



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI
PADOVA**

**Dipartimento di psicologia dello
sviluppo e della socializzazione**

**Corso di laurea in scienze psicologiche dello
sviluppo, della personalità e delle relazioni
interpersonali**

Tesi di laurea triennale

**L'influenza della famiglia nello sviluppo e nel
trattamento della dipendenza da eroina**

**The influence of the family in the development and treatment of heroin
addiction**

Relatrice

Prof.ssa Michela Lenzi

Laureanda: Laura

Miotto

*Matricola:*1204457

Anno Accademico 2021/2022

A mio zio, Luca.

ABSTRACT

L'obiettivo principale di questa tesi è testimoniare l'importanza delle relazioni ed in particolare del sistema familiare in una psicopatologia come la dipendenza da eroina vista ancora dal senso comune come una scelta sbagliata, un conseguenza dello "sballo", un semplice meccanismo biochimico. Ma esaminando la letteratura il retroscena si è rivelato molto più complesso.

Dopo la grande diffusione avuta fra gli anni ottanta e novanta del secolo scorso, la produzione di eroina è ancora molto frequente, con un traffico che ha saputo resistere anche agli ostacoli posti dalla pandemia e una media di otto overdose ogni dieci morti da iniezione.

Oltre alla sieropositività ad aggravare ancora di più il quadro patologico sono le diagnosi di comorbidità suggerite dal manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali: depressione, disturbi esternalizzanti, borderline e bipolare, schizofrenia.

Nonostante la predisposizione genetica, un profilo di personalità distinto da tratti impulsivi ed esperienze traumatiche o di abuso nella prima infanzia, l'instaurarsi di un attaccamento disorganizzato e capacità genitoriali inefficienti durante l'adolescenza (ad esempio uno scarso monitoraggio) si sono rivelati i principali predittori di comportamenti devianti associati all'abuso di sostanze. Una carenza di accudimento che il modello eziopatogenetico relazionale rintraccia nei rapporti irrisolti del genitore con il proprio caregiver. Nel suo complesso questa situazione non fornisce al ragazzo dei validi esempi con cui identificarsi, spingendolo a cercare conforto nella droga.

A tal proposito gli interventi in grado di coinvolgere primariamente e non in modo ausiliario le figure genitoriali si sono rivelati particolarmente efficaci rispetto alle tecniche solitamente adottate (trattamento farmacologico, terapia individuale e comunità terapeutica), a testimonianza della centralità della famiglia e del suo ruolo chiave nell'insorgenza e nel recupero dalla tossicodipendenza.

INDICE

INTRODUZIONE	1
CAPITOLO 1.....	2
1.1 Prevalenza e rischi associati	2
1.2 Classificazione diagnostica e comorbidità psichiatrica	4
CAPITOLO 2.....	8
2.1 Aspetti individuali	8
2.2 Aspetti relazionali.....	10
CAPITOLO 3.....	15
3.1 Il modello “eziopatogenetico relazionale” della dipendenza da eroina.....	17
CAPITOLO 4.....	22
4.1 Trattamento con metadone.....	22
4.2 Psicoterapia individuale	23
4.3 Comunità terapeutica e narcotici anonimi	25
4.4 Il contributo della famiglia	27
CONCLUSIONE	32
BIBLIOGRAFIA	33
RINGRAZIAMENTI	38

INTRODUZIONE

Spesso la tossicodipendenza viene considerata come una semplice reazione biochimica del nostro organismo all'assunzione abitudinaria di una sostanza stupefacente, dando poca se non marginale importanza al sistema culturale.

All'interno di questa organizzazione ecologica, un ruolo fondamentale sembra essere rivestito dal microsistema delle nostre interazioni quotidiane. Infatti, la storia relazionale e il senso di appartenenza si sono dimostrati fondamentali nella comprensione di una psicopatologia così seria.

L'elaborato, dunque, è volto ad analizzare l'influenza familiare nello sviluppo e nella cura della tossicomania.

L'approfondimento di tale argomento ha una duplice natura. Grazie all'esperienza formativa presso l'ente "Cooperativa SONDA" ho potuto osservare più da vicino questo disturbo, ponendomi in una prospettiva diversa, che si discostava dalla classica impostazione "vizio – conseguenze".

Attraverso un'analisi bibliografica della letteratura risalente agli ultimi vent'anni, questa tesi si pone l'obiettivo di evidenziare un approccio verso la droga e più in particolare verso l'eroina ancora sottovalutato dalla società odierna.

A questo proposito, l'assunto si articola in cinque principali capitoli.

Inizialmente viene dato un quadro generale che mostra: la prevalenza di eroina nel mondo, i suoi effetti sulla salute, la classificazione presentata dall'ultima edizione del manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM – V) e i più frequenti disturbi in comorbidità.

Si prosegue con l'elencazione dei maggiori fattori di rischio e l'esposizione di un modello eziopatogenetico relazionale.

La quarta parte prende in esame i metodi di intervento più diffusi, concentrandosi su alcuni modelli di terapia familiare.

La trattazione si conclude con alcuni suggerimenti per la ricerca futura e le implicazioni per la prevenzione e l'intervento.

CAPITOLO 1

Questo primo capitolo cerca di dare un quadro generale della sostanza trattata, soffermandosi sulla prevalenza, la mortalità, i rischi associati e la diagnosi.

1.1 Prevalenza e rischi associati

Secondo il Rapporto Mondiale sulla Droga 2021 effettuato da United Nations Office on Drugs and Crime (UNODOC, 2021), nel 2019 62 milioni di persone hanno fatto uso di oppioidi per scopi non medici.

Nord America (3,3 percento) ed Europa (0,8 percento) si posizionano rispettivamente ai due estremi della bilancia, con un aumento che vede protagoniste anche Asia ed Africa; per quest'ultima si prospetta una crescita di oltre il 40 percento nella prossima decade, sia per il basso reddito che per la forte presenza giovanile.

A dominare la scena produttiva è invece l'Asia, dove l'Afghanistan vanta l'85 percento della produzione mondiale di oppioidi; un primato dovuto all'interconnessione fra politica, sicurezza e narcotraffico. Con le prime due messe in discussione durante i negoziati di pace, l'economia illecita come importante creatore di ricchezza non deve essere trascurata.

Nel 2019 il traffico di eroina è stato riportato in 99 paesi, un fenomeno che ha saputo resistere anche alle difficoltà poste dalla pandemia, grazie all'incremento delle vendite online che hanno dimostrato la capacità di questo mercato di adattarsi velocemente ai cambiamenti dell'ambiente e delle circostanze.

Più di un milione di morti sono state attribuite alla droga negli scorsi due anni. Solamente negli Stati Uniti ed in particolare nel nord del paese, si sono registrate 50.000 overdose, dovute soprattutto all'uso non medico di oppioidi sintetici, prevalentemente antidolorifici come tramadolo e fentanyl; un fenomeno che cominciò a prendere piede a partire dal 1997 con la diffusa prescrizione di oppioidi per la cura del dolore, considerati più sicuri e meno soggetti allo stigma, quindi più facili da reperire. Tale fatto suggerisce come in molti casi l'utilizzo di una droga sia legato alla sua disponibilità più che alla sua preferenza rispetto ad un'altra.

Contrariamente in Europa, in cui troviamo in primo piano Germania, Italia ed Austria, continua a prevalere il consumo e la disponibilità di eroina. Di conseguenza, vi è anche

un rialzo nei decessi, con una media di otto overdose ogni dieci morti da iniezione.

L'iperdosaggio, tuttavia, non è l'unica causa di morte tra i consumatori di questa sostanza. Oltre al suicidio, dovuto alla sindrome depressiva, l'infezione da HIV e l'epatite C (HCV) si rivelano gli effetti più severi della dipendenza da eroina.

Per quanto riguarda il virus dell'immunodeficienza umana, il rischio di trasmissione è dettato dall'atteggiamento dell'individuo. Gossop e collaboratori (1993) individuano, tra i principali comportamenti a rischio: la condivisione dell'attrezzatura per l'iniezione e il comportamento sessuale.

Nel primo caso, lo studio indagava la relazione fra la gravità della dipendenza e la condivisione passiva (la spartizione di apparecchiature per l'iniezione precedentemente utilizzate) in 408 eroinomani. I risultati mostravano come man mano che i consumatori diventavano più dipendenti, i tipi di fattori che li predisponavano alla condivisione potevano cambiare. I motivi più frequentemente citati erano: la difficoltà nel reperire attrezzature sterili, soprattutto nelle carceri, il sentirsi al sicuro con l'altra persona e l'uso con un partner sessuale. Ulteriori aspetti indicavano come gli iniettori che avevano condiviso gli strumenti tendevano ad essere più anziani, non essere mai stati in trattamento e aver fatto uso di altre droghe oltre all'eroina.

Nel secondo caso l'indagine, che comprendeva lo stesso numero di partecipanti, ha indicato come la gravità della dipendenza fosse correlata alla frequenza delle transizioni "sex for money" e "sex for drug" con un basso utilizzo del preservativo.

In entrambi i casi, la consapevolezza del rischio non era associata all'evitamento del comportamento. A tal proposito, l'articolo conclude confermando che la principale via di infezione da HIV passa attraverso la trasmissione sessuale: nonostante i tossicodipendenti possano ridurre le loro pratiche di iniezione, perpetuano rapporti non protetti con altri consumatori.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (2012) afferma che l'HCV infetta approssimativamente 150 milioni di persone ed è responsabile di 350.000 vittime l'anno per il cancro al fegato.

Interessante è lo studio di Weng, Finch e Wolf (2013), i quali hanno trovato una forte co-occorrenza fra epatite C e disturbi psichiatrici: sembra infatti che i pazienti psichiatrici abbiano una più alta prevalenza di infezione da HCV. Rischio dettato dalla maggiore probabilità di incorrere in comportamenti poco sicuri, dalla scarsa autonomia

e dall'incapacità di instaurare relazioni stabili. Sebbene non sia stato esplicitato quale delle due patologie preceda l'altra, l'evidenza afferma che la maggior parte dei pazienti affetti da HCV si rivolgono ai centri di salute mentale più frequentemente rispetto a coloro cui non è stata diagnosticata la malattia.

Come riportato in precedenza, specialmente negli Stati Uniti, è emersa la presenza di più sostanze nelle overdosi da oppioidi. Oltre a quelli già citati, uno dei più comuni patterns prevede la cocaina.

All'interno della loro revisione Leri, Bruneau e Stewart (2001) evidenziano come la poli-assunzione sia diffusa in più paesi, fra i quali Italia, Spagna e Svizzera ed abbia un'alta preponderanza, portando ad esiti negativi non solo per la società, ma anche per l'individuo stesso (costi maggiori e bassa aderenza al trattamento).

La somministrazione può verificarsi in due modalità differenti ma non esclusive; può avvenire *simultaneamente*, secondo Leri et al. (2001) nei casi in cui: la combinazione delle due sostanze prevede un unico set di effetti soggettivi che sono preferibili ad entrambe le droghe da sole; la combinazione induce un maggior effetto positivo rispetto alle due sostanze prese unicamente; la combinazione serve ad uno scopo particolare, come quello di "self – medication". Può invece avere luogo *sequenzialmente*, nei casi in cui una sostanza può potenziare il desiderio dell'altra oppure l'effetto di una può alleviare i sintomi dell'altra.

