

SCUOLA INTERNAZIONALE SUPERIORE DI STUDI AVANZATI
Laboratorio Interdisciplinare per le Scienze Naturali e Umanistiche

MASTER IN COMUNICAZIONE DELLA SCIENZA "FRANCO PRATTICO"

Anno Accademico 2016/2017

QUALE DIPENDENZA? DIPENDE

Tesi di:

Giulia Virtù

Relatore:

Stefano Canali

Trieste, febbraio 2018

“QUALE DIPENDENZA?” “ DIPENDE...”

Sommario

Introduzione	3
<i>L’evoluzione del concetto di dipendenza nel DSM</i>	3
<i>Criticità dell’impianto del DSM</i>	5
<i>Diagnosi di dipendenza</i>	7
<i>Perdita della dimensione soggettiva</i>	7
<i>L’importanza della storia e del linguaggio utilizzato per narrarla</i>	8
<i>Lo stigma associato ai DUS</i>	9
<i>Il linguaggio come cura</i>	12
<i>L’assessment, l’alleanza terapeutica e la condivisione di un progetto di intervento</i>	15
<i>Immagini mentali, stereotipi e pregiudizi</i>	16
<i>Paradigmi e modelli di dipendenza</i>	18
1) Il paradigma ‘disease’.....	19
2) Il paradigma adattivo	25
La ricerca	26
Obiettivi	27
Materiali e metodi	28
• la ricerca quantitativa	28
Questionario sulla concettualizzazione della dipendenza (utenti)	32
• la ricerca qualitativa	39
Intervista.....	40
I risultati della ricerca	41
1° SOTTOSCALA: <i>capacità di controllo / uso della sostanza controllato e socialmente accettabile</i>	42
2° SOTTOSCALA: <i>dipendenza come malattia cronica</i>	45
3° SOTTOSCALA: <i>fiducia nei servizi e volontà di affidarsi a figure professionali</i>	48
4° SOTTOSCALA: <i>responsabilità per la dipendenza /per le azioni compiute sotto l’effetto della sostanza</i>	49
5° SOTTOSCALA: <i>responsabilità per la cura e per il percorso di recupero</i>	52

6° SOTTOSCALA: ereditarietà /base genetica del disturbo	54
7° SOTTOSCALA: uso della sostanza come strategia di coping	56
8° SOTTOSCALA: dipendenza come debolezza morale / mancanza di volontà	59
Conclusioni e discussione	65
<i>Dipendenza, volontà, intenzionalità e debolezza.</i>	69
<i>Dipendenza, mancanza di controllo e inneschi ambientali</i>	72
<i>Dipendenza come malattia cronica</i>	74
<i>Dipendenza e Craving</i>	75
<i>Responsabilità per la cura e per il percorso di recupero</i>	79
<i>Dipendenza come strategia di coping</i>	80
<i>Uso controllato e socialmente accettabile</i>	82
Ultime curiosità	83
Per finire	87
Bibliografia	88
Appendice 1. Interviste agli utenti del SerT dell'Asuvs di Trieste	93

Introduzione

L'ignoranza non ha mai salvato nessuno. E l'ignoranza a proposito della tossicodipendenza è pari alla sua diffusione.

Esiste un quesito al quale la nostra cultura, ad oggi, non sembra in grado di rispondere: “Cos'è la dipendenza? Come viene comunicata, concettualizzata e immaginata?”.

La mia tesi intende indagare l'universo cognitivo che si nasconde dietro questa domanda, proprio per evitare che una questione così fondamentale passi in secondo piano. Molto spesso, infatti, accade che gli aspetti concettuali e teorici restino in subordine rispetto agli studi sperimentali, come se nessuno si rendesse conto di quanto in realtà siano prioritari. Il nostro modo di approcciare la ricerca empirica dipende dalle descrizioni e dalle definizioni teoriche che utilizziamo per osservare e comprendere la realtà. Per questo motivo l'analisi critica degli aspetti comunicativi e concettuali dovrebbe essere valorizzata almeno quanto quella sperimentale.

Gli straordinari progressi compiuti nell'arco degli ultimi quarant'anni dalla ricerca neurobiologica, psicofarmacologica e neuro-tecnologica, hanno contribuito a portare alla ribalta le controversie che ruotano intorno al concetto di dipendenza. È un discorso complesso che presenta profonde implicazioni a livello di strategie di intervento, ma anche di impatto sociale e politico. Infatti, quando le etichette verbali utilizzate dai medici incontrano l'immaginario collettivo e vengono interpretate dai media, esse diventano veicolo di vere e proprie norme sociali, di azioni politiche e collettive, pregiudizi e stigmi. Questo perché il concetto stesso di dipendenza mette in campo immagini mentali controverse e difficili da comunicare, come il controllo volontario del comportamento, il libero arbitrio, la responsabilità e l'autonomia. Questi elementi definiscono l'uomo in quanto tale, in quanto essere senziente e 'animale sociale' (Aristotele, IV a.C.)¹, e costituiscono i nodi della rete che lega individuo e società. Di conseguenza, la ricerca in questo campo, consapevole della delicatezza del tema e delle profonde implicazioni a livello sociale, [...]

L'evoluzione del concetto di dipendenza nel DSM

Per rendere meglio l'idea della complessità di significati partiamo dalle definizioni di dipendenza riportate dal DSM-V e dall'ICD-11, i due testi internazionali di riferimento per la diagnosi psichiatrica.

¹ Aristotele, IV secolo A.C., “Politica”

Il DSM-V definisce la dipendenza come una modalità patologica di uso di sostanze che conduce a disagio o compromissione clinicamente significativi, che si manifesta con 2 (o più) delle situazioni seguenti che si manifestano in ogni momento nello stesso periodo di 12 mesi:

- 1) La sostanza è spesso assunta in quantità maggiori o per periodi più prolungati rispetto a quanto previsto dal soggetto
- 2) Desiderio persistente o tentativi infruttuosi di ridurre o controllare l'uso della sostanza
- 3) Una grande quantità di tempo viene spesa in attività necessarie a procurarsi la sostanza (per es., recandosi in visita da più medici o guidando per lunghe distanze), ad assumerla (per es., fumando “in catena”), o a riprendersi dai suoi effetti
- 4) Craving o forte desiderio o spinta all'uso della sostanza
- 5) Uso ricorrente della sostanza che causa un fallimento nell'adempimento dei principali obblighi di ruolo sul lavoro, a scuola, a casa
- 6) Uso continuativo della sostanza nonostante la presenza di persistenti o ricorrenti problemi sociali o interpersonali causati o esacerbati dagli effetti della sostanza
- 7) Importanti attività sociali, lavorative o ricreative vengono abbandonate o ridotte a causa dell'uso della sostanza
- 8) Uso ricorrente di alcol in situazioni nelle quali è fisicamente pericoloso
- 9) Uso continuato di alcol nonostante la consapevolezza di un problema persistente o ricorrente, fisico o psicologico, che è stato probabilmente causato o esacerbato dalla sostanza
- 10) Tolleranza, come definita da ciascuno dei seguenti:
 - a) il bisogno di dosi notevolmente più elevate della sostanza per raggiungere l'intossicazione o l'effetto desiderato
 - b) un effetto notevolmente diminuito con l'uso continuativo della stessa quantità della sostanza
- 11) Astinenza, come manifestata da ciascuno dei seguenti:
 - a) la caratteristica sindrome di astinenza per la sostanza
 - b) la stessa sostanza (o una strettamente correlata) è assunta per evitare o attenuare i sintomi d'astinenza

Si tratta di definizioni mediche, necessarie per poter effettuare una corretta diagnosi, eppure, in esse, termini fisiopatologici vengono usati in concomitanza ad altri più indefiniti, appartenenti all'ambito delle scienze sociali, psicologiche e comportamentali. È infatti inevitabile incontrare difficoltà nel dare una definizione

medica, ad esempio, di ‘perdita del controllo volontario del comportamento’, proprio perché riporta a presupposti che attengono a una dimensione etica e morale e che sono a tutt’oggi privi di una definizione universalmente condivisa.

Questo accade perché la dipendenza, per la sua intrinseca natura, si pone in una terra di confine tra medicina, biologia, psicologia, ecologia, sociologia, religione, economia, politica, storia e filosofia. È stata quindi una conseguenza inevitabile che le definizioni che negli anni ne sono state date e i metodi adottati per diagnosticarla abbiano oscillato tra questi diversi ambiti, dando maggiore importanza di volta in volta a uno o all’altro di essi.

Le prime due versioni del DSM² (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders I e II) (Nathan, Conrad & Skinstad, 2016) ad esempio, sono maggiormente influenzate dalle teorie psicomodinamiche del periodo e stigmatizzano la dipendenza annoverandola tra i disturbi socialmente inaccettabili derivanti da un problema di personalità.

In reazione a questo approccio, gli sviluppatori del DSM-III hanno iniziato ad adottare una visione distaccata nel tentativo di spiegare in maniera più ‘oggettiva’ il processo che porta a sviluppare una dipendenza patologica, senza però fare alcun riferimento alle possibili cause.

Si realizza quindi un profondo distacco dall’eziologia psicoanalitica che proprio nella ricerca delle cause della dipendenza vedeva il suo scopo. Si sceglie così di adottare una prospettiva ‘ateoretica’, nella convinzione di poter diagnosticare un disturbo esclusivamente a partire dai suoi sintomi, senza dover per forza adottare un approccio teorico o consequenziale (id. comportamentista, cognitivista, psicoanalitico, gestaltico, ecc.). Per questo motivo, in questa versione e ancora di più nel DSM-III-R, iniziano a essere inclusi termini più prettamente biologici e sintomatologici come “astinenza” e “tolleranza”.

Sulla scia di questo criterio, il DSM-IV e il DSM-V hanno quasi esclusivamente un impianto medico-biologico.

Criticità dell’impianto del DSM

A causa di queste particolari caratteristiche (ateoreticità e mancanza di una visione eziologica) il DSM, definito negli anni la Bibbia della psichiatria, ha incontrato numerose critiche. Sono moltissimi gli psichiatri, i medici e gli psicologi, soprattutto

2 Peter E. Nathan, Mandy Conrad, Anne Helene Skinstad, Annual Review of Clinical Psychology (2016), History of the Concept of Addiction 12:1, 29-51

nel mondo anglosassone, che lo utilizzano come principale riferimento per la propria attività clinica e di ricerca, considerandolo uno degli strumenti più attendibili per la diagnosi dei disturbi mentali. D'altro canto però, sono altrettanti quelli che, al contrario, lo ritengono inaffidabile.

Opinioni difformi da quella dell'APA³ (American Psychiatric Association: l'organo che si è occupato della redazione del manuale) criticano la sua struttura rigidamente statistica, in particolar modo la scelta dei cut-off (numero minimo di sintomi raccolti per poter effettuare la diagnosi) che porterebbero a diagnosticare il disturbo a una persona con tre delle caratteristiche richieste, allo stesso modo di una persona con sette di quelle caratteristiche, a scapito di chi, invece, ne raccoglie solo due. I criteri di riconoscimento del disturbo di dipendenza nel DSM-V, infatti, sono 13, ma al fine di formulare una diagnosi ne sono sufficienti solo due. Da questi però sono esclusi 'tolleranza' e 'astinenza' in quanto considerate risposte adattive alla sostanza dal punto di vista fisiologico.

Nonostante l'approccio ateoretico del DSM, è quindi inevitabile che il clinico, di fronte alla difficoltà di formulare una diagnosi utilizzando esclusivamente questi "asettici" criteri cut-off, metta in atto un processo cognitivo con cui tenta di elaborare una visione globale del caso clinico in questione. Più o meno consapevolmente si rifarà a teorie e modelli che considera validi e, di conseguenza, sempre più o meno consapevolmente, assegnerà un peso diverso ai differenti criteri, quando invece dovrebbe attribuire a ciascuno di essi il medesimo valore.

Dunque, anche utilizzando il DSM, che dovrebbe essere indicatore di ateoreticità, il clinico ricorre alle sue conoscenze pregresse e alle teorie sulla dipendenza sulle quali fa maggior affidamento, formulando infine una diagnosi che riflette il proprio universo cognitivo e conoscitivo.

Le inferenze che lo psicologo trae sul probabile disturbo da abuso di sostanze di un individuo, sono quindi il prodotto di un processo socialmente e culturalmente mediato, attraverso il quale egli applica alla situazione un particolare insieme di significati. Vale a dire un linguaggio teorico e/o un tipo di modello di dipendenza che inevitabilmente si porta dietro un particolare modo di categorizzare, interpretare e spiegare il comportamento del paziente o altri indicatori psicologici.

Si tratta, in effetti, di schematizzazioni basate su astrazioni categoriali (effettuate a scopi valutativi): niente di particolarmente diverso dai criteri cut-off proposti dal DSM, se non per la presenza di una forte teoria di riferimento nella mente del clinico. Tali schematizzazioni vengono definite, in termini tecnici, "strutture cognitivo-

³ <https://www.psychiatry.org/>

organizzative che preordinano il processo di attribuzione” (Anderson, Goolishian, 1992)⁴. È importante sottolineare che tali "schemi" dipendono dal tipo di relazione che si stabilisce tra clinico e paziente, dalle loro reciproche attribuzioni e dagli scopi che guidano l'interazione stessa. Caratteristica importante è la loro valenza anticipatoria, in grado di condizionare anche le valutazioni successive. Il processo cognitivo di categorizzazione svolto dagli Schemi, infatti, se da un lato fornisce funzioni utili nel costruire, dall'altro non è esente da errori (li implica) e deformazioni, che risultano ancor più gravi se si considera che la categorizzazione di particolari comportamenti, sentimenti ed emozioni non ha possibilità di un feedback correttivo. È stata dimostrata infatti la tendenza a confermare le impressioni e i giudizi di personalità, più che a falsificarli (effetto Forer⁵).

Diagnosi di dipendenza

Dunque, abbiamo a che fare con una diagnosi di dipendenza che vede la sovrapposizione di due categorizzazioni: da una parte quella 'ateoretica' fornita dal DSM, dall'altra quella impregnata di teoria derivante dal bagaglio cognitivo e conoscitivo del clinico. Motivo per cui, nel loro recentissimo studio (21 giugno 2017), Amanda Flores, Pedro L. Cobos e York Hagmayer⁶ si sono permessi di affermare che la logica stessa del DSM, creata proprio per evitare discrepanze, sia destinata a fallire, finendo con l'incrementare i dissensi diagnostici.

Perdita della dimensione soggettiva

E in questa continua tendenza all'etichettamento si perde completamente la dimensione soggettiva del paziente. Per scelta il DSM vuole essere uno strumento nosografico, che prescinde cioè dal vissuto personale, elaborando una sintomatologia su base statistica. Ma siamo sicuri che questa sia la scelta migliore? Senza dubbio l'intento di creare condivisione e perseguire un'idea di diagnosi 'omogenea per tutti',

⁴ Anderson, H., Goolishian, H. (1992) The client is the expert: a not knowing approach to therapy. 34-41
McNamee, K. Gergen (1998) Therapy as social construction. London, Sage, pp. 25-39 (Trad. it. La terapia come costruzione sociale. Milano, Angeli, 1998)

⁵ L'effetto Forer (chiamato anche effetto di convalida soggettiva, o effetto Barnum, dal nome di Phineas Taylor Barnum) è un fenomeno per il quale ogni individuo, posto di fronte a un profilo psicologico che crede a lui riferito, tende a immedesimarsi in esso ritenendolo preciso e accurato, senza accorgersi che quel profilo è abbastanza vago e generico da adattarsi a un numero molto ampio di persone.

https://it.wikipedia.org/wiki/Effetto_Forer

⁶ Amanda Flores, Pedro L. Cobos, York Hagmayer (2017) First Published June 21, 2017 "The Diagnosis of Mental Disorders Is Influenced by Automatic Causal Reasoning", Clinical Psychological Science, SAGE Journals

è lodevole. D’altro canto però lo studio dei motivi strettamente personali che hanno portato ciascun individuo alla dipendenza, del modo in cui narra la sua storia e dei significati che attribuisce alla sua condizione permetterebbero di arrivare ad una visione eziologica e globale della situazione e forse a un intervento più mirato ed efficace. La rigida categorizzazione del DSM ci consegna l’immagine di un individuo astratto, irrealista con cui diventa difficile, se non impossibile, interagire. Come si può aiutare un soggetto che non ha storia?

L’importanza della storia e del linguaggio utilizzato per narrarla

È dunque di vitale importanza la narrazione che le persone affette da DUS fanno della loro storia, i termini che utilizzano, i valori che veicolano attraverso la scelta delle parole. “Le parole sono importanti”, e non solo perché lo dice Nanni Moretti (Palombella Rossa 1989). Il linguaggio verbale ha un peso nella formazione delle rappresentazioni mentali ed è quindi in stretto rapporto con la dimensione affettiva e sensoriale, ma anche comportamentale ed emotiva. Il linguaggio veicola norme sociali e pregiudizi, stigmi e atteggiamenti ed è in grado di modificare il modo in cui ci si rapporta con le altre persone. Alcune ricerche hanno infatti dimostrato come atteggiamenti e comportamenti siano spesso conseguenza delle etichette verbali (Barnett, Hall & Carter 2017; Kelly, Dow & Westerhoff, 2010)⁷.

Da tempo alcuni ambiti della medicina e della psicologia si interrogano sulle ‘etichette verbali’, intendendo con esse i termini utilizzati per riferirsi a chi è affetto da una determinata malattia. Si stanno cercando nuove definizioni non denigratorie e che possano favorire la creazione di un buon clima relazionale e il proseguimento del rapporto terapeutico. Si sono cercati termini più rispettosi della dignità e della complessità dell’individuo con il fondamentale superamento dell’uso di un linguaggio che identificava la persona con la sua malattia (il pazzo, il tossico, l’handicappato ecc.). Si è passati dall’indicare il paziente come esclusivamente malato al definirlo come individuo che ha un disturbo ma che è anche e soprattutto altro da esso. Va sottolineato che la ricerca di una terminologia appropriata non significa ridurre l’intera questione al conformismo del “politically correct” al semplice fine di

⁷Anthony I. Barnett, Wayne Hall, Adrian Carter (2017) “Substance Use Terminology”, JAMA: The Journal of the American Medical Association, February 21, 2017

Kelly J.F., Dow SJ, Westerhoff C. (2010) “Does our choice of substance-related terms influence perceptions of treatment need? an empirical investigation with two commonly used terms”, JAMA drug

edulcorare consuetudini linguistiche, preferendo, ad esempio, le definizioni di “operatore ecologico” e “operatore cimiteriale” alle più comuni “spazzino” e “becchino”. Tale ricerca si basa invece sulla consapevolezza che la scelta della nomenclatura non è indifferente né neutrale; che l’utilizzo di un certo linguaggio, di un certo vocabolario può avere un’influenza fondamentale nel trattamento di un paziente, se favorisce il mantenimento di pregiudizi e stereotipi o al contrario se sfida lo stigma (Botticelli & Koh, 2016)⁸. Perché le etichette verbali che si utilizzano evocano immagini mentali potenti che possono influenzare il modo in cui si interagisce con il paziente già dal primo incontro e il modo in cui successivamente viene pensata e realizzata la cura.

Ma le conseguenze non sono solo in ambito clinico. Quando le etichette verbali utilizzate dai medici incontrano l’immaginario collettivo e vengono interpretate dai media, esse diventano veicolo di vere e proprie norme sociali, di azioni politiche e collettive, pregiudizi e stigmi.

Lo stigma associato ai DUS

Lo stigma rappresenta un marchio visibile in grado di gettare discredito o vergogna su coloro che ne sono oggetto. Storicamente l'utilizzo del termine riporta alla pratica di marchiare a fuoco o di segnare con il coltello criminali, traditori o schiavi, in modo tale da renderli immediatamente riconoscibili. Anche nell'antica Grecia e nel Cristianesimo il termine aveva la funzione di indicare alla collettività uno status criticabile e disprezzabile: per i greci si trattava di uno status morale, per i cristiani indicava, in un'accezione metaforica, i segni corporali della Grazia o del disordine fisico. Secondo Goffman⁹ (1963) il termine è utilizzato nel suo significato più letterale ed è pertanto applicato più alle minorazione in sé che alle prove fisiche di essa, tanto da indurre l'autore a definire lo stigma come un discredito sociale permanente in grado di difendere la collettività.

Le caratteristiche generali dello stigma e quanto sinora affermato circa la dipendenza, conducono naturalmente ad affrontare in maniera più approfondita l’associazione tra i due concetti, poiché tale associazione rappresenta un significativo ostacolo sia per il trattamento, in particolar modo in termini di compliance¹⁰ e di

⁸ Michael P. Botticelli, Howard K. Koh, (2016) “Changing the Language of Addiction”, JAMA: The Journal of the American Medical Association, October 4, 2016

⁹ Goffman, E. (1963). Stigma. L’identità negata. Milano: Giuffrè Editore.

¹⁰ La compliance (termine inglese di uso internazionale; in italiano a volte reso come acquiescenza) è l'adesione del paziente, dopo accurata consulenza del medico, ad una terapia, in genere farmacologica o igienica. [https://it.wikipedia.org/wiki/Compliance_\(medicina\)](https://it.wikipedia.org/wiki/Compliance_(medicina))

costanza, sia per la concezione di sé sia per l'autostima delle persone cui è stata effettuata una diagnosi (Corrigan, 2004; Corrigan, 2007; Teachman, Wilson & Komarovskaya, 2006; Stier & Hinshaw, 2007¹¹).

La questione risulta particolarmente delicata se si considera che lo stigma associato alla dipendenza è presente in diverse nazioni e culture nel mondo e che opera tanto a livello esplicito quanto attraverso bias impliciti, che sono altrettanto in grado di determinare giudizi e comportamenti discriminanti (Teachman et al., 2006¹²; Stier & Hinshaw, 2007¹³). Gli effetti dello stigma si riflettono sia sulle persone affette da DUS sia sulle istituzioni, che vedono salire enormemente i costi sanitari a causa della riospedalizzazione e dei drop out nei percorsi di cura, in particolar modo quelli a lungo termine (Corrigan, 2004¹⁴).

Per quanto infatti al giorno d'oggi ci sia stata una evoluzione positiva verso una riduzione dello stigma nei confronti di alcune minoranze (es. disabili), quello nei confronti dei soggetti dipendenti ha in generale visto un limitato progresso (Skinner, Berry, Griffith & Byers, 1995¹⁵; Reaume, 2002¹⁶; Stier & Hinshaw, 2007¹⁷; Putnam, 2008¹⁸). Come dimostrato dagli esperimenti di Teachman et al. (2006), risulta attiva a

11 Corrigan, P. (2004). "How stigma interferes with mental health care." *American Psychologist*, 59 (7), 614-625.

Corrigan, P. (2007). "How clinical diagnosis might exacerbate the stigma of mental illness". *Social Work*, 52(1), 31-39.

Stier, A. & Hinshaw, S. P. (2007). "Explicit and implicit stigma against individuals with mental illness" *Australian Psychologist* 42 (2), 106 – 117.

Teachman, B. A., Wilson, J. G., Komarovskaya, I. (2006). "Implicit and explicit stigma of mental illness in diagnosed and healthy samples". *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(1), 75-95

12 Teachman, B. A., Wilson, J. G., Komarovskaya, I. (2006). "Implicit and explicit stigma of mental illness in diagnosed and healthy samples". *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(1), 75-95

13 Stier, A. & Hinshaw, S. P. (2007). "Explicit and implicit stigma against individuals with mental illness". *Australian Psychologist* 42 (2), 106 – 117.

14 Corrigan, P. (2004). "How stigma interferes with mental health care." *American Psychologist*, 59 (7), 614-625.

15 Skinner, L. J., Berry, K. K., Griffith, S. E., Byers, B. (1995). "Generalizability and specificity of the stigma associated with the mental illness label: a reconsideration twenty-five years later". *Journal of Community Psychology*. 23, 3-17

16 Reaume, G. (2002). "Lunatic to patient to person: nomenclature in psychiatric history and the influence of patients activism in North America". *International Journal of Law and Psychiatry*, 25, 405-426.

17 Stier, A. & Hinshaw, S. P. (2007). "Explicit and implicit stigma against individuals with mental illness". *Australian Psychologist* 42 (2), 106 – 117

18 Putnam, (2008). "Mentl illness: diagnostic title or derogatory term? (Attitudes towards mental illness) Developing a learning resource for use within a clinical call centre. A systematic literature review on attitudes towards mental illness". *Journal of Psychiatric and mental Health Nursing* 15, 684 – 693.

livello sia implicito che esplicito una connotazione del malato mentale (e, più in particolare, del soggetto DUS) in termini di devianza e vera e propria ‘cattiveria’ (i questionari elaborati dai ricercatori includono il termine di uso comune wickedness).

È possibile inquadrare la questione considerandola come un continuum che vede l’evoluzione di quattro processi sociocognitivi interagenti tra loro (Corrigan, 2004¹⁹; Teachman et al., 2006²⁰):

- 1-indizi o caratteristiche
- 2-stereotipi
- 3-pregiudizi
- 4-discriminazione.

Tra i primi rientrano i sintomi, le difficoltà che il soggetto dipendente incontra nella gestione quotidiana della vita, l’apparenza fisica e infine le etichette con cui lui stesso si definisce. A tal proposito è interessante notare come alcune delle esperienze - considerate positive dal soggetto DUS- dell’uso di sostanze, ad esempio l’affettività alterata, il cambiamento di umore, l’empatia, ed il comportamento disinibito, concorrano fortemente a generare quell’alone di pericolosità e incomprensibilità.

Tali bias, possono generare pregiudizi di varia natura (Putnam, 2008²¹), tra i quali spiccano l’impossibilità di essere aiutati, la colpevolizzazione e la responsabilità per la propria situazione di dipendenza, la cattiveria, l’imprevedibilità (Link, Phelan, Bresnahan, Stueve and Pescosolido, 1999²²), una mancanza di capacità, di intelligenza e di forza di volontà (Earnshaw, Smith, Copenhaver²⁰¹³²³), comportamenti violenti (Wekerle, Wall, 2004²⁴).

¹⁹Corrigan, P. (2004). “How stigma interferes with mental health care.” *American Psychologist*, 59 (7), 614-625.

²⁰ Teachman, B. A., Wilson, J. G., Komarovskaya, I. (2006). “Implicit and explicit stigma of mental illness in diagnosed and healthy samples”. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(1), 75-95

²¹ Putnam, (2008). “Mental illness: diagnostic title or derogatory term? (Attitudes towards mental illness) Developing a learning resource for use within a clinicalcall centre. A systematic literature review on attitudes towards mental illness”. *Journal of Psychiatric and mental Health Nursing* 15, 684 – 693

²² Link, B. G., Phelan, J. C., Bresnahan, M., Stueve, A. & Pescosolido, B. A. (1999). “Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance”. *American Journal of Public Health*, 89(9), 1328-1333.

²³Valerie Earnshaw, Laramie Smith, Michael Copenhaver (2013) “Drug Addiction Stigma in the Context of Methadone Maintenance Therapy: An Investigation into Understudied Sources of Stigma”, *International Journal of Mental Health and Addiction*, February 2013, pp 110–122

²⁴C Wekerle, AM Wall (2004) “The violence and addiction equation: Theoretical and clinical issues in substance abuse and relationship violence”, *Psychiatric Services*, 57-85

Molti di questi pregiudizi affondano le proprie radici in credenze antiche (Crocq, 2007²⁵). Questo ha avuto una grossa rilevanza nel contribuire al perpetuarsi della stigmatizzazione poiché non c'è nulla di più potente di una narrazione storica capace di evocare immagini mentali per costruire un'idea collettiva che ritrae queste persone come viziose o violente, rendendole oggetto di ridicolo, odio e paura.

Come già accennato nel paragrafo precedente anche l'etichettamento conseguente alla diagnosi effettuata secondo i criteri diagnostici vigenti può comportare un ulteriore passo verso la stigmatizzazione del soggetto, poiché i disturbi da uso di sostanze sono alcune delle patologie in grado di elicitare con maggior facilità gli atteggiamenti negativi.

In particolare, se ci concentriamo sul linguaggio che utilizzano i clinici nell'ambito delle dipendenze per parlare al paziente oppure del paziente e della sua patologia, appare sempre più evidente la necessità di attuare un cambiamento drastico nell'utilizzo delle etichette verbali (O'Brien et al. 2006²⁶). Negli Stati Uniti in concomitanza con la pubblicazione della V edizione del DSM, si è aperta un'ampia discussione sulla terminologia da impiegare nel campo dell'Addiction Medicine (O'Brien 2011²⁷). Si vuole realizzare un cambiamento terminologico volto a escludere parole ambigue e confusive o eccessivamente stigmatizzanti. I termini 'disturbo da uso di sostanze' e 'addiction' sarebbero quindi da preferire nel linguaggio clinico rispetto ai più generici 'dipendenza' e 'abuso', perché più neutrali, meno stigmatizzanti, più attinenti all'ambito scientifico ed espressione di un linguaggio che non identifica la persona con il disturbo e introduce la necessità della frase possessiva.

Il linguaggio come cura

Il perpetuarsi di certo linguaggio, che definisce fra l'altro “sporco” o “pulito” il paziente (e i suoi fluidi biologici) se ha fatto uso o meno di una sostanza, non solo influenza il lavoro quotidiano degli operatori, ma anche il modo in cui i pazienti percepiscono se stessi, il loro disturbo e la loro possibilità di cambiare. È un linguaggio che ha anche un impatto importante su ciò che la popolazione generale pensa di chi presenta un DUS. Le parole, se confermano lo stigma, allontanano i

²⁵ Marc-Antoine Crocq (2007) “Historical and cultural aspects of man's relationship with addictive drugs”, *Dialogues in Clinical Neuroscience* 9(4): 355–361

²⁶ O'Brien CP, Volkow N, Li TK. (2006) “What's in a word? Addiction versus dependence in DSM-V”. *Am J Psychiatry*. 163(5):764-765

²⁷ O'Brien C. (2011) “Addiction. Addiction and dependence in DSM-V” 106(5):866-867

pazienti dalla cura, favoriscono la loro marginalizzazione e possono quindi contribuire al peggioramento della loro condizione: cominciare ad utilizzare un linguaggio appropriato, meno “sporco” (Kelly et al. 2015²⁸), è un passaggio necessario se pur non sufficiente (Corrigan, 2014²⁹), per combattere i pregiudizi e gli stereotipi sociali e per cambiare i comportamenti e l’agire degli operatori e degli stessi soggetti in cura. Lo stigma, perpetuato sia dalla popolazione generale che dai sanitari, è la maggiore barriera che impedisce alle persone con DUS di chiedere aiuto. Se ad esempio molti medici considerano i disturbi da uso di alcol una questione almeno in parte di debolezza morale o personale (Richter et al. 2014³⁰), saranno di conseguenza portati a considerare il DUS come una condizione derivante da vizio, immoralità, devianza e non una malattia a base neurobiologica con correlati psicopatologici e quindi un problema di salute e medico. D’altra parte, però, anche una definizione di tipo esclusivamente biomedico non è in grado di cogliere tutti gli elementi sociali e le sfumature fenomenologiche e rischia di relegare il soggetto in una condizione di passività e giustificazionismo. In entrambi i casi il trattamento che ne deriverà potrà essere non appropriato.

Le etichette verbali che si scelgono per descrivere un paziente, lo assegnano immediatamente ad una certa categoria sociale e ne influenzano così la cura, perché alcune hanno un incredibile potenziale induttivo e possono “cancellare” l’individuo, la sua dignità e la sua storia personale nel momento in cui lo codificano: nomina sunt omina. (Carnaghi et al., 2008³¹). Nella lingua italiana l’etichetta verbale (nome e aggettivo corrispondente) che meglio rappresenta quanto anticipato, è quella di “tossicodipendente”, con il corrispettivo sostantivo “tossicodipendenza”. La parola “tossicodipendente”, soprattutto quando usata nelle infinite varianti dispregiative (tossico, tossicone ecc.), purtroppo assai utilizzate anche fra gli operatori dei Ser.D e fra gli stessi pazienti per definirsi, rappresenta una terminologia che perpetua lo stigma. Rimanda infatti all’espressione gergale “tossico” che in italiano significa sostanza velenosa e come aggettivo è sinonimo di nocivo, venefico e dannoso e quindi riporta ad una idea di pericolosità non solo per sé ma anche per la società. Anche il termine “abuso” è connotato negativamente nella lingua italiana. Significa: 1.

²⁸Corrigan PW. (2014) “Erasing stigma is much more than changing words”. *Psychiatr Services*; 65(10):1263-4

²⁹Kelly JF, Wakeman SE, Saitz R (2015). “Stop talking ‘dirty’: clinicians, language, and quality of care for the leading cause of preventable death in the United States”. *Am J Med*;128(1):8-9.

³⁰Richter L, Foster SE (2014). “Effectively addressing addiction requires changing the language of addiction”. *J Public Health Policy*. 2014 Feb;35(1):60-64.

³¹Carnaghi A, Maass A, Gresta S, Bianchi M, Cadinu M, Arcuri L. (2008) “Nomina sunt omina: on the inductive potential of nouns and adjectives in person perception”. *J Pers SoTc Psychol (Journal of Personality and Social Psychology)* 2008 May;94(5):839-59.

“Cattivo uso, uso eccessivo, smodato, illegittimo di una cosa, di un’ autorità. 2. Atto che faccia uso della forza fisica per recare danno ad altri; violenza: a. sui minori, a. sessuali. 3. In particolare, nel diritto, si definiscono abuso varie ipotesi di reato o di illeciti che hanno come elemento comune l’uso illegittimo di una cosa o l’esercizio illegittimo di un potere” (Treccani, 2016). In farmacovigilanza si riferisce ad un intenzionale uso eccessivo di un medicinale, sporadico o persistente, accompagnato da effetti dannosi fisici o psicologici. (GPV, EMA 2012). La parola “abuso”, quindi, per definizione, circoscrive il nucleo del problema alla scelta e alla volontà individuale di chi decide di utilizzare in modo eccessivo; la connotazione negativa è quindi legata al fatto che questo termine tralascia la componente di compromissione del controllo volontario del comportamento negando il potere di ‘aggancio’ (chemical hooks) della sostanza (fatto che, nonostante non sia l’unica causa della dipendenza, ricopre comunque un ruolo rilevante nella gestione dell’uso della sostanza).

Nel momento in cui si classifica il paziente come colui che abusa, tale terminologia attiva immediate inferenze negative, per cui la persona è esposta a critica e a giudizio morale (in quanto consapevolmente attivo nell’abuso) fino al sospetto di un uso completamente illecito, ossia di diversione. I due termini “abuso” e “diversione”, frequentemente usati come sinonimi anche all’interno dei Ser.T, sono erroneamente intercambiabili: il primo consiste nell’uso smodato o eccessivo del farmaco/sostanza, il secondo nella cessione o vendita del farmaco affidato. Da qui la preferenza per il termine “misuso” che nella lingua italiana è obsoleto, ma che è ritornato in auge nella letteratura scientifica come traduzione dell’inglese “misuse”. “Misuso” è vocabolo neutrale, non comporta pregiudizi né inferenze che possono portare a una mancata comprensione del problema, determinando interventi di cura inappropriati o all’esclusione degli stessi, così come può accadere con “abuso”. Infatti il termine “misuso” (in medicina Treccani) indica semplicemente una via di somministrazione diversa dalla solita prescrizione medica; una parola generica che non attribuisce responsabilità (possono essere diverse e attinenti al paziente, al prescrittore/medico o al farmaco in sé). Richiede insomma una diagnosi differenziale, perché si tratta di un termine che può avere un’eziologia varia (Savage, 2009³²).

È auspicabile quindi che, anche in Italia come già successo negli Stati Uniti, si apra una discussione sul linguaggio usato nella medicina delle dipendenze, finalizzata a superare una terminologia poco scientifica e che depersonalizza il paziente, privandolo della sua individualità e della sua storia. Bisogna promuovere un linguaggio che rispetti il valore e la dignità degli utenti dei Ser.T, che faccia

³²Savage SR. (2009) “Management of opioid medications in patients with chronic pain and risk of substance misuse”. *Curr Psychiatry Rep.* 2009 Oct; 377-384

riferimento alla natura clinica e psicosociale dei DUS, promuovendo il cambiamento nel paziente e non bloccandolo con una categorizzazione inesorabile, senza speranza e capace solo di rinforzare gli stereotipi sociali (Broyles et al. 2014³³). Un linguaggio infine, citando Carlo Levi e il suo romanzo “Le parole sono pietre” sulla Sicilia degli anni ‘50, che permetta a chi si relaziona con queste persone, di avvicinarsi “con l’occhio aperto di un viaggiatore senza pregiudizi”³⁴.

L’assessment, l’alleanza terapeutica e la condivisione di un progetto di intervento

Come già accennato nel paragrafo precedente, l’utilizzo del linguaggio all’interno della relazione terapeutica è di vitale importanza. Il processo di assessment (conoscenza), infatti, è letteralmente un incontro/scontro di parole tra il soggetto che decide di rivolgersi al Ser.T e l’operatore.

Si tratta di due attori sociali che normalmente hanno diversi sistemi cognitivi, credenze, attitudini, valori e aspettative. Due mondi differenti che, al fine di cercare insieme strategie di intervento, vengono a contatto. Il sistema cognitivo e conoscitivo dei professionisti del Ser.T è generalmente legato a paradigmi scientifici, all’esperienza professionale, ma anche a vicissitudini personali. Per la persona che si rivolge al Servizio, invece, il sistema cognitivo fa riferimento soprattutto all’esperienza di salute e di malattia, ai precedenti tentativi di cura, al senso di autoefficacia percepito nel controllo delle proprie azioni e alla cultura del gruppo di riferimento. Il linguaggio utilizzato per comunicare tra questi due mondi permette di creare o meno compliance e condivisione e quindi il clima adatto a una buona alleanza terapeutica (Meier, Barrowclough, Donmall, 2005³⁵).

La definizione utilizzata ancora oggi per la locuzione ‘alleanza terapeutica’ è stata formulata da Bordin³⁶ nel 1979. Secondo lui l’alleanza terapeutica è costituita da tre componenti:

(1) l’esplicita condivisione di obiettivi da parte di paziente e terapeuta;

³³ Broyles LM1, Binswanger IA, Jenkins JA, Finnell DS, Faseru B, Cavaiola A, Pugatch M, Gordon AJ. (2014) “Confronting inadvertent stigma and pejorative language in addiction scholarship: a recognition and response”. Substance Abuse. 2014;217-221

³⁴ Levi Carlo (1955) “Le parole sono pietre. Tre giornate in Sicilia”. Einaudi Editore.

³⁵ Meier, P. S., Barrowclough, C. and Donmall, M. C. (2005), “The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: a critical review of the literature”. Addiction, 100: 304–316

³⁶ Bordin E.S. (1979), “The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance”, Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 16, 1979, pp. 252-260

(2) la chiara definizione e condivisione della natura del problema, dei compiti reciproci, dei metodi utilizzati e delle finalità del trattamento;

(3) il tipo di legame affettivo che si costituisce fra i due, caratterizzato da fiducia e rispetto.

Da tale definizione è possibile evincere che l'alleanza e, conseguentemente, l'intervento terapeutico in senso lato, si delineano come un lavoro collaborativo tra due soggetti interagenti ed entrambi attivi, ciascuno nel proprio ruolo.

