

GIULIA CALAMAI

USO E ABUSO DI SOSTANZE

CAPIRE E AFFRONTARE
LE DIPENDENZE DA ALCOL E DROGHE



Erickson

Il Disturbo da Dipendenza da Sostanze (DUS) è in forte espansione a causa delle caratteristiche sociali, ambientali e culturali della nostra società. Tende sempre più a presentarsi sotto forma di «poli-abuso» oppure ad associarsi a dipendenze comportamentali quali il gioco d'azzardo o l'uso patologico di internet. Nonostante ciò, la tossicodipendenza è stata ed è ancora la Cenerentola delle patologie psichiatriche, considerata «cronica e recidivante» e poco rispondente ai trattamenti.

Questo libro ha lo scopo di fornire informazioni recenti sul disturbo e sui principali fattori che contribuiscono ad aumentare la vulnerabilità a esso, nonché indicazioni sui principali trattamenti disponibili. Include schede e materiali che il paziente può usare per intraprendere un primo monitoraggio dei propri sintomi e analizzare la propria determinazione al cambiamento, e fornisce informazioni preziose ai familiari e conoscenti sulle strategie più efficaci da mettere in atto quando si manifestano le tipiche criticità che accompagnano il DUS.

ISBN 978-88-590-1752-3



€ 17,50

INTRODUZIONE

PERCHÉ UN LIBRO SUL DISTURBO DA USO DI SOSTANZE (DUS)

Il Disturbo da Uso di Sostanze (DUS), in forte espansione a causa delle caratteristiche sociali, ambientali e culturali proprie della nostra società, sempre più spesso tende a presentarsi sotto forma di “poli-abuso”, con dipendenza da molteplici sostanze (Wish et al., 2006; Khong et al., 2004; Schifano et al., 1998) o ad associarsi ad altre forme di dipendenza, quali il gioco d’azzardo, il gioco on-line patologico o la dipendenza da cibo (Fanella, 2010).

Il fenomeno del poli-abuso, in continua crescita, rappresenta ad oggi una delle più importanti emergenze sociali e sanitarie del mondo. Ciononostante, la tossicodipendenza è stata, ed è ancora, considerata la Cenerentola delle patologie psichiatriche, talvolta pensata come un vizio da affrontare con un po’ di volontà, talvolta come cronica e recidivante, e quindi resistente ai trattamenti.

Sempre più frequentemente il consumatore di sostanze si presenta all’osservazione clinica come poli-abusatore, in assenza di una sostanza primaria di abuso e con molteplici modalità di consumo, e sempre più frequenti sono i quadri clinici di tossicomania in comorbilità con altri disturbi psichiatrici (Tonioni et al., 2010). Vi sono quindi, nella medesima categoria diagnostica, una serie di quadri patologici molto differenti l’uno dall’altro e difficili da trattare.

Se soffrite di DUS, potete esservi sentiti scoraggiati di fronte a tanta complessità, aver incontrato difficoltà a trovare risposte concrete e chiare riguardo al disturbo o esservi rassegnati all'impossibilità di risolvere il problema. Gli stessi vissuti di sofferenza e rassegnazione possono essere esperiti dai vostri familiari o dalle persone a voi vicine. A complicare ulteriormente il quadro contribuiscono importanti pregiudizi, stigmi sociali e atteggiamenti moralistici riguardo al disturbo e alle possibilità di cura.

L'intento del presente volume è quello di fornire un aiuto concreto a chi è affetto da DUS, ai familiari o alle persone vicine e, più in generale, a chiunque desideri approfondire la conoscenza del disturbo. Si compone di sei parti: la prima ha lo scopo di fornire informazioni preliminari e recenti sul disturbo; la seconda è dedicata all'eziopatogenesi del DUS, con una disamina dei principali fattori (genetici, temperamentali, biologici, psicologici e sociali) che contribuiscono ad aumentare la vulnerabilità al disturbo; la terza descrive i principali fenomeni psicopatologici e clinici del DUS (astinenza, intossicazione, dipendenza, tolleranza e *craving*); la quarta fornisce indicazioni sui principali trattamenti disponibili (farmacologico, psicoterapico cognitivo-comportamentale individuale e di gruppo e le proposte dei servizi territoriali); la quinta prevede la presentazione di schede e materiali utili a intraprendere un primo monitoraggio dei sintomi e analizzare la motivazione al cambiamento; la sesta e ultima presenta informazioni aggiuntive per familiari e conoscenti, con indicazioni sulle strategie di fronteggiamento più efficaci da mettere in atto quando si manifestano le tipiche criticità che accompagnano il DUS.

È importante sottolineare come, sebbene la consultazione di questo libro possa rivelarsi utile per la conoscenza, l'approfondimento e l'avvio di un processo di cambiamento, non può essere considerata sostitutiva di un intervento riabilitativo *ad hoc*. La riabilitazione dalla tossicodipendenza richiede, infatti, oltre al coinvolgimento attivo del paziente e della sua famiglia, l'attivazione sinergica e continuativa di professionalità diverse.

Quando il paziente si dimostra interessato alla conoscenza della propria condizione, si documenta, diviene un esperto della problematica e protagonista della fase di trattamento (e quando

tale atteggiamento attivo si diffonde a familiari e amici) la probabilità che il periodo di astinenza dalla sostanza si estenda (anche alla remissione del disturbo) aumenta considerevolmente.

1

INFORMAZIONI PRELIMINARI

1.1. CHE COS'È IL DUS?

1.1.1. Alcune definizioni di “tossicodipendenza”

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la tossicodipendenza come una malattia ad andamento cronico e recidivante che spinge l'individuo, in maniera coatta, ad assumere sostanze a dosi crescenti o costanti per avere temporanei effetti benefici soggettivi, la cui persistenza è indissolubilmente legata alla continua assunzione della sostanza. In questa definizione (veicolata dai *media* e diffusa nel senso comune) il *focus* è posto completamente sulla malattia e il soggetto, agente del processo patologico, è inquadrato come un oggetto passivo che subisce il problema, spinto in maniera coatta a usare la sostanza.

Difficilmente si riscontra una prospettiva simile nella definizione di altre categorie diagnostiche, per le quali, da ormai molti anni, l'attenzione è posta sull'influenza che lo stesso linguaggio clinico esercita sulla percezione della malattia da parte del paziente e della società tutta, sulla motivazione al cambiamento e sui possibili percorsi riabilitativi.

Una diversa prospettiva, adottata dai professionisti interessati al mondo delle dipendenze e in accordo con i moderni enunciati della neurobiologia, definisce la tossicodipendenza come un disturbo comportamentale appreso, indotto dall'uso cronico di qualsiasi sostanza stupefacente, caratterizzato da alterazione del

sistema della gratificazione. Il disturbo, quindi, caratterizzato da un insieme di comportamenti patologici appresi a causa dell'utilizzo di sostanze, implica un'alterazione del sistema del piacere. Potreste trovare più utile il confronto con una simile prospettiva, nella quale il soggetto è agente attivo del problema (e quindi anche del possibile cambiamento) e l'attenzione è posta su uno degli aspetti centrali per la comprensione e il trattamento del DUS: il sistema dell'auto-gratificazione e del piacere (che vedremo approfonditamente nei capitoli 2 e 3).