1.2 Classificazione diagnostica e comorbidità psichiatrica

Il più recente inquadramento nosografico dei diversi tipi di dipendenza è proposto dal DSM – 5 nella categoria "disturbi correlati a sostanze" e "disturbi da *addiction*" (Sanavio, 2016, p.196). Una versione quest'ultima che contrariamente alle precedenti ha riunito in una sola categoria l'*abuso* di sostanze e la *dipendenza* da sostanze. Una scelta che si è rivelata fonte di dibattito poiché nonostante i dati statistici epidemiologici suggeriscano che fra l'una e l'altra condizione non esiste un confine netto, secondo altri tale argomentazione dal punto di vista concettuale è completamente priva di senso e rischia di incrementare lo stigma sociale. Suggestiscono quindi una diagnosi differenziale di "uso ricreativo": l'individuo non manifesta disagio o compromissioni clinicamente significativi, anche nel caso di droghe pesanti (Frances, 2013, citato da

Sanavio, 2016, p.198).

Ritornando alla classificazione principale, il manuale descrive la differenza fra: *disturbo da uso*, pattern problematico di utilizzo; *intossicazione*, eccesso di consumo; *astinenza*, cessazione dell'uso quotidiano e prolungato.

Inoltre, il comportamento tossicomane è caratterizzato da due segni principali: il *craving*, meglio definito come voglia, bramosia, necessità della sostanza e la perdita di controllo, che si manifesta nell'incapacità di esimersi da comportamenti dannosi correlati al suo utilizzo (Congia, 2003, citato da Palmonari, 2011).

Altre componenti di rilievo quali l'ansietà, la labilità dell'umore e la disforia si incontrano frequentemente nelle persone con problemi di dipendenza. Nel DSM, questi sintomi, vengono inclusi in quadri psichiatrici associati, "comorbili", che possono essere indotti o manifestarsi indipendente dall'assunzione della droga (Maremmani et al., 2007, 2010, Pani et al., 2010, citati da Palmonari 2011) e fra i quali troviamo in primis lo spettro dei disturbi esternalizzanti (Beauchaire, T.P., Zisner, A.R., Sauder, C.L., 2017).

Al limite inferiore di questo continuum vi è il disturbo da deficit di attenzione – iperattività (ADHD). Gli studi di Molina e Pelhan (2003) e Fergusson, Horwood e Ridder (2006) si concentrano in particolare sulla dimensione della *disattenzione*, la quale porta ad uno scarso rendimento scolastico e a difficoltà di relazione con i pari; aspetti che possono condurre ad un successivo isolamento ai margini della società in cui gravitano norme e comportamenti lontani da quelli convenzionali che favoriscono l'espressione del disturbo della condotta (CD).

All'estremità opposta è collocato invece il disturbo antisociale di personalità (ASPD) che con i suoi tratti caratteristici di apatia e disonestà possiede la più alta correlazione con il disturbo da uso di sostanze, solo se con esordio del disturbo della condotta prima dei 15 anni (Goldestein, Compton, Pulay, Ruan, Pickering, Stinson e Grant, 2007).

È inoltre presente un'associazione tra disturbo da abuso di sostanze e depressione, che può essere spiegata dal contributo neurobiologico o dalla teoria dell'automedicazione (Moustafa, Tindle, Cashel, Parke, Mohamed e Hamza, 2020).

Nel primo caso vengono messe in evidenza tre possibilità: l'ipotesi della carenza di ricompensa, la quale sostiene che gli individui con insufficienze di segnalazione nei circuiti della ricompensa potrebbero essere a maggior rischio di diventare

tossicodipendenti, poiché si servirebbero della sostanza per stimolare questo sistema. Disfunzione dell'asse ipotalamo – ipofisi – surrene (HPA) che, essendo associata a un prolungato rilascio di cortisolo in risposta agli eventi stressanti, porta a cambiamenti fisiologici e all'attivazione di pensieri negativi; allo stesso modo i consumatori cronici di eroina producono alti livelli di questo ormone mostrando sintomi depressivi. Dopo la continua esposizione all'eroina, si sviluppa una tolleranza e svanisce l'effetto piacevole, a tal punto il desiderio della sostanza viene motivato dal mantenimento dell'omeostasi.

Nel secondo caso, gli individui tramite la droga cercano di alleviare i loro stati negativi. Gli studi sulle emozioni indotte dimostrano come l'umore avverso risulti il principale incentivo nell'uso della sostanza poiché aumenta il suo valore di aiuto.

La rassegna delle diagnosi in comorbidità procede con il disturbo bipolare e il disturbo borderline di personalità.

Goldestein e Buckstein (2009) hanno appurato come i pazienti bipolari con disturbo da uso di sostanze risultassero più impulsivi, propensi al suicidio, mutassero più velocemente alla fase di mania ed avessero una minore considerazione della vita, insieme alla bassa aderenza al trattamento. Tale rischio risultava maggiore qualora la patologia si fosse palesata in età adolescenziale accompagnata dal consumo di alcool da parte dei genitori, dall'abuso fisico e sessuale, dal disturbo della condotta e dal disturbo post-traumatico da stress (PTSD).

Invece, per quanto riguarda il disturbo borderline, la corrispondenza è spiegata da Trull, Sher, Minks – Brown, Durbin e Burr (2000) attraverso tre modelli eziologici che coinvolgono alcuni tratti di personalità. Nonostante la loro ricerca si concentri sull'abuso di alcool, risultati simili sono stati trovati per altri tipi di sostanze (Sher, 1999, citato da Trull et al., 2000).

In primo piano vi è la vulnerabilità farmacologica: diversi studi hanno notato differenze individuali negli effetti dell'alcool indicando una relazione fra personalità e “sensibilità all'alcool”, specialmente nei soggetti impulsivi tra i quali vi è un alto tasso di disturbo borderline.

Secondariamente è stata analizzata la regolazione affettiva: diversi motivi psicologici legati ai tratti di personalità sono stati trovati come ragioni per l'uso di alcool (ad esempio il nevroticismo è connesso al “bere per far fronte a”). Un segno distintivo del disturbo bipolare è l'instabilità affettiva. Poiché tale caratteristica si presenta come

imprevedibile e indesiderata i soggetti affetti da BPD sembrano particolarmente propensi ad utilizzare la sostanza per alleviare questo involontario effetto negativo.

Infine viene trattata l'ipotesi della propensione alla devianza, la quale afferma che i fattori costituzionali (temperamento) potrebbero interagire con lo scarso controllo parentale, a cui seguono problemi nella socializzazione, premonitori di una serie di comportamenti delinquenti propri dei ragazzi borderline (American Psychiatric Association, 1994).

Sfortunatamente, non vi sono indagini prospettiche definitive che supportino l'influenza di una patologia sull'altra.

In ultima analisi vi è la schizofrenia. La sua associazione con la tossicodipendenza è dovuta a fattori biologici (Volkow, 2009): la dopamina (DA). Questo neurotrasmettitore la cui sintesi avviene nei neuroni dopaminergici situati nel cervello è responsabile del controllo del movimento, dell'umore, delle capacità di attenzione, di alcune funzioni cognitive, dei meccanismi di ricompensa e piacere. Un eccessivo rilascio di DA può rinvenirsi nei sintomi positivi della schizofrenia (allucinazioni) e nei sistemi di rinforzo della dipendenza. Contrariamente bassi livelli si ritrovano nei sintomi negativi (deficit nelle normali risposte emotive) e nel "neuroadattamento" che deriva dall'esposizione ripetitiva alla droga. Aspetti che possono interferire con il trattamento farmacologico della patologia: alcuni antipsicotici, inibendo i recettori della dopamina (D2), interferiscono con la sua trasmissione. È comprensibile quindi che i pazienti possano far uso della sostanza per compensare l'anedonia o i deficit cognitivi indotti dal blocco di D2. Un'ulteriore spiegazione può essere trovata nella neuropatologia sottostante al disturbo psichiatrico, che può contribuire a una maggiore vulnerabilità alla dipendenza.

CAPITOLO 2

In questa seconda parte della trattazione verranno discussi i principali fattori di rischio che favoriscono lo sviluppo dell'abuso di eroina, suddivisi rispettivamente in aspetti individuali e relazionali per una migliore comprensione della loro influenza.

2.1 Aspetti individuali

Studi epidemiologici hanno indicato che i fattori genetici spiegano il 40-60% del rischio di abuso verso una sostanza; una stima che per quanto riguarda l'eroina si avvicina al 38% (Tsuang et al., 1996, Kendler et al., 2003, citato da Nielsen, Ji, Yuferon, Ho, He, Ott e Kreek, 2010). Questa predisposizione potrebbe spiegare perché circa un terzo delle persone esposte all'utilizzo di oppiacei sviluppano una dipendenza (Kreek, 2002, citato da Nielsen et al., 2010).

Nielsen et al. (2008) nel loro studio hanno individuato specifici genotipi autosomici (l'autosoma è ciascun cromosoma che non partecipa alla determinazione del sesso) responsabili della trasmissione della vulnerabilità alla tossicodipendenza. Alcune delle varianti genetiche includono: modificazioni nella codifica dei recettori μ (OPRM1) e κ , nei recettori dopaminergici D2 e D4, nel trasportatore della serotonina, nel recettore serotoninergico 1B e nei geni per l'enzima catecol – *O* – metiltransferasi.

Di interesse, è il lavoro di Levrán, Peles, Randesi, Li, Rotrosen, Ott, Adelson e Kreek (2014) che ha evidenziato un'associazione fra alcune delle varianti dei geni correlati allo stress e l'iniezione di eroina. Come sappiamo lo stress è un fattore di rischio critico, che riveste un ruolo importante sia nella ricerca e nell'assunzione della droga, che nell'eventuale ricaduta.

I recettori glucocorticoidi (GR) e mineralcorticoidi (MR) modulano la risposta allo stress regolando l'attività dell'asse HPA (ipotalamo – ipofisi – surrene).

Le varianti in considerazione riguardano un gene in grado di modificare la ricettività di GR tramite un ciclo di feedback negativo: l'aumento dei livelli intracellulari di questa particella cromosomica riduce l'affinità dei recettori glucocorticoidi. La sua espressione è dovuta in particolare all'abuso cronico della sostanza, a un tratto preesistente o all'esposizione traumatica.

In merito a quest'ultimo punto, diversi studi hanno mostrato un alto tasso di traumi

infantili tra individui con dipendenza da oppiacei (Mills et al., 2005; Nelson et al., 2006; Sansone et al., 2009, citato da Levran et al., 2014).

Banducci, Hoffeman, Lejuez e Konen (2014) suggeriscono che vi è un legame tra particolari tipi di traumi infantili e successivi modelli comportamentali ed affettivi disadattivi.

Secondo la «Teoria delle dinamiche traumageniche» di Finkelhor e Browne (1985, citato da Banducci et al., 2014) esperienze di stupro potrebbero portare i giovani ad imparare che le attività sessuali possono essere usate per ottenere affetto e ricompense, che poi si traducono in una successiva assunzione di rischi sessuali e promiscuità.

Per quanto riguarda il trauma fisico, la «Teoria dell'apprendimento sociale» asserisce che la vittima possa pensare che la violenza sia un modo efficace ed effettivo di reagire alla rabbia, mal interpretando i segnali provenienti dall'esterno.

In risposta a frequenti abusi emotivi i soggetti, non essendo in grado di regolare e gestire efficacemente le emozioni negative, possono compensare questo deficit attraverso l'iniezione della sostanza. I tossicodipendenti con una storia traumatica tendono infatti a preferire gli oppiacei per le loro proprietà analgesiche e la capacità di attenuare i sintomi di ipereccitazione associati allo shock (Bremner et al., 1994, citato da Hefferman, Cloitre, Tardiff, Marzuk, Portera, C. Leon, 2000).