In particolare, la condivisione delle credenze tra paziente e terapeuta, secondo elemento costitutivo dell'alleanza nonché fattore aspecifico di grande efficacia clinica (Luborsky, 1990³⁷), emerge dall'interazione tra due variabili principali: i sistemi cognitivi e conosciuti dei due attori sociali. Da una parte i comportamenti, le emozioni e i pensieri del terapeuta, dall'altra le proiezioni, le aspettative e le prospettive che nascono dalle esperienze passate del paziente. Ecco che entrambi gli elementi della diade clinica, paziente e terapeuta, ciascuno dotato di una propria storia evolutiva e di un proprio mondo interno, divengono di estrema importanza nella costruzione dell'alleanza e nella conduzione di una terapia avente buon esito. In altri termini, la sincronia di definizioni e intenti gioca un ruolo importante nell'instaurarsi del rapporto terapeutico.

I dati di ricerca hanno ripetutamente dimostrato come l'alleanza terapeutica sia un potente fattore predittivo dell'esito del trattamento psicoterapeutico (per una recente meta-analisi, si vedano Horvath, Del Re, Flückiger et al., 2011³⁸ e Ardito, Rabellino, 2011³⁹). Essa rappresenta infatti il fattore terapeutico aspecifico con la maggiore capacità di predire il buon esito dell'intervento, configurandosi così come un nucleo concettuale e clinico di estrema rilevanza.

Immagini mentali, stereotipi e pregiudizi

Strettamente collegato al linguaggio è il concetto di 'immagine mentale'. Il nostro sistema cognitivo, infatti, per ragionare si serve di rappresentazioni prodotte in assenza di ciò che è stato inizialmente percepito/figurato: indipendentemente dal

³⁷ LUBORSKY L., (1990) "Therapeutic alliance measures as predictors of future benefits of psychotherapy", Paper presented at the annual meeting of the Society for Psychotherapy Research, Wintergreen (VA) 1990

³⁸ Horvath AO, Del Re AC, Flückiger C, Symonds D, (2011) "Alliance in individual psychotherapy. Psychotherapy" University of Chicago Press 2011 Mar; 9-16.

³⁹ Rita B. Ardito e Daniela Rabellino (2011) "Therapeutic Alliance and Outcome of Psychotherapy: Historical Excursus, Measurements, and Prospects for Research", Frontiers in psychology, 18 ottobre 2011

fatto che si tratti di un oggetto, di un affetto, di una funzione somatica, di una tendenza istintuale o di un concetto astratto (Galimberti, 2006⁴⁰).

La ricerca psicologica nell'ambito delle immagini e delle raffigurazioni ha chiaramente evidenziato come non sia possibile separare la produzione di immagini mentali da altri processi cognitivi come il pensiero e la memoria, che sono ad esempio responsabili del perdurare degli effetti percettivi in assenza dell'oggetto, di rimaneggiamenti che allontanano l'immagine dal percetto originario così come del conferimento di un particolare significato all'immagine stessa.

Ed è proprio da questi rimaneggiamenti e allontanamenti che si può notare l'influenza della cultura dominante. Anche la mente, infatti, ha una sua dimensione sociale: funziona secondo processi che risultano da costruzioni sociali e prodotti culturali. Le rappresentazioni mentali fungono da 'categorizzanti sociali' e aiutano a raggruppare oggetti sconosciuti (concetti, idee, eventi, persone...ecc.) all'interno di insiemi che possiedono caratteristiche di equivalenza. Questo permette al nostro sistema cognitivo di risparmiare energia e di funzionare più rapidamente e in automatico.

Il rischio, però, è quello di perdere le specificità di ogni singolo oggetto: è il processo di accentuazione percettiva che porta allo stereotipo.

Dal greco στερεος (rigido) e τύπος (impronta), il termine "stereotipo" nasce nel '700 per indicare la riproduzione di immagini a stampa per mezzo di forme fisse.

La prima applicazione in ambito psicologico avviene in psichiatria per indicare comportamenti di tipo ripetitivo ed ossessivo, ma bisogna aspettare fino al 1922 perché il termine venga introdotto nelle scienze sociali. Grazie al contributo del giornalista Lippmann viene utilizzato per spiegare il processo di formazione dell'opinione pubblica (immagini mentali rigide, semplificazioni mentali derivanti da sistema culturale e dirette alla comprensione della realtà).

Con una accezione più generale si può quindi definire lo stereotipo come base dei processi mentali e del loro modo di funzionare in riferimento a oggetti anche non sociali, con una valenza sia positiva che negativa.

L'accezione esclusivamente negativa arriva con il pregiudizio. "La tossicodipendenza è un vizio, il tossicodipendente è un delinquente, è una vittima del sistema, è un individuo pericoloso, è solo un malato, rappresenta la feccia della società, la tossicodipendenza è inguaribile, è la nuova marginalità sociale, il metadone è la droga di stato, etc...". Quante volte abbiamo sentito queste affermazioni? Sono solo alcuni

⁴⁰ Galimberti, U. (Ed.) (2006). "Dizionario di psicologia". Novara: Istituto Geografico De Agostini S.p.A.

degli innumerevoli luoghi comuni e pregiudizi che circolano nella società occidentale intorno ai DUS (Corrigan, Kuwabara, O'Shaughnessy, 2009)⁴¹.

Il pregiudizio, nel campo delle scienze sociali viene inteso come un insieme coerente e mediamente rigido di credenze (negative) che un gruppo (ampio) condivide rispetto a un altro gruppo (di minore entità) o categoria sociale. Ed ecco che torna alla ribalta l'importanza del linguaggio utilizzato. Le parole che usiamo per definire un gruppo hanno un ruolo fondamentale nella strutturazione delle rappresentazioni mentali, dei processi cognitivi e conoscitivi. Il pregiudizio può essere definito addirittura come pratica esclusivamente discorsiva utilizzata in un contesto di dialogo sociale, in cui diventa di fondamentale importanza focalizzare l'attenzione sulla diffusione e trasmissione dei repertori interpretativi.

La costruzione e riproduzione del pregiudizio vede come centrale il ruolo dei mezzi di comunicazione di massa, luogo principale in cui si struttura il discorso sociale, ma anche le narrazioni dei singoli. Attraverso il linguaggio il pregiudizio diventa elemento condiviso all'interno di una società, assumendo le caratteristiche proprie della quotidianità di ognuno. In questo modo sarà maggiormente sedimentato a livello culturale e, quindi, più difficile da modificare.

Paradigmi e modelli di dipendenza

Le parole usate sono quindi lo specchio e, al contempo, il materiale da costruzione di una rappresentazione mentale che, a sua volta, è indice di una teoria o di un modello di riferimento.

Come già accennato nell'Introduzione, nonostante gli straordinari avanzamenti della ricerca in campo neurobiologico e psicosociale, la teorizzazione e l'eziologia dei DUS continua a rimanere incerta. Siamo molto lontani dal riuscire a formulare una sintesi tra i diversi modelli di spiegazione e questo è, senza dubbio, dovuto almeno in parte all'intrinseca complessità del problema, che impone l'assunzione di una pluralità di punti di vista: da quello fisiopatologico, a quello culturale, passando per le questioni socio-economiche, politiche, storico-filosofiche e prettamente farmacologiche. Questa difficoltà si riflette sul tipo di teorizzazioni, generando un panorama epistemico ricco di contrasti e dissensi.

Le teorie attualmente esistenti sulla dipendenza da sostanze psicoattive sono riconducibili a due ampi paradigmi: il paradigma 'disease' e quello 'adattivo'.

⁴¹Patrick W. Corrigan, Sachiko A. Kuwabara, John O'Shaughnessy (2009) "The Public Stigma of Mental Illness and Drug Addiction" Journal of Social Work, April 1, 2009

1) Il paradigma ‘disease’ è strettamente collegato a modelli come quello biomedico e psicomotivo -ma non solo- e spiega la tossicodipendenza in base a cause intra-individuali. In esso sono rintracciabili due diversi orientamenti: uno che indica come fattori determinanti la predisposizione individuale e l’esposizione alle droghe, l’altro che accorda un ruolo prioritario alle proprietà psicofarmacologiche delle sostanze con studi fisiologici e neurochimici. Tra i modelli riferibili a questo paradigma troviamo quindi:

1.1) La dipendenza come patologia cronica del cervello (modello biomedico).

Il concetto biomedico della dipendenza come malattia del cervello, è, ad oggi, il modello di riferimento prevalente nel dibattito teorico ed eziologico sui DUS. Ha largamente soppiantato spiegazioni di tipo psicologico, sociale e morale (che peraltro continuano a esistere) e si è ritagliato un’aura di oggettività come “spiegazione scientificamente corretta e comprovata”. Secondo questo modello l’uso prolungato di una sostanza determina delle modificazioni nelle strutture e nelle funzioni cerebrali tali da deteriorare il controllo volontario del comportamento (Leshner, 1997⁴²).

La prima formulazione della dipendenza come malattia risale al 1793, ad opera di Benjamin Rush, padre della psichiatria americana. Era un periodo di profonde trasformazioni socio-economiche⁴³: l’alcool iniziava a essere prodotto su scala industriale e al contempo si assisteva a un generale fenomeno di medicalizzazione di tutti quei comportamenti considerati devianti o problematici. In linea con le direttive dell’epoca, Rush definiva l’alcoolismo come una patologia della volontà indotta da una sostanza e caratterizzata dalla perdita del controllo e da un irresistibile bisogno.

Bisogna però aspettare fino alla seconda metà del Novecento perché venga scoperto il “sistema della ricompensa” (James Olds e Peter Milner 1954⁴⁴) e fino ai primi anni del XXI secolo perché Wolfram Schultz, neuroscienziato dell’università di Cambridge, ne descriva i meccanismi neurofarmacologici e il ruolo fondamentale della dopamina (Kobayashi, Schultz, 2014⁴⁵). Nel giro di pochi anni si è giunti ad un modello

⁴² Leshner AI (1997) “Addiction is a brain disease, and it matters”. *Science*, 278(5335):45:7, 1997

⁴³ S Canali (2003) “Storia e critica del concetto di tossicodipendenza” - *Medicina delle tossicodipendenze* - stefanocanali.com

⁴⁴ Olds J, Milner P, (1954) "Positive reinforcement produced by electrical stimulation of septal area and other regions of rat brain." *Journal of Comparative and Physiological Psychology*. 1954 Dec; 47(6):419-27

⁴⁵ Kobayashi S, Schultz W (2014), “Reward contexts extend dopamine signals to unrewarded stimuli.” *Current Biology* 24(1):56-62

biomedico di spiegazione della dipendenza che, avvallato dai risultati sperimentali, vede il misuse come una patologia cronica che comporta modificazioni funzionali e strutturali (e quindi destinate a permanere) del cervello dei soggetti che vivono la condizione di dipendenza. Secondo questo modello sono le sostanze psicoattive che, provocando un rilascio di dopamina, fanno scattare all'interno del sistema un segnale di ricompensa che rinforza il legame che connette stimoli associati all'uso, comportamenti di consumo e sostanze stesse (come formulato dalla legge di Hebb “neuroni che scaricano insieme si connettono”⁴⁶). Il consumo reiterato, quindi, fa sì che gli stimoli che ricordano la sostanza portino inevitabilmente alla messa in atto dei comportamenti consumatori per poter mettere a tacere quel desiderio compulsivo e irresistibile che prende il nome di craving⁴⁷.

Detto in altri termini: tutte le sostanze psicoattive sono in grado di provocare un rilascio di dopamina e un falso segnale di ricompensa (di gran lunga maggiore di quello provocato da stimoli naturali quali cibo, sesso, ...ecc.). Si costruiscono quindi potenti associazioni tra impulsi, motivazioni soggettive, situazioni ambientali e comportamenti legati alla ricerca e al consumo della sostanza. La conseguenza è che tutti gli stimoli legati ad essa diventano ben presto predittivi della ricompensa e innescano un ulteriore consumo. Questi comportamenti finiscono per radicarsi, diventando prima abitudini e poi vere e proprie compulsioni, che determinano un carente controllo del comportamento volontario e la dipendenza. La dopamina, infatti, rilasciata dopo l'utilizzo della sostanza, “occupa” patologicamente i meccanismi di ricompensa cerebrale che plasmano i comportamenti e la situazione diviene ben presto cronica (vedi: “dipendenza come malattia cronica del cervello ad andamento recidivante” McLellan,2000⁴⁸; “dipendenza come patologia

Lak A, Stauffer WR, Schultz W (2014), “Dopamine prediction error responses integrate subjective value from different reward dimensions.” *Proc Natl Acad Sci U S A* (Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America)

⁴⁶ Donald O. Hebb, (1949) “The organization of behavior; a neuropsychological theory.” Wiley, New York, 1949. [trad. italiana. L'organizzazione del comportamento, FrancoAngeli, Milano, 1975.]

⁴⁷ Il termine viene inserito per la prima volta nel DSM-V e indica il desiderio impulsivo e compulsivo per una sostanza stupefacente, per il cibo o per qualunque altro oggetto o comportamento capace di procurare gratificazione

⁴⁸ McLellan AT, Lewis DC, O'Brien CP, Kleber HD. (2000) “Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation”. *JAMA*. 4;284(13):1689-1695

cerebrale” Wise, 2000⁴⁹; “dipendenza come perdita del controllo volontario” Everitt et al., 2008⁵⁰; “dipendenza come malattia dell’apprendimento e della memoria” Hyman, 2005⁵¹).

Tuttavia, questa spiegazione biomedica della dipendenza, nonostante la larghissima diffusione, è lungi dal riuscire a rappresentare adeguatamente la natura e le sfumature di questo disturbo. Descrizioni di tipo psicologico e sociologico, pur con le loro criticità, sono in grado di cogliere peculiarità che ancora sfuggono a questo modello. Del resto, una eccessiva focalizzazione sulle problematiche intra-individuali, sulla malattia e sulle proprietà farmacologiche delle sostanze, rischia di allontanare lo sguardo dalla morbosità e patogenicità dell’ambiente esterno e delle relazioni sociali.

Il grande pregio della teoria biomedica resta quello di aver permesso di superare, almeno in parte, la visione della dipendenza come vizio morale.

1.2) La dipendenza come vizio morale.

Senza dubbio si tratta del modello interpretativo più antico. Già nell’Antico Testamento si legge: «Noè, coltivatore della terra, cominciò a piantare una vigna. Avendo bevuto il vino, si ubriacò e giacque scoperto all’interno della sua tenda» (Genesi 9, 20-27). Il tema del vino, già diffuso in tutte le culture mediterranee, appare quindi anche nella tradizione cristiana come un elemento di sua natura ambiguo, capace di “allietare il cuore dell’uomo” (Salmo 104,15), ma anche causa di degenerazione (Proverbi 23,29-35). E questa ambiguità, che la Bibbia attribuisce alla sostanza ‘vino’, in realtà si ritrova nel comportamento di molto soggetti affetti da DUS. Da una parte essi sembrano agire intenzionalmente, sulla base di motivazioni e con una successione logica di comportamenti volti all’assunzione della sostanza; dall’altra parte, a una osservazione più accurata, ci si rende conto di quanto essi abbiano difficoltà o siano addirittura impossibilitati ad agire in qualunque altro modo che non sia quello. L’azione ‘intenzionale’ di raggiungere, ottenere e assumere la sostanza appare come una abitudine profonda controllata da fattori

⁴⁹ Wise R.A. (2000) “Addiction becomes a brain disease”. *Neuron* 26(1):27-33

⁵⁰ Everitt BJ, Belin D, Economidou D, Pelloux Y, Dalley JW, Robbins TW. (2005) “Neural mechanisms underlying the vulnerability to develop compulsive drug-seeking habits and addiction”. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci. (Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences)* 12;363(1507):3125-3135.

⁵¹ Hyman SE. (2005) “Addiction: a disease of learning and memory”. *Am J Psychiatry*. 162(8):1414-1422.

esterni al soggetto. I comportamenti di un soggetto dipendente, infatti, sono effettivamente ‘intenzionali’, ma non liberi, in quanto la condizione di libertà presuppone la scelta tra diverse alternative e l’individuo affetto da DUS, invece, non vede altra possibilità se non il consumo.

Nonostante abbiano ben chiaro quanto l’assunzione della sostanza li danneggi, la loro bilancia decisionale risulta compromessa e finiscono col seguire con molta più facilità l’abitudine appresa piuttosto che tentare di superarla mettendo in atto un controllo volontario e consapevole. Si tratta del fenomeno dell’akrasia⁵²: condizione di disaccordo irrazionale tra giudizio e azione. Il soggetto finisce con il consumare la sostanza pur reputando che il comportamento migliore da intraprendere sarebbe quello esattamente opposto.

Forse proprio per questa ambiguità di fondo e, ancora di più, per l’apparente razionalità e intenzionalità con cui i soggetti dipendenti pianificano le azioni volte al reperimento della sostanza, si è spesso sentito parlare di vizio. Non solo in ambito religioso, dove spesso al termine dipendente si è associata l’etichetta di peccatore (Prümmer, 1961)⁵³, ma anche in ambito scientifico, ci sono state delle interpretazioni che hanno messo in luce la patologica mancanza di volontà e di motivazione del soggetto dipendente, che sembra non impegnarsi per raggiungere una condizione di sobrietà. Nella rassegna di studi curata da Nora Volkow e Peter Kalivas (2005)⁵⁴ viene sottolineato che, se da una parte la dopamina è di cruciale importanza per l’iniziazione alla dipendenza, nella fase avanzata il disturbo da uso di sostanze è principalmente mediato da adattamenti cellulari nel giro del cingolo anteriore e nelle proiezioni glutammatergiche orbitofrontali al nucleo accumbens, e può essere quindi considerato come risultato di una “compromissione della motivazione e della scelta”. Quest’ultimo modello di interpretazione biomedica, però, nonostante faccia riferimento alla volontà e alla motivazione, evita la colpevolizzazione del soggetto.

⁵² Impiegato per la prima volta da Aristotele (Arist. EN 1096b 5-25), il termine akrasia indica etimologicamente la mancanza di forza etica (ἀ-κράσια, assenza di forza).

⁵³ D. M. Prümmer, (1961) “Manuale Theologiae Moralis”, 15ª ed., Herder, Barcinone-Friburgi Brisg. - Romae 1961, vol. III, nn. 435-436

⁵⁴ W. Kalivas, Ph.D., and Nora D. Volkow, M.D. Peter (2005) “The Neural Basis of Addiction: A Pathology of Motivation and Choice” 162(8), pp. 1403–1413; <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.8.1403>

1.3) La dipendenza come fissazione nella fase orale (modello psicomodinamico). Fu Freud il primo a formulare l'ipotesi che alla base della dipendenza potesse esserci una fissazione nella fase orale. Secondo il padre della psicanalisi⁵⁵, infatti, la condotta dei soggetti DUS viene interpretata come una fissazione ad una fase pregenitale dello sviluppo libidico, che li rende incapaci di staccarsi da un oggetto d'amore che li nutre e placa il dolore derivante dalla mancata soddisfazione dei bisogni primari. Alla luce di ciò, studi clinici più recenti hanno cercato di ricostruire le caratteristiche della personalità predisposta all'abuso e alla dipendenza- i.e. soggetti con preesistenti disturbi maniaco-depressivi, che reagiscono alle frustrazioni con stati di angoscia intensi ed elevati livelli di intolleranza al dolore. Nascono così gli studi sulla “personalità dipendente”⁵⁶.

Altre teorie psicomodinamiche spiegano la dipendenza come una mancata costruzione dell'identità. Anche in questo caso, sulla scia del pensiero freudiano, la causa di assunzione della droga sarebbe di natura interna e sarebbe riconducibile ad una mancata risoluzione dei conflitti (bisogno di sicurezza, di autostima, di cibo) durante la fase precoce dello sviluppo psichico (orale). Ad esempio Olievenstein (1984)⁵⁷ sostiene che il soggetto dipendente non sia riuscito a superare con successo la fase dello specchio, durante i primi due anni di vita. Il mancato riconoscimento del bambino da parte della madre come individuo separato da sé, rende impossibile la costruzione dell'individualità e il bambino risulta definito in maniera fittizia dalle proiezioni materne. L'immagine dello specchio viene spezzata e ne risulta un profondo senso di incompletezza che il soggetto cercherà di colmare con l'assunzione della sostanza. Secondo Bergeret (2001), invece, l'individuo affetto da DUS, ha riportato delusioni precoci e ripetute nelle relazioni primitive fondamentali. Questa condizione ha fatto sì che i desideri restassero relegati a una condizione di meri bisogni. Si tratta di soggetti con difficoltà di integrazione infantile e adolescenziale che rimangono

⁵⁵ Sigmund Freud, “Sulla cocaina”, Newton Compton Editore, 2010

⁵⁶ Loewen, Stanley (2012) "Addictive Personality Disorder". HealthGuidance, November 26, 2012;

Cox, W. Miles (1985). "Personality Correlates of Substance Abuse. Determinants of substance abuse", Springer;

Galizio, Mark, Maisto, Stephen, (2013) “Determinants of Substance Abuse: Biological, Psychological, and Environmental Factors”. Springer. pp. 209–246.

⁵⁷ Olievenstein Claude (1984) “Il destino del tossicomane”, Borla Editore

sospesi in una sorta di “pseudolatenza interminabile”⁵⁸.

Kohut (1984)⁵⁹, infine, sottolinea la possibilità che la dipendenza sia generata da seri disturbi dell'identità, a loro volta causati da carenze nella relazione madre-bambino. Il genitore infatti viene vissuto contemporaneamente come onnipotente e perfetto, ma incapace di lenire le sofferenze. Questo paradosso provoca una crisi dell'IO.

- 1.4) La dipendenza come problema spirituale (Modello AA- Alcolisti Anonimi e NA- Narcotici Anonimi). Secondo questa interpretazione la dipendenza è un disturbo primario del corpo e dello spirito, ovvero non causato da altre condizioni, e cronico, cioè destinato a permanere nel tempo (per questo motivo i membri di AA e NA si considerano sempre ‘in recupero’ e non ‘recuperati’).

Alcolisti Anonimi è nata negli Stati Uniti nel 1935 dall'incontro di un agente di borsa di Wall Street, Bill Wilson, ed un medico chirurgo di Akron (Ohio), Bob Smith, entrambi alcolisti, i quali si resero conto che condividendo le loro dolorose esperienze e aiutandosi a vicenda riuscivano a mantenersi lontani dall'alcol. La nascita del gruppo denominato “Alcolisti Anonimi” fu la creazione, da parte loro, di questo spazio condiviso, dove le persone con problemi di alcolismo si incontravano per aiutarsi l'un l'altra, con l'intento comune di rimanere sobrie. Nel 1939 questo stesso gruppo scrisse il libro intitolato appunto “Il Grande Libro degli Alcolisti Anonimi”, dove venivano enunciati i 12 Passi e che si concludeva, come ogni riunione, con la cosiddetta ‘Preghiera della Serenità’: “la necessità di accettare le cose che non posso cambiare, la forza ed il coraggio di cambiare quelle che posso e la saggezza di conoscerne la differenza”.

I Dodici Passi sono ciò che il programma di recupero intende come principi base e sono⁶⁰:

- 1) Abbiamo ammesso di essere impotenti di fronte all'alcol e che le nostre vite erano divenute incontrollabili.
- 2) Siamo giunti a credere che un Potere più grande di noi potrebbe ricondurci alla ragione.

⁵⁸ Jean Bergeret, (2001) “Chi è il tossicomane. Tossicomania e personalità”, Dedalo, pag.27

⁵⁹ Kohut, H. A. Goldberg, Ed., P. E. Stepansky (1984). “How does analysis cure (the addiction)?” Chicago: University of Chicago Press.

⁶⁰ <https://www.alcolistianonimiitalia.it/modules.php?name=aa3-metodo>

- 3) Abbiamo preso la decisione di affidare le nostre volontà e le nostre vite alla cura di Dio, come noi potremmo concepirLo.
- 4) Abbiamo fatto un inventario morale profondo e senza paura di noi stessi.
- 5) Abbiamo ammesso di fronte a Dio, a noi stessi e a un altro essere umano, l'esatta natura dei nostri torti.
- 6) Eravamo completamente pronti ad accettare che Dio eliminasse tutti questi difetti di carattere.
- 7) Gli abbiamo chiesto con umiltà di eliminare i nostri difetti.
- 8) Abbiamo fatto un elenco di tutte le persone cui abbiamo fatto del male e siamo diventati pronti a rimediare ai danni recati loro.
- 9) Abbiamo fatto direttamente ammenda verso tali persone, laddove possibile, tranne quando, così facendo, avremmo potuto recare danno a loro oppure ad altri.
- 10) Abbiamo continuato a fare il nostro inventario personale e, quando ci siamo trovati in torto, lo abbiamo subito ammesso.
- 11) Abbiamo cercato attraverso la preghiera e la meditazione di migliorare il nostro contatto cosciente con Dio, come noi potremmo concepirLo, pregandoLo solo di farci conoscere la Sua volontà nei nostri riguardi e di darci la forza di eseguirla.
- 12) Avendo ottenuto un risveglio spirituale come risultato di questi Passi, abbiamo cercato di portare questo messaggio agli alcolisti e di mettere in pratica questi principi in tutte le nostre attività

I 12 passi sono seguiti in molti programmi di recupero e offrono la possibilità di una vita sobria e la liberazione, giorno dopo giorno, da quello che viene considerato un male del corpo e soprattutto dello spirito.

- 2) Il paradigma adattivo costituisce, per certi versi, la sintesi di diverse teorie sviluppate in ambito psichiatrico, psicologico e sociologico e interpreta il ricorso alla droga come il risultato di un intreccio complesso di fattori, da quelli biologici, a quelli cognitivo-motivazionali e di personalità, a quelli interpersonali e situazionali. In questa prospettiva l'abuso di sostanze stupefacenti è visto come una strategia disfunzionale utilizzata per fronteggiare esperienze e situazioni di disagio. Questa interpretazione si lega alla teoria dello stress –

coping (Sinha,2008⁶¹; Valentino RJ, Lucki I, Van Bockstaele,2010⁶² (il verificarsi di eventi stressanti aumenta la probabilità di ricorrere alla droga) e al modello adattivo di Alexander ⁶³(per cui chi fa uso di droga ha sperimentato stati di disagio particolarmente gravi e di lunga durata senza avere strategie meno distruttive della droga per farvi fronte; esperimento del ‘parco topi’).

Molti degli studi realizzati nell’ambito di questo approccio si concentrano quindi sui sistemi nei quali il tossicodipendente è coinvolto, come la famiglia, la subcultura di appartenenza, la società, ecc.... attribuendo un ruolo di maggior rilievo ai fattori relazionali e contestuali rispetto a quelli eminentemente intrapsichici.

Studi realizzati nella seconda metà degli anni ’70 (Stanton, Todd, Heard, 1978⁶⁴) hanno riscontrato che il tossicomane non è dipendente solo dalla droga, ma presenta anche livelli di dipendenza dal nucleo familiare e/o dai gruppi culturali di appartenenza nettamente superiori a quelli di soggetti di controllo. La tossicodipendenza, interpretata in questi studi come sintomo, appare funzionale alla stabilità della realtà in cui il soggetto DUS è immerso: essa svolge un ruolo omeostatico.

I due paradigmi (disease e adattivo) sono storicamente successivi e attualmente presenti, in diversa misura, all’interno delle offerte di trattamento per il recupero dei soggetti affetti da DUS.

La ricerca

Lo studio è entrato a far parte del progetto di ricerca “Neuroetica ed epistemologia delle dipendenze” ed è portato avanti con la collaborazione di SITD e del gruppo di interesse “Diritti dei pazienti e neurobiologia”. Con questa ricerca mi propongo di

⁶¹ R. Sinha, (2008) “Chronic stress, drug use, and vulnerability to addiction” - Annals of the New York Academy of Sciences

⁶² Valentino RJ, Lucki I, Van Bockstaele E. (2010) “Corticotropin-releasing Factor in the Dorsal Raphe Nucleus: Linking Stress Coping and Addiction”. Brain researches

⁶³ Bruce K. Alexander, (2010) “Addiction: The View from Rat Park” Simon Fraser University Press
<https://www.youtube.com/watch?v=ao8L-OnSYzg>

⁶⁴ M. Duncan Stanton, Thomas C. Todd, David B. Heard, Sam Kirschner, Jerry I. Kleiman, David T. Mowatt, (1978), “Heroin Addiction as a Family Phenomenon: A New Conceptual Model” Science, 125-150

sondare il grado di condivisione sulle idee della dipendenza, le sue cause e il modo in cui si pensa al trattamento, tra operatori, utenti dei Servizi italiani e giornalisti.

A questo scopo ho cercato di identificare le differenze nella concettualizzazione della dipendenza tra i tre campioni di riferimento di cui sopra: operatori del SerT (medici, psichiatri, psicologi, infermieri, assistenti sociali, OSS...etc.), utenti del SerT (soggetti affetti da dipendenza da sostanze legali e illegali e/o gioco d'azzardo patologico) e giornalisti (testate locali e nazionali).

Come già anticipato nell'introduzione, si tratta di una questione importante a livello sociale poiché queste credenze hanno un impatto rilevante sugli atteggiamenti e sui comportamenti che gli individui e la collettività manifestano verso le sostanze psicoattive e verso chi sviluppa problemi di abuso o dipendenza. Tutto ciò si ripercuote sulle politiche delle droghe e delle dipendenze e sulla riuscita degli interventi di recupero. Come già scritto nei capitoli precedenti, l'attuazione e l'efficacia di un trattamento, infatti, dipendono anche dalla forza dell'alleanza terapeutica tra chi cura e chi è curato: diretta espressione del livello di accordo sulla natura del problema da trattare, sulle sue cause, sui modi migliori per affrontarlo, sui concreti obiettivi da perseguire col trattamento. Inoltre lo studio, utilizzando mezzi di indagine sia quantitativi che qualitativi è riuscito ad indagare il problema su diversi piani che vanno dal relazionale al cognitivo, con l'ulteriore scopo di fornire informazioni utili tanto al training dei professionisti del settore quanto al lavoro sul campo (sia per gli operatori che per i giornalisti).

Obiettivi

I risultati della ricerca permetteranno di individuare la presenza di eventuali visioni discordanti e di localizzare in quali aree concettuali e pratiche si collocano, con l'idea che in tal modo sia possibile immaginare azioni efficaci per ridurre le divergenze che più possono compromettere il rapporto terapeutico e i suoi esiti. L'obiettivo sarà dunque cercare di rispondere alle seguenti domande di ricerca:

- 1- Identificare gli aspetti salienti delle credenze e delle idee di dipendenza e dei modi di comunicare tale concetto
- 2- Rilevare il grado di condivisione tra soggetti in cura e operatori sulle idee di dipendenze, le sue cause e le relative responsabilità.

Materiali e metodi

La ricerca è stata suddivisa in due 2 parti, una quantitativa e una qualitativa, svolte rispettivamente sul territorio nazionale e all'interno dell'ASUITS della città di Trieste. La metodologia di indagine quantitativa ha permesso di evidenziare alcune criticità nel modo di concettualizzare e comunicare la dipendenza da parte dei diversi attori sociali: utenti, operatori e utenti. Tali discrepanze e criticità sono state analizzate in modo più approfondito con interviste semi-strutturate grazie alla metodologia qualitativa. Quest'ultima parte della ricerca, per questioni logistiche e di tempistica, è rimasta circoscritta al territorio della città di Trieste, ma ha dato comunque risultati molto interessanti. Si tratta di una prima indagine esplorativa in questo campo e si auspica che possa essere ampliata in un secondo momento rendendola riferibile all'intero territorio nazionale, così come è stato fatto per la parte quantitativa.

- Per quanto riguarda la ricerca quantitativa, ho utilizzato l'ABI -Addiction Belief Inventory- strumento validato e messo a punto nel 2002 da Luke, Ribisl, Walton e Davidson e rivisitato nel 2005 da Balhan. Si tratta di un questionario organizzato secondo la scala Likert (5 punti) e composto da 30 item riconducibili a otto sottoscale (che sono poi state utilizzate come variabili per l'analisi statistica dei risultati):
 - 1- Incapacità di controllo. Questo primo costrutto fa riferimento alla convinzione che le persone con problemi di dipendenza non siano in grado di controllare l'utilizzo della sostanza né di farne un uso socialmente accettabile
 - 2- Disturbo cronico. Il secondo costrutto fa riferimento sia al modello di malattia che a quello dei 12 passi, considerandone gli aspetti di disturbo cronico inguaribile, biologicamente determinato, gestibile esclusivamente con l'astinenza.
 - 3- Affidamento agli esperti. Questa terza sottoscala si riferisce alla credenza comune che la persona affetta da DUS non sia in grado di curarsi da sola, ma per guarire e/o raggiungere un equilibrio nella gestione del problema debba necessariamente fare affidamento a esperti professionisti del trattamento o para-professionisti, come i coordinatori dei gruppi AA/NA o altri membri di associazioni di Auto Mutuo Aiuto.
 - 4- Responsabilità delle proprie azioni e dell'uso di sostanze. Il quarto costrutto fa riferimento alla responsabilità del soggetto dipendente nei confronti delle sue proprie azioni e dell'uso di sostanze. Il modello teorico degli Alcolisti Anonimi considera i membri responsabili delle azioni passate compiute sotto l'effetto

della sostanza, mentre il modello teorico di malattia suggerisce una minore responsabilità in conseguenza al disturbo da cui il soggetto è patologicamente affetto.

5- Responsabilità della guarigione. Questo costrutto è molto influenzato dal precedente. Come sottolineato da Brickman, “la responsabilità di avere una malattia affligge in primo luogo la responsabilità di curarla”⁶⁵. Pertanto questa quinta convinzione si riferisce alla responsabilità personale che le persone dipendenti hanno nei confronti della loro guarigione.

6- Base genetica

7- Strategie di coping

8- Debolezza morale

Questi ultimi tre costrutti riguardano le convinzioni sulle cause della dipendenza: gli aderenti al modello ‘disease’ attribuiscono alla dipendenza una base genetica ed ereditaria, altri affermano che l’abuso sia un modo per far fronte alle difficoltà della vita (“la dipendenza come stampella” - strategie disadattive di coping), altri ancora considerano la dipendenza semplicemente come la scelta viziosa di individui moralmente deboli

La scelta del mezzo di indagine è ricaduta sull’ABI in quanto è l’unico questionario che permette di sviluppare una misura valida e affidabile delle convinzioni e dei modi di comunicare la dipendenza sia per gli operatori, che per i soggetti in trattamento, che per la popolazione generale.

Sono stati presi in esame anche altri strumenti di valutazione, ma una caratteristica che accumuna gli altri questionari visionati e che li rende quindi inadatti allo scopo di questa ricerca è il fatto che spesso siano concentrati su un’unica popolazione target: tipicamente gli operatori dei servizi. Ad esempio, l’Understanding of Alcoholism Scale (UAS), sviluppata da Moyers e Miller, nonostante non venga detto esplicitamente, sembra valutare quasi esclusivamente le percezioni e i modi di comunicare la dipendenza di coloro che somministrano i trattamenti. L’impossibilità di adattarlo ad essere somministrato agli utenti dei SerT si nota dal contenuto di alcune affermazioni, ad esempio: “Ad eccezione del periodo di disintossicazione, ad alcolisti

⁶⁵ Brickman, P., Rabinowitz, V.C., Karuza, J., Coates, D., Cohn, E., Kidder, L. (1982) “Models of Helping and Coping”. *Am. Psychol.* 1982, 37,368–384.

e a tossicodipendenti non dovrebbero mai essere prescritti farmaci al litio, o farmaci ansiolitici”. Questa affermazione, così come molte altre presenti nel test, richiede un elevato livello di comprensione della sintassi della frase e dei suoi contenuti (esclusivamente di interesse medico). Una seconda limitazione dei questionari precedenti all’ABI è che le sottoscale di credenze sulla dipendenza, alle quali sono riferiti gli item, sono legate in modo abbastanza specifico ad un singolo modello teorico di riferimento. Ad esempio, Schaler’s Addiction Belief Scale, è chiaramente progettato per sondare la forza del modello teorico della dipendenza come malattia rispetto agli altri modi di concettualizzare la dipendenza.

Un questionario sviluppato sulla base di un singolo modello non potrebbe essere usato per indagare e valutare qualcosa di diverso da quel modello. Al contrario, una scala come l’ABI, che viene progettata per valutare un’ampia gamma di credenze in popolazioni diverse, può essere facilmente utilizzata per valutare a quali target di persone corrispondono quali modelli.

L’Addiction Belief Scale, infatti, è in grado di valutare le diverse concettualizzazioni della dipendenza, facendo affidamento sulla copertura dei principali domini concettuali: modello di malattia, modello dei 12 passi (proprio degli AA), modelli psicodinamici, ecologici e adattivi.

Una volta effettuata la scelta del questionario da somministrare, ho provveduto a tradurre, adattare e validare il test per la lingua italiana, seguendo le linee guida descritte nel manuale di riferimento “Adapting Educational and Psychological Tests for Cross-Cultural Assessment” (Hambleton et al., 2005)⁶⁶

Sono state utilizzate contemporaneamente due tecniche di validazione cross-culturale : la “Parallel Blind Technique” e la tecnica “Translation/Back translation”. La prima tecnica, proposta da Werner e Campbell (1970), prevede che almeno due madrelingua italiani producano indipendentemente l’uno dall’altro una traduzione del test. Successivamente confrontano le proprie versioni e giungono ad una versione finale di comune accordo, che viene poi sottoposta all’attenzione di un ricercatore, che ne esaminerà l’appropriatezza sul piano psicologico, oltre che linguistico. Nel caso specifico tre persone hanno effettuato una traduzione indipendente dell’ABI: chi scrive (Giulia Virtù), Anna Paola Lacatena, Dirigente presso il Dipartimento Dipendenze Patologiche della ASL di Taranto, Valeria Zavan, Ser.T.

⁶⁶ Ronald K. Hambleton, Peter F. Merenda, Charles D. Spielberger (2005) “Adapting Educational and Psychological Tests for Cross-Cultural Assessment”, University of Massachusetts press, psychological tests for cross-cultural assessment

della SOC (ex ASL della regione Piemonte). Il tutto è stato sottoposto all’attenzione di Stefano Canali, che ne ha esaminato l’appropriatezza.

La seconda procedura di validazione utilizzata è stata la tecnica “Translation/Back translation”: forse il più diffuso e popolare tra i metodi di validazione. Nella sua forma “classica” prevede quattro diverse fasi:

1. Un individuo bilingue traduce il test in italiano (translation)
2. Un secondo individuo bilingue che non conosce la versione originale traduce la versione italiana nella lingua di origine (back-translation)
3. La versione originale e quella back-translated vengono confrontate
4. Gli item che presentano differenze sostanziali fra le due versioni vengono esaminati e modificati e viene prodotta una nuova versione italiana. Alla fine della fase 4 il ciclo riprende finché le discrepanze non vengono eliminate.

Finito il procedimento di validazione cross-culturale e linguistica, ai questionari è stata aggiunta una iniziale sezione anagrafica (diversa a seconda della categoria a cui erano destinati: operatori, utenti o giornalisti) da cui sono state ricavate ulteriori variabili per l’analisi statistica comparativa.

