

TOSSICODIPENDENZE

Le tossicodipendenze, come abbiamo già visto, sono un problema molto complesso che può essere analizzato in vari modi a seconda dell'ambito di interesse (medico, psicologico, psicopatologico, fisiologico,..) o del tipo di argomentazione che si intende trattare. E' pur necessario avere un punto di partenza nell'analisi di questa patologia e, proprio per questo, ne darò prima una definizione tecnica, cercando poi di fornire un inquadramento generale.

2.1 Definizione

La prima definizione di tossicodipendenza che propongo è quella che dà il Manuale Statistico Diagnostico dei Disturbi Mentali nella IV edizione (DSM-IV). In esso si parla di "disturbi correlati a sostanze" e vanno riferiti alla specifica sostanza di cui abusa l'assuntore. Sono suddivisi in:

- *Disturbi da uso di sostanze* (dipendenza da sostanze e abuso di sostanze);
- *Disturbi indotti da sostanze* (intossicazione, astinenza da sostanze, delirium e demenza indotti da sostanze, disturbi d'ansia e dell'umore,...).

1. Disturbi da uso di sostanze

Dipendenza da sostanze che consiste in una modalità patologica dell'uso della sostanza che conduce a disagio o menomazione clinicamente significativi come appare da tre delle condizioni in qualunque momento in un periodo di dodici mesi. Poi vanno specificati il decorso¹⁷ della malattia e se questa è accompagnata da dipendenza fisica (prove evidenti di tolleranza e astinenza) o senza dipendenza fisica.

- a. tolleranza: ossia il bisogno di dosi sempre più elevate della sostanza per raggiungere l'intossicazione o l'effetto desiderato, oppure un effetto notevolmente diminuito con l'uso continuativo della stessa quantità di sostanza;
- b. astinenza: ossia la caratteristica sindrome di astinenza, che poi vedremo o la stessa sostanza è assunta per attenuare o evitare i sintomi;
- c. la sostanza è generalmente assunta in quantità maggiori o per periodi più prolungati di quanto inizialmente previsto dal soggetto;
- d. desiderio persistente o tentativi infruttuosi di controllare o ridurre l'uso della sostanza;
- e. una grande quantità di tempo viene spesa in attività necessarie per procurarsi la sostanza o per riprendersi dai suoi effetti;

¹⁷ Sono disponibili sei specificazioni di decorso per la dipendenza e quattro per la remissione nel caso in cui non siano soddisfatti i criteri della dipendenza per almeno un mese. La fase di remissione è un periodo particolarmente rischioso per la ricaduta. Al termine sopraindicato vengono poi affiancati gli aggettivi *iniziale* o *protratta* (dopo dodici mesi) a seconda del tempo trascorso e *parziale* o *completa* se i criteri vengono soddisfatti in modo continuo o intermittente. Poi si distinguono i periodi di terapia agonista (con un farmaco agonista parziale o agonista/antagonista) e di immissione in ambiente controllato.

- f. interruzione o riduzioni di importanti attività sociali, lavorative o ricreative come effetto di questa;
- g. uso continuativo della sostanza nonostante la consapevolezza di avere un problema persistente o ricorrente, di natura fisica o psicologica, verosimilmente causato o esacerbato dalla sostanza;

Abuso di sostanze è una modalità patologica d'uso di una sostanza che porta a menomazione o a disagio clinicamente significativi che si manifestano con una o più delle condizioni seguenti, ricorrenti in dodici mesi; oppure i sintomi non hanno mai soddisfatto i criteri di dipendenza da sostanze di questa classe di sostanze.

- a. Uso ricorrente della sostanza risultante in un'incapacità di adempiere ai principali compiti connessi con il ruolo sul lavoro, a scuola o a casa;
- b. Ricorrente uso della sostanza anche in situazioni fisicamente rischiose;
- c. Ricorrenti problemi legali legati alle sostanze;
- d. Uso continuativo della sostanza, nonostante i persistenti e ricorrenti problemi sociali o interpersonali causati o esacerbati dalla sostanza;

2. Disturbi indotti da sostanze:

Intossicazione da sostanze:

- a. prevede lo sviluppo di una sindrome sostanza specifica reversibile dovuta alla recente assunzione di una sostanza¹⁸.
- b. Modificazioni patologiche clinicamente significative sul piano comportamentale o psicologico, dovute all'effetto della sostanza sul sistema nervoso centrale e che si manifestano durante o poco dopo l'uso della stessa.
- c. I sintomi non sono dovuti a condizione medica generale e non sono meglio spiegati con un altro disturbo mentale.

