



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

**Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata
(FISPPA)**

Corso di laurea in Scienze Psicologiche Sociali e del Lavoro

Elaborato finale

**“Tossicodipendenza ed emozioni:
l’esperienza nella comunità terapeutica Villa Renata”**

“Drug dependence and emotions:
experience in the therapeutic community "Villa Renata"

Relatore: Prof.ssa Maria Armezzani

Laureando/a: Erica Bravin

Matricola:2021499

Anno Accademico 2021/2022

INDICE

INTRODUZIONE.....	4
CAPITOLO 1.....	5
1. LA TOSSICODIPENDENZA.....	5
1.1 CRITERI DIAGNOSTICI.....	5
- Craving.....	7
1.2 LE SOSTANZE STUPEFACENTI.....	9
- Cassificazione di Palmonari.....	9
1.3 CENNI STORICI.....	13
1.4 EPIDEMIOLOGIA.....	17
- In Europa.....	17
- In Italia.....	21
- Negli Stati Uniti.....	22
1.5 CHI DIVENTA DIPENDENTE?.....	23
- Teorie Neuroscientifiche.....	24
1.6 GLI ADOLESCENTI.....	27
CAPITOLO 2.....	31
2. (DIS)REGOLAZIONE EMOTIVA.....	31
- Autoregolazione.....	31
- Self-Medication and Self-Selection Hypothesis.....	31
- I modelli di Gross.....	34
- Studio di Mischel.....	36
- Alessitimia.....	36
- Teoria dell'attaccamento.....	37

CAPITOLO 3.....	39
3. LA FAMIGLIA DEL TOSSICODIPENDENTE.....	39
3.1 FATTORI AMBIENTALI.....	39
3.2 STUDI SULLA FAMIGLIA	41
- Il lavoro di Haley.....	41
- La ricerca di Stanton e Todd.....	43
- La tipologia delle tossicodipendenze di Cancrini.....	43
- Tipologia della coppia genitoriale di Vinci.....	45
- Il modello eziopatigenico relazionale di Cirillo.....	48
CAPITOLO 4.....	53
4. TRATTAMENTO E RIABILITAZIONE.....	53
- Tipologie di trattamento.....	54
- Trattamenti psicoterapeutici.....	55
- Terapia farmacologica.....	55
4.1 LA COMUNITA' TERAPEUTICA.....	57
4.2 PROGRAMMA TERAPEUTICO A "VILLA RENATA.....	58
CONCLUSIONI.....	61
BIBLIOGRAFIA.....	62

INTRODUZIONE

La dipendenza dalle droghe è un fenomeno conosciuto dal genere umano da millenni (Nencini, 2004). In realtà la dipendenza da fattori esterni è tipica degli esseri viventi, che necessariamente dipendono da fonti esterne per potersi garantire la sopravvivenza e la riproduzione.

Più saliamo in alto lungo la scala evolutiva, più è facile notare che i bisogni dell'uomo diventano sempre più sofisticati e certamente numerosi. Si tratta di una complessità di richieste rivolte all'ambiente per poter raggiungere un equilibrio interno soddisfacente.

Questo meccanismo, di ricerca e soddisfazione dei propri bisogni interiori, è evidente anche in specie animali più evolute; in loro così come nell'uomo i circuiti cerebrali diventano via via più complessi e gli eventi vengono percepiti in maniera diversa influenzando i comportamenti quotidiani, dalla ricerca del cibo, alla ricerca di un partner, alla capacità di regolazione emotiva. (Piazza.P, Deroche-Gamonet, V. Marsicano, G., 2010)

La dipendenza da sostanze è riconosciuta come una patologia sociale, relativamente nuova, cui oggetto è uno stimolo irrilevante per la sopravvivenza e che al contrario, la mette in pericolo.

Siamo soliti pensare che il fenomeno non ci riguardi mai da vicino, che possa essere relegato ad una minoranza di persone che per una molteplicità di cause si trovano intrappolate in questo tunnel dal quale spesso non si è in grado di uscire. Tuttavia, la drammaticità con cui il fenomeno si è diffuso negli anni e la quantità di persone che ne hanno pagato le conseguenze, mette in luce quanto in realtà non sia così lontano da tutti noi.

Nel lavoro che segue verrà trattato il tema della tossicodipendenza, con attenzione, nel primo capitolo, ai criteri diagnostici e alle tipologie di sostanze maggiormente diffuse; verranno riportati i dati di alcune ricerche epidemiologiche nel tentativo di fornire un quadro sufficientemente chiaro circa la prevalenza del fenomeno in Italia, Europa e Stati Uniti. Successivamente verrà presentato il quadro eziologico della dipendenza facendo riferimento anche all'adolescente, il cui rischio di incorrere in questi comportamenti pericolosi con le sostanze è molto elevato.

Nel secondo capitolo verrà affrontato un aspetto importante relativo all'uso di sostanze: la scarsa tolleranza alla sofferenza e la difficoltà nella regolazione emotiva, da parte di questi soggetti, di fronte ad eventi di vita dolorosi.

Il terzo capitolo è dedicato alla famiglia del tossicodipendente, in quanto principale agenzia educativa, luogo di socializzazione e crescita di ogni membro. Il nucleo familiare può essere un importante fattore di protezione ma all'estremo opposto può essere anche un fattore di rischio decisivo entro il quale si creano le condizioni per la comparsa del sintomo.

Il particolare interesse per l'argomento nasce in seguito al tirocinio svolto presso la Comunità terapeutica "Villa Renata" situata al Lido di Venezia, e per questo il capitolo quarto si propone di presentare il fondamentale tema del trattamento e dell'intervento riabilitativo con riferimento a ciò che in prima persona ho potuto osservare all'interno della stessa comunità.

CAPITOLO 1

LA TOSSICODIPENDENZA

La tossicodipendenza è una condizione in cui ci si trova gradualmente a non saper controllare il desiderio di assumere la sostanza, e le persone invischiate in tale meccanismo avvertono la necessità irrefrenabile e frequente di farne uso, nonostante la consapevolezza di quanto questo possa gravare a livello fisico, psicologico, affettivo, emotivo e anche sociale.

Il termine tossicodipendenza si riferisce proprio anche allo stile di vita della persona che è costretta a concentrare la propria esistenza in funzione della droga da cui dipende, sacrificando e indebolendo qualunque legame sociale.

Il disturbo correlato all'uso di sostanze viene letto su due versanti: la dipendenza fisica e la dipendenza psichica.

Nel primo caso si verifica un alterato stato biologico, nel secondo l'alterazione riguarda lo stato psichico e comportamentale.

L'aspetto fondamentale della dipendenza psichica si compone di due fattori:

1. La disforia: malessere intenso e basso tono dell'umore (opposto all'euforia) legata all'impossibilità di ottenere la sostanza;
2. Piacere anticipatorio che precede l'ottenimento della stessa. Comprende questioni legate alla programmazione dell'azione (come e cosa fare per ottenere la sostanza) e il compiere l'azione (farne uso una volta ottenuta)

Nei casi più complessi sono presenti entrambe le forme di dipendenza, portando la persona a non saper controllare l'assunzione. (Bagnato, 2021)

1.1 CRITERI DIAGNOSTICI

Nella quarta edizione del DSM- TR (American Psychiatric Association, 2001) veniva proposta una distinzione tra abuso di sostanze e dipendenza da esse, con la pubblicazione della quinta edizione del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-V), il cambiamento principale è dato dall'eliminazione di questa separazione tra abuso e dipendenza, uniti in un unico disturbo che porta il nome di "Disturbo correlato a sostanze" (Disturbo da uso di sostanze- DUS).

In questa nuova edizione è presente un elenco di undici sintomi ed è stato aggiunto un continuum di gravità necessario a misurare il sintomo, che va da lieve a grave.

Si tratta di una modalità patologica d'uso della sostanza che conduce a disagio o compromissione clinicamente significativi, come manifestato da almeno due delle condizioni seguenti, che si verificano entro un periodo di 12 mesi:

1. *Tolleranza*: fenomeno caratterizzato dal bisogno di dosi notevolmente più elevate della sostanza per raggiungere l'intossicazione o l'effetto desiderato; un effetto notevolmente diminuito con l'uso continuativo della stessa quantità di sostanza.
2. *Astinenza*: manifestata dalla caratteristica sindrome di astinenza, la quale porta ad assumere la sostanza (o una strettamente correlata a quella abituale) per attenuare o evitarne i sintomi.
3. La sostanza è spesso assunta in quantità maggiori per periodi più prolungati rispetto a quanto previsto dal soggetto. Si verifica *un'interruzione o riduzione delle attività sociali, lavorative o ricreative*: l'uso di droghe e l'instaurarsi del disturbo provocano danni sul funzionamento della persona che ne fa uso che aumentano per intensità, ledendo progressivamente il paziente.
4. *Desiderio persistente o tentativi infruttuosi di ridurre o controllare l'uso della sostanza*: è frequente che la persona in condizioni di dipendenza si accorga della gravità della situazione e prima di chiedere formalmente aiuto metta in atto una serie di tentativi per autodisciplinarsi e "controllare" l'assunzione della sostanza. Generalmente si può osservare una fase in cui il paziente appare seriamente convinto di potercela fare da solo, conciliando la modalità d'uso con il resto delle attività quotidiane (lavoro, doveri, famiglia, amici) ma ciò avviene solo idealmente perché non è una motivazione duratura e se non supportata in altro modo va scemando.
5. *Una grande quantità di tempo viene spesa in attività necessarie a procurarsi la sostanza ed assumerla*: si tratta di un gran dispendio di tempo, da osservare proprio come criterio per valutare quanto il disturbo sia ormai instaurato nel paziente. Tanto più la dipendenza è conclamata, tanto maggiore sarà il tempo impiegato alla ricerca e assunzione della sostanza nell'arco della giornata, facendo passare in secondo piano tutte le altre attività, fino a rimanere l'unica ammissibile (nei casi più gravi)
6. Legato al criterio appena descritto, l'interruzione o riduzione di importanti attività sociali, lavorative o ricreative a causa dell'uso della sostanza che determina una perdita del controllo. Il comportamento patologico di uso della sostanza tende a verificarsi nonostante le conseguenze negative che ha evidentemente apportato nel tempo. *Il comportamento d'uso è diventato compulsivo.*

7. *Uso continuativo della sostanza nonostante la consapevolezza di avere un problema persistente o ricorrente, di natura fisica o psicologica, causato o esacerbato dalla sostanza:* molti pazienti sono effettivamente consapevoli della gravità della situazione e degli effetti che l'uso smodato delle sostanze sta causando in loro, ma questo non gli impedisce di proseguire nell'attività (per esempio l'alcolista consapevole che l'alcol gli sta causando un'ulcera, ma, nonostante ciò, non smette di bere)
8. *Uso frequente con incapacità a adempiere i propri compiti:* molti pazienti perdono il lavoro o non sono più in grado di svolgere adeguatamente il ruolo genitoriale.
9. *Uso in situazioni a rischio:* nel corso del tempo la capacità di stimare il rischio delle situazioni si perde gradualmente e a causa dell'atteggiamento compulsivo, i pazienti si ritrovano ad assumere la sostanza nonostante debbano svolgere delle funzioni non conciliabili con lo stato alterato indotto dalla sostanza stessa.
10. *Uso ricorrente nonostante ciò determini problemi sociali o interpersonali:* come precedentemente segnalato, l'uso di droga diventa l'unico aspetto saliente nella vita a discapito delle relazioni sociali o familiari.
11. *Craving:* l'aspetto innovativo principale della nuova edizione del DSM e approfondito qui di seguito.

CRAVING

La traduzione letterale della parola Craving potrebbe essere Desiderio, Voglia, nelle loro accezioni più intense (desiderio fortissimo, voglia matta)

Il termine oggi è usato comunemente nel linguaggio professionale e indica proprio un “desiderio persistente e irresistibile per una determinata sostanza o per sostanze a effetti simili” (APA, 2013)

Per una definizione più completa del termine, il Craving è il desiderio impulsivo per una sostanza psicoattiva, per un cibo o per qualunque altro oggetto-comportamento gratificante: questo desiderio impulsivo sostiene il comportamento “adattivo” e la compulsione finalizzati a fruire dell'oggetto di desiderio.

Nel 1955 Jellinek e colleghi hanno riconosciuto per la prima volta il craving come componente centrale della sindrome da dipendenza da alcol; fino agli anni '90 sono stati tanti i ricercatori ad impegnarsi nello studio di questo fenomeno estendendolo all'impulso non solo verso l'alcol nello specifico, ma verso tutte le sostanze psicoattive (farmaci inclusi) ed anche il cibo.

Per esempio, secondo Cibin (1993) il craving va definito come “un desiderio irrefrenabile di assumere una sostanza, un desiderio che, se non soddisfatto, può provocare sofferenza fisica e psichica, accompagnata da astenia, anoressia, ansia, insonnia, irritabilità, aggressività, depressione o iperattività.”

Dipendenza e compulsione (craving) sono strettamente legate tra loro ed è ciò che determina la spinta all'azione, alla ricerca e poi assunzione della sostanza, che può verificarsi in qualunque momento, ma specialmente nei contesti in cui la droga o la sostanza veniva reperita o utilizzata in precedenza o in contesti in cui il comportamento è o era attuato; quindi, un ambiente in cui la persona ha vissuto delle esperienze di dipendenza. Sono questi i casi in cui si parla di craving “condizionato”.

La probabilità che un comportamento venga attuato dipende dalle sue conseguenze, in realtà però la persona che sperimenta questa sensazione si trova in una condizione di disagio e a fronte di ciò tenderà a sottostimare o non valutare completamente le conseguenze negative connesse all'uso e a favorire la componente positiva, ovvero ciò che gli permette di ridurre lo stato di stress, insofferenza e ansia e che lo condurrà ad uno stato d'animo nuovamente positivo.

Questo meccanismo avviene perché gli stimoli appresi, legati alla ricompensa piacevole che deriva dall'uso della sostanza, suscitano quel desiderio che diventa ben presto spasmodico e compulsivo, spinto dal ricordo che si concretizzerà nel consumo.

È proprio questo il punto centrale del craving, ovvero la riduzione del disagio che necessariamente inciderà sull'attuazione futura del comportamento.

A livello terapeutico è fondamentale analizzare le situazioni stimolo o anche definite “grilletto” (trigger) e la sensazione di Craving che la persona percepisce. (Gerra, G. Zaimovic, A. 2002)

Come è stato dimostrato da Robinson e Berridge (2004) in realtà il craving si fonda sul valore d'incentivo degli stimoli, cioè sulla capacità di diventare sempre più desiderabili ma non sulle loro proprietà intrinseche di piacevolezza. Vale a dire che man mano che l'uso della sostanza aumenta, più il piacere strettamente connesso ad essa diminuisce (piacere reale o atteso).

Le componenti cognitive incidono anche sul fatto che il craving possa essere suscitato dalla convinzione della disponibilità della droga o dalla possibilità di mettere in atto quel comportamento, anche in assenza di segnali a favore di ciò.

È opportuno precisare che questo meccanismo è amplificato dalla biochimica e questo porta ad influenzare il nostro modo di ragionare. Incide sui nostri meccanismi cerebrali, per via dell'interazione tra la sostanza e i circuiti neuronali deputati alla ricompensa e al piacere, offuscando alcune opzioni percorribili.

1.2 LE SOSTANZE STUPEFACENTI

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità "sono da considerare sostanze stupefacenti tutte quelle sostanze di origine vegetale o sintetica che agendo sul sistema nervoso centrale provocano stati di dipendenza fisica e/o psichica, dando luogo in alcuni casi ad effetti di tolleranza (bisogno di incrementare le dosi con l'avanzare dell'abuso) ed in altri casi a dipendenza a doppio filo e cioè dipendenza dello stesso soggetto da più droghe".

Si considera droga quindi qualunque sostanza, naturale o sintetica, più o meno pura chimicamente, la cui assunzione comporti delle alterazioni rispetto allo stato "normale".

CLASSIFICAZIONE DI PALMONARI

Augusto Palmonari, nel contributo intitolato "Droga, Enciclopedia delle Scienze Sociali" (Treccani 2009) classifica le droghe in quattro insiemi, distinti in base all'effetto che hanno sul SNC.

Tale classificazione si declina in questo modo:

- Droghe che deprimono il sistema nervoso centrale: bevande alcoliche, barbiturici e altri sedativi, benzodiazepine, solventi di vario tipo. Queste sostanze in dosi moderate provocano diminuzione di tensione e ansia, ma possono anche far diminuire l'efficienza fisica e mentale. Il consumo ripetuto di dosi elevate provoca dipendenza, tolleranza e sindromi di astinenza. Gli effetti possono aumentare in maniera molto pericolosa se si assume contemporaneamente più di una droga di questo tipo o se alla droga "deprimente" si accompagna anche un oppioide.
- Droghe che riducono la sensazione di dolore: oppio, morfina, codeina (sostanza naturale), eroina, metadone (di sintesi). Tali sostanze in dosi elevate provocano sedazione, sonno, stupore, perdita di coscienza. Il consumo ripetuto di tali sostanze provoca dipendenza, tolleranza e crisi di astinenza in maniera proporzionale alle dosi assunte abitualmente.
- Droghe che stimolano il sistema nervoso centrale: anfetamina, cocaina, crack, caffeina e nicotina. In dosi elevate possono provocare nervosismo (eccezione nicotina), ansia (esclusa anche la caffeina), psicosi paranoide temporanee.
- Droghe che alterano la funzione percettiva: LSD e altri allucinogeni sintetici, funghi allucinogeni, diversi tipi di cannabis. Queste sostanze provocano un incremento delle esperienze sensoriali, distorsioni percettive, dissociazione ma anche ansia, panico, scarsa attivazione o sedazione psicologica e rischi minimi di dipendenza fisica. LSD e funghi allucinogeni, come suggerito dal nome, provocano allucinazioni; la cannabis più rilassamento, sonnolenza o voglia di comunicare con gli altri.

Per ciascuna classe di sostanze, naturalmente gli effetti a breve e lungo termine sono differenti. Sono effetti che variano da persona a persona, spesso dipende dalla corporatura o comunque dalla quantità e dalla modalità con la quale la sostanza viene assunta.

Di seguito alcuni approfondimenti:

PRIMO GRUPPO

- **Benzodiazepine**

Gli effetti a breve termine comprendono sonnolenza, letargia, capogiri, visione doppia o offuscata, confusione mentale e cambiamenti di umore, perdita di memoria e pronuncia indistinta. Negli effetti a lungo termine è inclusa la letargia, combinata a perdita di motivazione, interesse e funzionalità sessuale, aumento dell'appetito e del peso corporeo, nelle donne disturbi mestruali e rash cutaneo (National Drug and Alcohol research Centre 1999)

- **Alcol**

Gli effetti a breve termine sono ben conosciuti, si tratta infatti in questo caso di una sostanza facilmente accessibile, anche in adolescenti (seppur illegale per loro ma per questo più attrattiva). L'alcol porta a sperimentare disinibizione, mancanza di coordinazione e allungamento dei tempi di reazione, visione offuscata, aggressività. Un uso eccessivo può portare al coma e nei casi peggiori alla morte.

Sono gli effetti a lungo termine dell'abuso/dipendenza da alcol che evidenziano la pericolosità della sostanza, molto spesso sottostimata: i danni fisici, danni al fegato che possono portare a cirrosi o neoplasie epatiche, portano ad aumentare il rischio di sviluppare altre patologie, tra cui diabete, ictus e disturbi cardiovascolari. Sono frequenti problematiche come gastrite, esofagite, pancreatite e deficit vitaminici.

SECONDO GRUPPO

- **Eroina**

Gli effetti immediati, dopo pochi secondi dall'assunzione (che può avvenire per iniezione, inalazione o può essere fumata), sono caratterizzati da un senso di benessere. La persona prova pace, calma ma allo stesso tempo euforia e riduzione della percezione del dolore, analgesia. Vi è un vero e proprio distacco dall'ambiente esterno, pesantezza degli arti, una sensazione di calore sulla pelle e la persona per diverse ore rimane soporosa. L'effetto va scemando dalle 2 alle 6 ore. Sono gli effetti a lungo termine a determinare il decadimento della persona: amenorrea, stitichezza, malnutrizione, deterioramento dei denti, sedazione cronica, apatia, danni agli organi interni, infezioni e necrosi dell'area in cui la sostanza viene iniettata, per non parlare della possibilità di contrarre L'HIV o AIDS; nel caso venisse inalata possono insorgere gravi problemi respiratori. Per chi fa uso di questo oppiaceo la dipendenza si avverte molto velocemente sia a livello psichico che fisico e lo stesso vale anche per la tolleranza.