Nel recente Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5), una delle principali classificazioni diagnostiche utilizzate in psichiatria, la categoria dei disturbi da dipendenza e correlati all'uso di sostanze ha conosciuto cambiamenti sostanziali rispetto alle edizioni precedenti del manuale: le categorie di abuso e dipendenza da sostanze sono state unificate in un unico disturbo, misurato su un *continuum* da lieve a grave, i cui criteri per la diagnosi (quasi identici ai precedenti) sono stati uniti in un unico elenco di 11 sintomi (che vedremo nel paragrafo 1.1.4.). Nella stessa categoria compare il disturbo da gioco d'azzardo (in inglese *gambling*), indicato come esempio di una nuova categoria di dipendenze comportamentali. Questo inserimento riflette una nuova prospettiva nella quale alcuni comportamenti, quali il gioco d'azzardo patologico, attivano il circuito cerebrale di ricompensa con effetti simili a quelli delle droghe. A fronte di queste modifiche molti autori hanno cominciato a considerare le dipendenze da sostanze e quelle comportamentali come manifestazioni cliniche con caratteristiche simili e, quindi, trattabili con approcci simili. La tossicodipendenza smette di essere considerata un disturbo a parte, difficile, se non impossibile, da trattare, con tassi elevati di ricaduta e fallimento terapeutico e viene ad essere inserita in uno spettro psicopatologico cui la società e la comunità scientifica possono guardare con sguardo meno pregiudizievole. Di questo non possono che beneficiarne, in prima battuta, i pazienti affetti da DUS e le loro famiglie.

1.1.2. Le principali classi di sostanze di abuso

Sono di seguito elencate le principali sostanze rispetto alle quali è possibile sviluppare un DUS secondo la letteratura scientifica.

Stimolanti

Gli stimolanti del sistema nervoso centrale (SNC), che includono sostanze estrattive naturali (ad esempio la cocaina) e sostanze di sintesi (amfetamine, destroamfetamine e metamfetamine), esercitano la loro funzione incrementando la disponibilità di dopamina nello spazio sinaptico attraverso meccanismi diversi: laddove l'amfetamina ne aumenta il rilascio, la cocaina ne riduce la ricaptazione.

La dopamina, neurotrasmettitore coinvolto in aspetti fondamentali per il funzionamento cerebrale, è elemento chiave nell'abuso e nella tossicodipendenza. È presente nelle regioni del cervello che controllano il movimento, l'emozione, il pensiero, la motivazione e le sensazioni di piacere: quando mangiamo qualcosa di gradevole o ascoltiamo la nostra musica preferita, la dopamina segnala che sta accadendo qualcosa d'importante che deve essere ricordato, spingendoci a ripetere il comportamento piacevole.

Le droghe possono causare un rilascio di dopamina tanto potente da non essere paragonabile a quello di alcuno dei piaceri naturali sopracitati. Se abusate di droghe stimolanti, ricorderete e cercherete di sperimentare nuovamente il piacere provato a seguito dell'assunzione nonostante, nel corso del tempo, vi diventerà sempre più difficile ricreare il livello di piacevolezza iniziale. È possibile, inoltre, che lentamente siate diventati sempre meno sensibili al piacere generato dagli stimoli della vita quotidiana.

La marcata dipendenza da stimolanti è spiegata, quindi, dagli effetti della sostanza sul *reward system*, ovvero il sistema cerebrale deputato a generare piacere: tali effetti possono essere talmente potenti da innescare la ricerca compulsiva e la conseguente assunzione della sostanza, anche in assenza di manifestazioni di tipo astinenziale. Inoltre, a causa del rapido sviluppo di tolleranza, potreste aver aumentato la quantità o la frequenza di assunzione per riuscire a riprovare l'intensità del piacere provato inizialmente.

Oppiacei

Questa categoria comprende molecole di origine naturale (morfina e codeina), semi-sintetiche (eroina e buprenorfina), di sintesi

(metadone) e antagonisti (naloxone e naltrexone), che agiscono su tre tipologie di recettori (m, d e k), per ognuno dei quali esistono molteplici sottocategorie. I tre recettori mediano numerosi effetti, tra i quali quello analgesico (ovvero la riduzione del dolore), gastrointestinale (nausea e vomito), l'inibizione della tosse e della secrezione gastrica, la depressione respiratoria e la regolazione del tono muscolare. Per questo motivo si utilizzano la codeina per attenuare la tosse, il loperamide (Imodium) per trattare la diarrea e il fentanil o sufentanil come anestetici pre operatori.

Il problema di base nell'assunzione di oppioidi è la rapidità con la quale il nostro organismo si adatta alla presenza della sostanza: con l'uso prolungato, i neuroni, regolati naturalmente dalle endorfine, divengono incapaci di agire in assenza della sostanza tossica, delegando a quest'ultima le funzioni di controllo. Le conseguenze sono una progressiva riduzione della risposta alla droga e la necessità, per permettere il normale funzionamento dei sistemi endorfinici, di un continuo apporto esterno di oppioidi. Per queste ragioni l'interruzione improvvisa dell'assunzione di eroina può provocare l'insorgenza della sindrome d'astinenza.

Depressori

Un'altra categoria di possibili sostanze di abuso è costituita dai depressori del sistema nervoso centrale (sedativi, ipnotici e ansiolitici), la cui azione è mediata dai recettori GABA. L'assunzione di queste sostanze, ad esempio le benzodiazepine (BDZ), aumenta l'effetto del neurotrasmettitore GABA, accrescendone le proprietà sedative, ipnotiche, ansiolitiche, anticonvulsive, anestetiche e miorilassanti e rendendole utili nel trattamento di patologie quali ansia, insonnia e convulsioni.

Il loro utilizzo a lungo termine, tuttavia, può provocare importanti effetti collaterali psicologici e fisici, su tutti una elevata dipendenza fisica e la sindrome di astinenza. Potreste quindi aver sviluppato una dipendenza da farmaci depressori a causa del loro rapido effetto, convincendovi che l'assunzione sia indispensabile per esercitare un controllo sui sintomi. Ricordando chiaramente la funzionalità del depressore, in caso di ricomparsa del sintomo è molto probabile che il vostro primo pensiero sia stato quello

di assumere il farmaco. Per questo motivo le BDZ con il più alto potenziale di dipendenza sono quelle a rilascio rapido: il loro effetto è potente e si realizza in tempi brevi.

In caso di sospensione o di brevi astinenze, potreste aver notato l'insorgenza di sintomi spiacevoli, quali alternanza tra torpore e nervosismo/agitazione, aggressività, stato di allarme, accentuazione della percezione sensoriale, ansia, dolori muscolari, irritabilità e impulsività. Spesso una nuova assunzione del farmaco ha come obiettivo la gestione di questi sintomi secondari.