Astinenza da sostanze:

- a. Lo sviluppo di una sindrome sostanza specifica conseguente alla cessazione dell'assunzione di una sostanza precedentemente assunta in modo pesante e prolungato;
- b. La sindrome sostanza specifica crea disagi clinicamente significativi o compromissione del funzionamento sociale, lavorativo,..
- c. I sintomi non sono dovuti a condizione medica generale e non sono meglio spiegati con un altro disturbo mentale.

La seconda definizione è quella dell'Organizzazione Mondiale della Sanità:

¹⁸ Differenti sostanze possono produrre sindromi identiche o simili

“Stato psichico e qualche volta anche fisico, risultante dall’interazione tra un organismo e una sostanza farmacologicamente attiva, caratterizzato da un particolare comportamento e da altri fattori che spesso includono un desiderio di assumere la sostanza sporadicamente o continuativamente ottenendo effetti attivi sulla psiche e provocando sconforto per la sua assenza. La tolleranza può essere più o meno presente. Un soggetto può essere dipendente o meno da una sostanza”. (1964)

In questa definizione, a differenza della precedente, l’accento viene posto sul rapporto soggetto/sostanza e, più in particolare, sul desiderio dell’individuo di sperimentare attraverso la droga una situazione conosciuta come piacevole, e di evitarne una spiacevole data dall’assenza della stessa, [Emilio Gius e Romano Mazzon, 1999].¹⁹

Le categorizzazioni che noi possiamo fare possono essere legate a modelli di consumo oppure basarsi su variabili non direttamente legate alla droga; esiste però una teoria integrata da varie componenti definita “modello misto”²⁰ proposto da Husband nel 1992 che è in grado di definire il livello di gravità della dipendenza di un individuo.

In generale da un’analisi dei vari studi compiuti in questi anni si

¹⁹ Si è parlato di varie tappe dell’uso delle sostanze come del susseguirsi del momento della sperimentazione e “dell’innamoramento”, della stabilizzazione ed infine del mantenimento di uno stato di apparente benessere nella paura di conseguenze più dannose [Ravenna, 1997].

²⁰ Husband 1992 nell’analizzare le caratteristiche dei pazienti in trattamento propone un modello che considera: il pattern di uso di droga con una scala gerarchica di sette categorie di pattern di uso; la gravità del danneggiamento con l’ASI (addiction severity index); e l’esperienza del trattamento con la rilevazione del numero di ammissioni e della durata del ricovero per descrivere la carriera del paziente e l’effetto del trattamento

raccolgono diverse categorizzazioni più o meno condivisibili, ma che incontrano molti degli elementi che caratterizzano l'esperienza di un soggetto affetto da tossicodipendenza e molti fattori che possono costituire elementi di rischio. Nella parte successiva riferiremo alcune ricerche più utili ai fini della nostra analisi e cercheremo di capirne i presupposti.

Fornite le definizioni di "tossicodipendenza" più diffuse e accettate dalla comunità scientifica, vorrei elencare le caratteristiche empiriche in grado di delineare questa popolazione, per cercare di costruire una "base-line"²¹ valida e riproducibile per individuare le caratteristiche dei comportamenti dei soggetti "addict" e distinguerne le componenti.

2.1.1 Tipologie di droghe²²

Prima di continuare a parlare di queste sostanze secondo i vari inquadramenti farmacologici e psicopatologici, mi sembra utile fare una piccola parentesi sull'etimologia²³ del termine italiano "droga", che, pur non essendo stata ancora chiarita in modo definitivo, sembra risalire all'olandese "droog" che indica "secco", "cosa secca". Fin dal 1502, con esso si indicava una sostanza vegetale secca, aromatica (cannella, noce moscata, pepe, vaniglia, garofano), in grado di dare maggior sapore alle bevande e ai cibi.

²¹ Martin e Wilkinson, 1993 ipotizzano la realizzazione di una linea fatta da caratteristiche immaginarie capace di discriminare le varie forme di dipendenza.

²² Ravenna 1997 distingue le tipologie di sostanze in deprimenti del S.N.C., riducenti del dolore, stimolanti e allucinogeni.

²³ Marcella Ravenna 1993: "Adolescenti e droga". Il Mulino, 15.

Ora cercherò di delineare le varie tipologie di "droga" secondo una categorizzazione prettamente farmacologica che mi è sembrata utile per distinguere gli effetti delle varie sostanze e con essi provare a capire le ragioni che spingono diversi soggetti verso l'una o l'altra sostanza, anche se, nella maggior parte dei casi, ci si trova davanti a individui che scelgono diverse sostanze e ne abusano contemporaneamente o in momenti diversi della vita. Conoscere le caratteristiche delle sostanze psicoattive torna comunque utile per comprendere alcune delle caratteristiche fisiologiche e psicologiche degli assuntori.