Il bisogno di eliminare al più presto i sintomi di astinenza porta spesso le persone a mettere in atto anche comportamenti illegali. Inoltre, l'eroina viene assunta spesso insieme ad altre sostanze ("speedball"). È stato dimostrato che è la sostanza maggiormente responsabile di morte per overdose.

Gli effetti dell'assunzione vengono così descritti da un consumatore:

"La cosa straordinaria è che non senti dolore. Puoi andare in giro con i denti marci e un attacco di appendicite e non sentirlo. Non hai bisogno del sesso, del cibo, non te ne frega niente. È come una morte transitoria"

TERZO GRUPPO

- **Cocaina**

Gli effetti a breve termine di questo stimolante comprendono aumento della pressione arteriosa, della frequenza cardiaca, della frequenza respiratoria e della temperatura corporea, aumento della vigilanza e diminuzione della sensazione di fatica fisica e mentale, estrema sensazione di benessere ed eccitazione sessuale, midriasi (pupille dilatate) e perdita dell'appetito. Gli effetti a lungo termine comprendono disturbi del sonno, disfunzioni sessuali, ictus, infarto e scompensi respiratori, epistassi (perdita di sangue dal naso), sinusite, lacerazione della parete nasale come conseguenza dell'assunzione per via nasale o se iniettata aumenta il rischio di epatite o HIV.

Questa droga è molto diffusa nonostante le sue conseguenze pericolose, chi ne abusa può davvero arrivare a perdere la ragione e riscontrare danni seri al cervello, avere manie e idee fisse che portano a vivere in una dimensione irrealistica, con sintomi paranoici.

Un problema particolarmente rilevante legato alla dipendenza da tale sostanza è che, a differenza da altre (quali eroina per esempio), non esistono delle terapie farmacologiche per aiutare il paziente nella disintossicazione. Ci sono alcuni farmaci in via sperimentale ma attualmente si predilige la terapia comportamentale accompagnata da antidepressivi, a seconda dello specifico caso.

Inoltre, anche per quanto riguarda la cocaina, il problema del poliabuso è molto frequente, in particolare la combinazione tra cocaina e alcol, un binomio che determina il prolungamento e l'amplificazione degli effetti ma aumenta anche la dipendenza e la cardiotoxicità. Il collasso è un rischio ancor più maggiore nella combinazione tra cocaina ed eroina.

- **Amfetamine e derivati**

Attualmente è la droga a maggior produzione illegale ed è considerata anche una delle droghe più pericolose tra quelle definite come "ricreazionali".

Le amfetamine e tutti i derivati sono sostanze prodotte sinteticamente e agiscono da stimolatori del SNC, ma il rischio è dato proprio dall'impossibilità di conoscerne perfettamente la produzione, che appunto avviene in laboratorio.

Gli effetti a breve termine sono complessivamente molto vicini a quelli dati dalla cocaina e comprendono quindi euforia e sensazione di benessere, aumento della pressione arteriosa e pressione del polso, sudorazione, trisma (serrare le mascelle) e bruxismo (digrignare i denti), nausea e ansia. Nell'immediato si ha la percezione di migliorare le proprie prestazioni fisiche e intellettuali, per via della sensazione di massima vigilanza e quindi riduzione della stanchezza. Il comportamento può però sfociare in violenza. L'intossicazione acuta porta a seri danni al sistema cardiocircolatorio ed anche a deliri dovuti alla comparsa di allucinazioni. Gli effetti a lungo termine comportano la perdita del sonno, problemi respiratori (se viene fumata), danni alla mucosa nasale (se viene sniffata), ascessi e infezioni (se viene iniettata)

QUARTO GRUPPO

- **Allucinogeni**

In base alla loro origine, queste sostanze possono essere classificate in sintetiche (lavorate in laboratorio), naturali e semi-sintetiche (sintetizzate da sostanze naturali).

Vengono chiamate così proprio perché creano nell'uomo delle illusioni di tipo sensoriale con importanti alterazioni della percezione spazio-temporale, fino a determinare delle allucinazioni vere e proprie. Ciò avviene perché agiscono sul SNC nell'interazione tra le cellule nervose e il neurotrasmettitore serotonina. Quest'ultimo ha origine nel SNC per poi diramarsi attraverso il midollo spinale andando a coinvolgere vari sistemi regolatori tra cui: l'umore, la fame, la temperatura corporea, il comportamento sessuale, il controllo muscolare, la percezione sensoriale e la coagulazione del sangue.

Tra i più noti troviamo:

- **LSD**, la cui assunzione è tipicamente orale o sublinguale. L'inizio degli effetti si ha dopo circa 30-90 minuti dall'assunzione e possono durare anche più di 12 ore. Questo allucinogeno, al pari degli altri, provocando alterazioni dell'umore, a seconda di chi è l'assuntore, dalla quantità e dall'ambiente, può portare alla comparsa dei famosi "Bad Trips", ossia esperienze avverse e acute in cui si oscilla tra la paura e l'euforia in un mondo totalmente distorto.

La pericolosità di questa sostanza è data dal fatto che a lungo termine gli effetti possono essere principalmente di due tipi: il disturbo psicotico da allucinogeno, in cui si rimane all'interno di una realtà distorta, disgregata, si perde la capacità di comunicare con gli altri e di avere pensieri razionali. Compaiono oscillazioni drammatiche di mania con depressione profonda che può durare per anni. Secondo disturbo psicotico indotto da allucinazioni, invece, è caratterizzato da flashback (HPPD), diffusi tra i moltissimi consumatori di LSD. Questi episodi possono persistere anche dopo anni dalla sospensione dalla sostanza. Spesso tutti questi effetti vengono confusi con quelli associati anche ad altre patologie cerebrali, come ictus o tumore cerebrale.

- **MDMA** o **ecstasy** rientra tra gli allucinogeni sviluppati sinteticamente e venne sviluppata nei primi del '900 come farmaco per dimagrire, oggi considerata illegale ma frequentissima tra i

giovani e questo l'ha portata a rientrare tra le "droghe da discoteca". Incrementa l'attività di alcuni neurotrasmettitori quali la dopamina e la serotonina ed è proprio il rilascio eccessivo di quest'ultima a determinare quella sensazione di piacevolezza associata a questa sostanza. A lungo termine però, molti studi, hanno dimostrato che questi neurotrasmettitori vengono danneggiati in maniera definitiva e questo determina importanti variazioni cerebrali, soprattutto a livello cognitivo, motorio ed emotivo.

Cannabis: rientra tra le sostanze maggiormente utilizzate, anche in chi non ha mai avuto a che fare con nessun altro tipo di droga. Il suo principio attivo, molto più conosciuto per questa sostanza rispetto a tutti gli altri, è il THC. Gli effetti variano a seconda della quantità di THC e da fattori psicofisici, dalla modalità di assunzione ed eventuale associazione con altre sostanze.

Tra gli effetti a breve termine si nota euforia o rilassamento, riso e loquacità, a volte sonnolenza, incoordinazione, disinibizione, iperemia congiuntivale (occhi rossi), ansia, paranoia, secchezza delle fauci e aumento della fame.

Tipicamente viene fumata insieme a tabacco e per questo tra gli effetti a lungo termine troviamo quelli connessi anche alla nicotina (possibilità di contrarre malattie respiratorie), può causare anche una riduzione delle capacità mnemoniche e di apprendimento e diminuzione della concentrazione e motivazione in molti ambiti (scuola, lavoro)

1.3 CENNI STORICI

Per spiegare in maniera quanto più possibile completa il fenomeno della tossicodipendenza, non possiamo dimenticarci di contestualizzarlo all'interno del suo quadro evolutivo, in termini di comparsa e sviluppo delle stesse sostanze nella società.

Uno step necessario per poter avere ben chiaro che oggi, diversamente dagli anni '70-'80, il fenomeno della tossicodipendenza è cambiato sia sul piano quantitativo che qualitativo.

Sono infatti considerevolmente aumentati i consumatori abituali delle sostanze stupefacenti e al contempo, è cambiato anche lo script, ovvero l'identità correlata allo stile dell'essere tossicodipendente. Durante gli anni '70 del secolo scorso, un nuovo allarmante fenomeno dilagava all'interno delle società occidentali, proprio quello della tossicodipendenza.

Nell'America degli anni '60 era un fenomeno piuttosto isolato che colpiva una minoranza di persone, si è via via diffuso in ogni paese, coinvolgendo tutte le classi sociali.

Siamo nel 1972 quando l'eroina compare in Italia.

Chi si fa oggi non è più considerato come allora, "il malato di droga", una modalità stereotipata per descrivere il dipendente da sostanze come un balordo, privo di volontà, trasandato e sporco, che vive isolato in una condizione di emarginazione rimanendo la sera a dormire sotto i ponti o nei sobborghi.

“Il drogato” acquisiva un’etichetta che lo rendeva inaffidabile, riconoscibile perché spento, falso, pericoloso e incline a commettere reati.

Dalla prima comparsa di questo potente oppioide, passeranno diversi anni prima di vedere attivarsi servizi e strutture con lo scopo di arginare il fenomeno e sarà il Privato sociale a muoversi per primo, rispetto al Pubblico. (Floriani, A. 2009)

In Italia, nello specifico, l’uso della droga e delle sostanze di abuso (in particolare proprio dell’eroina) si è diffuso così tanto e così velocemente soprattutto grazie alla nascita delle contestazioni giovanili e del movimento “Hippy”. Assumere sostanze stupefacenti allora assumeva una connotazione contro-cultura, associando questo stile di vita alla costruzione di una nuova identità sociale rispetto ai valori della cultura dominante.

Siamo a cavallo tra gli anni ’70 e ’80 che il fenomeno si dilaga tra gli abitanti delle grandi città metropolitane, quanto nei piccoli paesini, dal nord al sud, nessuno escluso.

Nonostante il tentativo di attribuire alla droga un simbolismo di fondo e nell’uso la volontà di seguire certi ideali, l’immagine di chi utilizzava queste sostanze continuava ad essere particolarmente negativa e il “tossico di strada”, dipendente da eroina soprattutto per via endovenosa, si diffondeva velocemente tra la popolazione.

Le droghe “pesanti” che circolavano maggiormente all’epoca erano soprattutto eroina e cocaina, la prima considerata dei poveri, la seconda più per i ricchi.

Tendenzialmente la prima veniva iniettata e la seconda sniffata (è al giorno d’oggi che si sono sviluppate e conosciute diverse modalità di assunzione per ciascuna sostanza)

In realtà si conoscevano bene anche la marijuana e l’hashish, e si sentiva molto parlare dell’LSD, soprattutto considerata la droga degli artisti. In America si conosceva anche il crack, ma in Italia ancora no.

In generale, erano la cocaina e l’eroina ad andare per la maggiore tra i comuni consumatori, tutti a conoscenza del pericolo di tali sostanze, informati circa la possibilità di sviluppare dipendenza e di morire ma non tanto quanto oggi. Veniva senza dubbio sottovalutata la criticità della situazione di chi ne abusava, per non parlare di quanto venisse sottostimato il pericolo delle sostanze considerate “leggere”.

È piuttosto recente, infatti, il dibattito secondo cui gli stessi medici suggeriscono di eliminare questa distinzione tra droghe pesanti e leggere, in quanto tutte possono nuocere alla salute delle persone.

Solamente verso la fine degli anni ’70, quando le morti per overdose erano sempre più comuni che le persone cominciarono a prendere coscienza di quanto fosse serio il problema.

I centri storici, le stazioni ferroviarie sia delle grandi città che dei piccoli paesi venivano letteralmente colonizzate dai tossici, dagli spacciatori e da ciò che ne deriva, ovvero pavimenti tappezzati di siringhe.

Gli studi circa l'eziologia del problema si sono sviluppati in seguito, all'epoca chi era investito da vicino, quindi per esempio familiari, amici, non si spiegava le cause, anzi il problema veniva identificato solo e unicamente come piaga della società e indicava l'abusatore come unico colpevole.

Lo stato era a conoscenza della situazione e mentre cercava di arginare il fenomeno dal punto di vista legislativo inserendo leggi più o meno punitive per i consumatori e gli spacciatori, alcuni privati diedero vita alle prime strutture nelle quali i drogati venivano ricoverati per un certo periodo di tempo per poter affrontare la disintossicazione e provare a salvarsi.

Vennero chiamate comunità ed ognuna aveva la propria filosofia per portare i propri ospiti al recupero, di sé stessi e della propria vita: programmi educazionali, religiosi e lavorativi che comprendevano anche aspetti medico-clinici psicologici, nonostante all'epoca non venisse ancora data l'importanza che invece ha sicuramente oggi il supporto terapeutico.

Siamo ormai nel pieno degli anni '80 quando tra i tossicodipendenti comincia a diffondersi l'HIV: virus letale che avrebbe di lì a poco decimato la popolazione eroinomane. La comunità scientifica si impegnò molto a diffondere informazioni su quanto fosse importante non scambiarsi le siringhe per iniettare la sostanza, ma anche tra coloro che volevano guarire e che si rivolgevano alle comunità, avevano una diagnosi di AIDS già conclamata.

Tra coloro che uscivano dopo un lungo percorso comunitario, qualcuno riusciva a liberarsi totalmente dalla sostanza senza aver contratto la malattia, altri invece erano costretti a convivere fino alla morte, altri diventavano alcolisti, altri ancora riprendevano l'abuso.

Ormai era evidente che la tossicodipendenza fosse ben riconosciuta come problematica sociale, come fenomeno estremamente complesso e delicato, molto più di quanto sembrasse all'inizio e che non si poteva pensare bastasse la "volontà di smettere di drogarsi" per poterne uscire.

L'Italia era un po' indietro, ma negli Stati Uniti erano già tanti gli studiosi impegnati a realizzare dei programmi preventivi e di trattamento per queste persone.

Hanno cominciato a comparire sul territorio gruppi di Auto-aiuto: gli alcolisti anonimi, i narcotici anonimi.

La maggior parte dei programmi di recupero non riconobbero fin da subito il ruolo di tanti fattori nella comparsa del sintomo: fattori biologici, genetici, psicologici e ambientali, e si focalizzavano separatamente su di essi.

Dopo la chiusura dei manicomi con la legge Basaglia, furono i CIS o CSM (centri di igiene mentale o salute mentale) a colmare i vuoti legislativi nella cura di persone con questi problemi. Erano le uniche strutture a cui si potevano rivolgere, ma gli operatori non erano ancora in grado di saper gestire il fenomeno, abituati a trattare con schizofrenici, psicotici o malati psichiatrici in generale.

Nonostante gli sforzi rivolti alla terapia della tossicodipendenza e l'insorgere di molte comunità con diversi metodi riabilitativi, la complessità del fenomeno rimaneva elevata. Inoltre, l'insieme di molti

fattori dipendenti in modo relativo e variabile sia dalle sostanze d'abuso, sia dal soggetto che ne faceva uso, metteva in forte crisi il mondo scientifico. Infatti, il soggetto dipendente che giungeva in comunità o al servizio pubblico, aveva sì modificato negli anni di uso di droga le proprie abitudini, la propria vita e le modalità relazionali, ma non bastava riproporgli uno stile di vita "sano" per liberarlo definitivamente dal problema.

In Italia, negli anni '80, venne introdotto il metadone, un derivato sintetico dell'oppio proveniente dagli Stati Uniti che andava a sostituire l'utilizzo dell'eroina. L'idea era proprio che potesse sostituirsi completamente ad essa per poi essere gradualmente sospeso: il cosiddetto programma a scalare.

Dopo qualche anno, però, anche il metadone che aveva dato all'inizio molte speranze, si rilevò solo in parte utile e comunque non adatto alla totalità dei soggetti afferenti ai servizi per le tossicodipendenze (Ser.T che ormai si erano diffusi sul territorio). Infatti, molti utenti riferivano che, una volta scalato, le crisi di astinenza erano peggiori e più durature rispetto a quelle da eroina; ma soprattutto, durante la fase di scalaggio del metadone, la quasi totalità degli assistiti riprendeva l'uso di eroina e spesso a quantitativi maggiori rispetto al passato. Inoltre, assieme al metadone, avveniva molto spesso l'assunzione contemporanea di eroina, psicofarmaci ed altre droghe.

Siamo negli anni '90 e la scienza sta sperimentando molti altri farmaci antagonisti per poter gestire la fase di recupero, alcuni tutt'oggi utilizzati, altri no.

Il fatto importante è che mentre inizialmente era l'eroina, in Italia, a suscitare il massimo interesse sul problema droga, con gli anni '90, unitamente all'incremento dell'uso di cocaina, fu l'avvento delle droghe sintetiche a modificare profondamente il panorama della dipendenza da sostanze.

A presentarsi agli operatori dei servizi erano sempre più giovani e giovanissimi che poco avevano a che fare con i soggetti tossicodipendenti con cui fino ad allora si era abituati a trattare. Erano i consumatori delle cosiddette *nuove droghe*, le droghe sintetiche, da discoteca, gli acidi, spesso in poliabuso con cocaina e cannabis, ma anche con eroina e altre droghe sintetiche. (Floriani, A. 2009)

Questo nuovo pattern di abuso si è reso evidente anche all'interno della Comunità terapeutica in cui ho svolto il Tirocinio: la quasi totalità dei pazienti è da considerarsi poli-abusatore (89%), secondo quanto riportato nel report annuale (2020)

In particolare, per la maggior parte dei pazienti che si rivolgono a "Villa Renata", le sostanze consumate (anche in poliabuso) sono: per il 65% eroina e per il 17% cocaina e per un 10% cannabinoidi. Una volta, molto più di adesso, anche l'alcol si trovava ai primi posti, surclassato da grandi dosi di ketamina e altre sostanze sintetiche: speed, metanfetamine, MDMA.

Il panorama della tossicodipendenza è cambiato, si è evoluto: l'età dell'inizio di assunzione è sempre più bassa, la tipologia di droghe da poter utilizzare è sempre più vasta e questo collega il fenomeno ad una realtà davvero drammatica, quale il rischio serio di morte.

Andremo ora a presentare i risultati della ricerca epidemiologica su tale fenomeno.

1.4 EPIDEMIOLOGIA

L'OMS definisce con il termine epidemiologia “Lo studio della distribuzione e dei determinanti degli stati e degli eventi correlati con la salute, e l'applicazione di questo studio al controllo delle malattie e di altri problemi di salute”

Gli studi epidemiologici si propongono di raggiungere alcuni obiettivi:

- ⇒ Dimensionare la diffusione di una malattia in una comunità
- ⇒ Studiare l'eziologia di una malattia e le modalità di trasmissione
- ⇒ Studiare la storia naturale della malattia
- ⇒ Sviluppare le basi per la prevenzione
- ⇒ Valutare l'efficacia di programmi preventivi e terapeutici

L'applicazione dell'epidemiologia alle tossicodipendenze è relativamente recente. Verso la fine degli anni '60-'70 i metodi epidemiologici vengono utilizzati per descrivere la diffusione dell'uso/abuso di sostanze stupefacenti ed inizia un dibattito specifico relativamente ad un possibile approccio specifico al problema, che prima veniva considerato limitato ad un numero di individui “disturbati”, “problematici” ma che via via è diventato un fenomeno sociale che colpisce la popolazione anche giovanile.

Quando si parla di epidemiologia legata al fenomeno della tossicodipendenza, quindi, si cerca di descrivere determinati accadimenti all'interno di precise sequenze temporali allo scopo di rompere la catena degli eventi ed evitare l'evento ultimo più dannoso.

IN EUROPA

La pubblicazione dell'Osservatorio Europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (EMCDDA), di anno in anno, ci fornisce un quadro aggiornato e piuttosto chiaro circa la situazione europea in tema di droga, una panoramica che ci consente di individuare e valutare le minacce emergenti e gli sviluppi relativi al consumo di sostanze.

La relazione europea del 2022 rende evidente, in maniera via via sempre più preoccupante, che in realtà oggi gli effetti nefasti della droga arrivano un po' ovunque e toccano chiunque, perché chiunque può farne effettivamente uso e chiunque può sperimentarne le gravi conseguenze sia direttamente che indirettamente.

La dipendenza da sostanze non tocca solo il singolo individuo che ne abusa, ma causa danni seri anche alle famiglie e alle comunità in cui queste vivono.

Oggi purtroppo, in un modo o nell'altro tutti sono influenzati dall'uso di droghe, non necessariamente per uso personale, ma perché intorno a noi le sostanze si stanno inserendo in qualsiasi contesto, in modo capillare su tutto il territorio traducendosi in criminalità, corruzione, illegalità, potremmo dire in altri termini in malavita.

La valutazione generale che deriva dall' EMCDDA, la cui missione consiste nel sostenere migliori politiche e misure preventive o di riduzione del danno, è di preservare il futuro dei nostri paesi e di limitare quanto possibile questa rapidissima ascesa del dominio e del traffico di sostanze nelle nostre città europee. Comprendendo la portata del fenomeno è più probabile riuscire anche ad individuare quali siano le modalità di diffusione e i nuovi modelli di consumo di sostanze che vengono inserite indistintamente dalla qualità sul mercato.