I quattro questionari sono tuttora disponibili online ai seguenti link (ma non sono più compilabili in quanto la raccolta dati è stata chiusa definitivamente il 24 ottobre 2017):

Giornalisti: <https://goo.gl/forms/QtNKY50MQp25TMdq1>

Operatori: <https://goo.gl/forms/9TKeCfFRXwCPwf2L2>

Utenti: <https://goo.gl/forms/1Ljky19on2F4LGpi1>

I link sono stati inviati ai SerT di molte città italiane in modo da avere un campione ben distribuito su tutto il territorio nazionale (il Grafico 1 mostra la distribuzione

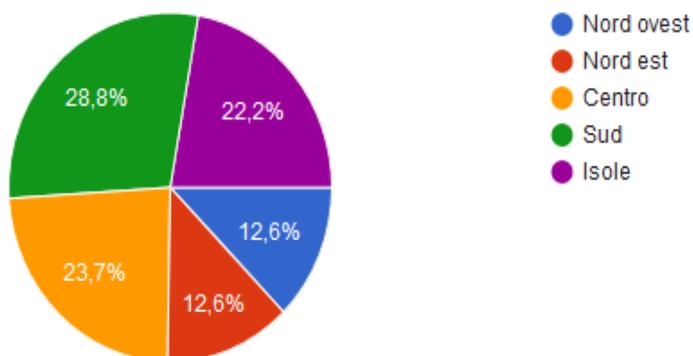


Grafico 1

geografica dei risultati raccolti per gli utenti dei SerT italiani). Ai link è stata allegata una lettera di presentazione in cui è stato richiesto, per garantire una buona rappresentatività delle opinioni, di randomizzare gli utenti, intendendo con questi coloro che accedono agli ambulatori per un problema di sostanze lecite - alcol e tabacco - e illecite - tutte -. Per

la randomizzazione è stato chiesto di utilizzare uno e uno solo dei seguenti metodi, a seconda dell'organizzazione e delle possibilità:

- a. Somministrare il questionario agli utenti afferenti in ambulatorio un giorno diverso alla settimana per 5 settimane (prima settimana il lunedì, la seconda il martedì etc.) oppure tutti i giorni di apertura in ordine per i Servizi che non sono aperti tutti i giorni sempre per altrettante settimane.
- b. Se, per motivi organizzativi, vi fosse stata difficoltà a somministrare il questionario a tutti gli afferenti nella giornata, si richiedeva di randomizzare rispetto agli accessi (es. tutti i dispari, tutti i pari, 1 ogni X accessi etc.)

Di seguito è riportata come esempio la versione stampabile del questionario da somministrare agli utenti dei servizi.

Questionario sulla concettualizzazione della dipendenza (utenti)

Il questionario intende rilevare il grado di condivisione tra soggetti in cura e operatori sulle idee della dipendenza, le sue cause, le relative responsabilità.

L'efficacia di un trattamento dipende anche dalla forza dell'alleanza terapeutica tra chi cura e chi è curato. Questa forza è diretta espressione del livello di accordo sulla natura del problema da trattare, sulle sue origini, sui modi migliori per risolvere il problema.

La nostra indagine intende individuare la presenza di eventuali visioni discordanti, di localizzare in quali aree concettuali si collocano e suggerire prospettive di cambiamento e modalità per ridurre le divergenze che più compromettono il rapporto terapeutico e la sua efficacia.

Il questionario è totalmente anonimo: la preghiamo quindi di rispondere sinceramente alle seguenti domande.

Fascia d'età

18-25	26-30	31-35	36-40	41-50	51-60	Oltre 61

Sesso

Maschio	Femmina

Titolo di studio

Licenza elementare	Licenza media	Istruzione Professionale	Diploma	Laurea	Master/dottorato

A quale tipologia appartiene il luogo dove vive?

Metropoli o grandi aree urbane con più	Grandi città o aree urbane e con più di	Aree urbane con una popolazione e compresa	Città con una popolazione e compresa tra 10 e 50	Piccole e aree urbane con meno di 10	Cittadini e con meno di 5000 abitanti	Aree scarsamente popolate (paesi) o aree rurali
--	---	--	--	--------------------------------------	---------------------------------------	---

di 500 mila abitanti	100 mila abitanti	tra 50 e 100 mila abitanti	mila abitanti	mila abitanti		

In quale zona geografica è situato?

Nord ovest	Nord est	Centro	Sud	Isole

A quale tipologia appartiene il luogo dove lavora?

Metropoli o grandi aree urbane con più di 500 mila abitanti	Grandi città o aree urbane con più di 100 mila abitanti	Aree urbane con una popolazione compresa tra 50 e 100 mila abitanti	Città con una popolazione compresa tra 10 e 50 mila abitanti	Piccole aree urbane con meno di 10 mila abitanti	Cittadine con meno di 5000 abitanti	Aree scarsamente popolate (paesi) o aree rurali

Che tipo di dipendenza presenta? (Può indicare più di una risposta)

Tabacco	Alcol	Eroina	Cocaina e altri stimolanti	Allucinogeni	Cannabis	Ecstasy	Gioco d'azzardo	Altro ...

Quanti anni fa, secondo lei, ha avuto inizio il suo problema di dipendenza?

0-1	2-3	4-8	9-15	Oltre 16

Quanti anni fa ha ricevuto la sua prima diagnosi per il suo problema di dipendenza da un operatore, un medico o uno psicologo?

0-1	2-3	4-8	9-15	Oltre 16

E' in trattamento per il suo problema di dipendenza?

Sì	No

Se sì, da quanto tempo?

0-1 anno	2-3 anni	4-6 anni	Oltre 7

E' già stato in trattamento in passato per il suo problema di dipendenza?

Sì	No

Che età aveva quando ha iniziato il primo trattamento?

Minorenne	18-25	26-30	31-35	36-40	41-50	51-60	Oltre 61

Ha mai partecipato agli incontri tenuti dagli alcolisti anonimi/narcotici anonimi?

Sì	No

Ha mai partecipato ai Club degli alcolisti in trattamento?

Sì	No

Valuti il suo accordo con le seguenti affermazioni cercando il numero che considera più appropriato: 1= molto in disaccordo, 2= un po' in disaccordo, 3= né d'accordo né in disaccordo, 4= abbastanza d'accordo, 5= completamente d'accordo.

Con la parola dipendenza nel questionario facciamo riferimento alla dipendenza da sostanze illegali, come eroina, cocaina e altre e alla dipendenza da sostanze legale come l'alcol e il tabacco.

	MOLTO IN DISACCORDO	UN PO' IN DISACCORDO	INDECI SO	ABBASTANZA D'ACCORDO	COMPLETAMENTE D'ACCORDO
Una persona dipendente può controllare l'uso che fa della sostanza	1	2	3	4	5
Si può imparare a controllare l'utilizzo di una sostanza	1	2	3	4	5
Le persone dipendenti sono in grado di fare un uso socialmente accettabile della sostanza.	1	2	3	4	5
L' intervento terapeutico potrebbe permettere un uso controllato e socialmente accettabile della sostanza	1	2	3	4	5
Un problema con una sostanza può solo peggiorare	1	2	3	4	5
Il recupero dalla dipendenza è un processo continuo che non finisce mai	1	2	3	4	5
Per essere guarite le persone dipendenti devono smettere di usare ogni tipo di sostanza	1	2	3	4	5
La dipendenza è una malattia	1	2	3	4	5
Le persone dipendenti non sono in grado di risolvere i loro problemi di uso della sostanza da soli	1	2	3	4	5
Una persona dipendente deve cercare un aiuto professionale	1	2	3	4	5
Una persona dipendente in recupero dovrebbe far affidamento su altri esperti per aiuto e guida	1	2	3	4	5
Una persona dipendente non dovrebbe essere ritenuta responsabile per le cose che fa quando è sotto l'effetto della sostanza	1	2	3	4	5

Non è colpa del dipendente se usa la sostanza	1	2	3	4	5
	MOLTO IN DISACCORDO	UN PO' IN DISACCORDO	INDECI SO	ABBASTANZA D'ACCORDO	COMPLETAMENTE D'ACCORDO
Le persone dipendenti non sono responsabili per le cose che hanno fatto prima di apprendere la loro condizione di dipendenza.	1	2	3	4	5
Le persone dipendenti sono responsabili del loro recupero	1	2	3	4	5
Solo i dipendenti da se stessi possono decidere quando smettere di usare la sostanza	1	2	3	4	5
In definitiva, il dipendente è responsabile di correggersi da solo.	1	2	3	4	5
Alcune persone sono dipendenti dalla nascita	1	2	3	4	5
La dipendenza è ereditaria	1	2	3	4	5
I figli di persone dipendenti diventeranno a loro volta dipendenti	1	2	3	4	5
Le persone dipendenti usano la sostanza per evitare problemi personali	1	2	3	4	5
Le persone dipendenti usano la sostanza per sentirsi meglio con loro stesse	1	2	3	4	5
Le persone dipendenti usano la sostanza per ridurre la loro depressione	1	2	3	4	5
Le persone dipendenti usano la sostanza perché non riescono a far fronte alle difficoltà della vita	1	2	3	4	5
Le persone dipendenti usano la sostanza per evadere da situazioni familiari negative	1	2	3	4	5
L'abuso di una sostanza è sintomo di debolezza personale	1	2	3	4	5
Le persone dipendenti sono responsabili della loro condizione di dipendenza	1	2	3	4	5
Le ricadute sono un fallimento personale	1	2	3	4	5

Le persone dipendenti iniziano a usare una sostanza perché lo desiderano	1	2	3	4	5
Se una persona dipendente ha una ricaduta è una sua colpa	1	2	3	4	5

Al termine della raccolta dati è stata effettuata l'analisi statistica con l'aiuto di due browser: SPSS e R (vedi capitolo sui risultati).

- Per la parte qualitativa della ricerca, invece, è stata sviluppata una traccia per un'intervista semi-strutturata, che segue le caratteristiche dell'"ascolto riflessivo" promosso dal colloquio motivazionale⁶⁷. La traccia è stata elaborata sulla base delle criticità e delle discrepanze che sono emerse dall'analisi statistica dei risultati dei questionari, proprio con l'intento di indagare più a fondo quelle tematiche, cogliendo il punto di vista degli utenti in trattamento presso il SerT dell'ASUITS di Trieste. Sono stati intervistati gli utenti in trattamento presso il Distretto 4 del SerT di Trieste (reparti: "day-hospital sostanze illegali", "alcologia degenza" e "day-hospital sostanze legali"), presso il CPS (Centro Protezione Salute) e presso Androna Giovani (che accoglie ragazzi dai 14 ai 25 anni).

La scelta di utilizzare come strumento di indagine l'intervista semi-strutturata è stata dettata dal tentativo di non collocare l'utente intervistato dentro schemi prestabiliti ma di cogliere le sue categorie mentali: comprendere con che occhi vede il suo problema e il relativo dialogo che ne emerge con i professionisti del trattamento, apprendere il perché della terminologia che sceglie di usare e il suo modo di giudicare. Si è cercato di catturare la complessità percezione e dell'esperienza individuale e di fornire una cornice entro la quale gli intervistati potessero esprimere il loro proprio modo di sentire con le loro stesse parole.

⁶⁷ William R. Miller, Stephen Rollnick, "Il colloquio motivazionale. Aiutare le persone a cambiare" a cura di: G. P. Guelfi, V. Quercia, A. Scamperle, Erickson, III edizione, 2014

Di seguito è riportata la traccia dell'intervista:

Intervista

Premessa uguale per tutti: “Questa intervista viene fatta per sondare il grado di condivisione sulle idee della dipendenza, le sue cause e il modo in cui si pensa al trattamento, tra operatori e utenti dei Servizi italiani” (In caso di difficoltà di comprensione ho semplificato con la frase: “ci interessa capire se quello che lei pensa a proposito della dipendenza è simile a quello che pensa il suo medico, l’infermiere, lo psicologo...oppure avete visioni diverse”) “Se lei è d’accordo le chiederei di considerare le seguenti affermazioni e di commentarle in base alla sua esperienza personale e alla sue opinioni in proposito. Non le chiederò né il nome né il cognome ma, se per lei non è un problema, registrerò la nostra chiacchierata”.

- 1- Molte persone dipendenti dichiarano di usare la sostanza per diverse ragioni: per far fronte alle difficoltà della vita, per ridurre la loro depressione, per evadere da situazioni familiari negative...
- 2- Alcuni vedono la dipendenza come segno di debolezza e mancanza di volontà e le ricadute come fallimenti personali...
- 3- Molti affermano che un problema con una sostanza possa solo peggiorare...
- 4- Molti dichiarano che, in definitiva, il dipendente è responsabile di curarsi e correggersi da solo...
- 5- Come potresti descrivere la tua esperienza quando il desiderio di consumare diventa irresistibile...
- 6- L’idea di dipendenza rimanda alla perdita del controllo del comportamento sull’uso di una sostanza. In che modo questa mancanza di controllo si è espressa nella tua personale esperienza.
- 7- Nella tua esperienza, quali stimoli facilitavano la perdita del controllo
- 8- Quanto ti sentivi consapevole della perdita del controllo.
- 9- Che tipo di emozioni vivevi quando ti rendevi conto di aver perso il controllo.
- 10- Ora che hai smesso di consumare (se effettivamente è così) come si è modificata questa esperienza di mancanza di controllo.

I risultati della ricerca

Al termine della raccolta dati è stata effettuata un'approfondita analisi statistica utilizzando i due browser: SPSS e R.

Prima di tutto è stata verificata l'affidabilità interna di ogni sottoscala dell'ABI utilizzando L'Alpha di Cronbach. Per misurare efficacemente l'immaginario e la comunicazione sulla dipendenza, infatti, era necessario che gli item che ne esploravano i diversi aspetti fossero coerenti tra loro; un coefficiente alfa di Cronbach superiore a .65 indica generalmente una media e/o buona consistenza interna. Nella tabella 1 sono riportati i valori Alpha per ogni sottoscala.

Sottoscala	Alpha di Cronbach
1. Incapacità di controllo	0.69
2. Disturbo cronico	0.67
3. Affidamento agli esperti	0.68
4. Responsabilità delle proprie azioni e dell'uso di sostanze	0.78
5. Responsabilità della guarigione	0.72
6. Base genetica	0.68
7. Strategie di coping	0.81
8. Debolezza morale	0.77

In secondo luogo sono state calcolate, per ogni item (e quindi per ogni sottoscala), la media e la deviazione standard delle risposte per tutti e tre i campioni di riferimento: utenti, operatori e giornalisti (per tutte le tabelle e i grafici nel dettaglio vedi allegato CONFRONTO MEDIE.xls). Per approfondire questi primi risultati sono state poi calcolate le frequenze assolute e relative per ogni tipologia di risposta (es.

“Completamente d’accordo” o “né in accordo né in disaccordo” ...etc.) in riferimento a ciascuno dei tre campioni di riferimento. Tutti i dati sono stati riportati sotto forma di grafici e tabelle (vedi allegato Confronto Freq. Rel. %.xls Foglio1 e Foglio2). Per avere una rappresentazione più intuitiva, sono state sommate le frequenze relative e assolute dei cluster di risposta relativi rispettivamente all’Accordo, al Disaccordo e alla Risposta Neutra. In questo modo è stato possibile riportare all’interno di ogni singolo grafico le percentuali di accordo di tutte e tre le popolazioni, permettendo così un confronto rapido e immediato (Foglio3 e Foglio4 dell’allegato Confronto Freq. Rel. %.xls). Già da questa prima analisi si possono notare alcune sostanziali differenze nei cluster di risposta.

Sono stati raccolti 185 questionari compilati per gli operatori, 200 per gli utenti e 103 per i giornalisti.

Per maggiore comodità e facilità di visualizzazione, ho suddiviso l’analisi dei risultati in base alle otto sottoscale.

1° SOTTOSCALA: capacità di controllo / uso della sostanza controllato e socialmente accettabile

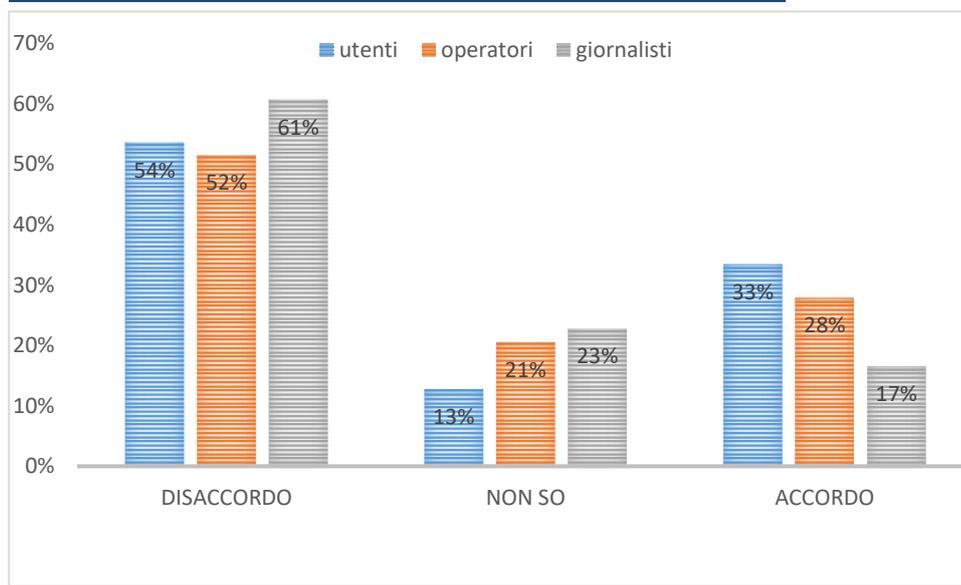


Grafico sottoscala 1 Frequenze relative percentuali

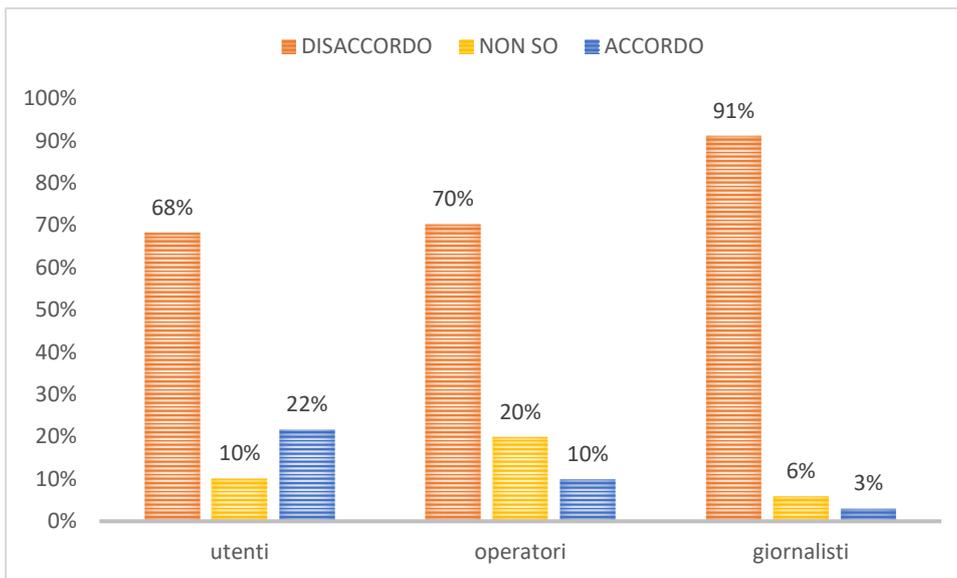
La prima sottoscala comprende i primi quattro item dell’ABI:

- 1- Una persona dipendente può controllare l’uso che fa della sostanza
- 2- Si può imparare a controllare l’utilizzo di una sostanza
- 3- Le persone dipendenti sono in grado di fare un uso socialmente accettabile della sostanza

4- L' intervento terapeutico potrebbe permettere un uso controllato e socialmente accettabile della sostanza

Come si può notare dal grafico 1, che riassume il grado di accordo per l'intera sottoscala, c'è un generale atteggiamento di dissenso nei confronti della possibilità di un uso controllato e socialmente accettabile della sostanza, con alcune minime differenze.

I giornalisti si dicono più in disaccordo di operatori e utenti con l'affermazione “si può imparare a controllare l'utilizzo di una sostanza”: ben il 91% di loro vede impossibile



raggiungere un uso controllato, rispetto al più contenuto 68% di utenti e al 70% degli operatori (Grafico item 1).

Grafico item 1

I tre campioni si trovano già più concordi nell'affermare l'impossibilità di raggiungere un uso socialmente accettabile della sostanza (54%, 41% e 60% rispettivamente di utenti, operatori e giornalisti; Grafico item 2). La diversità nelle risposte date dai

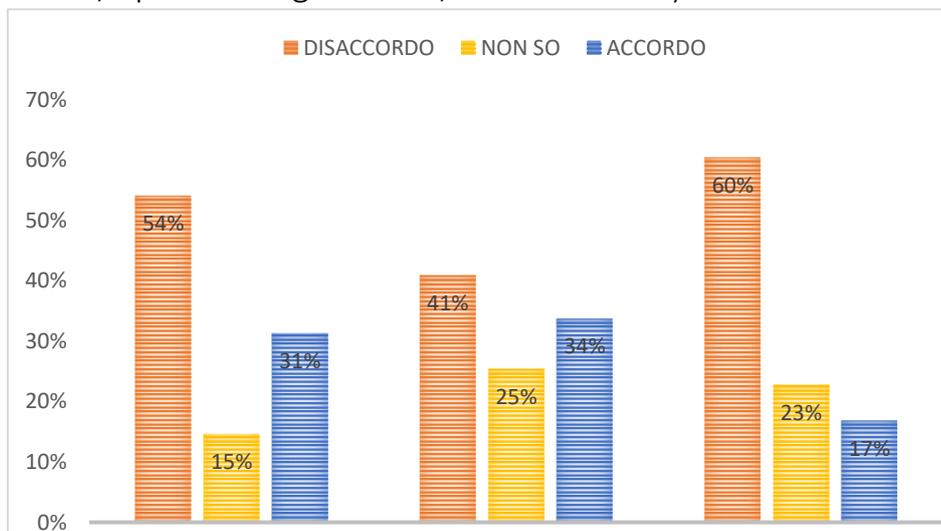


Grafico item 2

giornalisti a queste prime due domande lascia presupporre che per loro 'uso controllato' e 'uso socialmente accettabile' siano due concetti almeno in parte non sovrapponibili: a rigor di logica

sembrano affermare che potrebbe esistere un uso socialmente inaccettabile ma controllato.

Per quanto riguarda invece l'aiuto che l'intervento terapeutico è in grado di apportare al fine di raggiungere un uso controllato e socialmente accettabile, gli utenti si dividono tra loro nettamente: una stessa percentuale di persone DUS, il 29%, afferma sia di essere completamente d'accordo (che nella scala Likert corrisponde al numero 5) che completamente in disaccordo (che nella scala Likert corrisponde a 1). È evidente come la riuscita della terapia a livello personale influenzi la risposta (Grafico item 4).

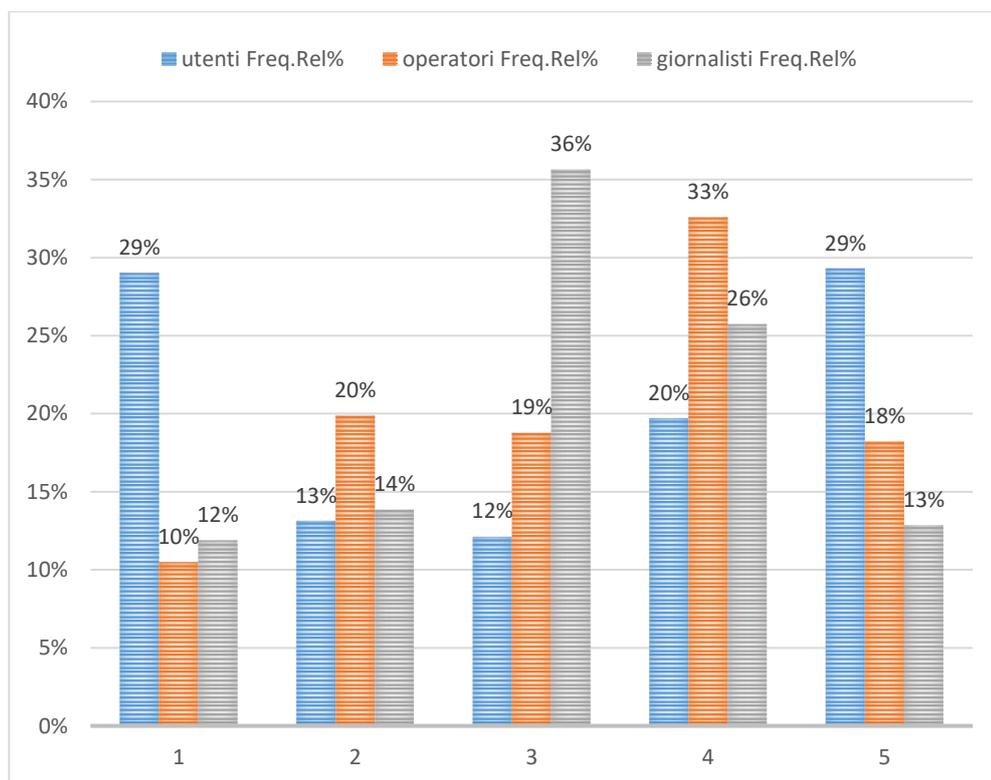


Grafico item 4

Da quanto emerso dall'analisi dei questionari, quindi, anche gli utenti (così come operatori e giornalisti) esprimono dissenso nei confronti della possibilità di un uso controllato e socialmente accettabile. Eppure, durante le interviste, la questione è tornata alla ribalta con alcune sostanziali differenze (vedi sezione “Uso controllato e socialmente accettabile”)

2° SOTTOSCALA: dipendenza come malattia cronica

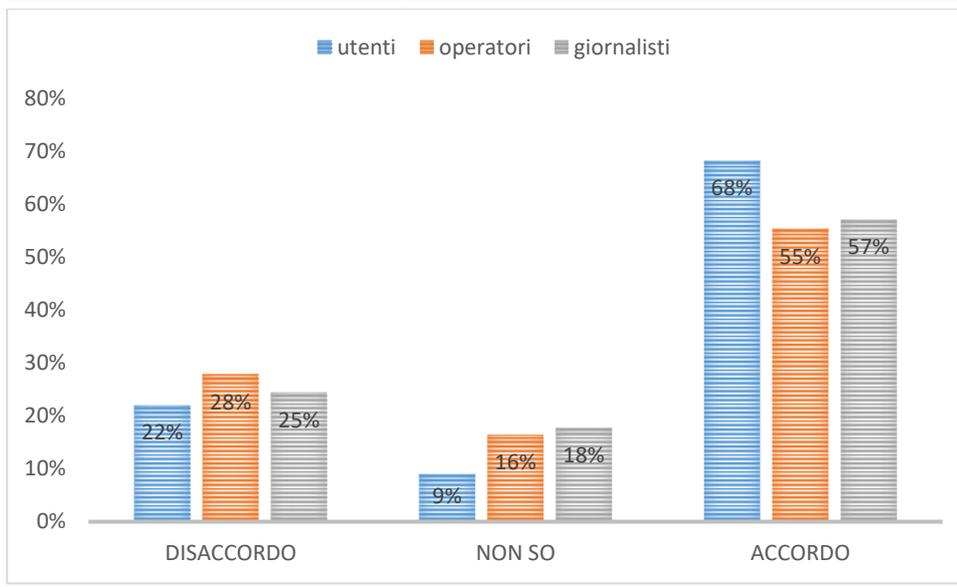


Grafico sottoscala 2 Frequenze relative percentuali

La seconda sottoscala va a sondare il grado di condivisione del modello teorico “disease”: dipendenza come malattia cronica recidivante. A questa sottoscala fanno riferimento i seguenti item:

- 5- Un problema con una sostanza può solo peggiorare
- 6- Il recupero dalla dipendenza è un processo continuo che non finisce mai
- 7- Per essere guarite le persone dipendenti devono smettere di usare ogni tipo di sostanza
- 8- La dipendenza è una malattia

Come si può notare dal ‘Grafico sottoscala 2’, la popolazione campione che condivide maggiormente il modello teorico della dipendenza come malattia cronica è quella degli utenti. Quasi il 70% di loro afferma di essere d’accordo, contro il 55% degli operatori e il 57% dei giornalisti.

Le opinioni di operatori e utenti si dividono principalmente sull’affermazione “un problema con una sostanza può solo peggiorare” (Grafico item 5): mentre gli operatori si dicono più ottimisti (98 rispondenti su 181 dissentono, raggiungendo

quindi una frequenza relativa percentuale di disaccordo del 54%), gli utenti sono convinti del contrario (il 67% di loro si dichiara concorde).

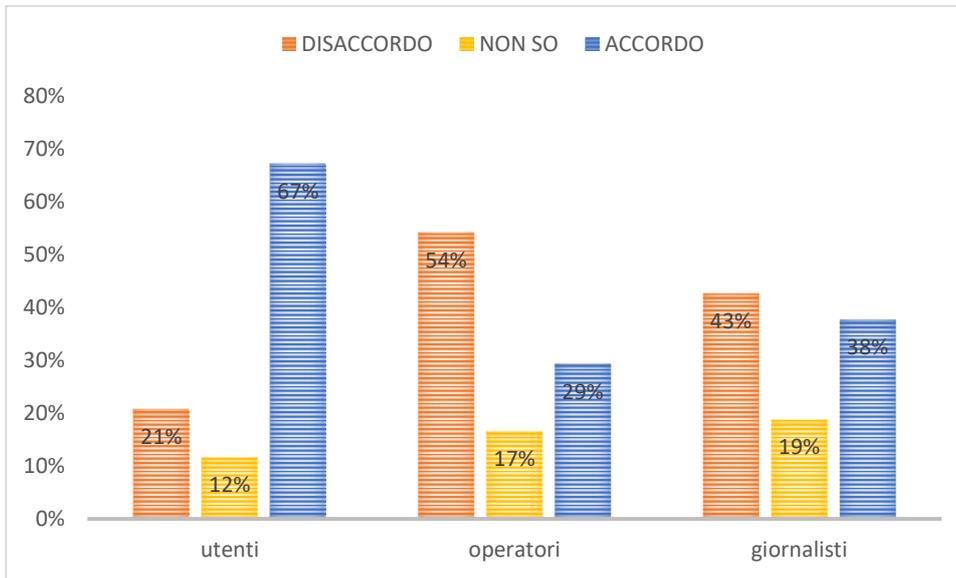


Grafico item 5

Inoltre, mentre gli operatori sembrano un po' più restii ad associare la guarigione all'astinenza totale, ben il 76% degli utenti si dichiara completamente d'accordo nel considerarla una condizione necessaria (Grafico item 7). La differenza percentuale tra le medie delle risposte di operatori e utenti, infatti, non è irrilevante (17,8%; Grafico item 7 – differenza tra medie)

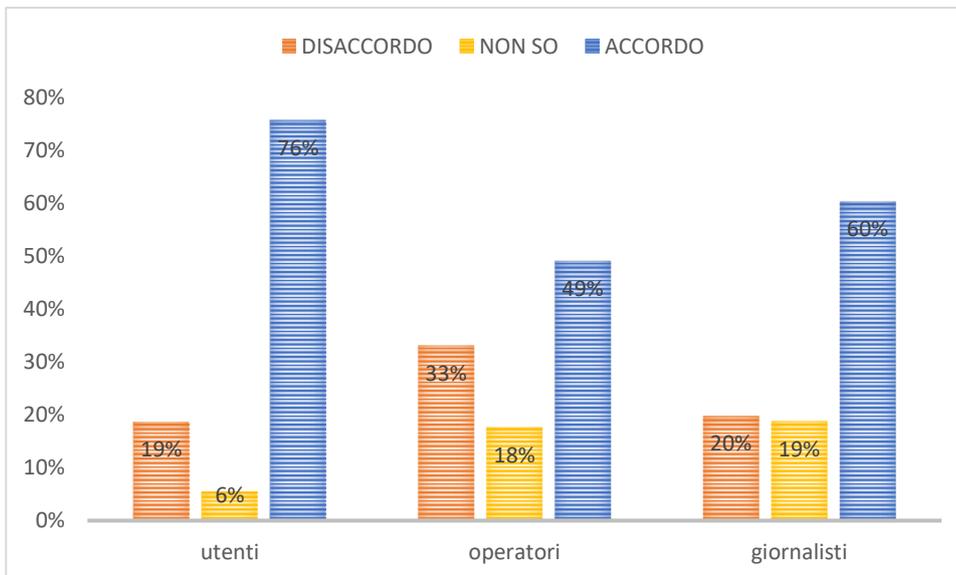


Grafico item 7

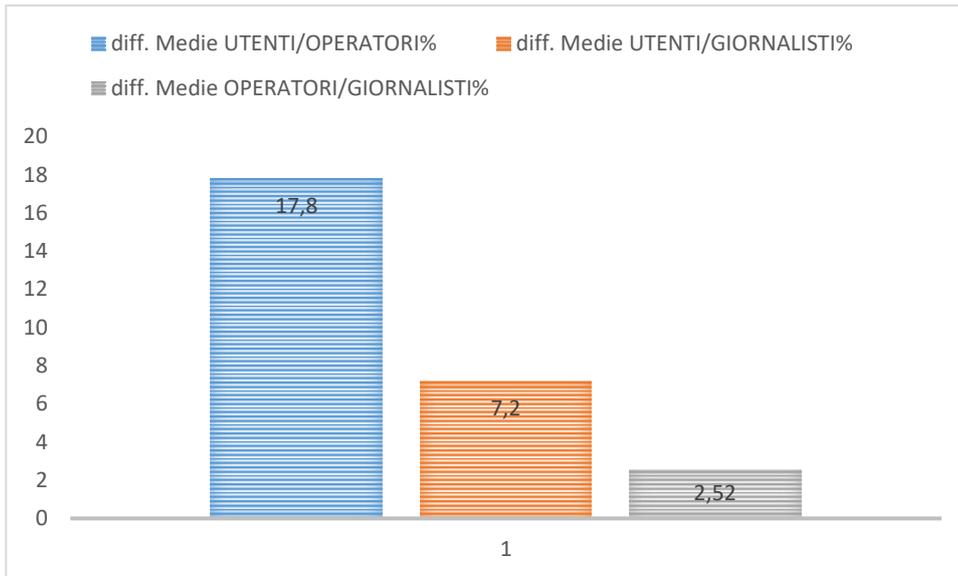


Grafico item 7 – differenze relativa percentuale tra le medie

Entrambi i campioni di riferimento si dicono estremamente concordi nell’affermare che la dipendenza è una malattia, con frequenze relative percentuali alte (Grafico item 8). Si evince così la presenza, all’interno delle strutture SerT, di una narrazione predominante.

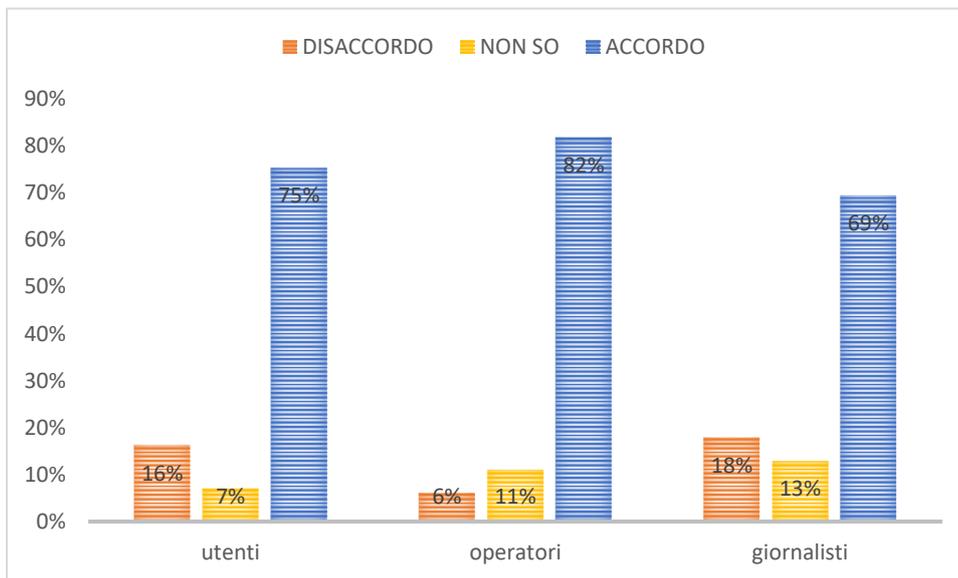


Grafico item 8

3° SOTTOSCALA: fiducia nei servizi e volontà di affidarsi a figure professionali

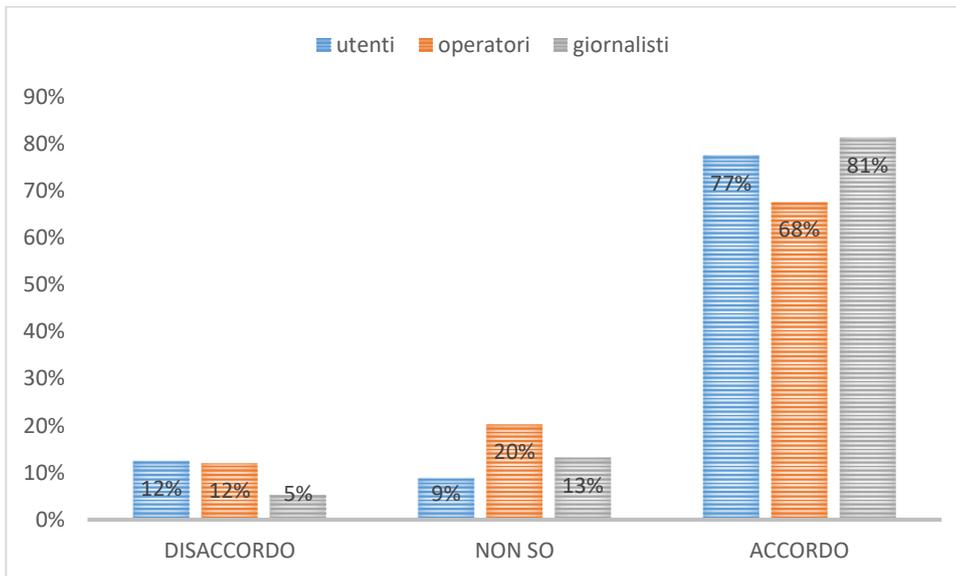


Grafico sottoscala 3 Frequenze relative percentuali

Alla terza sottoscala fanno riferimento i seguenti item:

- 9- Le persone dipendenti non sono in grado di risolvere i loro problemi di uso della sostanza da soli
- 10- Una persona dipendente deve cercare un aiuto professionale
- 11- Una persona dipendente in recupero dovrebbe far affidamento su altri esperti per aiuto e guida

Come si può notare dal ‘Grafico sottoscala 3’ tutte e tre le popolazioni campione (operatori, utenti e giornalisti) si trovano d’accordo sulla necessità di rivolgersi

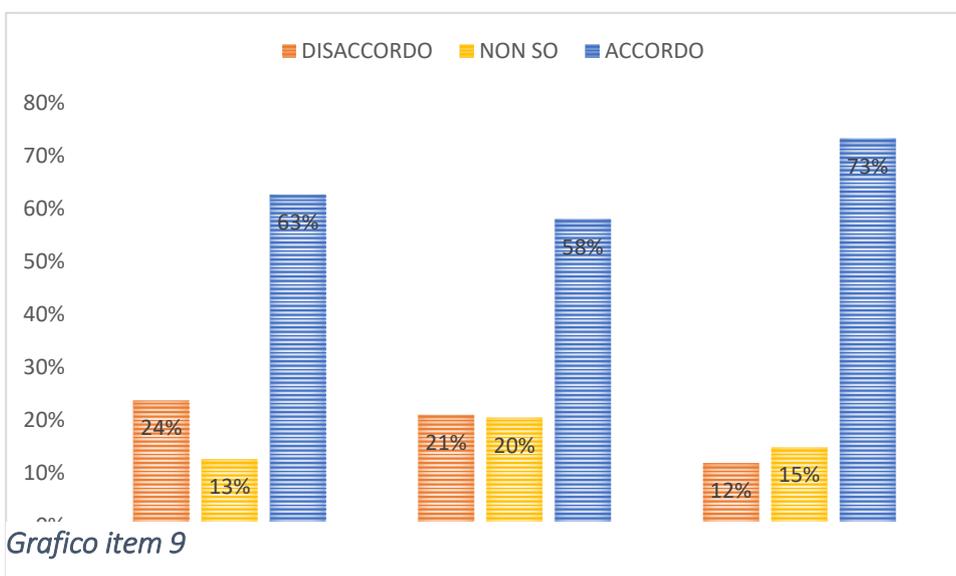


Grafico item 9

all’esterno per cercare un aiuto professionale. Tutti, infatti, sono abbastanza concordi nell’affermare che una persona affetta da DUS non possa riuscire a recuperare senza poter fare

affidamento su un supporto esterno. A questa affermazione in particolare (“Le persone dipendenti non sono in grado di risolvere i loro problemi di uso della sostanza da soli”) gli unici a rispondere con una frequenza relativa di disaccordo inferiore al 60% sono gli operatori stessi, che dovrebbero essere i fornitori di aiuto per eccellenza (Grafico item 9). I giornalisti, invece, in questa come nelle altre risposte che fanno parte di questa sottoscala, tendono a essere i più convinti nell’affermare la necessità di ricercare un aiuto professionale.

