il possesso di cose (denaro) diviene un interesse libidico senza caratteri di razionalità (si riallaccia al piacere dell'escrezione), mentre si presume che le persone normali abbiano con questo tipo di attività rapporti privi di influssi libidici e si regolino in base alle esigenze reali. L'uomo dei lupi non si poteva dire se fosse avaro o spendaccione, era ora l'uno ora l'altro senza che si potesse capire il movente del suo comportamento; questo perché, (così come accade per gli acquisti) "il denaro era stato sottratto al controllo della sua coscienza e, per lui, rappresentava qualcosa di molto diverso" (Ibidem).

Dal nuovo tipo di società sono emersi una forma nuova di personalità e nuovi modi di socializzazione.

Il concetto di narcisismo ci dà modo di spiegare l'impatto psicologico dei recenti cambiamenti sociali..., ci fornisce un ritratto accettabilmente accurato della personalità "liberata" del nostro tempo
(Lasch, 1981).

Il valore centrale assunto, nell'attuale società, dall'immaginazione ed i sentimenti d'isolamento e di vuoto che caratterizzano l'uomo d'oggi hanno prodotto un tipo d'individuo profondamente antisociale nel proprio intimo, per il quale il diritto di realizzazione di sé è divenuto prioritario. I mezzi di comunicazione di massa gli forniscono, poi, una molteplicità di modelli comportamentali "vincenti" in cui identificarsi per non rischiare di essere classificato "perdente". Egli desidera non tanto la stima, la fama, quanto l'ammirazione, il fascino e l'eccitazione della celebrità; il tipo di celebrità che rincorre è evanescente come la moda stessa (Squicciarino, 1996).

Il successo dipende in maniera determinante da fattori molto fuggitivi quali la giovinezza, il fascino e ciò rende molto ansiose le persone che in questi aspetti investono il senso del loro esistere. La vita quotidiana è a tal punto mediata da una proliferazione e consumo d'immagini che l'individuo, inconsapevolmente e, soprattutto attraverso l'abbigliamento, ha appreso a presentarsi agli altri come se la sua immagine avesse un ruolo attivo nell'attuale "società dello spettacolo" (Flugel, 1930).

Questa società crea un bombardamento di stimoli di cui siamo, seppur con la "democratizzazione" dell'ultimo secolo, paradossalmente sempre più schiavi. La totalità ancestrale della mente viene spezzettata in idee e mode particolari, in simbolismi caricaturali ipnotici, alienati che si presentano alla nostra coscienza come delle "rivelazioni" formidabili e travolgenti, da cui veniamo suggestionati.

Il Sé risulta consistere essenzialmente della propria immagine riflessa negli occhi degli altri; l'aspetto esteriore assume la funzione di un *test* quotidiano di abilità; per essere "comprato" e "venduto", al pari della merce, egli ha bisogno di un involucro accattivante, di una confezione di lusso, di un'immagine avvincente (Squicciarino, 1996). Forse lo shopping compulsivo è uno dei tanti prodotti di questa società; si è parlato di "addictive society" (Peele e Brodsky, 1975); l'"empty-self" è sempre più riconosciuto come l'attuale configurazione del Sé, (Cushman, 1990).

La compulsione a "colmare il vuoto", attraverso gratificazioni esterne, rappresenta una manifestazione di questo vuoto interiore. Siamo di fronte alla cosiddetta "Era del Sé vuoto" (ibidem), dove l'alienazione e la perdita di comunione sembrano poter essere risolte attraverso lo stile di vita proposto, cioè acquistando e "ingoando" prodotti pubblicizzati.

La tendenza a soccombere all'“acquisto compensatorio” (Scherhorn, Reisch e Raab, 1990) è basata su valori sociali che enfatizzano il contenuto simbolico dei beni di consumo, considerati un qualcosa da cui dipende il valore personale.

La disperata ricerca di significati, in una società che si va disintegrando, rappresenta parte di ciò che Lyotard (1984) chiama “condizione postmoderna”.

I consumatori sembrano utilizzare il significato simbolico dei prodotti che acquistano; nella società attuale si tende sempre più ad avere una separazione tra “significante” e “significato”, perché la chiave di lettura è la “frammentazione” (Elliott, 1994).

Ogni individuo utilizza il prodotto a proprio modo, gli attribuisce una funzione diversa secondo le proprie necessità, credenze e aspettative.

Il significato simbolico dei prodotti non è stabilito ma “liberamente fluttuante”; ogni individuo può dare al prodotto diversi e inconsistenti significati culturali, che dipendono dal grado in cui condivide l'immaginario collettivo.

Acquistando beni di consumo, l'individuo ha la libertà di acquisire “un'immagine di Sé secondo il momento”; da qui si sviluppa una “frammentazione del Sé” (Firat, 1992). In quest'epoca siamo in grado di usare i prodotti per divenire uno dei nostri possibili Sé (Markus e Nurius, 1986), nei quali costruiamo uno “zibaldone” derivato dai *Media* e dalle esperienze sociali.

Uno di noi, Pani (2002), ritiene che l'autenticità del Sé sia ottenibile attraverso un evolvente dialogo intrapsichico tra interlocutori (buon cattivi, arcaici-recenti) che trovano la giusta distanza per scambiare tra loro risorse psichiche a favore di una plasticità dell'intero edificio Sé.

La flessibilità del Sé governata da un Ego-manager in grado di essere aggiornato sugli eventi psichici significativi, antichi e più attuali, permette di rinforzare la fiducia di base oltre che l'autostima. È certo che il compulsivo con i suoi rituali, tra cui lo shopping, non gode di questo dialogo interno privilegiato.

La condizione di “multifrenia”, di cui parla Gergen (1991), altro non è che questa condizione di frammentazione postmoderna; essa fa in modo che una barriera di nuovi criteri di autovalutazione porti ad un'espansione d'inadeguatezza. Si crea, così, una patologia dell'identità

personale che si manifesta nel bisogno di fare affidamento su esperienze vivide, immediate, cariche di affetti e di stimolazioni, che non si è in grado di trovare in se stessi.

Una possibile fonte di tali esperienze, per esempio, è il “Centro” in cui si fa shopping, dove la gente può dare spazio alle proprie fantasie.

Lo shopping è stato considerato, paradossalmente, come una “cassa-forte”, uno spazio separato dal mondo esterno, paragonabile alla Chiesa (Zapp, 1986).

Altro fattore causale importante, in ambito sociale, è dato dall’influenza esercitata dai coetanei che scatena molte volte il tentativo di costruirsi un’identità per imitazione o di adattarsi all’immagine sociale percepita, a seconda delle aspettative presunte degli altri (Elliott, 1994; Beerden, Natemayer e Teel, 1989).

