

INTRODUZIONE

Questa tesi avrà come tema centrale le "dipendenze"¹ e su di esse poi ruoteranno tutti gli aspetti più specifici, che adesso andrò pian piano a delineare. Nel farlo effettuerò alcune limitazioni per chiarire quale sarà l'interesse specifico della ricerca e quali sono gli scopi che questa si prefigge, visto che un campo così ampio e variegato sarebbe impossibile da analizzare in modo esaustivo e con rigore scientifico in un unico studio.

La prima cosa da precisare è che con il termine "dipendenze" qui si abbraccia un ampio spettro di forme di abuso, si considerano cioè soggetti "addict"² sia coloro che abusano di sostanze psicoattive sia coloro che manifestano disturbi del comportamento alimentare. Il collegamento fra le due patologie nasce dopo che negli ultimi quindici anni si sono effettuati vari studi sull'argomento e si è riusciti a dimostrare che alla base vi sono meccanismi³ biologici, psicologici e comportamentali comuni. Con uno studio su tossicodipendenti con comorbidità con disturbi del comportamento alimentare altri autori avevano precedentemente dimostrato che in entrambe i casi si

¹ Con tale termine non mi riferisco in particolare a qualche sostanza o ad una tipologia di consumatore, ma faccio riferimento ad un uso regolare e non sperimentale o episodico di una certa "droga", una sostanza cioè in grado di modificare l'umore, la percezione o l'attività mentale [Newcomb, Bentler 1988, Hurrelman 1990 - Ravenna 1997].

² Il termine trae origine dalla lingua inglese ed è specifico del campo medico-scientifico. Il suo significato ristretto indica un soggetto che abusa abitualmente di droga ed in particolare di eroina, tanto che un'interruzione dell'uso provoca l'insorgere dei sintomi di una crisi di astinenza[Ravenna 1997].

³ Claire c Holderness, Jeanne Brooks-Gunn e micelle P. Warren: "Co-morbidity of eating disorders and substance abuse. Review of the literature". Int J of Eat Disord 1994 16/1; 1-34.

rileva la presenza di "personalità additive"⁴ Queste ultime rientrano in uno specifico modello di riferimento, spesso preso in considerazione nelle analisi aventi a che fare con questi tipi di patologie: il "modello dell'addiction"⁵ [Room 1989 in Ravenna 1997]. In seguito vedremo più in dettaglio come questo preveda sostanzialmente che entrambe le patologie abbiano comune matrice nella perdita di controllo degli impulsi⁶, purché si possa dimostrare che esiste nell'individuo una volontà di controllo.

Nella vasta categoria⁷ delle dipendenze troviamo quindi quelle da varie sostanze che maggiormente hanno interessato questo studio quali oppiacei, cannabinoidi, psicofarmaci e cocaina; le "nuove droghe" invece hanno fatto solo da cornice alla ricerca nei soggetti politossicodipendenti⁸. Anche gli abusi

⁴ James I. Hudson, Roger D. Weiss, Harrison G. Pope, Suzan K. McElroy, Steven M. Mirin "Eating disorders in hospitalised substance abusers" .Am J drug Alc Abuse 1992, 18/1: 75-85.

⁵ Si tratta di un modello di riferimento molto importante perché ripreso da diverse teorie che cercano di spiegare la genesi della dipendenza; esso nasce dal tentativo di individuare alcune caratteristiche specifiche della dipendenza in cui si sono presi in considerazione principalmente due elementi: la *perdita di controllo*, intesa generalmente come incapacità di smettere o anche come tendenza all'aumento delle quantità assunte tale da diventare preoccupante, e il "*craving*" come tendenza compulsiva che spinge all'uso di una data sostanza.

⁶ In questo senso gli impulsi sono intesi come forze in grado di attivare e di dirigere il comportamento delle persone verso il soddisfacimento di alcuni bisogni fondamentali, questi non sarebbero riconducibili ai soli bisogni biologici, poiché si collegano a bisogni complessi come quello di raggiungere particolari livelli di attivazione o di mantenere e incrementare il livello di autostima e di accettazione sociale [Baker, Morse e Sherman 1987 in Ravenna 1997]. In questa prospettiva l'addiction è il prodotto di forze finalizzate a salvaguardare il benessere biologico e psicologico dell'individuo.

⁷ Una nuova riorganizzazione dell'ambito propone la divisione in dipendenze da sostanze e da azioni; nella prima categoria rientrerebbero le tossicodipendenze nel senso più classico del termine, con particolare riguardo alla scelta di sostanze, e nella seconda il gioco d'azzardo, le patologie sul versante sessuale, la mania degli acquisti [Arthur T. Horvath, 1989].

⁸ Emilio Gius e Romano Mazzon riportano su questo punto due ricerche: la prima effettuata in Veneto (Franco et al. 1993) qualifica queste persone come soggetti molto destrutturati che mostrano un esame di realtà compromesso ed hanno una elaborazione marcatamente persecutoria, cosa che renderebbe la quotidianità fortemente angosciante; la seconda effettuata a Salerno (Scotto di Tella 1991) che qualifica i soggetti affetti da politossicomania

alimentari, intesi sia come eccessi nelle quantità di cibo sia come eccessivo controllo, sono parte integrante della ricerca e ne costituiscono sostanzialmente l'obiettivo principale. Essi si suddividono in diverse categorie, che vanno dall'anoressia, passando attraverso i non altrimenti specificati e il disturbo da alimentazione incontrollata, alla bulimia nervosa.