L'EMCDDA utilizza dati provenienti da una serie di fonti e da ciò emerge che la disponibilità e il consumo di droghe rimangono a livelli piuttosto elevati in tutta l'Unione Europea.

Sulla base dei dati più recenti forniti dalla relazione, si stima che:

- Circa 83,4 milioni di adulti (età compresa tra i 15 e i 64), pari al 29% abbiano fatto uso di sostanze illecite, con un numero di maschi (50,5 milioni) maggiore rispetto alle femmine (33 milioni) ad averne segnalato il consumo.
- La cannabis resta la sostanza maggiormente consumata, con oltre 22 milioni di europei adulti che ne hanno segnalato il consumo nell'ultimo anno.
- Gli stimolanti sono la seconda categoria più segnalata: si stima che nell'ultimo anno 3,5 milioni di adulti abbiano consumato cocaina; 2,6 milioni MDMA e 2 milioni amfetamine.
- Circa un milione di europei ha consumato eroina o un altro oppiaceo illecito nell'ultimo anno.

Anche se il consumo di eroina ed oppiacei rimane inferiore rispetto alle altre sostanze, continua comunque a rappresentare la causa della maggior parte dei danni attribuiti al consumo, dal momento che spesso viene combinata anche con altre sostanze illecite e questo è reso evidente dalla quantità di overdose mortali segnalate in UE.

Ciò che rende il fenomeno ancora più preoccupante è che chi fa uso di sostanze illecite, nella maggior parte dei casi, utilizza combinazioni di queste, non si limita ad una singola "classe" e questo ne aumenta notevolmente la pericolosità e la gravità.

L'Unione Europea purtroppo si è inserita sempre di più all'interno di un processo che viene considerato proprio di globalizzazione nel traffico e nella produzione di stupefacenti, ma anche per consumo.

Considerazioni per sostanze:

- CANNABIS

Quasi 48 milioni di maschi e 31 milioni di femmine dichiarano di avere fatto uso di questa sostanza nell'arco della vita. Sono da considerare le variazioni da un paese all'altro: 4,3% a Malta; rispetto ad un 44,8% in Francia.

Ciò che muta nel tempo non è tanto il prezzo d'acquisto della sostanza, che è rimasto negli anni pressoché stabile, ma il contenuto medio di THC presente (da un 11% a un 21%) a seconda della tipologia.

Negli ultimi anni il dibattito normativo circa la legalizzazione della sostanza è centrale ed anche in questo si possono notare grandi differenze tra un paese e l'altro, basti pensare alla posizione italiana in merito, rispetto ai Paesi Bassi, la Spagna, ma anche Malta, la Germania e la Svizzera (pur non essendo parte dell'UE). Tuttavia, per tutelare la salute pubblica, l'impatto di potenziali cambiamenti normativi viene monitorato e valutato continuamente.

Infatti, attualmente la maggior parte dei paesi Europei consente qualche forma di uso medico di cannabis o cannabinoidi.

Sono grandi aziende in Canada a fornire una forma legale di questa sostanza, e coltivano anche in Europa, fornendola in alcuni suoi Stati.

Nel 2020, la Corte di Giustizia dell'UE ha dichiarato che il CBD (cannabidiolo) di origine vegetale non era una droga, non avendo proprietà psicoattive, e quindi viene utilizzato come prodotto commerciale praticamente ovunque.

I dati preoccupanti riguardano maggiormente la produzione di cannabinoidi sintetici, i quali imitano gli effetti del THC, ma possono essere, proprio perché ottenuti in laboratorio, altamente tossici e psicoattivi. Gli effetti gravi possono essere mentali, fisici e comportamentali, in modo più intenso rispetto alla cannabis "naturale".

Questo è un problema che a dire il vero accomuna praticamente tutte le sostanze, parliamo della possibile imprecisione nella fabbricazione di prodotti sintetici e altamente nocivi per la salute, consumati da chi ne è inconsapevole, non avendo alcuna certezza sulla reale modalità di produzione, che come spesso accade trascura la qualità per una maggiore quantità = profitto.

Ciò accade perché il monopolio è tenuto dalla criminalità che adultera i prodotti con finalità di guadagno.

- COCAINA

Sembra che nel periodo delle restrizioni da COVID-19, il consumo della sostanza fosse diminuito, forse per via della chiusura di luoghi ricreativi e notturni dove questa sostanza trovava ampio spazio d'utilizzo, ma questo non rassicura perché in concomitanza con la ripresa di tutte le attività, si è verificata una ripresa anche nell'uso di cocaina, raggiungendo i livelli pre-pandemici, se non di più.

Infatti, sono già in aumento le tendenze relative ai reati per consumo e possesso di questa sostanza, suggerendo che tutti i dati rimangono elevati in termini storici.

Circa il 15% di nuove richieste di trattamento vede alla base del problema un ampio consumo di cocaina/crack, parliamo di circa 7000 consumatori in Europa. Questo preoccupa, perché correla certamente con problemi sanitari e sociali ampiamente riscontrati in gruppi vulnerabili ed emarginati.

I paesi che segnalano maggiormente l'aumento sono Spagna, Francia, Italia, Portogallo, Belgio e Irlanda. Anche la Germania vede un aumento nel consumo di Crack.

Ciò che spesso non viene considerato, dal consumatore medio di queste sostanze, è la reale pericolosità che esse possono avere sulla vita.

Nel 2020 si stima che nell'UE si siano verificati almeno 5800 decessi da overdose causati da sostanze illecite. Ciò rappresenta un tasso di mortalità stimato del 16,7% per milione per la popolazione adulta. Si parla di pluricosumo, ovvero combinazione di sostanze, farmaci e anche alcol, che seppur socialmente più accettato è una potente sostanza psicoattiva che crea dipendenza e la sua pericolosità associata al fatto che spesso si accompagna ad altro.

Nel corso dell'anno 2019 infatti, l'equipe di "Villa Renata" ha preso parte ad un importante processo di formazione relativamente al tema dell'overdose. La necessità di riflettere sull'argomento si è imposta di fronte a questi dati, forniti dall'EMCDDA, che descrivono un fenomeno in crescita anche nelle fasce di età più giovane. Tra i curanti di "Villa Renata" si è resa evidente l'esigenza di approfondire il fenomeno anche tra i pazienti in carico, cercando di dare una risposta a quesiti quali: esperienze pregresse, fattori di rischio (per esempio assumere la sostanza per via iniettiva), il tipo di intervento che è stato ricevuto. Su un totale di 85 pazienti il 28% ha riportato almeno un'esperienza di overdose, mediamente intorno ai 22 anni, quando l'età del primo utilizzo per endovena era in media intorno ai 20 anni. In coloro che hanno avuto più episodi di overdose, tendenzialmente li hanno avuti in un arco temporale ravvicinato e sono stati proprio questi a spingerli a rivolgersi al servizio residenziale.

- METAMFETAMINA

In Europa generalmente disponibile sotto forma di polvere ed è consumata per via orale o nasale, meno comunemente per via parentale. I danni associati sono legati ad un ampio consumo ed alto dosaggio, a lungo termine. In Germania è presente un alto consumo della sostanza.

Ma è stato individuato che negli ultimi anni Paesi Bassi e Belgio sono siti di produzione di sostanze quali metamfetamine, amfetamine, MDMA e simili, in collaborazione con la criminalità messicana.

Tanto che sia Messico che Africa trasportano le sostanze in Europa, ampliandone il consumo.

Per quanto riguarda la situazione attuale in Europa, ciò che deve essere monitorato con attenzione è la situazione in Afghanistan e la guerra in Ucraina, che potrebbero avere effetti a medio e lungo termine sulle rotte di contrabbando e funzionamento del mercato della droga.

Le pressioni esercitate sui servizi esistenti sono moltissime e per altro in aumento, ma è necessario un piano mirato e risposte politiche adeguate a contenere al massimo il fenomeno di diffusione della tossicodipendenza e garantire una maggiore sicurezza in termini sanitari e sociali per il futuro dei nostri paesi.

IN ITALIA

Per avere un quadro nazionale del fenomeno, qui di seguito alcuni dati ricavati dalla Relazione Annuale al Parlamento sul fenomeno della tossicodipendenza in Italia anno 2022 (dati 2021).

Ciò che attira maggiormente il nostro interesse riguarda l'analisi della diffusione e le tendenze di consumo nella popolazione per poter delineare delle attività di prevenzione del fenomeno delle dipendenze, in particolare nel nostro paese.

La Relazione al Parlamento, così come quella Europea, ci consentono di avere di volta in volta, una fotografia aggiornata del fenomeno in continuo mutamento, per poter avere sempre un'idea di quanto accade in modo da poter attivare un intervento sinergico tra Istituzioni, Enti, Amministrazioni, Province e Università (enti di ricerca). È questa la strategia che sta adottando l'UE (dal 2021 al 2025), servendosi di un contributo multiplo basato su dati concreti e su un approccio integrato, il quale viene valutato in termini di impatto sulla salute, sulla sicurezza e il benessere dei cittadini.

Il tentativo è quello di rendere chiara l'entità del fenomeno, in termini di disponibilità delle sostanze, diffusione del consumo e profilo del consumatore.

ESPAD Italia è uno studio sui consumi psicoattivi e altri comportamenti rischiosi tra gli studenti dai 15 ai 19 anni.

“European School Survey Project on Alcohol and other Drugs”: studio transnazionale che coinvolge 35 Paesi europei e viene condotto da oltre 20 anni, rappresentando un solido standard di monitoraggio, rispondendo anche alle richieste dell'EMCDDA.

Ciò che emerge da tale analisi:

Nel 2021, il 24,1% degli studenti in Italia, pari a 621mila 15-19enni, ha riferito di aver utilizzato almeno una volta nel corso della propria vita una sostanza illegale tra cannabis, cocaina, stimolanti, allucinogeni e oppiacei, soprattutto gli studenti di genere maschile (M=27,1%; F=20,9%). Il consumo di almeno una sostanza nel corso dell'ultimo anno ha interessato il 17,8% degli studenti (M=20,2%; F=15,3%), vale a dire circa 459mila ragazzi: il 90,3% ha assunto una sola sostanza illegale, il 6,1% ne ha assunte due e il 3,6% almeno tre; il 9,7%, pari a 44mila studenti, può essere definito “poliutilizzatore”.

Nei 30 giorni antecedenti lo studio, gli studenti che hanno riferito di aver utilizzato sostanze psicoattive illegali sono il 10,4% (267mila 15-19enni: M=12,2%; F=8,5%) mentre l'uso frequente, ossia l'utilizzo 20 o più volte di cannabis e/o 10 o più volte delle altre sostanze illegali (cocaina, stimolanti, allucinogeni, oppiacei) nel corso del mese, ha riguardato il 2,8% dei rispondenti, 72mila studenti (M=4%; F=1,5%)
Il *trend* delle prevalenze del consumo nella vita, nell'anno e negli ultimi 30 giorni dall'inizio della rilevazione al 2011 ha evidenziato una diminuzione per poi risalire fino al 2014; il consumo frequente invece ha avuto un costante e lento incremento lungo tutto il periodo. Dopo una sostanziale stabilizzazione dal 2014 fino al 2019, il *trend* ha evidenziato decremento sia per il consumo nella vita, sia per quello riferito all'ultimo anno. I consumi nel mese e frequente, invece, dopo il calo del 2020, risalgono nell'ultima rilevazione.

Analizzando nel dettaglio le tipologie di sostanze consumate nella vita, la cannabis risulta la sostanza illegale maggiormente utilizzata, seguita da Nuove Sostanze Psicoattive (*New Psychoactive Substances* - NPS), cannabinoidi sintetici, cocaina, allucinogeni e stimolanti. Chiude il consumo di oppiacei che non supera l'1%.

L'uso di sostanze psicoattive si conferma più diffuso tra gli studenti di genere maschile: si passa da un rapporto di genere relativo al consumo nella vita di 1,2/1,3 per stimolanti e cannabis, a 1,6 per allucinogeni, a 1,7 per NPS e oppiacei, fino a 2,2 per la cocaina.

Ciò che richiama l'attenzione è la percezione del rischio da parte di questi adolescenti che si accostano alle sostanze. Evidentemente chi non ne fa uso dichiara percentuali di rischio nettamente maggiori rispetto a chi ne fa uso, sia regolarmente che saltuariamente, nonostante in tutti ci sia la consapevolezza che ciò che viene fatto non è totalmente esente da rischi, e questo vale sia per il consumo di cannabis che altre sostanze più "pesanti".

Questi dati fanno riferimento nello specifico a consumatori giovani, in quanto si tratta di un fenomeno che insorge in età sempre più precoce e che si lega inevitabilmente ad innumerevoli altri pericoli, tra i quali mettersi alla guida sotto effetto di sostanze psicoattive, un problema in massimo aumento in Europa, causa di incidenti gravi e di morti tra giovani e giovanissimi.

NEGLI STATI UNITI

Per avere un quadro globale ampio, cito anche gli studi epidemiologici tenuti in America, a partire dagli anni '90.

In particolare, la storia del fenomeno viene ricostruita dal "National Survey On Drug and Health" (NSDUH) e il primo grande studio epidemiologico a prendere in esame i problemi legati ad alcol e altre sostanze nella popolazione generale fu "Epidemiological Catchment Area" (ECA).

Nell'indagine sono stati intervistati 20.000 americani tra California, Connecticut, North Carolina, Missouri.

Attraverso un'intervista standardizzata veniva rilevata la presenza o l'assenza di disturbi e diagnosticato abuso e/o dipendenza da sostanze, alcol incluso.

I risultati dimostrarono che una persona su tre nel campione (36%) aveva fatto uso di una o più sostanze illegali. La cannabis era la più diffusa anche nel territorio americano.

La diagnosi veniva eseguita secondo i criteri del Dsm- IV e l'abuso e la dipendenza vennero effettivamente diagnosticate nel 6% della popolazione: 4% cannabis, 2% stimolanti, 1% sedativi, 0,7% oppioidi. Tra gli uomini le percentuali erano più alte rispetto alle donne e in generale le percentuali più alte erano per la fascia d'età compresa tra i 18 e i 29 anni.

Il fatto che ci siano bassi tassi di disturbo da uso di sostanze per gli over 40 suggerisce che in America in realtà il fenomeno si sia diffuso largamente solo di recente.

È stato riscontrato anche un tasso elevato di altri problemi psichici associati all'uso di sostanze, tanto che oltre i due terzi (76% uomini e 65% donne) avevano anche una seconda diagnosi psichiatrica.

Conclusioni

Gli studi epidemiologici forniscono molte informazioni utili su chi diventa dipendente, forniscono un'idea di quanto sia presente il fenomeno nelle diverse aree geografiche, potendo così confrontare la situazione attuale ed elaborare diversi piani preventivi ma purtroppo ad oggi non esistono risposte univoche e sintetiche in grado di spiegare il fenomeno tossicodipendenza nella sua totalità.

Risulta quindi davvero difficile trovare un panorama totalmente esaustivo in ambito epidemiologico, così come anche in ambito clinico.

L'approssimazione sarà tanto maggiore quanto più si cerca di integrare l'osservazione di tante diverse discipline che concorrono a tale studio, soprattutto se il desiderio è quello di rispondere al perché dell'enorme diffusione del consumo a livello sociale.

1.5 CHI DIVENTA DIPENDENTE?

Le persone fanno uso di sostanze psicoattive per moltissime ragioni. Se chiedessimo a chi soffre di questa dipendenza il motivo, probabilmente otterremmo come risposta “per sentirmi meglio”, “per divertirmi”, “perché ero curioso”, risposte non soddisfacenti dal punto di vista scientifico.

È doveroso sottolineare che non necessariamente tutti coloro che fanno uso di sostanze ne diventano automaticamente dipendenti e devono affrontare tutti questi effetti negativi. Molti non le provano mai nel corso della vita, per altri si tratta di singoli episodi, avvenuti per curiosità, magari influenza di altri che ne fanno uso, voglia di sperimentare, ma rimangono comunque eventi isolati, altri ancora sono consumatori occasionali.

Perché alcune persone sviluppano seri problemi con le droghe mentre altre no, non è una domanda semplice e di conseguenza non è semplice nemmeno trovare una risposta esaustiva.

La dipendenza è causata da diversi fattori interdipendenti il cui studio e interpretazione costituiscono una sfida per tutti coloro che vogliono fare ricerca sul fenomeno.

Tra i ricercatori è in corso un dibattito sulle cause della tossicodipendenza: è una malattia cronica, recidivante che in assenza di sufficiente forza di volontà non vede la possibilità di interrompere l'uso o si tratta di un comportamento acquisito (da familiari o gruppo dei pari)?

Cosa rende un adolescente o un giovane adulto vulnerabile a tali sostanze?

Una ricerca scientificamente importante sui fattori eziologici predisponenti all'uso di sostanze è stata condotta da Shedler e Block (1990) due autori statunitensi che hanno cercato di studiare e delinearne alcuni fattori predittivi del consumo.

Si tratta di una ricerca longitudinale condotta su cento soggetti, seguiti dai 3 ai 18 anni, in cui si sono confrontati dati sulle caratteristiche di personalità e propensione al consumo.

Il risultato ha portato a confermare, sebbene in molti avessero già raggiunto questa consapevolezza, che l'uso di droghe è generalmente preceduto da disturbi di personalità (difficoltà emotive serie, difficoltà nei rapporti interpersonali, scarso controllo degli impulsi, sintomo di disadattamento...) (Cirillo, S. Berrini, R. Cambiasio, G. Mazza, R. 2017).

Si parla sempre più spesso di "doppia diagnosi" per definire un quadro psicopatologico complesso costituito da patologie psichiche e problemi di dipendenza.

Non dimenticando che i percorsi delle differenti patologie possono essere invece anche indipendenti, risulta essere necessaria una buona diagnosi al fine di strutturare un trattamento che definisca le priorità su cui intervenire: nel caso in cui la dipendenza e la patologia psichiatrica siano correlate, infatti, l'intervento prioritario su di una può di conseguenza favorire i cambiamenti anche nell'altra.

È facile notare, secondo quanto descritto fin qui, che il fenomeno della tossicodipendenza è in realtà veramente molto complesso, è difficile la diagnosi e sono tanti gli approcci utilizzati dagli studiosi nel tentativo di individuare un'eziologia che si avvicini quanto più possibile alla possibilità di spiegare perché alcune persone diventano dipendenti e altre no.

Non si può pensare che si tratti della conseguenza di un singolo fattore o avvenimento intercorso durante la vita della persona, ma dipende da un insieme di cause.

I diversi approcci danno maggiore importanza ad alcune (biologiche, genetiche) o ad altre (psicologiche, ambientali) ma producono teorie che non si escludono reciprocamente.

TEORIE NEUROSCIENTIFICHE

Queste teorie richiedono la comprensione degli effetti delle sostanze psicoattive sul cervello.

Il cervello umano è il più complesso organo del corpo in grado di regolare ogni attività umana e le droghe possono alterare importanti aree cerebrali necessarie per le funzioni vitali e spingere l'individuo verso un loro uso compulsivo (craving).

Le aree cerebrali che vengono colpite dall'azione delle droghe sono:

- *Il midollo spinale*: controlla la frequenza cardiaca, la respirazione ed il sonno (importanti funzioni vitali)
- *Il sistema limbico* che contiene il sistema della ricompensa del cervello, un circuito collegato ad altre strutture cerebrali e che assieme controllano e regolano la nostra capacità di provare piacere. Il sistema limbico viene attivato sia quando svolgiamo attività come mangiare, fare

nesso, sia quando si usano le sostanze. È responsabile della percezione di altre emozioni, sia positive che negative, questo spiega la capacità delle droghe di alterare l'umore.

- *La corteccia cerebrale*, suddivisa in diverse aree che controllano specifiche funzioni. La parte anteriore, la corteccia frontale, è il centro cerebrale del pensiero, è da qui che deriva la capacità di pensare, ragionare, pianificare e risolvere problemi, oltre a prendere decisioni.

Il nostro cervello è un enorme centro di comunicazione che si serve di reti di neuroni o cellule nervose, che coordinano e regolano tutto ciò che sentiamo, pensiamo e facciamo.

La comunicazione avviene da neurone a neurone: ogni cellula nervosa nel cervello invia e riceve messaggi in forma di impulsi elettrici. Una volta che una cellula riceve ed elabora un messaggio, poi lo invia ad altri neuroni. Perché ciò avvenga, i messaggi vengono trasportati da sostanze chimiche chiamate neurotrasmettitori i quali (rilasciati da un neurone nello spazio che separa due cellule, la sinapsi) si agganciano ad un sito presente sul corpo cellulare di un altro neurone, specializzato per riceverlo, che si chiama recettore (proteina).