La consapevolezza di scarsi risultati personali, in relazione al Sé, crea stati emotivi negativi (ansia, depressione) che fanno scoppiare comportamenti compulsivi che fungono da sostegno alternativo.

In definitiva, il consumo, anche se eccessivo, è considerato un aspetto positivo dalla società in cui viviamo; gli acquirenti non sono condannati per la loro attività, poiché sono stati “programmati” fin da piccoli al consumo; è una parte della mentalità di mercato ed è ciò che tiene unita la popolazione.

Per l’“empty-self” l’unica realtà è rappresentata dall’identità che riesce a costruirsi con il materiale fornitogli dalla pubblicità, dalla cultura di massa e dai frammenti di una vasta gamma di tradizioni culturali presenti nella mentalità contemporanea.

Comunque, se anziché vivere la moda la subisce, l’uomo corre il pericolo di perdere se stesso, di alienarsi, di trasformarsi in un’inanimata mannequin dallo sguardo assente, senza affetto, cui gli abiti acquistati sono sovrapposti per essere esposti, ma con i quali non si esprime, non si dà una figura, indispensabile per la costruzione della propria irriducibile differenza, della propria identità personale e sociale.

Il paziente, man mano che diviene capace di dare senso alle proprie esperienze, ai propri atti, può guadagnare uno spazio psichico interno nel quale sperimentare un senso di libertà e pertanto sentire maggiormente il controllo dei propri sintomi, oppure può non aver più bisogno di esprimere alcun disagio attraverso di loro.

Winestine (1985) riferisce di una paziente affetta da shopping compulsivo i cui miglioramenti, conseguiti dopo il trattamento psicoanalitico, le avevano permesso di elaborare ed affrancarsi rispetto ad una parte infelice della propria infanzia vita a contatto con gli adulti. Egli riporta:

Solo dopo il lavoro analitico s'individuò che c'era un difetto nello sviluppo del Super-Io e poi lei cominciò a sentirsi in colpa e a responsabilizzarsi per le sue spese pazze ed i suoi debiti... più lei acquisiva il controllo di sé, più lo shopping compulsivo diminuiva di frequenza fino a cessare completamente.

Lo psicoanalista riporta la cura psicoterapeutica di quattro donne con sintomi di shopping compulsivo. Le conclusioni dell'autore confermano l'importanza del metodo psicoanalitico in questo modo: la psicoanalisi si presenta come la tecnica più adatta per favorire nei pazienti lo sviluppo di un senso di Sé più coeso e una maggior integrazione mente-corpo, in altre parole tende a ripristinare la rottura del legame Sé-Oggetto-Sé (Kohut 1980).

La persona vive se stessa come un oggetto separato, come se il proprio Sé fosse un recipiente che dovesse inglobare tutto ciò che può saturarlo e, quindi, come se non sentisse se stessa appartenente ad un Sé vitale in quanto persona che presiede alla propria vita.

D'accordo con Krueger, secondo la nostra esperienza il consumatore compulsivo compie, a metà tra l'inconscio ed il conscio, un atto trasgressivo. Il godimento perverso avviene come risposta ad una delle modalità attraverso cui il paziente, in analisi, tiene a bada un vissuto di vuotezza e estraneità a se stesso: l'atto, impulsivo e trasgressivo, sembra essere, in quel periodo della sua vita, uno tra i tanti espedienti per sentire se stesso.

L'esito positivo della tecnica psicoanalitica è dunque raggiungibile per mezzo di una comprensione profonda del senso degli "acting-out" nei pazienti, cioè di quel materiale psichico che non può essere elaborato e che si traduce in nell'atto pervertito che è l'atto di acquistare molto e velocemente.

Inoltre *l'acting out* o "passaggio all'atto" indica che il soggetto è inconsciamente proteso a riparare qualche *danno inferto ad un oggetto d'amore* verso cui egli è contemporaneamente ambivalente.

Il paziente tenta quindi di *saziare le richieste di risarcimento* che la parte offesa richiederebbe.

Occorre pertanto focalizzarsi sulle motivazioni inconscie che spingono allo *sforzo riparativo*: l'analisi della relazione si occupa di questo materiale psichico inconscio. Il paziente con il passare del tempo riprodurrà nel setting analitico l'angoscia nei confronti della figura dello psicoanalista. L'angoscia potrebbe essere anche preventivamente alimentata dal terrore di danneggiare *l'oggetto d'amore* che egli ha interiorizzato difettosamente: per questo il paziente accorrerebbe anticipatamente a *riempirlo di cose buone*, quasi a renderlo *immune* di fronte ai possibile attacchi che lo stesso paziente potrebbe infliggere.

L'*accumulo* di oggetti, comperati senza necessità, potrebbe svolgere quindi la funzione simbolica di ricoprire, di una *pelle* spessa e robusta, il proprio *oggetto d'amore, interlocutore interno* che il paziente necessita di preservare intatto dentro di sé, senza correre alcun rischio o responsabilità di *macchiarne l'immagine*. Si tratterebbe in questo caso di una *dipendenza primaria*, con *depressione anaclitica*, che dovrebbe essere trattata con cura psicoanalitica.

All'interno della relazione psicoterapeutica ci si aspetta di vedere, riprodotto nel transfert con l'analista, tale dipendenza *anaclitica*.

Il piano di funzionamento antico dovrebbe separarsi da quello attuale per mezzo di un accurato lavoro in cui il paziente potrebbe rivivere, in alcuni attimi, fantasie connesse con l'angoscia persecutoria di separarsi dall'oggetto primario materno. In questo caso, l'obiettivo dello psicoanalista consiste nel favorire nel paziente l'elaborazione di questo lutto primario attraverso essenzialmente l'interpretazione delle connessioni, relazione vissuta nel passato/relazione sperimentata nel qui ed ora con lo psicoanalista stesso, che è riconosciuto come persona distinta.

In pratica, la relazione affettiva reale ed attuale con lo psicoanalista dovrebbe, insieme agli intimi desideri di cambiamento e di libertà della parte adulta di entrambi, convincere il paziente, nelle sue parti più antiche ed infantili, ad accettare la perdita simbolica dell'oggetto interno vitale.

Ancora nell'esperienza clinica lo shopping compulsivo, specialmente nel paziente non grave, può essere vissuto come un'equivalente di azioni impulsive ripetute costantemente, come se si trattasse di un'abitudine protratta. Tale costante funziona nell'inconscio come un punto di

riferimento e come una certezza proprio perché, da un lato appaga un antico bisogno inconscio di connesso con l'oralità, dall'altro appare al soggetto, in virtù della sua stessa ripetitività, un percorso sicuro, prevedibile e predestinato.