Oltre ai fattori ereditari ed ambientali che modulano la risposta allo stress, non meno importanti risultano le caratteristiche di personalità nel determinare la variabilità interindividuale.

Naray, Shams, Jain e Gupta (1997) hanno esaminato un campione di 50 soggetti sani e 50 tossicodipendenti da eroina sottoponendoli ad alcuni test tra cui l'EPI (Eysenck Personality Inventory). Da quest'ultimo è emerso che i partecipanti dipendenti presentavano alti punteggi di nevroticismo, estroversione, impulsività e socievolezza. Inoltre, è risultato che hanno più bassi livelli di intelligenza, sono emotivamente meno stabili, hanno la tendenza ad ignorare le regole, hanno poca autostima, sono più sensibili, insicuri e perciò più inclini al senso di colpa.

Nonostante questi numerosi aspetti, il tratto che la letteratura ha indicato come più descrittivo è stato l'*impulsività*, ossia la tendenza ad agire sul "sentimento" del momento senza badare alle conseguenze future delle proprie azioni. Tale caratteristica pare aumentare l'orientamento verso la sostanza (Smith e Anderson, 2001, citato da

Coskunpinar e Cyders, 2013). Una possibile spiegazione risiede nella «Teoria della transizione persona – ambiente»: l'apprendimento dell'ambiente differisce da una persona all'altra in base alla predisposizione. In altre parole, secondo il modello di preparazione acquisita (PA), estensione della precedente teoria, due persone che vivono lo stesso evento, possono imparare cose diverse in funzione del loro tratto di impulsività (Caspi, 1993, Caspi e Roberts, 2001; Smith e Anderson, 2001, Smith et al., 2006, citato da Coskunpinar e Cyders, 2013). Quindi l'impulsività ha un impatto sul processo di apprendimento (condizionamento classico), accrescendo la probabilità di sviluppare un bias di attenzione e, di conseguenza, influenzando l'aumento del desiderio e dell'uso di sostanze (Coskunpinar e Cyders, 2013).

Tuttavia, secondo Shin e Chung (2013) vi sono differenti sottotratti dell'impulsività che sono stati monoliticamente raggruppati sotto un'unica etichetta. In merito, Whiteside e Lynam ne hanno estrapolati quattro dal “Five Factor Model” (o Big Five, di Robert R. McCrae e Paul T. Costa): urgenza (attitudine ad agire avventatamente per regolare le emozioni negative), mancanza di premeditazione (preferenza per ricompense immediate), scarsa perseveranza (carente concentrazione su compiti noiosi e difficili) e ricerca di sensazioni (preferenza per situazioni nuove). Ognuna di queste proprietà è diversa dall'altra e cattura differenti peculiarità del comportamento impulsivo.

L'obiettivo della ricerca attuale è comprendere quali di queste predice in maggior misura l'uso di sostanze fra i giovani adulti. Gli autori dello studio (Shin e Chung, 2013) hanno evidenziato principalmente: la mancanza di premeditazione, in cui gli individui appoggiandosi all'influenza dei pari o dei media sviluppano credenze positive sull'utilizzo della sostanza che alterano le probabili conseguenze negative; la sensation seeking, dove i benefici immediati in seguito all'assunzione mettono in ombra gli eventuali esiti sfavorevoli.

2.2 Aspetti relazionali

Comunità, pari e famiglia, si sono rivelati tra gli aspetti relazionali più importanti nell'insorgenza della dipendenza da eroina, soprattutto nel periodo adolescenziale, una fase della vita dettata da cambiamenti a livello biologico, psicologico e comportamentale che rendono le persone più sensibili all'uso delle droghe e alle loro

conseguenze. In particolare, le aree corticali prefrontali che sono coinvolte nel controllo degli atteggiamenti impulsivi e nella valutazione delle scelte e delle azioni in termini di rischio/beneficio, sono ancora in fase di sviluppo; vi è una maggiore vulnerabilità all'influenza sociale, aumenta la curiosità e la ricerca di sensazioni ed esperienze, la propensione per le novità e anche per le attività rischiose (Palmonari, 2011).

I quartieri a basso reddito e con un forte tasso di disoccupazione presentano un'alta prevalenza di tossicodipendenti, a causa della scarsa *coesione sociale* e della mancanza di centri sanitari appropriati, questioni che vanno ad alimentare l'ansia e lo svilimento (Pear, Ponicki, Gaidus, Keyes, Martins, Fink, Rivera – Aguirre, Gruenewald e Cerdà, 2019).

Il proliferare di segni di inciviltà fisiche e sociali fornisce agli adolescenti chiari segnali che i comportamenti “devianti” sono facilmente tollerati sia dalle forze preposte al mantenimento della sicurezza, sia dalla stessa comunità. Inoltre, la diminuzione del senso di protezione, porterebbe a un impoverimento delle relazioni e del controllo formale e informale.

Una delle conseguenze di questi fenomeni si manifesta nella perdita di fiducia nei confronti dei propri vicini e indirettamente nella riduzione della libertà dei ragazzi, insieme a un incremento della conflittualità familiare, con il risultato di influenzare negativamente il loro sviluppo (Vieno, Santinello, Crespi, 2002, Hill, Herman-Stahl, 2002, citati da Albiero, 2011).

In questo ambiente colmo di rischi, non meno rilevante risulta la pressione esercitata dai pari. Questa è l'età nella quale si spende maggior tempo con i coetanei. Le interazioni con loro aumentano e vengono percepite come inusualmente gratificanti, incoraggiano le persone a cambiare i propri atteggiamenti e valori per adattarsi alle aspettative del gruppo.

Nel mondo giovanile, le droghe sono facilmente accessibili, così che un interesse naturale in esse può svilupparsi. A un individuo può essere offerto un qualche tipo di narcotico, oppure il contesto sociale è favorevole alla sua assunzione, per cui se ne parla, altri lo usano: il soggetto può ritenere che non ci sia niente di male a provare (Palmonari, 2011). Infatti, Barrett e Turner (2006) affermano che l'uso e l'approvazione dell'uso di sostanze da parte degli amici è un importante fattore predittivo dell'abuso di droga negli adolescenti.

Il clima familiare, incluse le pratiche genitoriali (*parenting*) e la relazione di attaccamento genitore – figlio, si è rivelato essere un antecedente significativo della dipendenza da eroina fra i giovani.

In aggiunta alla diretta associazione che i pari e la famiglia hanno con questo fenomeno, la ricerca recente ha indagato se esiste un effetto moderatore fra questi due fattori. In merito, la letteratura suggerisce che la *qualità* del parenting possa predire il livello di esposizione a compagni devianti (Patterson & Dishion, 1985, Urberg, Luo, Pilgrim, & Degirmencioglu, 2003, citato da Eitle, 2005).

Scabini e Cigoli (2000, citati da Albiero, 2011) considerano l'adolescenza un "evento critico normativo" della vita familiare, un momento particolare di crisi potenziale per l'equilibrio fra i suoi componenti: le modalità abituali di funzionamento sperimentate fino a questo periodo risultano inadeguate e occorre operare una riorganizzazione, tramite l'attivazione di nuovi processi di adattamento. Affinché questo possa realizzarsi è necessario che i confini fra gli stessi membri e quelli con l'ambiente esterno siano chiari e sufficientemente *flessibili*, che permettano all'adolescente sia di sperimentare mentre usufruisce della protezione della famiglia, sia di costruire relazioni significative al di fuori di essa pur rimanendone un componente. Alcuni autori hanno definito questo processo *differenziazione familiare* (Anderson e Sabatelli, 1992; Cohen, Vasey e Gavazzi, 2003, citato da Albiero 2011).

Gli individui che provengono da queste famiglie, in cui il rispetto reciproco e l'intimità garantiscono un'autonomia appropriata tendono a riportare meno sentimenti di ansia e depressione, livelli più bassi di comportamenti aggressivi e un più sicuro senso di identità (Barber e Buehler, 1996; Gavazzi, 1994; Manzi et al., 2006, citato da Albiero, 2011).

Tale andamento evolutivo può essere riassunto dallo stile *autorevole*: i genitori valorizzano l'indipendenza ma fanno anche valere la propria autorità, rinforzando in modo coerente le regole e aspettandosi comportamenti più maturi e responsabili, giustificano le proprie richieste promuovendo il dialogo e il confronto. A metà fra i due estremi autoritario e permissivo, si ritiene fornisca il contesto ottimale per la crescita dei figli.

Due studi, rispettivamente di Fernández Hermida, Secades Villa, Seco ed Errasti Pérez (2003) e Fletcher e Jefferies (1999), hanno evidenziato l'esistenza e l'importanza di

alcune componenti di questa forma di parenting.

Nel primo caso, è emersa la dimensione principale: il *monitoring*, che può essere definito come la condivisione di attività, il ricercare informazioni chiedendo a insegnanti e altre figure di riferimento e soprattutto la disponibilità dell'adolescente a raccontarsi (*self-disclosure*). Costituisce un fattore protettivo nei confronti dei comportamenti devianti ed ha un'influenza bidirezionale: non solo il suo utilizzo riduce i comportamenti devianti, ma a tale diminuzione segue il rafforzamento del controllo esercitato dai genitori (Crouter e Head, 2002; Laird et al., 2001; Williams e Steinberg, 2011, citato da Albiero, 2011).

Infatti, i risultati del lavoro hanno confermato come uno scadente monitoraggio parentale sia associato ad un alto rischio di incorrere nell'abuso di sostanze da parte dei figli, aspetto che può essere tradotto nella mancanza di consapevolezza verso i comportamenti problematici dei ragazzi.

Nel secondo caso, altre tre pratiche si sono rivelate associate alla diminuzione dell'utilizzo di droga: l'imposizione o l'avvertimento di conseguenze disciplinari in seguito alla scoperta, l'espressione del proprio atteggiamento verso l'eroina, le percezioni che gli adolescenti hanno delle caratteristiche e dei comportamenti dei loro genitori.

Nonostante ciò, in pochi si sono interrogati sul peso della *struttura* familiare, solitamente considerata di poco interesse se prese in considerazioni altre variabili come la supervisione o la disciplina.

Sembra però lecito chiedersi cosa ponga sotto un maggior rischio il figlio di un genitore "single" rispetto a quello di una coppia, una volta messa in secondo piano la qualità. È in questa situazione che subentra l'organizzazione della famiglia: avere un solo genitore si traduce probabilmente in meno lezioni per evitare le delinquenze, è quindi più probabile che i ragazzi siano maggiormente influenzati dalle norme e dai valori del gruppo. In altre parole: un esempio positivo in meno, potrebbe non riuscire a compensare la suggestione di molti modelli negativi (Eitle, 2005).

In ultima analisi vediamo quale sia la funzione dell'attaccamento, citato più volte nel paragrafo, all'interno delle competenze genitoriali.

La letteratura ha evidenziato una forte relazione fra attaccamento disorganizzato e disturbo da abuso di sostanze.

È evidente che a svolgere un ruolo cruciale in questa associazione è il legame che si instaura all'interno della diade. Bowlby (1969/1982) propose che il sistema di attaccamento stesso potesse fungere da mediatore fra l'ambiente di un bambino e il suo sviluppo, concentrandosi in particolare sulle rappresentazioni che il genitore aveva nei confronti della qualità delle proprie capacità di accudimento.