4° SOTTOSCALA: responsabilità per la dipendenza /per le azioni compiute sotto l’effetto della sostanza

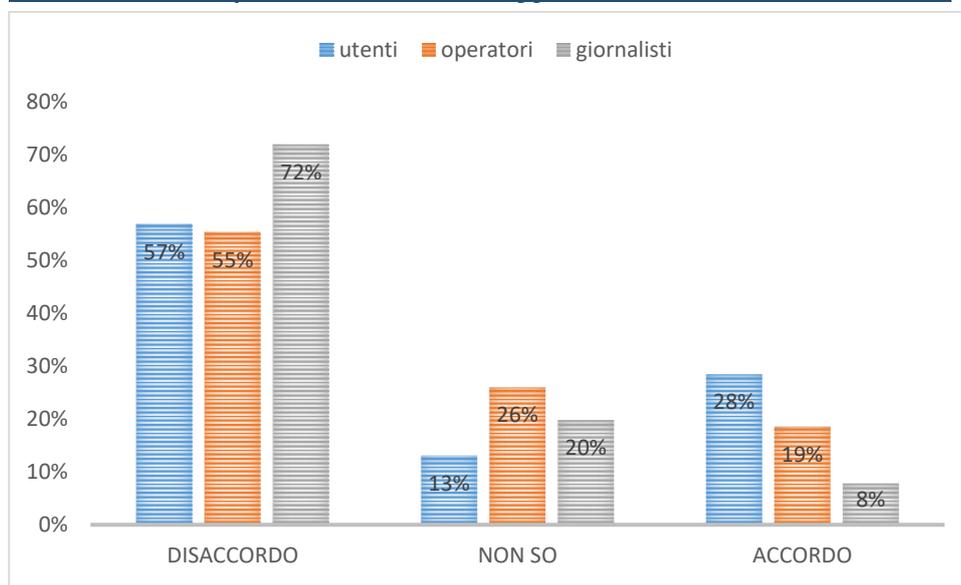


Grafico sottoscala 4 Frequenze relative percentuali

NB: il grado di accordo/disaccordo fa riferimento agli item che sono formulati con proposizioni in forma negativa

Alla quarta sottoscala fanno riferimento i seguenti item:

12-Una persona dipendente non dovrebbe essere ritenuta responsabile per le cose che fa quando è sotto l’effetto della sostanza

13-Non è colpa del dipendente se usa la sostanza

15- Le persone dipendenti non sono responsabili per le cose che hanno fatto prima di apprendere la loro condizione di dipendenza

In generale tutte e tre le popolazioni campione si dicono d’accordo nell’attribuire responsabilità al soggetto dipendente, sia per la sua condizione di dipendenza che

per le azioni compiute sotto l’effetto della sostanza. Ci sono però alcune differenze. Ad esempio, tutti e tre i campioni si collocano in una posizione di disaccordo rispetto all’affermazione “una persona dipendente non dovrebbe essere ritenuta responsabile per le cose che fa quando è sotto l’effetto della sostanza”, con la sottile differenza che, mentre le risposte di operatori e giornalisti sono in maggioranza negative e simili tra loro (solo circa il 10%-15% di loro afferma di essere d’accordo con l’affermazione), quelle degli utenti risultano sì in maggioranza negative, ma più ‘spalmate’ sull’intero continuum (Grafico item 12). Ben il 32% di loro, infatti, si esime dalla responsabilità delle azioni compiute dopo il consumo della sostanza psicoattiva, dichiarando quindi impotenza e mancanza di controllo (si tratta di un vissuto che emerge anche da alcune interviste in cui i soggetti hanno dichiarato di “non essere in loro” o di “non riconoscersi” quando sono sotto l’effetto dello stupefacente).

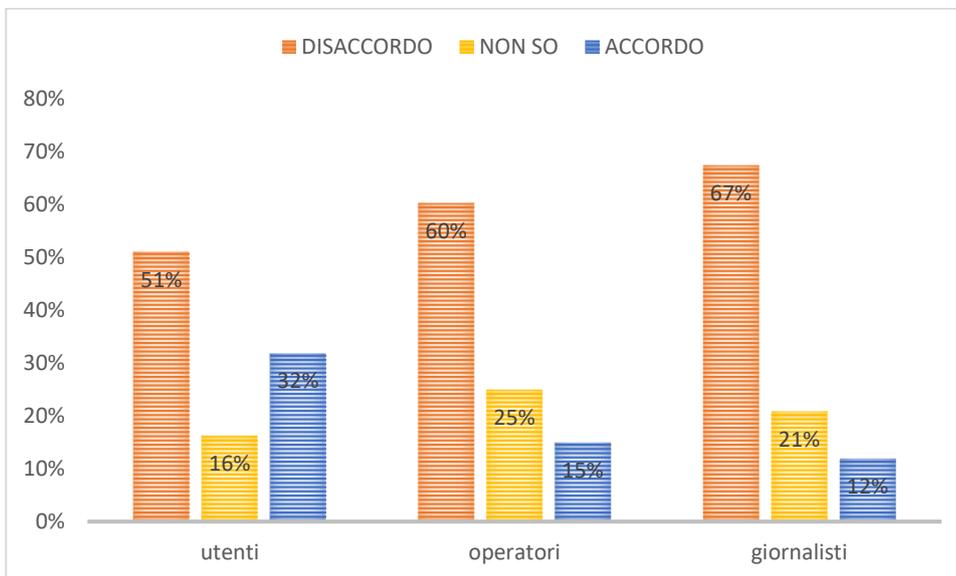


Grafico item 12

Una modalità di risposta simile si ritrova a seguito dell’affermazione “le persone dipendenti non sono responsabili per le cose che hanno fatto prima di apprendere la

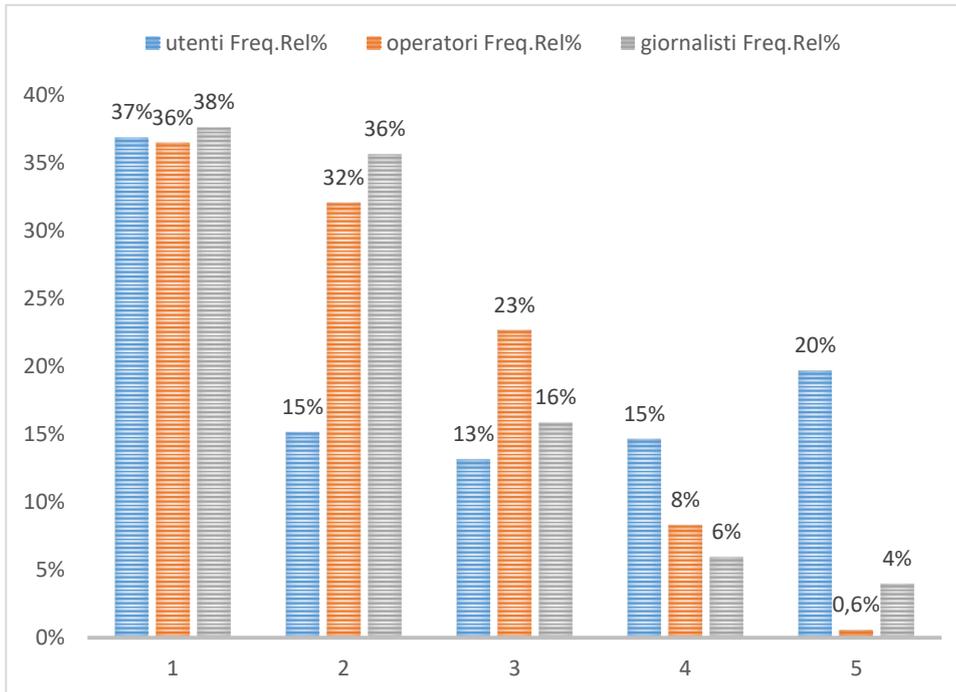


Grafico item 15

loro condizione di dipendenza” (Grafico item 15): tutti e tre i gruppi si dicono prevalentemente in disaccordo ma, mentre solo un operatore si considera ‘completamente d’accordo’ (1 su 181), ben 68 utenti su 198 sono convinti della bontà dell’affermazione.

Inoltre, mentre gli operatori rispondono in modo più cauto, gli utenti e soprattutto i giornalisti sono categorici nell’affermare la responsabilità riguardo l’uso della sostanza (il 75% dei giornalisti non condivide la frase “non è colpa del dipendente se usa la sostanza”).

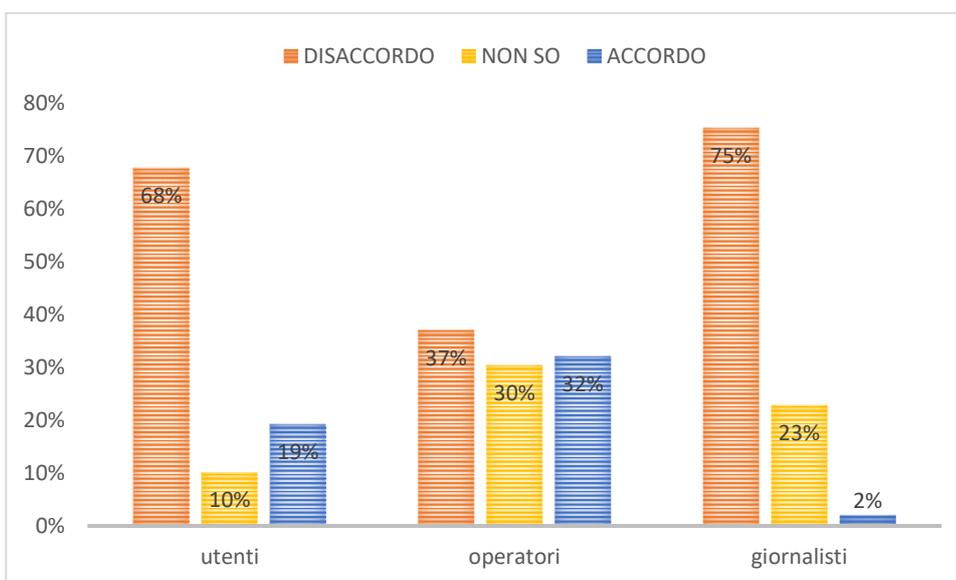


Grafico item 13

Se si vanno ad analizzare le medie delle risposte (Grafico item 13 – differenza tra medie), però, la differenza più notevole risulta tra operatori e utenti (17,4%). Se ne deduce che i soggetti dipendenti stessi tendano a colpevolizzarsi per la loro condizione di dipendenza molto più di quanto non facciano gli operatori.

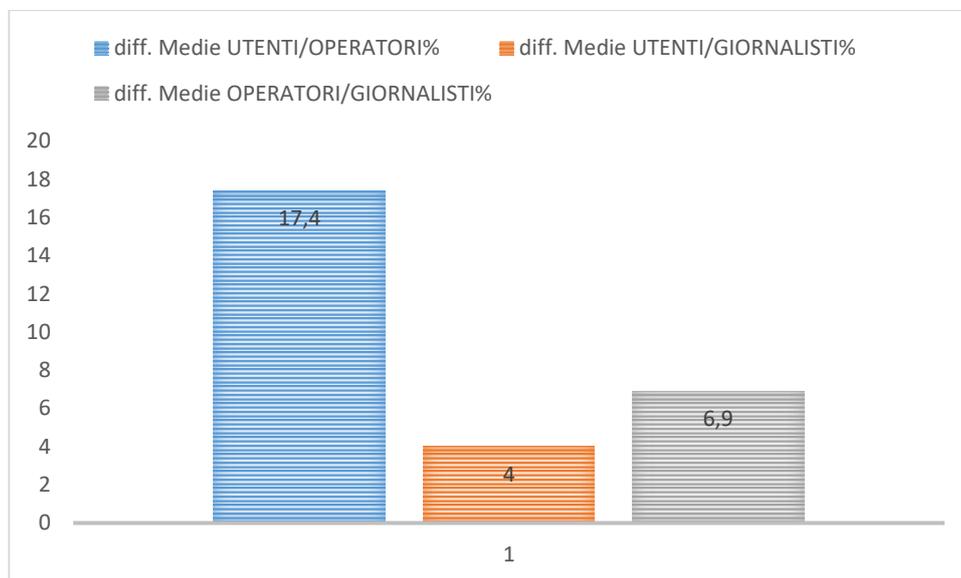


Grafico item 13 – differenza relativa percentuale tra medie

5° SOTTOSCALA: responsabilità per la cura e per il percorso di recupero

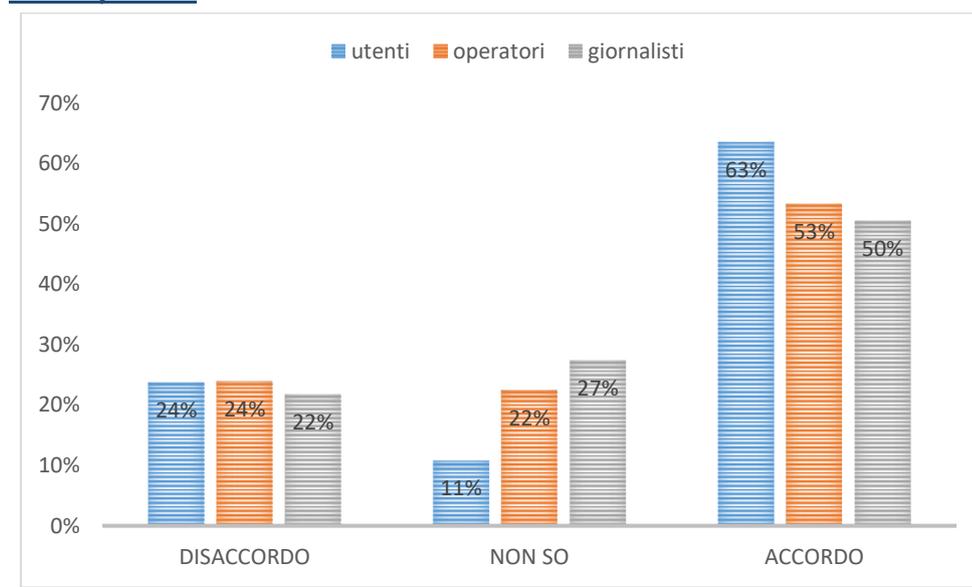


Grafico sottoscala 5 Frequenze relative percentuali

Alla quinta sottoscala fanno riferimento i seguenti item:

14- Le persone dipendenti sono responsabili del loro recupero

16- Solo i dipendenti stessi possono decidere quando smettere di usare la sostanza

17- In definitiva, il dipendente è responsabile di correggersi da solo

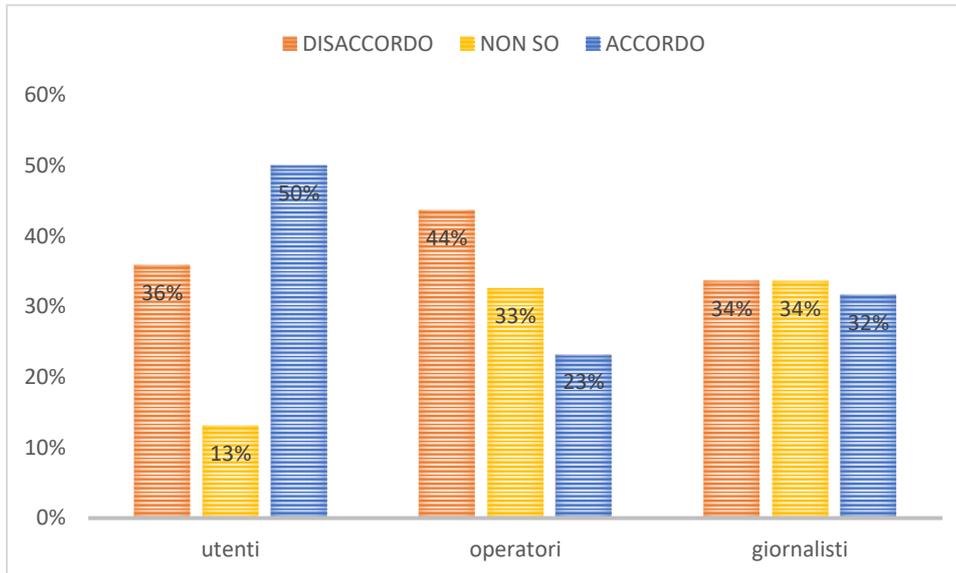


Grafico item 17

Mentre per i primi due item le tre popolazioni campioni sono sostanzialmente d'accordo con minime differenze, per quanto riguarda il terzo item della sottoscala, utenti e operatori danno risposte diverse (i giornalisti tendono

a non schierarsi). Il 50% degli utenti si sente responsabile di correggersi da solo, mentre il 44% degli operatori afferma il contrario. A dispetto di quanto possano pensare gli operatori (soltanto 7 di loro si dicono completamente d'accordo), gli utenti si considerano tendenzialmente responsabili della loro stessa correzione (una maggioranza di 99 su 198).

Si tratta di una delle questioni concettuali più delicate emerse sia dalla parte quantitativa che da quella qualitativa della ricerca: il carattere volontario e intenzionale, oppure non intenzionale e in qualche modo “obbligato” delle azioni di un individuo dipendente. Ci si chiede spesso se compia le azioni tipiche della ricerca e del consumo della sostanza nel possesso totale delle sue facoltà intenzionali, oppure se queste siano per alcuni versi diminuite, interdette o addirittura assenti. È ovvio che una risposta a questa domanda ha implicazioni dirette circa la responsabilità che viene attribuita al soggetto non solo per la sua condizione di dipendenza, ma anche per la sua eventuale guarigione. Oggi sappiamo che la dipendenza determina una condizione in cui, pur persistendo la cognizione dell'atto e l'intenzionalità minima delle azioni strumentali, coesisterebbe un indebolimento della volontà che fa sì che, pur volendo smettere, l'individuo dipendente ceda e torni a usare la sostanza. Questa interpretazione permetterebbe di restituire un minimo di dignità agli individui DUS

(spesso relegati in uno spazio di incapacità e malattia), ritenendoli responsabili e capaci di decidere quando e come curarsi, da chi e se farsi aiutare.

Una differenza così marcata nelle risposte di operatori e utenti all’affermazione “In definitiva, il dipendente è responsabile di correggersi da solo” rappresenta il fallimento dell’alleanza terapeutica. Sembra che gli operatori continuino a non ritenere i soggetti dipendenti ‘responsabili’ né della condizione di dipendenza né delle possibilità di recupero. Questo atteggiamento da una parte attenua lo stigma e giustifica i soggetti dipendenti “perché malati”, dall’altra parte però toglie loro gran parte della dignità di persone coscienti.

Ridurre la divergenza tra queste due visioni creerebbe un margine di manovra utile in sede di trattamento, incrementando le possibilità di riuscire nella difficile impresa di ristrutturare parzialmente la volontà e le intenzioni deteriorate del soggetto.

Infine, facendo un confronto con la quarta sottoscala, sembra che gli utenti tendano a considerarsi maggiormente responsabili e ‘colpevoli’ quando le frasi vengono formulate in maniera da coinvolgerli direttamente; quando invece le affermazioni riguardano le azioni compiute risultano più ‘clementi’.

6° SOTTOSCALA: ereditarietà /base genetica del disturbo

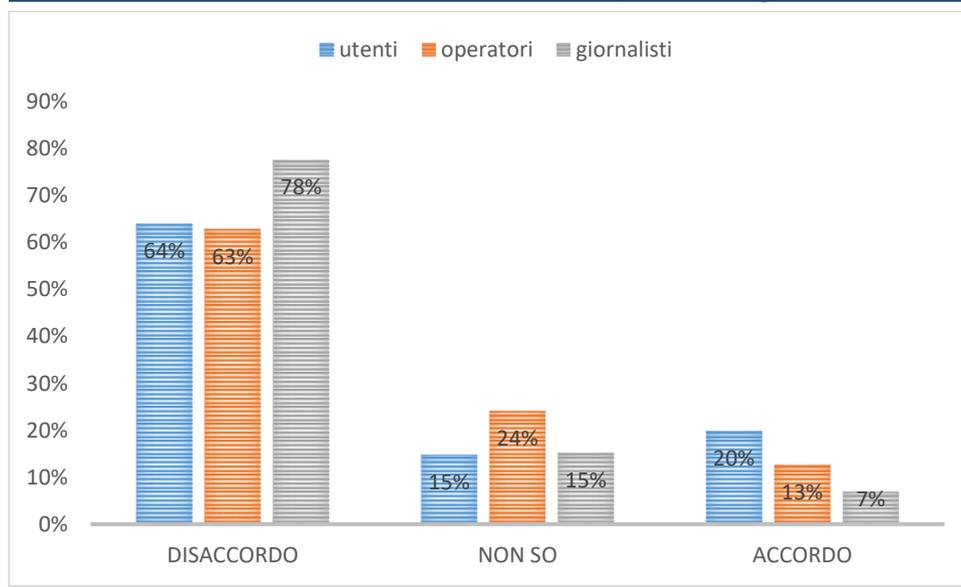


Grafico sottoscala 6 Frequenze relative percentuali

_La questione dell’ereditarietà (item 18 “Alcune persone sono dipendenti dalla nascita”, item 19 “la dipendenza è ereditaria”, item 20 “i figli di persone dipendenti

diventeranno a loro volta dipendenti”) è collegata al modello teorico della dipendenza come malattia cronica recidivante. Secondo l’interpretazione più rigida del modello disease, infatti, le cause della dipendenza sarebbero principalmente, se non esclusivamente biologiche, cosa che suggerirebbe una base genetica e quindi ereditaria. Inoltre, alcuni studi recenti sembrano confermare il coinvolgimento di alcuni geni nell’eziologia del disturbo⁶⁸. Nonostante questo, la questione è controversa e, ad oggi, non c’è una interpretazione univoca.

Come si vede dal ‘Grafico sottoscala 6’, le risposte agli item dimostrano un accordo tra le tre popolazioni campione, con percentuali abbastanza alte (oltre il 60% di tutti i rispondenti si dice completamente in disaccordo con le affermazioni di cui sopra). I giornalisti sono il campione che tende a dare risposte più categoriche sull’impossibilità della dipendenza come disturbo ereditario.

A parte la tendenza generale, ci sono 30 operatori su 181 che si considerano d’accordo con la nascita di persone già dipendenti (forse intendendo una predisposizione psico-comportamentale), 21 che sono convinti che la dipendenza sia ereditaria e altri 19 che pensano che i figli di persone con DUS saranno destinate a loro volta al misuse. Le percentuali di accordo per gli utenti sono leggermente più elevate, mentre i giornalisti tendono a escludere questa possibilità.

⁶⁸ Panayotis K. Thanos, Vanessa Gopez, Foteini Delis, Michael Michaelides, David K. Grandy, Gene-Jack Wang, George Kunos, Nora D. Volkow, (2010) “Upregulation of Cannabinoid Type 1 Receptors in Dopamine D2 Receptor Knockout Mice Is Reversed by Chronic Forced Ethanol Consumption”, , *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 35: 19–27. doi:10.1111/j.1530-0277.2010.01318.x

7° SOTTOSCALA: uso della sostanza come strategia di coping

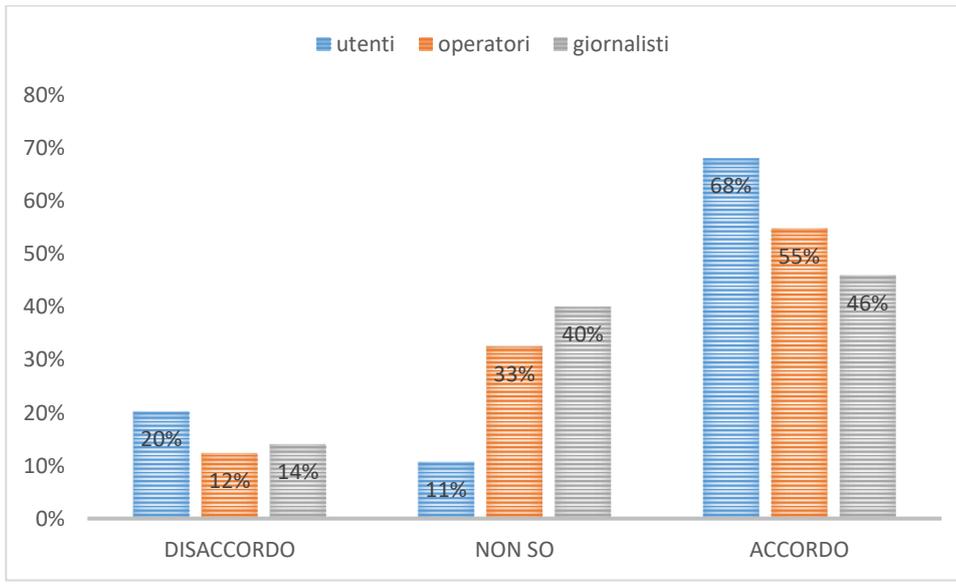


Grafico sottoscala 7 Frequenze relative percentuali

Alla settima sottoscala fanno riferimento i seguenti item:

21- Le persone dipendenti usano la sostanza per evitare problemi personali

22- Le persone dipendenti usano la sostanza per sentirsi meglio con loro stesse

23- Le persone dipendenti usano la sostanza per ridurre la loro depressione

24- Le persone dipendenti usano la sostanza perché non riescono a far fronte alle difficoltà della vita

25- Le persone dipendenti usano la sostanza per evadere da situazioni familiari negative

Operatori, utenti e giornalisti sono generalmente d'accordo nell'affermare che l'uso di sostanze possa alleviare sintomi depressivi o aiutare a far fronte alle difficoltà della vita (a livello personale) o che possa permettere un'evasione da situazioni familiari negative (a livello di primo nucleo sociale). Le percentuali di accordo più alte si rilevano tra gli utenti: la problematica emerge in modo decisamente marcato anche dalle interviste. La popolazione campione più timida nel condividere l'idea dell'uso della sostanza come strategia di coping è quella dei giornalisti. Le differenze relative percentuali tra le medie delle risposte di questi ultimi e quelle degli utenti risultano a volte decisamente marcate: c'è uno scarto del 9,4% sia per quanto riguarda l'uso per ridurre la depressione che quello per evadere da situazioni familiari negative ('Grafico item 23-differenza tra le medie' e 'Grafico item 25-differenza tra le medie').

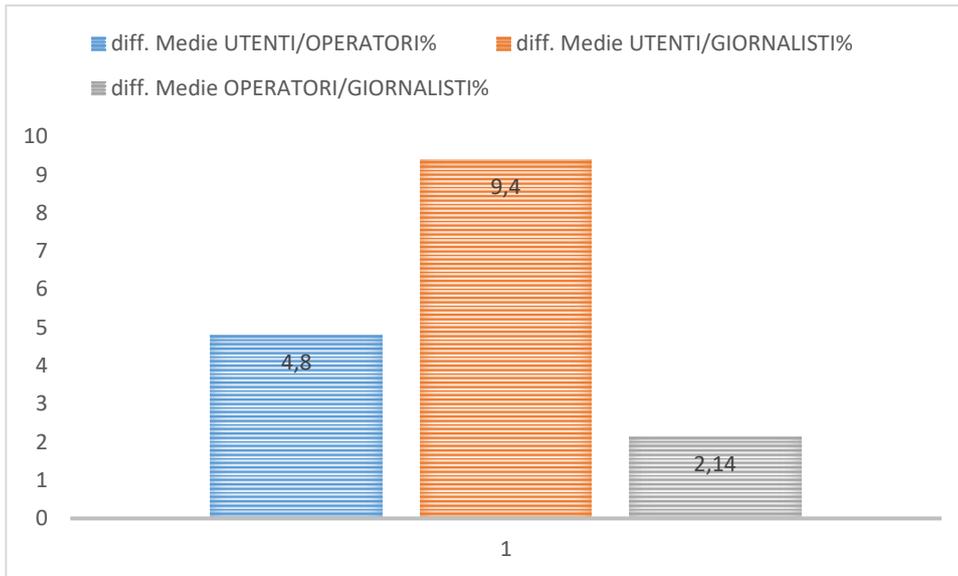


Grafico item 23-differenza relativa percentuale tra le medie

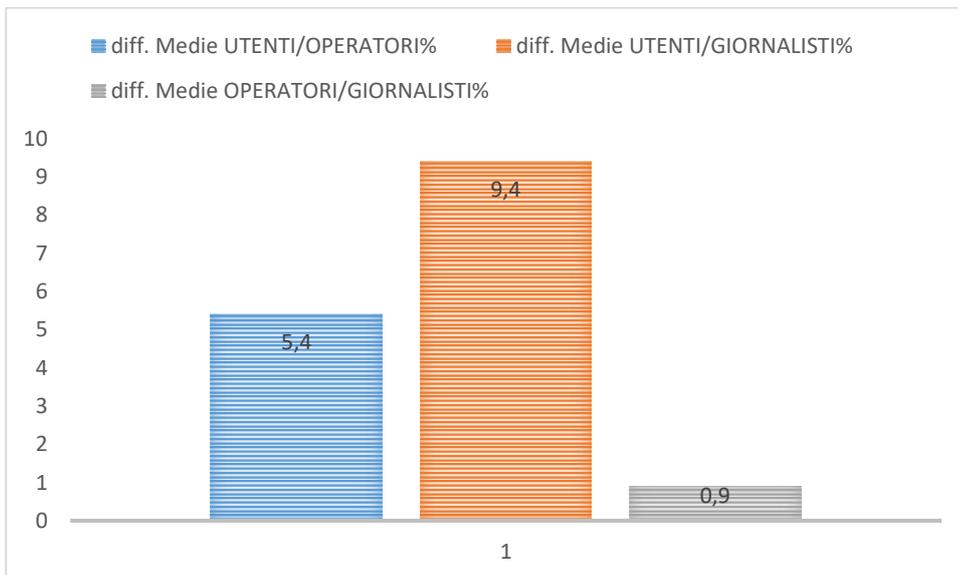


Grafico item 25-differenza relativa percentuale tra le medie

Inoltre in ben due affermazioni (“Le persone dipendenti usano la sostanza per evitare problemi personali” e “Le persone dipendenti usano la sostanza per evadere da situazioni familiari negative”), la percentuale di giornalisti che non esprime un giudizio (segnando il numero 3 della scala Likert) supera quella di chi invece si espone

con un parere (come esempio è riportato il grafico delle frequenze relative percentuali dell’item 21).

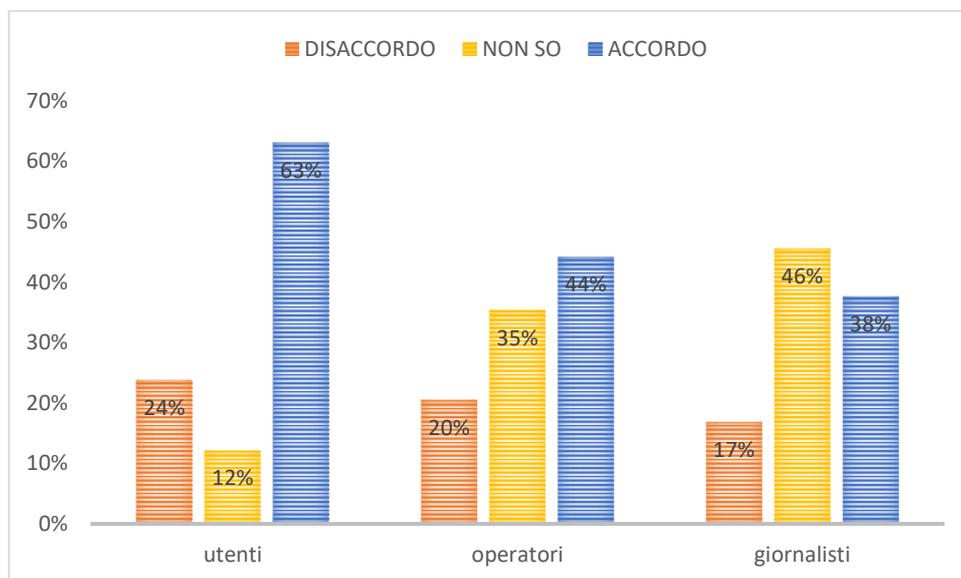


Grafico item 21

In generale si nota come sia diffuso l’uso della sostanza “come stampella”. L’idea è proprio quella di un bastone a cui aggrapparsi per far fronte alle difficoltà della vita, sia a livello personale (es. depressione, ansia etc....) sia a livello sociale (es. evasione da situazioni familiari negative). La percentuale di utenti che afferma di aver fatto uso di droga per questi motivi è alta e si rispecchia nelle risposte di molti intervistati che hanno aggiunto come, molto spesso in questi casi, l’uso diventi non solo consapevole ma anche ‘voluto’.

8° SOTTOSCALA: dipendenza come debolezza morale / mancanza di volontà

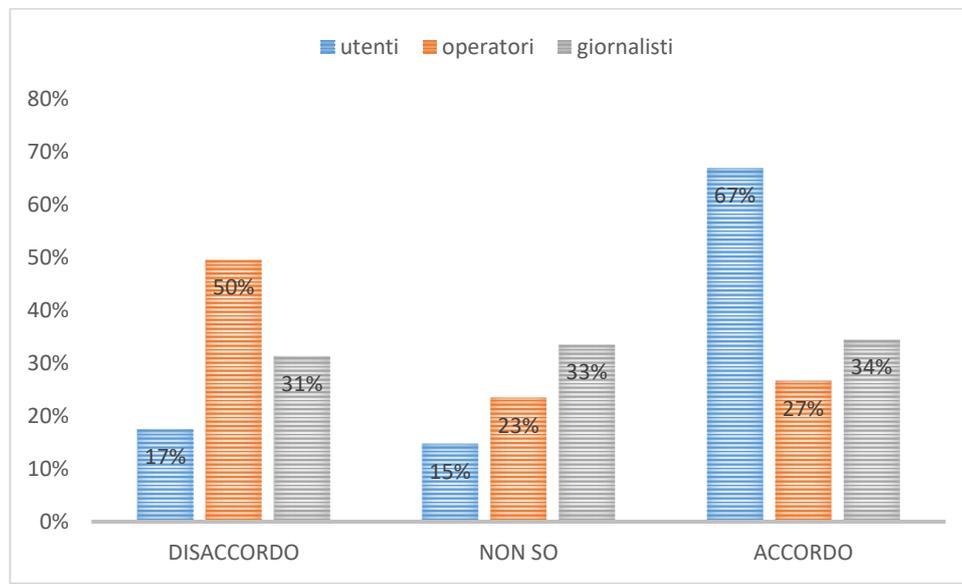


Grafico sottoscala 8 Frequenze relative percentuali

L’ottava e ultima sottoscala va a misurare il grado di condivisione dell’idea della dipendenza come scelta viziosa fatta da individui moralmente deboli, cui si associa l’immaginario della ricaduta come fallimento personale. A questa sottoscala fanno riferimento i seguenti item:

- 26- L’abuso di una sostanza è sintomo di debolezza personale
- 27- Le persone dipendenti sono responsabili della loro condizione di dipendenza
- 28- Le ricadute sono un fallimento personale
- 29- Le persone dipendenti iniziano a usare una sostanza perché lo desiderano
- 30- Se una persona dipendente ha una ricaduta è una sua colpa

Le risposte date da operatori e utenti a questi item sono spesso diametralmente opposte. Ben il 68% degli utenti considera la dipendenza come sintomo di debolezza personale e lo stesso fa solo il 30% degli operatori (il 44% invece si dichiara in disaccordo con l’affermazione; Grafico item 26). La differenza tra le medie risulta

quindi molto marcata: lo scarto è di 23,6 punti percentuali (Grafico item 26 – differenza tra le medie).