Il neurotrasmettitore e il suo recettore operano secondo un meccanismo ben specifico che assicura che ogni recettore trasmetta il giusto messaggio solo dopo la sua interazione con il giusto tipo di neurotrasmettitore.

Una volta che il messaggio è stato inviato e quindi bisogna arrestare la trasmissione il neurotrasmettitore viene riportato nella cellula da cui proviene da una proteina trasportatrice presente su questo neurone.

Il messaggio è stato trasmesso e la comunicazione termina.

Le sostanze psicoattive agiscono quindi sul cervello andando proprio a colpire questo sistema di comunicazione cerebrale. Alcune droghe, ad esempio la cannabis e l'eroina, possono attivare i neuroni perché la loro struttura chimica è molto simile a quella di un neurotrasmettitore naturale.

Altre droghe come l'amfetamina o la cocaina possono fare in modo che le cellule nervose rilascino anormalmente grandi quantità di neurotrasmettitori naturali o che possano impedire il normale riciclo di queste sostanze chimiche cerebrali. Queste alterazioni producono un messaggio enormemente amplificato che alla fine distrugge i canali di comunicazione.

Tutte le droghe d'abuso colpiscono direttamente o indirettamente il sistema di ricompensa cerebrale inondandolo di dopamina, un neurotrasmettitore presente in regioni che regolano il movimento, l'emozione, la motivazione, la cognitivtà, la sensazione di piacere.

La sovrastimolazione di questo sistema produce gli effetti euforizzanti nelle persone che utilizzano droghe e fa sì che loro vogliano ripetere il comportamento.

Il nostro cervello, infatti, è programmato per assicurare la ripetizione delle attività che sostengono la vita associandole con il piacere o la ricompensa. Una volta che questo circuito viene attivato, il cervello nota che evidentemente qualche cosa di importante sta accadendo e che necessita di essere ricordato; ci insegna quindi come farlo e rifarlo ancora, senza pensare.

Poiché le droghe stimolano lo stesso circuito, noi impariamo ad abusarne allo stesso modo.

Quando si assumono alcune droghe, queste possono rilasciare dopamina da 2 a 10 volte in più degli stimoli naturali. In alcuni casi questo avviene quasi immediatamente (ad esempio quando le sostanze vengono fumate o iniettate) e gli effetti possono mantenersi più a lungo di quelli prodotti dagli stimoli naturali. Gli effetti risultanti sul circuito del piacere cerebrale superano quelli prodotti dai comportamenti naturalmente gratificanti come il sesso ed il cibo e sono di tale potenza che motivano fortemente le persone ad assumere le sostanze nuovamente.

Il cervello aggiusta la sovrastimolazione della dopamina (o di altri neurotrasmettitori come la serotonina, la noradrenalina) producendone meno o riducendo il numero dei recettori che possono ricevere o trasmettere i segnali. Come risultato accade che l'impatto della dopamina sul circuito della ricompensa del cervello di un individuo che utilizza droghe può divenire anormalmente basso, e così viene ridotta la possibilità di esperire alcun piacere. Questo spiega perché chi abusa si sente giù, privo di vita, depresso ed incapace di gioire delle cose che precedentemente sembrava gli dessero piacere; chi abusa quindi necessita di assumere droghe specificatamente per riportare il funzionamento della dopamina come era normalmente. Per riavere questo è necessario riassumere quantità sempre maggiori di sostanza per ottenere elevate quantità dopaminergiche.

Questo effetto è conosciuto come tolleranza. (NIDA. 2019)

L'assunzione cronica di sostanze d'abuso distrugge anche i processi critici (di giudizio) cerebrali che interagiscono con il controllo comportamentale. Così come il continuo abuso può portare alla tolleranza, questo può portare alla dipendenza che spinge l'individuo abusatore a cercare e ad assumere le sostanze compulsivamente. La tossicodipendenza distrugge progressivamente il self control della persona e la sua abilità a prendere decisioni corrette mentre invia intensi impulsi ad assumere le sostanze.

(National Institute on Drug Abuse, NIDA. 2019)

In letteratura è presente in generale, una conferma del fatto che una disfunzione della cascata della gratificazione, provocata da determinate varianti genetiche, può produrre una impercettibile condizione di malessere e una attitudine comportamentale alla ricerca degli stimoli prodotti dalle droghe e dall'alcol. Il malfunzionamento è dovuto sia dal corredo genetico che dagli stimoli ambientali.

Le alterazioni genetiche: polimorfismi cromosomici possono rappresentare infatti delle concause che portano ad una maggiore vulnerabilità della persona verso l'utilizzo delle sostanze.

Tra questi polimorfismi quello riscontrato nell'allele 1 del gene DRD2 (deputato alla codifica per il recettore D2 della dopamina), risulta essere rilevante per la vulnerabilità, il comportamento compulsivo e l'antisocialità.

Si riscontra anche una mutazione nel trasportatore della dopamina e una in quello della serotonina.

Possono essere rilevate mutazioni anche del complesso GABA sia a livello del trasportatore che delle subunità che compongono la struttura recettoriale.

Le alterazioni si possono rilevare nei sistemi recettoriali oppioidi, altre nei sistemi metabolici (alterazioni enzimatiche) che possono quindi determinare una predisposizione alla dipendenza e infine alterazioni neuroendocrine che sono la causa dell'assetto temperamentale o "Novelty seeking" (bisogno di stimoli forti)

Per concludere, le alterazioni possono essere di tre tipi:

1. Enzimatiche
2. Recettoriali
3. Nei trasportatori.

Quando facciamo riferimento a fattori genetici, un'ipotesi sulla dipendenza da sostanza, è quella per cui alcune persone ereditano una maggiore probabilità (vulnerabilità) di sviluppare la dipendenza. Il fatto che tale vulnerabilità esista o meno è stato studiato attraverso ricerche svolte su famiglie con gemelli o in casi di adozione.

Ad oggi non sono stati individuati singoli geni direttamente correlati all'abuso di sostanze (Altman 1996); è probabile che le influenze coinvolgano più geni o un'espressione incompleta di alcuni di essi. Infine, se lo studio della vulnerabilità per lo sviluppo della tossicodipendenza e dell'alcolismo riconosce nelle alterazioni genetiche alcuni cofattori essenziali, anche il delicato periodo della gravidanza sembra lasciare tracce nell'evoluzione dell'individuo, e forse anche vere e proprie "ferite" nella struttura della personalità e nei meccanismi emozionali e relazionali.

Conclusioni

Sono stati considerati gli aspetti neurobiologici, genetici, la possibilità di psicopatologie preesistenti che aumentano la vulnerabilità nel tossicodipendente. Altrettanto importanti però sono i fattori ambientali. Ciò che deve essere analizzato allora sono: la scuola, il gruppo dei pari, il quartiere in cui le persone vivono. Infatti, crescere in zone ad alto tasso di criminalità, dove le sostanze sono facilmente reperibili, dove è possibile stare a stretto contatto con coetanei delinquenti con poco o nessun controllo, porta a maggiori probabilità di avere problemi con la droga.

Quindi anche le condizioni socioculturali concorrono nel dare un senso al fenomeno.

1.6 GLI ADOLESCENTI

Come abbiamo visto, i primi approcci con le sostanze psicoattive legali (alcol) e le droghe illegali solitamente avvengono durante il periodo adolescenziale e questo ha delle motivazioni ben specifiche, rintracciabili proprio nel "cervello adolescente".

Nel senso comune è molto diffusa la convinzione che l'adolescenza sia un'età inevitabilmente tempestosa e difficile, a causa di cambiamenti biologici e ormonali, psicologici, sociali e relazionali. Viene

ancora usato spesso il concetto di “Storm and Stress” per parlare di questo periodo, e questo non fa altro che consolidare l’idea secondo cui non si possa fare nulla se non aspettare che questa fase termini il prima possibile, come se una volta superata tutto possa tornare automaticamente “alla normalità”, metaforicamente si intende “La quiete dopo la tempesta”.

Questa fase della vita viene considerata critica perché la maturazione del cervello, dalla nascita ai 20-21 anni, è particolare e delicata.

L’uso/abuso di sostanze in adolescenza risulta essere ancor più pericolosa, altera la percezione della realtà ed inganna il meccanismo che regola le funzioni cerebrali, in loro non del tutto sviluppate.

Per capire come le droghe agiscono sul cervello degli adolescenti, è necessario capire come avviene questo processo di maturazione, il che può spiegare anche come mai ne sembrano così attratti.

Durante l’adolescenza il cervello subisce una massiccia riorganizzazione:

- *Incremento della sostanza bianca.* La mielina centuplica la velocità di trasmissione dei neuroni → diventa possibile coinvolgere aree distali nel cervello.
- *Il corpo calloso si ispessisce* e quindi facilita lo scambio dell’informazione fra i due emisferi.
- La sostanza grigia prima aumenta in modo esponenziale (*sinaptogenesi* che raggiunge il suo vertice intorno agli 11-12/13 anni), poi segue la fase di *pruning*.

Questi cambiamenti permettono al cervello di funzionare in maniera più rapida e sofisticata; non solo aumentano la capacità di elaborazione di informazioni delle singole aree ma anche integrazione di diverse aree.

Due sono le aree cruciali coinvolte nel processamento degli stimoli sociali: presa di decisioni, capacità di controllare impulsi ed emozioni.

1. *Corteccia orbito frontale* → circuito socio emotivo (sistema limbico e paralimbico) ci porta a decidere più sull’onda dell’emotività.
2. *Corteccia dorsolaterale* → circuito del controllo ci porta a decidere in termini più riflessivi, a controllare impulsi ed emozioni, definire priorità.

Entrambe sono sempre coinvolte quando siamo chiamati a prendere una decisione, ma nel corso dello sviluppo si attivano in maniera diversa, un’attivazione che dipende dalle tempistiche di maturazione.

La corteccia orbitofrontale matura prima, già all’inizio dell’adolescenza si ritiene sia matura e funzionale.

Al contrario, la corteccia dorsolaterale matura negli anni successivi e quindi le sue funzioni avvengono in maniera graduale.

Tutto ciò significa che l’adolescente prenderà decisioni più sull’onda delle emozioni e dell’impulsività, in quanto non è in grado di fare scelte razionali, perché l’area del cervello adibita a ciò non è ancora sviluppata.

È chiaro che, avendo cellule molto sensibili, l'uso di sostanze psicoattive durante questo periodo potrebbe interferire con i processi di neuroplasticità che presiedono alla normale costruzione delle aree prefrontali e temporali associate al controllo delle emozioni e dell'impulsività e quindi anche alla capacità di regolare il consumo delle sostanze in età adulta.

L'adolescente che decide di assumere droghe mentre il suo cervello è in piena fase di sviluppo, va ad inficiare il meccanismo delle cellule nervose e le funzioni cerebrali potrebbero andare "in tilt".

È evidente che gli adolescenti siano più attratti da esperienze gratificanti ed elettrizzanti capaci di dare sensazioni di euforia e vitalità (come può fare la droga) perché non sono in grado di prendere decisioni razionali, i pro di una scelta pesano decisamente più dei contro e questo perché non si tiene conto della situazione globale, ma a quell'età si agisce d'impeto.

Ciò che conta è la ricerca di gratificazioni ed un ruolo importante in tutto questo processo lo riveste la dopamina. Infatti, il circuito socio emotivo è strettamente interconnesso al circuito della ricompensa, cioè il network che sottostà alla regolazione e controllo del comportamento in vista di futuri rinforzi.

Studi recenti indicano che gli adolescenti, nella fase di valutazione delle proprie scelte, e delle ricompense delle proprie azioni, presentano un'*iperattività*, rispetto agli adulti, di alcune strutture limbiche.

Tali aree sono connesse alla corteccia orbitofrontale e la loro attivazione indica un'accresciuta responsività del circuito socioemotivo di fronte alle ricompense in adolescenza.

L'iperattivazione sembra caratterizzare sia la fase di anticipazione della ricompensa, sia la valutazione della ricompensa, una volta che questa si è verificata.

Tale circuito è particolarmente importante per comprendere alcuni caratteristici atteggiamenti e comportamenti adolescenziali, in quanto è coinvolto nella messa in atto di comportamenti gratificanti e nei comportamenti volti ad ottenere un rinforzo dall'ambiente (consumo, dipendenza da sostanze psicoattive). Esso è regolato dall'attività delle vie dopaminergiche.

La pubertà determina un incremento dei recettori della dopamina soprattutto in questo circuito, che dal sistema limbico (che genera la sensazione di piacere) trasmettendo le informazioni, decidono effettivamente come comportarsi. Questi circuiti in adolescenza vengono attivati molto facilmente, generano sensazioni di intenso piacere.

Tali circuiti della gratificazione in adolescenza sono più sensibili alle "gioie chimiche" che possono essere indotte dal consumo di alcol, nicotina, cocaina e tutte le altre sostanze psicoattive.

Anche per questo gli adolescenti ne sono più attratti e al contempo più vulnerabili: sviluppano con maggiore facilità dipendenze proprio perché il cervello produce scariche di dopamina più intense.

Quando proviamo gratificazione, il sistema di ricompensa rilascia dopamina, che funge da rinforzo, si memorizzano le esperienze gratificanti spingendo a ripetere i comportamenti piacevoli, innescando anche il meccanismo della dipendenza.

Gli adolescenti rappresentano sicuramente la fascia più preoccupante e vulnerabile. Per questo è fondamentale fare prevenzione e comunicare con i giovani affinché comprendano realmente i pericoli di alcol e droga.

I danni che l'utilizzo di sostanze stupefacenti può provocare non riguardano solo i sistemi neuro-psicologici. La percezione della realtà esterna e del proprio essere viene alterata e le percezioni così memorizzate causano una distorsione cognitiva con cui il giovane dovrà convivere per tutta la vita. Volontà, pensieri, sentimenti e comportamenti non saranno più sotto il suo stretto controllo e la violenza psichica e neurologica a cui sarà esposto condizioneranno l'intera esistenza.

Il report annuale di "Villa Renata" torna ancora una volta utile per avere un quadro chiaro dell'età in cui i ragazzi incontrano le sostanze. È una conferma purtroppo, di quanto appena detto: i danni cerebrali nell'adolescente consumatore di sostanze sono preoccupanti ma nonostante questo, tra i pazienti della Comunità terapeutica, l'età del primo contatto con l'alcol è in media 13 anni, così come per la cannabis; le sostanze sintetiche vengono usate per la prima volta intorno ai 16 anni e così anche la cocaina; infine, gli oppioidi e gli psicofarmaci si sperimentano intorno ai 18/19 anni.

Tra i pazienti, l'85% ha riportato di aver cominciato ad usare sostanze in compagnia di amici, questo a conferma di quanto a quell'età l'influenza dei pari sia un fattore molto potente, nella messa in atto di comportamenti a rischio.

Attualmente i pazienti sono per lo più maggiorenni, un range di età che va dai 18 ai 24 anni; tuttavia, mentre svolgevo il mio tirocinio stava cominciando a svilupparsi un nuovo progetto che vede come protagonisti proprio gli adolescenti. Durante le mie ultime settimane di stage, infatti, è avvenuto l'ingresso di una ragazza di 16 anni, la prima (si pensa) di molti altri. Un progetto che ha l'obiettivo di fermare il prima possibile l'impatto della dipendenza, una sorta di prevenzione terziaria, che si occupa di ragazzi che hanno i primi segni prodromici di disagio ma che possono essere ancora salvati, per evitare che entrino nel tunnel delle sostanze.

Si tratta sicuramente di un progetto ambizioso e delicato perché lavorare con minorenni richiede molta attenzione e precisione, specie dal punto legale; tuttavia, dal punto di vista clinico, prima si interviene, maggiori sono le probabilità di successo.

CAPITOLO 2

(DIS)REGOLAZIONE EMOTIVA

Se c'è una cosa che ho capito, durante la mia seppur breve ma intensa esperienza all'interno della Comunità Terapeutica "Villa Renata", è che nelle loro diversità, tutti gli utenti erano accomunati da un unico grande fattore: una scarsa tolleranza alla sofferenza emotiva.

Di fatto, l'incapacità a sapere gestire i vissuti interiori negativi è tipica di coloro che ricorrono all'uso di sostanze. Esse vengono usate come mezzo per spegnere pensieri, sentimenti e stati d'animo spiacevoli: un'anestesia che permette di restare sedati, apatici, isolati dai problemi che li circondano, nei rapporti conflittuali con la propria famiglia, nelle difficoltà rilevate all'interno della comunità alla quale appartengono, ma è anche un modo per evitare il confronto con sé stessi.

Non è facile stabilire un contatto con le proprie emozioni, non lo è per nessuno e tanto meno per questi ragazzi che evidentemente non hanno mai avuto la possibilità di sviluppare questa capacità.

AUTOREGOLAZIONE

Alla base di tale meccanismo difensivo, reso evidente dalla dipendenza, vi è un'incapacità nell'autoregolazione. Con questo termine si intende appunto, la capacità di identificare, tollerare, modulare ed esprimere i propri stati interni così da essere consapevoli dei propri agiti.

La capacità di controllare la propria risposta ai cambiamenti interni o esterni, è di primaria importanza per tutto il corso della vita e comporta un lento processo di completamento.

In questi termini l'essere umano deve esser riuscito, nel corso del tempo (dall'infanzia, all'età adulta) ad aver sviluppato un insieme di competenze a livello emotivo, psicologico e relazionale, in modo tale da sapersi riconoscere nel qui e ora, non solo in termini spaziali e temporali, ma in relazione al proprio tono affettivo. Saper regolare il proprio umore e le proprie sensazioni è ciò che consente di non scappare dalla sofferenza e di conseguenza da sé stessi.

SELF-MEDICATION AND SELF-SELECTION HYPOTHESIS

Il disturbo tossicomane porta alla glaciazione delle emozioni in soggetti smarriti, che ritrovano nella sostanza una modalità per automedicarsi, per ridurre l'angoscia legata ad una mancata serenità.

L'ipotesi dell'automedicazione ha ormai una lunga storia, ma recentemente sta trovando interessanti sviluppi nella ricerca di base.

L'ipotesi nello specifico è stata formulata negli anni '70 da Khantzian, psichiatra ad Harvard e negli anni successivi è stata sviluppata prima per l'eroina, poi per la cocaina ed infine generalizzata ad altre sostanze psicoattive.

Secondo l'ipotesi quindi, la causa principale del consumo di sostanze è l'incapacità da parte dei soggetti di tollerare le situazioni negative.

Khantzian osservò che tutti i suoi pazienti avevano assunto almeno tre diverse sostanze stupefacenti prima di sviluppare la dipendenza per la quale erano in cura. Fu allora che iniziò a chiedersi perché avessero scelto proprio quella sostanza e non un'altra (self-selection hypothesis). L'autore giunse ad una sorprendente conclusione: a seconda del disturbo psichiatrico latente di cui soffre il paziente, egli è portato a scegliere la sostanza capace di attenuare il più possibile i sintomi psicopatologici che presenta. In termini psicodinamici (approccio prevalente nel lavoro dell'autore), i consumatori di sostanze venivano concettualizzati come individui con deficit nelle funzioni dell'Io. La ricerca della droga sarebbe in questo senso un tentativo per potenziare i meccanismi di difesa e la scelta della specifica sostanza risponde alle specifiche esigenze di difesa e compensazione dell'Io. La selezione sarà dettata dall'interazione tra gli stati affettivi disturbanti che il soggetto cerca di alleviare e la proprietà farmacologica della sostanza stessa, ad esempio un temperamento ansioso sceglierà una sostanza con effetti inibenti come le benzodiazepine oppure un oppioide.

Esistono prove a sostegno di questa teoria, soprattutto in seguito alla scoperta dei recettori oppioidi nel SNC.

Altre teorie non si trovano in accordo con questa, infatti ancora oggi il dibattito è aperto. Sicuramente alcune prove scientifiche validano l'automedicazione come possibile spiegazione della tossicodipendenza, ma ogni soggetto è unico e non tutti coloro che sviluppano problemi con le sostanze, soffrono di altri preesistenti.

Tuttavia, la regolazione emotiva viene proprio definita come "l'insieme di comportamenti, capacità e strategie consci e inconsci, automatici o che richiedono uno sforzo attivo nel modulare, inibire o aumentare l'esperienza e l'espressione emotiva" (Calkins, 2010).