Alcol

L'alcol, a differenza delle sostanze finora citate, ha un'azione bifasica sul sistema nervoso: una stimolante e una sedativa. Ancora non è chiaro se la fase stimolante preceda quella sedativa o se i due processi avvengano simultaneamente. A prescindere dalla sequenza delle fasi, potreste aver notato sia un aumento del battito cardiaco unitamente a una sensazione di maggior energia, sia un effetto sedativo sulla vostra funzionalità cognitiva e motoria¹. La sedazione provocata dall'alcol, inoltre, può avere effetti stimolanti: ad esempio, riducendo l'ansia e le paure, può portare la persona a sentirsi più libera e disinibita (molti cominciano a utilizzare l'alcol proprio per questo effetto)².

Le reazioni neurobiologiche causate dall'assunzione di alcol sono ben conosciute: esso stimola particolari regioni del cervello che presiedono alla motivazione comportamentale. Il cervello associa uno stimolo di piacere al consumo di bevande alcoliche, come avviene per altri bisogni primari quali il consumo di acqua, succo di frutta o altri cibi. Al centro di questa reazione vi è il rilascio di dopamina in due aree del cervello, chiamate striato ventrale e *nucleus accumbens*, nelle quali, come abbiamo visto pri-

¹ Non è ancora chiaro se gli effetti dell'alcol sulle funzioni cognitive e motorie siano dovuti all'azione sedativa o stimolante: benché venga spontaneo ipotizzare che il rallentamento dei riflessi sia indotto dalla sedazione, la scarsa coordinazione motoria è molto più forte durante la fase di eccitazione.

² Ricerche recenti mettono in dubbio che la sedazione sia un effetto secondario che compare al termine della fase di picco dopaminico. Se così fosse la sedazione si avrebbe solo in un secondo momento, mentre la sedazione e la stimolazione si presentano quasi contemporaneamente (King et al., 2002; Erblich et al., 2003; Holdstock & de Wit., 1998).

ma per le sostanze stimolanti, vengono registrate le sensazioni positive di piacere.

Allucinogeni

Gli allucinogeni sono sostanze di origine naturale (mescalina) o sintetica (LSD e MDMA) che interferiscono nelle interazioni fra le cellule nervose e la serotonina, un neurotrasmettitore coinvolto nel controllo muscolare, del comportamento, del sistema percettivo e di regolazione dell'umore, della fame, della temperatura corporea, del comportamento sessuale e della percezione sensoriale. L'assunzione provoca allucinazioni e distorsioni profonde nella percezione della realtà: si possono vedere immagini, sentire suoni e provare sensazioni tattili che sembrano vere ma non corrispondono alla realtà. Alcuni allucinogeni, inoltre, producono oscillazioni emotive rapide e intense.

L'LSD, il più utilizzato in questa classe di sostanze, è considerato l'allucinogeno tipico: i suoi meccanismi d'azione ed effetti sono i medesimi di altri allucinogeni quali la mescalina, la psilocibina e l'ibogaina. Nonostante la maggior parte delle esperienze con l'LSD, definite *trip* (viaggi), includano sia aspetti piacevoli che sgradevoli, gli effetti della droga sono imprevedibili e variano in base alla quantità ingerita, alla personalità del soggetto, al suo umore, alle sue aspettative e all'ambiente.

Come consumatori di LSD potreste aver sperimentato sia effetti fisiologici, quali l'aumento della pressione sanguigna e del battito cardiaco, vertigini, perdita dell'appetito, bocca asciutta, sudorazione, nausea, intirizzimento e tremori, sia rapide oscillazioni emotive, ad esempio un veloce passaggio dalla paura all'euforia. L'LSD ha importanti effetti anche sui sensi: i colori, gli odori, i suoni e le altre sensazioni possono esservi sembrati estremamente intensificati. È possibile, inoltre, il verificarsi di un fenomeno noto come sinestesia, caratterizzato da una contaminazione sensoriale per la quale la persona sperimenta la sensazione di udire o sentire i colori e vedere i suoni. Le allucinazioni, oltre a distorcere o trasformare le forme e i movimenti, possono generare la percezione che il tempo passi molto lentamente o che il proprio corpo stia cambiando forma. Durante i *trip* si possono sperimentare sensazioni piacevoli, che stimolano la mente e pro-

ducono un senso di esaltazione. I *bad trips* (viaggi cattivi), invece, possono indurre pensieri terrificanti, ansia, disperazione e paura di impazzire, morire o perdere il controllo.

I consumatori di LSD sviluppano rapidamente un elevato grado di tolleranza e, dopo un uso ripetuto, hanno bisogno di dosi sempre crescenti per sperimentare gli effetti iniziali. La tolleranza è di breve durata e scompare dopo l'interruzione, che non sembra generare sintomi di astinenza. Gli effetti a lungo termine associati a questa sostanza sono due: il disturbo psicotico indotto da allucinogeni e il disturbo percettivo persistente da allucinogeno. Le cause di insorgenza di questi disturbi, che in alcuni casi possono comparire dopo una sola esperienza con la droga, sono sconosciute.

Droghe come la fenciclidina (PCP) e la ketamina, inizialmente utilizzate come anestetici generali in chirurgia, sono denominate anestetici dissociativi: producono distorsioni delle percezioni visive e sonore e sensazioni di distacco dall'ambiente e da se stessi. Le droghe dissociative hanno effetti sulla percezione del dolore, sulla risposta agli stimoli esterni e sulla memoria. L'azione della PCP, considerata tipica, è del tutto simile a quella della ketamina e del destrometorfano (DMX): sniffata o fumata, raggiunge rapidamente il cervello dove interferisce con la funzione dei recettori del NMDA (recettori per il neurotrasmettitore glutammato), coinvolti nella percezione del dolore, nelle attività cognitive di apprendimento e memoria e nelle emozioni. A basse dosi (5 mg o meno), gli effetti fisici della PCP includono respirazione poco profonda e rapida, aumento della pressione sanguigna e del battito cardiaco e aumento della temperatura corporea. Dosi più elevate (10 mg o più) inducono alterazioni pericolose della pressione del sangue, della frequenza cardiaca e del respiro, spesso accompagnate da nausea, visione confusa, vertigine e consapevolezza ridotta del dolore. Le contrazioni muscolari possono provocare movimenti non coordinati, posture bizzarre e, in casi più gravi, frattura ossea e insufficienza renale. Dosaggi molto elevati possono provocare convulsioni, coma, ipertermia e morte.

Nonostante gli effetti della PCP siano imprevedibili, tipicamente sopraggiungono pochi minuti dopo l'ingestione e durano per alcune ore. Una singola assunzione può produrre sensazio-

ni di distacco dalla realtà, distorsioni dello spazio, del tempo e dell'immagine corporea; assunzioni multiple possono indurre allucinazioni, panico, paura, grave disorientamento, tendenza alla violenza e tentativi suicidari. In alcuni casi sono riferite sensazioni di invulnerabilità e di forza fisica sovrumana.

Cannabinoidi

I fitocannabinoidi (*hashish* e *marijuana*) hanno un meccanismo d'intossicazione che si caratterizza per senso di euforia e di benessere, seguito da disinibizione, aumento dell'appetito e dell'attività sessuale, alterazione delle prestazioni cognitive e psicomotorie. In funzione del bilanciamento tra i diversi principi attivi contenuti (circa quattro), si possono creare varie tipologie di *marijuana*, che differiscono completamente per gli effetti organici e psicologici (psico-stimolanti, rilassanti, psicotropi, allucinogeni, energizzanti, sedativi, stimolanti della attività sessuale). Ad oggi sono stati identificati due tipi di recettori per i cannabinoidi, i CB₁ e i CB₂, fondamentali nel mediare i diversi effetti sull'organismo dei fito-cannabonodi.