1. *Droghe che deprimono il sistema nervoso centrale* (alcool, barbiturici, ipnosedativi, benzodiazepine): si tratta generalmente di sostanze che assunte in piccole quantità riducono gli stati d'ansia e di tensione, la capacità di concentrazione e la memoria, inducendo stati di benessere, di rilassamento e di lieve euforia. In dosi più elevate però diminuiscono l'autocontrollo, il senso critico e aumentano gli stati di irritabilità e i comportamenti aggressivi;

2. *Droghe che riducono il dolore* (oppioidi): riescono a ridurre gli stati di angoscia e di ansia determinando sensazioni di calore e di tranquillità, riducono la sensibilità e le reazioni emotive al dolore ed interferiscono in modo limitato con il funzionamento fisico e mentale. Dosi elevate provocano sedazione, stupore, sonno, perdita di coscienza. Dosi ripetute provocano in genere tolleranza²⁴ e dipendenza fisica, cosa che ne richiederebbe dosi sempre maggiori.

3. *Droghe che stimolano il sistema nervoso centrale* (anfetamine, cocaina, caffeina,..): aumentano la vigilanza, diminuiscono la sensazione di fame e di fatica e quindi incrementano la capacità di svolgere compiti fisici o psicologici prolungati. Producono ad alti dosaggi effetti fisiologici²⁵ che possono portare a comportamenti aggressivi, violenti o disforici e a bassi dosaggi favoriscono sensazioni di euforia e di eccitazione. In genere queste sostanze, se assunte con regolarità, possono produrre tolleranza e dipendenza psicologica, più raramente fisica.

4. *Droghe che alterano la funzione percettiva* (funghi, LSD, cannabis, ecstasy): incrementano e modificano le esperienze sensoriali, favoriscono in genere le sensazioni di euforia (più raramente di ansia e panico) e alterano il pensiero. L'uso dei derivati della cannabis producono soprattutto rilassamento, sonnolenza, voglia di parlare e di ridere; l'LSD favorisce fenomeni allucinatori; il PCP provoca comportamenti estatici, sedazione e stimolazione. Con dosi elevate si possono avere episodi di confusione mentale, disorientamento, agitazione, panico,...

²⁴ La tolleranza ad una particolare sostanza è un fenomeno che richiede una dose sempre maggiore per ottenere il medesimo effetto o per evitare quello spiacevole dell'astinenza.

²⁵ Aumentano il battito cardiaco, la pressione sanguigna, il livello di zuccheri nel sangue e la dilatazione delle pupille.

Le distinzioni che abbiamo appena fatto sono molto tecniche e in particolare sono legate al campo farmacologico, fisiologico e psicopatologico. Certo è che alla "droga" sono sempre state attribuite molteplici definizioni più o meno empiriche, legate ai vari aspetti che via via attraggono l'attenzione, nessuna però è certamente esaustiva e univoca. Ed ora ne riporto alcune tra quelle maggiormente accettate:

- Droga è *"ogni sostanza che introdotta in un organismo vivente, può modificarne una o più funzioni"*. Si tratta di una definizione molto ampia fornita dalla Organizzazione Mondiale della Sanità, che fa rientrare in questa vasta categoria tutti i farmaci, gli alimenti, i prodotti chimici o di sintesi in grado di modificare le funzioni biologiche. Dal punto di vista legale poi si distinguono queste sostanze in: controllate, legali e illegali. Il criterio secondo il quale si sono ipoteticamente suddivise le sostanze in legali e illegali, considera droga *"ogni sostanza che induce nelle persone comportamenti dannosi per sé e per gli altri"*.
- Per la farmacologia certamente *"agente psicotropo è qualsiasi composto nato da una sostanza chimica, naturale o sintetica, che influenza i processi somatici e che ha come caratteristica preminente quella di modificare la psicologia o i processi mentali degli esseri umani"*. (Silvestrini 1995).
- Nel linguaggio comune *"droga è qualunque sostanza che dà piacere ma schiavizza e distrugge l'individuo"*. Questa definizione però è viziata da un giudizio implicito, legato alle conoscenze acquisite sugli effetti provocati dalle

droghe più pericolose, che viene allargato a tutte le altre. (Arnao 1976).

- Il termine "droga" ha un particolare valore simbolico e implica che tutto ciò che la riguarda desta eccitazione e fantasie morbose, assumendo a livello emotivo il medesimo ruolo del sesso. L'opinione corrente produce il rifiuto di una informazione obiettiva e una difficoltà a razionalizzare e sdrammatizzare il problema, ma fornisce contemporaneamente a coloro che non ne fanno uso, la sicurezza di stare dalla parte giusta e sana della società, e li fa sentire in una posizione di superiorità rispetto "ai drogati". Gli assuntori vengono considerati per un verso spregevoli e schiavi nei confronti di una sostanza che controlla i loro comportamenti, per l'altro spregiudicati e liberi rispetto alle regole che la società impone. Per Zinnberg-Robertson (1972) la droga assume una funzione simbolica inconscia e aiuta ad affrontare la paura di rivivere i piaceri passivi provati e traumaticamente persi nell'infanzia.