Il modello presentato nel lavoro di Madigan, Moran, Schuengel, Pederson e Otten (2007) sembra riassumere quanto esposto, poiché ipotizza e successivamente conferma come il comportamento materno imprevedibile e l'attaccamento disorganizzato mediano la connessione tra rappresentazioni di attaccamento irrisolte e problemi comportamentali esternalizzanti.

La sua classificazione del "caregiver unresolved attachment" è basata sulle risposte del genitore durante l'Adult Attachment Interview (AAI), un'intervista semi-strutturata sull'infanzia dell'intervistato e le relazioni attuali con le figure di attaccamento (George, Kaplan, e Main, 1996, citato da Madigan et al., 2007). Nel corso del colloquio, questi soggetti rivelano improvvisi vuoti di memoria dovuti a traumi o lutti non elaborati, blocchi temporanei nella capacità di comunicazione sociale e difficoltà nel mantenere una fluidità narrativa (Moran, Pederson, Krupka, 2005, Moran, Baily, Gleason et al., 2008, citati da Siegel, 2013).

Hesse e Main (2006, citate da Madigan et al., 2007) hanno proposto che tali lacune proprio perché non risolte, possano essere suscitate anche durante le interazioni con il bambino.

La madre che si trova in uno "stato della mente occupato" non è in grado di rispondere adeguatamente ai bisogni dell'infante (sensibilità materna, concetto esposto da Ainsworth, Bell e Stayton nel 1971), sintonizzandosi sulle sue emozioni e restituendogliele poi elaborate sul proprio volto, secondo la «Teoria del rispecchiamento» di Winnicott. Non si formano così opportune rappresentazioni interne della relazione (modelli operativi interni o MOI) particolarmente importanti nella concettualizzazione di Bowlby e degli studiosi a lui collegati, perché costituiscono "schemi mentali" che il bambino costruisce di sé, dell'altro e della relazione Sé – altro, i quali, se da un lato scaturiscono dalle modalità con le quali il legame si è formato, dall'altro guidano il modo in cui l'individuo si pone e si porrà nei confronti dell'ambiente, delle novità e degli altri (Grazzani, 2014, p. 68).

Secondo Siegel (1996) tale confusione diventa per il bambino un sistema di attivazione neuronale appreso, ripetuto e radicato: si adatta al genitore riproducendo i suoi atteggiamenti incoerenti (citato da Siegel, 2013).

Tuttavia, gli stati della mente irrisolti non sono gli unici antecedenti in un pattern disorganizzato. Ad impedire un corretto sviluppo emotivo contribuiscono anche la psicopatologia del caregiver (fra cui l'abuso di sostanze) e il maltrattamento, aspetti che potrebbero essere correlati data l'incapacità di porre le esigenze del figlio di fronte alla propria necessità della sostanza (Jääskeläinen, Holmila, Notkola, Raitasalo, 2016; Mowbray, Oyserman, 2003; Afifi, Henriksen, Asmundson, Sareen, 2012).

CAPITOLO 3

Nello studio di Cirillo, Berrini, Cambiaso e Mazza (1996, 2017) viene presentato un modello eziopatogenetico relazionale della dipendenza da eroina che al suo interno riprende ed enfatizza gli aspetti relazionali visti nel capitolo precedente.

In particolare, ho scelto di riportarlo nella mia trattazione non solo per la sua attinenza con l'ipotesi iniziale e i fattori di rischio trattati, ma soprattutto per la sua utilità a livello di trattamento: un intervento sulla famiglia, per essere efficace, deve connettersi alla conoscenza dell'evoluzione patologica delle relazioni familiari nel corso del ciclo vitale.

Il modello è stato elaborato a partire dall'analisi dei dati che emergevano dai colloqui e dalle consultazioni familiari svolte negli ultimi anni da ognuno dei membri del gruppo di ricerca con quasi un centinaio di pazienti tossicodipendenti maschi e i loro congiunti, in differenti contesti di lavoro (centri pubblici, privati o del privato sociale) e indipendentemente dal programma terapeutico successivamente avviato.

Nonostante gli orientamenti teorici differenti, le informazioni frammentate su una specifica fase dello sviluppo dell'individuo o il rifiuto di alcuni partecipanti ad essere coinvolti negli incontri, rimanevano nella memoria di ciascuno alcune connessioni tra la storia del paziente e lo svolgimento delle relazioni familiari.

Quindi, seguendo le basi di una ricerca qualitativa, che individua i significati e rintraccia le ridondanze del comportamento, il metodo utilizzato fu una sorta di indagine delle *omologie strutturali* in cui il fenomeno osservato viene spiegato evidenziando non un fascio di cause interne, né esterne, ma il parallelismo tra le due strutture: da un lato il comportamento del soggetto all'interno della sua storia affettivo – relazionale e del processo evolutivo familiare, dall'altro le concomitanze storico sociali, alla ricerca di corrispondenze tra diversi aspetti di un fenomeno complesso, per il quale modelli causali semplici e metodi di rilevazione solo quantitativa fornirebbero spiegazioni inadatte.

Grazie alla conferma da parte della letteratura che ciò che caratterizzava maggiormente le famiglie dei tossicodipendenti fosse l'estrema sofferenza che vi regnava già prima dell'esordio sulla scena della patologia del figlio e all'influenza dell'équipe del Nuovo centro (Scuola Mara Selvini Palazzoli), fu possibile esporre le tre ipotesi principali che guidarono la formazione del modello: la prima metteva in discussione la credenza

comune che il tossicodipendente fosse stato nell'infanzia un "cocco di mamma" e che la sua crisi fosse conseguente a un voltafaccia, una sorta di tradimento da parte della madre in assenza di una possibilità di compensazione realizzabile con un significativo passaggio al padre. La seconda poneva invece al primo posto non tanto la crisi della coppia ma la relazione dei genitori con le rispettive famiglie di origine: trasmissione intergenerazionale della carenza. Infine, la terza vedeva il padre "assente" all'interno del rapporto triadico (madre – figlio – padre), a causa di un legame carente con i propri genitori e della mancata consapevolezza del danno ricevuto.

3.1 Il modello "eziopatogenetico relazionale" della dipendenza da eroina

Sulla base delle teorie sopra esposte gli autori individuarono una griglia processuale composta da sei fasi che scandiscono i ritmi del ciclo vitale familiare entro cui tracciare le linee di sviluppo del *processo relazionale patologico* della famiglia del tossicodipendente.

Il primo stadio è rappresentato dalla storia dei genitori all'interno delle rispettive famiglie di origine; il secondo riguarda la formazione della coppia genitoriale, influenzata dalle precedenti vicende individuali; il terzo si riferisce alle modalità di accudimento sperimentate dal figlio nei primi anni; il quarto all'adolescenza e ai primi comportamenti devianti; il quinto mette in luce gli aspetti del comportamento paterno inteso come mancata risorsa per evitare l'ingresso nella tossicodipendenza; il sesto descrive l'incontro con le sostanze stupefacenti. In seguito, venne aggiunto anche un settimo stadio che, a sintomatologia già conclamata, considera i meccanismi che contribuiscono a cronicizzarla.

Dall'esame delle storie familiari lungo questi sette punti emersero differenti tipi di ricorrenze che permisero di complessificare la griglia indentificando tre diversi sottogruppi.

Ci soffermeremo in particolare sul primo percorso, quello dell'*abbandono dissimulato*, poiché rappresenta la stragrande maggioranza del campione esaminato e dall'analisi delle vicende di questa categoria è stato ricavato un gran numero di elementi utili alla comprensione delle dinamiche concomitanti alla dipendenza.

Per quanto riguarda le famiglie di origine, sia i padri che le madri avrebbero un'infanzia

“fasulla” (Cambiaso, Berrini, 1992), in cui i rispettivi bisogni infantili non hanno trovato un’adeguata risposta di tutela; questa carenza di “basi sicure” (Bowlby, 1988) non rielaborata, porterebbe ad un’innaturale organizzazione della propria crescita e, nello stesso tempo, a un’idealizzazione del proprio passato. In particolare, il padre viene precocemente *adultizzato* a causa della mancanza di un rapporto con il proprio padre, senza che la madre abbia riconosciuto i suoi sforzi per farne le veci (organizzative e/o emotive). Invece, per quanto riguarda la madre, appare paralizzata in un rapporto conflittuale con la propria, a causa di suo padre, visto come inattendibile e colpevole dell’infelicità della coppia. In ambo i casi la fase adolescenziale verrebbe fortemente inibita.

La costruzione della coppia avverrebbe quindi sulla base della ricerca da parte di entrambi i coniugi di un risarcimento rispetto alle ambiguità e alle delusioni riferibili al rapporto con la propria madre. Potremmo definirlo un “matrimonio d’interesse” (Vinci, 1991), in cui l’interesse è rappresentato dalla dote affettiva che l’altro gli porta (realizzazione sociale o valorizzazione rispetto alla famiglia di origine), mentre l’investimento emotivo nel rapporto matrimoniale rimane sullo sfondo.

In molti casi, è stato riscontrato che il marito oltre a ricercare nella compagna una madre comprensiva che sappia apprezzare le sue capacità nel campo della riuscita sociale senza chiedergli affetto in cambio, spesso si offre in adozione alla suocera, che rappresenta un ulteriore sostituto materno a cui esibire le proprie qualità. In questo modo, concorrerebbe a mantenere incerti e mal definiti i confini fra la famiglia nucleare e quella allargata: l’assegnazione di potere alla nonna materna contribuisce a inibire il normale svolgimento delle funzioni genitoriali.

Il rapporto madre – figlio nell’infanzia presenterebbe le caratteristiche di un *accudimento mimato*: essendo impegnata su un fronte emotivo diverso da quello con il figlio (“mente occupata”), la madre si prende cura del bambino in modo apparentemente ineccepibile ma in realtà più funzionale ai suoi desideri, tesi alla conservazione dell’adeguatezza sociale e alla ricerca di conferme da parte dei propri genitori. Questa modalità renderebbe impossibile all’infante di avere coscienza del danno subito (*abbandono dissimulato*), rinforzando l’utilizzo di primitivi meccanismi di scissione, che “allontanano” le qualità contraddittorie della realtà affettiva, così da non far scoraggiare l’individuo di fronte ad esperienze frustranti. Per questo motivo i

tossicodipendenti stentano sempre a riconoscere di aver attraversato delle esperienze traumatiche in seno alla famiglia e sono pronti ad assumersi tutte le responsabilità del problema. Tali considerazioni riportano alla valutazione della prima ipotesi, denunciando una precoce carenza di accudimento materno adeguato rispetto alle esigenze del bambino.

Solitamente la madre reagisce ai nuovi comportamenti del figlio che reclama maggiore libertà con una demonizzazione dei cambiamenti connotati all'adolescenza. Questo conflitto nasconderebbe la difficoltà del passaggio di consegne tra una nonna, che ha accudito il nipotino in età infantile, e una madre che subentra intempestivamente nelle sue funzioni genitoriali, senza rendersi conto della scarsa intimità che esiste tra lei e il ragazzo. Quest'ultimo intuirebbe, anche se parzialmente, la contraddittorietà della situazione e l'incapacità del caregiver di trasformare il proprio stile di accudimento: l'organizzazione familiare si fissa sulle tematiche di controllo del bambino, che riflettono l'inconsistenza del riconoscimento dei genitori dalle proprie famiglie di origine.

A tal proposito, ricordiamo che una simile reazione non favorisce una corretta differenziazione familiare in grado di mantenere un giusto equilibrio tra il senso di separazione e quello di connessione (flessibilità) garantendo così un'autonomia evolutivamente appropriata (Albiero, 2011).