Oltre ai recettori sono stati identificati gli endo-cannabinoidi (anandamide e 2-AG i più studiati), la nostra *marijuana* naturale, di grande importanza per il normale funzionamento dell'organismo, poiché implicati nella regolazione dell'appetito, nelle funzioni endocrine, sessuali e cognitive superiori (memoria, attenzione e apprendimento), nella percezione del dolore e della gratificazione, nel controllo motorio, nella modulazione immunitaria e nello sviluppo cerebrale. Un'eventuale perturbazione del sistema endo-cannabinoide, ad esempio attraverso l'utilizzo di fito-cannabinoidi, può influire in modo anche drammatico sul sistema nervoso, soprattutto durante lo sviluppo.

1.1.3. Che cos'è la dipendenza patologica

Le nuove scienze neurologiche hanno proposto una teoria unitaria della dipendenza (in inglese *addiction*), nella quale sono incluse le dipendenze comportamentali e quelle da sostanze. Questa proposta segna una svolta nel modo di concepire la tossicodipendenza e, in generale, la dipendenza, evidenziando come questa sia molto di più della semplice dipendenza fisiologica. Se state leg-

gendo questo libro, probabilmente vi sarete spesso chiesti cosa renda un comportamento, anche eccessivo, una vera dipendenza patologica. Secondo Rosemberg e Feder (2014) la differenza tra un sano entusiasmo, sebbene eccessivo, e la dipendenza patologica è che i sani entusiasmi arricchiscono la vita, mentre le *addiction* la impoveriscono. La dipendenza si caratterizza per l'incapacità dell'individuo di mitigare il comportamento problematico nonostante gli esiti negativi, con conseguenti vissuti d'impotenza.

La dipendenza patologica è considerata, da alcuni autori, come un elemento al confine tra impulsività e compulsività (Cuzen & Stein, 2014). Gli elementi che caratterizzano l'impulsività sono la predisposizione alle reazioni rapide, la ridotta inibizione motoria o delle risposte, la risposta automatica agli impulsi e alle pressioni, l'avversione per il ritardo, la scarsa sensibilità ai processi compensativi dilazionati e la mancanza di riflessione nel prendere decisioni (Robbins, Curran, & de Wit, 2012).

La compulsività si riferisce, invece, a comportamenti persistenti, inappropriati per la situazione e privi di una relazione evidente con l'obiettivo generale, quali azioni ripetitive che si presentano in modo stereotipato e abituale nella quotidianità (Chamberlain, Finenberg, Blackwell, Robbins, & Sahakian, 2006).

Impulsività e compulsività condividono aspetti comuni: possono presentarsi insieme a varie dimensioni di personalità, hanno substrati cognitivi simili, si associano alla ricerca di sensazioni, all'assunzione di rischi e a tipici processi decisionali. Tuttavia, esse differiscono per alcuni aspetti importanti: ad esempio, mentre l'impulsività consiste in azioni repentine volte al raggiungimento di una ricompensa (Patterson & Newman, 1993), il comportamento compulsivo è messo in atto al fine di evitare il verificarsi di un evento spiacevole.

Tradizionalmente, impulsività e compulsività sono state concepite come gli estremi opposti di un *continuum*: il polo impulsivo caratterizzato da controllo inadeguato, disinibizione comportamentale e ricerca del rischio, il polo compulsivo da evitamento del pericolo e avversione per il rischio (Skodol & Oldham, 1996; Stein, Hollander, Simeon, & Cohen, 1994). Le osservazioni cliniche hanno tuttavia dimostrato come ciò non corrisponda al vero: pazienti con psicopatologia essenzialmente impulsiva (ad

esempio i giocatori d'azzardo patologico) possono presentare aspetti ossessivo-compulsivi, mentre pazienti con sintomatologia compulsiva (ad esempio soggetti affetti da Disturbo Ossessivo Compulsivo) possono ottenere punteggi elevati nelle scale che misurano l'impulsività (Stein & Lochner, 2006).

Gli attuali modelli psicopatologici interpretano il DUS come una transizione tra il comportamento impulsivo e quello compulsivo (Dalley et al., 2011). L'impulsività rappresenterebbe un fattore determinante nella fase iniziale del disturbo mentre, in seguito all'uso di droga per un periodo protratto, il meccanismo di compensazione generato dalla sostanza evolverebbe in un'abitudine compulsiva. Il comportamento di assunzione, quindi, sarebbe innescato dall'associazione a specifici *trigger* (stimoli) in modo coatto e non sarebbe più legato alla ricerca del piacere come accadeva inizialmente.

Se soffrite di DUS, saprete bene come il carattere compulsivo del comportamento di assunzione impedisca alla persona di correggere la propria condotta. In termini neurobiologici, il passaggio da un uso volontario a uno compulsivo si spiega attraverso il cambiamento nel controllo delle risposte, che passa dalla corteccia prefrontale a quella striatale. Da un punto di vista psicologico, il passaggio dall'uso gratificante della sostanza al disturbo da dipendenza è rappresentato dal passaggio da un comportamento volto alla ricerca di sensazioni piacevoli a uno guidato dalla necessità di evitare i sintomi spiacevoli tipici della fase di astinenza (Everitt & Robbins, 2005).

Riassumendo: l'impulsività gioca un ruolo importante nello stadio iniziale del disturbo, mentre lo stadio più avanzato è caratterizzato da un comportamento di assunzione compulsivo e meno legato alla ricerca di gratificazione.

Quanto detto non rappresenta soltanto una disquisizione teorica: avere cognizione di questi elementi è fondamentale per muovere i primi passi verso il cambiamento. Al fine di lavorare sul disturbo è necessario che voi, e quanti vi sono vicini, sappiate come il comportamento di ricerca e assunzione della sostanza sia caratterizzato da un processo completamente diverso da quello che ha agevolato le prime condotte di uso o abuso. Le forme protratte di assunzione, infatti, hanno carattere compulsivo e,

quindi, sono spesso vissute come tutt'altro che piacevoli e indipendenti dalla propria motivazione. Nulla a che vedere, quindi, con le prime forme di abuso, nelle quali prevale la dimensione impulsiva di ricerca di piacere e divertimento.