2.1.2 Variabilità nelle forme d'assunzione

La qualità e la modalità dell'assunzione possono modificare di molto gli effetti della sostanza. Purezza e concentrazione determinano la qualità, che però da sola non è sufficiente a predire con certezza l'intensità dell'effetto di una certa quantità di sostanza. La scelta della modalità di assunzione è altrettanto determinante, perché ne modifica il tempo necessario all'assorbimento e la percentuale che viene persa nell'organismo prima di

iniziare ad agire sul sistema nervoso centrale. Una sostanza può essere assunta per via orale, per inalazione, si fuma o si inietta, ma alcune hanno una modalità preferenziale: l'eroina, ad esempio, viene generalmente iniettata, perché ha un effetto più rapido ed intenso, ma potrebbe anche essere fumata o inalata; la cocaina al contrario viene preferibilmente "sniffata" perché passa più rapidamente attraverso la barriera ematoencefalica e raggiunge prima il cervello; le altre sostanze eccitanti o quelle che deprimono il sistema nervoso centrale (tutte le sostanze che vanno dall'ecstasy alle benzodiazepine) sono generalmente assunte per via orale, quindi prevedono un assorbimento più lento, il quale passa attraverso l'apparato digestivo, da questo al sangue e quindi iniziano la loro azione nel S.N.C..

La variabilità delle reazioni ad una sostanza dipende anche dalle caratteristiche biologiche²⁶ dell'assuntore. Molte sono le ricerche che negli ultimi anni, hanno dimostrato come esista una differenza nella metabolizzazione dell'alcol²⁷, da parte delle donne e da parte degli uomini; anche l'età svolge un ruolo importante nell'intensità degli effetti prodotti da una droga, soprattutto per le prime fasi dello sviluppo infantile e per la senescenza. La conformazione e lo stato fisico costituiscono un limite fisiologico naturale, poiché è piuttosto semplice capire che un individuo di corporatura robusta e di statura elevata dovrà assumere una quantità di sostanza maggiore prima di poterne percepire pienamente gli effetti. Ultimo,

²⁶ Ravenna 1997: "Psicologia delle tossicodipendenze". Il mulino.

²⁷ Jones e Jones 1977 oppure Wilsnak 1984 riportate da Ravenna 1997.

ma non meno importante, aspetto da tenere presente, parlando di effetti delle sostanze psicoattive, è l'appartenenza etnica; si è infatti dimostrato²⁸ che soggetti, provenienti da gruppi etnici differenti, manifestavano reazioni diverse ad una medesima quantità di sostanza e ciò costituisce una sorta di protezione neurovegetativa all'abuso di queste sostanze. Un particolare accenno meritano le ultime ricerche sui fattori genetici²⁹, in quanto dimostrano l'esistenza di una componente ereditaria³⁰, che porterebbe ad una predisposizione all'abuso.

Parlare di sostanze e di composizioni chimiche, secondo molti studiosi (Szasz 1974), non pare sufficiente a spiegare le scelte dei soggetti che ne fanno uso. Vi sono altri elementi che in qualche modo interagiscono e rendono maggiore o minore l'effetto di una sostanza. Le aspettative rivolte al farmaco e le conoscenze in possesso sui suoi effetti³¹ possono determinare nell'uomo un rinforzo o una inibizione di alcune reazioni; le attribuzioni di significato e ciò che l'assuntore si aspetta di ottenere da una certa esperienza, possono modificare radicalmente le reazioni al farmaco stesso; queste possono essere definite nel complesso caratteristiche psicologiche dell'assuntore.. Poi va rilevata l'importanza che il contesto ha sulla soddisfazione ottenibile da una certa esperienza e con esso lo stato psicologico del soggetto al momento

²⁸ Wolff 1972 ha compiuto una ricerca su soggetti caucasici ed asiatici; ha riscontrato la presenza di facial flushing, ossia arrossamenti improvvisi del volto, solo nei soggetti appartenenti al secondo gruppo.

²⁹ Robert Mathias riporta uno studio di Pianezza et al. sulla presenza di un particolare gene, il CYP2A6, in alcuni soggetti che proteggerebbe dall'abuso di nicotina, provocando, particolari sintomi sgradevoli e avrebbe funzione di deterrente.

³⁰ Crebbe, McSwigan e Belknap 1985.

³¹ Gossop 1987

dell'abuso: un ambiente sereno e familiare e uno stato d'animo tranquillo e rilassato, favoriscono l'esperienza, almeno per ciò che riguarda alcune sostanze.