In questa fase la parziale presa di coscienza non sarebbe ancora tale da scatenare la rabbia sintomatica. L'adolescente comincia però ad esportare all'esterno, ad agire l'aggressività, con un significato eminentemente relazionale nei confronti della figura materna.

Per sfuggire a questa situazione sfavorevole, il figlio tenta di spostarsi verso il padre, mosso dal bisogno di un riconoscimento della legittimità dei propri sentimenti relativi all'inadeguatezza materna e dei propri diritti di individuazione, ma tale movimento non riesce: lo rifiuta e anche quando apparentemente lo accoglie lo fa in modo strumentale, riproponendo la trasmissione intergenerazionale della latitanza affettiva. Da questo punto di vista la scelta di un comportamento trasgressivo, potrebbe essere letta come la mancanza di valori paterni con cui identificarsi ed ordinare il pensiero.

Da quanto descritto fin qui l'adolescente sarebbe per così dire "predisposto" ad accettare l'incontro con l'eroina da una miscelanea di sentimenti: l'affiorante

consapevolezza di essere sempre stato solo, il disagio e l'autovalutazione conseguente a tale scoperta. La fase di sperimentazione degli effetti psicofarmacologici induce l'esperienza della possibilità di modificare artificialmente la propria sofferenza attraverso una droga che aiuta a contenere il rischio di depressione. Tali affetti, in concomitanza con il fenomeno dell'assuefazione, condurrebbero alla dipendenza.

Gli atteggiamenti successivi alla scoperta della tossicodipendenza concorrerebbero a cronicizzarla poiché la famiglia appare bloccata nella ripetizione di tentativi di soluzione che producono un progressivo irrigidimento delle posizioni: ciascun componente, paziente incluso, reagisce a proprio modo alla presenza del sintomo, ma il complesso di tali reazioni, anziché favorire il miglioramento, contribuisce involontariamente a cristallizzare il comportamento tossicomano.

La madre eviterebbe la depressione e l'entrata in crisi enfatizzando il proprio accudimento infantilizzante; il padre continuerebbe a non interferire efficacemente. Il figlio invece, approfitterebbe dei vantaggi offertigli dall'essere al centro dell'attenzione riservando al sintomo l'unica espressione della propria autonomia.

Prendiamo ora brevemente in esame gli altri due percorsi. Nel secondo sottogruppo, i genitori sembrano perpetuare le esperienze insoddisfacenti sperimentate nella famiglia di origine attraverso la strumentalizzazione dei figli all'interno delle disfunzioni della coppia e l'occultamento del disagio relazionale. Il meccanismo di deformazione utilizzato prende il nome di *misconoscimento della carenza*, termine adottato dal gruppo di Mara Selvini Palazzoli (Selvini, 1993, 1994) che si riferisce alla negazione dell'insufficienza affettiva che attraversa trigenerazionalmente le relazioni genitori-figli di queste famiglie. Infatti, parlando con questi genitori non è raro trovarsi nelle condizioni di non riuscire nemmeno a delineare un quadro anamnestico di riferimento che sia esente da lacune o contraddizioni grossolane (ad esempio, la madre potrebbe riaffermare il proprio impegno nel lavoro come prova dell'efficacia del suo ruolo affettivo).

Il terzo percorso invece, è rappresentato da quelle famiglie in cui prevale la trasmissione dell'*abbandono oggettivo* come cultura affettiva dominante nella strutturazione dei legami, esportando le colpe sulla società; si tratta in genere di nuclei che si avvicinano alla definizione psicosociale di "famiglia multiproblematica". Tuttavia, andando ad

analizzare la cornice trigerazionale si può dare un senso sia alla funzione auto-terapeutica della droga sia a quella comunicativa familiare.

A questo punto emerge con chiarezza come, secondo questo modello, la caratteristica che meglio qualifica la tossicodipendenza sia la componente di *abbandono affettivo*, sperimentata dal soggetto nelle interazioni familiari. Quello che differenzia i tre percorsi fra loro è il modo in cui la carenza viene taciuta e/o nascosta.

In conclusione, riprendendo in parte il modello di Madigan, Moran, Schuengel, Pederson e Otten (2007) esposto nel capitolo precedente, uno dei meccanismi attraverso i quali si pongono le basi della scelta tossicomana è quello secondo cui entrambe le generazioni, quella dei genitori e quella dei figli tossicodipendenti, risultano caratterizzate da un disturbo nella relazione d'attaccamento alle proprie figure genitoriali, in una sorta di circolo autoperpetuantesi, le cui conseguenze vengono poi negate per mezzo di vari meccanismi difensivi.

CAPITOLO 4

In questa quarta ed ultima parte della trattazione verranno elencate le modalità di trattamento più diffuse nel panorama internazionale, dando ampio spazio all'intervento nella e della famiglia.

4.1 Trattamento con metadone

Dai primi anni sessanta, attraverso gli studi di Dole e Nyswander, ad oggi, la somministrazione di metadone è il trattamento più studiato sia dal punto di vista medico che della salute pubblica.

Nonostante l'obiettivo principale fosse ridurre la criminalità e frenare il mercato illegale dell'eroina, il fattore decisivo che ne accelerò la diffusione fu l'avvento dell'epidemia di HIV; come abbiamo visto nel primo capitolo la condivisione di siringhe è una dei principali fattori di trasmissione del virus.

Nel 2006 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha inserito questo farmaco all'interno dei medicinali essenziali. Infatti, dal 2007 è disponibile in tutti gli stati membri dell'Unione Europea (Uchtenhagen, 2011).

Il metadone è un narcotico a lunga durata che protegge il paziente per un periodo che va dalle 24 alle 36 ore. Nel sangue viene stabilizzato da un assorbimento reversibile nei tessuti che permette di mantenere uno stato stazionario: la quantità di farmaco assorbita è pari a quella eliminata, in questo modo nel corpo vi è sempre una dose che espleta la sua funzione e si annulla il rischio di sovradosaggi. Inoltre, vi è anche un'elevata affinità con il recettore degli oppiacei, così da formare un legame che non verrà sostituito da altri oppiacei a breve durata d'azione (Dole & Kreek, 1973, Kreek, Oratz e Rothschild, 1978, citato da Woods e Joseph, 2018): due proprietà che soprannominate "*blocco narcotico*", in quanto il paziente è tenuto in uno stato fisiologico stabile, indistinguibile dalle persone che non utilizzano metadone. Pertanto, i soggetti che ne prendono una dose adeguata non sperimentano desiderio di droga o euforia da oppiacei, sono in grado di far fronte allo stress e non sono a rischio di overdose (Dole & Nyswander, 1965, Dole & Nyswander, 1967, Dole et al., 1966, citato da Woods e Joseph, 2018).

Quindi, si potrebbe dire che il metadone non funziona come un'oppioide che altera

l'umore, ma come un normalizzatore dei disturbi fisiologici e sociali causati dalla dipendenza (Woods e Joseph, 2018).

Tale condizione consente agli individui di iniziare a ripristinare in pochi mesi le loro vite e migliorare le relazioni con le loro famiglie: trovando un alloggio, migliorando la propria salute, ottenendo un impiego, iniziando a comportarsi come "persone normali".

Un aspetto quest'ultimo non così scontato poiché i pazienti continuano ad essere visti come "clienti" e il metadone come un sostituto dell'eroina, togliendo legittimità al trattamento. Tanto è vero che hanno sempre paura che venga scoperto il loro status e che potrebbero perdere tutto soprattutto se possiedono un'attività. Per tale motivo, tentano di ridurre le loro medicine, non consapevoli di aumentare il rischio di ricaduta (quasi l'80 per cento) entro due anni.

Questo comporta molti rischi, ma finché continueranno a prevalere le false credenze coloro che sono vittima di pregiudizio sono costretti a nascondersi.

4.2 Psicoterapia individuale

Diversi fattori possono influenzare cosa porta un tossicodipendente ad iniziare il trattamento. Ma raramente la motivazione iniziale è quella di interrompere definitivamente l'utilizzo di droga. Solitamente la ragione è esterna: conseguenze legali, eventi pericolosi a scuola o al lavoro, problemi fisici accompagnati dalla credenza per cui alleviando questi aspetti la dipendenza passerà in secondo piano (Herman, 2000).

Herman nella sua revisione (2000) riporta come alcuni ricercatori abbiano ipotizzato varie fasi nello sviluppo della disponibilità del paziente a cessare l'utilizzo della sostanza: pre-contemplazione, contemplazione, azione e determinazione. Un approccio motivazionale che si basa sull'incontro dell'individuo dove lui è.

Fondamentale nella fase iniziale del processo è la negoziazione degli obiettivi e l'instaurazione dell'alleanza terapeutica, attraverso i principi della terapia cognitivo comportamentale. Infatti, ciò che ci si aspetta come primo risultato è un periodo di astinenza seguito dall'insegnamento di alcune abilità di coping che mirano ad evitare la ricaduta.

Adekey e Sheik (2009) nel loro articolo riportano che l'intento della terapia cognitivo comportamentale è quello di preparare le persone a riconoscere le situazioni che

potrebbero alimentare il loro desiderio di droga, evitandole o affrontandole attraverso l'utilizzo di alcune strategie. Infatti, secondo Wright, Basco e Thase (2005, citato da Adekey e Sheik, 2009) l'urgenza è spesso associata all'attivazione immediata di fronte allo stimolo delle credenze positive rispetto agli effetti della sostanza.

Sempre in questo studio, i due autori sottolineano l'importanza dell'autoefficacia e della religiosità nel conseguimento degli esiti positivi del trattamento. Programmi in grado di promuovere queste caratteristiche rendono l'individuo più sicuro di sé e in grado di mettere in atto quei comportamenti che lo conducono a "risultati positivi", ossia al mantenimento dell'astinenza verso uno stile di vita più sano.

Man mano che il trattamento progredisce la psicoterapia psicodinamica e psicoanalitica svolgono un ruolo in graduale evoluzione (Kaufman, 1972 citato da Herman, 2000). Una volta che l'abuso diventa controllato il soggetto in via di guarigione può iniziare ad affrontare i problemi di riabilitazione sociale e la risoluzione dei conflitti intrapsichici.

Come riportato da Lisa Director (2002) nella sua rassegna, la psicoanalisi ha sempre avuto grande discredito nella cura della tossicodipendenza: accentuando l'osservazione e dando priorità all'eziologia rispetto ai sintomi non si occupava del consumo di droga da parte dei pazienti, favorendone la continuazione.

Ma la psicoanalisi relazionale contemporanea ha rivoluzionato la sua tecnica: l'enfasi è posta sull'abilità dell'analista di entrare nelle dinamiche del paziente e l'uso della sostanza diventa il punto di partenza del trattamento.

Wurmser (1977, 1978) definisce la dipendenza all'azione una pietra angolare della composizione caratteriale del tossicodipendente, un mezzo per sfuggire da affetti dolorosi o strumenti inadeguati di espressione simbolica che vanno dall'incapacità di riconoscere e nominare le emozioni al fallimento nell'impegnarsi nell'esplorazione della propria vita interiore (ipo-simbolizzazione). L'azione è quindi una forma di esternalizzazione che offre alla persona una parvenza di controllo.

L'obiettivo è scoprire insieme al paziente quella situazione di stallo relazione che sta alla base dell'abuso di eroina, individuandola nel transfert, in cui al terapeuta vengono attribuite caratteristiche proprie di una figura del passato, e riconducendola, attraverso il lavoro terapeutico, alle esperienze relazionali della prima infanzia.