1.1.4. Manifestazioni cliniche

Il DSM-5 pone le seguenti condizioni per la diagnosi di un Disturbo da Uso di Sostanze:

1. Tolleranza: fenomeno per il quale è necessario intensificare il comportamento di uso (ad esempio aumentando la quantità di droga o la frequenza delle assunzioni) al fine di raggiungere i medesimi effetti sull'organismo.
2. Astinenza: presenza di sintomi emotivi o fisici che si manifestano quando il soggetto non può mettere in atto il comportamento di assunzione.
3. Interruzione o riduzione delle attività sociali, lavorative o ricreative: a seguito dell'uso di droghe e dell'instaurarsi del disturbo, comparsa di una serie di conseguenze che, aumentando per intensità, ledono progressivamente il funzionamento della persona (ad esempio, conflitti con le persone affettivamente importanti, problematiche lavorative ed effetti negativi sulla considerazione di sé).
4. Tentativi infruttuosi di ridurre e controllare l'uso: tentativi, precedenti la richiesta formale di aiuto allo psicologo o ai servizi, di riduzione d'uso o di controllo dell'assunzione. Generalmente si osserva una fase in cui il paziente è fermamente convinto di poter limitare le proprie condotte in modo indipendente, realizzando una modalità d'uso conciliabile (ma solo idealmente) con il resto della sua vita, dei suoi impegni e dei suoi doveri.
5. Dispendio di tempo: quantità di tempo che il paziente dedica alla ricerca, all'utilizzo o al riprendersi dagli effetti della sostanza. Tanto più la dipendenza è conclamata tanto maggiore sarà il tempo dedicato alla sostanza nel corso di una giornata, fino a divenire, nei casi più gravi, l'unica attività presente.
6. Perdita di controllo sull'uso: presenza del comportamento patologico di uso della sostanza nonostante le conseguenze

negative che ha evidentemente apportato nel corso del tempo e nonostante la consapevolezza della persona al riguardo (carattere compulsivo del comportamento).

7. Uso continuativo nonostante la consapevolezza che la droga rappresenti un problema: prosecuzione dell'assunzione nonostante l'insorgenza di gravi rischi per la salute o gravi conflitti familiari.
8. Uso ricorrente con incapacità ad adempiere i propri compiti: perdita del lavoro, interruzione del corso degli studi e/o temporanea incapacità di assolvere i compiti familiari o genitoriali a causa dell'assunzione di droga.
9. Uso in situazioni a rischio: progressiva riduzione, nel corso del tempo, della capacità di stimare il rischio associato alle assunzioni. La persona può sentirsi costretta a fare uso della sostanza, nonostante debba mettersi alla guida o debba svolgere compiti di precisione inconciliabili con lo stato di alterazione conseguente l'assunzione.
10. Uso ricorrente nonostante ciò determini problemi sociali o interpersonali: uso di droga anche a discapito delle proprie relazioni affettive.
11. *Craving*: un approfondimento in merito è presente nel paragrafo 3.1.5.

Riassumendo, la dipendenza si sviluppa a partire da una spinta, assolutamente normale, alla ricerca di stimoli di per sé piacevoli e appaganti che, nel lungo termine, esita in comportamenti eccessivi e pericolosi, configurandosi come patologica. Secondo Rosenberg e Feder (2014), il criterio distintivo per individuare una dipendenza è l'incapacità dell'individuo a mitigare il comportamento nonostante le evidenti ripercussioni sul proprio funzionamento.

1.2. DATI EPIDEMIOLOGICI

1.2.1. Incidenza e decorso della dipendenza da sostanze

I dati presentati di seguito, tratti dal DSM-5, sono suddivisi in funzione della sostanza di abuso che caratterizza il DUS.

Alcol

La dipendenza da alcol è un disturbo che sembra interessare maggiormente gli uomini (12.4%) rispetto alle donne (4.9%). Il tasso di incidenza si aggira intorno al 4.6% nella fascia di età compresa tra i 12 e i 17 anni e raggiunge l'8.5% dai 18 anni in poi, con il picco massimo nella fascia di età 18-29 anni (16.2%), e quello minimo negli *over 65* (1.5%). L'esordio del disturbo (con la prima intossicazione) solitamente avviene nella prima adolescenza, ma il disturbo vero e proprio tende a instaurarsi dopo i trent'anni. Sono fattori predisponenti la presenza di disturbi del comportamento e della condotta e stati d'intossicazione alcolica contratti precocemente. Il disturbo da dipendenza da alcol ha un decorso caratterizzato da periodi di remissione e periodi di ricaduta. Elevati livelli d'impulsività tendono ad associarsi con un esordio più precoce e un decorso infausto.

Cannabinoidi

I cannabinoidi sono la sostanza illecita psicoattiva più utilizzata negli Stati Uniti con un tasso di incidenza di circa il 3.4% nella popolazione di età compresa tra i 12 e i 17 anni e dell'1.5% dai 18 anni in su. L'incidenza del disturbo interessa maggiormente gli uomini (2.2%) rispetto alle donne (0.8%), è massima nella fascia di età che va dai 18 ai 29 anni (4.4%) e scende nella popolazione sopra i 65 anni (0.01%). Generalmente l'insorgenza del disturbo avviene nel corso dell'adolescenza, soprattutto in associazione con problemi del comportamento e della condotta. L'uso di *cannabis* prima dei 15 anni generalmente è un forte predittore del disturbo da dipendenza da cannabinoidi, ma anche di problemi psicologici come le condotte esternalizzanti (aggressività e condotte delinquenziali) e internalizzanti (ansia, depressione e isolamento).

Oppiacei

L'incidenza del disturbo da dipendenza da oppiacei è stimata intorno allo 0.37% nella popolazione sopra i 18 anni. Le percentuali sono maggiori per gli uomini (0.49% a fronte dello 0.26% per le donne). La prevalenza del disturbo è massima nella popolazione sopra i 29 anni (0.82%) e decresce nella popolazione sopra i 65

(0.09%). Solitamente le prime manifestazioni della dipendenza da oppiacei si manifestano intorno ai vent'anni. Quando il disturbo s'instaura, generalmente si mantiene per alcuni anni, anche con periodi di astensione dalla sostanza. Anche se le ricadute sono un fenomeno caratteristico del disturbo, circa il 20-30% dei pazienti trattati mantiene l'astinenza a lungo termine.

Psicofarmaci

La dipendenza da psicofarmaci si manifesta con un'incidenza dello 0.3% nella popolazione dai 12 ai 17 anni e dello 0.2% sopra i 18 anni, sempre a favore degli uomini (0.3%). Il disturbo solitamente insorge intorno ai vent'anni, specialmente in comorbilità con altri disturbi da dipendenza da sostanze.

Stimolanti

La dipendenza da cocaina (o altri stimolanti) ha una incidenza dello 0.2% nella popolazione generale, senza differenze apprezzabili tra uomini e donne. Generalmente il disturbo insorge nella fascia di età compresa tra i 12 e i 25 anni per la cocaina e intorno ai 31 anni per le anfetamine. L'uso protratto degli stimolanti determina una rapida decrescita degli effetti piacevoli (per l'instaurarsi della tolleranza) e il progressivo incremento degli effetti disforici.

1.3. DIFFICOLTÀ DIAGNOSTICHE

1.3.1. Considerazioni generali

Tra il DUS e gli altri disturbi mentali possono intercorrere diversi tipi di associazione. Mueser ha proposto quattro modelli di relazione:

1. il disturbo psichiatrico è primario rispetto all'uso di sostanze (il disturbo mentale causa l'assunzione di sostanze);
2. il Disturbo da Uso di Sostanze è primario rispetto al disturbo psichiatrico (l'uso di droga determina la comparsa di una malattia psichiatrica);
3. il Disturbo da Uso di Sostanze e quello psichiatrico sono dovuti a un fattore comune terzo (ad esempio una comune predisposizione genetica);

4. il Disturbo da Uso di Sostanze e quello psichiatrico sono coesistenti perché influenzatisi a vicenda (modello bidirezionale).