2.1.3 Effetti delle sostanze psicoattive

E' importante ricordare che le membrane neuronali sono dotate di siti recettoriali con una conformazione specifica a seconda del neurotrasmettitore che si apprestano a ricevere a livello di sinapsi; questo costituisce un meccanismo chiave-serratura che permette ad un'unica sostanza di agire con quei particolari recettori. Quanto avviene nella sinapsi, ossia una scarica di un neurone, per un certo tempo, fa sì che la membrana diventa transitoriamente permeabile a certi ioni (sodio, calcio e potassio) e modifica localmente il proprio potenziale elettrico; così ha origine lo stimolo.

In generale possiamo affermare che tutte le sostanze psicoattive producono alterazioni nel messaggio chimico³² trasmesso da un neurone all'altro, attraverso le sinapsi del S.N.C.. Tali alterazioni sono dovute al fatto che i recettori vengono occupati dalle molecole di droga e la quantità di neurotrasmettitore originale viene talvolta inibito e talvolta intensificato; questo a sua volta produce un'alterazione della neurotrasmissione elettrica, che si manifesta in una modificazione dell'umore o del comportamento.

³² Marcella Ravenna 1993: "Adolescenti e droga", Il Mulino.

Questa specificazione è necessaria, a mio avviso, per capire che l'esistenza di sostanze chimicamente simili alle sostanze psicoattive che sono naturalmente presenti nel nostro organismo, rende possibile l'azione delle droghe. Queste ultime non fanno che imitarne questi effetti, ma possono tuttavia creare degli scompensi a livello neuronale, talvolta irreversibili.

Per analizzare nel dettaglio gli effetti farmacodinamici e farmacocinetici delle varie sostanze, dovremmo fare una lunga digressione per capire i loro principi di funzionamento e i sistemi entro cui sviluppano la loro reazione. Tutto ciò ora sembra poco opportuno, così riporto solo una tabella (Tab. I) riassuntiva che raccoglie gli effetti, e ne colloca l'azione.

Effetti prodotti dalle diverse sostanze (Tab. I)

Tipi di droga*	Dipendenza psichica	Dipendenza fisica	Tolleranza	Astinenza	Emivita
Nicotina	++	+	+	+	1-2 giorni
Cannabinoidi	+	+/-	+/-	-	1 giorno – 5 settimane
Eroina e oppiacei	+++	+++	+++	+++	1-2 giorni
Cocaina	++	-	-	+	1-4 giorni
Alcol	++	++	+	+++	6-10 ore
Amfetamine	++	+/-	+++	+	1-2 giorni
Designer drug ³³	-	-	Reazioni acute	-	2-8 giorni
Allucinogeni	+	+/-	+/-	-	8 ore
Barbiturici	++	++	+	++	2-10 giorni

LEGENDA: +++ moltissimo ++molto +abbastanza +/- in casi particolari - per niente

³³ In questa categoria rientrano composti sintetici chimicamente eterogenei, quali il fentanil che è un potente analgesico con proprietà simili a quelle dell'eroina, la metamfetamina commercializzata nella sua forma cristallina, la metilendiossiamfetamina (MDA) o "love drug", per l'umore benevolo che produce; e la metilendiossimetamfetamina (MDMA) ossia l'ecstasy che deve la sua diffusione alle proprietà entactogene, cioè quelle di migliorare la comunicazione e il contatto empatico.

2.2 La figura del tossicodipendente

L'attenzione da parte dei mass media e del senso comune verso il problema della tossicodipendenza tende a concentrarsi principalmente sugli esiti estremi del consumo della droga, ossia sulla tossicodipendenza intesa come emarginazione sociale e come fuga dalla realtà, ma evidentemente si tratta di una visione semplicistica³⁴ e non pienamente veritiera. Per arrivare a queste considerazioni estreme, a mio avviso, bisogna cercare di entrare nell'ambito delle scelte di vita del soggetto, diversificandolo a seconda del tipo di sostanza che preferisce; solo così, a mio avviso, si può cominciare a conoscere qualcosa sulle dipendenze e uscire dai catastrofici stereotipi che si sono diffusi in questi anni. Le posizioni estreme poi nella tossicodipendenza, come in altri ambiti della vita, sono quelle che hanno minore rilevanza statistica³⁵; se infatti volessimo analizzare fra le tipologie³⁶ di tossicodipendenze qual'è la più numerosa, non troveremo di certo i "tossici da strada" emarginati e reietti, ma piuttosto i soggetti socialmente adattati che svolgono una vita sociale regolare.

La prima cosa da tenere presente è il ruolo attivo dell'individuo nelle scelte che conducono ad un certo esito; non si può infatti pensare che siano processi automatici quelli per i quali si passa dall'uso saltuario alla dipendenza

³⁴ Marcella Ravenna 1993

³⁵ Capitolo 2. Marcella Ravenna: "psicologia delle tossicodipendenze". Il mulino, 1997.