Una parte importante di questa fase sono gli *enactments*: manifestazioni inevitabili delle forze transferali – controtransferali all'opera nel processo analitico (Ellman e

Moskowitz, 1998). In altre parole, sono i mezzi attraverso i quali al paziente e al terapeuta viene data l'opportunità di far rivivere insieme vecchi schemi relazionali, nonché di riaprirli all'osservazione, alla comprensione e alla possibilità di cambiamento (Mitchell, 1988, 1997, Davies and Frawley, 1994, Bromberg, 1998, Hoffman, 1998, Black).

Boesky (1982, citato da Director, 2002) evidenzia come questo concetto psicoanalitico fornisca ai consumatori di sostanze una modalità di comunicazione su misura per i loro bisogni, per attualizzare piuttosto che riflettere l'esperienza interiore.

Nonostante entrambi i metodi, cognitivo e psicoanalitico, siano risultati validi, sia Director (2002) che Back et al. (2007) concludono che nessun trattamento potrebbe essere efficace occupandosi solo delle basi relazionali del consumo di droga e le abilità apprese per far fronte allo stress non escludono la possibilità di ricaduta. Per questo è opportuno che entrambe le modalità siano in aggiunta ad un piano di trattamento più completo che comprenda il rinvio a strutture residenziali, la partecipazione a programmi in 12 fasi, l'uso di test tossicologici e farmacoterapie.

4.3 Comunità terapeutica e narcotici anonimi

Sviluppata nei paesi occidentali, la comunità terapeutica (TC) è un ambiente di cura residenziale libero dalla droga che utilizza un modello gerarchico di influenza fra pari e fasi di trattamento che riflettono maggiori responsabilità personali e sociali. I residenti e il personale partecipano alla gestione e al funzionamento della struttura per creare un ambiente di apprendimento psicologicamente e fisicamente sicuro in grado di promuovere il *cambiamento personale* (NIDA, 2016, De Leon, 2000, citati da Possik e Itzick, 2018). Tali caratteristiche la rendono probabilmente l'intervento elettivo nella maggior parte delle tossicodipendenze, soprattutto quelle ad andamento cronico.

Zanusso e Giannantonio (2000) parlano di codice materno e paterno: la comunità accetta ed accoglie la persona nonostante le sue "colpe" e i suoi difetti, al contrario dell'ostracismo esercitato dalla società ma, nello stesso tempo, è fornitrice di norma ed organizzazione, funzioni abitualmente carenti o disfunzionali nell'ambito familiare di provenienza. Inoltre, vengono messi in luce alcuni suoi punti di forza.

La TC appare come un luogo principe per la *riaggregazione* di una individualità, di una

storia e di stati di coscienza frammentati, occasione per non sfuggire più alla propria individuazione e ai propri dolori.

Questo aspetto è ben spiegato dalla proprietà successiva: l'ingresso è caratterizzato da tonalità dell'umore disforiche in quanto il paziente si sente pesantemente immerso in una serie di relazioni umane che di continuo gli rimandano la propria immagine, vissuta abitualmente come negativa, ma nello stesso tempo sono a sua disposizione modelli identificatori alternativi a quelli carenziali incontrati sino a quel momento. Inoltre, a causa del contesto e degli individui con cui si deve confrontare, consapevoli dei suoi schemi intrapsichici, è molto più difficile sfuggire a importanti feedback sulla propria persona, non più facilmente evitabili attraverso la manipolazione o la modificazione dello stato di coscienza. È in questa situazione che l'*operatore* si deve necessariamente porre *come base sicura, come catalizzatore relazionale* per esperienze emozionali correttive che possano fungere da luogo di interconnessione di eventi di vita mai raccontati prima.

A questo scopo contribuiscono anche i gruppi di incontro: forum in cui il processo di gruppo viene utilizzato per risolvere una varietà di problemi individuali e collettivi, che riguardano prevalentemente comportamenti irresponsabili durante le attività della giornata. Sebbene sia consentito spiegare il comportamento in termini emotivi e persino invocare il passato, questo non può mai essere una scusa per l'atteggiamento attuale (De Leon, 2000, Broekeart et al., 1996, Broekeart, 2001, citati da Soyez, Tatrai, Broekaert e Bracke, 2004).

Infine vi è la *rigida strutturazione del tempo*: un ordine e una sequenza precisi delle attività della giornata scandiscono le attese, la prevedibilità dei fatti, il tempo per lavorare, per divertirsi, per pensare a sé stessi, in un modo assolutamente sconosciuto al soggetto, abituato a dedicarsi pienamente alla ricerca coatta e costante dei mezzi e delle conoscenze per ottenere la sostanza, che gli impedisce di vivere i propri sentimenti in modo chiaro e profondo.

In seguito alla fine della degenza, i gruppi di auto – mutuo – aiuto (Narcotici Anonimi e simili) hanno dimostrato un'alta efficacia nel mantenimento dei risultati ottenuti.

La filosofia di queste associazioni è espressa dai “dodici passi”, una serie di principi applicati come stile di vita ed il cui tema centrale è la consapevolezza spirituale.

Durante gli incontri, i membri sono incoraggiati ad evitare l'utilizzo di ogni tipo di sostanza, condividendo i loro successi e le loro sfide nel superare la dipendenza. È proprio in quest'ultimo aspetto, nel cambiamento della rete sociale, che risiede l'origine dei risultati positivi attribuiti a questo tipo di gruppi. Riportando una citazione di Zemore: "Se aiuti gli altri, aiuti anche te stesso" (Vederhus e Kristensen, 2006).

I sentimenti di appartenenza, la soddisfazione dei bisogni e le connessioni emotive condivise comprendono un senso di comunità, ingrediente chiave nel garantire non solo l'astinenza, ma soprattutto un aumento della qualità della vita. Potremmo dire quindi, che tali miglioramenti possono essere concettualizzati come *correzioni* di traiettorie di sviluppo patologico nei domini personali e interpersonali (De Lucia, Bergam, Formoso e Weinberg, 2015).

4.4 Il contributo della famiglia

Come abbiamo visto nei capitoli precedenti, la dipendenza dovrebbe essere considerata una malattia familiare che richiede un intervento nel sistema familiare per rimediare agli effetti sull'individuo e sulla famiglia stessa (Crnkovic e DelCampo, 1998).

Testimonianze della validità di includere la famiglia all'interno del trattamento provengono da più direzioni. Recenti revisioni della letteratura hanno indicato tre risultati principali: migliora il coinvolgimento del tossicodipendente; diminuiscono i tassi di drop – out, quindi aumenta la ritenzione; si hanno risultati più duraturi (Edwards and Steinglass, 1995; Miller et al., 1999, O'Farrell and Fals-Stewart, 2003, Rowe and Liddle, 2003, Stanton and Heath, 2005, Thomas and Corcoran, 2001, citati da Steinglass, 2009).

Pertanto, i ricercatori invece di concentrarsi solo sulla cessazione dell'uso di droghe come unico criterio di successo, sono passati a una visione più ampia che include i rapporti interpersonali e il funzionamento sociale del consumatore.

Tuttavia, in molti programmi la terapia familiare continua ad essere vista come un'aggiunta alla riabilitazione del paziente, dimenticando come siano le *interazioni negative* tra genitore e figlio a perpetuare l'abuso (Steinglass, 2009).

A questo proposito la *terapia familiare multidimensionale* (MDFT) si è dimostrata efficace. Tale approccio prende di mira quattro domini interdipendenti: l'adolescente a

cui vengono insegnate competenze sociali alternative all'utilizzo della sostanza; i genitori che imparano nuove capacità genitoriali come fissare dei limiti o aumentare la reattività emotiva; le interazioni familiari in cui vengono rafforzati i legami di attaccamento fra i membri e le abilità di problem solving; l'ambito extra-familiare che implica un lavoro terapeutico parallelo con i fornitori di servizi esterni al paziente, inclusi i funzionari della giustizia minorile, della scuola e delle organizzazioni ricreative (Liddle et al., 2009, citato da Danzer, 2014).

La ricerca su questo modello, ha ipotizzato che l'intervento nei "settori collaterali" porti a risultati terapeutici positivi perché i genitori aggiustano il loro modo di far fronte al problema (Henderson et al., 2010, citato da Danzer, 2014). Infatti, il miglioramento di alcuni fattori e processi familiari, predice in modo affidabile le modificazioni nell'uso di sostanze e nella delinquenza dei ragazzi.

Interessante è lo studio di Henderson, Rowe, Dakof, Hawes e Liddle (2009), su come il monitoring, attraverso la MDFT, abbia mediato i cambiamenti nel consumo di droga da parte degli adolescenti nel tempo. I risultati mostrano che progressi nel monitoraggio parentale sono direttamente responsabili degli effetti del trattamento MDFT contribuendo anche a una migliore qualità delle relazioni.

Altrettanto adeguata, si è rivelata la *terapia familiare ecologica* (EBFT). Basata sulla prospettiva della teoria ecologico – sociale di Bronfenbrenner (1979), similmente alla precedente, riconosce che l'uso di sostanze e i relativi problemi familiari e individuali sono nidificati in più sistemi interconnessi.

Infatti, le sue dodici sessioni si concentrano sul miglioramento delle interazioni sociali, della connessione emotiva e della capacità di risoluzione dei problemi fra i membri della famiglia (Slesnick e Zhang, 2016).

Inizialmente sviluppata per gli "adolescenti in fuga", l'EBFT si è rivelata molto utile anche nel caso in cui siano i genitori a fare uso di sostanze; condizione associata a un parenting punitivo e autoritario che non favorisce l'autodeterminazione (Lang et al. 1999, Miller et al. 1999, Nair et al. 2003, citati da Slesnick e Zhang, 2017). Da un punto di vista clinico, le discrepanze all'interno della diade, con il figlio che cerca l'autonomia e il genitore che non gliela concede, che persistono e non stimolano un nuovo equilibrio dai confini più flessibili (differenziazione familiare), risultano associate a un aumento dei conflitti e a uno sviluppo caratterizzato da maggiori probabilità di incorrere in

disturbi esternalizzanti o internalizzanti (Slesnick e Zhang, 2017).

Sull'adattabilità e coesione familiare sembrano aver avuto un'influenza positiva anche i gruppi di auto – aiuto per genitori.

Questi ultimi presentano uno scarso benessere psicologico e fisico a causa della maggiore tristezza e dell'ansia persistente, che impediscono di sviluppare strategie efficaci per contrastare la dipendenza dei figli (Gruber e Floyd – Taylor, 2006, citati da Passa e Gavazolias, 2015).

Come indicato nel lavoro di Passa e Gavazolias (2015), uno dei primi a testare l'efficacia dei self – help groups sulla tossicodipendenza, l'esperienza dei partecipanti può aver funzionato da strumento terapeutico in grado di migliorare la valutazione verso i problemi affrontati, che ha permesso a sua volta di ottimizzare la capacità di far fronte alle complicazioni.

In altre parole, tali gruppi sono degli spazi di transizione che forniscono alle madri e ai padri materiale positivo che, a loro volta, trasmettono alle proprie famiglie esprimendo i loro ruoli in modi più funzionali.

I genitori devono imparare ad essere chiari quando hanno bisogno di “ricaricarsi”, rendendo più esplicite le proprie esigenze, evitano di esaurirsi e di soccombere alla disperazione: nel proteggere i loro figli, hanno fatto grandi sacrifici per il proprio benessere, in termini di tempo, denaro, risorse familiari e soprattutto capitale emotivo. Alcuni, possono arrivare alla convinzione di continuare ad essere di supporto anche nelle circostanze in cui vengono trattati con disprezzo. Per questo, bisogna sempre privilegiare un orientamento che non sia anti – adolescente ma “pro – parent” (Bamberg, Tombourou, Blyth e Forer, 2001).