Questa capacità è ritenuta essere uno degli aspetti principali mancanti nel disturbo borderline di personalità, che secondo molti studi è ritenuto responsabile poi dell'abuso di sostanze (Linehan, 1993) ma non è presente anche in altre patologie, quali il disturbo d'ansia generalizzata, il disturbo post traumatico da stress e tutti pattern comportamentali distruttivi con i quali si cerca essenzialmente di fuggire dalle emozioni ingestibili. Torniamo dunque al punto di partenza: non si è in grado di fare i conti con i propri vissuti e allora si cercano strategie per evitarli.

Per il tossicodipendente, ricorrere alle sostanze sembra essere una strategia molto efficace, anche se a breve termine perché poi le conseguenze negative si impongono con forza; l'efficacia sta nel determinare un cambiamento nell'esperienza percepita. Il dipendente sembra essere molto più fiducioso dei benefici che tale abuso può procurargli rispetto ai danni.

Autori come Gratz e Roemer (2004) concepiscono l'abuso di sostanze come una strategia di coping disfunzionale e questa visione introduce l'esistenza di un evitamento esperienziale da parte di soggetti che soffrono di questo disturbo. L'impulsività avrebbe come obiettivo primario quello di alterare lo stato

emotivo negativo e per questo vengono utilizzate delle strategie di evitamento di esperienze emotive indesiderate.

Anni prima Kruegelbach (1993) aveva già proposto, nel suo lavoro, una possibile conferma di questo, in quanto, è emerso che i soggetti con diagnosi di disturbo borderline di personalità e abusatori di sostanze risulterebbero più impulsivi ed avrebbero una maggiore probabilità di utilizzare strategie di fuga/evitamento rispetto ai borderline non abusatori. Mettere in atto queste strategie però risulta essere predittivo di numerosi outcome negativi, tra cui proprio l'uso di sostanze, tanto che un sottogruppo di chi ne abusa ricorre abitualmente all'evitamento esperienziale (Hayes,1996).

Anche quando la persona che abusa di sostanze non comincia con il fine di un evitamento esperienziale, gli effetti dell'eccessivo utilizzo concorrono nel mantenimento del circolo vizioso della dipendenza (Sher, 1987).

Le sostanze consentono quindi di alterare lo stato corrente; possono aumentare la percezione di emozioni positive, così come alleviare quella di stati negativi (pensiamo, ad esempio, all'effetto dell'alcol o di psicofarmaci come lo Xanax sull'ansia, oppure a quello di cocaina e metamfetamine su abbassamenti nel tono dell'umore). Questa spiegazione ci rimanda a quanto sostenuto dalla Teoria di Khantzian precedentemente descritta.

Il concetto di regolazione delle emozioni ha manifestato un forte potere euristico e a testimonianza di ciò l'enorme mole di ricerche condotte sul tema, le quali però offrono un campo entro cui problemi di competenza e incompetenza sociale, di autocontrollo comportamentale, di funzionamento cognitivo ed intellettuale, ma anche patologie e disturbi (proprio come per l'abuso di sostanze), possono essere letti sotto una luce diversa.

Se riuscissimo a riconoscere al tossicodipendente le gravi lacune in materia, è anche possibile cercare di sviluppare metodi e trattamenti per poterle colmare.

Sono persone che vanno (ri)educate a sentire, provare, vivere. Pensano di aver trovato, tramite la droga, la chiave per restare nel mondo, senza però esserci veramente, consapevoli e non che in realtà ci sono moltissime altre vie, certamente più funzionali per affrontare condizioni di vita indesiderate e magari avverse.

Accedere "alla paticità del vissuto" aiuta a riconoscersi, a perdonarsi e perdonare gli altri, ritenuti in parte responsabili della propria sofferenza. Avere paura serve, provare dolore anche, altrimenti non potremmo, a conti fatti, ritenere di aver vissuto veramente.

Tra le sfide che deve superare il tossicodipendente c'è quella di dover capire che provare emozioni serve, anche se negative, perché collegate a molte altre funzioni nella vita e se si decide di vivere, liberi dalle sostanze, è necessario doverle affrontare.

I MODELLI DI GROSS

È dunque all'interno di un panorama teorico molto fitto che spicca il lavoro elaborato da Gross e colleghi (1998)

Si tratta di due modelli legati tra loro:

1. *Modal Model of Emotion*, si pone l'obiettivo di individuare la sequenza secondo cui si genera un'emozione: la sequenza comincia con una situazione rilevante dal punto di vista psicologico, che può essere sia esterna che interna (come la paura di non arrivare mai a nulla). In ogni caso, tale situazione darà luogo ad una valutazione (appraisal) che costituisce il giudizio di cosa quella situazione significa per l'individuo in relazione ai suoi obiettivi (Ellsworth & Scherer, 2003). La risposta emotiva generata dall'appraisal implicherà cambiamenti nei sistemi di risposta neurobiologica, esperienziale e comportamentale.
2. *Process Model of Emotion Regulation*, individua le strategie di regolazione emotiva in relazione alla sequenza dei processi coinvolti nella genesi delle emozioni. Si distinguono strategie di regolazione emotive in cui le azioni che mettiamo in atto avvengono prima che la risposta emotiva sia del tutto attiva e prima che abbia cambiato il nostro comportamento o la nostra risposta fisiologica oppure in quelle che intervengono dopo che la risposta emotiva è già stata generata.

Le cinque categorie di strategie più specifiche si collocano lungo la sequenza di insorgenza dell'emozione:

- *Selezione della situazione*: si riferisce al fatto di avvicinare o evitare certe persone, certi luoghi, certi oggetti con lo scopo di regolare le proprie emozioni.
- *Modifica della situazione*: consiste nello sforzarsi attivamente per modificare in modo diretto la situazione così da alterarne l'impatto emotivo.
- *Distribuzione dell'attenzione*: le strategie che modificano il focus attentivo sono la distrazione, la concentrazione e la ruminazione.
- *Ristrutturazione cognitiva/ cambiamento cognitivo*: capacità di valutare la situazione in modo da modificarne il significato emotivo, elicitando risposte emotive differenti e più accettabili;
- *Modulazione della risposta*: si verifica più tardi nel processo generativo delle emozioni, quando le risposte emotive si sono già attivate, e influenza direttamente le componenti esperienziali, comportamentali o fisiologiche della risposta emotiva.

Il modello di processo non giudica le strategie di regolazione delle emozioni come “buone” o “cattive”, poiché esse possono essere considerate adattive o disadattive, a seconda del contesto e del risultato cui portano.

La ricerca però sembra suggerire che esistono strategie di regolazione emotiva tipicamente adattive e altre tendenzialmente disadattive.

Tra le prime troviamo soprattutto *la strategia della rivalutazione*: flessibile e basata sul controllo cognitivo in grado di ristrutturare il quadro degli stimoli o delle situazioni nell’ambiente interno o esterno in vista del cambiamento del loro significato e della loro valenza emotiva.

Ad esempio, quella di riconsiderare l’effetto di una certa situazione emotiva, al di là dell’immediatezza, in un arco temporale più grande, oppure valutarne l’impatto confrontando situazioni simili o più complesse emotivamente vissute da altri, oppure ancora esplorando prospettive alternative per dare senso a ciò che stiamo pensando o a quello che sta accadendo. Attraverso la rivalutazione cognitiva di una situazione emotivamente rilevante è possibile modificare il significato affettivo dell’evento stesso e quindi il suo impatto, il livello di stress che porta e la forza dell’impulso a reagire, che quell’evento tende a determinare nell’immediato.

Tra le strategie di regolazione emotiva tendenzialmente disadattive troviamo invece *la soppressione*. In questo modo vengono inibiti pensieri e processi mentali associati alle emozioni con il fine di attenuare le risposte emotive. La soppressione delle emozioni, tuttavia, richiede un costante impiego e quindi consumo di risorse attenzionali e inibitorie, che possono quindi risultare assenti o scariche nel momento in cui servirebbe esercitare il controllo su aspetti indesiderati del comportamento. La soppressione tende inoltre a innescare un circolo vizioso in cui proprio il controllo dell’emozione negativa porta alla rilevazione di questa e quindi alla sua riattivazione.

La ricerca ha evidenziato che proprio la soppressione influenza negativamente i risultati del trattamento, rendendo vani gli sforzi di astinenza (Toll, Sobell, Wagner, & Sobell, 2001). Altri studi invece hanno indicato che spesso i tentativi di sopprimere gli stimoli al consumo di una sostanza possono portare all’aumento del consumo di un’altra, più comunemente ciò accade nel rapporto tra consumo di tabacco e di alcol (Palfai, Colby, Monti, & Rohsenhow, 1997).

Al contrario, la ricerca suggerisce che la terapia cognitivo comportamentale è efficace per i disturbi da uso di sostanze (Magill & Ray, 2009; vedi McHugh, Hearon, & Otto, 2010). E uno degli ingredienti attivi di questa forma di intervento è proprio la ristrutturazione cognitiva, che comporta tra gli altri la rivalutazione degli stimoli e dei pensieri che possono innescare emozioni negative, stress e quindi il desiderio della sostanza come forma di automedicazione. Così, in linea con il modello di processo di regolazione delle emozioni, la letteratura indica l’uso della rivalutazione associata a risultati adattivi legati alla sostanza (ad esempio, il successo del trattamento), mentre la soppressione è collegata a

risultati disadattivi legati alle sostanze (ad esempio, aumento degli stimoli all'uso, interferenze nel trattamento).

STUDIO DI MISCHEL

Il ruolo della disregolazione emotiva nello sviluppo del disturbo da uso di sostanze è stato confermato anche da una serie di studi longitudinali, tra i quali quelli di Mischel e colleghi (2011), che avevano sottoposto ad alcuni bambini con meno di sei anni un compito inerente la gratificazione emotiva: i partecipanti all'esperimento potevano scegliere tra un dolcetto da mangiare subito, o due dolci se avessero aspettato. I bambini che erano stati in grado di posticipare la gratificazione avevano più abilità nella padronanza emotiva in adolescenza e meno probabilità di utilizzare cocaina in età adulta. Questo dato trova conferma nell'elevato rischio di sviluppare delle problematiche legate alle sostanze per quei soggetti che nell'infanzia hanno avuto una diagnosi di ADHD, piuttosto che di disturbo oppositivo provocatorio (August et al. 2006), problematiche peraltro accomunate da un deficit emotivo.

ALESSITIMIA

In accordo con quanto riportato fin qui, la vita emotiva sembra essere principalmente angosciante per i tossicodipendenti almeno su due versanti: o provano sentimenti in modo persistente e insopportabile o non provano assolutamente nulla.

Nella ricerca scientifica ci si riferisce a queste condizioni con il termine "Alessitimia".

Il costrutto di alessitimia è stato formulato da Sifneos e colleghi (1976) sulla base di osservazioni cliniche e comprende una serie di caratteristiche tra le quali: (a) difficoltà nell'identificare i sentimenti e nel distinguerli dalle sensazioni corporee che si accompagnano all'attivazione emotiva; (b) difficoltà a comunicare ad altri le proprie emozioni; (c) processi immaginativi limitati e (d) stile cognitivo legato allo stimolo e orientato verso la realtà esterna.

Inoltre, vi sono evidenze empiriche indicanti che individui con elevati livelli di alessitimia presentano anche:

- Difficoltà nell'identificare emozioni dall'espressione facciale degli altri
- Ridotta capacità di empatizzare con gli stati emozionali degli altri
- Difficoltà di discriminare tra diversi stati emozionali
- Limitata capacità di pensare sulle emozioni ed usarle per affrontare situazioni stressanti.

È importante però sottolineare, come ricordano Taylor, Bagby e Parker (2000) "l'alessitimia è un disturbo dell'elaborazione degli affetti che interrompe o interferisce seriamente con i processi di auto-organizzazione e riorganizzazione dell'organismo" e di conseguenza modalità di funzionamento alessitimico si riscontrano trasversalmente in quasi tutti i quadri psicopatologici.

In una ricerca sul funzionamento cognitivo ed emotivo di giovani tossicodipendenti (M. Sacco, M. Parolin, A. Simonelli e la direttrice di "Villa Renata" P. Cristofalo) è stato dimostrato che

indipendentemente dal tipo di sostanza assunta, è stata rilevata una maggiore incidenza dell'alessitimia in soggetti con disturbo da uso di sostanze rispetto alla popolazione normale (Cleland et al., 2005). Negli adulti tossicodipendenti la prevalenza del disturbo alessitimico oscilla in un range compreso fra il 48% e il 78% (Uzun, 2003), valori che sembrano variare in funzione della durata dell'astinenza, mentre nella popolazione tossicodipendente più giovane e adolescente la prevalenza si aggira attorno al 30%-40% (Troisi et al., 1998).

L'alessitimia è considerata un forte fattore predisponente al disturbo da uso di sostanze, soprattutto in soggetti già ad esso vulnerabili, primi tra tutti gli adolescenti (Taylor et al., 1999); tuttavia la letteratura esistente in materia non chiarisce se l'alessitimia sia o meno un fattore primario nella tossicodipendenza (Handelsman et al., 2000).

A livello neurale i soggetti tossicodipendenti con difficoltà alessitimiche mostrano alterazioni negative del normale funzionamento del lobo frontale e del processamento emotivo; inoltre sono state evidenziate anomalie neuro-trasmittitoriali nelle aree cerebrali della corteccia cingolata anteriore e dell'insula (Lyvers et al., 2012).

TEORIA DELL'ATTACCAMENTO

Altri autori utilizzano termini come “dis-affettività” (McDougall, 1984) e “scarsa intelligenza emotiva” (Goleman, 1995) che stanno ad indicare difficoltà nel valutare accuratamente le emozioni e nell'esprimerle, nel regolare efficacemente e nell'utilizzare i sentimenti come guida per il comportamento.

L'origine di queste difficoltà è evolutiva ed intimamente connessa con problemi nell' internalizzazione delle funzioni parentali. La qualità delle relazioni primarie con il caregiver è data dalla capacità di quest'ultimo di regolare la giusta distanza emotiva, di soddisfare i bisogni del bambino e di usare dei livelli di frustrazione ottimale. L'estrema deprivazione e l'eccessiva intrusività e presenza sono da evitare ugualmente, poiché il bambino deve poter imparare a tollerare dei livelli “normali” di frustrazione. Se il percorso di sviluppo è adeguato, il bambino interiorizza un coerente senso di sé come separato dall'altro e stabilisce le proprie funzioni di contenimento delle emozioni (barriera degli stimoli) e di difesa adattiva.

Tutto questo evidentemente si può legare quindi alla Teoria dell'attaccamento di Bowlby ed il concetto di base sicura (1969), dalla quale ricaviamo che l'attaccamento insicuro sembrerebbe essere proprio un fattore di rischio per lo sviluppo in adolescenza di abuso e dipendenza da sostanze, come è stato dimostrato dagli studi di Schindler e collaboratori (2009), che nel loro campione sottoposto a Family Attachment Interview, avevano riscontrato attaccamento evitante-timoroso in chi usava oppiacei ed evitante-svalutante in chi usava ecstasy.

Per John Bowlby i legami emotivamente sicuri hanno un valore fondamentale per la sopravvivenza. Il conflitto, secondo l'autore, è una dimensione ordinaria della condizione umana e la malattia psichica è data dall'incapacità di affrontare efficacemente i conflitti; lacuna dovuta probabilmente in questi casi di

dipendenza da sostanze dall'aver vissuto esperienze di trascuratezza emotiva, proprie di un attaccamento insicuro e anche disorganizzato, dove non è presente reciprocità emotiva, finiscono per compromettere nel corso dello sviluppo la capacità di identificare i propri stati emotivi, impedendo una consapevole elaborazione delle esperienze e dei vissuti, oltre ad attuare modalità di scambio intersoggettivo disfunzionali.

Facendo ora riferimento alle difficoltà interpersonali, vediamo che l'uso di sostanze gradualmente compromette una capacità già molto fragile di stabilire legami sani di attaccamento, di conseguenza le competenze sociali e le abilità interpersonali di chi soffre del disturbo con il tempo si affievoliscono e con l'intensificarsi della condotta dipendente diminuiscono sempre di più. Gestire le relazioni diventa sempre più difficile portando a fare sempre e solo affidamento sulle sostanze.

Già nel 1977 Kohut e nel 1980 Cancrini avevano ipotizzato teorie secondo cui il ricorso alle sostanze d'abuso potesse essere il risultato di una ricerca a fini auto terapeutici tesa ad alleviare quel senso di vuoto e quello smarrimento comuni a molti giovani o a contrastare la sintomatologia di veri e propri stati di disagio psichico.

Alcol, droghe di qualunque tipo, sembrano rivestire il ruolo di serbatoio emotivo: come se la persona volesse affidare a loro l'intera esistenza, perché attraverso queste può provare emozioni più piacevoli e accettabili.

I curanti di "Villa Renata" hanno condotto un'indagine clinica sui pazienti per capire quali fossero le esperienze di vita che nel loro specifico caso li avevano condotti all'abuso di sostanze.

Il 30% dei pazienti aveva subito maltrattamenti fisici, il 9% era stato vittima di abuso sessuale e il 52% era stato vittima di trascuratezza, intesa come totale negligenza da parte delle figure di riferimento, il 34% aveva tentato almeno una volta il suicidio.

Ecco che emerge chiaramente come, subire situazioni di questo tipo soprattutto anche nel contesto di caregiving e crescita, abbia un potere predittivo rispetto all'uso di sostanze problematico.

Prima uso problematico e poi tossicomania, sono proprio questi i soggetti che ricercano la sostanza per sopperire ad altri bisogni, sono tutti (esempio il delicatissimo tema del suicidio) importantissimi indici di malessere ed anche fattori di esposizione al rischio.

CAPITOLO 3

LA FAMIGLIA DEL TOSSICODIPENDENTE

I terapeuti sistemico-relazionali iniziarono ad occuparsi del fenomeno della tossicodipendenza alla fine degli anni '70 (in Italia), concentrandosi soprattutto sul ruolo svolto dalla famiglia nella genesi, nel mantenimento e nel trattamento di questo problema, non da intendersi come conseguenza di un singolo fattore o evento avvenuto in un particolare momento della vita della persona, ma da un insieme di cause, tra le quali influenze biologiche, etniche, ambientali, sessuali e legate all'età.

Fu proprio la necessità di comprendere le concatenazioni causali su cui si fonda lo sviluppo delle dipendenze, alla base di ogni intervento razionale nel campo della terapia e della prevenzione, che spinse terapeuti e ricercatori a rivolgere i propri sforzi al tentativo di delineare una serie di fattori di rischio o protezione per individuare quali possano essere tutti quegli elementi intrecciati che determinano la vulnerabilità dell'individuo (adolescenti e giovani adulti soprattutto) incastrati in una spirale di dipendenza.

In generale tra i fattori di rischio associati all'uso di sostanze psicoattive troviamo: il comportamento aggressivo precoce; le scarse capacità sociali proprie dell'individuo; la mancanza di supervisione dei genitori; l'abuso di sostanze da parte dei pari; la disponibilità della droga e la facilità con la quale si può reperire anche a scuola e la povertà come fattore comunitario.

È necessario sottolineare però che, la vulnerabilità alla dipendenza dipende da persona a persona. In generale maggiori sono i "fattori di rischio" che un individuo ha, maggiore è la probabilità che l'assunzione di sostanze possa portare all'abuso e alla dipendenza in seguito.

I "fattori protettivi" riducono invece tali rischi e tra questi troviamo rispettivamente: l'autocontrollo (tuttavia, quando l'abuso di droghe prende il sopravvento, la capacità di un individuo di esercitarlo è seriamente compromessa); avere relazioni sociali positive ed un sostegno costante da parte della famiglia, la quale esercita un'adeguata attività di monitoring; a livello istituzionale competenza e presenza anche attraverso politiche anti-droga ed interventi preventivi; infine come fattore comunitario può aiutare un forte senso di appartenenza.

3.1 FATTORI AMBIENTALI

La famiglia può essere vista sia come fattore protettivo che di rischio, è la principale "agenzia educativa" a cui è affidato il delicato compito di crescere i propri figli.

Uno stesso fattore condizionante può tradursi in fattore di rischio quando incentiva l'uso di droghe, oppure un fattore protettivo quando invece riduce e scoraggia la sperimentazione.

L'influenza dell'ambiente familiare è di solito più importante a partire dall'infanzia e si mantiene tale fino al raggiungimento dell'età adulta, attraversando la fase adolescenziale, momento di vita cruciale durante il quale vengono ridiscussi i rapporti genitori- figli, attraverso una rinegoziazione di ruoli e funzioni all'interno del nucleo familiare.

Lo stile genitoriale e la qualità delle relazioni genitori-figli, la partecipazione attiva della figura paterna alla gestione familiare, la composizione del nucleo familiare, gli atteggiamenti e i comportamenti dei genitori rispetto all'uso di sostanze e la loro disponibilità in casa, la vulnerabilità genetica individuale e il controllo sull'uso dei principali strumenti di comunicazione possono influenzare fortemente la tendenza a sperimentare alcol, tabacco, marijuana e altre sostanze illecite da parte degli adolescenti.

