

23. Gli interventi di prevenzione delle dipendenze patologiche

Antonio Taranto (*), Antonio Calamo-Specchia (**), Victor Laforgia (***)

Riduceteci piuttosto in schiavitù, ma sfamateci!
F. Dostoevskij, *I fratelli Karamazov*

1. La dipendenza patologica come esperienza e come storia

L'esperienza del limite, e l'emozione profonda ed il piacere spesso compulsivo che essa genera, ha da sempre caratterizzato l'esistenza del genere umano: dai navigatori dell'antichità ai moderni atleti di sport estremi, confrontarsi con i propri limiti – vincendoli – rappresenta per molti uomini una pulsione cruciale, una spinta di affermazione sulla propria stessa natura, della vita sulla morte. Altri uomini, invece, tendono ad evitare ogni forma di rischio e ad affidarsi alle esperienze e alla guida dei più forti e dei più curiosi.

Forse è proprio nei termini del rapporto con il limite, e con *il piacere* del suo superamento (o della sua trasgressione), che va letta la dipendenza: essa si può configurare infatti come una *perdita di controllo in termini neurobiologici, psicologici, comportamentali, entro il campo di questa ricerca*. Perdita di controllo in termini neurobiologici, psicologici, comportamentali, che probabilmente riflette l'incapacità di affrontare lucidamente e consapevolmente mondi ancora sconosciuti.

Si tratti di dipendenza “da sostanze” (tossicodipendenza in genere) o di dipendenza “comportamentale” (dipendenza sessuale o *sex addiction*, gioco d'azzardo patologico, oniomania o

shopping compulsivo, per citarne solo alcune), elemento cruciale per l'esperienza di dipendenza è sempre quello della ricerca del piacere, o talvolta dell'euforia (ovvero della ricerca del *non-dolore* o della *non-paura*), che consenta di discostarsi dalla realtà e dallo stato di coscienza ordinario (percepito – a torto o a ragione – come intollerabile), alterandoli. Tale alterazione e tale sperimentazione di piacere attivano il sistema cerebrale di ricompensa, che alimenta e rinforza il comportamento di dipendenza, attuato come *craving* (dall'inglese *to crave*, bramare, desiderare fortemente), ossia come un'attrazione, un'urgenza, un desiderio impulsivo per una sostanza psicoattiva, per un cibo o per qualunque altro oggetto-comportamento gratificante.

Si può definire dunque dipendenza patologica in generale: “una specifica esperienza caratterizzata da un sentimento di incoercibilità e dal bisogno coatto di essere ripetuta con modalità compulsive; ovvero una condizione invasiva in cui sono presenti i fenomeni del *craving*, dell'assuefazione e dell'astinenza in relazione ad un'abitudine incontrollabile e irrefrenabile che il soggetto non può allontanare da sé”¹.

Nella genesi della dipendenza, peraltro, ulteriore elemento ricorrente è quello dell'esperienza *carenziale* – vissuta non solo dal tossicodipendente, ma anche dai genitori nella famiglia

(*) Medico psichiatra, Direttore Dipartimento dipendenze patologiche ASL Bari.

(**) Psicologo clinico, Bari.

(***) Psicologo clinico, *manager* sportivo, Bari.

1. V. CARETTI, G. DI CESARE, *Psicodinamica delle dipendenze*, in V. CARETTI, D. LA BARBERA, (a cura di), *Le dipendenze patologiche*, Raffaello Cortina, Milano, 2005.

di origine – che viene però spesso ingiustamente misconosciuta e minimizzata.

Come evidenziato tra gli altri negli studi condotti da Cirillo sulle famiglie dei tossicodipendenti, può trattarsi di una carenza da parte delle figure genitoriali, alle prese con le proprie difficoltà e carenze già nel ruolo di figli; “difficoltà e carenze che fanno intravedere infanzie in cui essi hanno subito il ruolo di bambini incompiuti”². Tale difficoltà, quando protratta e non intercettata dal contesto di cura, giunge ad intaccare il rapporto di coppia e coniugale e la natura stessa dell’investimento che su di esso compie ciascun *partner*, riversandosi poi sui figli e sul rapporto con loro.