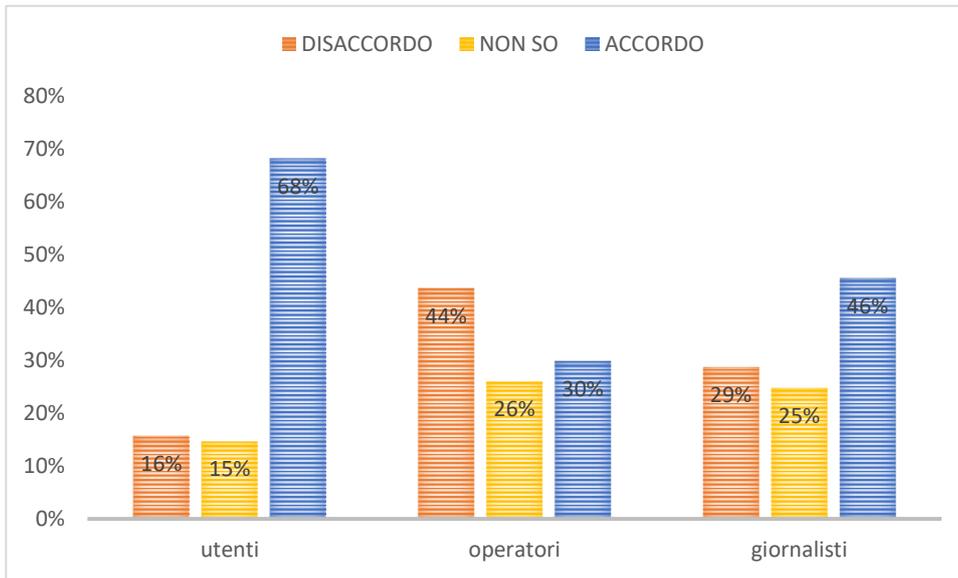


Grafico item 26

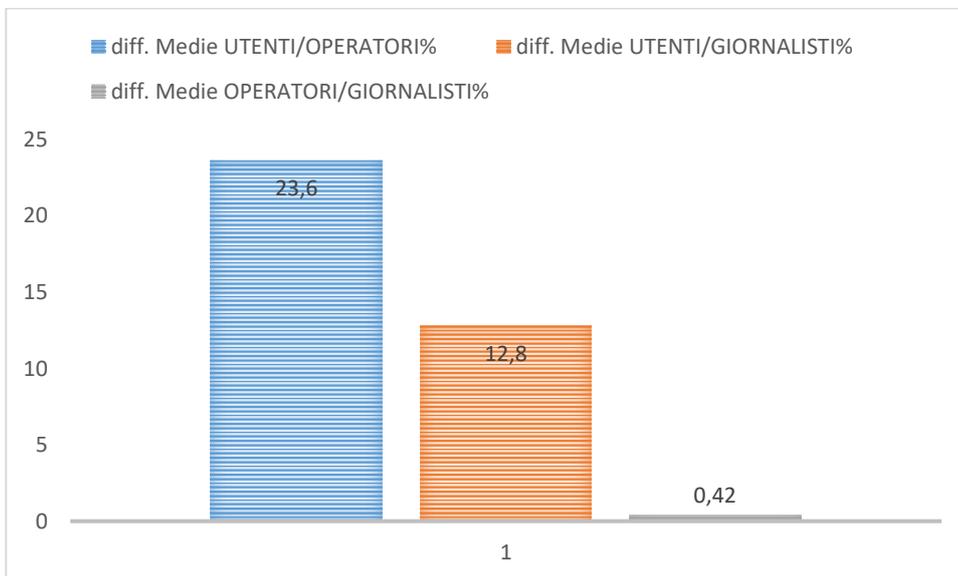


Grafico item 26 – differenza relativa percentuale tra le medie

Il 74% degli utenti si considera responsabile per la propria condizione contro solo il 31% degli operatori e il 47% dei giornalisti (Grafico item 27). Ne consegue, anche in questo caso, uno scarto notevole tra le medie dei diversi gruppi (Grafico item 27 – differenza tra le medie)

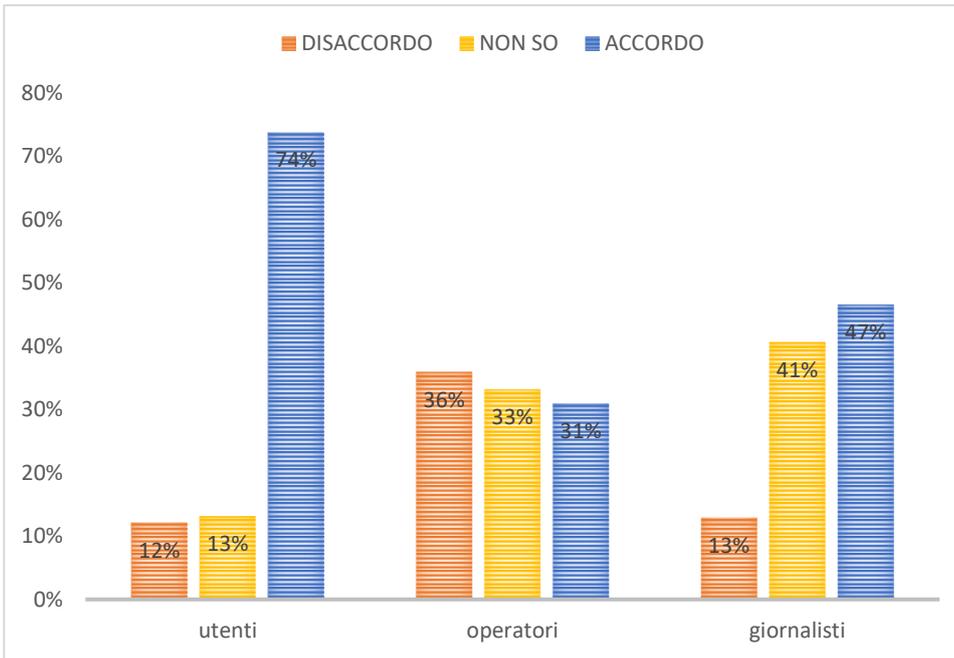


Grafico item 27

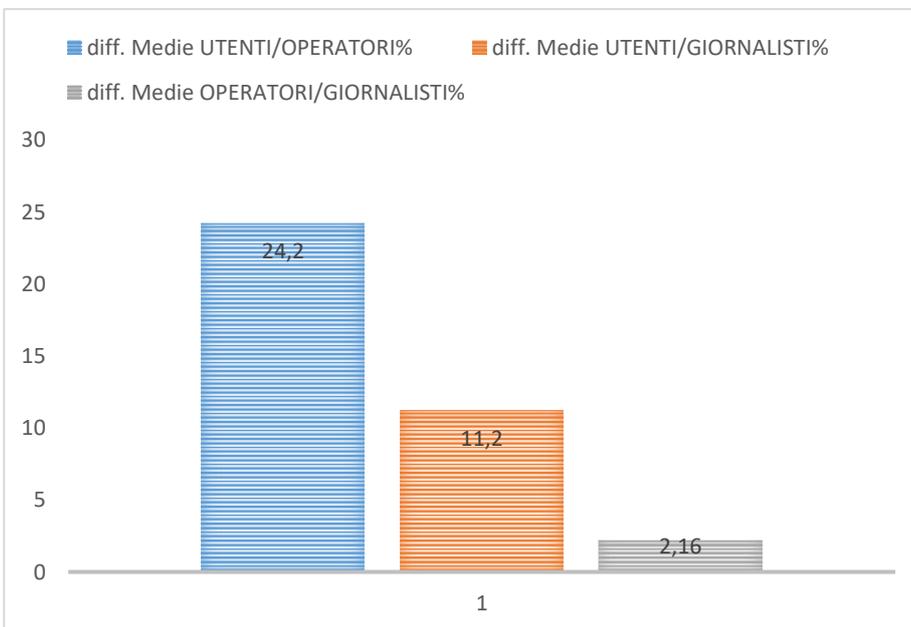


Grafico item 27 – differenza relativa percentuale tra le medie

Il 63% degli utenti vede le ricadute come un fallimento personale mentre la percentuale degli operatori che la pensano allo stesso modo è inferiore al 20% (quella dei giornalisti si aggira intorno al 27%; Grafico item 28). Stavolta la differenza relativa percentuale tra le medie supera il 31% riflettendo una profonda discrepanza tra i due immaginari e due modi completamente diversi di comunicare l’evento della ricaduta (Grafico item 28 – differenza relativa percentuale tra le medie). Vi è uno scarto del 19% anche tra utenti e giornalisti, mentre operatori e giornalisti sembrano dare risposte del tutto sovrapponibili.

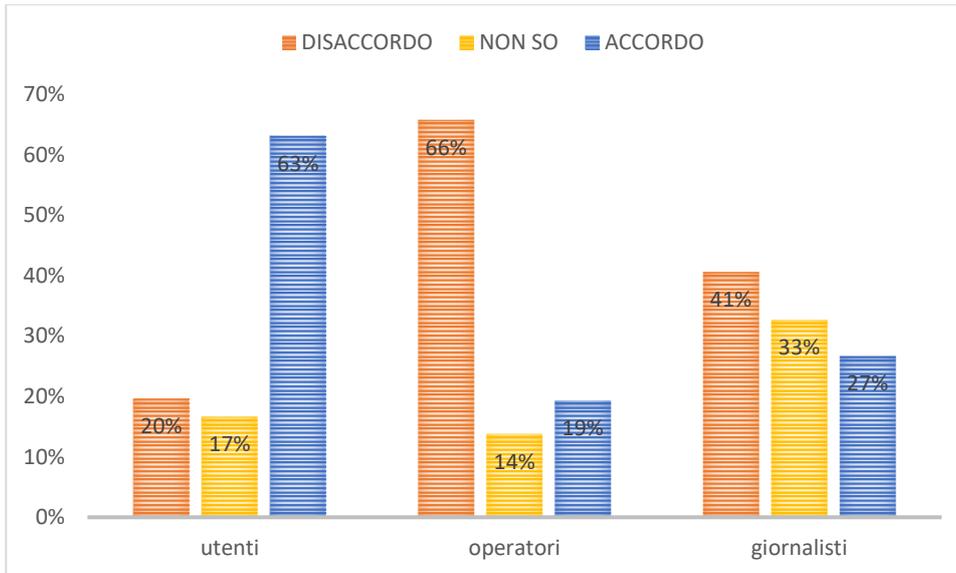


Grafico item 28

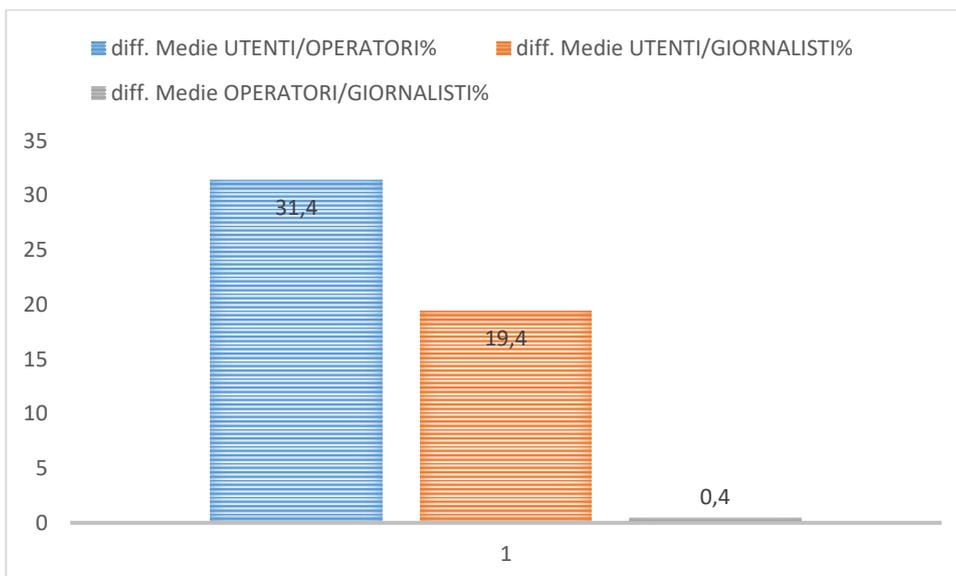


Grafico item 28 – differenza relativa percentuale tra le medie

Lo scarto maggiore resta quello tra le risposte date da utenti e operatori all’item 30: oltre il 72% degli utenti si colpevolizza per le ricadute, contro solo il 10% degli operatori. Lo scarto relativo tra le medie sfiora i 40 punti percentuali. Un abisso che sembra senza spiegazione se non si ricorre alle narrazioni che emergono dalle interviste semi-strutturate (vedi sezione “Dipendenza, volontà, intenzionalità e debolezza”).

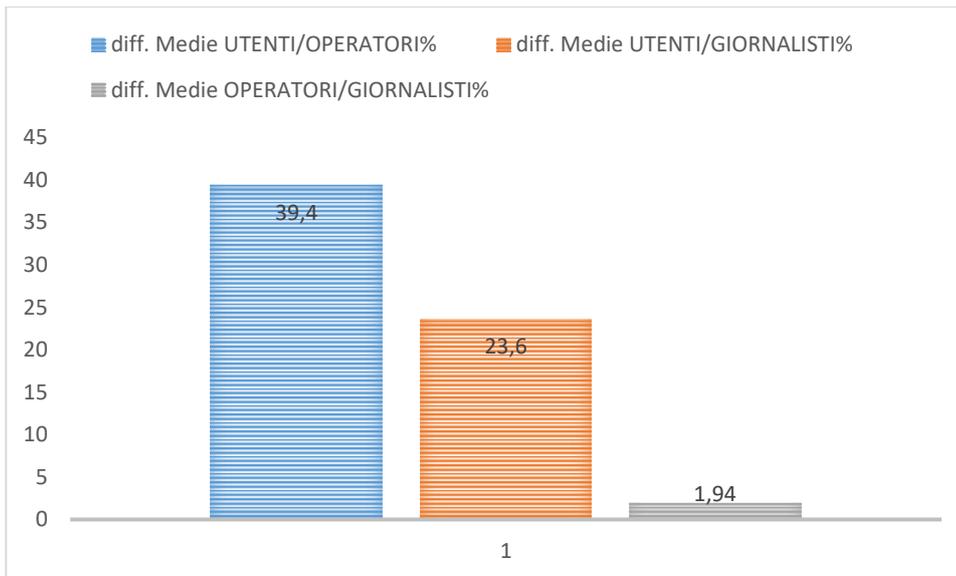


Grafico item 30 – differenza relativa percentuale tra le medie

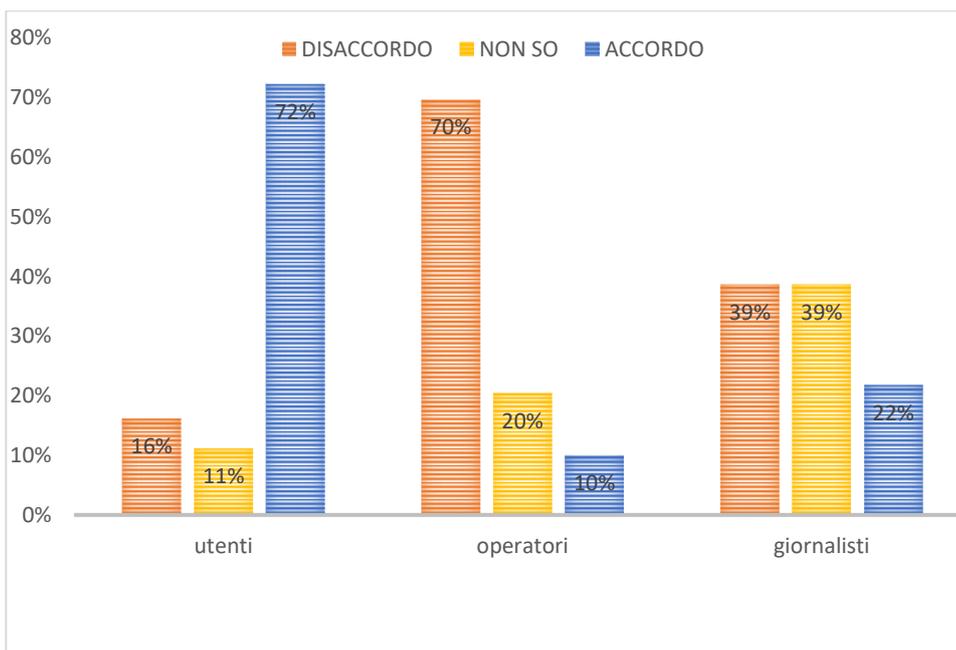


Grafico item 30

Conclusioni e discussione

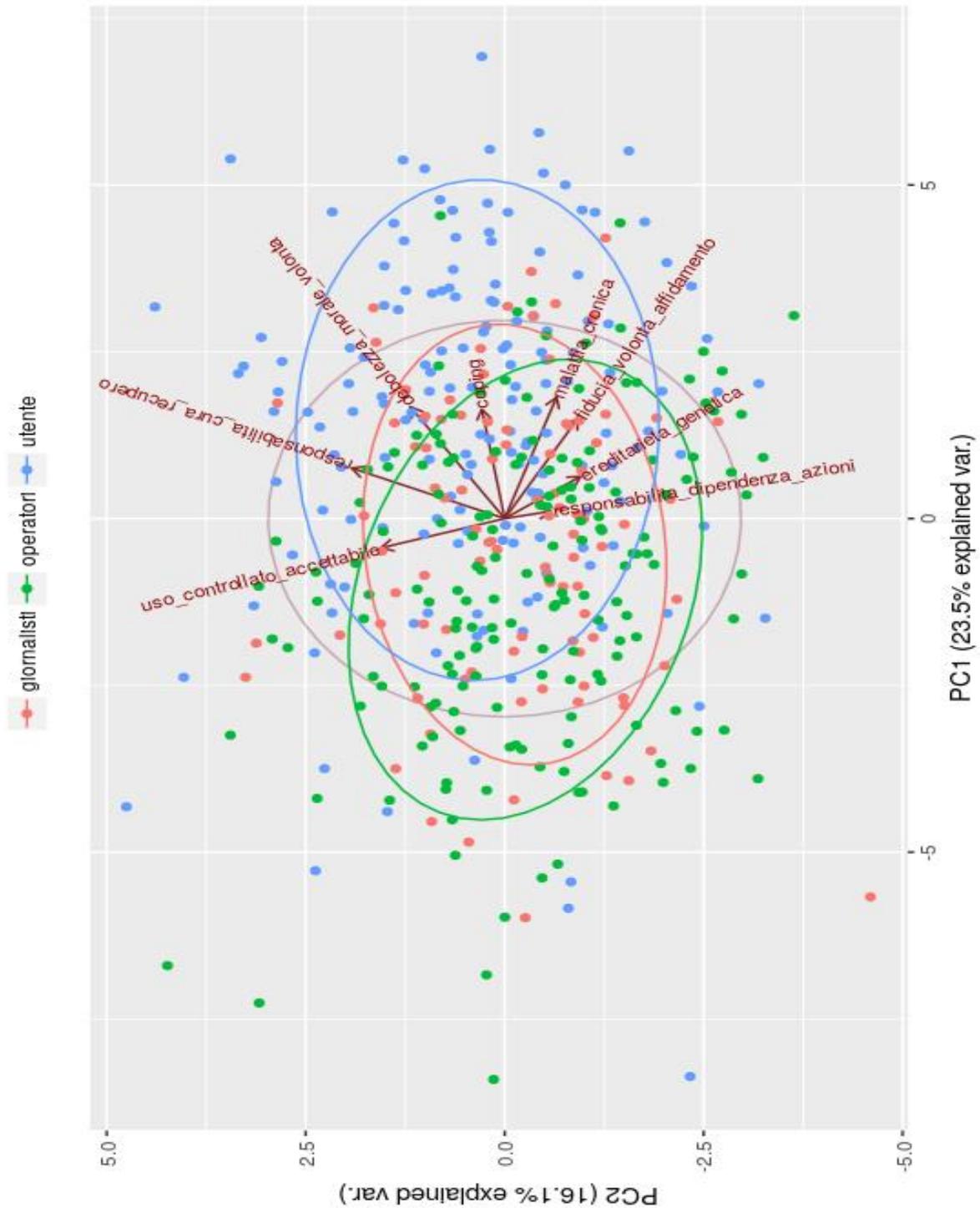


Grafico biplot PCA

Dovendo maneggiare più di tre variabili, la visualizzazione diretta dei dati non era possibile. Si è quindi cercato di ridurre la complessità per poter fare un'analisi statistica riassuntiva delle tre popolazioni campione e delle relative correlazioni. A questo scopo è stato utilizzato il browser R ed è stata eseguita l'Analisi delle Componenti Principali (PCA). Questa tecnica fa parte dell'ambito della statistica multivariata e permette di semplificare i dati grazie ad una proiezione ortogonale dei punti dallo spazio originale ad uno bidimensionale (in questo caso specifico). Nella PCA, l'idea è quella di trovare un nuovo sistema di riferimento in modo da massimizzare la varianza delle variabili rappresentate lungo gli assi. La riduzione della complessità avviene limitandosi ad analizzare le principali (per varianza). Dal punto di vista matematico corrisponde a dire che le componenti principali sono costruite come combinazioni lineari delle variabili originali. Nel nostro caso le prime due variabili (che massimizzano la varianza e che quindi sono state scelte come componenti principali) spiegano circa il 40,5% della varianza totale.

Come si può notare dal “Grafico biplot PCA”, il piano degli scores costruito sulle prime due componenti principali permette già di identificare la presenza di tutte e otto le diverse sottoscale, che vengono rappresentate sotto forma di vettori. Gli assi, invece -che sono le componenti principali- non hanno un significato fenomenico proprio: cioè non sono variabili direttamente misurate.

La distribuzione geometrica e grafica dei vettori nel biplot restituisce le proprietà dell'intero set di dati. Ogni risposta del questionario, quindi, sarà rappresentata dal vettore corrispondente alla sottoscala a cui appartiene l'item. La lunghezza di ogni vettore, inoltre, è proporzionale alla varianza della variabile-sottoscala corrispondente e il coseno dell'angolo tra due vettori indica la correlazione tra le due variabili. Variabili altamente correlate puntano nella stessa direzione: ad esempio, i due vettori relativi alle sottoscale “malattia cronica recidivante” e “affidamento agli esperti” sono quelli che appaiono maggiormente correlati. L'interpretazione di questo risultato è abbastanza ovvia: la sensazione di impotenza generata dal sentirsi in balia di una malattia cronica genera infatti, tra le altre conseguenze, una tendenza alla deresponsabilizzazione e quindi una ricerca di appoggio e supporto esterno. Viceversa variabili poco o per nulla correlate sono rappresentate da vettori disposti ad angolo retto ($\cos 90^\circ = 0$). Nel nostro caso le sottoscale che risultano tra loro indipendenti sono: “uso controllato e socialmente accettabile” rispettivamente con “debolezza morale” e “strategie di coping”; “Responsabilità per la cura” con “malattia cronica recidivante” e “affidamento agli esperti”. È evidente come chi fa uso della sostanza per far fronte agli eventi stressanti della vita e sente di non avere potere su

di esso (debolezza morale) non sia propenso a considerare possibile un uso controllato e socialmente accettabile. Allo stesso modo è difficile che un soggetto dipendente arrivi a considerarsi responsabile della cura e del proprio percorso di recupero se si vede come totalmente irresponsabile perché affetto da una malattia, per di più cronica. Viceversa sarà difficile che chi invece sente di avere il controllo sulle sue possibilità di guarigione si affidi ciecamente ad una guida esterna e professionale.

Infine, variabili correlate negativamente sono rappresentate da vettori disposti ad angolo piatto ($\cos 180^\circ = -1$). Nel caso specifico si nota che i due vettori disposti in questo modo sono quelli relativi alle sottoscale “responsabilità per la condizione di dipendenza e per le azioni compiute sotto l’effetto della sostanza” e “uso controllato e socialmente accettabile”.

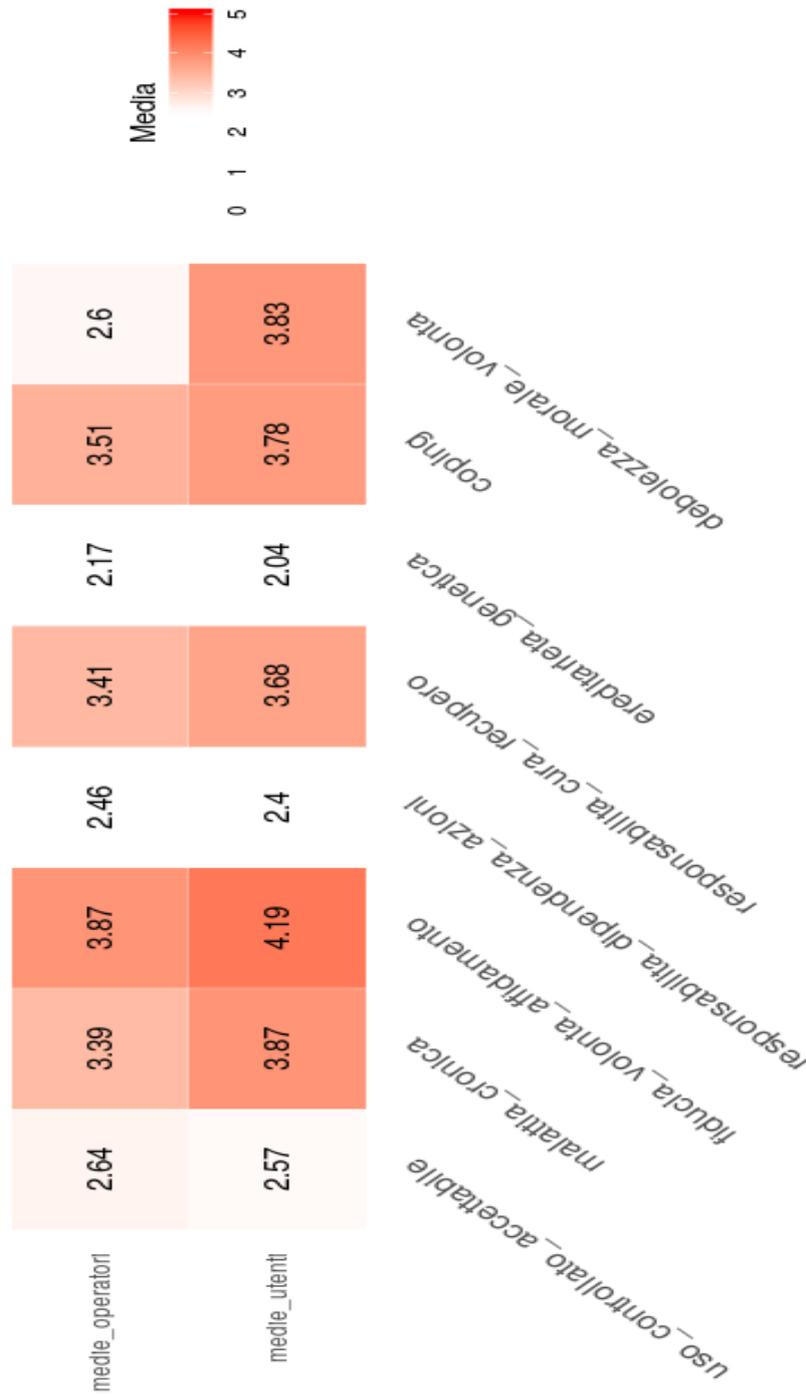
Per quanto riguarda la varianza (e quindi la criticità nelle risposte al questionario) i vettori che la massimizzano sono “debolezza morale/mancanza di volontà” (che addirittura approssima la retta di regressione lineare) e “strategia di coping”. Infatti, anche dai risultati delle altre analisi statistiche era emersa una divergenza nelle risposte date dalle tre popolazioni campione agli item di queste due sottoscale.

Nel biplot ogni risposta (o cluster di risposte simili) viene rappresentato come un punto del diagramma di dispersione. Si identificano quindi diverse “nuvole” di punti nel piano: i punti blu sono quelli relativi agli utenti, quelli rossi si riferiscono alle risposte dei giornalisti e quelli verdi degli operatori. Risposte simili sono rappresentate da punti vicini. C’è quindi una relazione di proporzionalità diretta tra la distanza reciproca tra i punti e la condivisione delle risposte (e quindi dell’idea di dipendenza e del modo di comunicarla) tra popolazioni campione. Si nota facilmente che i punti rossi e verdi (rispettivamente giornalisti ed operatori) tendono ad occupare una medesima regione del piano cartesiano, mentre i punti blu (utenti) si discostano maggiormente.

La posizione delle ‘nuvole’ nel diagramma dipende dai pesi sulle componenti principali: più questi sono elevati più la variabile si allontanerà dal baricentro (rappresentato come il cerchio in marroncino). L’ellisse di correlazione di ogni popolazione campione indica la regione di confidenza del 95% della distribuzione congiunta delle variabili. I punti più esterni sono outliers, ma non tutti i punti che non sono compresi nell’ellisse lo sono. Infatti, alcune misurazioni rientrano nella fascia di confidenza se si considera ciascuna popolazione separatamente.

Naturalmente, più c’è lontananza dal baricentro, maggiore è la varianza. Dall’analisi ‘visiva’ si nota che operatori e giornalisti tendono ad avere una varianza più piccola

che corrisponde ad un grado maggiore di sicurezza nelle risposte, ma, al contempo, tendono a dare risposte molto vaghe e a non sbilanciarsi (punto 3 della scala Likert). Gli utenti invece tendono ad estremizzare le risposte tanto che il punto 3 raramente viene selezionato. Ciò può essere in parte dovuto alla visione dicotomica (bianco/nero) della "personalità dipendente", ma sicuramente in parte è il risultato di un'esperienza in prima persona lucida e chiara. Molti, infatti, durante l'intervista hanno ribadito come risulti difficile capire la loro condizione per chi non l'ha vissuta direttamente sulla propria pelle.



Confronto Pearson medie operatori/utenti

Dipendenza, volontà, intenzionalità e debolezza.

Come anticipato alla fine del capitolo precedente e come si può notare dalla tabella riassuntiva “Confronto Pearson medie operatori/utenti”, lo scarto maggiore si ritrova nell’ottava sottoscala “dipendenza come debolezza morale / mancanza di volontà”.

Si tratta di una differenza di quaranta punti percentili tra le medie, che sarebbe rimasta inspiegabile se non si fosse fatto ricorso alla parte qualitativa della ricerca che ha sondato le risposte degli utenti in trattamento presso il SerT dell'ASUITS di Trieste. Quello che emerge dai racconti di molti intervistati (e che probabilmente è tra i motivi che spingono gli utenti a colpevolizzarsi) è la sensazione di compiere “scelte volontarie di cui non possono fare a meno”.

Mentre gli operatori, e coloro che stanno accanto al soggetto dipendente, spesso tendono ad attenuarne lo stigma sociale considerandolo irresponsabile perché affetto da uno stato di malattia, gli individui stessi affetti da DUS non riescono a fare altrettanto. Questo permette loro di mantenere la dignità personale ritenendosi capaci di decidere quando e come curarsi, ma li relega nella condizione di “chi è causa del suo mal non pianga sé stesso”.

È uno stato che tutti i soggetti dipendenti hanno sperimentato almeno una volta nella vita e che sanno descrivere con inquietante accuratezza: un sentimento di contraddizione estrema tra la ragione e l'impulso. Essi sembrano comportarsi all'opposto di ciò che razionalmente giudicano meglio per loro stessi.

Come ha descritto molto bene Hyman in un articolo del 2007⁶⁹, l'assuefazione all'uso di droghe determina una situazione in cui pur persistendo la cognizione dell'atto, e delle sue conseguenze, coesisterebbe un indebolimento della volontà che fa sì che, pur volendo smettere, il soggetto dipendente ceda e, per compulsione, torni ad usare la sostanza.

Aristotele nel suo 'Etica Nicomachea'⁷⁰, chiama questa condizione 'akrasia', tradotto con incontinenza, smoderatezza, smisuratezza, o debolezza della volontà di fronte alla fruizione di un piacere. Nella sua opera, Aristotele distingue tra l'incontinente e l'intemperante. Quest'ultimo non è affetto da akrasia: i suoi pensieri e le sue azioni sono in sintonia. Egli consuma la droga assecondando la volontà di usarla. Soddisfa il proprio piacere senza conflitto: giudizio, volontà ed atto, sono coerenti tra loro. Nel caso dell'incontinenza, invece, il soggetto dipendente vorrebbe opporsi al perseguimento di un piacere che giudica nocivo, ma non ci riesce. È una situazione molto simile a quella raccontata da Italo Svevo in *La coscienza di Zeno*⁷¹. Ammesso che il soggetto DUS si droghi per assecondare un piacere, sembra che non disponga più della libertà di sceglierlo: tale piacere è determinato e condizionato dall'uso.

⁶⁹ Hyman Steven E. (2007) "The Neurobiology of Addiction: Implications for Voluntary Control of Behavior". *The American Journal of Bioethics*, 7(1):8-11.

⁷⁰ Aristotele. *Etica Nicomachea*, Laterza, 1983

⁷¹ Italo Svevo "La coscienza di Zeno", Feltrinelli-Universale economica. Edizione: 21, 2014

Potremmo sostituire il termine scientifico compulsione con il termine morale “coazione a scegliere”.

Questa coercizione si può spiegare immaginando la mente dell’akratico come divisa tra due diversi campi di forze. Da una parte ci sono i suoi giudizi, fondati su ragioni normative, costrutti razionali che caldeggiavano un certo comportamento, giudicandone il valore positivo e valutandone le conseguenze (ad esempio, nel caso della dipendenza, il tentativo di rimanere astinente). Dall’altra, ci sono forze motivazionali di carattere non normativo e non razionale, in buona parte inconscie e non verbalizzabili. Si tratta di impulsi, desideri, appetiti, istinti, che non valutano le conseguenze di un comportamento, ma che tuttavia possono avere la forza di imporlo. Questa costrizione che il soggetto dipendente sperimenta è dovuta alla spinta di queste forze motivazionali di carattere non normativo e non razionale, bensì puramente causale. Infatti, non giustificano il comportamento (contrario al miglior giudizio del soggetto e alle sue migliori intenzioni), ma lo causano.

Questa distinzione tra cause e ragioni nei comportamenti akratici emerge sotto forma di ammissione di impotenza e di responsabilità in alcune risposte date alle domande dell’intervista.

M, uomo di 52 anni, seguito dai servizi da 30, negli anni ha sperimentato tutto quello che il mercato illegale potesse offrirgli. All’affermazione *“Alcuni vedono la dipendenza come segno di debolezza e mancanza di volontà e le ricadute come fallimenti personali...”* “ribatte: *“Non è niente di tutto questo. È una malattia, perché stai male, però te la fai venire da solo quindi è un vizio”*.

Da questa testimonianza, ad esempio, emerge l’assunzione di colpa (*“te la fai venire da solo”*). Il soggetto dipendente si sente come se ‘decidesse’ di ricercare e consumare la sostanza, esattamente come può decidere di mangiare un cioccolatino o di leggere un libro. Eppure si rende conto che in questa ‘scelta’ c’è una nota stonata: l’impossibilità di agire diversamente. Ed è proprio questa condizione di mancata libertà che viene comunemente ritenuta uno dei tratti definitivi della dipendenza. Il soggetto sembra costretto ad assumere la sostanza contro la sua stessa volontà e contro le sue migliori intenzioni (spesso assunte come impegno). Questo conflitto tra aspirazioni ideali e comportamenti reiterati suggerirebbe quindi di escludere la possibilità di considerare le azioni dei soggetti DUS pienamente libere e volontarie, sebbene esse siano intenzionali in senso minimo (cioè si realizzano con sequenze di decisioni e azioni strumentali).

A., uomo di 33 anni, con un passato di consumo intensivo di hashish ed eroina, definisce questa condizione dichiarando: *“Sei diviso. Da una parte sei convinto di non*

volerlo più fare, però dall'altra sotto sotto c'è come una parte di te che ti dice “fallo!”. Sei in lotta. Sei contrastato. Non vuoi farlo, ma non riesci a resistere.”

Lo stesso sentimento di impotenza viene riportato da M., uomo di 44 anni, ricoverato in alcologia: *“C'erano dei momenti in cui volevo perdere il controllo, lo desideravo proprio, e allora bevevo. Alla lunga però mi sono accorto di aver innescato una miccia che mi impediva di scegliere quando perderlo e quando mantenerlo, il controllo. Adesso non ho più nemmeno il controllo di decidere di perdere il controllo. Sembra un gioco di parole, ma è proprio così, capisci?”*

D, 22 anni, dipendente dall'eroina da quando ne ha 17, cerca di spiegare meglio cosa intende con quello che lui stesso definisce *“un'incredibile contraddizione”*: *“La dipendenza è una malattia strana, perché sembra una scelta. Ma non di vera scelta si tratta. Ho provato a uscirne tante volte e quasi altrettante volte ci sono ricaduto. Non può essere solo questione di debolezza o di forza di volontà. Altrimenti dai, prima o poi, con tutte le volte che ho tentato, ci sarei riuscito...non trovi? Poi se resti dentro determinati ambienti diventa ancora più difficile uscirne. E in più se non risolvi il resto...”*.

Il riferimento agli stimoli ambientali apre il dibattito sugli “inneschi”.

Dipendenza, mancanza di controllo e inneschi ambientali

In molti durante le interviste hanno citato l'influenza degli stimoli ambientali sulle ricadute e sul richiamo all'uso della sostanza. Così, dopo le prime interviste, si è riflettuto sulla necessità di aggiungere alla traccia già elaborata alcune affermazioni che andassero ad analizzare in modo particolare questa problematica e più in generale la sensazione di mancanza di controllo. Di seguito viene riportata la parte di intervista aggiunta:

- 1- *L'idea di dipendenza rimanda alla perdita del controllo del comportamento sull'uso di una sostanza. In che modo questa mancanza di controllo si è espressa nella tua personale esperienza.*
- 2- *Nella tua esperienza, quali stimoli facilitavano la perdita del controllo*
- 3- *Quanto ti sentivi consapevole della perdita del controllo.*
- 4- *Che tipo di emozioni vivevi quando ti rendevi conto di aver perso il controllo.*
- 5- *Ora che hai smesso di consumare (se effettivamente è così) come si è modificata questa esperienza di mancanza di controllo.*

Le risposte a quest'ultima parte dell'intervista hanno sottolineato l'importanza degli stimoli innesco esterni (persone, ambienti, situazioni) e interni (sensazioni, pensieri,

condizioni fisiche) nel richiamare l'uso della sostanza. Questo accade perché il comportamento è sì determinato da processi cognitivi, espliciti, coscienti, verbalizzabili e quindi suscettibili di controllo volontario, ma non solo. Allo stesso tempo, infatti, le scelte e le azioni dipendono anche da processi di tipo implicito, inconsapevole: memorie procedurali, automatismi legati a stimoli innesco ambientali o interni all'organismo. Sono molte le ricerche che hanno dimostrato che almeno la metà dei nostri comportamenti sono azioni abituali che vengono messe in atto senza l'intervento della coscienza e della volontà consapevole e che sono innescate da elementi e segnali dell'ambiente esterno o provenienti dall'organismo.

Ciò vale nel caso di azioni semplici che compiamo quotidianamente: ne è un esempio emblematico il fatto di entrare in casa e appoggiare le chiavi sulla prima mensola che ci capita davanti, salvo poi non ricordarsi quale (perché la consapevolezza e il pensiero cosciente non erano attivati al momento di compiere l'azione). Lo stesso meccanismo si ritrova anche nel caso delle azioni compulsive o eccessive, come quelle che a volte vengono messe in atto quando sussiste una condizione di dipendenza. Questi automatismi dettati dagli inneschi sembrano essere uno degli elementi patologici centrali nella dipendenza e risulta di conseguenza molto complicato usare proprio quella volontà compromessa per superare la compulsione al consumo. Le risposte abituali apprese agli stimoli ambientali (che sono alla base di ogni dipendenza) sono molto potenti: hanno infatti un valore adattativo e di risparmio energetico, perché liberano risorse cognitive che il soggetto può impiegare in compiti più impegnativi. Inoltre questo tipo di comportamenti appresi è estremamente radicato: memorie implicite e procedurali fissate nei centri profondi del cervello, come lo striato, che tendono ad avviarsi in modo automatico, inconsapevole, in presenza dei relativi stimoli innesco.