Certamente l'eventuale presenza di genitori o familiari che abusano di alcol e droghe o che sono impegnati in attività criminali, può aumentare i rischi nei bambini di sviluppare problemi legati all'uso/abuso di sostanze.

Nei dati precedentemente riportati in merito all'indagine condotta sui pazienti di "Villa Renata", il maltrattamento fisico, sessuale e la trascuratezza restituiscono un contorno drammatico entro cui è inserito il giovane che ha sviluppato dipendenza da sostanze ma spesso ad aumentare il rischio, in combinazione con questi elementi, emergono anche condizioni psicopatologiche e di tossicomania che riguardano proprio i genitori. Infatti, il 24% dei pazienti in carico ha riferito che la madre aveva problemi di abuso e per il 29% una qualche forma di sofferenza mentale; mentre il 26% dei pazienti riferiva un padre (ex)tossicodipendente o per il 9% problemi di criminalità. Questo rivela in maniera piuttosto chiara quanto la famiglia possa effettivamente essere un enorme fattore di rischio.

Tra i fattori di protezione che possono giocare un ruolo fondamentale nel ridurre la vulnerabilità per questi disturbi da uso di sostanze, occorre citare, (come già detto sopra), le condizioni di attaccamento materno sicuro e organizzato, la ricchezza delle capacità genitoriali e l'integrità della famiglia stessa. Sono tanti gli studi che confermano la rilevanza dello stile genitoriale sulla possibilità che i figli si avvicinino o meno alla sperimentazione e poi uso/abuso di sostanze illecite.

L'approccio autorevole o "authoritativeness" comprende una elevata accettazione del bambino, una supervisione con monitoraggio costante e una gratificazione dell'autonomia psicologica. Uno stile che si basa cioè su regole e linee guida che il figlio è tenuto a seguire, ma allo stesso tempo è democratico poiché il genitore può adattare, attraverso il dialogo, queste regole alle esigenze e richieste del figlio.

Un genitore che si impegna a promuovere l'autonomia e valorizzare l'indipendenza ma sa far valere la sua autorità. È aperto alla negoziazione e disponibile ad ascoltare i diversi punti di vista. Non impone nulla senza un'adeguata spiegazione.

"Authoritative parenting" ha mostrato importanti ripercussioni positive sulla condizione evolutiva dei bambini. Successo scolastico e strutturazione dell'identità del bambino sembrano essere connessi con uno stile educativo autorevole. Pare essere questo il miglior quadro con minori disturbi comportamentali

e maggiori competenze psicosociali, diventando un vero e proprio fattore protettivo anche per quanto riguarda il contatto con le sostanze.

3.2 GLI STUDI SULLA FAMIGLIA

La maggior parte degli studi e delle ricerche dedicati alle famiglie che presentano un membro tossicodipendente è stata svolta negli Stati Uniti alla fine degli anni Settanta e si è basata prevalentemente sull'osservazione di casi all'interno di strutture sanitarie pubbliche, dove i pazienti si recavano per lo più per assumere farmaci sostitutivi (metadone).

Campioni non del tutto rappresentativi, ricerche considerate spurie, ma ciò ha comunque permesso di avere a disposizione un gran numero di pazienti per poter rilevare una serie di dati sulla loro posizione sociale e avanzare alcune ipotesi sulla condizione di tossicodipendente, sul ruolo che la famiglia può avere nella genesi e nel mantenimento della tossicodipendenza del figlio, ma anche come importante risorsa per il suo trattamento.

Elementi rilevanti in merito si sono rivelati essere l'età del paziente, il grado di coinvolgimento emotivo e materiale con le famiglie di appartenenza e più in generale le caratteristiche delle famiglie, in termini di tipologia e struttura.

In particolare, verranno presentati alcuni lavori di coloro che vengono considerati i pionieri della terapia familiare (Whitaker, Haley) e i lavori che alla loro concezione si sono ispirati, di autori considerati invece i pionieri della terapia familiare in Italia (Selvini Palazzoli, Cancrini, Andolfi)

Questi lavori sulle famiglie, sono stati molto utili durante la mia permanenza a "Villa Renata", in quanto, conoscere anche questo aspetto, mi ha permesso di avere uno sguardo a 360° sulle sofferenze di questi ragazzi; imparare cosa volesse dire lavorare su scala trigerazionale e quindi non fermarsi all'individuo che presenta il sintomo (qualunque esso sia), ma estendere la sua osservazione al sistema familiare di appartenenza.

IL LAVORO DI HALEY (1980)

Il lavoro di Haley rappresenta un importante contributo per la comprensione del comportamento tossicomane del giovane all'interno del contesto interpersonale in cui vive e per l'indicazione di strategie terapeutiche con la famiglia dei tossicodipendenti ("Problem solving therapy"). Il sintomo tossicodipendenza di un figlio viene considerato nel suo significato 'funzionale', come regolatore della coppia coniugale, assumendo un ruolo "omeostatico", in grado di distogliere l'attenzione dei genitori dai propri conflitti. Secondo Haley, la famiglia del tossicodipendente è un'organizzazione malfunzionante che influenza i processi di pensiero dei suoi membri 'obbligandoli' ad un comportamento caratteristico; la tossicodipendenza di un figlio rappresenta una delle sequenze relazionali di un circuito

che si autoregola al fine di mantenere l'equilibrio della famiglia e talvolta per evitare la separazione dei genitori.

Quando la tensione coniugale aumenta, il figlio si inserisce all'interno della coppia con l'informazione della sua sofferenza, deviando l'attenzione dai precedenti conflitti e richiamandola su di sé.

Quando la tossicodipendenza è sotto controllo si innescano nuovamente tutti quei meccanismi che mettono in luce il malfunzionamento familiare e soprattutto i dissapori coniugali, i quali riporteranno alla fase critica in cui si profila il fantasma della separazione. Proprio qui interviene il figlio con la minaccia della droga in cambio di maggiore stabilità.

Il comportamento tossicomane di adolescenti e giovani adulti sarebbe quindi correlato alla crisi e alla difficoltà di emancipazione e di svincolo dalla famiglia di origine che non è riuscita ad attivare, per affrontare questo evento critico del ciclo vitale, un processo di riorganizzazione al suo interno per mezzo di un cambiamento strutturale e relazionale.

Haley (1963) applica la teoria del capro espiatorio (o paziente designato), utilizzata nell'ambito familiare del disturbo schizofrenico, alla tossicomania, perché è proprio il figlio con un problema di dipendenza ad avere il compito di mantenere unita una famiglia che probabilmente, a causa di costanti conflittualità si scioglierebbe.

Haley evidenzia inoltre che i giovani tossicodipendenti oscillano tra due comportamenti opposti, quali il creare problemi ed essere apatici, che confermano la sua poca autosufficienza e rafforzano il ruolo genitoriale.

Ciò che emerge quindi può essere riassunto in:

- difficoltà ad emanciparsi dalla famiglia di origine
- disfunzionalità presente nel nucleo familiare (così come dietro ogni altro disturbo psichico)

Un concetto che molti autori hanno utilizzato per descrivere l'anomala posizione del tossicodipendente rispetto alla famiglia è quello di "pseudoindividuaione" (Stanton 1979) con il quale si esprime il significato profondo che l'abuso di droghe rappresenta, proprio per affrontare le difficoltà e la crisi connesse con uno svincolo 'impossibile': da un lato permette al giovane tossicomane l'illusione di autonomia e di emancipazione dalla famiglia sentendosi inserito in un gruppo con un ruolo comunque definito all'interno della sottocultura 'della piazza', un distacco dal mondo degli adulti, la testimonianza di aver rotto i ponti con la sua infanzia ma dall'altro lo vincola ancora strettamente all'interno della famiglia stessa di cui ha bisogno per le esigenze materiali e, nel tempo, per le problematiche emergenti di regola sempre più pressanti, economiche, giuridiche, sanitarie;

Si tratta dunque di conquiste illusorie, perché è proprio la dipendenza da tali sostanze che invece lo riportano alla dipendenza anche dalla famiglia.

Infatti, la maggior parte dei tossicodipendenti vive con le famiglie di origine o se vive autonomamente ha frequenti rapporti e contatti con esse.

A tal proposito, in Italia, è stato riscontrato che l'80% degli eroinomani vive a casa con i genitori (Andreoli, 2011) e la ricerca condotta da Goldstein evidenzia che i tossicodipendenti tendono ad usare una casa (quella dei genitori) come punto di riferimento nella loro vita.

Stanton ha avuto il merito di affrontare per primo tale tema in una dimensione triadica, criticando le limitazioni e le riduzioni a sistemi diadici di lettura madre-figlio.

LA RICERCA DI STANTON E TODD (1982)

Hanno eseguito una ricerca sistemica su giovani di età inferiore ai 35 anni in trattamento metadonico protratto e coinvolti da almeno due anni nell'uso di eroina.

Osservando il tipo di rapporto esistente tra il consumatore e i suoi familiari, a verifica dell'ipotesi di Haley, Stanton conferma l'esistenza di un forte legame sia sul piano economico che organizzativo.

L'abuso di droga è un fenomeno che emerge in fase adolescenziale legato ai normali, seppur certamente problematici, compiti di sviluppo. Secondo l'autore, all'interno della famiglia il figlio adolescente, ha un rapporto privilegiato con la madre insoddisfatta della propria relazione con il marito, il quale tende ad allontanarsi e ad assumere una posizione periferica anche per le squalifiche che riceve dalla moglie stessa quando, ad esempio, cerca giustamente di disciplinare il figlio.

Se poi nella famiglia sono presenti altri figli, si osserva che questi, non hanno rapporti con chi consuma. L'assunzione della droga ha così il compito di mantenere la stabilità del nucleo familiare.

“Il modello coinvolge generalmente almeno tre persone e segue una sequenza in cui, quando il consumatore migliora, i genitori iniziano separarsi, quando egli ritorna ad essere problematico, essi spostano l'attenzione dai propri conflitti e, uniti, la dirigono verso di lui, almeno finché ricomincia a migliorare” (Stanton e Todd, 1982).

Il sintomo facilita la definizione del giovane come indifeso ed incompetente e per questo incapace ad andarsene di casa e svolge una funzione di mantenimento dell'unità della famiglia di volta in volta riconfermata attraverso il successivo intensificarsi del consumo. Paradossalmente la droga permette a chi ne fa uso, di “essere allo stesso tempo vicino e distante, “dentro” e “fuori”, competente e incompetente rispetto alla sua famiglia di origine. Questa è –come riportato sopra– “pseudo individualizzazione” (Stanton e Todd, 1982).

LA TIPOLOGIA DELLE TOSSICODIPENDENZE DI CANCRINI

Cancrini (1982-1987) ha individuato delle tipologie, al di fuori delle categorie diagnostiche psicopatologiche abituali, che permettono di mettere in luce la particolarità del comportamento tossicomane e le differenze tra le varie configurazioni fenomenologiche della tossicodipendenza.

Il suo contributo è stato fondamentale perché ha fornito una delle classificazioni più dettagliate e sistemiche della dipendenza da eroina ed ha integrato più punti di vista nel suo approccio: quello di chi

guarda la situazione dalla prospettiva dell'individuo, quello di chi è interessato a capire le relazioni interne alla famiglia del consumatore e quello di chi osserva le caratteristiche del consumo di sostanze. La tossicomania viene considerata da questo Autore come un disturbo non specifico che si mette a disposizione dei conflitti interpersonali e intrapsichici più diversi; sul piano motivazionale l'abuso di sostanze viene considerato come un tentativo di autoterapia, concetto questo formulato anche da altri Autori in ambito psicoanalitico.

Quindi, così come altri, non ritiene possa esistere una struttura psichica profonda e specifica dei comportamenti di dipendenza, ma qualsiasi struttura mentale può predisporre l'individuo alla dipendenza. Colui che usa sostanze non è portatore di una "malattia" ma è una persona in difficoltà all'interno del contesto in cui vive. Questo dimostra come il consumo in realtà non sia altro, stando a quanto sostenuto dall'autore, un tentativo di adattamento disfunzionale.

Il primo approccio con le sostanze però conferma che questa "autoterapia funziona", l'effetto della droga è appagante e fa passare in secondo piano i reali problemi e preclude la possibilità di altre forme di terapia.

In questo contesto Cancrini si inserisce proponendone una tipologia che include quattro profili e considerando:

- il ruolo in famiglia del soggetto prima della tossicodipendenza
- il quadro psicopatologico individuale prima della tossicodipendenza
- l'atteggiamento verso le droghe
- le sostanze d'abuso preferite
- le principali risorse terapeutiche.

Il modello prevede anche la possibilità di inserire i casi di tossicomania lungo un continuum le cui polarità sono caratterizzate da un lato da casi chiaramente legati ad un trauma e dall'altro quelli in cui il trauma è minimo o difficilmente identificabile.

⇒ *TIPO A: tossicomania traumatica*

Prevalgono le problematiche soggettive, è evidente un trauma psichico ben definito come lutti, separazioni, delusioni o altri gravi eventi esterni che portano al contatto con la sostanza, che anche in assenza di una struttura nevrotica preesistente, viene considerata una modalità di risoluzione al trauma "in corso"

Cancrini scrive "L'elemento chiave, che sembra spiegare l'impossibilità di una risposta alternativa alla droga, è legato alla difficoltà di trovare un punto di riferimento per la verbalizzazione dell'esperienza vissuta all'interno di un rapporto interpersonale percepito come affidabile e sicuro"

Anche adolescenti che prima non avevano alcun problema particolare, in termini scolastici o relazionali, e ai quali veniva quasi affidato un ruolo genitoriale all'interno della famiglia cominciano a sperimentare un atteggiamento verso la sostanza caratterizzato da una ricerca compulsiva e autodistruttiva di una

anestesia, per non pensare e/o per dimenticare. Proprio per questo la scelta spesso ricade proprio sull'eroina.

⇒ *TIPO B: tossicodipendenze sostitutive di nevrosi attuali*

Il sintomo in questi casi serve ad evitare il manifestarsi di un conflitto doloroso e pericoloso per tutti i membri della famiglia. È proprio questo il caso in cui il giovane prima di far emergere i propri problemi con la sostanza riveste il ruolo di capro espiatorio e negli stessi racconti si può cogliere il dramma familiare vissuto. Si tratta proprio di quella situazione, la cui struttura familiare viene descritta dallo stesso Stanton, in cui il figlio viene triangolato in una coalizione transgenerazionale negata, con debolezza dei confini tra sottosistemi familiari. Sarebbe inutile in tale contesto un sostegno individuale, ciò che si consiglia è la terapia familiare per sondare quali siano le difficoltà riscontrate ancor prima dell'incontro con la droga.

⇒ *TIPO C: tossicodipendenza di transizione*

A questo gruppo appartengono individui che presentano gravi disturbi del carattere o della personalità che rappresentano la condizione limite tra nevrosi e psicosi, coperti dall'uso della droga.

In alcuni casi la tossicomania consente una ricomposizione dell'immagine del se e della frattura originaria descritta da Olievenstein (fase dello specchio: a metà tra riuscito e impossibile= stadio dello specchio infranto) sono presenti allora antichi e continui piccoli traumi rintracciabili già nelle prime fasi di vita. In alcuni casi questo porta ad un atteggiamento compulsivo e autodistruttivo.

⇒ *TIPO D: tossicodipendenza sociopatica*

Caratterizzata da una storia di abbandoni precoci, persone con difetto di integrazione sociale collegato a più fattori, tra i quali sicuramente la carenza delle cure materne di cui parla Bowlby.

I soggetti con questa forma di tossicomania tendono a passare all'azione (acting out) con evidenti comportamenti antisociali che in genere precedono l'inizio della tossicodipendenza. Spesso si tratta di politossicomania e si evidenzia l'impossibilità di un vero e proprio progetto terapeutico a causa delle difficoltà di aggancio, ma si può ipotizzare come un inserimento in comunità terapeutiche intese come "gruppo sostitutivo"

TIPOLOGIA DELLA COPPIA GENITORIALE DI VINCI

Il lavoro di Vinci (1991) si propone di approfondire il rapporto specifico della coppia genitoriale di chi fa uso di sostanze, andando ad analizzare le diverse modalità di matrimonio sulla quale essa si basa ed i relativi rapporti esistenti tra genitori e figli. Per quanto riguarda la formazione della coppia sono evidenti rilevanti difficoltà sul piano emotivo. Visto che per primi sono stati "bambini incompiuti", tendono a riprodurre nei figli il loro stesso disagio così come avviene anche nel rapporto coniugale.

Possiamo introdurre a tal proposito il tema della trasmissione intergenerazionale della carenza: pare ci sia un filo conduttore sottile che lega le difficoltà vissute dai genitori fin dalla loro infanzia, la ripercussione di questi vissuti nella coppia e nel successivo stile di accudimento dei figli e il tipo di sintomatologia sviluppata nel figlio.

L'ipotesi di fondo, riportata da un attento lavoro svolto dagli studiosi del "Nuovo Centro", è che in queste famiglie esista un meccanismo interattivo dominante che impregna la comunicazione familiare, denominato "minimizzazione", che consiste nello smorzare la rilevanza emotiva che accompagna gli avvenimenti reali, soprattutto quando si tratta di un dolore legato ad eventi di portata traumatica.

Come descrive Fromm-Reichmann (1950) si può parlare di una minimizzazione del danno subito attraverso meccanismi psicodinamici di scissione e idealizzazione, con un effetto di disconnessione tra fatti e reazioni emotive.

È proprio per questo motivo che i tossicodipendenti negano di aver subito delle esperienze traumatiche in seno alla famiglia e si arrogano tutta la responsabilità del problema, ciò accade perché non riescono ad accedere alla percezione e a tollerare, sia da un punto di vista cognitivo che affettivo, che possa esistere una connessione tra la gravità della propria sintomatologia e il contesto familiare in cui sono cresciuti, accuditi da genitori che in realtà non esercitavano in maniera adeguata il loro ruolo (Vinci lo chiamò "accudimento mimato") e che nella relazione coniugale proiettavano le carenze e le insoddisfazioni vissute all'interno delle loro famiglie di origine.

L'autore allora afferma "La selezione del partner risponde prioritariamente ai richiami delle "parti molli" che ciascuno ha dentro di sé, ovvero ai richiami di ciò che si avverte più o meno inconsciamente come vuoto e incompiuto, e che si spera l'altro possa colmare o coprire"

Allora esiste in quest'ottica, un rapporto direttamente proporzionale tra:

- l'entità dei vuoti
- il bisogno di compensarli nella coppia o nella famiglia
- l'investimento sul coniuge e la probabilità di delusione

È evidente che in questo modo la coppia si trova a vivere continuamente degli scompensi, ovvero situazioni di tensione e contraddizione che vengono proiettate nella relazione con i figli (non avendo soddisfatto i propri bisogni attraverso la famiglia di origine e nemmeno con il partner) o trasformati in veri e propri strumenti per attaccare continuamente il coniuge.

Dal canto loro per i figli si crea una situazione particolarmente difficile in cui non vengono riconosciuti nemmeno i loro di bisogni e allo stesso tempo non riescono a svincolarsi dai propri genitori.

La premessa indispensabile però per questo svincolo si può avere a partire dal riconoscimento da parte dei genitori dei bisogni dei propri figli e solo allora potranno essere in grado di prendersi carico di lui e accudirlo adeguatamente.

Le varie tipologie di matrimonio indicate da Vinci, in famiglie con un tossicodipendente possono essere di tre tipi:

1. *Matrimonio inesistente*

È caratterizzato da una “relazione nella quale le aspettative reciproche, già molto basse in partenza, sono andate rapidamente deluse, spesso ancora prima del matrimonio stesso. L’incontro tra i partner è stato inerziale e causale; spesso si tratta di persone che hanno alle spalle terra bruciata (prima in sostanziale abbandono nell’infanzia ed un’espulsione alla prima occasione dopo); famiglie d’origine deboli ed inesistenti sul piano delle relazioni, nelle quali è difficile o impossibile rientrare o trovare un sostegno per costruire altre situazioni, una volta emersa la nullità del matrimonio” (Vinci 1991)

In un matrimonio di questo tipo la possibilità di investimento emotivo (sia nella coppia che con i figli) è stata preclusa fin dall’inizio da una mancanza di interesse verso l’altro o dalle difficili esperienze infantili. Questo porta ad un totale disimpegno verso i figli e conseguente abbandono vero e proprio.

2. *Matrimonio d’interesse*

È una modalità per soddisfare i propri bisogni, importanti, ma non vitali.