È abbastanza ovvio che la constatazione del principio di realtà non sia sufficiente permettere alla persona di uscire dal circolo vizioso.

Secondo Scherhorn (1990), per superare la “dipendenza” dallo shopping compulsivo, è necessario individuare le esperienze-chiave che hanno portato la persona alla “distorsione dell'autonomia” che, al tempo stesso, sta cercando di compensare.

Noi pensiamo che i pazienti gravi con shopping compulsivo traggano giovamento da un *lavoro psicoanalitico* (Pani 1989), intendendo con questo termine una tecnica psicodinamica che sia pensata *ad hoc* per quello specifico paziente.

L'ascolto psicoanalitico presuppone una particolare condizione psicologica: l'atteggiamento dello psicoterapeuta deve tener conto di come il paziente può digerire le esperienze in quel momento, nel qui ed ora, all'interno del setting.

Dove si trova quel paziente ansioso-ossessivo e compulsivo o depresso mentre sta raccontandosi a me per mezzo di questi segnali di sofferenza? Chi sta dominando nel suo interno psichico per cui egli non è in grado di ascoltare ciò che sto facendo per entrare in contatto con lui? Quale parte nelle sedute mi affiderà nel gioco della nostra relazione psicoterapeutica? Fino a che punto io dovrò accettare quel ruolo che mi affiderà e fino a che punto sarà opportuno che io lo conduca a staccarsi da questi bisogni urgenti che egli mi propone continuamente?

In altre parole, con questo domande vogliamo attrarre il lettore verso il concetto di fuoco della psicoterapia psicoanalitica il cui setting, cioè situazione, la quale include una sorta di palcoscenico psichico virtuale, può essere in certi casi in movimento. Lo scopo del movimento è individuare quale fuoco di lavoro sia il più rispondente al cambiamento di certe strutture bloccate del paziente.

Il setting psicoanalitico deve contenere un importante aspetto che consideriamo basilare: *la coerenza*. L'atteggiamento dello psicoanalista, nel suo proporre messaggi impliciti ed espliciti, dovrebbe fornire al paziente un solido setting di contenimento in modo che risulti ben

tenere eventuali sviluppi psicodrammatici della relazione simbolica psicoterapeutica (duale o in gruppo). Pensiamo che la coerenza interna ed esterna del setting costituisca uno dei messaggi che esprimano *l'onestà-solidità* e la *competenza-padronanza* di chi si propone alla direzione della cura.

Il paziente, infatti, nel momento in cui si affida a qualcuno, viene virtualmente *adottato* per un certo breve o lungo periodo (psicoterapia breve o tendenzialmente classica) dallo psicoanalista e porta se stesso con le proprie e singolari capacità di esprimersi in quel momento della vita.

Tale capacità può risultare molto limitata o rivelarsi assai ampia: intendiamo con espressività tutta l'insieme dei movimenti psichici che un individuo può attivare in base alla propria ricchezza interiore e usando i canali di comunicazione corpo/mente. Si includono quindi quelli che funzionano, nella realtà dello stesso paziente, come "disturbi" ma che sono, ancor prima di essere sintomi, significanti di espressioni del Sé, nel suo insieme somato-psichico e psico-somatico.

Questo insieme di significanti complessi viene più o meno correttamente e profondamente compreso ed assorbito dallo psicoanalista che cercherà di restituirlo nel modo e nella quantità migliore che conosce, con l'intento di favorire il paziente affinché riesca a metabolizzare le esperienze non-digerite sino a quel momento.

La capacità dello psicoanalista di assorbire i messaggi derivanti dal paziente dipenderà dal suo training, in primo luogo dalla propria psicoanalisi personale, poi dalle supervisioni e dai vari gruppi di lavoro teorico e pratico.

Lo scopo di una psicoterapia ad orientamento psicoanalitico consiste comunque nel raggiungere il mondo interno di quel paziente che chiede aiuto e di "essere con lui" laddove egli si colloca nella relazione psicoterapeutica.

Occorre aggiungere (accennando alle psicoterapie dinamiche brevi) che, in generale, ridurre il tempo di lavoro analitico con il tipo di paziente compulsivo significa tener conto dei seguenti fattori, presupposti fondamentali:

Psicoanalista molto esperto nella pratica clinica in genere.

Selezionare i pazienti che sono disposti a lavorare intensamente all'interno di un tempo definito (*time limit*), stabilito di comune accordo

prima dell'inizio del processo psicoterapeutico e concepito in alcune fasi: luna di miele-lavoro sul transfert-lavoro sul lutto.

Selezionare i pazienti dotati di maggior *insight*.

Selezionare i pazienti che hanno già iniziato un percorso in cui vi sia una domanda interna *problematicizzata*, cioè scomposta in domande insolute che il paziente già rivolge a se stesso e che appaiono in conflitto tra loro.

Selezionare i pazienti sulla base di aspettative sui risultati della psicoterapia non troppo illusorie.

Selezionare i pazienti che accettino una conduzione direttiva della psicoterapia.

Il fuoco del problema deve essere evidenziato ed concordato durante i primi colloqui anche allo scopo di procedere nello svolgimento psicoterapeutico in comune accordo.

Lavorare con il fine di rimuovere soltanto l'ostacolo psicologico principale, contando sulla capacità del paziente di proseguire il viaggio psicoterapeutico come individuo che abbia imparato ad elaborare le esperienze per conto proprio.

Selezionare, per questo un tipo di tecnica psicoterapeutica, casi clinici la cui patologia non presupponga rischi di veder pervertire la relazione psicoterapeutica.

Al termine della psicoterapia breve è opportuno programmare, a distanza di tempo, altre consultazioni di controllo.

Lo psicoanalista dovrebbe avvantaggiarsi di molta esperienza clinica, proprio al fine di individuare opportunamente l'area in cui si configurano le inibizioni inconsce che impediscono al paziente di uscire dal circolo vizioso e trasformare tale vicolo cieco in un'esperienza positiva e costruttiva.

Certe dinamiche che possono attivarsi mentre la psicoterapia è in corso, particolarmente facciamo riferimento *alla messa in atto* (acting out), richiedono da parte del conduttore della psicoterapia, particolare ascolto e capacità di reazione adeguata. Poiché il tempo a disposizione è breve (in genere, alcune decine di sedute) alcuni atti impulsivi prendono un particolare rilievo influenzando l'andamento dell'intero processo psicoterapeutico.

Dopo questa digressione, che ci è parsa opportuna, concludiamo che,

come sostengono Glatt e Cook (1987), qualora si privilegiasse un altro tipo di trattamento, sarebbe opportuno non escludere del tutto l'intervento in cui il soggetto ha l'occasione di esplorare se stesso. Sarebbe auspicabile rimandare il lavoro psicoanalitico ad un'occasione in cui questo processo si presenti praticabile; ciò potrebbe proporsi qualora il paziente in seguito ad una psicoterapia psico-farmacologica, risulti più organizzato così da essere in grado di mettersi in discussione e tollerare le frustrazioni di cui si è fatto cenno.