Queste diverse possibilità permettono di escludere che, a priori, l'uso di sostanze derivi da una condizione psicopatologica precedente, oppure che ne determini l'insorgenza. L'uso di sostanze può indurre *ex-novo* un disturbo psichiatrico, può scatenare la manifestazione di un disturbo psichiatrico latente, oppure può causare la recidiva di un disturbo psichiatrico preesistente. Ecco perché una buona valutazione diagnostica iniziale e la rivalutazione durante l'intervento rappresentano aspetti fondamentali di un intervento riabilitativo efficace: i quadri possibili sono molteplici e richiedono interventi diversi e specifici.

1.3.2. Disturbi solitamente associati al DUS

In questo paragrafo troverete una disamina delle principali malattie psichiatriche più frequentemente associate al DUS. Nonostante non sia scopo di questo volume promuovere l'auto-diagnosi, può essere utile conoscere la variabilità e la complessità con cui le manifestazioni psicopatologiche possono presentarsi in concomitanza le une con le altre, determinando quadri che richiedono strategie d'intervento completamente diverse tra loro.

Psicosi e DUS

Come riportato da Guerriero e collaboratori (2010), esistono elevati livelli di comorbidità tra schizofrenia (o psicosi) e DUS, con tassi che variano tra il 25% e il 75% in funzione della sostanza di abuso. L'uso di sostanze può rappresentare un tentativo incongruo di auto-medicazione: generalmente, al fine di gestire i sintomi positivi della schizofrenia (deliri e allucinazioni), sono impiegati oppiacei, alcol e sedativi, mentre per compensarne i sintomi negativi (anedonia, apatia, abulia, perdita di motivazione e interesse, sintomi di appiattimento emotivo) vengono assunti cocaina e stimolanti.

Disturbi del tono dell'umore, disturbi d'ansia e DUS

I disturbi del tono dell'umore (depressione, disturbi bipolari e

ciclotimia) rappresentano una categoria diagnostica spesso associata al DUS (60% di comorbidità), soprattutto tra le donne. Le forme maniacali di alterazione dell'umore (umore *up*), invece, si associano all'uso di sostanze prevalentemente tra gli uomini (Guerriero et al., 2010). Nei disturbi d'ansia il tasso di dipendenza da sedativi e alcol oscilla tra il 10% e il 40% (Guerriero et al., 2010).

Disturbo Post-Traumatico da Stress e DUS

L'associazione tra Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD) e DUS ha una frequenza del 30%-60%. Come per la schizofrenia, l'uso di sostanze sembra assolvere la funzione di auto-medicazione: alcol, cannabinoidi e oppiacei sono impiegati al fine di ridurre l'ansia, l'irritabilità e i disturbi del sonno tipici del PTSD; gli psico-stimolanti al fine di contrastare i sintomi di distacco emotivo, ritiro sociale ed evitamento (Guerriero et al., 2010).

Disturbi di Personalità e DUS

La letteratura scientifica evidenzia una co-esistenza non casuale e significativa tra i disturbi correlati all'uso di sostanze psicoattive e i disturbi di personalità. Da un punto di vista epidemiologico, i risultati evidenziano come soggetti affetti da disturbi di personalità ricorrano all'uso di sostanze psicoattive con una frequenza maggiore rispetto ai soggetti che ne sono privi; specularmente, la comorbidità psichiatrica è particolarmente diffusa nella popolazione in trattamento per problematiche correlate all'uso di sostanze (dati evidenziati dal Dipartimento Italiano Politiche Antidroga nell'anno 2013). In particolare, la comorbidità osservata risulta più elevata per il Disturbo Borderline di Personalità (DBP), seguito dagli altri disturbi del *Cluster B* (Disturbo Antisociale, Istrionico e Narcisistico di Personalità) (Sansone et al., 2008; Trull et al., 2000; Chen et al., 2011; Darke et al., 2004, 2007). Nel DBP l'instabilità comportamentale, determinata da un *deficit* nella capacità di regolare e gestire le proprie emozioni, può compromettere facilmente le relazioni familiari, l'ambito lavorativo e i progetti di vita. Il ricorso alle sostanze, una forma di *acting-out*, rappresenta un tentativo disfunzionale di autoregolazione emotiva (Linehan, 1993a).

1.3.3. Che cos'è la doppia diagnosi

L'introduzione del concetto di doppia diagnosi, ovvero la co-presenza di dipendenza da sostanze e di una condizione psichiatrica (che tuttavia non chiarisce quale sia il rapporto tra le due condizioni psicopatologiche, per il quale si veda il paragrafo 1.3.1), ha aumentato la complessità dell'inquadramento diagnostico e della presa in carico del paziente con DUS. I dati emersi nella letteratura italiana e internazionale (Clerici, 1993; Maremmani et al., 2000; Volkow et al., 2011; Regier et al., 1990; Carey & Correia, 1998) evidenziano quanto segue:

- circa il 25% dei tossicodipendenti presenta un disturbo mentale appartenente all'Asse I del DSM-IV-TR;
- oltre il 70% dei soggetti con DUS presenta anche disturbi della personalità (Asse II del DSM-IV-TR). In particolare esiste un'elevata incidenza, tra i soggetti con dipendenza patologica, di diagnosi di Disturbo Borderline di Personalità (Cancrini et al., 2000) e Disturbo Antisociale di Personalità (Sperandeo et al., 1987), entrambi quadri clinici che appartengono al *cluster* impulsivo (*cluster* B).

De Leon (1989), in particolare, studiando la popolazione ospite di comunità terapeutiche per tossicodipendenti, ha individuato tre tipiche condizioni:

- pazienti psichiatrici con problemi legati all'abuso/dipendenza da sostanze;
- pazienti con problemi primari di tossicodipendenza in comorbidità con gravi disturbi psichiatrici;
- pazienti con problemi di tossicodipendenza primari associati a disturbi di personalità e/o lievi aspetti psichiatrici.

Vista l'estensione del problema, è auspicabile che si cominci a considerare la sovrapposizione tra diagnosi psichiatriche e DUS come usuale piuttosto che eccezionale (Smith & Hucker, 1993). Questa sovrapposizione, mettendo in luce i punti critici dei sistemi terapeutici deputati alla salute mentale e alle dipendenze, costituirà, con buona probabilità, una delle più importanti sfide

cliniche della psichiatria dei prossimi anni (Kraus, 1996). Cogliere con precisione la comorbidità incide, infatti, sulla possibilità di individuare il trattamento farmacologico e/o psicologico-psichiatrico (sequenziale, parallelo o integrato) adeguato, che consideri la specificità di ogni quadro patologico, allo scopo di favorire la prevenzione della ricaduta nell'abuso delle sostanze e contenere l'aggravarsi dei disturbi psichiatrici e di personalità.