I soggetti dipendenti appaiono dunque generalmente come soggetti *carenti*, figli di uno scenario familiare altrettanto carente, e in grado di produrre carenza.

2. Dalla tossicodipendenza alle diverse dipendenze patologiche

L’approccio della comunità scientifica alla dipendenza si è concentrato innanzitutto sulle dipendenze da sostanze.

Sulla scia della notevolissima diffusione delle droghe in Italia a partire dagli anni ’70, ed in considerazione degli effetti devastanti che esse hanno prodotto (si pensi a mero titolo esemplificativo alla diffusione dell’HIV ed alle morti per *overdose* che hanno caratterizzato tutto il decennio successivo, alla dispersione scolastica, alla perdita di forza-lavoro, alla criminalità), gli anni ’80 sono stati caratterizzati dalla centralità assoluta di un intervento di contrasto alle droghe *di taglio sanitario*.

È infatti all’inizio di questo decennio che il comportamento dei soggetti dipendenti da una sostanza viene definito dall’OMS nei termini di una vera e propria *sindrome*, caratterizzata principalmente da:

- consapevolezza soggettiva della compulsione ad assumere una o più droghe nonostante i tentativi di smettere o di controllare il consumo;
- evidenti sintomi di neuroadattamento (tolleranza, astinenza) ed uso della droga per attenuare o evitare sintomi di astinenza;
- salienza del comportamento di ricerca della droga rispetto ad altre importanti priorità, e rapida reintegrazione della sindrome dopo un periodo di astinenza.

Questa definizione, oggi oggetto di numerose critiche – prima fra tutte quella di favorire un’interpretazione riduzionistica della tossicodipendenza in termini di malattia – ha suscitato a suo tempo notevole influenza in ambito psichiatrico. Essa è infatti anche alla base della definizione di dipendenza fornita nel 2001 dalla IV versione del *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (DSM), che è stata utilizzata dalla comunità scientifica negli ultimi vent’anni, e nella quale l’unica dipendenza “non da sostanze” segnalata è il gioco d’azzardo patologico.

Più recentemente, è viceversa fortemente cresciuta la necessità di superare una visione esclusivamente medica della dipendenza e del suo trattamento clinico e preventivo, in favore di un approccio integrato che prenda in considerazione anzitutto i punti di contatto fra dipendenze “da sostanze” e “comportamentali”. Tali condizioni sono rappresentabili rispettivamente con i termini inglesi *dependence* e *addiction*. Il primo indica una dipendenza fisica e chimica, ovvero quella condizione per cui l’organismo necessita di determinate sostanze per funzionare, e dunque le richiede; con *addiction* si intende invece una condizione generale in cui la dipendenza psicologica spinge alla ricerca di qualcosa (oggetto, comportamento) senza cui l’esistenza diventa priva di significato.

Addiction e *dependence* non compaiono necessariamente insieme: proprio il recente riconoscimento di nuove forme di dipendenza nei confronti di attività e non più solamente di sostanze chimiche conferma l’ipotesi che si possa sviluppare un’*addiction* senza *dependence*, ossia un bisogno imprescindibile di mettere in atto dei comportamenti significativi, in assenza di una dipendenza fisica vera e propria.

2. CIRILLO S. et al. (1995), *Un modello di processo eziopatogenetico trigenerazionale della tossicodipendenza. Parte seconda: idee sul trattamento*, in “Ecologia della mente”, n. 1, pp. 21-45.