A questo punto il lettore si sarà già fatto un'idea sull'opportunità o meno di un intervento di psicoterapia psicoanalitica nei casi di shopping compulsivo.

Riteniamo infine che il paziente *compulsive shopper*, quando esprime un bisogno così urgente come quello di comperare, esprima una modalità di rappresentare se stesso: egli si vede come un Oggetto-Sé (Kohut; 1980).

A questo proposito, a nostro avviso, (Pani Ghellini, 2002) in occasioni in cui si esprimono pareri comuni, si parla con leggerezza di *narcisismo* o con tale disinvoltura da fare sentire chi viene coinvolto anche indirettamente, come se si formulasse un'accusa moralistica su di lui: "si tratta di un narcisista, è un problema narcisistico, narcisisticamente direi che...", quando, semmai, si dovrebbe accettare una sofferenza che si riferisce alla persona, cioè ad una struttura psichica piuttosto fragile.

Tali modi di esprimersi rimandano al mito di Narciso secondo il quale il bel giovane, confondendosi di fronte alla propria immagine riflessa in uno specchio d'acqua di un pozzo, competitivo ed insofferente verso chi, altro da lui, gli poteva somigliare, gli scivola addosso: in altre parole, Narciso, piuttosto che accettare l'esistenza di *altro da Sé*, preferisce inconsciamente la morte, nel senso di annegare dentro la sua stessa immagine per *ri-fondersi* con se stesso, cioè con il nulla, pur di raggiungere *l'indifferenziato, il non-oggetto*.

Metaforicamente quindi, il disturbo narcisistico rappresenterebbe, in generale, l'impossibilità e l'impensabilità del separarsi dal proprio soggetto e pertanto, la necessità di negare onnipotentemente il reale sotto forma di una difesa in cui l'egocentrismo impedisce che gli affetti vengano spostati su un oggetto, (altro da Sé), a causa dell'angosciosa e dominante fantasia di sentire che la propria struttura psichica potrebbe

cedere: ma, come si diceva, l'uso del concetto di narcisismo è frequentemente abusato ed esteso ad un giudizio punitivo che riguarda la vanità. Tale abuso nell'uso corrente del linguaggio incrementa un'ulteriore confusione tra egoismo, egotismo, egocentrismo ed il senso d'appartenenza che noi tutti sperimentiamo nel corpo come sede della sensorialità in genere. Infine, il senso di Sé e l'appartenenza potrebbe essere confusa con l'identità intesa come coscienza di un Sé autentico (non falso-Sé, Winnicott 1971): quest'ultima dovrebbe risultare congruente con i nostri desideri psichici autentici e non con i nostri bisogni urgenti che richiederebbero l'appagamento immediato.

Dal nostro punto di vista, il senso di Sé ed il concetto di narcisismo rappresentano l'opposta configurazione psichica: se io mi sento ben appartenente a me stesso, posso desiderare e cercare un oggetto altro fuori da me, amarlo, riconoscerne le differenze, accentandole o no: se non riesco a sentirmi compatto in modo convincente, debbo organizzarmi in modo da offrirmi permanentemente immagini che confermino il mio essere, controllando ogni confine di me e lottando per rendere ogni parte di me egoicamente sensibile alla mia percezione ed a quella degli altri: pertanto, se il disturbo narcisistico si riferisce ad una fragilità del Sé, esso richiede continua manutenzione, sotto forma d'enfaticizzazione dell'attenzione da parte del proprio Ego, nonché continua ammirazione e conferma da parte degli altri, percepiti come oggetti Sé, (Kohut).

In altre parole, il soggetto spesso si rappresenta in termini di oggetto separato dal proprio mondo interno che fra l'altro è scarsamente percepito.

Pertanto egli deve seguire investimenti narcisistici che riguardano l'acquisto di beni provenienti dall'esterno e che finiscono per offrirsi come oggetti concreti su cui contare ed investire. Si stabilisce così, per riempire il vuoto del mondo interno scarsamente percepito (in altre parole vissuto come piccolo o appunto vuoto), una sorta di equivalenza tra il Sé-oggetto e questi oggetti esterni: l'Io del soggetto si illude allora di avere un controllo sulle cose e sull'interno di Sé e proprio per questo sembra nascere, ad un certo momento, l'eccitazione e la compulsività patologica ossessiva e ossessionante.

Pensiamo che i pazienti che offrano un minimo di disponibilità a perdere questo controllo illusorio possano intraprendere un trattamento psicoterapeutico psicoanalitico traendone non soltanto un notevole benefi-

cio, ma anche un progresso complessivo che riguarda altre e più estese aree del Sé.

Come si è accennato, il trattamento psicoterapeutico ad orientamento psicoanalitico si fonda sul dialogo intrapsichico analista/analizzando tramite l'analisi del transfert e la coscienza del controtransfert. L'uso di questi *fattori psicoterapeutici specifici propizi* risulta essenziale nella relazione duale. Il setting appare come una sorta di palcoscenico privato e protetto dove gli interlocutori interni sono gradatamente accolti come ospiti della scena e con i quali l'Io cerca di intrattenersi e cui progressivamente tenta di avvicinarsi. I rappresentanti degli *interlocutori interni* sono figure significative, derivanti da situazioni *pre-edipiche ed edipiche* tra loro intrecciate, estese e più o meno trasformate da relazioni recenti. Nella pratica psicoanalitica si osserva che i pazienti portano *esperienze*, talvolta estremamente traumatiche, perciò è per loro assai difficile, se non qualche volta impossibile, sperimentare il senso dell'alternativa di fronte ad un bisogno urgente.

Riteniamo che qualora una *disponibilità* al lavoro psicoanalitico non sia riconoscibile, divenga opportuno cooperare con una tecnica più comportamentistica o con una tecnica sistemica.

Quindi alla tecnica psicoanalitica classica, che vede essenziali, per il successo del trattamento, le dinamiche transferali e controtransferali, poiché permettono al mondo interno del paziente di affiorare nella relazione diadica, altre tecniche potrebbero risultare idonee per pazienti il cui Io non sia sufficientemente forte da trovare spazio per rappresentare, simbolicamente, il proprio mondo interno.