Le così dette "nuove droghe", sono al di fuori dello studio, perché presentano differenze troppo marcate per essere rapportabili; prima fra tutte è la non omogeneità dei caratteri anche anagrafici dei soggetti che compiono la scelta verso l'una o l'altra tipologia di sostanze. Importante è anche il fatto che un soggetto che sceglie di "calarsi" non sente di essere un "addict", ed ha una autopercezione decisamente differente dagli altri soggetti che utilizzano sostanze psicoattive. L'aspetto motivazionale e il contesto tipico del consumo sono totalmente diversi, come sembrano essere dissimili anche i caratteri di personalità e lo stato psichico dell'assuntore al momento dell'uso. Dal punto di vista poi degli effetti farmacologici puri, troviamo che queste sostanze alterano la percezione e modificano le esperienze sensoriali, stimolando contemporaneamente il sistema nervoso centrale, diminuendo il senso di fame e di fatica e provocando una maggiore attivazione di tutte le funzioni corporee.

Anche l'alcool è stato escluso dallo studio, poiché i soggetti di questa categoria sono molto diversi da quelli che invece possono essere considerati

come persone alla ricerca dello "sballo" e quindi dello stravolgimento del rapporto con la realtà circostante come alternativa alla noia del vivere quotidiano.

“tossicodipendenti” e i loro aspetti personologici e motivazionali paiono difficilmente comparabili.

Le dipendenze, intese come non controllo degli impulsi in ambito alimentare, sono state l’oggetto costante del nostro interesse, perché lo scopo della ricerca era quello di verificare eventuali comorbidità e quindi ci è parso importante valutare sia la presenza di condotte alimentari alterate in tossicodipendenti sia le caratteristiche personologiche e comportamentali comuni.

Abbiamo cercato di indagare anche la presenza di disturbi incompleti⁹ e delle loro eventuali caratteristiche per vedere se fossero presenti gli stessi aspetti che si riscontravano nella popolazione con diagnosi di disturbo del comportamento alimentare.

Da quando gli studiosi hanno preso in esame la comorbidità fra queste due patologie, si sono formulate molte teorie che hanno certamente portato ad una maggiore conoscenza dell’argomento, ma che al momento non hanno ancora prodotto un modello di riferimento che fosse esaustivo e generalizzabile e in grado di spiegare i tanti perché incontrati nel corso di questo come di altri studi.

Il nostro scopo principale è verificare se il nostro campione è spiegato pienamente da una o dall’altra teoria esistente, poiché non sembra scontato

⁹ Si tratta di patologie che non soddisfano i livelli richiesti dal DSM-IV per nessuna delle categorie indicate, ma che si manifestano con varie alterazioni dei comportamenti alimentari.

ricordare che molte sono le differenze che si incontrano all'interno di una popolazione così vasta (maschi e femmine, diverse categorie diagnostiche, provenienze ambientali non identiche,...) e non è affatto semplice spiegare le differenze fra le varie categorie in maniera univoca.

Ciò che ha spinto questa ricerca è stato il capire quali fossero le ragioni profonde che soggiacevano ad entrambe i comportamenti, ma anche il vedere se alla base vi fosse una matrice comune dal punto di vista motivazionale¹⁰ o comportamentale, e comprendere quali potessero essere gli elementi che predispongono a queste scelte. Una conoscenza non superficiale delle caratteristiche di queste patologie e una maggior consapevolezza sono probabilmente la chiave per capire come trattare le patologie stesse, come poter evitare di danneggiare i già precari equilibri psicologici che questi soggetti mostrano. L'obiettivo finale di gran parte della ricerca in questo campo è forse quello di prevenire queste patologie, piuttosto che limitarsi a curarle, evitando così anche i danni permanenti che questi disturbi possono provocare.

Progredendo nell'analisi pensiamo di poter delineare un profilo che racchiuda i caratteri salienti di un soggetto con abuso di sostanze o che ha un

¹⁰ Carl E Isenhardt individua dei sottotipi motivazionali su un campione di soggetti ricoverati che mostrano abuso di sostanze, prendendo in considerazione le variabili di determinazione, azione e contemplazione. Gli "ambivalent" sono caratterizzati da elevata contemplazione e determinazione e da bassa azione; gli "uninvolved" hanno bassa determinazione, azione relativamente bassa e contemplazione abbastanza elevata; gli "action" hanno bassa contemplazione ed elevata azione e determinazione. Secondo una successiva analisi è risultato che con i primi era necessario effettuare una attenta valutazione degli effetti positivi e negativi a breve a lungo termine per ottenere una collaborazione nella terapia, con il secondo gruppo andava effettuata una valutazione per avere una miglior comprensione delle conseguenze negative delle loro azioni e, infine, con l'ultimo gruppo, andava praticato un intervento direttivo e di incoraggiamento per ottenere una alleanza terapeutica.

disturbo del comportamento alimentare, e poi vedere quanto e per quali caratteristiche, ognuno dei membri del campione, si differenzia da esso: sarà possibile dare il giusto peso alle diverse variabili prese in considerazione.