Il DSM – nella sua versione V di recente pubblicazione – ha apportato quindi sostanziali ed interessanti modifiche alla nosografia delle dipendenze: sono state fuse le categorie di “Abuso” e “Dipendenza da sostanze” in un unico “Disturbo da uso di sostanze”, inserito nel capitolo che ora viene definito “Disturbi correlati a sostanze e disturbi da *addiction*”. I criteri diagnostici sono rimasti per lo più immutati, ma sono inclusi in un unico elenco di sintomi che comprende il *craving*, precedentemente assente. Compagno per la prima volta l’“Astinenza da *cannabis*” e l’“Astinenza da caffeina”, mentre il “Disturbo da gioco d’azzardo” è indicato come unica condizione di una nuova categoria di “Dipendenze comportamentali”, per le quali il DSM indica la necessità di giungere ad una letteratura *evidence based* che consenta di stabilire criteri diagnostici e descrizioni di decorso fondamentali perché alcuni comportamenti (uno solo dei quali – la Dipendenza da internet o *internet Gaming Disorder* – già inserito nel DSM in via sperimentale) quali la Dipendenza dal sesso (*Sex Addiction*), la Dipendenza affettiva, lo *Shopping* compulsivo o oniomania, la Dipendenza da lavoro o sindrome da *workaholism*, ecc., possano essere classificati come disturbi mentali.

Queste “nuove dipendenze” condividono con quelle tradizionali il funzionamento in termini psicologici e neurobiologici: l’elemento cardine della dipendenza patologica è sempre la distorsione nella ricerca del piacere, che comporta un’anomala attivazione del sistema della ricompensa, a fronte di una realtà percepita come ingestibile.

Ma la nosografia pura non basta a rappresentare la complessità del fenomeno delle dipendenze; è necessario uno sguardo complesso, e sono necessari interventi complessi.

Le dipendenze – vecchie o nuove – diventano pienamente “leggibili” solo se si pensa al tessuto sociale entro il quale ormai accadono, sempre più caratterizzato dal consumo afinalistico, dalla crisi delle relazioni, dal senso di isolamento, da quello che, in una parola, è stato definito come nuovo “nichilismo”; e se si pensa anche al rinforzo che alla ricerca del piacere giunge oggi dalla deriva edonistica della società

contemporanea, “caratterizzata da una diffusione straordinaria, quasi irrefrenabile, dei consumi voluttuari (...), un mondo in cui l’incontro con le droghe è ormai di fatto quasi obbligato”³.

Un adolescente che oggi si droga, gioca d’azzardo, beve alcolici, è già malato – e portatore di una sofferenza – prima ancora di praticare uno dei comportamenti tossicomani; e quando giunge a praticarli, lo fa proprio per lenire la sofferenza del vivere, alla ricerca di quelli che Steiner definiva nel 1993 i “rifugi della mente”: luoghi mentali, comportamenti, abitudini cui ci si aggrappa quando la realtà è percepita come angosciante e insostenibile.

Dunque l’approccio al mondo delle dipendenze patologiche non può che essere multidisciplinare, riconoscendo una triplice e inestricabile radice: biologica, psicologica e sociale.

3. Gli interventi di prevenzione delle dipendenze patologiche. Uno sguardo d’insieme

Guardando dunque alla dipendenza in termini contestualizzati di “storia” personale di carenza, appaiono evidentemente inadeguate le politiche sociali e sanitarie improntate alla sicurezza, al contrasto, alla criminalizzazione, all’esclusione del soggetto dipendente percepito appunto come “tossico”, dunque emarginato. Oggi, piuttosto, efficaci mezzi di cura paiono la comprensione delle “storie” di dipendenza, l’apertura, l’accoglienza, l’ascolto empatico, la narrazione terapeutica.

Come affermano Bhui e Dinos, “la promozione della salute (stili di vita, riduzione delle disuguaglianze, influenza positiva nel sociale, *empowerment*), la protezione della salute e lo sviluppo di servizi appropriati sono le tre componenti fondanti la pratica della prevenzione nelle comunità”⁴.

3. L. CANCRINI, *Schiavo delle mie brame. Storie di dipendenza da droghe, gioco d’azzardo, ossessioni di potere*, Frassinelli, Milano, 2003.

4. K. BUHI, S. DINOS, *Preventive psychiatry: a paradigm to improve population mental health and well-being*, in “The British Journal of Psychiatry”, n. 198, 2001, pp. 417-419.

Agire preventivamente nell'ambito delle dipendenze è possibile, affiancando strategicamente alle riflessioni di Caplan sul classico modello tripartito – prevenzione primaria, secondaria e terziaria – le concezioni elaborate da Mrazek e Haggerty.