Un ulteriore metodo, inizialmente sviluppato per i pazienti psicotici e che solo di recente ha ricevuto l'attenzione della ricerca sulle dipendenze, è la *terapia multifamiliare* (MFT).

Secondo Asen e Scholz (2010) è una combinazione peculiare di terapia di gruppo, consulenza familiare, pratiche psicodinamiche e teorie dell'attaccamento (Garrido – Fernández, Marcos – Sierra, López – Jiménez e Ochoa de Alda, 2016).

Vari nuclei familiari patologici, compresi i pazienti, coordinati da un terapeuta che

incoraggia la conversazione, hanno la possibilità di mettere a confronto le proprie esperienze; aiutandosi, sviluppano modelli di comunicazione migliori e fronteggiano le anomalie che li affliggono. A tal proposito, Mcfarlane parla di “*fenomeno trasparente*”: i genitori coinvolti in transizioni disfunzionali con i propri figli, possono essere competenti, comprensivi e solidali con quelli degli altri. Questo non solo avvantaggia i destinatari ma favorisce anche il rapporto con il loro figlio. Vedere un altro aspetto del genitore che si allena a gestire la relazione e ad affrontare i problemi, funge da modello per gli spettatori e li aiuta a notare i miglioramenti che possono derivarne. Tutto ciò, produce cambiamenti terapeutici nelle due famiglie: una trasformazione facilitata dalla risocializzazione e dall’inversione dello stigma attraverso i meccanismi di “apprendere per analogia”, “competizione intrafamiliare” e “sintonizzazione” (Mcfarlane, 2002, Laquer, 1972, citati da Garrido – Fernández, Marcos – Sierra, López – Jiménez e Ochoa de Alda, 2016). In altri termini, il fatto di avere più interlocutori permette un riconoscimento di quello che viene detto, ed è valorizzato dagli altri in modo tale da introdurre un’esperienza emotivamente correttiva.

Nel loro articolo, Garrido – Fernández et al. (2016) hanno testato l’efficacia della MFT abbinata ad un team di riflessione (RT), poiché molte delle proposte di quest’ultimo modello sono perfettamente in linea con lo stile della terapia multifamiliare.

Il RT è uno sviluppo della terapia familiare sistemica progettata come modo per esplorare e dialogare con i pazienti al fine di creare un clima di collaborazione, cercando di non fare troppo affidamento sulle ipotesi e favorendo nuove prospettive (Andersen, 1987, 1991, Garrido-Fernández, Jan-Rincón e García-Martínez, 2011, Hoffman, 1990, Mitchell, Rhodes, Wallis e Wilson, 2014, Sluzki, 1992, citati da Garrido – Fernández et al., 2016).

Entrambi gli approcci si basano sull’idea che ascoltando visioni alternative della realtà si possano incoraggiare posizioni più flessibili di rinnovamento. Le domande riflessive favoriscono la consapevolezza delle differenze nelle percezioni, consentendo agli individui di analizzare le proprie esperienze e ragionare sui loro processi di pensiero: da qui è possibile il cambiamento, poiché ciò significa andare oltre la semplice osservazione del comportamento ed entrare nel mondo del significato (Tomm, 1987, citato da Garrido – Fernández et al., 2016).

I risultati hanno mostrato una riduzione della gravità della dipendenza in alcune aree,

soprattutto nell'impiego lavorativo, nel sostegno, nell'utilizzo di droga e nelle condizioni psichiatriche.

Tuttavia, nonostante questi effetti positivi, nello studio il consumo di alcool come sostanza compensatoria non è diminuito e la coesione familiare non è aumentata a testimonianza della necessità di un approccio intensivo in grado di lavorare ancora più a fondo sulle dinamiche etichettate come atipiche.

In sintesi, potremmo dire che i genitori non devono essere visti come una causa bensì come una risorsa. La valutazione della reale qualità delle relazioni all'interno della famiglia e il mantenimento di un dialogo aperto con essa e il paziente, è più importante dello scoprire le vere ragioni che hanno scatenato il sintomo (Nastasić, 2018).

CONCLUSIONE

Dalla prima all'ultima parte della trattazione, la famiglia ha sempre fatto da protagonista, dando valore all'obiettivo iniziale: testimoniare l'influenza nel nucleo familiare all'interno di una psicopatologia così complicata come lo è la tossicodipendenza.

A rivestire un ruolo importante è la relazione disfunzionale genitore – figlio. Sembra che i disturbi della relazione di attaccamento influenzino le capacità del caregiver, non potendo così fornire al ragazzo un modello di riferimento stabile con cui identificarsi, in grado di facilitare il passaggio all'autonomia. Un disequilibrio che se non risolto andrà a colpire le generazioni successive alimentando un circolo vizioso costituito da rappresentazioni non risolte.

Tuttavia, i genitori non devono essere sottovalutati ma visti come un punto di forza. La bibliografia ha evidenziato l'efficacia della terapia familiare non tanto come forma di trattamento ausiliario ma principale. Risanando le funzioni genitoriali, riacquista valore la comunicazione all'interno della diade.

In generale, la letteratura esaminata tende a trascurare l'analisi della dipendenza nella popolazione anziana, e gli studi dell'efficacia dei modelli terapeutici esistenti sono in numero esiguo.

Sulla base delle evidenze passate in rassegna, la ricerca futura dovrebbe continuare su questa scia e superare i limiti evidenziati, dare maggiore importanza ad ogni singolo membro del complesso familiare. Ad esempio, i fratelli rimangono una figura ancora molto trascurata sebbene esercitino un'influenza significativa anche nella mezza e tarda età adulta. Proprio per questa loro caratteristica ed il legame ambivalente che si instaura nel corso della vita potrebbero essere una possibile risorsa di trattamento.

Quindi, un esame dei rapporti che si estenda al di fuori della triangolazione madre – figlio – padre (partner, amici stretti) potrebbe risultare favorevole a nuove pratiche terapeutiche che si adattino a un'idea di famiglia che va oltre la concezione classica.

BIBLIOGRAFIA

- Adekeye, O. B., Sheikh, T. L. (2009). Self efficacy and religiosity ad determinants of cognitive behavioural therapy treatment outcome in substnsce use disorders. *African journal of drug & alcohol studies*, 8(1), 23-31.
- Afifi, T., Henriksen, C., Asmundson, G., & Saren, J. (2012). Childhood maltreatment and substance use disorders among men and women in a nationally representative sample. *The canadian journal of psychiatry*, 57(11), 677-686.
- Albiero, P. (a cura di). (2011). *Il benessere psicosociale in adolescenza*. Prospettive multidisciplinari. Roma: Carocci.
- Back, S. E., Gentilin; S., & Brady, K. T. (2007). Cognitive-behavioral stress management for individuals with substance use disorders. *The journal of nervous and mental disease*, 195(8), 662-668.
- Bamberg, J., Toumbourou, J., Blyth, A., & Forer, D. (2001). Change for the BEST: family changes for parents coping with youth substance abuse. *Australian and New Zeland journal of familky therapy (ANZJFT)*, 22(4), 189-198.
- Banducci, A. N., Hoffman, E. M., Lejuez, C. W., & Koenen, K. C. (2014). The impact of childhood abuse on inpatient substance users: specific links with risky sex, aggression, and emotion dysregulation. *Child abuse & neglect*, 38, 928-938.
- Bobashev, G., Tebbe, K., Peiper, N., & Hoffer, L. (2018). Polydrug use among heroin users in Cleveland, OH. *Drug and alcohol dependence*, 192, 80-87.
- Brecht, M.-L., Huang, D., Evans, E., & Hser, Y.-I. (2008). Polydrug use and implications for longitudinal research: ten-year trajectories for heroin, cocaine, and methamphetamine users. *Drug and alcohol dependence*, 96, 193-201.
- Butler, B., Rubin, G., Lawrance, A., Batey, R., & Bell, J. (2011). Estimating the risk of fatal arrhythmia in patients in methadone maintenance treatment for heroin addictionar. *Drug and alcohol review*, 30, 173-180.
- Cirillo, S., Berrini, R., Cambiaso, G., & Mazza, R. (2017). *La famiglia del tossicodipendente*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Coskunpinar, A., Cyders, M. A. (2013). Impulsivity and substance-related attentional bias: A meta-analytic review. *Drug and alcohol dependence*, 133, 1-14.
- Crnkovic, A. E., DelCampo, R. L. (1998). A systems approach to the treatment of chemical addiction. *Contemporary family therapy*, 20(1), 25-36.
- Da Silva Roggi, P. M., da Gama, M. F. N., Silva Neves, F., & Garcia, F. (2015). Update on treatment of craving in patients with addiction using cognitive behavioral therapy. *Clinical neuropsychiatry*, 12(5), 118-127.
- Danzer, G. (2014). Multidimensional family therapy in theory and in practice. *Child & youth services*, 35, 16-34.
- Davids, E., von Büнау, U., Specka, M., Fischer, B., Scherbaum, N., & Gastpar, M. (2004). History of attention-deficit hyperactivity disorder symptoms and opioid dependence: a controlled study. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*, 29, 291-296.
- De Arcos, F. A., Verdejo-García, A., Ceverino, A., Montañez-Pareja, M., López-Juárez, E., Sánchez-Barrera, M. et al. (2008). Dysregulation of emotional response in current and abstinent heroin users: negative heightening and positive blunting. *Psychopharmacology*, 198, 159-166.
- DeLucia, C., Bergman, B. G., Formoso, D., & Weinberg, L. B. (2015). Recovery in narcotics anonymous from the perspectives of long-term members: a qualitative

- study. *Journal of groups in addiction & recovery*, 10, 3-22.
- Delvecchio, E., Di Riso, D., Lis, A., & Salcuni, S. (2016). Adult attachment, Social adjustment, and well-Being in drug-addicted inpatients. *Psychological reports*, 118(2), 587-607.
- Director, L. (2002). The Value of relational psychoanalysis in the treatment of chronic drug and alcohol use. *Psychoanalytic dialogues*, 12(4), 551-579.
- Eitle, D. (2005). The moderating effects of peer substance use on the family structure–adolescent substance use association: quantity versus quality of parenting. *Addictive behaviours*, 30, 963-980.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Ridder, E. M. (2006). Conduct and attentional problems in childhood and adolescence and later substance use, abuse and dependence: results of a 25-year longitudinal study. *Drug and alcohol dependence*, 88S, S14-S26.
- Fletcher, A. C., Jefferies, B. C. (1999). Parental mediators of associations between perceived authoritative parenting and early adolescent substance use. *Journal of early adolescence*, 19(4), 465-487.
- Goldestein, B. I., Burkstein, O. G. (2010). Comorbid substance use disorders among youth with bipolar disorder: opportunities for early identification and prevention. *Journal of clinical psychiatry*, 71(3), 348-368.
- Goldestein, R. B., Compton, W. M., Pulay, A. J., Ruan, W. J., Pickering, R. P., Stinson, F. S. et al. (2007). Antisocial behavioral syndromes and DSM-IV drug use disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Drug and alcohol dependence*, 90, 147-158.
- Gossop, M., Griffiths, P., Powis, B., & Strang, J. (1993a). Severity of heroin dependence and HIV risk: I. Sexual behaviour. *AIDS care*, 5(2), 149-157.
- Gossop, M., Griffiths, P., Powis, B., & Strang, J. (1993b). Severity of heroin dependence and HIV risk: II. Sharing injecting equipment. *AIDS care*, 5(2), 159-168.
- Grazzani, I. (2014). *Psicologia dello sviluppo emotivo*. Bologna: il Mulino.
- Guarrido-Fernández, M., Marcos-Sierra, J. A., López-Jiménez, A., & Ochoa de Alda, I. (2017). Multi-family therapy with a reflecting team: a preliminary study on efficacy among opiate addicts in methadone maintenance treatment. *Journal of marital and family therapy*, 43(2), 338-351.
- Harty, S. C., Galanopoulos, S., Newcorn, J. H., & Halperin, J. M. (2013). Delinquency, aggression, and attention-related problem behaviors differentially predict adolescent substance use in individuals diagnosed with ADHD. *The american journal on addictions*, 22, 543-550.
- Hefferman, K., Cloitre, M., Tardiff, K., marzuk, P. M., Portera, L., & Leon, A. C. (2000). Childhood trauma as a correlate of lifetime opiate use in psychiatric patients. *Addictive behaviours*, 25(5), 797-803.
- Henderson, C. E., Rowe, C. L., Dakof, G. A., Hawes, S. W., & Liddle, H. A. (2009). Parenting practices as mediators of treatment effects in an early-intervention trial of multidimensional family therapy. *The american journal of drug and alcohol abuse*, 35, 220-226.
- Herman, M. (2000). Psychotherapy with substance abusers: integration of psychodynamic and cognitive – behavioural approaches. *American journal of psychotherapy*, 54(4), 574-579.
- Hermida, J.-R. F., Villa, R. S., Seco, G. V., & Pérez, J.-M. E. (2003). Evaluation of