“Si tratta di bisogni relativi all’identità sociale, di bisogni materiali almeno in parte soddisfatti, di significati che il matrimonio assume nella dinamica tra ciascuno e la propria famiglia d’origine. Nel matrimonio d’interesse lo scambio è quindi formale, più o meno compensato dal guadagno reciproco; vige una sorta di ‘patto di non aggressione’ che consente il relativo godimento di quanto acquisito con il matrimonio stesso, benché di norma sia ben presente l’insoddisfazione per tutto ciò che non rientra nelle ragioni d’interesse, ovvero per il prezzo pagato per quelle ragioni” (Vinci 1991)

Si stabilisce però così una relazione vuota dal punto di vista qualitativo e per il figlio può essere patogena perché confondente. I genitori sono concentrati su sé stessi e sul soddisfacimento dei loro bisogni ed instaurano per questo, un rapporto formale con i figli accompagnato da basso investimento emotivo.

L’investimento sui figli, da parte di questi genitori è apparente, Vinci lo definisce “estetizzato”, perché ciò che conta è che possa sembrare gradevole all’esterno.

3. *Matrimonio coatto*

Un’unione in cui i coniugi sono “assortiti sulla base di bisogni psicologici profondi che in una parte fondamentale sono stati soddisfatti dalla relazione coniugale” (Vinci 1991).

Proprio a causa di questa soddisfazione che tra i due si crea una forma di dipendenza, la quale rende impossibile la rottura dell’unione, nonostante siano comunque presenti delle insoddisfazioni per altre caratteristiche negative nel partner.

È caratteristico di queste situazioni una madre che sembra investire molto sul figlio tossicodipendente maschio, ma lo fa solo per dimostrare qualcosa al padre, che dal canto suo è depresso ed ha bisogno di esser tirato su. Si può ben notare che tutto ciò è in gran parte strumentale, un gioco contro il partner, ma

che crea grande confusione nel figlio rispetto alla propria collocazione affettiva: in alcuni momenti è privilegiato, in altri pare che non esista.

Il comun denominatore di tutte queste situazioni è rappresentato da una condizione di deprivazione affettiva del figlio, che determina l'esordio del sintomo.

IL MODELLO EZIOPATOGENETICO RELAZIONALE DI CIRILLO (2017)

Un gruppo di ricercatori guidati da Cirillo, uno dei membri principali del "Nuovo Centro" (insieme a Berrini, Cambiasio e Mazza) ha portato a termine una ricerca molto importante esaminando retrospettivamente oltre un centinaio di casi, contattati in centri pubblici, privati o del privato sociale, con l'obiettivo di tracciare il possibile percorso processuale di un tossicodipendente in relazione allo svolgimento evolutivo delle relazioni familiari.

Questo lavoro venne sicuramente influenzato e a sua volta influenzò anche l'importante ricerca della Scuola Mara Selvini Palazzoli facendo emergere rilevanti analogie tra il percorso eziopatogenetico relazionale e quello dell'anoressia mentale.

Le ipotesi che avanzarono i ricercatori risultarono essere in linea sia con la teoria di Bowlby (1988) sulla trasmissione intergenerazionale del trauma, sia con le tesi più specifiche sulle caratteristiche delle famiglie tossicodipendenti di Coleman e collaboratori (1986). Pensarono quindi si potesse leggere la deprivazione sofferta dal figlio tossicodipendente come l'esito di un passaggio di situazioni luttuose e traumatiche, mistificate o non correttamente elaborate, da una generazione all'altra.

La stessa idea avanzata da Cancrini sulla funzione auto terapeutica rivestita dall'eroina trovava qui un'ulteriore convalida.

La primissima proposta avanzata dai ricercatori prevedeva una stadiazione, basata su dati concreti e che includeva:

1. Il padre si distacca dalla propria famiglia di origine troppo precocemente e in modo solo apparente (precoce adultizzazione del padre)
2. La madre non si distacca mai, rimanendo dipendente dal rapporto con la propria madre sia dal punto di vista oggettivo sia dal punto di vista emotivo
3. Le difficoltà di distacco dei genitori creano un'unione matrimoniale fondata sul tentativo di replicare e risolvere le tematiche riguardanti le rispettive famiglie di origine
4. La nascita di un figlio rappresenta la possibilità di ridefinire il ruolo genitore-figlio nei confronti della propria famiglia di origine. La madre in posizione di dipendenza dalla propria madre accudisce il figlio in modo incerto e mimato mentre il padre è affettivamente fuori ruolo, espropriato dai nonni materni
5. L'adolescenza del figlio è un'informazione traumatizzante per i genitori, per cui l'adolescente non viene riconosciuto nelle sue tensioni evolutive

6. L'uso di droga diviene autoterapia per affrontare le delusioni e le asprezze di un'infanzia deprivata e di un modello di crescita non voluto e insieme veicolo di protesta rispetto alle molte esigenze rivendicative non vissute coscientemente a causa di meccanismi di difesa.

(tratto dal lavoro di Cirillo ed equipe)

Queste ipotesi iniziali, che vennero successivamente sottoposte a procedimenti di verifica/falsificazione, condussero gli autori a delineare un esempio di processo evolutivo familiare patologico a sette stadi.

A fronte di ciò, evidenziarono anche che, per il terapeuta diventa importante identificare le dinamiche relazionale e a quale livello si è originata la disfunzione che ha dato avvio ad un certo tipo di comportamento.

Gli stadi:

1. *La famiglia di origine*: entrambi i genitori del tossicodipendente hanno avuto un'infanzia caratterizzata da carenze affettive e dalla mancanza di una base sicura; la mancata elaborazione di tali carenze impedisce di riconoscere il danno subito.
2. *La coppia genitoriale*: il matrimonio è principalmente di interesse (Vinci) ed entrambi i coniugi sembrano essere interessati più a ricevere affetto da parte dell'altro o alla possibilità di emancipazione e realizzazione sociale. Anche se i rispettivi bisogni vengono soddisfatti, l'orientamento emotivo sembra restare ancorato alla famiglia di origine.
3. *Il rapporto madre-figlio nell'infanzia*: spesso pare che la madre si prenda cura del figlio in maniera impeccabile ma in realtà lo fa per soddisfare i propri bisogni, risultando essere una modalità allora inadeguata. Il padre invece viene totalmente tagliato fuori ed è completamente distaccato nei confronti del figlio.
4. *L'adolescenza*: la madre vive una fase traumatica perché non riesce a riconoscere che il figlio adolescente ha delle tensioni evolutive che richiedono cura e attenzione, ma continua ad accettarlo nel suo essere infantile, ancora un bambino piccolo. Il confronto con i pari contribuisce inoltre a mettere in luce l'inadeguatezza del rapporto tra madre/figlio. Il figlio dal canto suo prende parzialmente consapevolezza e questo contribuisce alla formazione di sentimenti quali rabbia e ostilità da un lato e tristezza e solitudine dall'altro, che verranno agiti all'esterno sotto forma di comportamenti trasgressivi (uso di sostanze)
5. *Il passaggio al padre*: la madre tende ad enfatizzare il figlio che allora cerca di avvicinarsi al padre, ma spesso viene rifiutato e se lo accoglie lo fa in modo strumentale o su modello materno.

6. *L'incontro con le sostanze stupefacenti*: la droga diventa proprio un'autoterapia di fronte alle carenze e/o inadeguatezze genitoriali. Solitamente i genitori non si accorgono per molto tempo della tossicodipendenza del figlio e si rivelano ai suoi occhi ancora una volta incapaci di cogliere i suoi reali bisogni perché invischiati eccessivamente nelle dinamiche riguardanti le proprie famiglie di origine.
7. *Le strategie basate sul sintomo*: quando i genitori si accorgono del sintomo in realtà sono proprio i loro comportamenti a cronicizzarlo, in quanto la madre continua ad accudire il figlio come fosse un bambino ed il padre interagisce debolmente. La droga diventa l'unica modalità per esprimere autonomia e scaricare/ sedare la rabbia.

Un esame più approfondito dei dati della ricerca ha permesso di individuare tre sottogruppi di famiglie organizzati attorno a tre tipi di percorso:

PERCORSO 1: *Abbandono dissimulato* (sottogruppo numericamente più rilevante)

Le famiglie inserite in questo gruppo rivelano modalità di accudimento apparentemente ineccepibili sul piano formale ma inadeguate sul piano sostanziale; sono presenti esperienze traumatiche a livello trigenitoriale poco elaborate.

PERCORSO 2: *abbandono misconosciuto*

Questo sottogruppo rappresenta la componente numericamente più esigua nel campione di riferimento. Qui i genitori sembrano perpetuare l'esperienza insoddisfacente vissuta all'interno della famiglia di origine attraverso la strumentalizzazione dei figli all'interno delle disfunzioni di coppia e attraverso l'occultamento (misconoscimento) del disagio relazionale.

PERCORSO 3: *abbandono agito*

Caratteristico delle situazioni di tossicodipendenza connesse a comportamenti antisociali, che tipicamente risultano essere oggetto dell'intervento pubblico e assistenziale, interventi disintossicanti o ingressi in comunità.

Si verifica un abbandono effettivo del figlio come cultura predominante affettiva. È tipico di famiglie multiproblematiche.

Per concludere l'analisi del lavoro svolto dai ricercatori del Nuovo Centro, trovo interessante inserire il lavoro che, in quanto terapeuti, si può realizzare con famiglie con figli tossicodipendenti.

La griglia a sette stadi viene costruita per dare uno sfondo di comprensione clinica dell'eziopatogenesi della tossicodipendenza (Coletti, 1993) e può essere utilizzata come modello per ricostruire in seduta i passaggi evolutivi che hanno determinato la comparsa del sintomo.

Si tratta dell'intreccio tra:

- Il disagio patito dai genitori nelle relazioni affettive con le rispettive famiglie che però viene minimizzato
- Le modalità attraverso cui tale disagio ha orientato la selezione e la scelta del partner e il condizionamento che questo ha avuto sul rapporto di coppia (matrimonio d'interesse, coatto o inesistente)
- Gli effetti che questi elementi hanno prodotto sui figli e sulle modalità di accudimento, anche nell'infanzia da parte della madre (accudimento mimato, superinvestimento strumentale, abbandono) e in adolescenza da parte del padre

Ricostruire la storia emotiva della famiglia è importante e utile soprattutto perché “offre ai membri l'opportunità di un passaggio evolutivo, fondato sulla consapevolezza dell'accaduto e sul reciproco riconoscimento di sofferenze e responsabilità” (Rigliano, 1991)

Spesso genitori (e anche fratelli) leggono la tossicodipendenza del figlio come il risultato di un'infanzia viziata o incapacità a non farsi influenzare dai pari.

È per questo che la ricostruzione è necessaria, per poter riconoscere le carenze subite, in termini di accudimento, dal paziente ma anche la connessione con quelle dell'intero nucleo familiare. Questo suscita nei genitori molte resistenze, secondo Miller (2009) parlare di carenze di accudimento e svincolo è la parte più difficile perché criticare sé stessi come genitori (senso di colpa) implica la possibilità di criticare anche i propri genitori (sofferenza)

Lo stesso paziente spesso nega la connessione tra la propria dipendenza e il comportamento genitoriale, ma è proprio la ricostruzione che permette di esplorare il sintomo in un'ottica trigerazionale che non colpevolizza nessuno ma aiuta ad individuare una causalità complessa che tenga conto di molti elementi: educativi, cognitivi, sociali, relazionali.

E non meno importante, offre l'opportunità a ciascun membro della famiglia di percepirsi come parte di un sistema sofferente e restituisce senso al disagio del paziente, permettendo ai genitori di riconoscerlo; toglie al sintomo tossicodipendenza l'etichetta di malattia volontaria e di concepirlo in senso più ampio.

Nella Comunità terapeutica “Villa Renata” viene svolto un lavoro accurato con le famiglie dei pazienti, tuttavia non è sempre possibile, perché i genitori non ci sono o perché anche loro sono troppo invischiati con la sostanza. Ciò che ho potuto capire è che il ciclo di vita delle famiglie “normali” e quelle con figlio tossicodipendente è diverso: in alcuni casi il figlio si trova ad essere triangolato dai genitori, in altri casi è proprio il ciclo evolutivo a bloccarsi e i modelli relazionali agiscono in maniera reiterata e disfunzionale. Le immagini interne della famiglia non sono in grado di evolvere e diventano “croniche”. Questa cronicità fa sì che si verifichi l'esordio del sintomo nel figlio che diventa il conduttore di un gioco in cui la famiglia non è più in grado di evolversi a pari passo con l'evoluzione biologica dei

membri. Queste sono le situazioni in cui la famiglia, all'ingresso del figlio in comunità, si presenta come la "famiglia modello" e non si direbbe mai che in realtà nasconda un enorme disagio, a differenza invece dai ragazzi che arrivano accompagnati da nonne, zie o fratelli, in cui si palesa subito un quadro familiare complesso.

C'è anche, secondo le analisi condotte a Villa Renata, una buona percentuale (26%) di ragazzi che non avevano più una famiglia disposta a fornire loro sostegno, di nessun tipo, rendendoli quindi privi di alcuna dimora nel periodo precedente all'ingresso.

CAPITOLO 4

TRATTAMENTO E RIABILITAZIONE

La droga è un nemico veramente potente per il raggiungimento e la conservazione del benessere individuale. Chi ne fa uso, non solo reca danno a sé stesso, come abbiamo visto precedentemente, ma anche a tutti coloro che gli stanno attorno.

In linea con la gravità della situazione e con l'auspicio di riuscire ad ottenere risultati soddisfacenti è stato elaborato un Piano di Azione Nazionale Antidroga, conosciuto anche come progetto RELI.

Serpelloni G. insieme ad altri collaboratori ha pubblicato un manuale teorico-pratico con l'obiettivo di fornire "indicazioni per la definizione degli interventi antidroga, al fine di proteggere le future generazioni dalla tragedia della tossicodipendenza e dell'alcoldipendenza. Un piano di azione nazionale è fondamentale per affrontare in modo efficace il problema della diffusione dell'uso delle droghe e dell'abuso alcolico sia nel nostro paese che in tutti gli altri stati europei"

Sono state ampiamente affrontate le difficoltà di chi sviluppa questa dipendenza ed è proprio per questo che spesso la richiesta di aiuto da parte di queste persone tarda oppure rappresenta una delega di elementi conflittuali interni. In una condizione di forte dipendenza ed incapacità a gestire qualunque aspetto della propria vita, il contenuto emotivo è talmente forte da esercitare una pressione che può spingere il tossicodipendente a cercare un valido aiuto per riuscire a cambiare.

Il recupero di una persona con problemi derivanti dall'uso di sostanze stupefacenti e alcol è davvero possibile.

Il percorso di disintossicazione e perdita di dipendenza è davvero molto lungo ed è necessario non essere da soli, poter contare su supporto psicologico, alcune volte anche farmacologico e una forte motivazione alla base, la quale determina il successo o meno del processo di cambiamento.

È evidente che l'inizio di un percorso di guarigione richiede necessariamente il riconoscimento personale del problema e la necessità di trasformare le proprie condizioni di vita, che si connettono poi con la vera e propria richiesta di aiuto. Durante il processo la persona viene guidata da vari professionisti del settore al quale si rivolge il paziente, ma è necessario che capisca che il percorso è autodeterminato, ovvero è la persona stessa il "mezzo" della sua guarigione.

Quando si parla di recupero, di riabilitazione sono tantissimi gli aspetti da considerare sul piano individuale, ambientale, culturale ed è per questo che non si può definire un percorso lineare.

Deve essere presa in considerazione la possibilità di avere delle ricadute ma sapendo di poterle superare. Seppur apparentemente banale e poco "scientifico", la speranza è l'elemento che spesso guida chi riesce a portare a termine un percorso di questo tipo.

Il coinvolgimento di figure importanti per chi soffre di questa dipendenza, la testimonianza di chi ci è riuscito, la capacità nel saper affrontare la discriminazione e lo stigma che spesso colpiscono “i drogati”, sono tutti tasselli essenziali per procedere verso il raggiungimento dell’obiettivo: una vera e propria restaurazione della persona e dei suoi rapporti significativi.

Ogni individuo è unico ed entra in contatto con le sostanze per ragioni diverse, ed è proprio in base a queste diversità che si devono realizzare percorsi distinti per ciascuno.

Le azioni di cura e trattamento devono essere specifiche, coordinate e integrate tra gli operatori che lavorano nel settore.

TIPOLIGIE DI TRATTAMENTO

I trattamenti, elaborati in base alle caratteristiche individuali, si possono quindi articolare in diversi modi tra i seguenti:

1. *Trattamenti ambulatoriali*: si tratta prevalentemente di fare riferimento ai Ser.D. presenti sul territorio.

Rivolgendosi a questi servizi si può contare su un organico multiprofessionale, composto da medici, psicologi, sociologi, assistenti sociali, educatori, infermieri, operatori tecnici per l’assistenza. Gli interventi messi in atto considerano la persona nella sua globalità tramite un intervento riabilitativo e di riduzione del danno e offrendo un supporto di tipo psico-sociale. La terapia può essere anche farmacologica.

2. *Trattamenti semiresidenziali*, presso centri Diurni pubblici o privati: anche in questo caso si tratta di rivolgersi a strutture all’interno delle quali si può contare su un’equipe multidisciplinare con le competenze necessarie a fornire un supporto psicologico ed eventualmente una terapia farmacologica.

3. *Trattamenti residenziali* presso comunità terapeutiche pubbliche o private: la scelta di attuare un programma terapeutico di questo tipo viene concordata con gli operatori del Ser.D. di riferimento e ciò avviene quando è chiaro che la persona tossicodipendente sia riuscita a maturare una spiccata consapevolezza del suo problema e di conseguenza anche una crescente motivazione al cambiamento senza però riuscire ad agirlo in un contesto non protetto. È per questo motivo che si consiglia di intraprendere un percorso all’interno di una struttura residenziale, un contesto lontano da quello abituale per aumentare le possibilità di successo.

Ormai è chiaro che alla base di una richiesta d’aiuto da parte del paziente che soffre di dipendenza da sostanze, a prescindere dal servizio al quale si rivolge (ambulatoriale, diurno o comunità terapeutica residenziale), sia necessario un supporto psicoterapeutico.

Chiaramente, insieme agli obiettivi specifici per la dipendenza, che evidentemente richiedono la cessazione dell'autosomministrazione della sostanza, la psicoterapia affronta anche altri temi, aspetti della vita della persona, sia passati che presenti, supponendo che questi possano aver contribuito un tempo, e contribuire attualmente all'uso di sostanze.

Esistono diversi approcci "Evidence Based" per il trattamento delle dipendenze, raggruppabili in due macrocategorie: quelle appena citate, ovvero la psicoterapia e il trattamento farmacologico.

A seconda del paziente, del tipo di sostanze utilizzate, da quanto tempo e dalle modalità di assunzione, si può fare riferimento ad una o all'altra categoria, oppure ad entrambe.

Ciò che viene riportato fa riferimento anche a quanto veniva proposto nella Comunità Terapeutica "Villa Renata"

TRATTAMENTI PSICOTERAPEUTICI

Tra i diversi trattamenti psicoterapeutici è possibile fare:

1. *Psicoterapia individuale*: tecniche psicoterapeutiche derivanti da diversi orientamenti sono state adattate perché si concentrassero in modo specifico sul trattamento della dipendenza.
2. *Terapia di gruppo*: questo tipo di trattamento viene utilizzato da diverso tempo nel disturbo da uso di sostanze, alcol compreso. Il motivo della sua popolarità è dato dal fatto che il gruppo ha la capacità di sostenere e mettere a confronto, di coinvolgere i suoi membri in diversi incontri, durante i quali è possibile che i partecipanti aumentino progressivamente la consapevolezza del problema legato anche alle proprie caratteristiche personali. Il gruppo viene così inteso come un luogo sicuro e ottimale per il cambiamento.
3. *Terapia familiare*: spesso risulta essere necessario al trattamento, visto quanto può aver inciso l'assetto familiare nell'esordio del sintomo. Perché sia il più efficace possibile, viene inserita in un programma terapeutico più ampio. In questa sede però potranno essere esaminati i modelli interattivi, di comunicazione, i rapporti della famiglia, le alleanze, i ruoli di ciascuno, regole e confini, legami e stili di conflitto.

Abbiamo accennato al fatto che, oltre al trattamento psicoterapeutico, l'altra macrocategoria è rappresentata dal trattamento farmacologico.

LA TERAPIA FARMACOLOGICA

Questa terapia viene usata, prevalentemente, per gestire i sintomi dell'astinenza e prevenire le ricadute. In primo luogo, quindi, i farmaci aiutano a eliminare i sintomi dolorosi che si manifestano durante la disassuefazione e a evitare che si ricominci ad assumere la sostanza: questo non costituisce, in sé, il

trattamento unico e completo, ma rappresenta un primo passo indispensabile per il cambiamento. Infatti, i disturbi psicologici eventualmente compresenti potrebbero contribuire al mantenimento della dipendenza e allora si inserisce una delle terapie precedentemente descritte.