Il "compulsive shopper" che stenta, per la scarsa fiducia in sé e la difficoltosa integrazione mente-corpo, ad assumere il ruolo di protagonista, come inevitabile nella situazione duale, potrebbe trarre giovamento, per esempio, dallo *psicodramma analitico* (Pani,1998). Tale tecnica, che non utilizza principalmente il canale verbale per l'esteriorizzazione dei propri moti interiori, potrebbe ugualmente permettere all'individuo di prendere consapevolezza del proprio mondo interno attraverso l'azione corporea. Il teatro della mente è sostanzialmente il teatro del corpo.

Il gruppo provoca diversi movimenti psichici e può portare, attraverso la simbolizzazione, ad una crescita psicologica (*ibidem*).

Oltre allo psicoterapeuta ci sono altri interlocutori, il *setting* è più

vasto e offre innumerevoli possibilità di introiezioni e proiezioni (grazie ai cosiddetti *Io Ausiliari*).

Nello psicodramma analitico si possono vivere esperienze diverse, avere un contatto con la realtà utilizzando altri punti di vista, senza correre il rischio, fin da subito, di giocare il ruolo di protagonisti; esso fornisce una nuova e diversa prospettiva.

L'individuo può ripetere, con l'aiuto del *setting* gruppale, un evento di vita reale disturbante e rivisitarlo dandogli nuovi e più consistenti significati; si ha un passaggio dal simbolico al reale attraverso il linguaggio del corpo.

Se il paziente è in grado di "elaborare le esperienze" ("working through") in un tipo di *setting* in cui il teatro interno è espresso oralmente, egli potrebbe avere più progressi in psicoanalisi, rispetto ad una terapia di gruppo; invece, per quei pazienti incapaci di esprimere, a parole, le loro emozioni ed incapaci di vederne il collegamento con il corpo risulta meno disturbante una terapia di gruppo, dove si prenda contatto con gli altri gradatamente, non direttamente come nella relazione diadica.

In sintesi, lo shopping compulsivo risulta essere un disturbo definibile e trattabile, caratterizzato da impulso generalizzato a comprare, improvviso, urgente e vissuto come incoercibile.

La maggior parte delle volte in cui insorge questo bisogno urgente, esso ha come conseguenza un comportamento di acquisto. La spesa compiuta placa la tensione e l'ansia derivanti dall'impulso, ma la sensazione di perdita di controllo, gli acquisti così poco sensati e ponderati provocano un forte senso di colpa ed una depressione estremamente debilitanti.

Lo shopping compulsivo si presenta come una manifestazione esteriore, sintomatica, ripetitiva e ricorrente di un disagio interiore.

L'approccio psicoanalitico suggerisce di immaginare il soggetto in seria difficoltà nel dialogare e mediare con un interlocutore interno: il soggetto teme di potere distruggere una parte preziosa di sé e per questo accorre angosciato come per riparare o per prevenire, fornendo *all'oggetto d'amore materno* tutto quanto possa saturare un vuoto, una sorta di mancanza di cui sarebbe responsabile il soggetto stesso. Lo scopo di acquistare compulsivamente equivarrebbe ad un atto reiterato compiuto per *controllare* l'oggetto d'amore *tenendolo a bada* tramite l'accumulo di sostanze che hanno il fine di *tenerlo in vita*.

L'atto di acquistare e riempire rievocano nel soggetto un senso arcaico di dominio sulle cose e di euforico trionfo, così egli nega in se stesso ogni dipendenza ed impotenza.

Inoltre l'abitudine contratta a soddisfare i bisogni in tal modo, se genera angoscia nella parte adulta del soggetto, offre senso di certezza, seppur illusoria, alla sua parte infantile attraverso l'atto magico del possedere.

Le teorie causali evidenziate, che potrebbero spiegare l'eziologia del problema, sono diverse; molte di natura psicologica, radicate nelle esperienze infantili dell'individuo, altre più sociali dovute alle esperienze di vita e all'ambiente in cui viviamo, comunque complesse e difficilmente rinvenibili.

Tutte queste teorie, rimandano ad un senso di vuoto presente nella vita delle persone che vivono questo disagio, che esse tendono a colmare, attuando un comportamento compensatorio; cercando fuori l'appoggio e il sostegno che non sono in grado di trovare dentro se stesse.

Lo shopping compulsivo, se non trattato opportunamente, interferisce con l'intero funzionamento di vita dell'individuo, intaccando tutti gli aspetti della sua esistenza e portandolo a perdere il controllo di essa.

Una corretta valutazione diagnostica del problema ed un successivo trattamento idoneo alla personalità ed alla problematica del paziente potrebbero porre fine al disagio o, comunque, alleviarlo.

Come si è cercato di indicare, le tecniche psicoterapeutiche propongono vari approcci che tengono conto della disponibilità psicologica del paziente a lavorare in un certo modo e della gravità del disturbo stesso. Spesso accade che un paziente affetto da disturbo severo da shopping compulsivo non possa intraprendere alcuna psicoanalisi classica, ma nemmeno un approccio di psicoterapia psicoanalitica che richiederebbe minor impegno, frequenza ridotta e si indirizza solitamente ad un solo fuoco ricavato dalla situazione psicologica rilevata ai primi colloqui: pertanto anche una psicoterapia che si collochi come capacità di intervento intermedio tra le psicodinamiche inconse molto profonde e quelle più di superficie non è ancora indicata.

In questo caso la psicoterapia comportamentistica e quella farmacologica potrebbero riuscire a gestire almeno i sintomi, se non le basi dei conflitti. A questo proposito Alexander (1996) ha scritto un articolo, suc-

cessivo ad un Simposio tenutosi a Madrid (*New Research in Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders* (OCSDD)), in cui sostiene che shopping compulsivo, gioco d'azzardo patologico, cleptomania, tricotillomania, bulimia, anoressia nervosa e compulsività sessuale mostrano tutti un'origine *serotoninergica*.

In accordo con altri dati presentati al simposio, egli ritiene che questi disturbi sembrino rispondere al trattamento con gli SSRI, cioè gli inibitori del "reuptake" della serotonina, quali la *fluoxetina* e la *fluvoxamina*.

Egli attesta che pazienti affetti da shopping compulsivo e gioco d'azzardo patologico, in una piccola indagine pilota, trattati con 50/300 mg al giorno di *fluvoxamina*, hanno mostrato miglioramenti realmente promettenti.

Inoltre, abbiamo accennato alla psicoterapia in gruppo con riferimento allo psicodramma psicoanalitico, come ad una tecnica in gruppo il cui setting e la tecnica del gioco e dello scambio dei ruoli (*role-playing*) possono offrire un *palcoscenico psicologico* assai ampio: le narrazioni dei partecipanti (circa otto), vengono di volta in volta utilizzate in una *rappresentazione simbolica* che consente di giocare una scena importante e significativa, accaduta di recente o nel passato della vita di quel paziente e anche di altri che ascoltano.