Questi Autori parlano di interventi *universali*, *selettivi* ed *indicati*: i primi rivolti alla popolazione generale (senza considerare i fattori di rischio), i secondi rivolti a soggetti con percentuali di rischio leggermente superiori, e gli ultimi rivolti a soggetti che mostrano segni di disagio ormai conclamato.

In Italia, il Ministero della salute e con esso le principali Agenzie sanitarie (prime fra tutte le Unità operative complesse per le dipendenze patologiche – i SERT), hanno prodotto nell'ultimo decennio numerosissime iniziative nella sfera degli interventi *universali* e *selettivi*. Giornate di informazione e sensibilizzazione, diffusione di materiale audiovisivo sul tema e dibattiti con esperti rappresentano pienamente il tentativo di diffondere una cultura del benessere e di contrasto alla marginalità ed alla devianza.

Ma alla politica tradizionale – e forse oramai un po' scontata – della pura diffusione delle informazioni, occorre oggi il supporto di interventi a più ampio raggio; occorre il passaggio ad un modello di prevenzione maggiormente interattivo, fondato sul coinvolgimento diretto di promotori e destinatari dell'intervento; il passaggio – per dirla con Bruni – “dal fare prevenzione all'essere nella prevenzione”⁵.

Il territorio da esplorare dunque, per una prevenzione pienamente centrata sulle dinamiche della dipendenza, è quello in cui ha vissuto il bambino che da grande diventerà *addicted* – un *bambino ferito*, per dirla con Cancrini; occorre intercettare all'origine la sofferenza ed il disagio che i *bambini feriti* portano con sé, crescendo.

5. E. BRUNI, F. DEL CITTO, A.R. GIACCONE, U. MARIANI, R. SCHIRALLI, L. ZONCHEDDU (2011). *La prevenzione del disagio e delle dipendenze patologiche in età evolutiva. La Didattica delle emozioni a scuola e in famiglia*, Franco Angeli, Milano, 2011.

3.1. Competenze vitali (life skills)

A questa esigenza pare rispondere adeguatamente il modello della cosiddetta *Life Skills Based Education*, (LSBE) – letteralmente educazione basata sulle competenze per la vita – che cerca di proporre agli adolescenti un'alternativa, una “storia” diversa, rispetto a quella della dipendenza.

Il modello, fortemente sostenuto dall'OMS, dall'Istituto USA sulla tossicodipendenza (*National Institute on Drug Abuse* – NIDA) e dal Centro europeo per il controllo della droga e della tossicodipendenza (*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* – EMCDDA) in ragione delle considerevoli evidenze di efficacia preventiva registrate in studi epidemiologici meta-analitici, si rivolge agli adolescenti e stimola la formazione di competenze e comportamenti adattivi e positivi, che permettano al soggetto – divenuto *life skilled*, ossia competente – di fronteggiare con maggiore autonomia ed efficacia le situazioni di rischio cui andrà incontro, evitando così di incrociare il suo percorso con quello delle sostanze o dei comportamenti dipendenti.

Il modello LSBE poggia la sua efficacia sulla centralità delle emozioni nella dinamica delle dipendenze: educare alle emozioni, per ridurre i fattori di rischio e prevenire l'incontro con sostanze e comportamenti di dipendenza. È questo il concetto alla base ad esempio del programma di prevenzione su *La didattica delle emozioni*, condotto dal SERT di Viterbo, che costituisce il progetto-intervento basato sulle competenze vitali più consistente e strutturato di cui si abbia notizia a livello internazionale.

Il progetto si è svolto presso gli istituti scolastici (dalla scuola per l'infanzia alla scuola secondaria di secondo grado) ed ha previsto una vera e propria *alfabetizzazione emotiva*, condotta in classe – al fianco delle tradizionali attività didattiche – dagli stessi insegnanti, adeguatamente formati. Parallelamente, è stato portato avanti un intervento formativo per i genitori (teso a fornire loro competenze relazionali e comunicative spendibili nella relazione con i figli) ed un piano di divulgazione di informazioni sulle droghe e sui comportamenti di dipendenza più diffusi.