C., uomo di 41 anni, ha un grave problema di gioco d'azzardo patologico, e definisce così questa insana condizione abitudinaria: *“Mi svegliavo che avevo addosso una specie di euforia, non vedevo l'ora che aprisse la sala slot per andare a giocare. E ormai era diventato tutto automatico: sveglia, colazione, autobus, slot. Tutti i giorni. Era una routine anche passare in piazza Goldoni. E tutte le mattine facevo così... (e mima il gesto di curvare a sinistra), invece che andare dritto. E mi ci ritrovavo senza manco accorgermene.”* Ed è proprio l'assenza di consapevolezza, questo non essere presenti a se stessi, che caratterizza comportamenti dipendenti. Si potrebbe affermare, a rigor di logica, che la dipendenza rappresenta il paradigma estremo dell'abitudine. Si tratta di consuetudini apprese in modo strumentale in cui entra in gioco l'alterazione del sistema della ricompensa in virtù dell'azione di un rinforzo (che

più essere il piacere dato dalla sostanza o dal comportamento patologico come nel caso del GAP). Ci si trova di fronte a un rilascio di dopamina (il neurotrasmettitore che media le funzioni della ricompensa) forzato e maggiore rispetto a stimoli ‘naturali’. È evidente, quindi, la difficoltà che le persone affette da DUS incontrano nell’inibire queste risposte “precaricate” e abituali di fronte all’imprevedibilità degli stimoli esterni e interni. S., ad esempio, ricorda quanto fosse arduo per lui da ragazzino recarsi al SerT per ricevere il metadone: *“Quando ero più muletto venire al SerT mi faceva venir voglia. Era inutile che venivo al SerT a bere il ‘metano’ (metadone), se poi appena uscito incontravo quello che sapevo che c’aveva la roba, e quell’altro che mi offriva il metano da bucarmi e poi c’era quel posto dove andavamo sempre là dietro: mi bastava vedere quella panchina e non riuscivo più a resistere”*.

Sono in molti quelli che dichiarano che, per riuscire a mantenersi astinenti, hanno dovuto tagliare i ponti con molte persone care, cambiare percorsi stradali, buttare nella spazzatura cellulari e computer per evitare di essere rintracciati da eventuali pusher (perché non sarebbero stati in grado, per lo meno nel primo periodo, di rifiutare un’offerta). A questi comportamenti di allontanamento volontario seguono spesso condizioni di disagio, come quella descritta da M, donna di 49 anni, seguita dal CPS (Centro Protezione Salute) di Trieste per il suo problema di alcolismo: *“Il mio enorme problema è la solitudine. Quella è brutta, sai? Perché per smettere ho dovuto rompere con tutti. Però sono rimasta da sola. ‘Meglio soli che male accompagnati’, ma è incredibilmente difficile”*.

Dipendenza come malattia cronica

È ovvio come, a queste condizioni, molti dichiarino di aver avuto la vita completamente rovinata dalla dipendenza. All’affermazione *“Molti sostengono che un problema con una sostanza possa solo peggiorare...”* solo due persone (delle trenta intervistate) si sono sbilanciate scommettendo che la situazione di lì a poco sarebbe migliorata. Le risposte alle interviste hanno quindi confermato quanto già era emerso dai questionari: mentre gli operatori si dicevano più ottimisti, gli utenti erano decisamente convinti del cambiamento in negativo apportato dalla sostanza (quasi il 70% delle risposte ai questionari mostrava una tendenza a pensare al peggioramento come inevitabile).

“Sono d’accordo” dice, ad esempio, M. *“A me l’alcol ha portato via tutto. Gli amici, perché per restare sobria ho dovuto smettere di frequentarli, l’amore, perché con il mio ex marito è finita perché lui continua a bere ma c’è ancora il sentimento, e mia figlia che non è più con me”*.

Un'altra testimonianza è quella di D., 22 anni, seguito da Androna Giovani di Trieste per un problema con l'eroina. Lui ci tiene a specificare che il peggioramento è inevitabile anche se si riesce a recuperare la sobrietà e smettere di fare uso della sostanza: *“Per diverse ragioni sono d'accordo. Se continui nell'uso aumenti il dosaggio, senti sempre di meno, consumi sempre di più e perdi sempre di più il controllo. Ma anche se smetti, la roba ormai ti ha cambiato la vita. Perché nel frattempo ti sei complicato i rapporti, hai instaurato dinamiche di manipolazione, ti sei mandato a puttane la scala delle cose importanti: la droga svia la tua attenzione dalle cose veramente importanti per farti pensare solo a procurartela, ai soldi, ai pusher, ai problemi con la legge...e ci vuole del tempo per ricostruirti una scala di valori”*.

A., 24 anni, dipendente dall'eroina e dagli psicofarmaci, parla di una lotta continua: *“Conosci la roba e sai che ti piace, sai cosa provi quando ti fai, e lotti tutta la vita per starne lontana”*.

Una lotta difficile e stancante, che a volte porta alla rassegnazione e a nuove inevitabili ricadute. A. ha 33 anni e la vita segnata dalla dipendenza fin dalla nascita (la madre muore per overdose quando lui è ancora piccolo): *“Non è facile da spiegare...vorresti dire di no, ma ad un certo punto perdi il controllo e ti dici -Ma sì, vaffanculo, facciamo- Sei stanco. Non te ne frega più niente e cedi”*.

Da quest'ultima testimonianza emerge come il desiderio, che viene tecnicamente indicato col termine craving, confligga con la ragione, con la consapevolezza degli effetti negativi a lungo termine di questi comportamenti e con l'intenzione di mantenersi astinenti. Il processo decisionale, così come viene riportato anche da A. (*“mah sì, vaffanculo, facciamo”*) viene mediato da due sistemi funzionali cerebrali contrapposti, quello inibitorio (corteccia prefrontale) e quello appetitivo/impulsivo (nucleus accumbens e amigdala), e molto spesso rimane al di fuori del pensiero cosciente.

Dipendenza e Craving

In molti durante l'intervista hanno definito il craving, più che come un vero e proprio desiderio, come un'aspettativa, una tensione proiettata verso la sostanza e gli effetti attesi. Questa condizione di *“l'incubazione del desiderio per la sostanza”* (Pickens et al. 2011)⁷² si scatena in una totale mancanza di controllo in presenza di un insieme

⁷² Pickens CL, Airavaara M, Theberge F, Fanous S, Hope BT, Shaham Y (2011) “Neurobiology of the incubation of drug craving”. Trends Neuroscience 34:411–420.

specifico di elementi: stimoli esterni (un odore, un sapore, un luogo, una persona, un stress), interni-organici (la fame, la sete, il freddo, il caldo, la fatica, etc.), interni-psichici (un senso di ansia, un'emozione particolare, la noia e così via).

D., 24 anni, descrive bene come tale situazione di 'urgenza' si modifichi a seconda delle condizioni al contorno: *“L'unico obiettivo è andare a ciolla (in triestino 'a prenderla per potersi fare'). E magari fino ad un minuto prima stavi anche bene, non è che eri in astinenza. Poi però, appena ce l'hai in tasca che stai andando verso casa, magari sei sull'autobus, allora inizi a star male: ti viene mal di pancia, ti vengono i crampi, sudi... ma se non ce l'avessi avuta in tasca non saresti stato così. È un po' come quando ti scappa da pisciare, ti scappa ma la tieni bene, però più ti avvicini al bagno e più non resisti e inizi quasi a fartela addosso. Se quel bagno non l'avessi trovato non ti sarebbe scappata così tanto. Capisci cosa intendo? Per la roba per me è uguale: come una pisciata”.*

Ecco che emerge il carattere dimensionale e contingente del craving: motivo per cui, ad oggi, non è ancora chiaro se sia proprio questo desiderio irrefrenabile a portare alla compulsione del consumo o piuttosto una sequenza di azioni automatizzate (Tiffany, S.T. & Carter, B.L. 1998)⁷³.

Non è semplice da spiegare, infatti, la relazione tra craving e impiego additivo della sostanza: è ormai assodato che l'assunzione delle sostanze psicoattive segua i ritmi e le modalità del comportamento additivo regolato da processi automatici; al contrario il craving comporta l'attivazione di un meccanismo impulsivo che non corrisponde ad un processo automatico. L'urgenza di utilizzare la sostanza è connessa piuttosto con un conflitto nell'ambito cognitivo tra la motivazione al consumo e la consapevolezza del rischio che ne deriva. In quest'ottica, dunque, il craving diviene funzione di diversi fattori che interagiscono in un mutevole equilibrio con il mondo intrapsichico e con le interferenze ambientali. Tra questi fattori, primo tra tutti spicca il desiderio della sostanza. Esso è sostenuto dall'esposizione a stimoli condizionanti (cue), dallo stress e dal tono dell'umore (trigger mood). Ad interferire con questo fattore di base viene la capacità di adattamento legata ai tratti temperamentali, alle caratteristiche psicologiche e ai disturbi psichiatrici, nonché la consapevolezza del rischio connessa invece con la storia individuale, i fattori culturali, ambientali e relazionali.

Craving, quindi, come risultato di una concomitanza di fattori interni e ambientali che si può esprimere in maniera molto diversificata a seconda del soggetto e delle condizioni al contorno.

⁷³ Tiffany, S.T. & Carter, B.L. (1998), “Is craving the source of compulsive drug use?”, *Journal of Psychopharmacology*, 12: 23-30.

Un elemento problematico che scaturisce dalle risposte all'intervista, infatti, è l'eterogeneità dell'esperienza soggettiva del craving.

Per alcuni questo stato affettivo è più intenso e frequente, per altri più raro e strettamente connesso alla sensazione dell'astinenza: *“hai i brividi, il naso ti si apre come un rubinetto e hai male alle ossa e dappertutto”*. Alcuni lo vivono più legato alla dimensione emotiva (*“diventavo triste e aggressiva”*), per altri possiede una connotazione maggiormente somatica (*“lo sentivo arrivare come un formicolio”*), alcuni infine associano selettivamente il craving alla sostanza che usano: *“la roba è più fisica della bianca, la bianca è più mentale. La coca è peggio insomma, ti manda proprio in merda il cervello”* testimonia E., che le ha provate entrambe. (Roba=eroina, bianca=cocaina)

L'eterogeneità dell'esperienza soggettiva del craving dipende inevitabilmente dalla differenza delle narrazioni individuali, ognuna legata alla personale capacità di introspezione, alle competenze linguistiche e alle rappresentazioni mentali soggettive. Più fondamentalmente, però, questa difformità potrebbe indicare che quello a cui si riferisce questo termine è in realtà un complesso di fattori emotivi, cognitivi e motivazionali diversi che si associano e interagiscono in modo diverso nei diversi individui.

Alcuni lo descrivono come l'aspettativa di una sensazione piacevole, altri come il desiderio di evitare una condizione di dolore fisico e psichico. Se apparentemente il risultato sembra essere lo stesso, il modo in cui il soggetto vive questa esperienza cambia radicalmente a seconda dell'interpretazione che ne dà. *“Perché sai che se non ti fai stai male”* spiega S., seguito dal CPS con terapia sostitutiva, *“La droga è anche quello: continui a farti perché hai paura di star male...e ti prende la mania perché ti prende il panico. Sai già che se non ti farai sarai piegato in due dal dolore. Ho visto gente tirare su l'acqua delle pozzanghere pur di farsi, perché non poteva aspettare di stare male. Il desiderio vero è quando non puoi aspettare”*.

L'impossibilità di posticipare è una delle caratteristiche salienti del craving, a cui si accompagnano sintomi fisici anche molto forti. Tutti i partecipanti hanno riportato il cambiamento delle sensazioni corporee durante il craving. Queste sono legate all'eccitazione, all'anticipazione e all'ansia: aumento del battito cardiaco, dalla salivazione, aumento della sudorazione delle mani e della frequenza nel respiro, formicolio degli arti, dolori di vario genere. Gran parte dei soggetti però operato una netta distinzione tra queste sensazioni e quelle, per certi versi simili, legate all'astinenza. L'esperienza del craving, però, non si esaurisce con una serie di sintomi fisici: la parte più preponderante è quella psichica.

Per la maggioranza degli intervistati, i pensieri associati al craving hanno carattere intrusivo e ricorrente, *“è un –voglio bere- anzi che dico? Un –devo bere- è un comando, ho solo quello in testa e sto male finché non lo faccio”*, dice R., alcolista “storico”. *“Ti occupa tutto. Non lascia spazio per nessun altro pensiero”* afferma E., eroinomane da quando aveva 14 anni.

Ma non solo i pensieri, anche i gesti (e la loro mentalizzazione) hanno una rilevanza notevole nell’esperienza del craving: *“Quando il desiderio diventava troppo forte dovevo almeno mettermi una sigaretta in mano. Magari la accendevo e poi lasciavo che la fumasse la Bora, o addirittura la spegnevo. Ma era il gesto quello che contava. Quello che desideravo di più”*.

Se si chiede a un utente del SerT, dipendente da eroina, per quale motivo si faccia seguire dai servizi, ci sono buone probabilità che risponda: *“mi buco”*. Non *“consumo eroina”*, o *“sono un junkie”*, oppure *“mi drogo”*, o *“mi faccio”*. No. *“Mi buco”*.

E già da questa sottigliezza si nota come il gesto di bucare il corpo, introdurvi, attraverso un’azione violenta di self-harm, una sostanza estranea è parte fondamentale dell’addiction, indipendentemente dalla sostanza (anche se, come noto, non tutte le sostanze sono iniettabili).

“Se non c’è il ‘buco’ e tutto il rito accuratissimo che lo precede, non è affatto la stessa cosa”. Sono in tanti ad affermarlo durante l’intervista. Da questa prospettiva, il fatto di iniettarsi eroina è, sostanzialmente, una pratica solipsisticamente mistica. È assolutamente corporea. È il raggiungimento del distacco dal corpo attraverso una prassi integralmente fisica, come il cilicio degli asceti medievali. È il superamento del dolore dell’anima anche attraverso il dolore del corpo.

Ma forse, più ancora di questo, è semplicemente la dipendenza dal gesto, il craving legato all’atteggiamento, una posa abitudinaria che crea assuefazione.

S., donna di 40 anni, dipendente principalmente dal metadone, descrive così la sua esperienza con quella che colloquialmente viene definita la *“smania dell’ago”*: *“Beh prendevi la roba e la mettevi con l’acido citrico in un cucchiaino e poi la scaldavi con l’accendino. Andava bene anche il succo di limone. Insomma, la scioglievi, poi la tiravi su con l’ovatta e la siringa e te la iniettavi. Nel cucchiaino rimanevano le scorie, il filtro insomma, una schifezza. Eppure la smania dell’ago non ti faceva fermare. Ti faceva riscaldare il filtro e rifarti con quella merda. Solo per il buco capisci? Solo per quello. Perché tutti lo sapevano che non c’era rimasto più niente nel cucchiaino e che non poteva più darti nessuna botta. Ti bucavi con l’acqua praticamente. Perché era il gesto che ti piaceva.”* E continua: *“Sapevo benissimo a cosa stavo andando incontro e quindi cercavo di smettere di sforacchiarmi ovunque. Ma avevo continui scivoloni, e di*

chi poteva essere colpa se non mia? Poi cercavo di giustificarmi, di dire che era la situazione, erano le persone che mi stavano intorno...ma sotto sotto l'ho sempre saputo che è colpa mia. Sei tu che decidi, nessuno ti punta la pistola alla testa.”

Questa sensazione di responsabilità per la condizione di dipendenza era già emersa dall'analisi statistica dei questionari che mostrava una percentuale di accordo del 74% da parte degli utenti (item 27 *“il dipendente è responsabile della sua condizione di dipendenza”*). La questione viene ribadita e confermata più volte dalle risposte date durante l'intervista.

Responsabilità per la cura e per il percorso di recupero

Una delle questioni concettuali più delicate emerse sia dalla parte quantitativa che da quella qualitativa della ricerca riguarda appunto il carattere volontario e intenzionale, oppure non intenzionale e in qualche modo “obbligato” delle azioni di un individuo dipendente. Ci si chiede spesso se compia le azioni tipiche della ricerca e del consumo della sostanza nel possesso totale delle sue facoltà intenzionali, oppure se queste siano per alcuni versi diminuite, interdette o addirittura assenti. È ovvio che una risposta a questa domanda ha implicazioni dirette circa la responsabilità che viene attribuita al soggetto non solo per la sua condizione di dipendenza, ma anche per la sua eventuale guarigione. Oggi sappiamo che la dipendenza determina una condizione in cui, pur persistendo la cognizione dell'atto e l'intenzionalità minima delle azioni strumentali, coesisterebbe un indebolimento della volontà che fa sì che, pur volendo smettere, l'individuo dipendente ceda e torni a usare la sostanza. Questa interpretazione permette di restituire un minimo di dignità agli individui DUS (spesso relegati in uno spazio di incapacità e malattia), ritenendoli responsabili e capaci di decidere quando e come curarsi, da chi e se farsi aiutare. Tutto ciò crea un margine di manovra utile in sede di trattamento, incrementando le possibilità di riuscire nella difficile impresa di ristrutturare parzialmente la volontà e le intenzioni deteriorate del soggetto. *“È importante perché solo tu sai cosa vuoi davvero e a che cosa vai incontro. Sei tu che scegli di disintossicarti”* afferma Z., 52 anni ed eroinomane da quando ne ha 16.

Inoltre, questa minima intenzionalità mantenuta, spiegherebbe alcune risposte all'intervista in cui i soggetti affermano di aver deliberatamente ‘scelto’ di fare uso della sostanza. La decisione è spesso giustificata con l'impossibilità di sopravvivere in altro modo. *“Era una situazione mortale. E dico davvero: m-o-r-t-a-l-e. È stato così che ho fatto il primo abuso e ho pensato “Ecco, finalmente ho trovato la soluzione””*.

Dipendenza come strategia di coping

Le risposte a questa parte dell'intervista hanno chiarito alcune delle criticità emerse dai risultati dell'analisi quantitativa. Dalle risposte ai questionari, infatti, si evince come tra gli utenti sia diffusissimo l'uso della sostanza “come stampella”. L'idea è proprio quella di un bastone a cui aggrapparsi per far fronte alle difficoltà della vita, sia a livello personale (es. depressione, ansia etc....) sia a livello sociale (es. evasione da situazioni familiari negative). La percentuale di utenti che afferma di aver fatto uso di droga per questi motivi sfiora il 70% e si rispecchia nelle risposte di molti intervistati.

S., ad esempio, uomo di 47 anni, fa uso di eroina da quando ne aveva 22. Dopo pochi minuti dall'inizio dell'intervista palesa la sua difficoltà a smettere di consumare: *“Perché non riesci a mollare la sostanza? Perché quando la molli ti si ripresentano tutte quelle situazioni che tu avevi cercato di accantonare. La usavo tipo anestetico, sai? E appena smetti...Bum! Ti si ripresenta tutto davanti, in più stando male perché sei in astinenza.”*

L'immagine della sostanza usata come anestetico, per non pensare alle problematiche contingenti o semplicemente per fermare il rimuginio, si ritrova in molte risposte. M., un ragazzo di 22 anni, afferma di aver iniziato a usare l'eroina così: *“Io ho avuto due lutti in famiglia. Quando avevo sedici hanno mi sono morte sia la mamma che la sorella. Ero disperato: così ho iniziato a farmi. Lo scopo era proprio non pensarci più. Così staccavo la spina e anestetizzavo”*. M., invece, è una donna di 49 anni che nell'alcol ha trovato una strategia di annientamento del dolore e della sua stessa persona: *“Poi, col tempo è diventato un vero e proprio volermi annullare. Ero ben conscia del male che mi procuravo e lo facevo apposta. Per non sentire più niente. Sembra allucinante però è così. Volevo morire. Volevo sparire nell'alcol”*. A., una ragazza di 24 anni, non capisce come si possa usare la sostanza per divertimento, per lei l'abuso di eroina e di psicofarmaci è stato semplicemente un modo per evadere dalle situazioni negative: *“Non l'ho mai fatto per uso ricreativo, non capisco davvero come certa gente lo faccia solo per divertirsi. Io lo faccio solo per evadere, per scappare”*.

Per alcuni, poi, l'uso della sostanza ‘come stampella’ è addirittura consapevole. D., ad esempio, ci tiene a sottolineare che l'uso di eroina, per lui, è stato l'unica soluzione possibile a determinati problemi (o, per lo meno, l'unica che riusciva a scorgere all'epoca dei fatti): *“Tante volte l'ho fatto volutamente, e consapevolmente. Per sopravvivere. Ero consapevole dei motivi che mi spingevano a farlo, per quanto ora mi sembrano stupidi, e non trovavo all'epoca nessun'altra soluzione possibile. Quindi per*

me non era una sconfitta personale, le sconfitte personali erano altre: erano i problemi che mi portavano a farmi -quelle erano le vere sconfitte- il rapporto con i miei, la scuola, i casini che combinavo con gli amici e con la morosa. La droga, per certi versi, mi ha aiutato”.

La droga come anestetico e come farmaco curativo. Ne parla C., uomo di 55 anni, ricoverato in alcologia: *“Io uso l’alcol come medicina: una medicina risolutiva immediata. [...] Inizia tutto con l’ansia. Un’ansia pazzesca che ti sembra che non si possa risolvere in nessun modo. E sì, a volte ho provato a prendere altri farmaci (usa proprio il termine ‘altri’ annoverando implicitamente l’alcol tra i farmaci), ad esempio il Tavor, ma mi sedano e basta, cioè, non mi calmano l’ansia, mi fanno solo dormire. Mentre l’alcol è diverso: già mentre mi scende il primo bicchiere mi sento meglio. Ma forse è che mi convinco di stare meglio, non so. Solo che poi, appena svanisce l’effetto, le ansie tornano e ancora più terribili di prima, e così bevo di nuovo.”*

G., invece, inizia a bere in modo patologico quattro anni fa per far fronte a un periodo di depressione maggiore: *“Nel mio caso ho iniziato per il problema della depressione. E continuo sempre per quello. Passano i giorni, succede qualcosa, qualunque cosa, anche stupida, e per me la cosa più veloce per rimediare è la sostanza: in questo caso l’alcol. C’è sempre questa depressione che mi frulla dentro e appena sono in difficoltà, invece che chiedere aiuto, bevo”.* Lo stesso succede a P., ricoverato in alcologia, che afferma: *“Essendo una persona molto introspettiva dovevo trovare il modo di spegnere il flusso dei pensieri quando diventava troppo logorante. E l’alcol era perfetto per quello scopo”.*

Ma non si tratta solo di aggrapparsi alla sostanza per superare difficoltà personali e intrapsichiche, spesso chi consuma lo fa per evadere da situazioni esterne e contingenti.

S., con la sostanza, si è costruita un muro per far fronte alle continue violenze domestiche: *“Ho un marito violento. Mi mena. E, quando non mi mena, mi stressa. E a volte quando mi stressa è ancora peggio che se mi picchiasse. E l’alcol mi serve per farmi una barriera, così non sento più niente e può farmi quello che vuole. Così mi dimentico pure. È perfetto no?”* D., invece, inizia a usare l’eroina a 18 anni per evadere da una situazione familiare difficile: *“Mia mamma. Lei era il problema. È alcolista e soprattutto incontentabile. Per un certo periodo ho anche provato ad ascoltarla, a fare quello che voleva, ma tanto poi era sempre ubriaca e trovava comunque qualcosa da criticare, sempre. Era veramente uno stress. In quel periodo conoscevo già la roba, perché magari l’avevo usata qualche volta alle feste, ma non si poteva ancora parlare di dipendenza: mi facevo una volta ogni tre mesi, solo quando*

c’era di mezzo un rave, o una festa. Insomma, la conoscevo e sapevo che mi faceva stare bene, così ho iniziato a prenderla per non sentire più mia madre”. La considera, ancora adesso, l’unica soluzione possibile: “Io dovevo farlo. Altrimenti impazzivo. Quando avevo la siringa in mano ci ho anche pensato a non farmi, ma poi come altro avrei fatto? [...] Non avrei saputo proprio come sopravvivere senza la droga; la droga è diventata un problema, ma solo molto tempo dopo. L’ho usata per risolvere i miei problemi, che erano ben peggio. Insomma tra tutti i casini della mia vita la droga è sempre stato il problema minore e in alcuni casi mi ha anche aiutato”.

Sollecitato a spiegare cosa intendesse con “la droga è diventata un problema, ma solo molto tempo dopo”, D. dichiara: “Non è che volessi smettere del tutto, volevo ridurre, disintossicarmi un po’... Finché non sono arrivato qui al SerT non ho mai avuto in testa di dover smettere del tutto. È stato quando sono arrivato qua che ho iniziato a pensare che erano ricadute le volte in cui ricominciavo dopo aver smesso. È al SerT che ho iniziato a sentirmi in colpa perché mi facevo, a viverlo come una roba sbagliata”.

Con questa delicata affermazione D. ha introdotto una delle tematiche critiche della concettualizzazione della dipendenza: è possibile un uso controllato e socialmente accettabile?

Uso controllato e socialmente accettabile

Da quanto emerso dall’analisi dei questionari, anche gli utenti (così come operatori e giornalisti) esprimono dissenso nei confronti della possibilità di un uso controllato e socialmente accettabile. Eppure, durante le interviste, la questione è tornata alla ribalta con alcune sostanziali differenze. L’emblema ne è la frase di D., 22 anni, seguito dai servizi per uso di eroina: “Per come l’ho vissuta io, l’esperienza con la droga è stata quasi esclusivamente negativa. Ma non è così per tutti eh? Ci sono persone che conoscono la droga e per le quali l’uso non diventa mai un problema. Io ne conosco tante. Persone che sono integrate nella società, che mantengono una vita sana e regolare, che sanno come usare la droga e non si fanno travolgere”.

La testimonianza di D. fa riflettere e lascia emergere una delle criticità di questa ricerca.

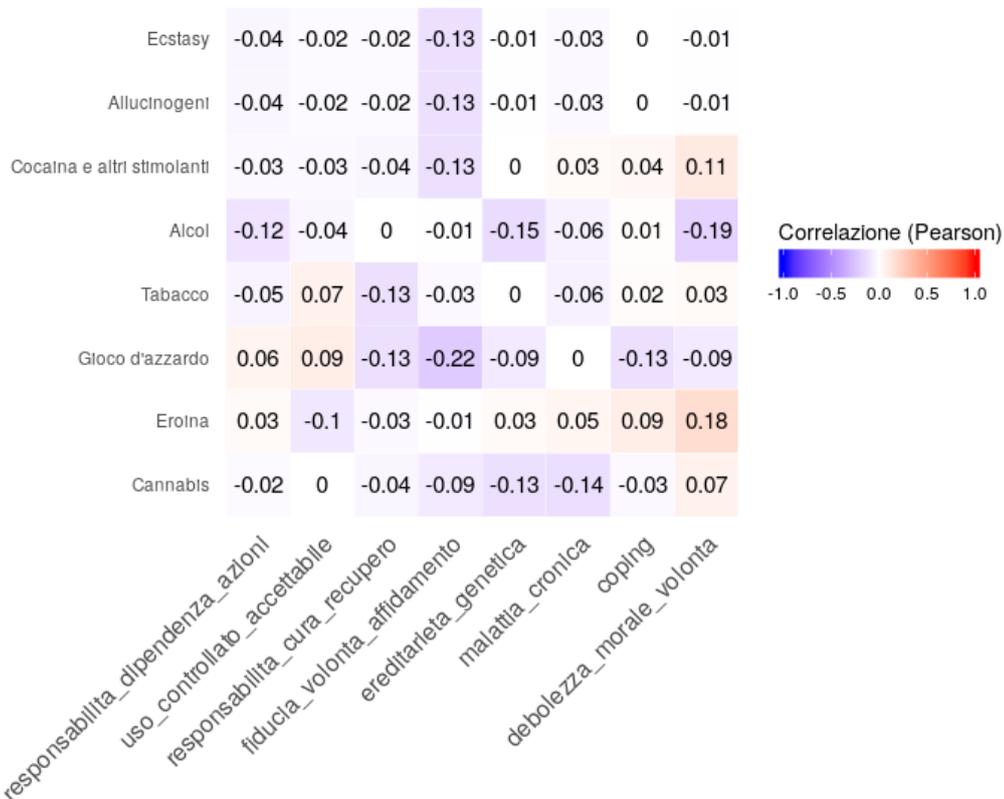
Lo studio, infatti, si prefigge di indagare gli immaginari che ruotano intorno al concetto di dipendenza e le reciproche differenze tra le tre popolazioni campione: i giornalisti, gli operatori e gli utenti del SerT. È ovvio, però, che gli utenti del SerT non siano rappresentativi dell’intera popolazione dei soggetti dipendenti, ed è altrettanto ovvio che, chi si rivolge ai servizi lo fa perché vive una situazione di disagio rispetto all’uso della sostanza (una situazione ben diversa da quella descritta da D.: “persone

che sono integrate nella società, che mantengono una vita sana e regolare, che sanno come usare la droga e non si fanno travolgere”).

Questo studio, quindi, è ben lungi dall’indagare l’immaginario dei soggetti dipendenti nella loro totalità, ma si limita a quello di coloro che, vivendo la condizione di abuso come un problema, si sono rivolti ai servizi per avere un supporto. Sarebbe interessante riuscire a intercettare quell’ampia porzione della popolazione dei soggetti DUS che, per un motivo o per l’altro, non è mai arrivata ai SerT regionali, e misurare le differenze che intercorrono nelle risposte all’Addiction Belief Inventory.

“Se la usi come me”, continua D., “per cercare una soluzione ai tuoi problemi, è ovvio che ti farai travolgere. Poi non lo so, se la metti dal punto di vista morale anche queste persone di cui ti parlavo potrebbero fare di meglio: potrebbero mangiarsi una pizza invece che drogarsi, ma anche se ti mangi troppe pizze non va bene, e io non sono qui per giudicarli.”

Ultime curiosità



Correlazione di Pearson tra sottoscale e sostanze di abuso

Per valutare le eventuali correlazioni tra il tipo di sostanza utilizzata e il tipo di risposte date nel questionario è stato valutato l'indice di correlazione di Pearson tra le tipologie di sostanze e le otto sottoscale. Questo indice (detto anche coefficiente di correlazione lineare) esprime la presenza di un'eventuale relazione di linearità tra le due variabili.

Come si può notare dal grafico la correlazione negativa più forte (-0,22) si ritrova tra il Gioco d'Azzardo Patologico e la sottoscala “fiducia e volontà di affidamento a figure esterne e professionali”. Molto spesso, infatti, i giocatori riportano una estrema difficoltà nel cercare aiuto e nell'affidarsi a figure guida. Inoltre, parlando con gli operatori del SerT dell'Asuits di Trieste, è emerso come la difficoltà maggiore sia proprio intercettare questa tipologia di soggetti DUS. *“Quando arrivano qui”* afferma Davide Jugovak, psichiatra del Distretto 4 - sezione GAP *“ormai più della metà del lavoro è fatto. Il vero problema è trovare un modo per farli arrivare ai servizi”*.

Una scarsa propensione a cercare aiuto nelle figure professionali si ritrova per i consumatori di cocaina, allucinogeni ed ecstasy (con un indice di Pearson di -0,13 per tutte e tre le tipologie di sostanze), e per i fumatori di cannabis (indice di -0,9).

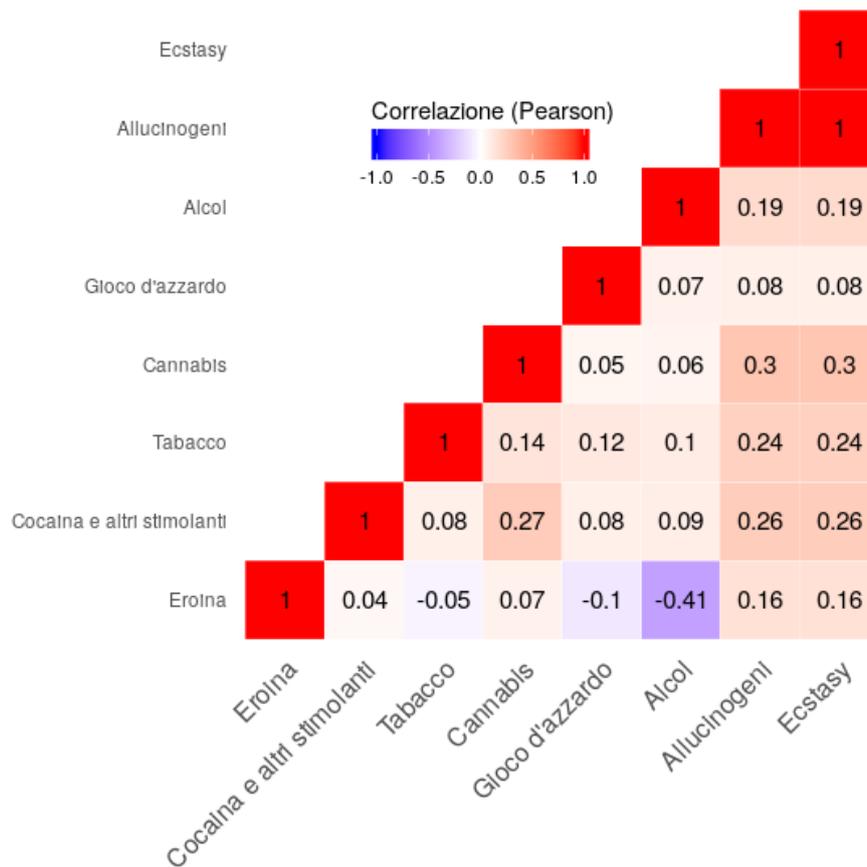
Altre due correlazione fortemente negative si ritrovano tra le sottoscale “debolezza morale/mancanza di volontà” e “responsabilità per la condizione di dipendenza / per le azioni compiute sotto l'effetto della sostanza” e l'uso di alcol (indici di Pearson rispettivamente -0,19 e -0,12). I bevitori patologici, infatti, rispetto ai consumatori di altre sostanze, hanno spesso la tendenza a non colpevolizzarsi per l'abuso né per i comportamenti messi in atto durante l'ubriachezza. Ciò può essere in parte dovuto alla legalità della sostanza: è difficile considerare l'atto del bere come una debolezza morale se tutti lo fanno (anche se in modo non patologico). Come afferma ridendo ironicamente L.: *“Si beve a tavola, in situazioni conviviali, di compagnia...etc. Insomma, il 'bere normale' lo fanno tutti. Io però ho fatto il salto di qualità”*.

Inoltre è diffusa la tendenza a giustificare le azioni compiute sotto gli effetti dell'alcol. Più di un soggetto con problemi di alcolismo, durante l'intervista, ha affermato che non può sentirsi responsabile per azioni che non si ricorda di aver compiuto. *“Ero ubriaco”* risulta essere la manleva da ogni attribuzione di colpa.

I soggetti con problemi di alcolismo (così come coloro che usano Cannabis), inoltre, tendono a non prendere in considerazione la possibile base genetica ed ereditabile del disturbo.

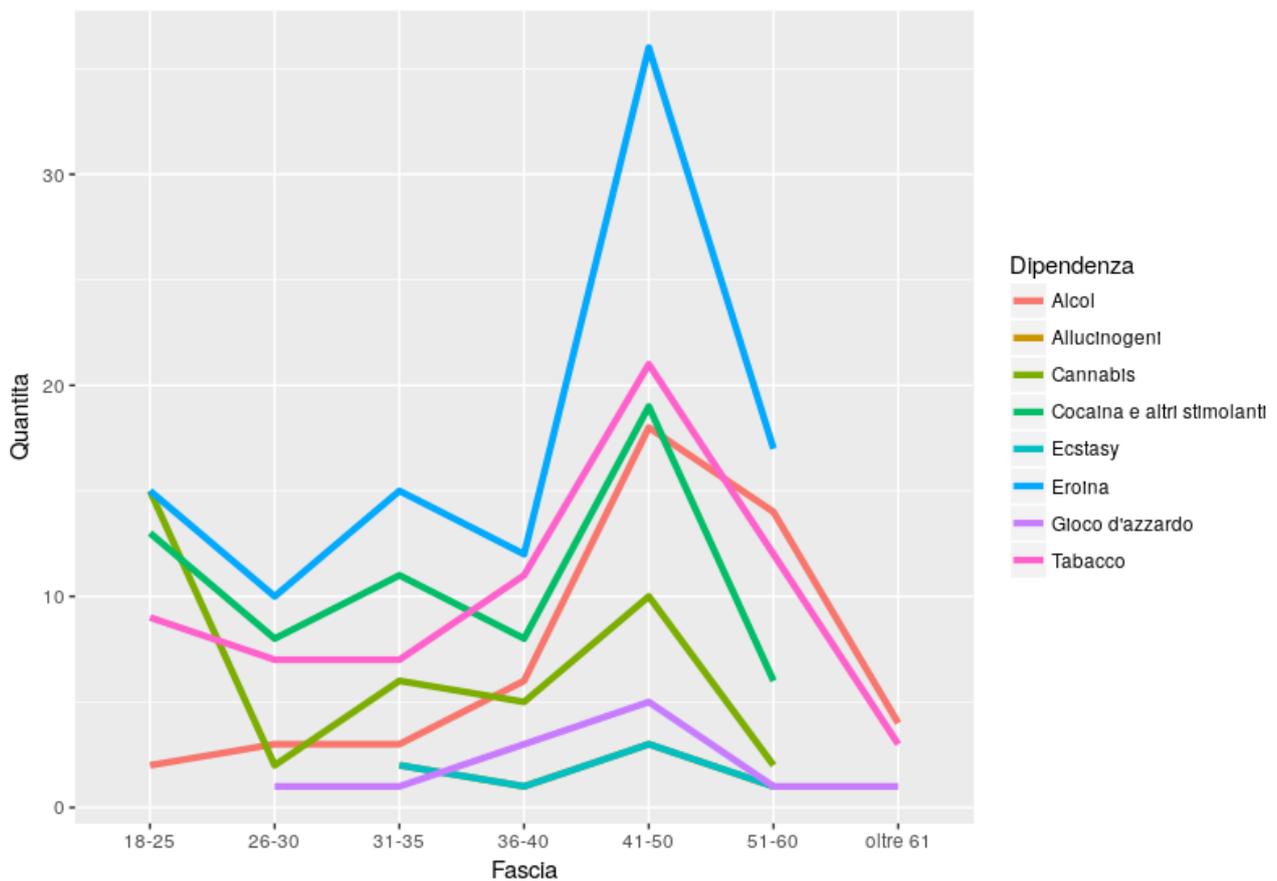
Per quanto riguarda le correlazioni positive, invece, gli indici di Pearson più alti (rispettivamente +0,18 e +0,11) si ritrovano tra la sottoscala “debolezza

morale/mancaza di volontà” e le due sostanze illegali per eccellenza: eroina e cocaina. Anche in questo caso, come al contrario succede per l’alcol (vedi sopra), la narrazione sociale prevalente tende a condizionare il giudizio che i soggetti dipendenti stessi hanno di loro e della loro condizione.



È stato valutato l'indice di correlazione di Pearson anche tra le diverse sostanze, facendo così un'analisi incrociata per poter valutare il poli-consumo e le sue sfumature.

Ne sono emerse alcune informazioni interessanti: i bevitori patologici difficilmente hanno fatto, fanno o faranno uso di eroina (indice di Pearson -0,41). Al contrario, i soggetti che consumano allucinogeni ed ecstasy sono propensi a fare uso anche di cocaina e altri stimolanti (indice +0,26) e di tabacco (indice +0,24). Anche chi consuma cannabis ha la tendenza al consumo contemporaneo di stimolanti (indice di Pearson +0,27).