- what parents know about their children's drug use and how they perceive the most common family risk factors. *Journal of drug education*, 33(3), 337-353.
- Jääskeläinen, M., Holmila, M., Notkola, I.-L., & Raitasalo, K. (2016). Mental disorders and harmful substance use in children of substance abusing parents: a longitudinal register-based study on a complete birth cohort born in 1991. *Drug and alcohol review*, 35, 728-740.
- Karimi, Z., Haghshenas, L., Mohtashami, T., & Dehkordi, M. A. (2019). Investigating the role of attachment styles, dysfunctional attitudes, and spirituality in predicting membership in addicted and non-addicted groups. *PsyCh journal*, 8, 169-179.
- Kerner, B. (2015). Comorbid substance use disorders in schizophrenia: a latent class approach. *Psychiatry Research*, 225, 395-401.
- King, S. M., Iacono, W. G., & McGue, M. (2004). Childhood externalizing and internalizing psychopathology in the prediction of early substance use. *Addiction*, 99, 1548-1559.
- Le Bon, O., Basiaux, P., Streel, E., Tecco, J., Hanak, C., Hansenne, M. et al. (2004). Personality profile and drug of choice; a multivariate analysis using Cloninger's TCI on heroin addicts, alcoholics, and a random population group. *Drug and alcohol dependence*, 73, 175-182.
- Leri, F., Bruneau, J., & Stewart, J. (2003). Understanding polydrug use: review of heroin and cocaine co-use. *Addiction*, 98, 7-22.
- Levrán, O., Peles, E., Randesi, M., Li, Y., Rotrosen, J., Ott, J. Et al. (2014). Stress-related genes and heroin addiction: a role for a functional FKBP5 haplotype. *Psychoneuroendocrinology*, 45, 67-76.
- Madigan, S., Moran, G., Schuengel, C., Pederson, D. R., & Otten, R. (2007). Unresolved maternal attachment representations, disrupted maternal behavior and disorganized attachment in infancy: links to toddler behavior problems. *Journal of child psychology and psychiatry*, 48:100, 1042-1050.
- Maurer, U., Kager, C., Fellingner, C., Loader, D., Pollesböck, A., Spitzer, B. et al. (2014). Risk of anaphylaxis in opioid dependent persons: effects of heroin versus substitution substance. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 9:12. Disponibile in: <http://www.substanceabusepolicy.com/content/9/1/12>
- Miettunen, J., Murray, G. K., Jones, P. B., Mäki, P., Ebeling, H., Taanila, A. et al. (2014). Longitudinal associations between childhood and adulthood externalizing and internalizing psychopathology and adolescent substance use. *Psychological medicine*, 44, 1727-1738.
- Mitchell, S. G., Kelly, S. M., Brown, B. S., O'Grady, K. E., & Schwartz, R. P. (2012). HIV sex-risk behaviors among in- versus out-of-treatment heroin-addicted adults. *The american journal of drug and alcohol abuse*, 38(4), 328-333.
- Molina, B.S. G., Pelham, W. E. (2003). Childhood predictors of adolescent substance use in a longitudinal study of children with ADHD. *Journal of abnormal psychology*, 112(3), 497-507.
- Moustafa, A. A., Tindle, R., Cashel, S., Parkes, D., Mohamed, E., & Hamza, E. A. (2020). Bidirectional relationship between heroin addiction and depression: behavioural and neural studies. *Current psychology*. Disponibile in: <https://doi.org/10.1007/s12144-020-01032-4>.
- Narayan, R., Shams, G. K., Jain, R., & Gupta, B.S. (1997). Personality characteristics of persons addicted to heroin. *The journal of psychology*, 131, 125-127.
- Nastasić, P. (2018). Systemic processes in families of adolescent addicts. *Alcoholism*

- and psychiatry research*, 54, 113-122.
- Nesvåg, R., Knudsen, G. P., Bakken, I. J., Høye, A., Ystrom, E., & Surén, P. (2015). Substance use disorders in schizophrenia, bipolar disorder, and depressive illness: a registry-based study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 50, 1267-1276.
- Nielsen, D. A., Ji, F., Yuferov, V., Ho, A., He, C., Ott, J. et al. (2010). Genome-wide association study identifies genes that may contribute to risk for developing heroin addiction. *Psychiatric Genetics*, 20, 207-214.
- Nielsen, D. A., Ji, F., Yuferov, V., Ho, A., He, C., Ott, J. et al. (2008). Genotype patterns that contribute to increased risk for or protection from developing heroin addiction. *Molecular psychiatry*, 13, 417-428.
- ONUDC, (2021a). Executive summary: policy implications. *World drug report 2021*. Disponibile in: www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2021.html
- ONUDC, (2021b). Drug market trends: cannabis, opioids. *World drug report 2021*. Disponibile in: www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2021.html
- Palmonari, A. (a cura di). (2011). *Psicologia dell'adolescenza*. Bologna: il Mulino.
- Pan, C.-H., Jhang, J.-R., Tsai, S.-Y., Lin, S.-K., Chen, C.-C., & Kuo, C.-J. (2014). Excessive suicide mortality and risk factors for suicide among patients with heroin dependence. *Drug and Alcohol dependence*, 145, 224-230.
- Passa, I., Giovazolias, T. (2015). Evaluation of a self-help group for parents of substance addicted offspring: a mixed methods approach. *Substance use and misuse*, 50, 32-39.
- Pear, V. A., Ponicki, W. R., Gaidus, A., Keyes, K. M., Martins, S. S., Fink, D. S. et al. (2019). Urban-rural variation in the socioeconomic determinants of opioid overdose. *Drug and alcohol dependence*, 195, 66-73. Disponibile in: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.11.024>
- Phillips, K.A., Epstein, D.H., & Preston, K.L. (2013). Daily temporal patterns of heroin and cocaine use and craving: relationship with business hours regardless of actual employment status. *Addictive Behaviours*, 38, 2485-2491.
- Robertson, J. R., Skidmore, C. A., & Roberts, J. J. K. (1988). HIV infection in intravenous drug users: a follow-up study indicating changes in risk-taking behaviour. *British journal of addiction*, 83, 387-391.
- Sanavio, E. (a cura di). (2016). *Manuale di psicopatologia e psicodiagnostica*. Bologna: il Mulino.
- Shin, S. H., Chung, Y., & Jeon, S. (2013). Impulsivity and substance use in young adulthood. *The american journal on addiction*, 22, 39-45.
- Siegel, D. J. (2013). *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Soyez, V., Tetrai, H., Broekaert, E., & Bracke, R. (2004). The implementation of contextual therapy in the therapeutic community for substance abusers: a case study. *Journal of family therapy*, 26, 286-305.
- Sporer, K. (2003). Strategies for preventing heroin overdose. *Education and debate – The BMJ*, 326, 442-444. Disponibile in: <http://www.bmj.com/>
- Steinglass, P. (2009). Systemic-motivational therapy for substance abuse disorders: an integrative model. *Journal of family therapy*, 31, 155-174.
- Trull, T. J., Sher, K. J., Minks-Brown, C., Durbin, J., & Burr, R. (2000). Borderline personality disorder and substance use disorders: a review and integration. *Clinical psychology review*, 20(2), 235-253.

- Uchtenhagen, A. A. (2011). Heroin maintenance treatment: From idea to research to practice. *Drug and alcohol review*, 30, 130-137.
- Van den Bree, M. B. M., Svikis, D. S., & Pickens, R. W. (1997). Genetic influences in antisocial personality and drug use disorders. *Drug and alcohol dependence*, 49, 177-178.
- Vederhus, J.-K., Kristensen, Ø. (2006). High effectiveness of self-help programs after drug addiction therapy. *BMC psychiatry*, 6:35. Disponibile in: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/6/35>.
- Volkow, N. D. (2009). Substance Use disorders in schizophrenia: clinical implications of comorbidity. *Schizophrenia Bulletin*, 35(3), 469-472.
- Wang, M., Finch, E., & Wolff, K. (2014). Psychiatric co-morbidity among subjects with heroin and cocaine use disorders and its association with HCV infection. *Journal of substance use*, 19(3), 245-250. Disponibile in: <http://informahealthcare.com/jsu>
- Woods, J. S., Joseph, H. (2018). From narcotic to normalizer: the misperception of methadone treatment and the persistence of prejudice and bias. *Substance use and misuse*, 53(2), 323-329.
- Zanusso, G., Giannantonio, M. (2000). *Tossicodipendenza e comunità terapeutica. Strumenti teorici e operativi per la riabilitazione e la psicoterapia*. Milano: Franco Angeli.
- Zhang, J., Slesnick, N. (2016). Family systems therapy for substance-using mothers and their 8- to 16-year-old children. *Psychology of addictive behaviours*, 30(6), 619-629.
- Zhang, J., Slesnick, N. (2017). Discrepancies in autonomy and relatedness promoting behaviors of substance using mothers and their children: the effects of a family systems intervention. *Journal of youth and adolescence*, 46, 668-681.

RINGRAZIAMENTI

Desidero dire grazie in primis alla mia famiglia ed in particolare ai miei genitori, Paolo e Stefania, che hanno sempre creduto in me, nei miei “sogni”, fin dal primo giorno, anche quando sembrava andare tutto storto, investendo tempo e risorse sul mio futuro. Spero che questo primo traguardo possa in qualche modo ripagarli delle loro fatiche.

In secondo luogo, vorrei ringraziare la mia relatrice, la professoressa Michela Lenzi, per avermi guidato in quest’ultima fase del mio percorso accademico.

Infine, come non rendere omaggio ad Elena, Desirée, Alessandro, Alessia ed Edoardo, gli amici di sempre che continuano ad essere per me un punto di riferimento nonostante le nostre carriere abbiano preso strade differenti. Altrettanto importanti sono Camilla, Jacopo, Dino, Matteo, Letizia e Giada, i miei compagni di viaggio in questi tre anni e con cui spero di condividere molte altre gioie nel corso della vita.