Un ulteriore esempio di interventi guidati da una logica di competenze vitali è il progetto di prevenzione nazionale denominato “Diagnosi precoce dell’uso di droghe e intervento precoce nei minori”, strutturato negli ultimi anni in Italia secondo le strategie espresse nel Piano di azione nazionale 2010-2013 promosso dal Dipartimento politiche antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri. Il programma ha l’obiettivo di individuare il più tempestivamente possibile i soggetti minorenni che consumano stupefacenti e attivare quindi misure di intervento adeguate.

Secondo i dati delle ultime ricerche infatti, il primo contatto con le sostanze avviene, mediamente, intorno ai 14 anni di età. L’accesso ai servizi di cura arriva solitamente dopo un periodo che può variare dai 5 ai 9 anni dall’inizio del consumo, a seconda della sostanza assunta. In questo senso gli interventi di *Early detection* hanno lo scopo di promuovere l’attività di diagnosi precoce dell’uso di sostanze tra le persone minorenni al fine di individuare quanto prima tale uso e dare seguito a interventi, da adottare in famiglia e nell’ambito sanitario, volti alla individuazione e cessazione precoce del comportamento assuntivo e all’inserimento in percorsi di supporto e – se necessario – di trattamento adeguati. In questo senso, il tempestivo riconoscimento del comportamento assuntivo e il conseguente intervento risultano determinanti ai fini della prevenzione per evitare nel soggetto danni anche permanenti.

Il progetto si rivolge primariamente ai minori, ai genitori e agli insegnanti/educatori a contatto con giovani con disturbi comportamentali e sospetto uso di droghe attraverso attività educative e di supporto. Vengono inoltre coinvolti in attività formative e di orientamento sulla diagnosi e sull’intervento precoce gli operatori del settore delle dipendenze e dell’area socio-educativa, i MMG, i pediatri, i farmacisti, il personale operante nei reparti di neuropsichiatria infantile e nei reparti di emergenza-urgenza.

Il metodo si basa sull’impiego di un test antidroga preventivo e di strategie di *counseling* educativo-motivazionale che coinvolgono sempre tutto il nucleo familiare. L’esecuzione del

test avviene su richiesta dei genitori, in modo riservato e volontario, con l’adesione volontaria del minore. Quest’ultimo e la sua famiglia vengono assistiti da un servizio di consulenza e ricevono affiancamento e supporto dal personale sanitario, sia prima sia dopo l’esecuzione del test. Il *counseling* educativo-motivazionale si caratterizza come intervento (specifico per ogni fascia di età) rivolto al miglioramento delle capacità di fronteggiamento, allo sviluppo di un ambiente sociale adeguato, alla promozione della salute fisica e mentale, in pieno accordo con i principi LSBE.

3.2. Attività sportive

Fra i molteplici ambiti in cui è possibile intercettare il disagio giovanile e dunque intervenire preventivamente, quello dello sport è un buon esempio del portato simbolico e valoriale degli interventi di *life skills*.

L’impegno che deriva da un corretto agonismo – strutturato e organizzato con intenzionalità educativa, che si sviluppa in un contesto ben definito fatto di regolamenti, etica e comportamenti approvati e riconosciuti – può essere finalizzato al raggiungimento e al rafforzamento di competenze relazionali e di abilità sociali come fattori protettivi rispetto ai rischi dell’aggressività e della marginalità sociale, ed è considerato un elemento di grande valore sia dal punto di vista educativo generale, sia nella costruzione di caratteri e personalità equilibrate.

I progetti di prevenzione attraverso lo sport sono mirati su adolescenti e preadolescenti già con problematiche conclamate, o che vivono in zone urbane ad alto rischio o in situazione di disagio, dove i giovani hanno scarse opportunità e la promozione delle attività sportive può diventare una delle principali occasioni di prevenzione primaria di comportamenti a rischio.