Per quanto riguarda invece la ‘storia di dipendenza’, cioè il periodo durante il quale il soggetto continua a fare uso della sostanza (nonostante gli eventuali tentativi di recupero), si possono notare alcune particolarità. L'insorgenza del disturbo varia a seconda della sostanza: alcol, tabacco, cannabis, eroina e cocaina iniziano ad essere consumate precocemente (fascia d'età 18-25 anni, a volte anche prima), mentre il gioco d'azzardo patologico e il consumo di ecstasy si manifestano più tardivamente (rispettivamente 26-30 anni e 31-35). Anche le quantità al momento iniziale sono

differenti: mentre con l'eroina, la cocaina e la cannabis si parte già da dosaggi elevati, con il tabacco e con l'alcol l'incremento è graduale e si verifica nell'arco dei decenni successivi (a volte anche con periodi di riduzione delle quantità).

Inoltre, quasi tutte le sostanze (ad eccezione di alcol e tabacco), presentano due picchi di consumo, il primo intono ai 30-35 anni e il secondo, molto più marcato, intorno ai 40-50.

Per finire...

Lo scopo del lavoro è quello di produrre dati che non solo orientino la relazione terapeutica con il soggetto DUS, ma soprattutto possano fornire degli spunti per ricerche che indaghino in maniera più specifica le molteplici variabili che influenzano i diversi modi di comunicare il concetto di dipendenza e le sue implicazioni sociali. Ad esempio, il contatto con una persona che soffre di un disagio come la dipendenza è un'esperienza che può muovere meccanismi arcaici e fortemente radicati, meccanismi che sono in grado di determinare una direzione nella concettualizzazione dell'idea di dipendenza e nel modo di comunicarla. Non tutti, però, hanno vissuto l'esperienza di un contatto diretto con un soggetto DUS e a volte, come nel caso degli operatori, il contatto non esaurisce le potenzialità dell'esperienza diretta e le informazioni di cui dispongono rimangono solo parziali rispetto a chi vive la condizione di dipendenza sulla propria pelle, come accade per gli utenti dei servizi. Infine, molte persone non hanno né esperienza diretta né contatti con il mondo dei Servizi o con soggetti dipendenti. Gli unici dati in loro possesso sono quelli che possono ricavare dall'immaginario popolare, dal senso comune e dai media. Per questo motivo è stato fondamentale il confronto con la popolazione campione dei giornalisti, perché in un certo senso è quella che maggiormente riflette le idee della popolazione generale. Il modo in cui le persone affette da questo disturbo vengono descritte negli articoli e come viene veicolata l'idea di dipendenza creano delle aspettative, delle intenzionalità diverse, che con buona probabilità avranno delle conseguenze nell'orientare il modo di pensare e comunicare questi temi. Ovviamente l'"esperienza" e il contatto sono solo alcune delle variabili rispetto alle quali sarebbe interessante approfondire la ricerca in questo campo. Altre variabili potrebbero essere il genere, la razza, la tipologia del luogo di domicilio, la rete sociale e di contatti, il livello di istruzione, il livello di performance cognitiva etc. La presente ricerca ha preso in esame anche alcune di queste variabili, ma dai dati raccolti non risulta possibile trarre delle conclusioni definitive sul tema in oggetto. Sarebbe però interessante poter utilizzare questi primi dati emersi per impostare nuove ricerche mirate che indaghino in maniera più specifica come queste variabili

possano modificare le attribuzioni che riguardano il soggetto DUS e il modo di pensare e comunicare la dipendenza.

Bibliografia

1. Alexander Bruce K., (2010) “Addiction: The View from Rat Park” Simon Fraser University Press <https://www.youtube.com/watch?v=ao8L-OnSYzg>
2. Anderson, H., Goolishian, H. (1992) *The client is the expert: a not knowing approach to therapy.* 34-41
3. Ardito Rita B. e Daniela Rabellino (2011) “Therapeutic Alliance and Outcome of Psychotherapy: Historical Excursus, Measurements, and Prospects for Research”, *Frontiers in psychology*, 18 ottobre 2011
4. Aristotele, IV secolo A.C., “Politica”
5. Aristotele. *Etica Nicomachea*, Laterza, 1983.
6. Barnett Anthony I., Wayne Hall, Adrian Carter (2017) “Substance Use Terminology”, *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, February 21, 2017
7. Bergeret Jean, (2001) “Chi è il tossicomane. Tossicomania e personalità”, *Dedalo*, pag.27
8. Bordin E.S. (1979), “The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance”, *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 16, 1979, pp. 252-260
9. Botticelli Michael P., Howard K. Koh, (2016) “Changing the Language of Addiction”, *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, October 4, 2016
10. Brickman, P., Rabinowitz, V.C., Karuza, J., Coates, D., Cohn, E., Kidder, L. (1982) “Models of Helping and Coping”. *Am. Psychol.* 1982, 37,368–384.
11. Broyles LM1, Binswanger IA, Jenkins JA, Finnell DS, Faseru B, Cavaiola A, Pugatch M, Gordon AJ. (2014) “Confronting inadvertent stigma and pejorative language in addiction scholarship: a recognition and response”. *Substance Abuse.* 2014;217-221
12. Canali S. (2003) “Storia e critica del concetto di tossicodipendenza” - *Medicina delle tossicodipendenze* - stefanocanali.com
13. Canali, L Pani (2003) “Emozioni e malattia. Dall'evoluzione biologica al tramonto del pensiero psicosomatico” *Biblioteca delle scienze*, Bruno Mondadori
14. Canali (2004) “Parole ambigue. Sul concetto di dipendenza” - *MENTE & CERVELLO*

15. Canali S. “Psicoattivo” MOSTRA
16. Canali S. <http://www.psicoattivo.com>
17. Carnaghi A, Maass A, Gresta S, Bianchi M, Cadinu M, Arcuri L. (2008) “Nomina sunt omina: on the inductive potential of nouns and adjectives in person perception”. *J Pers SoTc Psychol (Journal of Personality and Social Psychology)* 2008 May;94(5):839-59.
18. Corrigan Patrick W., Sachiko A. Kuwabara, John O'Shaughnessy (2009) “The Public Stigma of Mental Illness and Drug Addiction” *Journal of Social Work*, April 1, 2009
19. Corrigan PW. (2014) “Erasing stigma is much more than changing words”. *Psychiatr Services*; 65(10):1263-4
20. Corrigan, P. (2004). “How stigma interferes with mental health care.” *American Psychologist*, 59 (7), 614-625.
Corrigan, P. (2007). “How clinical diagnosis might exacerbate the stigma of mental illness”. *Social Work*,52(1), 31-39.
Stier, A. & Hinshaw, S. P. (2007). “Explicit and implicit stigma against individuals with mental illness” *Australian Psychologist* 42 (2), 106 – 117.
Teachman, B. A., Wilson, J. G., Komarovskaya, I. (2006). “Implicit and explicit stigma of mental illness in diagnosed and healthy samples”. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(1), 75-95
21. Corrigan, P. (2004). “How stigma interferes with mental health care.” *American Psychologist*, 59 (7), 614-625.
22. Corrigan, P. (2004). “How stigma interferes with mental health care.” *American Psychologist*, 59 (7), 614-625.
23. Cox, W. Miles (1985). “Personality Correlates of Substance Abuse. Determinants of substance abuse”, 1985 - Springer
24. Crocq Marc-Antoine (2007) “Historical and cultural aspects of man's relationship with addictive drugs”, *Dialogues in Clinical Neuroscience* 9(4): 355–361
25. D. M. Prümmer, (1961) “Manuale Theologiae Moralis”, 15^a ed., Herder, Barcinone-Friburgi Brisg. - Romae 1961, vol. III, nn. 435-436
26. Earnshaw Valerie, Laramie Smith, Michael Copenhaver (2013) “Drug Addiction Stigma in the Context of Methadone Maintenance Therapy: An Investigation into Understudied Sources of Stigma”, *International Journal of Mental Health and Addiction*, February 2013, pp 110–122
27. Everitt BJ, Belin D, Economidou D, Pelloux Y, Dalley JW, Robbins TW. (2005) “Neural mechanisms underlying the vulnerability to develop compulsive drug-seeking habits and addiction”. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci. (Philosophical*

- Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences*)
12;363(1507):3125-3135.
28. Flores Amanda, Pedro L. Cobos, York Hagmayer (2017) First Published June 21, 2017 “The Diagnosis of Mental Disorders Is Influenced by Automatic Causal Reasoning”, *Clinical Psychological Science*, SAGE Journals
29. Galimberti, U. (Ed.) (2006). “Dizionario di psicologia”. Novara: Istituto Geografico De Agostini S.p.A.
30. Galizio, Mark; Maisto, Stephen, (2013) “Determinants of Substance Abuse: Biological, Psychological, and Environmental Factors”. Springer. pp. 209–246.
31. Goffman, E. (1963). “Stigma. L’identità negata”, Milano, Giuffrè Editore.
32. Hambleton Ronald K., Peter F. Merenda, Charles D. Spielberger (2005) “Adapting Educational and Psychological Tests for Cross-Cultural Assessment”, University of Massachusetts press, *psychological tests for cross-cultural assessment*
33. Hebb Donald O., (1949) “The organization of behavior; a neuropsychological theory.” Wiley, New York, 1949. [trad. italiana. L’organizzazione del comportamento, FrancoAngeli, Milano, 1975.]
34. Horvath AO, Del Re AC, Flückiger C, Symonds D, (2011) “Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*” University of Chicago Press 2011 Mar; 9-16.
35. Hyman SE. (2005) “Addiction: a disease of learning and memory”. *Am J Psychiatry*. 162(8):1414-1422.
36. Hyman Steven E. (2007) “The Neurobiology of Addiction: Implications for Voluntary Control of Behavior”.
37. Kalivas W., Nora D. Volkow, M.D. Peter (2005) “The Neural Basis of Addiction: A Pathology of Motivation and Choice” 162(8), pp. 1403–1413;
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.8.1403>
38. Kelly J.F., Dow SJ, Westerhoff C. (2010) “Does our choice of substance-related terms influence perceptions of treatment need? an empirical investigation with two commonly used terms”, *JAMA drug*
39. Kelly JF, Wakeman SE, Saitz R (2015). “Stop talking ‘dirty’: clinicians, language, and quality of care for the leading cause of preventable death in the United States”. *Am J Med*;128(1):8-9.
40. Kobayashi S, Schultz W (2014), “Reward contexts extend dopamine signals to unrewarded stimuli.” *Current Biology* 24(1):56-62
41. Kohut, H. A. Goldberg, Ed., P. E. Stepansky (1984). “How does analysis cure (the addiction)?” Chicago:
42. Lak A, Stauffer WR, Schultz W (2014), “Dopamine prediction error responses integrate subjective value from different reward dimensions.” *Proc Natl Acad*

- Sci U S A (Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America)*
43. Leshner AI (1997) “Addiction is a brain disease, and it matters”. *Science*, 278(5335):45:7, 1997
 44. Levi Carlo (1955) “Le parole sono pietre. Tre giornate in Sicilia”. Prima edizione 1955. Einaudi Editore.
 45. Link, B. G., Phelan, J. C., Bresnahan, M., Stueve, A. & Pescosolido, B. A. (1999). “Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance”. *American Journal of Public Health*, 89(9), 1328-1333.
 46. Loewen, Stanley (2012) “Addictive Personality Disorder”. *HealthGuidance*, November 26, 2012;
 47. LUBORSKY L., (1990) “Therapeutic alliance measures as predictors of future benefits of psychotherapy”, Paper presented at the annual meeting of the Society for Psychotherapy Research, Wintergreen (VA) 1990
 48. McLellan AT, Lewis DC, O’Brien CP, Kleber HD. (2000) “Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation”. *JAMA*. 4;284(13):1689-1695.
 49. McNamee, K. Gergen (1998) *Therapy as social construction*. London, Sage, pp. 25-39 (Trad. it. *La terapia come costruzione sociale*. Milano, Angeli, 1998)
 50. Meier, P. S., Barrowclough, C. and Donmall, M. C. (2005), “The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: a critical review of the literature”. *Addiction*, 100: 304–316
 51. Miller William R., Stephen Rollnick, “Il colloquio motivazionale. Aiutare le persone a cambiare” a cura di: G. P. Guelfi, V. Quercia, A. Scamperle, Erickson, III edizione, 2014
 52. O’Brien C. (2011) “Addiction. Addiction and dependence in DSM-V” 106(5):866-867
 53. O’Brien CP, Volkow N, Li TK. (2006) “What’s in a word? Addiction versus dependence in DSM-V”. *Am J Psychiatry*. 163(5):764-765
 54. Olds J, Milner P, (1954) "Positive reinforcement produced by electrical stimulation of septal area and other regions of rat brain." *Journal of Comparative and Physiological Psychology*. 1954 Dec; 47(6):419-27
 55. Olievenstein Claude (1984) “Il destino del tossicomane”, Borla Editore
 56. Peter E. Nathan, Mandy Conrad, Anne Helene Skinstad, *Annual Review of Clinical Psychology* (2016), *History of the Concept of Addiction* 12:1, 29-51
 57. Pickens CL, Airavaara M, Theberge F, Fanous S, Hope BT, Shaham Y (2011) “Neurobiology of the incubation of drug craving”. *Trends Neuroscience* 34:411–420.

58. Putnam, (2008). “Mental illness: diagnostic title or derogatory term? (Attitudes towards mental illness) Developing a learning resource for use within a clinical call centre. A systematic literature review on attitudes towards mental illness”. *Journal of Psychiatric and mental Health Nursing* 15, 684 – 693
59. Putnam, (2008). “Mental illness: diagnostic title or derogatory term? (Attitudes towards mental illness) Developing a learning resource for use within a clinical call centre. A systematic literature review on attitudes towards mental illness”. *Journal of Psychiatric and mental Health Nursing* 15, 684 – 693.
60. Reaume, G. (2002). “Lunatic to patient to person: nomenclature in psychiatric history and the influence of patients activism in North America”. *International Journal of Law and Psychiatry*, 25, 405-426.
61. Richter L, Foster SE (2014). “Effectively addressing addiction requires changing the language of addiction”. *J Public Health Policy*. 2014 Feb;35(1):60-64.
62. Savage SR. (2009) “Management of opioid medications in patients with chronic pain and risk of substance misuse”. *Curr Psychiatry Rep*. 2009 Oct; 377-384
63. Sigmund Freud, “Sulla cocaina”, Newton Compton Editore, 2010
64. Sinha R., (2008) “Chronic stress, drug use, and vulnerability to addiction” - *Annals of the New York Academy of Sciences*
65. Skinner, L. J., Berry, K. K., Griffith, S. E., Byers, B. (1995). “Generalizability and specificity of the stigma associated with the mental illness label: a reconsideration twenty-five years later”. *Journal of Community Psychology*. 23, 3-17
66. Stanton M. Duncan, Thomas C. Todd, David B. Heard, Sam Kirschner, Jerry I. Kleiman, David T. Mowatt, (1978), “Heroin Addiction as a Family Phenomenon: A New Conceptual Model” *Science*, 125-150
67. Stier, A. & Hinshaw, S. P. (2007). “Explicit and implicit stigma against individuals with mental illness”. *Australian Psychologist* 42 (2), 106 – 117.
68. Stier, A. & Hinshaw, S. P. (2007). “Explicit and implicit stigma against individuals with mental illness”. *Australian Psychologist* 42 (2), 106 – 117
69. Svevo Italo “La coscienza di Zeno”, Feltrinelli-Universale economica. Edizione: 21, 2014
70. Teachman, B. A., Wilson, J. G., Komarovskaya, I. (2006). “Implicit and explicit stigma of mental illness in diagnosed and healthy samples”. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(1), 75-95
71. Teachman, B. A., Wilson, J. G., Komarovskaya, I. (2006). “Implicit and explicit stigma of mental illness in diagnosed and healthy samples”. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(1), 75-95
72. Thanos Panayotis K., Vanessa Gopez, Foteini Delis, Michael Michaelides, David K. Grandy, Gene-Jack Wang, George Kunos, Nora D. Volkow, (2010)

- “Upregulation of Cannabinoid Type 1 Receptors in Dopamine D2 Receptor Knockout Mice Is Reversed by Chronic Forced Ethanol Consumption”, , Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 35: 19–27. doi:10.1111/j.1530-0277.2010.01318.x*
73. *The American Journal of Bioethics, 7(1):8-11,*
74. *University of Chicago Press.*
75. *Valentino RJ, Lucki I, Van Bockstaele E. (2010) “Corticotropin-releasing Factor in the Dorsal Raphe Nucleus: Linking Stress Coping and Addiction”. Brain researches*
76. *Wekerle C., AM Wall (2004) “The violence and addiction equation: Theoretical and clinical issues in substance abuse and relationship violence”, Psychiatric Services, 57-85*
77. *Wise R.A. (2000) “Addiction becomes a brain disease”. Neuron 26(1):27-33*

Appendice 1. Interviste agli utenti del SerT dell’Asuists di Trieste

Premessa uguale per tutti: “Questa intervista viene fatta per sondare il grado di condivisione sulle idee della dipendenza, le sue cause e il modo in cui si pensa al trattamento, tra operatori e utenti dei Servizi italiani” (In caso di difficoltà di comprensione ho semplificato con la frase: “ci interessa capire se quello che lei pensa a proposito della dipendenza è simile a quello che pensa il suo medico, l’infermiere, lo psicologo...oppure avete visioni diverse”) “Se lei è d’accordo le chiederei di considerare le seguenti affermazioni e di commentarle in base alla sua esperienza personale e alla sue opinioni in proposito. Non le chiederò né il nome né il cognome ma, se per lei non è un problema, registrerò la nostra chiacchierata”.

- 1) Mo Ra – donna, 57 anni - Inizia a 16 anni con alcol e fumo, dopo i 24 passa all’eroina, a 27 arriva ai servizi, riesce a riprendersi e a sospendere anche la terapia sostitutiva. A 41 anni una disgrazia (di cui non mi parla) getta nel lutto lei e la sua famiglia e dopo pochi anni ha una ricaduta. Ora è seguita dal Dipartimento Dipendenze Distretto 4. Abita in centro a Trieste.

1- Molte persone dipendenti dichiarano di usare la sostanza per diverse ragioni: per far fronte alle difficoltà della vita, per ridurre la loro depressione, per evadere da situazioni familiari negative...

Per me all'inizio è stato solo uno sperimentare e non sapevo ancora di essere una persona predisposta alla dipendenza: perché adesso è diverso, adesso lo so che tendo ad attaccarmi a tutte quelle cose che mi tolgono il dolore, che mi gratificano. Non fosse stata l'eroina sarebbe stato di sicuro qualcos'altro. Quindi ho provato. Ero con il mio morosino dell'epoca e abbiamo provato insieme.

Quindi ti toglieva il dolore...

Si si esatto. Ma non solo la tristezza, anche quello fisico. Avevo dolore per via di una cistite sanguinante e mi è sparito all'istante. Per me è principalmente questo: togliere il dolore. Ma anche esaltare le cose belle con il mio compagno, era tutto più...forte. Ecco. Forte. E poi, ho capito finalmente di essere tossicodipendente nella testa, un po' tardi, perché ero ignorante, beh lo sono ancora adesso...

Cosa ti ha permesso di capirlo?

Sono arrivata qui.

Quindi qualcuno ti ha fatto una diagnosi...

No, non mi bastava la diagnosi...mi ci è voluto molto più tempo per capire di essere dipendente mentalmente. Pensavo che sì, sarebbe bastato stare male qualche giorno e poi mi si sarebbe ripulito il sangue e via. Come nuova. È come se fossero due fasi ben distinte. Prima era uno sperimentare, e poi, quando ho capito, è stato diverso. Non è che stessi male, difficoltà nella vita ne avevo già avute tante, ma mi sembrava di cavarmela. Poi ho iniziato a venire qui, e avevo un gruppo di amici che si facevano, sono rimasta quasi l'unica viva sai? Sono tutti morti di eroina. Sono orfana di una generazione di amici.

2- Alcuni vedono la dipendenza come segno di debolezza e mancanza di volontà e le ricadute come fallimenti personali...

Certo! Mia madre ad esempio.... Anche mio padre. I miei genitori. Ma anche tanti altri: tutti quelli che non si sono mai fatti. E anche io, ogni tanto. Sono come arrabbiata. Mi sento mona (in triestino "scema") per esserci caduta, anche se lo so che non è colpa mia, però lo è, dai (*e mi guarda in cerca di conferme*). Da quando sono ricaduta non sono più io, cioè tutti attraversano delle difficoltà nella vita, chi in un modo chi nell'altro, ma io proprio ho avuto una serie di cose che mi hanno rovinato la vita. E ho

smesso di vivere. E quindi mi sono detta: almeno non sentire il dolore no? Quello fisico. Ho tutta una serie di patologie, incidenti, traumi che mi danno tanto dolore e quelle solite cose lì che ti danno per togliere il male...com'è che si chiamano?

Analgesici, antinfiammatori...

Ecco quelli. Niente mi fanno. Acqua fresca.

3- Molti affermano che un problema con una sostanza possa solo peggiorare...

No. No. Non ci credo. Altrimenti cosa ci starei a fare qua? E poi sono stata dieci anni senza usare niente. E in quel periodo là mi aveva aiutato tanto una struttura in Largo Barriera, ti insegnavano a sentire il corpo non più come un sacco, un contenitore... e ti insegnavano anche a capire cosa gli serviva, al corpo.

E al tuo corpo cosa serve?

Niente. Non gli serve niente. Quando non mi facevo non avevo bisogno nemmeno delle pastiglie per dormire.

4- Molti dichiarano che, in definitiva, il dipendente è responsabile di curarsi e correggersi da solo...

Correggersi? (Visibilmente turbata dal termine utilizzato...)

Guarire, uscire dalla dipendenza...

Da solo? E come fa da solo? Con che strumenti? Magari qualcuno ce li ha gli strumenti, ma io no, figurati! (*Ridacchia*). Non ho energie. Ho sputato lacrime e sangue nonostante avessi degli aiuti. Come fai da solo?

5- Come potresti descrivere la tua esperienza quando il desiderio di consumare diventa irresistibile...

Ora non ce l'ho più il desiderio. Voglio solo togliere il dolore. E solo pulita, prendo solo il metadone che mi danno qui, come oggi che sono venuta a berlo. Però lo sento già la sera prima che mi serve. Non sono mai stata dipendente per così tanto tempo dal metadone, sono quasi vent'anni capisci? È tanto. Ma non prendo nient'altro. Sono pulita. E non bevo nemmeno più, perché voglio essere lucida: per parlare, per camminare... Ma il metadone non mi offusca. Poi non so, perché magari come tante volte mi succedeva, pensavo di essere lucida e poi ero così sul piatto eh? (*Mima il gesto di rovesciare il cibo dal piatto dando una piccola testata sul tavolo*)

Però nella prima fase lo sentivo di più, quando ero giovane, che adesso sono una

vecchietta... Non riesci a pensare ad altro. Solo quello. Ti occupa tutto. E poi hai i brividi, il naso ti si apre come un rubinetto, e hai male alle ossa e dappertutto. Dolore, ma dolore forte eh? Io ho una convinzione: che ho una soglia del dolore bassa. E ho un'altra convinzione: ce l'ho bassa perché ho subito una cosa da piccola. Mi hanno tolto tonsille e adenoidi, si faceva così a tutti un tempo.... *(Le squilla il telefono, risponde, è la figlia che le chiede dov'è)*

2) Ce Lo - uomo, 53 anni – inizia a 16 anni con l'alcol, poi passa ai barbiturici che si fa prescrivere dal medico, ma non segue la posologia e li mischia con l'alcol: l'obiettivo è anestetizzarsi. Poi comincia con eroina, lasix e cocaina. A trent'anni circa arriva ai servizi. Abita in periferia.

1- Molte persone dipendenti dichiarano di usare la sostanza per diverse ragioni: per far fronte alle difficoltà della vita, per ridurre la loro depressione, per evadere da situazioni familiari negative...

Però ti parlo personalmente ok?

Certamente...

Quello che mi rispecchia a me...è sì, per superare la giornata. Per un po' di casini a casa. Quand'ero piccolo per via dei miei genitori. Per superare questi casini ho fatto uso della droga, quasi apposta. Ma anche le problematiche della strada, che non entri dentro nel gruppo, c'è quello che fa il capetto e tu ti senti inferiore, vuoi essere come lui.

E per la depressione ha giocato forte la droga. Al cento per cento. Per inserirmi socialmente, in ogni campo: lavoro, amici, amore. Per rilassarmi. Certe volte mi facevo solo per leggere il Piccolo (quotidiano di Trieste), con calma. Sì, sì, al cento per cento. La gente ci riesce senza, io solo con l'eroina.

2- Alcuni vedono la dipendenza come segno di debolezza e mancanza di volontà e le ricadute come fallimenti personali...

No, io no. Cioè non mi incolpo. Però forse sono debole, quello sì. Le ricadute sono perché uno non ha più voglia, si trova bene, è abituato. Si accetta con la vita che ha, anche se c'è la droga. Per andare incontro a tante altre brutte cose, tanto vale che mi tengo questa strada. Sono debole.

Debole...

Sì, debole perché altrimenti non riesco a lavorare, non riesco a fare niente... me ne sono fatto una ragione. Non ho voglia e faccio troppa fatica.

3- Molti affermano che un problema con una sostanza possa solo peggiorare...

No, io penso che ormai a questo punto mi sono fermato. Non credo che supererò altri livelli. Un po' l'età, un po' la stanchezza. Ne ho la nausea, ormai. È pesante. Non penso che andrò oltre...

4- Molti dichiarano che, in definitiva, il dipendente è responsabile di curarsi e correggersi da solo...

Sì sì sì, assolutamente. L'esperienza, ma anche l'età, ti fanno capire che hai sbagliato. L'età ti cambia. Ti rendi conto che non c'è niente che vale niente. E se allora devi combattere, tanto vale che combatti dalla parte della strada giusta. E sei tu che lo devi fare. Senza tante coccole dei dottori, di qua e di là...

5- Come potresti descrivere la tua esperienza quando il desiderio di consumare diventa irresistibile...

Quando sono di morale a terra. Quando sono distrutto. Non ce la faccio più. A costo di farmi mi vendo anche il pezzo di oro che è un ricordo della famiglia.

E cosa provi in quei momenti, anche fisicamente...

Beh, fisicamente mi sento *il vuoto*. Tutto vuoto. La sensazione di essere soli al mondo. Ma forse sono solo paranoie che mi faccio io, eh? Perché non sono solo, c'è il dottore, ci sei tu adesso che mi parli. Bah non lo so, non lo so e basta... Posso andare?

3) Sz Mo – 52 anni, uomo – inizia a 14 anni fumando hashish ma ben presto sperimenta tutto quello che il mercato delle droghe illegali offre (l'unica sostanza che manca alla lista è l'alcol: si dichiara astemio). Arriva ai servizi dopo 2 anni di eroina all'età di 26 anni. Ora prende il metadone e fuma hashish.

1- Molte persone dipendenti dichiarano di usare la sostanza per diverse ragioni: per far fronte alle difficoltà della vita, per ridurre la loro depressione, per evadere da situazioni familiari negative...

Cazzate. Uno lo fa perché gli piace. Poi magari dopo dice 'eh sì, l'ho fatto perché ero nervoso, perché ho problemi in famiglia'. Ma sono balle. Uno lo fa perché gli piace. Punto. Io mi facevo perché mi piaceva. Ma adesso non mi buco più. Perché a 33 anni ho avuto un tumore maligno alla vescica, e sai com'è, mi son preso paura. Adesso fumo solo hashish e basta. Ma prima droghe di tutto e di più: eroina, LSD, barbiturici, anfetamine, ketamina, ecstasy, cocaina... tutto quello che ti viene in mente io l'ho provato. Provavo perché mi piaceva sperimentare, sentire cosa si provava. E poi però mi attaccavo. Diventavo dipendente. Ma non perché avevo i problemi. Perché mi piaceva.

2- Alcuni vedono la dipendenza come segno di debolezza e mancanza di volontà e le ricadute come fallimenti personali...

Come no? Certo! È una malattia, perché stai male, però te la fai venire da solo quindi è un vizio. Perché non ne puoi farne a meno. E alla lunga ti porta sottoterra. Ma tutte le robe eh? Anche se mangi 100 kg di insalata ti fa male. Tutte le robe all'estremo fanno male. Però poi la gente prova perché è curiosa. Magari dice 'Chissà cos'è l'eroina?'. E vuole farsi. Ma subito non in vena, magari inizia con una sniffata, ma non è che una sniffata ti porta sottoterra. Non è vero. Come non è vero che se fumi hashish allora finirai eroinomane. Sono tutte cazzate. Io c'ho un amico che è una vita che si fa le canne ma non ha mai toccato nient'altro.

Oggi molti studi scientifici dimostrano che hai ragione...

E meno male! Era anche l'ora. Ma veramente? Perché lo pensano tutti.

Veramente! Ma chi è che lo pensa? Operatori del SerT?

Ma non lo so...un sacco di gente.

3- Molti affermano che un problema con una sostanza possa solo peggiorare...

No no...io voglio migliorare! Altro che peggiorare... e infatti è così, le cose stanno andando meglio. Però ormai è finita lo stesso. Ormai non posso più trovarmi un lavoro, una mula, farmi una famiglia. Anche se non mi buco più pagherò per tutta la vita per quello che ho fatto. E poi devo andare in giro con questo...come i vecchi (*e mi mostra la sacca del catetere*). Se sono trent'anni che ti butti dentro merda questi sono i risultati.

4- Molti dichiarano che, in definitiva, il dipendente è responsabile di curarsi e correggersi da solo...

Eh sì, perché solo tu sai cosa vuoi e a che cosa vai incontro. Però c'è bisogno di qualcuno che ti stia accanto. Pensa la scena: già sei in astinenza, in più solo...non puoi farcela. Perché uno che sta male pensa solo a star bene e in quei momenti hai in testa solo la droga. C'è bisogno di qualcuno che ti stimoli, che ti faccia vedere qualcosa di diverso. Altrimenti altro che depressione! Attacchi di panico. “Adesso mi impicco!” Lo so bene io... e io avevo una bella mula (ragazza in triestino) che mi stava vicino. Insegnava storia e filosofia e non si faceva, non toccava nemmeno una goccia di alcol. Bravissima, lavorava in San Francesco, siamo stati insieme sette anni, poi ci siamo mollati. Lei mi aiutava.

In quali modi ti aiutava?

Niente, mi stava vicino. Mi faceva vedere che c'era qualcos'altro

Qualcos'altro...

Sì, lei ad esempio. E poi la vita tranquilla...

5- Come potresti descrivere la tua esperienza quando il desiderio di consumare diventa irresistibile...

Perché diventi proprio proprio incontrollabile intanto devi star male. All'inizio è come un'influenza, ti cola il naso, hai i brividi di freddo, ti fanno male le ossa, sei nervoso. Ma stai proprio male fisicamente, ti prendono i crampi dappertutto. È allora che non guardi in faccia a nessuno, vuoi la droga, a costo di andare a rubare, di fare la guerra, io ho fatto 18 anni di carcere, potrei scrivere un libro sulla mia vita, ne ho passate di ogni...

4) Li po - 48 anni, uomo – inizia a 13 anni fumando hashish, a 17 passa all'eroina, ma le prova un po' tutte: cocaina, ketamina, ecstasy, MDMA...ecc. (alcol poco perché dichiara di diventare troppo cattivo quando beve) Arriva una prima volta ai servizi all'età di 24 anni ma dopo una lite violenta con altri utenti si allontana per anni. Ritorna nel 2000 e ora sono 17 anni che è seguito dal SerT di Trieste.

1- Molte persone dipendenti dichiarano di usare la sostanza per diverse ragioni: per far fronte alle difficoltà della vita, per ridurre la loro depressione, per evadere da situazioni familiari negative...

È un fatto mentale. Sono tutte monate (stupidaggini). Se hai voglia di sballarti, ti sballi. Non esiste una scusante. Così si comincia e poi ti incimmi (“ti incaponisci, ti impalli, ci vai sotto”). Poi ho avuto anche una vita abbastanza travagliata, sono rimasto orfano da piccolo, non ho potuto vedere mio fratello per otto anni, ho appena finito quattro anni di carcere due mesi fa. Insomma...non facile. Non avevo da mangiare, da piccolo rubavo per mangiare. Sono sincero. Io parlo quando dico la verità, altrimenti non apro proprio la bocca.

2- Alcuni vedono la dipendenza come segno di debolezza e mancanza di volontà e le ricadute come fallimenti personali...

Più che altro è menefreghismo. Non ti frega di niente e di nessuno. Altro che debole, io ero altamente delinquente! Pensa che mio fratello non lo potevo vedere perché lui si era fatto una famiglia, aveva una figlia. E io non volevo starci vicino perché lo rovinavo. Però ora che c'è mi aiuta tanto. Sono tre le cose che mi hanno aiutato tanto: lui, averci

una casa e venire qui. È l'unico parente che ho. Tutti gli altri se ne sono fregati altamente di me.

3- Molti affermano che un problema con una sostanza possa solo peggiorare...

No. Se hai la voglia e la volontà puoi anche migliorare... devi averci la volontà. Mica come questi muletti (ragazzini) di oggi. Pensano di spaccare il mondo ma si fanno solo di acqua sporca. E poi vengono al SerT e chiedono 200 di metadone. Ma che cazzo te ne fai di così tanto metadone?

4- Molti dichiarano che, in definitiva, il dipendente è responsabile di curarsi e correggersi da solo...

Non ho avuto una vita facile, e sono rimasto orfano da piccolo. Ma per il resto ho fatto tutto da solo. Paolo (*si riferisce allo psicologo che lo segue*) lo sa, e mi ha aiutato tanto in questo senso. Io ho un rapporto di amicizia con lui. Sa che deve lasciarmi sbattere da solo. Altrimenti non faccio niente. Sta in te e nella tua volontà uscire dall'eroina. Io me ne cavo via, anche dal metadone. Ci puoi giurare. Ormai è una vita che non mi buco più, mi faccio giusto una canna ogni tanto, ma bevo solo aranciata. Sono abbastanza analcolico. Mi sono fatto un culo quadrato. Ho passato una vita troppo brutta, e mi sono sentito tanto mona. Ho sbagliato troppe cose nella mia vita, almeno cavarmi fuori da 'sta merda.

5- Come potresti descrivere la tua esperienza quando il desiderio di consumare diventa irresistibile...

Diciamo che desiderio non ne ho mai avuto. Mi sballavo per divertimento all'inizio e poi non potevo più stare senza, mi ero incimmiato.

Quindi non potevi stare senza, ne sentivi il bisogno, il desiderio...

Si esatto. Altrimenti ero fuori, kaputt. Non ero più in me, e per tornare in me dovevo farmi. Non mi fregava più niente di niente, solo di farmi. Era l'unica cosa che avevo in testa. Per smettere di stare male, di essere nervoso, di sentire odio. Tanto odio. Ecco, la roba mi sedava dall'odio. Non me lo faceva più sentire. Ma non era un vero aiuto. Il vero aiuto me lo danno qui al SerT, altrimenti non ne ero mica fuori, ero ancora dentro a fare la muffa (*si riferisce al carcere*). Che per questo bisogno di reati ne ho fatti talmente tanti da perdere il conto.

- 5) St - 47 anni uomo— inizia a 22 anni, direttamente con l'eroina. Negli anni seguenti prova anche hashish e cocaina e, per ultimo, l'alcol (in quel periodo era già seguito dai servizi). Arriva al SerT a 30 anni.

1- Molte persone dipendenti dichiarano di usare la sostanza per diverse ragioni: per far fronte alle difficoltà della vita, per ridurre la loro depressione, per evadere da situazioni familiari negative...

Brava. Ecco. Questo riguarda me: la situazione familiare. Non tanto per quanto riguarda mia madre, povera donna, ma per quanto riguarda mio padre. Era una situazione mortale. E dico davvero: m-o-r-t-a-l-e. Non si rendeva conto. Mi incolpava di tutto, di non trovare una casa, un lavoro, della droga. E però si metteva via tutte le mie paghe, tutti i miei stipendi. Io ho fatto il primo abuso e ho pensato “Ecco, finalmente ho trovato la soluzione contro lo stress di mio padre”. Perché tornavo ogni sera e lui era un ‘padre-padrone’, sai? Lui non era capace di parlare con la voce, lui parlava solo con le mani. E picchiava forte. E io ero ingenuo, di brutto. Lo sono sempre stato. Anche adesso lo sono. E quindi subivo e non contrastavo. Ho iniziato a farmi tardi, a 22 anni, per quel motivo lì. E infatti tutti mi dicevano “Ma che cazzo fai? Inizi adesso? Quando gli altri smettono?” Ma io non ce la facevo più, ho tenuto duro fino ai 22 anni e poi ho sclerato.

2- Alcuni vedono la dipendenza come segno di debolezza e mancanza di volontà e le ricadute come fallimenti personali...

Beh, oddio...è anche quello. È una malattia sì, ma se poi non riesci a smettere è anche mancanza di volontà, no? Non lo credi anche tu? (*cerca la mia approvazione*). Boh...per me è vero, è un segno di debolezza. Ma è un po’ difficile da spiegare. Perché sono tante cose che si intrecciano insieme. Perché non riesci a mollare la sostanza? Perché quando la molli ti si ripresentano tutte quelle situazioni che tu avevi cercato di accantonare. La usavo tipo anestetico, sai? Bum! ti si ripresenta tutto davanti, in più stando male perché sei in astinenza. E allora per forza che ricadi. E poi tirarsi su è pesantissimo. Perché ti vergogni. Perché il programma va a farsi fottere. E deludi tutti quelli che ti stanno vicino.

3- Molti affermano che un problema con una sostanza possa solo peggiorare...

Sì, è vero. A parte il fumo: quello puoi anche fumarlo per tutta la vita senza peggiorare. Che problema c’è? È un aiuto nella vita: io fumo una canna prima di andare a dormire, mi aiuta a rilassarmi, mi fa dormire bene, ma non ho mai ecceduto nelle dosi, non mi dà assuefazione né astinenza. Insomma, come gli americani che li vedi alla sera con davanti a sé quei bicchieroni di whisky. Solo che il fumo, per me, fa meno male. Ha meno controindicazioni. E poi, adesso come adesso è un periodo così nero...

È un brutto periodo...

Eh già. Sono rimasto senza casa. Sono stato licenziato. Sono 25 anni che va sempre peggio. Secondo te adesso, dopo 25 anni, me ne cavo fora (*mi tiro fuori da questa situazione*)? Ma non raccontiamoci balle. (*ride*)

4- *Molti dichiarano che, in definitiva, il dipendente è responsabile di curarsi e correggersi da solo...*

Certo, come no? Che è una roba che penso da poco, in realtà. Da dopo che sono stato nella comunità di Gorizia ‘La Tempesta’. Che purtroppo ci sono stato solo sei mesi perché c’era il lavoro di mezzo. Il mio datore di lavoro mi aveva detto che era contento che andassi e che mi avrebbe ripreso appena tornato dopo sei mesi, solo che non è stato di parola. Ed è stato anche un po’ stronzo, perché poteva dirmi subito che non mi avrebbe riassunto e io sarei stato nella comunità anche per un anno intero. Effettivamente quella comunità mi ha aiutato molto: facevo dei colloqui individuali sempre con la stessa persona e a me questo sistema ha aiutato molto. Perché in gruppo io le mie cose le tiro fuori solo fino ad un certo punto, se poi si va troppo sul personale io alzo un muro.