Il concetto di doppia diagnosi ha, dunque, una rilevanza fondamentale dal punto di vista del trattamento e della riabilitazione, momenti nei quali vengono identificate operativamente le figure implicate nella presa in carico e le loro relative responsabilità. Spesso il processo si traduce in un mero dibattito sul servizio di appartenenza e di riferimento del paziente (servizio per le tossicodipendenze piuttosto che psichiatrico), come se la tossicodipendenza non fosse, essa stessa, una condizione psichiatrica e non si presentasse in molteplici stati di sovrapposizione con altre entità nosografiche. Gli attuali modelli di trattamento non sempre si dimostrano efficaci nella presa in carico del paziente, a cominciare da una formulazione diagnostica spesso imprecisa e non condivisa. Non di rado, inoltre, si osserva un costoso rimpallo tra le varie competenze (servizi psichiatrici, Ser-T, comunità terapeutiche, carcere, ecc.) a discapito dell'attuazione di una strategia terapeutica integrata efficace.

È pertanto auspicabile che i servizi di recupero e di riabilitazione implementino la loro capacità di tradurre in realtà operativa la complessità diagnostica propria delle dipendenze patologiche, al fine di offrire trattamenti integrati e continuativi. A tale proposito, ad oggi, rimangono incompiuti il raggiungimento di un percorso diagnostico condiviso dai servizi partecipanti al progetto terapeutico e dal paziente, l'utilizzo appropriato dei servizi e delle risorse sanitarie e sociali presenti sul territorio, una più specifica formazione degli operatori pubblici e privati e un più sistematico studio del fenomeno dal punto di vista epidemiologico ed evolutivo.

1.4. PUNTI CHIAVE

- Il DUS può essere definito come un insieme di comportamenti patologici che la persona ha appreso a causa dell'utiliz-

zo di sostanze e che, nel tempo, comporta un'alterazione del sistema del piacere.

- Molti autori hanno cominciato a considerare le dipendenze da sostanze (ad esempio l'alcol) e le dipendenze comportamentali (ad esempio il gioco di azzardo patologico) come manifestazioni cliniche con molti aspetti comuni e, quindi, trattabili secondo approcci similari. Per questo si preferisce parlare di dipendenza patologica.
- Il carattere distintivo della dipendenza patologica sembra essere l'incapacità dell'individuo di mitigare il comportamento problematico nonostante le sue evidenti conseguenze negative.
- Nel DUS l'impulsività è un fattore decisivo solo nella fase iniziale del disturbo. In seguito, il meccanismo di compensazione si evolve in un'abitudine compulsiva, vissuta dal tossicodipendente come indipendente dalla propria motivazione e quindi estremamente spiacevole.
- Una buona valutazione psico-diagnostica iniziale e la rivalutazione della stessa durante l'intervento sono presupposti fondamentali per un intervento riabilitativo efficace: tra gli altri disturbi mentali e il DUS possono intercorrere diversi tipi di associazione, che, se non considerati, possono inficiare la bontà dell'intervento.

6

INDICAZIONI PRATICHE PER FAMILIARI E AMICI

6.1. SUGGERIMENTI E INFORMAZIONI UTILI PRIMA DELL'INTERVENTO

Il DUS è un disturbo che, nel suo manifestarsi, inevitabilmente coinvolge le famiglie e le persone vicine a chi ne è affetto. Pertanto, qualsiasi programma di trattamento richiede, laddove possibile, un'attiva collaborazione da parte di chi circonda il paziente. Le pagine che seguono offrono informazioni pratiche e consigli su come parenti e amici possono prendere parte, in modo efficace, al percorso riabilitativo, sia che intendano farlo mettendosi in gioco direttamente (alcune fasi del trattamento prevedono un coinvolgimento effettivo, come descritto nel paragrafo 4.3.7), sia indirettamente (lavorando su comportamenti e atteggiamenti che possono agire da rinforzi involontari al problema di dipendenza del paziente).

6.1.1. Ricercare una comunicazione aperta

Riuscire a stabilire un dialogo aperto riguardo alle problematiche di dipendenza è un obiettivo fondamentale, sia per il paziente che per chi gli sta accanto. Spesso, infatti, la comunicazione con quanti circondano il paziente si caratterizza per un'elevata conflittualità e alti livelli di sofferenza relazionale. Se da un lato, infatti, i pazienti possono lamentare il fatto di sentirsi giudicati, oppressi, abbandonati o non sufficientemente compresi, dall'altro i familiari possono esperire vissuti di stanchez-

za, dispiacere, rabbia e paura, unitamente alla sensazione di non sentirsi capiti nel dolore che il disturbo sta infliggendo loro. In primo luogo, quindi, diviene chiara la necessità di costruire una comunicazione che permetta a tutti gli attori in gioco di esprimere apertamente sensazioni, emozioni e difficoltà. A tale scopo, possono essere utili gruppi di auto-aiuto per familiari e amici, nei quali confrontarsi con persone che stanno vivendo esperienze analoghe (molti Ser-T e comunità terapeutiche offrono gratuitamente questo tipo di servizi) o percorsi di sostegno psicologico individuali. Le due soluzioni proposte rappresentano ottimi presupposti perché successive sedute congiunte o momenti di scambio diretto si configurino come fruttuose e gratificanti per entrambe le parti.

L'esperienza clinica suggerisce che lavorare preliminarmente sulle proprie emozioni (ad esempio all'interno di gruppi creati *ad hoc*) promuove l'impegno di familiari e amici nell'informazione puntuale circa il disturbo e, quindi, le capacità di comprensione dei meccanismi alla base di quest'ultimo e delle difficoltà esperite dal paziente.

6.1.2. Riconoscere il comportamento di uso come malattia

Come spiegato in precedenza, esistono falsi miti sul DUS che, in modo assolutamente non trascurabile, incidono sulla concezione di malattia e guarigione non solo del paziente, ma anche dei suoi familiari e dell'ambiente sociale allargato. Se molti sono i pregiudizi nei confronti delle malattie psichiatriche in genere, quelli legati al mondo delle dipendenze, fortemente connotati moralmente, tendono a considerare il disturbo come imprescindibile dalla volontà della persona. Come ogni altro disturbo psichiatrico, il DUS non dovrebbe mai essere considerato un difetto o un qualcosa di risolvibile con la mera forza di volontà.

Come spiegato nella prima parte del volume, l'impulsività gioca un ruolo importante nello stadio iniziale del DUS, il cui sviluppo implica l'instaurarsi della compulsione all'assunzione. Sfatare i miti sulla dipendenza significa essere a conoscenza della differenza che intercorre tra le iniziali condotte di uso e abuso e i successivi comportamenti di ricerca e assunzione, vissuti come

tutt'altro che piacevoli, indipendenti dalla propria motivazione e altamente frustranti in quanto compulsivi.

6.2. SUGGERIMENTI E INFORMAZIONI UTILI DURANTE L'INTERVENTO

6.2.1. Comportamenti e atteggiamenti di aiuto congrui e incongrui

Comportamenti e atteggiamenti di aiuto, congrui e incongrui, di familiari e amici possono influenzare fortemente l'esito del percorso riabilitativo del paziente affetto da DUS.