³⁶ Ravenna 1997 li distingue secondo quattro caratteri principali: il modello di abuso che si basa sulla sostanza prevalentemente utilizzata; la combinazione delle droghe utilizzate; il livello di coinvolgimento nel consumo e i criteri basati sui disturbi psicopatologici associati.

e dalla marijuana alle droghe più pesanti. Da questa considerazione si possono cominciare ad analizzare i percorsi individuali che naturalmente dipendono dall'esperienza che l'individuo ha condotto fino al momento in cui ha cominciato a fare uso di sostanze con effetti psicoattive, e da quali modelli comportamentali ha appreso durante il suo sviluppo dentro e fuori dalla famiglia.

Come ho già detto, il soggetto compie delle scelte³⁷ e di fatto instaura una relazione con la sostanza, caratterizzata da momenti salienti che sono:

- La fase preparatoria o di avvicinamento, in cui l'individuo crea un orientamento favorevole al consumo e considera l'eventualità di tentare una soluzione che possa soddisfare bisogni e aspettative rispetto all'esperienza di sé, alle relazioni con gli altri e al suo stile di vita. In questa fase egli attribuisce anche vari significati al progetto che va maturando, ed elabora quei fattori cognitivi e motivazionali che saranno fondamentali per la determinazione delle sue scelte. In questa fase sono determinanti gli stili comunicativi che il soggetto può apprendere dalla famiglia e dalle relazioni sviluppate al suo interno; gli stili educativi che i genitori assumono, sono importanti al fine di trasmettere anche le modalità di soluzione dei problemi stessi. In questa fase adolescenziale si costituiscono gli elementi fondamentali della personalità di un individuo. Il gioco di relazioni nella famiglia fornisce anche gli elementi basilari per la costruzione dei rapporti con il resto del mondo, gettando le fondamenta

³⁷ Marcella Ravenna: "Psicologia delle tossicodipendenze". Il mulino.

della modalità di comunicazione, che saranno la base dell'identità di gruppo. In questo stadio è probabile che il soggetto mostri tratti di personalità legati alla non convenzionalità e alla trasgressione piuttosto che un chiaro quadro psicopatologico già strutturato.

- La fase di contatto o "iniziazione" comincia a costruire l'esperienza che viene realmente vissuta e che serve a valutare la qualità e l'entità degli effetti. Qui sono determinanti le modalità precedentemente apprese per relazionarsi con gli altri, dato che un contatto intenso con il "gruppo" può favorire il senso di solidarietà e di legittimazione e nel contempo costituire una identità sociale nella quale il soggetto si riconosce. A questo punto sono determinanti le valutazioni dei rischi e il senso di invulnerabilità, che naturalmente vengono falsate, entro la realtà del gruppo. Qui il soggetto mostra tratti disfunzionali più stabili e duraturi.

- Nel periodo della stabilizzazione, il soggetto di fatto diventa un consumatore dipendente o non dipendente; rafforza quindi i significati dati nel tempo al "gruppo" e alla sostanza, per creare una sua modalità di azione verso quest'ultima, che risulta abbastanza stabile e duratura. Questa forma di relazione finisce per assumere gli stessi aspetti di una unione amorosa o di un legame madre-figlio e quindi fornisce un senso di stabilità che compensa l'apparente senso di vuoto avvertito in certi settori della vita del soggetto. Dopo un po' di tempo, negli non riesce più a mantenere il controllo e la sostanza diventa l'unica cosa che ha significato nella sua vita, anche perché

continuare ad assumerla significa evitare quel complesso di eventi spiacevoli che caratterizzano l'astinenza.

Le fasi del consumo, che ho appena citato, evolvono, secondo alcuni ricercatori, seguendo i principi della "storia naturale"³⁸, quindi seguirebbero un andamento inevitabile, come la maggior parte delle malattie, che porta verso la morte o una risoluzione positiva. Per altri invece il consumo evolverebbe come una "carriera"³⁹, poiché interagirebbero fattori esterni ed interni con una intenzionalità nelle scelte e nelle condotte. L'origine di quest'ultimo concetto risale a studi interazionisti realizzati in ambito sociologico, che interpretano il corso della vita come una carriera, durante la quale l'individuo intraprende e abbandona diversi ruoli e attività. Secondo questa prospettiva, la tossicodipendenza non sarebbe un atteggiamento passivo o una fuga dalla vita, ma un insieme di comportamenti e atteggiamenti complessi, fatti di un gergo e di una assunzione di ruoli simili a quelli che si riscontrano in normali carriere lavorative e che per alcuni costituiscono una "carriera morale" (Goffman 1961 e Becker 1953).