Gli interventi si propongono di coinvolgerli in attività sportive con un costante presidio educativo e con supporto psicologico dedicato, con la collaborazione di Enti educativi e Associazioni sportive, e si strutturano intorno al concetto di *resilienza*, intesa come la capacità di affrontare in maniera positiva gli eventi della

vita e di riorganizzarsi positivamente dinanzi alle difficoltà. Gli operatori coinvolti in questo tipo di progettualità (allenatori, educatori, psicologi) vengono opportunamente formati per promuovere benessere nell'attività sportiva non solo in senso agonistico, ma con un approccio orientato agli aspetti legati alla formazione del carattere e ad un buono sviluppo della personalità, migliorando la gestione delle dinamiche relazionali, in particolare con soggetti considerati difficili.

Nel solco dei principi qui affermati, numerosi progetti sono stati condotti in Italia utilizzando, al pari dello sport, altri spunti ed esperienze in grado di attivare le risorse personali dei minori a rischio e del contesto sociale tutto. Si pensi, a mero titolo esemplificativo, agli interventi legati al cinema o alla pittura: interventi grazie ai quali gli strumenti del *fare cinema* o *fare pittura* vengono utilizzati coerentemente al servizio del più ampio mandato educativo e preventivo.

3.3. Psicoterapia

Infine, una segnalazione va fatta per gli interventi di psicoterapia, in relazione ad una serie di ricerche che mostrano chiaramente l'efficacia preventiva, oltre che terapeutica, di un approccio *di senso* al disagio mentale.

La psicoterapia si presenta, per sua stessa natura, come l'intervento che maggiormente rispecchia le caratteristiche di *attribuzione di senso* che sarebbe auspicabile si diffondessero negli ambiti politici, culturali e sanitari relativamente alle dipendenze patologiche.

Essa infatti riconosce e tratta la sofferenza psichica, "da un lato accogliendola, e dall'altro recuperandola ad intellegibilità e senso, ossia riconoscendola come parte integrante dei vissuti della persona e delle sue relazioni con gli altri"⁶.

Perché si diffonda sempre più una sensibilità psicoterapeutica nei servizi, è necessario attivare un processo trasformativo che parta dal riconoscimento delle evidenze di efficacia della

psicoterapia in ambito preventivo, passi attraverso un'attenzione mirata alla formazione degli operatori, e giunga ad orientare le politiche sanitarie, "ancora troppo ancorate al rapporto costi/benefici, attente a valutare gli effetti positivi immediati che i farmaci sembrano produrre, ma incapaci di vedere gli esiti dei processi a distanza, i recuperi ben più stabili ed il numero di recidive largamente minore che la psicoterapia è in grado di ottenere"⁷.

Tale processo permetterebbe di rendere l'intervento psicoterapico più facilmente fruibile nei Servizi ed assumerebbe carattere pienamente preventivo, in particolare in un'ottica di *prevenzione secondaria*⁸.

4. Conclusioni

Nella costruzione delle strade di prevenzione per le dipendenze si avverte in definitiva la necessità di un'apertura, un coinvolgimento di più attori. Un'apertura che coinvolga le istituzioni, il legislatore, la cittadinanza, l'opinione pubblica ed il "comune sentire" e che sancisca – in buona sostanza – la "dignità" delle dipendenze, al pari della altre patologie, psichiatriche e non; che le allontani dallo stigma e dall'isolamento, per spingere e dare ulteriore coraggio ad un corpus teorico e di buone pratiche che pone le sue radici in decenni di ricerche, riflessioni cliniche, sofferenze.

Occorre ripartire dalla certezza che non può esistere un approccio alle dipendenze patologiche che sia avulso dal contesto di riferimento entro il quale esse si sono sviluppate.

Curare il sintomo (la tossicità) senza guardare alla storia che lo ha prodotto (una storia di dipendenza), e senza tentare di interferirvi, è un intervento a metà.

7. L. ONNIS, et al., *La psicoterapia come fattore di prevenzione. Una prospettiva sistemica*, in "Psicobiettivo", vol XXXII, 1, 2012, pp. 31-47.

8. Vedi cap. successivo.

6. L. ONNIS, G. LO RUSSO, *Dove va la psichiatria?*, Feltrinelli, Milano, 1980.