Pensare alle condotte di uso/abuso come a comportamenti cattivi o moralmente sbagliati o alla persona dipendente dalla sostanza come indolente, cattiva o indifferente significa assumere un atteggiamento giudicante. Esso non è soltanto penalizzante per la persona in trattamento, ma anche per i familiari e gli amici: il giudizio, infatti, non fa che acuire il dolore, la rabbia e la disperazione connessi al problema. Al contrario, un atteggiamento comprensivo, supportivo, fiducioso, ma sufficientemente distaccato, può aiutare a ridurre l'ansia durante il percorso riabilitativo e costituire un importante incoraggiamento a combattere il DUS.

Esistono poi atteggiamenti, consapevoli o meno, che concorrono al mantenimento del disturbo. I genitori, i membri della famiglia, i fratelli e alcuni amici, spesso, sono coinvolti nei comportamenti di abuso, pur non essendone completamente consapevoli. Alcuni esempi: dare soldi per acquistare droga, tacere al terapeuta o al responsabile del trattamento una ricaduta, avallare il ricorso ad altre sostanze o altri comportamenti a rischio. Tuttavia, al fine di ottenere il miglior risultato terapeutico, è necessario non fornire alcun rinforzo per le condotte problematiche del paziente.

Infine, è importante che quanti affiancano la persona nel suo percorso terapeutico ricordino che il compito al quale sono chiamati è di sostegno e non di cura; è altresì centrale riconoscere il paziente come unico responsabile del proprio processo di guarigione, unitamente allo specialista, sia esso un referente del Ser-T, un responsabile di comunità o uno psicoterapeuta.

In ultima analisi, un valido contributo al buon esito del per-

corso terapeutico da parte di familiari e amici è il mantenimento di un atteggiamento comprensivo e partecipativo, non aggressivo e non giudicante.

6.2.2. Come affrontare le momentanee cadute

Come abbiamo visto nel paragrafo 5.3.5, la caduta è un fenomeno intrinseco alla riabilitazione del DUS, anche in pazienti fortemente motivati, e indipendente dal tempo intercorso dall'ultima assunzione di sostanza. È importante non drammatizzarne il verificarsi, incoraggiando la persona a perseverare nell'impegnarsi nella riabilitazione. Se l'*iter* è stato seguito correttamente, il paziente e la sua famiglia saranno stati preventivamente informati della possibilità di una momentanea caduta e dell'opportunità di affrontarla all'interno dei rispettivi spazi terapeutici. È auspicabile, quindi, che il paziente, mantenendo un atteggiamento di apertura, comunichi quanto è accaduto al proprio referente e utilizzi il momento di difficoltà per acquisire nuove informazioni su di sé e sul disturbo. I familiari possono scegliere di esprimere i propri vissuti riguardo alla caduta a un loro referente o nel gruppo di auto-aiuto.

6.3. SUGGERIMENTI E INFORMAZIONI UTILI DOPO L'INTERVENTO

6.3.1. Rinforzare i progressi fatti

È molto importante lodare chi si sta sottoponendo a un trattamento per i successi raggiunti. Mantenere un atteggiamento distaccato o svalutante non è protettivo, né per il paziente né per quanti lo circondano. Talvolta, infatti, i familiari o le persone significative preferiscono non fare apprezzamenti per i piccoli progressi, al fine di proteggersi dal dolore di eventuali fallimenti. Sebbene tale atteggiamento sia assolutamente comprensibile, non c'è nulla di male, di illusorio o di poco realistico nel coltivare la speranza e sostenere chi sta lottando contro una malattia.

6.3.2. Vedere la persona oltre il suo disturbo

È probabile che, prima dell'inizio del trattamento, la persona affetta da DUS dedicasse molto tempo alle droghe e avesse ridotto

al minimo indispensabile le proprie attività quotidiane, annullando, o quasi, i propri interessi. È importante incoraggiare e sostenere i pazienti nella riscoperta della quotidianità e di quanto interessava loro prima della sostanza, guardando alla persona oltre il disturbo da cui è affetta. È assolutamente comprensibile che parenti e amici, preoccupati circa il rischio di cadute e ricadute, attuino comportamenti di controllo o assumano atteggiamenti sospettosi. Sebbene mantenere un atteggiamento di ascolto e di attenzione alla persona e ai campanelli di allarme che possono anticipare il verificarsi di una condizione a rischio sia assolutamente importante, lo è altrettanto promuovere lo sviluppo della persona, aiutandola ad andare oltre il proprio disturbo.

6.4. PUNTI CHIAVE

- È importante che il paziente e quanti desiderano sostenerlo nel processo riabilitativo abbiano la possibilità di esprimere apertamente sensazioni, sentimenti e difficoltà. Per familiari e amici può essere utile partecipare a un gruppo di auto-aiuto composto da persone che stanno vivendo esperienze analoghe o intraprendere un percorso di sostegno psicologico individuale.
- Come ogni disturbo psichiatrico, il DUS non dovrebbe mai essere considerato un difetto della persona o qualcosa che egli potrebbe interrompere “se solo lo volesse”.
- Un atteggiamento giudicante non è solo penalizzante per il paziente, ma anche per familiari e amici e non fa che aumentare il dolore, la rabbia e la disperazione connessi al problema. Un atteggiamento comprensivo, supportivo, fiducioso, ma sufficientemente distaccato, può aiutare a ridurre l'ansia durante il percorso riabilitativo e costituire un importante incoraggiamento a combattere il DUS.
- Alcuni atteggiamenti, involontariamente o inconsapevolmente, possono rinforzare la malattia. Al fine di ottenere il miglior risultato possibile, è importante non rinforzare alcuna condotta di uso/abuso (ad esempio, prestando soldi, tacendo una caduta nell'uso di sostanza o approvando la sostituzione della sostanza primaria con altre sostanze).
- Quando si manifesta una caduta, è importante che l'ambiente

familiare incoraggi il paziente a mantenere un atteggiamento di apertura e di comunicazione rispetto a quanto accaduto e a parlarne col proprio referente. Per i familiari può essere utile poter esprimere i propri vissuti a riguardo al terapeuta o nel gruppo di auto-aiuto.

PER APPROFONDIMENTI

Risorse consigliate in rete

- Sito della Federazione Italiana delle Comunità Terapeutiche, per chi è interessato a trovare informazioni dettagliate sulle realtà comunitarie e residenziali dislocate in tutta Italia (sono presenti informazioni relative a ciascuna regione): **www.fict.it**
- Siti che contengono informazioni attendibili ed aggiornate sulle sostanze, sulle dipendenze e sui trattamenti più recenti: **www.dronet.org** - **www.droga.net**

Bibliografia essenziale

- Fanella, F. (2010) (a cura di). *Il trattamento terapeutico-riabilitativo della dipendenza patologica. Alcol – cocaina – gioco d'azzardo patologico*. Alpes Italia, Roma.
- Paragliani, L., Baldini, F. (2010) (a cura di). *Il trattamento nella dipendenza da cocaina. Protocolli d'intervento cognitivo-comportamentali per operatori*. Franco Angeli, Milano.
- Rosemberg, K. P., Feder, L. C. (2014). *Dipendenze comportamentali. Criteri, evidenze e trattamento*. Edra S.p.a., Milano.