³⁸ Il concetto di storia naturale in ambito medico si è sviluppato con le teorie del "disease". In taluni casi però è utilizzato in una prospettiva psicodinamica longitudinale (Winick 1962). In questo contesto il coinvolgimento nel consumo è spiegabile con meccanismi di coping maledattivi e tende ad estinguersi spontaneamente ed inevitabilmente con la maturazione dell'individuo. Edward (1984) lo intende come sviluppo sequenziale di processi biologici.

³⁹ Strang, Gossop e Stimson, 1990

2.3 Rapporto con la realtà circostante

In questa sezione, cercherò di analizzare brevemente gli elementi tipici che caratterizzano la vita sociale di un individuo dipendente, per capire quali sono i caratteri salienti del suo mondo relazionale e per vedere se fra questi ne esistano di particolarmente rischiosi per lo sviluppo della dipendenza. La prima cosa da rilevare è che, probabilmente, si instaura una relazione circolare causa-effetto tra disagio sociale e difficoltà psicologiche; questa impedisce di capire quale delle due determini l'altra. Certo è però che la situazione problematica si instaura quando si rompe l'equilibrio fra questi elementi ed il sistema sociale non riesce a contenere il disagio. Queste disarmonie, in genere, si creano in una fase delicata, quando l'adolescente cerca di passare dalla dipendenza all'autonomia, giocando fra equilibrio relazionale all'interno del suo nucleo familiare e contesto sociale di appartenenza⁴⁰.

La tossicodipendenza si è dimostrata⁴¹ essere un fenomeno trasversale che riguarda tutte le classi sociali, culturali ed economiche, e quindi risulta piuttosto complesso risalire ai fattori che la possono determinare. In genere, sembra si tratti di strati sociali di popolazione piuttosto bassi, con un ambiente socio-culturale povero, ma le statistiche, in merito affermano che il fenomeno non è legato alla classe sociale anche se negli strati sociali più elevati il fenomeno è meno conosciuto. Non è soltanto il ceto sociale ad avere un ruolo

⁴⁰ "Dipendenze. Manuale teorico pratico per operatori". Paolo E. Dimauro e Valentino Patussi con Carrocci editore. Prima edizione giugno 1999.

⁴¹ Ibidem.

determinante sul disagio, ma, in generale, il funzionamento interno e le risorse familiari. L'enorme diffusione del fenomeno, nelle zone ad alta emarginazione, può essere letta non solo come degrado del contesto sociale, ma anche come influenza che questo ha sulla perdita della competenza e delle funzioni familiari.

Esiste apparentemente un doppio legame tra tossicodipendenza ed emarginazione sociale, questa può contribuire a determinarne l'abuso, ma, a sua volta, crea una perdita di appartenenza al proprio livello socio-culturale. Per questo l'azione di aiuto, che viene rivolta a soggetti tossicodipendenti, non deve essere solo integrata nei vari aspetti, ma deve essere anche complessivamente assistenziale; è importante che in qualche modo il soggetto riesca a recuperare la propria capacità di instaurare relazioni nel proprio ambiente sociale e familiare, e ripristinando le proprie competenze sociali.

Quando un soggetto inizia a fare uso di sostanze stupefacenti, si crea una contrapposizione⁴² tra il suo diritto ad autoarbitrarsi e la ricerca di sicurezza della comunità; questo crea interruzioni nel processo di integrazione reciproca, legate al modello relazionale sottostante; ad un certo punto non si è più capaci di elaborare i mutamenti connessi allo sviluppo dell'individuo e della comunità. Vista in quest'ottica, la tossicodipendenza diventa, in questa società, un tentativo di sfida alle regole fondamentali, per l'acquisizione dello status di persona adulta, inserita in un contesto organizzato, con l'assunzione di

⁴² Ibidem.

responsabilità e autonomia. La "scelta" compiuta dal paziente va presa in considerazione e l'intervento sarà finalizzato da un lato a sensibilizzare il contesto alle difficoltà personali del tossicodipendente, e dall'altro definirà regole e comportamenti necessari ad una corretta relazione. Ricostruire questi bisogni è un serio tentativo per superare il divario tra processo di aiuto e sicurezza sociale.

La famiglia pare avere un ruolo nel deterioramento delle relazioni individuo-contesto, per effetto della negazione del problema, (attraverso la rimozione dello stesso o l'attribuzione della responsabilità ad altri); questa dal bisogno di tenerlo segreto, e dal desiderio di risolverlo al proprio interno, anche a causa dei sensi di colpa che si vengono a creare in queste situazioni. Di fatto il soggetto, che ha iniziato a fare uso di queste sostanze, si troverà ad avere frequentazioni assidue solo con i propri pari, il "gruppo" rafforzerà il suo senso di appartenenza e darà significato ai gesti tossicomani e, proprio in questa fase, stabilizzerà il consumo.