METADONE

Tra i farmaci più diffusi attualmente per trattare le dipendenze. Quando viene utilizzato è necessario fare una distinzione tra fase di disintossicazione e fase di mantenimento. Nel primo caso viene utilizzato in dosi decrescenti come sostituto dei narcotici, nel secondo caso invece diventa un vero e proprio sostituto terapeutico della sostanza in persone con dipendenza certa, per far sì che prima il paziente sia libero dall'eroina e poi libero dalla droga in generale, permettendo anche la fine della comparsa di episodi di craving.

Nonostante, in seguito alla primissima comparsa del metadone ci furono perplessità circa la bontà come farmaco riabilitativo, ora è evidente la sua efficacia e sicurezza (se viene utilizzato in modo corretto).

È raro, se si segue la corretta prassi che ad un suo utilizzo insorgano eventi infausti.

Ciò che lo rende fatale per la persona è la sua assunzione accompagnata da altre droghe, alcol o medicine (sedativi per esempio).

Ciò che caratterizza il rischio maggiore in questi casi è il sovradosaggio oppure la somma degli effetti delle diverse sostanze.

I sintomi che si manifestano quando la dose assunta è eccessiva sono: sonnolenza, confusione mentale, cute fredda e cianotica, miosi, crisi respiratorie, collasso cardiocircolatorio e nel peggiore dei casi la morte.

Tuttavia, se viene somministrata la giusta dose migliora la qualità della vita, perché riduce i sintomi di astinenza e libera la persona dal costante desiderio di assumere la sostanza.

SUBUXONE

Un altro farmaco molto diffuso che viene utilizzato per dipendenza da eroina, in generale da oppioidi.

I suoi principi attivi sono il naloxone che agisce come antagonista degli oppioidi e la buprenorfina, che agisce come agonista degli stessi. Il primo contrasta i sintomi di astinenza che invece verrebbero aumentati dal secondo, i quali però si manifestano se non viene assunto nella sua modalità tradizionale ma per endovena.

La corretta assunzione è sublinguale, quindi disciolto sotto la lingua, e solitamente trascorrono tra i 5 e 10 minuti perché faccia effetto.

Questa terapia viene progressivamente ridotta fino alla sua totale sospensione e deve essere prescritta, a chi ha un'età superiore ai 15 anni, da un medico, dallo psichiatra o comunque tenuta sotto controllo da chi ha competenze in merito, quindi anche lo psicologo.

Per poterlo utilizzare devono essere tenuti in considerazione diversi aspetti, tra cui le caratteristiche del paziente e lo stato di intossicazione. Inoltre, devono essere tenuti sotto controllo i polmoni e il fegato.

I possibili effetti collaterali sono: stitichezza, sudorazione eccessiva, nausea, cefalea, insonnia e infine una vera e propria sindrome da astinenza.

NALTREXONE

Un oppioide semi- sintetico che viene utilizzato proprio per contrastare gli effetti gratificanti degli oppioidi andando ad antagonizzarli, questo meccanismo fa sì che non si provino più gli effetti piacevoli legati all'assunzione della sostanza e quindi se ne riduce la necessità del suo utilizzo. Per poter iniziare una terapia con questo farmaco però, il paziente deve essere totalmente disintossicato da altri oppioidi, quindi sia eroina che metadone.

Solitamente la sua prescrizione viene associata ai programmi di prevenzione per le ricadute nelle persone che sono in fase di astinenza iniziale e i suoi effetti durano da uno a tre giorni.

Viene somministrato per via orale due volte la settimana. L'utilizzo di questo farmaco è limitato per molte ragioni, tra cui la compliance, ovvero non dà alcun incentivo al suo utilizzo perché non produce effetti piacevoli.

A "Villa Renata", gran parte dei pazienti al momento dell'ingresso (69%) assume già benzodiazepine e farmaci antipsicotici/neurolettici e/o antidepressivi, prescritti dai SerD inviati. Praticamente tutti coloro che entrano con una terapia farmacologica, durante la permanenza concordano un processo di scalaggio o riduzione o variazione dei farmaci. Una buona percentuale viene dimessa senza alcun farmaco.

4.1 COMUNITA' TERAPEUTICA

Perché l'ingresso in comunità è considerato tra i trattamenti più validi?

Perché, secondo molti, l'approccio comunitario consente al tossicomane di riequilibrare il legame fra emozioni e azione. Al di fuori di un contesto così ristretto e controllato, il tossicodipendente non adeguatamente motivato metterà in atto una serie di modalità disfunzionali alla riabilitazione: tipico in questi casi è la menzogna, raccontare a sé stessi e a chiunque si prenda cura di lui (psicologo, psichiatria, familiari o amici) una serie di traguardi e obiettivi che in realtà non sta raggiungendo.

In comunità invece, si è accolti da molti operatori competenti e seguiti in tutto (come fosse un codice materno) ma anche soggetti a regole rigide e severe da dover rispettare (codice paterno)

Sulla base della mia esperienza presso la comunità terapeutica "Villa Renata", ma tipicamente il funzionamento di base vale per tutte le strutture residenziali, gli utenti sono inviati dai Ser.D di riferimento, oppure dal penitenziario quando si trovano in misura alternativa al carcere.

Nel caso delle segnalazioni dai Ser.D, il terapeuta o comunque le figure professionali che seguono il paziente segnalano il caso alla direttrice della Comunità, la quale avrà dei primi colloqui conoscitivi per ottenere una reciproca valutazione sulla base di una conoscenza diretta.

Potrebbero essere necessari più colloqui, con il paziente diretto interessato, ma anche con la famiglia, per capire meglio la situazione ed ottenere un quadro più completo possibile.

Successivamente il caso, se considerato idoneo all'ingresso, verrà presentato in equipe (lo staff al completo).

Si raggiunge quindi la fase di prima accoglienza, il cui scopo è di introdurre gradualmente l'utente nella logica comunitaria, favorendone in ogni momento cambiamenti anche apparentemente modesti sia sul piano comportamentale che su quello della ricostruzione di una "grammatica emotiva", tutte cose rese difficili o confuse dall'uso protratto delle droghe e di solito dagli stili di vita che a tali usi si accompagnano.

I contatti con i Ser.D invariants rimangono costanti per poter avere un collegamento tra tutti coloro che seguono l'evoluzione del singolo caso.

Se si ritiene il paziente idoneo e si procede all'ingresso vero e proprio, in alcuni casi è necessario procedere con la disintossicazione, proprio in termini di disassuefazione fisica. Si tratta di eliminare tutte le droghe e le sostanze in generale e di contenere il craving che segue l'astensione in soggetti fortemente intossicati.

Ogni caso è a sé, infatti a "Villa Renata", gli utenti arrivavano molto intossicati da sostanze oppure già con una terapia sostitutiva concordata con il Ser.D, in ogni caso sarà lo psichiatra, l'infermiere e il terapeuta che segue il caso a concordare il trattamento da assegnare.

La primissima ipotesi diagnostica consente di realizzare un progetto riabilitativo più personalizzato possibile, individuando anche probabili disturbi di altro tipo, concomitanti all'uso di sostanze.

Ciascun utente in comunità ha uno psicoterapeuta e un operatore di riferimento ed è seguito a 360°

In particolare, "Villa Renata" ha tre strutture, ogni struttura è sempre presieduta da un operatore 24h su 24h.

4.2 PROGRAMMA TERAPEUTICO a "VILLA RENATA"

Entrare in comunità è una scelta, nessuno obbliga i pazienti a fare questo passo, per questo motivo chiunque dovesse decidere di intraprendere un percorso di cura e cambiamento è tenuto a prendere visione del regolamento della comunità e a rispettarlo, in quanto, in caso di trasgressione è prevista l'espulsione.

In base a ciò che ho potuto notare in prima persona, negli utenti arrivati da poco, o addirittura proprio appena arrivati, è comune avere una scarsa fiducia verso gli operatori, verso i trattamenti previsti e molte perplessità circa alcune regole.

Spesso sono proprio le storie di vita di queste persone a portarle a diffidare da chiunque, e da qualunque cosa, ma la missione comunitaria consiste anche in questo, nel riuscire a stabilire un rapporto di fiducia reciproca reale, indipendentemente dalla storia personale di ciascuno, in modo da accedere ad una sana dipendenza che è la premessa per poter rendere la propria vita piena, unica, ma soprattutto libera.

Nella Villa, la giornata viene scandita da appuntamenti comuni a cui tutti gli ospiti devono partecipare; diverse sono le attività che li vedono impegnati tutti i giorni, per quasi tutto il giorno e tra le principali vi è l'agricoltura in orto, musicoterapia, gruppo corsa, progetto calcio, pallavolo, progetto giornalino, teatro e infine a rotazione (e in base all'ordine di ingresso) gli utenti si impegnano in cucina a realizzare un menù precedentemente concordato con l'operatore responsabile, per evitare di incorrere in tipici atteggiamenti tossicomani anche con il cibo e i condimenti.

L'obiettivo di queste attività, in generale è di aiutare i pazienti a dare valore a quello che fanno, che si tratti di sport o lavori fisici/manuali (come raccogliere frutta e verdura in orto); creare ricordi positivi e stimolare nuove passioni ed infine valorizzare il tempo passato in compagnia, imparando nuovamente ad avere relazioni sane con le persone.

Gli utenti sono tenuti a partecipare ai dispositivi clinici e terapeutici previsti, quali la psicoterapia individuale, di gruppo, colloqui con gli educatori, riunioni della casa e tecniche per ogni struttura.

Il percorso viene suddiviso in fasi perché in un progetto di questo tipo è necessario che l'utente abbia una sorta di "scadenze" da rispettare, di piccoli obiettivi da raggiungere passo dopo passo, prima di arrivare al reinserimento e poi alle dimissioni.

Il momento di reinserimento socio-lavorativo è uno dei momenti più complessi per il tossicodipendente, potrebbe essere definito come una palestra per allenarsi ad affrontare la nuova vita che verrà.

Il reinserimento lavorativo permette alla persona di avere una nuova stabilità economica ma di recuperare anche il proprio ruolo nella società, in una nuova prospettiva di integrazione. Lo scopo principale è proprio quello di accompagnare l'utente verso la realtà esterna e abituarlo a separarsi gradualmente da quella protettiva della comunità.

Nel caso specifico della Comunità "Villa Renata" si può fare riferimento a diverse cooperative per aiutare questi ragazzi a reinserirsi, ad esempio "NonSoloVerde", la quale offre opportunità nel settore della manutenzione del verde e nella ristorazione. Alcuni utenti con competenze particolari si sono reinseriti nel mercato libero: settore delle pulizie, attività commerciali.

Qualche ragazzo durante la permanenza ha ripreso anche gli studi: i più piccoli per raggiungere il diploma, altri hanno iniziato un percorso universitario che sono riusciti a portare a termine durante la fase di reinserimento o dopo le dimissioni.

A trattamento concluso (non sempre) ci sono le dimissioni. In diversi casi i pazienti non vengono dimessi quando il trattamento è effettivamente concluso ma concordano delle dimissioni anticipate o si autodimettono. In generale però i dati riportati nel report confermano che il tempo medio di trattamento presso la comunità è di 3 anni e l'età media dei pazienti dimessi è di 30 anni.

Anche dopo aver lasciato la "Villa" a tutti gli effetti, praticamente tutti gli utenti mantengono i contatti con gli operatori a conferma del rapporto che si crea all'interno.

I ragazzi dimessi a fine trattamento però sono una testimonianza del fatto che nonostante sia un percorso lunghissimo e difficilissimo, è possibile farcela e per questo è un momento importante quando tornano in Comunità per salutare gli operatori. Inoltre, è una testimonianza molto utile anche per chi è arrivato da poco, per esempio, ed è ancora in difficoltà, non ha accettato pienamente la separazione dalla sostanza e pensa di non potercela fare. Mi è capitato più volte di sentire gli utenti definirsi "drogati cronici", "condannati", in momenti di sconforto, gli stessi che però a soli due mesi di distanza avevano fatto progressi impressionanti.

Il mio tirocinio a "Villa Renata" ha avuto una durata di due mesi circa, tutti i giorni mi recavo in struttura e trascorrevi l'intera giornata con questi ragazzi. Ho partecipato con loro a diverse attività, in particolare sono andata in orto, in studio di registrazione quando preparavano le proprie canzoni e li ho aiutati nella gestione della casa in mattinata, oltre a partecipare alle riunioni di equipe con cadenza settimanale, durante le quali venivano discussi i singoli casi.

In particolare, è stato interessante per me partecipare all'attività di musicoterapia, non mi sono persa nemmeno una lezione. Affascinata da come attraverso questo potentissimo mezzo, che è la musica, i pazienti riuscissero ad esprimersi, cosa complicatissima in altri contesti, spesso anche con il terapeuta. Ad ogni lezione l'impatto benefico era evidente sull'umore, sullo stress, sull'autostima ma anche la coesione tra il gruppo: si supportavano e incoraggiavano a vicenda a superare i rispettivi limiti, anche tra chi normalmente non c'era sintonia; ma in quel momento le tensioni e i rancori abituali svanivano perché era un momento sia di introspezione che di condivisione. Si creava un'atmosfera molto carica emotivamente e questo mi ha stupita forse più di tutto, abituata a vederli "rigidi" durante le giornate, improvvisamente ho realizzato che la chiusura era dovuta in realtà ad un blocco emotivo autoimposto perché troppo doloroso da sopportare.

È stata un'esperienza incredibile sotto ogni punto di vista, formativo ma anche di vita. Dal giorno del mio ingresso a quello in cui ho dovuto salutare tutti ho imparato a conoscere i ragazzi e a capire molte dinamiche tipiche all'interno di una Comunità Terapeutica: la severità da parte degli operatori ma quando necessario una straordinaria capacità di ascolto empatico; la difficoltà da parte di tutti gli utenti nel progredire nel loro percorso di emancipazione e liberazione dalle sostanze ma la soddisfazione nel raggiungere anche piccoli obiettivi.

CONCLUSIONI

Questo lavoro mi ha consentito di trarre diverse conclusioni:

In primo luogo, penso sia indispensabile diffondere quante più informazioni possibili circa la grandezza del fenomeno, ma soprattutto la gravità delle conseguenze connesse all'uso di sostanze stupefacenti.

La prevenzione a tal proposito è un elemento fondamentale per trasformare le persone in cittadini più consapevoli e facilitare scelte migliori, anche in coloro che risultano essere più vulnerabili o predisposti.

Il mio tentativo, nel descrivere dettagliatamente le tipologie e gli effetti delle sostanze, così come la diffusione epidemiologica ha l'intento di chiarire quanto siano seri i rischi connessi all'assunzione di droghe di vario genere e quante siano le persone a contatto con esse. Gli effetti nefasti della dipendenza a livello fisico, psicologico e sociale vengono spesso sottostimati da consumatori occasionali, anche molto vicini a me, per questo il tema mi sta molto a cuore.

Realizzare interventi preventivi, con il corretto dosaggio, modalità di insegnamento e teoricamente fondati, può rappresentare un'ottima strategia per aumentare la consapevolezza fin dall'età scolare e rafforzare le "life skills", per esempio, di ragazzi maggiormente a rischio. Prima ci si preoccupa di arginare i rischi connessi ai comportamenti problematici, più si ha la possibilità di essere efficaci.

In secondo luogo, ho voluto approfondire temi quali la regolazione emotiva, gli studi sulle famiglie perché sono state nozioni indispensabili per poter svolgere il mio tirocinio al meglio; sono state acquisite precedentemente e durante l'esperienza e mi hanno permesso di capire come avvicinarmi agli utenti della Comunità. Trovo sia utile superare lo stigma del "drogato", incapace ad affrontare le avversità della vita, per un migliore contributo alla sua guarigione.

Sono stati presentati diversi fattori che possono contribuire alla comparsa del sintomo e come si è potuto notare, i soggetti che fanno uso di sostanze tendono a non accettare il problema, o per lo meno non con facilità, mostrando segnali di evitamento del proprio malessere e trovando rifugio nella stessa sostanza.

All'interno della famiglia spesso non si è in grado di riconoscere le modalità disfunzionali nella gestione delle relazioni e i vissuti problematici e negativi con le famiglie d'origine dei genitori.

La tossicodipendenza si inserisce in questo modo in un contesto in cui tutti sembrano stupiti e incapaci di giustificarne le determinanti e infatti un buon lavoro terapeutico, con il paziente e con le famiglie se possibile, può aiutare a mettere in luce le cause che con maggiore probabilità hanno contribuito all'avvicinamento alle sostanze e successivamente alla dipendenza.

Infine, ho approfondito il tema del trattamento (terapeutico e farmacologico), anche con l'obiettivo di rappresentare una fonte di speranza: di fronte ad un fenomeno altamente drammatico, è importante aver chiaro che c'è la possibilità di tornare ad essere liberi.

BIBLIOGRAFIA

- Andolfi, M. (2017). *“I pionieri della terapia familiare”*. Milano: Franco Angeli.
- Andolfi, M. Angelo, C. (1987) *“Tempo e mito”*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Apa: 2001, 2013
- Bagnato, A.M (2021). *“Tossicodipendenza: aspetti neurochimici, disregolazione emotiva e scarsa tolleranza alla sofferenza”*. Selfpublishing Youcanprint.
- Bonino, S (2005). *“il fascino del rischio”*. Milano: Giunti Editore.
- Cancrini, L. (1982). *“Quei temerari sulle macchine volanti”* Roma: Carocci Editore.
- Cancrini L., Mazzoni S. (1991). *“Famiglia e droga: dall'autoterapia alla richiesta di aiuto”*, in M. Malagoli Togliatti, U. Telfener (a cura di) *Dall'individuo al sistema*, Torino: Bollati Boringhieri.
- Cirillo, S. Berrini, R. Cambiasio, G. Mazza, R. (2017). *“La famiglia del tossicodipendente. Tra terapia e ricerca”* Milano: Raffaello Cortina editore.
- Gambini, P. (2005). *“Il tossicodipendente e la sua famiglia”* Roma: LAS
- Haley, J. (2015). *“Leaving Home”*. Londra: Taylor e Francis Ltd
- Lipscomb, W. R. (1971). *“An epidemiology of drug use-abuse”* in American Journal of Public Health.
- Olievenstein, C. (1981). *“L'infanzia del tossicomane”* Milano: Vita e Pensiero editore.
- Palmonari, A (2011). *“Psicologia dell'adolescenza”* Bologna: il Mulino
- Stanton M.D. (1979). *“Famiglia e tossicomania, Terapia familiare”*, 6 pp. 99-115 in psicoclinica.it
- Stanton M.D., Todd T. B (1982). *“The Family Therapy of Drug Abuse and Addiction”*, Guilford Press, New York.
- Teeson, M. Deghardt, L. Hall, W (2006). *“Le tossicodipendenze”* Bologna: il mulino
- Vinci, G. (1991). *“Percorsi familiari nella tossicodipendenza da eroina”* pubblicazione in *“Ecologia della mente”*

- European Medicines Agency- emcdda.europa.eu. European Drug Report 2022.
- Gerra, G; Zaimovic, A (2018). *“Vulnerabilità per la tossicodipendenza: fattori di rischio e fattori protettivi”* in Dronet.org
- Gerra, G. Zaimovic, A (2002). *“Craving: aspetti comportamentali e biologici”* in G Gerra, A Zaimovic - *Vulnerabilità all'Addiction*, - researchgate.net
- Gross, J.J. (1998). *“The emerging Field of Emotion Regulation”* in Journals.sagepub.com
- Khantzian, E.J. (1997). *“self-medcation hypothesis”*. In Pubmed.gov
- National Institute of Drug Abuse (NIDA)- *la scienza della dipendenza* (2019)
- Sbnhsa.gov/ NSDUH: *“National survey on drug use and health”* (2019)

- Piazza, P. Deroche-Gamonet, V. Marsicano, G. (2010) *“La dipendenza dalle droghe”* in Treccani.it
- Politicheantidroga.gov.it *“relazione al parlamento”* (2022)
- Goldstein, R.Z. Volkow Nora D. (2002). *“La tossicodipendenza e le sue basi neurobiologiche: le evidenze di neuroimaging rispetto al ruolo della corteccia prefrontale”* in Politicheantifroga.gov.it
- Psicoattivo.com (2021) *“regolazione delle emozioni e uso di sostanze psicoattive”*
- Stateofmind.it: (2017) *“il disturbo da uso di sostanze: aspetti diagnostici e clinici”*
- Stateofmind.it (2017) *“il ruolo della regolazione emotiva nell’utilizzo di sostanze”*