Le tecniche di *doppiaggio* (voce che interviene per aiutare fuori campo), *mirroring* (rispecchiamento nell'altro), *cambiamento di ruolo o role-playing* (mettersi al posto e nei panni dell'altro), *il soliloquio o assolo*, (stare nella posizione dell'altro e riuscire ad esprimere sensazioni, emozioni, pensieri, intenzioni), favoriscono il movimento psicologico di quelle parti del Sé che sono rigide e bloccate. Pertanto le persone che non sono disponibili a "mettersi in discussione parlando di sé", oppure non possono funzionare perché la loro risonanza emotiva risulta appunto scarsa (introspezione difficile), possono trovare giovamento nel praticare lo psicodramma analitico. Infatti, le ragioni per le quali questi pazienti spostano sul sintomo (acquistare compulsivamente) angosce conseguenti a situazioni conflittuali, indicano una difficoltà di *processamento* delle esperienze, ma soprattutto, tale difetto di *metabolizzazione* è conseguente ad una difficoltà di rappresentare a se stessi i vissuti e le emozioni connessi a queste esperienze.

In conclusione, rileviamo il fatto che non vi siano indagini approfondo-

dite sull'argomento, né descrizioni di casi in letteratura italiana, e da qui si comprende la difficoltà di riconoscere il problema e il fatto che i disturbi da discontrollo degli impulsi siano relativamente difficili da trattare; l'alta percentuale di ricadute e la frustrazione del paziente e spesso del terapeuta quando il tentativo di cambiamento fallisce sono testimonianza della tenacia di alcuni comportamenti, talvolta vissuti come necessari dall'individuo per non soccombere (Carmin, 1998).

Riassunto

Lo shopping compulsivo può essere descritto come una *perdita cronica del controllo degli impulsi* che evolve in un *pattern* ripetitivo determinante conseguenze, talvolta, catastrofiche. Alcuni studi suggeriscono che la prevalenza del disturbo nella popolazione generale sia dell'1,1%. Gli episodi di shopping compulsivo hanno una frequenza media di 17 (± 13) episodi mensili ed una durata che oscilla dall'ora alle sette ore ad episodio. I prodotti più soggetti allo shopping compulsivo sembrano essere, principalmente quelli legati all'apparenza fisica, all'attrattività e all'immagine esteriore. La scarsa valutazione di sé potrebbe essere un fattore molto importante nell'eziologia del disturbo. Gli oggetti comprati sono visti come sostituto delle carezze paterne. Krueger identifica la spinta a comprare come un tentativo di aggiustare, in modo tangibile, una rottura del legame tra il Sé e l'Oggetto-Sé (persona significativa). Questa rottura è seguita da sentimenti di *vuoto* e *ansietà*, dovuti ad un debole senso di sé; tali sentimenti determinano la spinta ad acquistare qualcosa per divenire desiderabili attraverso l'esteriorità.

L'arresto nello sviluppo riguarda sia il Sé corporeo sia il Sé psicologico. L'individuo che ha un esordio comportamentale nello shopping compulsivo ha un'immagine distorta o incompleta del proprio corpo, sommata ad una fiducia vulnerabile nella valutazione degli altri, soprattutto fisica.

L'individuo, nel tentativo di compensare la "distorsione della autonomia", mette in atto tutta una serie di attività che forniscono soddisfazioni vicarianti, ma che non rispondono alle reali esigenze della persona. A causa della bassa autostima e della mancanza di rispetto per sé, l'*addict*

necessità del supporto esterno per sopravvivere; da qui la *funzione compensatoria* dell'acquistare. Il paziente, man mano che diviene capace di dare senso alle proprie esperienze, ai propri atti, può guadagnare uno spazio psichico interno nel quale sperimentare un senso di libertà e pertanto sentire maggiormente il controllo dei propri sintomi, oppure può non aver più bisogno di esprimere alcun disagio attraverso di loro.

Secondo Scherhorn, per superare la “dipendenza” dallo shopping compulsivo, è necessario individuare le esperienze-chiave che hanno portato la persona alla “distorsione dell'autonomia”. Noi pensiamo che i pazienti gravi con shopping compulsivo traggano giovamento da un *lavoro psicoanalitico*, intendendo con questo termine una tecnica psicodinamica che sia pensata *ad hoc* per quello specifico paziente. Al termine della psicoterapia breve è opportuno programmare, a distanza di tempo, altre consultazioni di controllo. Il trattamento psicoterapeutico ad orientamento psicoanalitico si fonda sul dialogo intrapsichico analista/analizzando tramite l'analisi del transfert e la coscienza del controtransfert. L'abitudine contratta a soddisfare i bisogni in tal modo, se genera angoscia nella parte adulta del soggetto, offre senso di certezza, seppur illusoria, alla sua parte infantile attraverso l'atto magico del possedere. Una corretta valutazione diagnostica del problema ed un successivo trattamento idoneo alla personalità ed alla problematica del paziente potrebbero porre fine al disagio o, comunque, alleviarlo. Come si è cercato di indicare, le tecniche psicoterapeutiche propongono vari approcci che tengono conto della disponibilità psicologica del paziente a lavorare in un certo modo e della gravità del disturbo stesso.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (1987). *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, III ed. riveduta (DSM-III-R), tr.it. Masson, Milano (1989).
- American Psychiatric Association (1994). *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, IV ed.(DSM-IV), tr. it. Masson, Milano (1996).
- American Psychiatric Association (2001). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV-TR). A.P.A., Washington, DC.
- Alexander W. (1996). SRIs found to be helpful in treating OCD. *Drug Topics*, 140 (4), 56-58.
- Arthur C. (1992). Fifteen million Americans are shopping addicts. *American Demographics*, 14 (3), 14-15.
- Bayle F. J., Chignon J. M. (1996). Alternative addictions: apropos of 3 cases. *Encephale*, 22 (4), 293-297.
- Bearden W. O., Netemeyer R. G. & Teel, J. E. (1989). Measurement of consumer susceptibility to interpersonal influence. *Journal of Consumer Research*, 15, 473-481.
- Beck A. T., Ward C. H., Mendelson M. *et al.* (1961). An inventory for measuring depression. *Arch. Gen. Psychiatry*, 4, 561-571.
- Belk R. W. (1984). Three scales to measure constructs related to materialism: reliability, validity, and relationships to measures of happiness. In: T. Kinnear (Ed.), *Advances in Consumer Research*, 11, 753-760. Provo UT: Association for Consumer Research.
- Belk R. W. (1985). Materialism: trait aspect of living in the material word. *Journal of Consumer Research*, 12, 265-281.
- Black D. W. & Gabel J. M. (1995). *Treatment of Compulsive Buying with Fluvoxamine*. Paper presented at the American Psychiatric Conference, Miami, May.
- Black D. W., (2001). Compulsive buying disorder: definition, assessment, epidemiology and clinical management. *CNS Drugs*, 15(1), 17-27.
- Bleuler E. (1924). *Textbook of Psychiatry*. New York, NY:Macmillan, 538-540.
- Brister D. & Brister P. (1987). *The vicious circle phenomenon*. Birmingham, AL: Diadem.
- Carmin C. N. (1998). Addicted women : when your patient can't stop drinking, smoking, shopping, eating. *International Journal of Fertil Women Med*, 43 (4), 179-185.
- Cox D., Cox A. D., Moschis G. P. (1990). When consumer behavior goes bad:

- An investigation of adolescent shoplifting. *Journal of Consumer Research*, 17, 149-159.
- Christenson G. A. *et al.* (1992). *A descriptive study of Compulsive Shoppers*. Paper presented at the American Psychiatric Association Conference, Washington D.C.
- Christenson G. A., Faber R. J., deZwaan M. *et al.* (1994). Compulsive Buying: descriptive characteristics and psychiatric comorbidity. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 5-11.
- Cushman P. (1990). Why the self is empty - *American Psychologist*, 45, 599-611.
- Dittmar H., Beattie J., Friese S. (1996). Objects, decision considerations and self-image in men's and women's impulse purchases. *Acta Psychologica* (Amst), 93 (1-3), 187-206.
- d'Astous A. (1990). An inquiry into the compulsive side of "Normal" Consumer. *Journal of Consumer Policy*, 13, 15-31.
- d'Astous A. & Tremblay S. (1988). The compulsive side of "normal" consumers: An empirical study. In: G. J. Avlonitis, N. K. Papavasiliou & A. G. Kouremenos (Eds), *Marketing thought and practice in the 1990's*, 657-669. Athens: the Athens School of Economics and Business Science.
- Elliott R. (1994). Addictive Consumption: function and fragmentation in postmodernity. *Journal of Consumer Policy*, 17, 159-179.
- Ewen S. & Ewen E. (1982). *Channels of desire: mass images and the shaping of American consciousness*. New York: McGraw-Hill.
- Faber R. J., O'Guinn T. C. & Krych, R. (1987). Compulsive Consumption. In: M. Wallendorf & P. Anderson (Eds), *Advances in Consumer Research*, 14, 132-135. Provo, UT: Association for Consumer Research.
- Faber R. J., O'Guinn T. C. (1988a). Compulsive consumption and credit abuse. *Journal of Consumer Policy*, 11, 97-109.
- Faber R. J., O'Guinn T. C. (1988b). Dysfunctional consumer socialization: A search for the roots of compulsive buying. In: P. Vanden Abeele (Ed.), *Psychology in micro and macro economics*. Proceedings of the 13th Annual Colloquium of the International Association for Research in Economic Psychology, Leuven, Belgium, September 28-October 1.
- Faber R. J., O'Guinn T. C. (1992). A clinical screener for compulsive buying. *Journal of Consumer Research*, 19, 459-469.
- Faber R. J., Christenson G. A., deZwaan M. & Mitchell J. (1995). Two forms of compulsive consumption: comorbidity of compulsive buying and binge eating. *Journal of Consumer Research*, 22, 296-304.
- Featherstone M. (1991). *Consumer culture and postmodernism*. London: Sage.

- Feldman M. P., McCulloch M. J. (1971). *Homosexual behavior: therapy and assesment*. Oxford, England: Paragon.
- Fierman J. (1995). Saving the Spendaholics. *Fortune*, 132 (2), 14-15.
- Firat A. F. (1992). Fragmentation in the postmodern. *Advances in Consumer Research*, 19, 203-205.
- Fischer E., Arnold S., J. (1990). More than a Labor of Love: Gender Roles and Christmas Gift Shopping. *Journal of Consumer Research*, 17, 333-345.
- Flugel J. C.(1930). *The psychology of clothes*. Hogard Press, London. tr. it. Franco Angeli Editore, Milano (1992).
- Freud S. (1918). *Il caso dell'uomo dei lupi. Dalla storia d i una nevrosi infantile*. Bollati Boringhieri, Torino. Titolo originale: *Aus der Geschichte einer infantilen Neurose*. Sammlung kleiner Schriften zur Neurosenlehre, 4, 1918.
- Freud S. (1928). *L'avvenire di un'illusione*. In: Freud Opere (1924-1929), volume decimo, Boringhieri, Torino. Titolo originale: *Die Zukunft einer Illusion*. International Psychoanalytischer Verlag, Lipsia-Vienna-Zurigo.
- Gergen K. (1991). *The saturated self: dilemmas of identity in contemporary life*. New York: Basic Books.
- Glatt M. M. & Cook C. C. H. (1987). Pathological spending as a form of psychological dependence. *British Journal of Addiction*, 82, 1257-1258.
- Gossop M. (Ed.) (1989). *Relapse and addictive behavior*. London: Tavistock/Routledge.
- Hanson, G. (1993). Shopping till they drop. Their self-control. *Insight on the News*, 9 (51), 12-16.
- Hirschman E. C. (1992). The consciousness of addiction: toward a general theory of compulsive consumption. *Journal of Consumer Research*, 19, 155-179.
- Hoch S. J. & Loewenstein G. F. (1991). Time-inconsistent preferences and consumer self-control. *Journal of Consumer Research*, 17, 492-507.
- Hodgson R., Rachman S. (1977). Obsessional compulsive complaints. *Behav. Res. Ther.*, 15, 389-395.
- Holmstrom D. (1985). Controlling compulsive spending. *American Way*, (October) 67-69.
- Isen A. (1984). Towards understanding the role of affect in cognition. In: R. Wyer, JR & T. Srull (Eds). *Handbook of Social Cognition*, 179-228. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Jacobs D. F. (1986). A general theory of addictions: A new theoretical model. *Journal of Gambling Behavior*, 2, 15-31.
- Jacoby S. (1986). Compulsive Shopping. *Glamour*, 84 (April), 348-351.