INDICATORI DEL DISAGIO SOCIALE

1. famiglia a rischio di emarginazione sociale ⁴³ :
a. genitori disoccupati o deprivati dello status di lavoratore b. situazioni di indigenza protratta c. basso livello culturale d. gravi malattie invalidanti presenti in famiglia e. genitori con comportamenti devianti: ripetute carcerazioni, malattia mentale, alcolismo, tossicodipendenza,...) f. famiglia monoparentale
2. forti cambiamenti nell'assetto familiare e sociale:
a. perdita di capacità economica b. immigrazione e trasferimenti c. lutti in famiglia d. separazione e divorzi
3. scuola:
a. difficoltà di apprendimento e di relazione nell'ambiente scolastico b. assenze frequenti e prolungate e abbandono nell'età dell'obbligo c. difficoltà nella scuola superiore o dispersione scolastica
4. contesto amicale:
a. cambiamento del gruppo dei pari strutturato e spontaneo (infanzia e adolescenza) b. perdita di punti di riferimento importanti
5. la rete delle relazioni sociali:
a. ripetute rotture delle relazioni sociali di appartenenza b. migrazione verso gruppi già strutturati nella devianza c. episodi di emarginazione dell'individuo dal contesto

La analisi dei comportamenti dei singoli rispetto alle proprie relazioni interpersonali aiuta a individuare le ragioni del passaggio da una generica situazione di disagio sociale ad una dipendenza da sostanze psicotrope. Naturalmente, va tenuto presente, non esiste un unico indicatore che individui tale cambiamento; probabilmente siamo davanti ad una concordanza di

⁴³ Una ricerca condotta da Timothy P. Janikowski, James E. Bordieri e Noreen M. Glover valuta l'importanza dei comportamenti incestuosi nella storia di soggetti con abuso di sostanze e riscontra una forte percentuale (36,3%) di questi soggetti che riportano la presenza di relazioni di questo tipo, tenendo conto del fatto che probabilmente non tutti i soggetti hanno dichiarato di avere subito questo tipo di violenze per eccessivo timore o per altre ragioni. Così si è potuta solo determinare l'esistenza di un legame fra i due fattori per cui la presenza di un incesto può aumentare notevolmente il rischio di sviluppare e mantenere comportamenti di abuso.

elementi che interagiscono per produrre una data situazione. Nel momento in cui si interagisce con questi soggetti vanno tenuti presenti i fattori di rischio che ho appena citato, ma anche i cambiamenti dello stile di vita e le diminuzione delle capacità di introspezione che tendenzialmente portano con sé una maggior tendenza di passaggio all'atto.

2.3.1 La tossicodipendenza come sintomo

La tossicodipendenza può anche essere vista come un sintomo, come l'effetto di un insieme di situazioni personali e interpersonali, raggruppate solo dal tipo di soluzione che per esse viene scelto [Cancrini 1991]. Secondo questa concettualizzazione, la tossicodipendenza avrebbe origine all'interno di determinate difficoltà evolutive e poi si svilupperebbe in maniera autonoma; questa sarebbe classificata in: evoluzione del lutto, area delle difficoltà attuali, tossicomanie di transizione, tossicomanie sociopatiche.

La classificazione prende in considerazione solo un aspetto del problema; se infatti noi facessimo riferimento alle famiglie d'origine⁴⁴, potremmo produrre

⁴⁴ Una ricerca svolta dall'AIRES nel 1987 su soggetti che si sono rivolti alle strutture a partire dal 1983 identifica il ruolo della famiglia e lo differenzia in:
figlio genitoriale o giovane adulto: sono individui che psicopatologicamente rientrano nell'area delle reazioni (nevrosi traumatiche) e che manifestano una ricerca autodistruttiva e compulsiva di una anestesia;
capro espiatorio: rientrano nell'area delle nevrosi (nevrosi attuali) e hanno reazioni di drammatizzazione e prudenza;
coinvolgimento in giochi psicotici: sono soggetti borderline o schizotipici (psicosi maniaco-depressive), dopo una fase iniziale sono compulsivi e autodistruttivi;
capro espiatorio in famiglie disorganizzate o multiproblematiche: rientrano nell'area dei disturbi sociopatici, sono irregolari e pericolosi, ma non compulsivi.

una diversa categorizzazione degli utenti, pur mantenendo il principio causa-effetto dalla situazione problematica alla patologia da abuso. A seconda delle categorie che prendiamo in considerazione comunque, abbiamo grosse differenziazioni nel tipo di sostanza, nella scelta della psicoterapia da adottare al fianco della terapia farmacologica, nell'atteggiamento che il soggetto adotta verso la sostanza (con le relative implicazioni legali e sociali che ciò può portare con sé) e sul quadro psicopatologico che caratterizza il soggetto rientrante in una delle categorie indicate. Va ricordato che non si tratta di categorie rigide e stereotipate, ma vanno adattate alle esigenze di volta in volta.