- Kaplan H. I. & Kaplan H. S. (1957). The psychosomatic concept of obesity. *Journal of Nervous and Mental Disorder*, 125, 181-201.
- King A. (1981). Beyond propensities: towards a theory of addictive consumption. In: K. Bernhardt et al. (Eds). *The changing Marketing Environment-New theories*, 132-135. Chicago: American Marketing Association.
- Kohut H. (1980) *La guarigione del Sé*. Boringhieri, Torino/titolo originale: *The restoration of the Self*/1977 Int. Un.Press/
- Kraepelin E. (1915). *Psychiatrie*. 8th ed. Leipzig, Germany: Verlag Von Johann Ambrosius Barth, 409.
- Krahn D. D. (1991). The relationship of eating disorders and substance abuse. *Journal of Substance Abuse*, 3 (2), 239-259.
- Krueger D. W. (1988). On compulsive shopping and spending: A psychodynamic inquiry. *American Journal of Psychotherapy*, 42, 574-585.
- Krych R. (1989). Abnormal consumer behavior: A model of addictive behaviors. *Advances in Consumer Research*, 16, ed. T. K. Srull, Provo, UT: Association for Consumer Research, 745-748.
- Lash C. (1981). *La Cultura del Narcisismo*. Bompiani, Milano (p.64).
- Lawrence L. (1990). The psychodynamics of the compulsive female shopper. *American Journal of Psychoanalysis*, 50, 67-70.
- Lejoyeux M., Tassain V., Solomon J., Ades J. (1997). Study of compulsive buying in depressed patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58(4), 169-173.
- Lejoyeux M., Haberman N., Solomon J., Ades J. (1999). Comparison of buying behavior in depressed patients presenting with or without compulsive buying. *Compr. Psychiatri*, 40 (1), 51-56.
- Lytard J. F. (1979). *Le condition postmoderna: rapport sur le savoir*. Minuit, Paris (p.109). Tr. it. Feltrinelli, Milano (1981).
- Marchand R. (1985). *Advertising the American Dream*. Berkeley: University of California Press.
- Markus H. & Nurius P. (1986). Possible Selves. *American Psychologist*, 41, 954-969.
- Marlatt A., Baer J., Donovan D. & Kivlahan D. (1988). Addictive Behaviors: Etiology and Treatment. *Annal Review of Psychology*, 39, 223-252.
- McElroy S. L. et al. (1991). Treatment of Compulsive Shopping with Antidepressants. *Annals of Clinical Psychiatry*, 3, 199-204.
- McElroy S. L., Kec P. E. et al. (1994). Compulsive buying: A report of 20 cases. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 242-248.
- Mundis J. (1986). A way back from deep debt. *New York Times Magazine*, January 5, 22-26.

- Natarajan R. & Goff B. (1992). Manifestations of Compulsiveness in the Consumer-Marketplace Domain. *Psychology & Marketing*, 9 (1), 31-44.
- O'Guinn T. C., Faber R. J. (1989). Compulsive buying: A phenomenological exploration. *Journal of Consumer Research*, 16, 147-157.
- Orford J. (1985). *Excessive Appetites: A psychological view of addictions*, New York: John Wiley.
- Pani R. (1989) *Le tecniche psicoanalitiche per adulti*, Piccin-Padova.
- Pani R., Biolcati R. (1999). *Shopping Compulsivo. Note di psichiatria psicomica*. QuattroVenti, Urbino.
- Pani R.- Ghellini MM (2002) *Il Sé e lo Psicodramma Analitico* in Quaderni di Psiconalisi e Psicodramma Annalitico 1-2 Giugno-Dicembre 2002, Anicia-Roma
- Parisi A. (1995). Addicted to the urge to splurge. *Maclean's*, December 11, 58-59.
- Peele S. & Brodsky A. (1975). *Love and addiction*. New York: Taplinger.
- Popkin M. K. (1989). Impulse Control Disorders Not Elsewhere Classified. In: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Harold, I. & Sadock, B. J. (Eds). Baltimore: Williams & Wilkins, 1145-1155.
- Roberts J. A., Tanner J. F. Jr. (2000). Compulsive buying and risky behavior among adolescent. *Psychological Report*, 86 (3 Pt 1), 763-770.
- Roberts J. A., Tanner J. F. Jr. (2002). Compulsive buying and sexual attitudes, intentions, and activity among adolescents : an extension of Robers and Tanner (2000). *Psychological Report*, 90 (3 Pt 2), 1259-1260.
- Rocca G. et al. (1997). *Prescrivere. Il nuovo prontuario terapeutico*, 2° ed., Edizioni Minerva Medica, Torino.
- Rook D. W. (1985). The ritual dimension of consumer behavior. *Journal of Consumer Research*, 12, 251-264.
- Rook D. W. (1987). The Buying Impulse. *Journal of Consumer Research*, 14, 189-199.
- Rosemberg M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press.
- Salzman L. (1981). Psychodynamics of the Addictions. In: *Behavior in Excess: An Examination of Volitional Disorders*, S. Joseph Mule (ed.), New York: Free Press, 338-349.
- Scherhorn G. (1990). The addictive trait in buying behavior. *Journal of Consumer Policy*, 13, 33-51.
- Scherhorn G., Reisch L. A. & Raab G. (1990). Addictive Buying in west Germany: An Empirical Study. *Journal of Consumer Policy*, 13, 355-388.
- Schwartz H. J. (1992). Treatment Planning. Psychoanalytic Psychotherapy for

- a woman with Diagnoses of Kleptomania and Bulimia. *Hospital and Community Psychiatry*, 43 (2), 109-110.
- Shapiro D. (1981). *Autonomy and rigid character*. New York: Basic Books.
- Sobell M. B. & Sobell L. C. (1978). *Behavioral treatment of alcohol problems: Individualized therapy and controlled drinking*. New York: Plenum.
- Spielberger C. D., Gorsuch R. L., Lushene R. E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press. Tr. it. Organizzazioni Speciali (O.S.), Firenze (1989).
- Spitzer R. L., Williams J. B. W., Gibson M. *et al.* (1989). *Structured Clinical Interview for DSM-III-R*, Revised (SCID). New York, NY: Biometric Research, New York Psychiatric Institute. American Psychiatric Press (1990). Tr. it. O.S. Organizzazioni Speciali, Firenze (1993).
- Squicciarino N. (1996). *Il vestito parla: considerazioni psicosociologiche sull'abbigliamento*. Arnando Editore (p. 181).
- Tatzel M. G. (1982). Skill and motivation in clothes shopping: Fashion conscious, independent, anxious and apathetic consumers. *Journal of Retailing*, 58, 90-96.
- The University of California, Berkeley Wellness Letter (1994). Yo-yo shopping. *Health Letter Associates*, 11 (3), 4-5.
- Valence G., d'Astous A., & Fortier L. (1988). Compulsive Buying: Concept and Measurement. *Journal of Consumer Policy*, 11, 419-433.
- Winestine M. C. (1985). Compulsive Shopping as a derivate of childhood seduction. *Psychoanalytic Quarterly*, 54, 70-72.
- Witkin G. (1988). The shopping fix. *Health*, 20 (5), 73-78.
- Zepp I. (1986). *The new religious image of urban America: the shopping mall as ceremonial center*. Westminster, MA: Christian Classic Inc.