Quindi mi stai facendo presente che per te è importante essere seguito, avere un aiuto professionale, una guida...

Sì certo. Perché da solo non puoi. Non riesci. Ho provato le prime volte, perché non volevo rivolgermi al servizio, ma è stato sempre un disastro. Solo non puoi, non ce la fai. Serve una struttura, delle persone che conoscono il problema che ti aiutino dandoti gli strumenti. Poi ovviamente, come ti dicevo prima, ci devi mettere del tuo, perché altrimenti non vai da nessuna parte. Però un aiuto ci deve essere. Ti racconto una cosa per farti capire...

Vai, racconta che sono curiosa...

Nella comunità a Gorizia un giorno è saltata su una tipa -quarant’anni di droga alle spalle e due figli a carico- dicendo a uno psicologo: “Ehi, ma io sono già 3 settimane che sto qua e non mi sento ancora guarita. Voi dovete darmi la cura per non stare più male”. Ma cosa si pensava che avessero lì in comunità? La bacchetta magica? Io certa gente proprio non la capisco. Loro ti aiutano per quello che possono, ti danno gli strumenti, ma poi sta a te usarli, e usarli bene. Non esiste una cura. Una sola. Dipende da come sei fatto. E devi adoperarti comunque tu.

5- *Come potresti descrivere la tua esperienza quando il desiderio di consumare diventava irresistibile...*

Eeeh... ero disperato. Soprattutto quando poi ti rendevi conto che ti 'saltava il cambio'...

Cosa significa che ti saltava il cambio?

Che il pusher non aveva la roba e manco quello di riserva. Sai, noi tossicodipendenti non abbiamo mai un solo pusher. Io ne avevo quattro o cinque e se il primo non aveva nulla facevo il giro di tutti: almeno uno doveva averla! Però quando già anche il secondo non aveva da darti niente iniziava a salirti un nervosismo, una smania. Perché sai che se non ti fai stai male. La droga è anche quello: continui a farti perché hai paura di star male... Sai già che se non ti fai sarai piegato in due dal dolore. Ho visto gente tirare su l'acqua delle pozzanghere pur di farsi, perché non poteva aspettare. Il desiderio vero è quando non puoi aspettare. Anche a me è capitato...

6- *L'idea di dipendenza rimanda alla perdita del controllo del comportamento sull'uso di una sostanza. In che modo questa mancanza di controllo si è espressa nella tua personale esperienza...*

Eh...non so come spiegarti. Mi fai delle domande troppo difficili. Mancanza di controllo? Boh... insomma, cominci a farti è c'è un arco di tempo (per me è stato un anno) in cui ti senti un Dio, ti sembra di poter fare tutto quello che vuoi. Poi inizi a sentire sempre meno, subentra l'assuefazione ma mica solo quella. È come se passando il tempo aumentassero le motivazioni per cui ti fai, e se prima volevi solo stare bene poi inizi ad aver paura di star male, e poi ti vergogni di non essere più tu se stai male, e hai paura di non riuscire più a lavorare... e quindi per forza che hai sempre meno il controllo sulla tua vita e dalla droga dipendono sempre più robe.

Nella tua esperienza, quali stimoli facilitavano la perdita del controllo...

Quando ero più muletto persino venire al SerT mi faceva venir voglia. È inutile che venivo al SerT a bere il 'metano' (metadone), se poi appena uscito incontravo quello che sapevo che c'aveva la roba, e quell'altro che mi offriva il metano da bucarmi e poi c'era quel posto dove andavamo sempre là dietro...

Stare in quel posto ti faceva venire più voglia di consumare...

Esatto. Ma perché poi c'era quella gente lì che aveva da venderti di tutto. Tutto quello che volevi loro ce l'avevano.

Quanto ti sentivi consapevole della perdita del controllo...

Ma all’inizio non me ne accorgevo mica! Solo negli ultimi tempi c’erano dei momenti, dopo che mi facevo, che ci pensavo. E mi sentivo in colpa...

Quali altre emozioni provavi oltre il senso di colpa?

Ma quello e basta. Mi pentivo. Dicevo ‘vedi? È come prendere 50 euro e buttarli nel cassonetto’. Tanto più che ormai a Trieste di roba non ce n’è più. Pensa che l’altra volta mi sono fatto e sono venuto qua al SerT e l’ho detto a tutti perché sapevo già che mi avrebbe smerdato le urine. E invece no! Avevo le urine negative! Capisci? Come se non avessi preso niente...

Ora che hai smesso di consumare (se effettivamente è così) come si è modificata questa esperienza di mancanza di controllo.

Dopo i 40 basta. Ora prendo il metadone e l’antabuse. E di quelli non mi viene voglia. E non mi viene nemmeno più voglia di bucarmi...

- 6) Ro -29 anni uomo- inizia a 14 anni fumando hashish, a 17 prova l’eroina, a volte mischiandola con la cocaina. A 24 anni arriva ai servizi e dopo poco entra in una comunità di recupero. Una volta uscito rimane lontano dalle sostanze per più di cinque mesi ma poi ha una brutta ricaduta e per mesi abusa di eroina, psicofarmaci, LSD, acidi, Ecstasy, ketamina, fumo e alcol. Ritorna ai servizi e ora è in carcere per reati minori: frequenta il CPS come pena alternativa.

1- Molte persone dipendenti dichiarano di usare la sostanza per diverse ragioni: per far fronte alle difficoltà della vita, per ridurre la loro depressione, per evadere da situazioni familiari negative...

Si di solito queste tre affermazioni sono le più recenti...no recenti, come si può dire?

Frequenti?

Esatto frequenti. Nel senso che tutti prima o dopo hanno detto che si sono fatti per uno o l’altro di quei motivi lì. La gente fa uso per questi problemi, ma anche per curiosità, perché vuole sapere che effetto fa...

E nella tua esperienza personale invece...

Beh, io anche ho avuto problemi in famiglia. L’ho provata però anche per curiosità, a 17 anni. A quell’epoca fumavo già cannoni e poi sei un muletto, non pensi alle conseguenze, pensi solo a divertirti. Ho voluto provare una volta, poi una seconda, mi piaceva, e boh...ci sono rimasto sotto.

Mi dicevi che hai avuto problemi in famiglia

Sì, ma non è che ho cominciato per quello, cioè, non solo per quello. Per provare e poi mi faceva un po’ evadere sai? In quei momenti non pensavo, stavo bene e basta. A volte lo facevo solo per sfogarmi. E allora bevevo fino a vomitare oppure mi facevo, così poi ero in pace col mondo. In quei momenti sei tranquillo, non pensi ad altro. Mi serviva proprio. Ma adesso mi sono dato una regolata, rispetto a quando avevo vent’anni o diciotto. A vent’anni ero proprio...perso. Poi sono stato così male che mi sono stufato. Ti giuro ero stufo del fatto di dover sempre star là a cercare la roba, a farmi, e poi cercarla di nuovo e tenere i contatti coi pusher e avere problemi con la legge. Bon, mi ero proprio stufato. Poi sai, ho sempre lavorato, e perdo il lavoro per quello o sul lavoro si accorgevano che ero un po’ così... Non ne avevo più voglia. Ma non ho nemmeno più voglia di prendere il metadone, dover andare là, berlo...non ho più voglia manco di quello. Infatti lo sto scalando. Voglio essere libero.

Libero...che bella parola...

Già... e pensa che già una volta ci stavo riuscendo. Quattro anni fa, bevevo 15, e sono andato a convivere con una ragazza, che aveva smesso anche lei e faceva la stagione a Lignano. All’inizio ci divertivamo e basta, feste, serate, ma non bevevamo nemmeno: stavamo bene così. Ma poi, non so bene nemmeno come, abbiamo ricominciato a farci assieme. Mi mangio le mani...

Mi sembra di capire che tu abbia vissuto questa ricaduta come un fallimento personale...

(sospiro) No...non un fallimento. Sicuramente sono stato debole. Non ho avuto forza di volontà per dire di no. Non ce l’ho mai avuta, però pian piano mi sembra che sto migliorando. Dopo quella ricaduta sono tornato qua che ero infognato il doppio di prima, e poi ero depresso, pensavo che non sarei risalito mai più. E mi facevo di psicofarmaci. Li mischiavo con l’alcol così mi stroncavano di più. Facevo mille cazzate in giro e poi il giorno dopo non mi ricordavo più niente. Era un periodo orribile, avevo perso il lavoro, la morosa, la casa...ero tornato a Trieste con la mia mamma per tornare qui al SerT, ma ero tanto depresso. Ho tirato così due o tre mesi, usando anche cocaina, ecstasy, MD, ketamina, hashish...(ride)...sì, ho usato proprio tutto! Ma adesso sono pulito, nemmeno i cannoni mi faccio più. Solo capita ogni tanto che mi faccio una

serata di cocaina, ma giusto così, per divertirmi un po' di più, e lo faccio solo una volta ogni tanto, per passare la notte.

2- Molti affermano che un problema con una sostanza possa solo peggiorare...

Allora, se intendi continuando a usare, sicuramente sì. Beh, in effetti, per me anche smettendo di usare. L'eroina mi ha cambiato la vita, e non di certo in meglio. Me l'ha peggiorata. E tanto. Ti complica la vita. Ogni giorno rischi. Problemi con la legge. Problemi con la famiglia. Problemi con la morte... (*ride*). La prima volta che mia mamma l'ha scoperto è stato all'ospedale: ero finito in overdose, ma pesante eh? Erano le prime volte che mi facevo. Mi hanno salvato il culo per un pelo, con il defibrillatore. E quando mi sono svegliato ero nel letto e vicino a me c'erano mia mamma e mio fratello. E io pensavo che sapessero già tutto, che i medici gli avessero spiegato cos'era successo. Così appena sono stato capace di parlare gliel'ho spiegato meglio, per scusarmi... ma mia mamma non sapeva niente. Capisci? Niente! Si sono presi un colpo. E gliel'ho detto io in quel momento. Si era messa a piangere. Povera donna. Le ho fatto passare di tutto e di più...

3- Molti dichiarano che, in definitiva, il dipendente è responsabile di curarsi e correggersi da solo...

Se uno ha forza di volontà, e si mette in testa che deve levarsi dalla droga, lo fa. Anche senza comunità, anche senza niente. Deve volerlo davvero però. Io ho visto gente che si è fatta quattro anni di comunità e poi è tornata e ha ricominciato come se niente fosse. Se uno se lo mette in teste non serve nient'altro. Io per lo meno funziono così, ho smesso solo da quando mi sono messo in testa di smettere. Prima non c'era verso. Adesso da febbraio sono in carcere e ho deciso di scalare con il metadone, quindi farò così, perché ho deciso che lo voglio. Ho iniziato a fare un po' di tapis roulant qui e voglio rimettermi un po' a posto il fisico. E ci sto riuscendo. Pian pianino eh ovviamente? Prendendo sempre il metadone...da 110 ora bevo 50 però penso di potercela fare. Vorrei uscire dal carcere pulito. Tanto non è che ci sto tanto, fino a ottobre dell'anno prossimo, ma per stronzate. Ho rubato pochi euro in una gelateria in viale, poi qualche mese me lo faccio per favoreggiamento, qualche mese ancora perché sono scappato da un posto di blocco perché non avevo l'assicurazione e poi per un altro furto che ho fatto nel 2014 che non so manco di cosa si tratta. Non per droga.

4- Come potresti descrivere la tua esperienza quando il desiderio di consumare diventava irresistibile.

Non lo provo più, quel desiderio. All'eroina non ci penso più. Prima sì invece, mi svegliavo la mattina ed era il mio primo pensiero. Poi sai, ho sempre lavorato, e questo mi ha anche aiutato. Perché per non perdere il lavoro cercavo di essere più serio, di contenermi. Però ho cambiato diverse ditte lo stesso. E poi finivo la giornata di lavoro e non vedevo l'ora di andare in Slovenia per prendere la roba e farmi. Ero in ansia, non vedevo l'ora. Avevo fastidio. A volte addirittura diventavo nervoso e aggressivo, quando non la trovavo. Sai, finivo di lavorare con quell'idea in testa e quando arrivavo per prenderla non c'era. Un disastro. Non potevo nemmeno farmi la pera per rilassarmi! Ero incazzato.

5- L'idea di dipendenza rimanda alla perdita del controllo del comportamento sull'uso di una sostanza. In che modo questa mancanza di controllo si è espressa nella tua personale esperienza.

Sì, ti manca proprio il controllo. Se uno non ha forza di volontà, è debole di carattere, come me, è molto facile che ci ricaschi. Diventa difficile smettere. Quasi impossibile. Io adesso sto riuscendo perché ci metto la volontà.

6- Nella tua esperienza, quali stimoli facilitavano la perdita del controllo.

Certo, se beccavo qualcuno in città che sapevo che aveva da combinare o che aveva in tasca. Magari mi ero detto “oggi non mi faccio”, però poi beccavo sto qui in città e, se mi proponeva la roba, non sapevo dire di no...

E come ti sentivi a non saper dire di no? Che emozioni provavi?

Bah... in quei momenti là manco ci pensavo. Non mi veniva nemmeno in mente che potevo anche dire di no! (ride)

Quindi non eri consapevole della perdita del controllo.

No ma va! Sei dipendente, quindi non è che ci pensi. Però dopo magari, con gli anni, - tante volte ormai mi era passato per la testa di smettere- dopo averla presa mi pentivo. Mi sentivo mona per esserci cascato di nuovo. All'inizio invece a tutte queste cose non ci pensavo. Soprattutto perché mi facevo in compagnia: eravamo un gruppo di amici, ci facevamo quattro risate, ci facevamo un giro in città. Ho cominciato con il tempo a pensare di voler smettere, quando non fregava più niente di stare in compagnia e volevo solo farmi, trovare la roba per me e stare bene. Non mi importava di andare in città, di andare alle feste. Poi se c'era qualcuno con me bene, ma non me ne fregava manco più di tanto, l'importante era che avessi la roba per me. Così volevo smettere, ma non è mica una cosa immediata. Non è che schiocchi le dita e da oggi a

domani smetti. Quindi passi tutto un periodo lungo in cui sei combattuto, vorresti ma non vorresti.

Descrivimi meglio questa sensazione di ‘vorresti ma non vorresti’...

Eh non è che c'è da spiegare niente. Vuoi ma non vuoi. Punto e basta. Abbiamo finito? Che non ho molto tempo...

7) Sh -46 anni donna- inizia otto anni fa e si avvicina subito all'eroina. Non aveva mai consumato nulla in precedenza, né alcol, né fumo, né droghe chimiche. Giunge ai servizi dopo meno circa un anno dall'inizio e ora sta terminando il percorso di recupero.

1- Molte persone dipendenti dichiarano di usare la sostanza per diverse ragioni: per far fronte alle difficoltà della vita, per ridurre la loro depressione, per evadere da situazioni familiari negative...

La prima. Oddio adesso inizio a piangere, scusami...è che sei così carina, così gentile, che mi viene da essere sincera. E se sono sincera penso a tutte le cose brutte che ho passato. *(piange per un po', le offro fazzoletti e caramelle, si tranquillizza).*

Sei forte. Tutti pensano che sei forte e tu lo dimostri a tutti. Devi esserlo, per forza, per affrontare tutte le cose della vita. Solo che, ad un certo punto, ti ritrovi da solo a dover continuare a fare tutto. E sei stanco, e ti sembra di non farcela. Così cerchi qualcosa che ti possa dare una spinta e in un secondo ti ritrovi sulla strada che ti porta alla dipendenza. Perché all'inizio spacchi il mondo, riesci a fare mille cose contemporaneamente, proprio quello che volevi. Solo che, a lungo andare, la droga non ti dà più questo, diventa il minimo indispensabile, la tua sopravvivenza.

2- Alcuni vedono la dipendenza come segno di debolezza e mancanza di volontà e le ricadute come fallimenti personali...

No, per me non è così. Non è che uno è debole se si fa. Io non ho preso la sostanza perché ero debole, ma solo perché volevo qualcosa che mi tirasse su per un po': per oggi, per domani, per una settimana...solo che poi non ti rendi conto che ti ci perdi dentro. Però le ricadute sì, quelle sono segno di debolezza. Quelle sono un fallimento. Io sono dell'idea che ti possa capitare una volta, ma una soltanto, già due è troppo. Se ti ricapita è debolezza, è che non hai capito nulla. La seconda volta non è più ammesso. Ma una volta sì, può succedere. Come può succedere che inizi a farti. E pensa che prima di iniziare —otto anni fa- giudicavo le persone che usavano la droga, per me erano tutti poco di buono, delinquenti, cattivi e pericolosi. Però dopo, quando ci sei

dentro, ti accorgi che non è così. Che è gente disperata. Chi non c'è passato non può capire, sono davvero poche le persone che ti ascoltano e ti capiscono anche se non hanno mai usato. Perché è una cosa molto difficile. Non è da tutti.

3- Molti affermano che un problema con una sostanza possa solo peggiorare...

Sì, penso di sì. Dal momento in cui incontri l'eroina ti peggiora la vita, però c'è un recupero, se uno vuole.

4- E quanto ti senti responsabile di questo recupero, di curarti e correggerti da sola...

Io sono responsabile al cento per cento. Ogni persona è a sé e, tante volte ho sentito dire che è impossibile uscirne. Non è vero. Chi lo dice è perché non lo vuole davvero. Perché volere è potere. Io me lo ripeto sempre da quando vengo qui. Volere è potere. In questo sono molto severa, su di me e anche sugli altri. Io sono quasi alla fine del percorso, sono a 2 di metadone, ho deciso. Volere è potere. Puoi star male e calare non è facile però, con i tuoi tempi, ci puoi riuscire. Chi ci sta ancora dentro da venti o trent'anni è perché non vuole, non perché non riesce. Certo però che non puoi fare da sola nel senso senza aiuto. Quello no. Io ho provato una volta...

Raccontami la tua esperienza...

Avevo deciso di smettere, prima di venire al SerT ho provato. Ma non puoi toglierti la droga dall'oggi al domani: devi scalarla gradualmente, fare un percorso. Io pensavo che in mese sarei stata di nuovo pulita, ma non è stato così, sono stata malissimo. Ma male da morire. Ti servono i supporti giusti. Però sei tu che lo devi volere. Infatti io al SerT sono andata da sola, ho detto 'adesso mi faccio aiutare'. Perché lo voglio.

5- Come potresti descrivere la tua esperienza quando il desiderio di consumare diventava irresistibile...

Adesso non lo sento più. Pensa che ora, persino quando devo prendere una stupida pastiglia per il mal di testa, ho paura di prenderla perché penso: 'e se poi la voglio di nuovo? E se poi non mi fermo più?' Però prima lo sentivo fortissimo. Senti come un richiamo. Mi sentivo debole, nervosa, ansiosa, avevo paura di stare male. Ne sentivo proprio il bisogno, anche fisicamente. Pensa che ero dimagrita tantissimo, non sentivo più nessuno stimolo, nemmeno quello dell'appetito. Però lo stimolo della droga lo sentivo eccome. Poi non mi funzionava bene la testa, non riuscivo a ragionare bene: ad esempio, leggevo e non capivo cosa stessi leggendo oppure ascoltavo le persone e non le ascoltavo veramente. Non ero attenta. Mi sembrava di esserlo, ma non lo ero. Non

ero lucida. Non riuscivo a concentrarmi, ero come instupidita. Io quando mi guardo indietro mi vergogno.

Di quali cose ti vergogni?

Di tutto. Di quello che ero. Guardo le foto di anni fa e non mi riconosco. Ho una figlia di 31 anni che non sa niente e non saprà mai niente perché non voglio che lo scopra mai. E ho delle foto con lei. Sono spenta. Il colorito. I denti ti diventano neri. Gli occhi. Come se fossi morta. Non ero io. Ero un'altra persona.

6- L'idea di dipendenza rimanda alla perdita del controllo del comportamento sull'uso di una sostanza. In che modo questa mancanza di controllo si è espressa nella tua personale esperienza.

La mancanza di controllo c'era sempre. Sentivo di non avere il controllo su niente. Non so come spiegarti, è difficile...

Quindi eri consapevole di non avere il controllo...

Sì, sì. Lo sapevo. E infatti mi dispiaceva. Mi ripetevo sempre “Sh. è la droga che ti controlla, è più forte di te, vince lei!” Io combattevo, dicevo “oggi non mi farò più, oggi sarò di nuovo io”, ma non è facile.

7- Nella tua esperienza, quali stimoli facilitavano la perdita del controllo

Beh. La prima cosa che devi fare una volta che entri al SerT è tagliare i ponti con tutte le persone che conosci che usano la droga o che la vendono. Non ce l'avrei mai fatta se ce l'avessi avuti intorno: perché te la propongono continuamente e tu non riesci a dire di no. Ma adesso mi sento più forte. Adesso penso che potrei dire di no, se anche ne incontrassi uno.

Cos'è cambiato da prima...

Che sto meglio, e sono alla fine del percorso.

8) Al –uomo 33 anni- inizia fumando hashish a 10/11 anni, la madre era dipendente ed è morta per overdose. Dopo pochissimo passa all'eroina e alle droghe chimiche: MD, LSD, acidi, Ecstasy, ketamina...ecc. Arriva ai servizi abbastanza presto (non si ricorda esattamente quando ma era ancora minorenne), ha numerose ricadute, ora è seguito con la terapia sostitutiva e da poco ha la possibilità di frequentare il CPS.

1- Molte persone dipendenti dichiarano di usare la sostanza per diverse ragioni: per far fronte alle difficoltà della vita, per ridurre la loro depressione, per evadere da situazioni familiari negative...

Allora secondo me, in parte è così, ma in parte no. C'è anche tutta la parte del divertimento. Le sensazioni piacevoli che provi. Poi dipende da persona a persona, ci sono quelli che lo fanno perché a loro piace vivere così, quelli che lo fanno per fuggire dalle situazioni, è un discorso molto ampio...

E nella tua esperienza personale...

Io diciamo che l'ho fatto per vari motivi: un po' per fuggire dai problemi, un po' perché mi divertivo, un po' perché non ho iniziato come gli altri, è come se in quel mondo ci fossi sempre stato. Ci sono state tante cose da piccolo che ho visto e che non mi piacevano. Cose che non volevo ricordare: è per questo che fumavo, per prendere le distanze. Perché quando fumi tanto poi alle cose non ci pensi e se anche ti passa il pensiero dici “vabbè ok” e lo fai andare via...

2- Alcuni vedono la dipendenza come segno di debolezza e mancanza di volontà e le ricadute come fallimenti personali...

Può essere, come no. Alcuni lo fanno perché vogliono nascondere la debolezza. Si buttano nella droga per far finta di essere forti. Ad esempio se hai delle cose in testa che vuoi mandare via e conosci la sostanza e sai che con quella riesci a non pensare, allora è facile ricadere, anche se avevi smesso. La mia difficoltà era proprio il non riuscire a dire di no nel momento in cui me la trovavo davanti. Qualcuno me la proponeva e io sapevo perfettamente quanto bene mi sarei sentito se l'avessi presa e così non riuscivo a resistere...

Prova a descrivermi questa sensazione di non saper resistere, questo desiderio irrefrenabile...

Io, in tutta sincerità, non so dirti se era proprio incontrollabile. È come quando sai che sta per succedere qualcosa di bello, una aspettativa, una tensione, un'ansia. Magari mi ero detto di lasciare stare, di non fumare, di non prendere niente. Però poi, come ti dicevo prima, me la ritrovavo davanti e, sapendo cosa mi provoca quando la uso, non riuscivo a dire di no. Non è facile da spiegare...vorresti dire di no, ma ad un certo punto perdi il controllo e ti dici “Ma sì, vaffanculo, facciamolo”.

Perdi il controllo...cosa provi quando perdi il controllo?

Sei diviso. Da una parte sei convinto di non volerlo più fare, però dall'altra sotto sotto c'è ancora una parte di te che ti dice “fallo!”. Sei in lotta. Sei contrastato. C'è una parte di indecisione, quella parte che sapeva che cosa voleva dire fumare, che sapeva che mi piaceva. Adesso posso dire di stare meglio perché me l'hanno proposta e ho saputo dire di no.

3- Molti affermano che un problema con una sostanza possa solo peggiorare...

Non è detto. Se uno riesce a fermarsi un attimo e ragionare può anche fermarsi e smettere di peggiorare. Io un giorno mi sono fatto due conti e mi sono detto “Se continuo così le cose sono due: o mi sbattono dentro o comincio a esagerare con le quantità e arrivare ad una quantità letale”.

Quindi ti sei accorto da solo di doverti fermare... Sono in molti quelli che affermano che il dipendente è responsabile di curarsi e correggersi da solo...

Beh certo. Ci devi mettere del tuo. Perché uno può dirmelo quanto vuole che drogarsi fa male, ma se io non ascolto non serve a niente. Il fatto di volerlo aiuta, ma all’inizio è necessario avere un supporto. Io ad esempio sono stato in una comunità che mi ha aiutato tanto, e quando sono uscito non toccavo più niente. E sono riuscito a resistere per un po’ però poi c’è sempre la solita difficoltà di dire di no quando te la ritrovi davanti e così ho fatto circa un mese di ricaduta, ma sono riuscito a fermarmi. Una volta ho provato a smettere da solo. Mi sentivo incatenato, questa è la descrizione migliore che posso darti. Mi sentivo incatenato e non ne potevo più, volevo solo smettere. Ma è stata una merda. Avevo dei brividi pazzeschi, mi addormentavo mezzora, poi mi svegliavo di colpo e rimanevo sveglio per delle ore, attacchi d’ansia, di panico, visioni. Ho passato quattro giorni così, in casa, poi il quarto giorno mi sono guardato allo specchio, che mi sembrava di stare un pochino meglio, e avevo una pupilla più dilatata dell’altra e una faccia che sembravo un cadavere; è una cosa che puoi fare una volta sola. Dopo quei quattro giorni ho resistito senza farmi per qualche mese, ma poi sono ricaduto. Ora, con la terapia sostitutiva, è meglio.

9) Su –donna 40 anni- inizia a 17 anni fumando hashish, a 18 prova eroina, LSD, MD, cocaina, ...ecc., ma rimane dipendente soprattutto dal metadone, che compra sul mercato illegale. Arriva ai servizi per una gravidanza che desidera portare a termine ma dopo la nascita della bambina ricade facendo abuso di antidepressivi, barbiturici e sonniferi. Ora è seguita da anni con terapia sostitutiva.

1- Molte persone dipendenti dichiarano di usare la sostanza per diverse ragioni: per far fronte alle difficoltà della vita, per ridurre la loro depressione, per evadere da situazioni familiari negative...

Non sono d’accordo. Per la mia esperienza personale è stato diverso: le compagnie e la voglia di evadere hanno giocato un ruolo fondamentale. Insomma mi sembrano tutte scuse queste. Io sono cresciuta in una famiglia sana e ho avuto un’infanzia

felice, eppure sono qui lo stesso. Insomma ti droghi perché ti piace, punto e basta. E per integrarti nel tuo gruppo di amici. Per esempio a me non è mai piaciuto fumare, eppure ho iniziato lo stesso, perché altrimenti mi avrebbero isolata. È un po' come dire che chi va con lo zoppo impara a zoppicare; io andavo con i fumatori e ho imparato a fumare. Eravamo una comitiva grande, ci incontravamo di domenica e andavamo in Slovenia e prendere il fumo e le droghe e poi ce ne stavamo nei prati a farci, magari ti facevi una canna oppure ti prendevi un acido. All'epoca le compagnie funzionavano così, adesso mi sembra che sia un pochino diverso...forse. Questi muletti mi sembrano così inconsapevoli... Io in quella compagnia frequentavo anche gente più grande di me, e li vedevo. In un certo senso sapevo a cosa sarei andata incontro perché vedevo loro, come erano ridotti. E questo forse mi ha aiutato. Perché avevo paura. Spero che lo stesso possa succedere adesso a mia figlia, che è adolescente. Con tutto il male che ha visto, anche a causa mia, spero che sia consapevole dei rischi a cui va incontro. E poi la situazione mia è stata particolare...

Raccontami di questa situazione...

Io sono rimasta incinta diciott'anni fa, e ho dovuto fare una scelta. Così mi sono decisa a farmi seguire dai servizi e ad uscire dal giro di amici che avevo. Per molto tempo sono rimasta lontana, da loro e dalla droga. Dopo però il papà di mia figlia me l'ha riportata in casa e lì è stato difficile dire di no. Così ho ricominciato a sballarmi, ma con moderazione. Perché come ti dicevo prima, avevo tantissima paura delle conseguenze, e questo mi ha aiutato a controllarmi. Questa cosa mi ha sempre frenato. Come le cose brutte della vita.

Le cose brutte della vita...in quali modi ti hanno aiutato a controllare il consumo?

Adesso ti spiego. Io sono dell'idea che delle cose brutte che ti succedono devi sempre riuscire a cogliere il lato positivo, e per me il lato positivo è stato proprio questo. Ti faccio un esempio. Nel 2013 ho fatto un bruttissimo incidente con il motorino. Ero fatta di cocaina e sono caduta da sola, sono scivolata male, probabilmente non avevo i riflessi abbastanza pronti per poter guidare, anche se mi sembrava di essere lucida. Mi sono ridotta malissimo, ho fatto un mese di ospedale e la gamba non funzionerà mai più come prima. Ma soprattutto ho pensato "Cosa sarebbe successo se invece che da sola avessi avuto il mio piccolo aggrappato dietro? L'avrei ucciso". L'avevo appena lasciato a mia mamma. Così ho fatto una scelta: o i miei figli o la droga. Ho scelto i miei

figli. Poi meno male che mia sorella mi è stata tanto vicino, perché subito dopo l'incidente sono intervenuti gli assistenti sociali e hanno dato i bambini in custodia a lei.

2- *Alcuni vedono la dipendenza come segno di debolezza e mancanza di volontà e le ricadute come fallimenti personali...*

Beh un po' sì. Per forza. Dipende tanto dal carattere. Mia mamma, ad esempio, mi ha sempre detto che io sono un po' debole di carattere. E ha ragione: è sempre stato facile per me attaccarmi alle cose, ma attaccarmi troppo, in modo malato. E andare dietro alle mode, alle persone: tutto per cercare di essere accettata. Quindi è colpa mia, dai. Come ti dicevo prima sapevo benissimo a cosa stavo andando incontro e quindi cercavo di allontanarmene. Ma avevo continui scivoloni, e di chi poteva essere colpa se non mia? Poi cercavo di giustificarmi, di dire che era la situazione, erano le persone che mi stavano intorno...ma sotto sotto l'ho sempre saputo che è colpa mia. Sei tu che decidi, nessuno ti punta la pistola alla testa. È solo che non riesco a vincere il desiderio...

Raccontami che cosa provavi quando il desiderio diventava incontrollabile...

Quando hai sempre in testa quello. È l'unico pensiero che hai. E poi hai i brividi, e sudi e sei nervoso come un pazzo. E meno male che almeno io non avevo la smania dell'ago.

Spiegami di che cosa si tratta. Cos'è questa smania dell'ago?

Mah, diciamo che per me era quasi meglio averci il metadone che l'eroina. Almeno sapevo che era buono, sapevo che mi avrebbe fatto stare bene. Altri invece -ma anche persone a cui ero tanto legata: tipo il padre di mia figlia- hanno proprio la smania dell'ago. Cercano l'eroina, anche se sanno che è tagliata male e che magari non gli farà niente. E lo fanno solo per potersi bucare. Come se il fatto di iniettarsela di per sé fosse già una dose di piacere. E in quel caso lì perdi proprio il controllo. Completamente.

3- *È molto interessante questa cosa che mi stai raccontando. Perché l'idea stessa di dipendenza rimanda alla perdita del controllo del comportamento sull'uso di una sostanza. Spiegami meglio cos'era per te questa mancanza di controllo...*

Non so se qualcuno ti ha mai spiegato bene come ci si faceva...

Non molto in effetti...

Beh prendevi la roba e la mettevi con l'acido citrico in un cucchiaino e poi la scaldavi con l'accendino. Andava bene anche il succo di limone. Insomma, la scioglievi, poi la tiravi su con l'ovatta e la siringa e te la iniettavi. Nel cucchiaino rimanevano le scorie, il filtro

insomma, una schifezza. Eppure la smania dell'ago non ti faceva fermare. Ti faceva riscaldare il filtro e rifarti con quella merda. Solo per il buco capisci? Solo per quello. Perché tutti lo sapevano che non c'era rimasto più niente nel cucchiaino e che non poteva più darti nessuna botta. Ti bucavi con l'acqua praticamente. Perché era il gesto che ti piaceva. Meno male che non ero a questi livelli, io. E meno male che me ne sono accorta che lui era così, il mio compagno intendo. Senza controllo. Non aveva nemmeno più la forza per lavarsi. Ma non era amore il nostro: ci facevamo insieme, punto e basta. Quello non è amore, interesse forse, ma sicuramente non amore. Era il mio compagno di droga, non il mio fidanzato.

E invece nella tua esperienza personale...quand'è che ti sembrava di non avere più il controllo...

Dipendeva dagli ambienti. Dal posto in cui stavo. Se ero in discoteca o ad un rave oppure se ero a casa. Il mio controllo sulla droga dipendeva da quello. Se vai a ballare e ti fai due giorni a ballare, non mi puoi dire che stai due giorni sobrio: la gran parte delle persone si aiuta con qualcosa per resistere così tanto tempo. E poi San Giovanni (parla del dipartimento dipendenze che ha sede nel parco di San Giovanni), quello è un altro posto dove non posso stare. Uno perché non mi sento proprio allo stesso livello di quelli che ci vanno, che sono proprio persi. E due perché altrimenti incontro gente che poi mi dice “andiamo a bere qualcosa” e poi mi offre la roba. Si innesca un meccanismo malato per cui invece che andare là per curarmi vado là per pigliare. E poi ci ricado e mi sento in colpa da morire...

Parlami di che cosa provi in quei momenti in cui ti accorgi di aver perso il controllo...

Sono depressa. E sto male. E penso che non riuscirò mai più a risalire. Meno male che qui sono seguita. Che c'è Sara (la psicologa che la segue) che mi conosce e non mi giudica. Perché io ho tanta paura di essere giudicata, e so che lei mi ascolta e non mi critica. Quel periodo che mi avevano spostata a san Giovanni infatti mi sentivo persa, perché mi mancava il mio colloquio settimanale con lei, e poi venire qui...per me è stato fondamentale avere il supporto e l'aiuto delle persone qui. Altrimenti non so davvero dove sarei andata a finire.

Molti affermano che un problema con una sostanza possa solo peggiorare...

Si per me è stato così. Ho iniziato con poco ma poi è andato sempre peggio. Se sono riuscita un po' a fermarmi è stato solo per le tragedie della mia vita. Te lo dicevo anche prima: l'incidente, una gravidanza interrotta, ...ecc. Mi serviva toccare il fondo per

poter risalire. È inutile che vai nelle comunità, o fai i colloqui con gli psicologi, se non hai ancora toccato il fondo e con la testa non sei ancora convinto di voler smettere.

Molti dichiarano che, in definitiva, il dipendente è responsabile di curarsi e correggersi da solo...

Assolutamente sì. Non vai da nessuna parte se non sei convinto tu. Anche adesso: io mi sento contemporaneamente forte e debole. Forte sulle sostanze, perché ormai riesco a dire di no, la sdegno proprio la roba. Debole però perché i miei bambini sono ancora con mia sorella, e ogni tanto ripenso a quello che ho passato. Una merda. Era una fatica. Ci ripenso e mi viene male. Perché la vita del tossico era questa: svegliarsi la mattina con la voglia di farsi, tirare su soldi per comprare la roba, farsi. Era sempre così, tutta uguale, e così faticosa. Chissà come facevo, che adesso non sono più capace nemmeno di tirare su un euro. Ma quella era la forza della disperazione sai? Chiedevo anche l'elemosina pur di riuscire a farmi.

Ora che hai smesso di consumare com'è cambiata la tua vita...

È cambiata tanto. Perché io ho sempre avuto tanti problemi di autostima. E adesso, sentirmi dire dalle persone che sono sopra di me (si riferisce agli operatori) che ce la posso fare, mi fa stare bene. Ma ho tanti alti e bassi perché è come ricominciare a camminare da capo. È una sensazione un po' strana. È ricominciare a vivere di nuovo. Da capo. Adesso ho trovato anche un punto di riferimento. Un uomo che non ha mai toccato nulla (pensa che dona il sangue!), un gran lavoratore, più grande di me e molto diverso da come sono io, ma che mi fa sentire bene. È come se mi avesse di nuovo messo la terra sotto i piedi. E poi ho tagliato completamente con tutti quelli di prima. Perché non puoi recuperare se continui a stare con la stessa gente. Poi non è che sputo nel piatto in cui ho mangiato: adesso se li incontro li saluto, però non li frequento più. È stato necessario fare così per riuscire a stare meglio.

10) Ma – 49 anni donna- inizia a 16 anni o forse prima con la cannabis, ma ben presto prova l'eroina e il metadone venduto sul mercato illegale. Ma dipendenza che lei sente maggiormente come problematica arriva più tardi, dopo essersi avvicinata ai servizi (circa 20 anni fa): l'alcolismo. Da circa 3-4 anni riesce a mantenersi sobria grazie all'aiuto dei servizi.

1- *Molte persone dipendenti dichiarano di usare la sostanza per diverse ragioni: per far fronte alle difficoltà della vita, per ridurre la loro depressione, per evadere da situazioni familiari negative...*

Per me inizialmente era per evadere dai problemi che c'erano all'epoca in cui facevo uso. Mio papà beveva. E poi mia mamma gli è andata dietro. E stavo male a vedere mia mamma che stava male, volevo non sentire quella sofferenza. Poi non sapevo ancora che l'alcol potesse creare una dipendenza così forte, e allora bevevo le birrette per socializzare, per stare nella compagnia, prendere coraggio ed essere un po' meno timida. Poi, col tempo è diventato un vero e proprio volermi annullare. Ero ben conscia del male che mi procuravo e lo facevo apposta. Per annientarmi. Sembra allucinante però è così. Volevo morire. Volevo sparire. Ho tentato il suicidio, anche. Ed ero lucida, era il mio modo per liberarmi da tutto questo schifo: la sofferenza, la droga, l'alcol. Mi sentivo soffocare. E avevo solo 25 anni, pensa.

2- Molti affermano che un problema con una sostanza possa solo peggiorare...

Sono d'accordo. A me l'alcol ha portato via tutto. Gli amici, perché per restare sobria ho dovuto smettere di frequentarli, e l'amore, perché con il mio ex marito è finita ma c'è ancora il sentimento e mia figlia che non è più con me. Ho provato tante volte a tirare fuori mio marito, a portarlo sulla mia stessa strada della guarigione, ma non ce la fa. Adesso ho capito che non è possibile, che sono io che mi devo allontanare se mi voglio salvare. Lui sta facendo la vita di strada con altri che bevono, non è mai riuscito a riprendersi. Noni non possiamo stare insieme, perché io non riesco più a stare con lui se lui continua così. Mi fa troppo dolore e ricomincerei anche io. È successo almeno tremila volte: io lottavo per smettere, per uscire dall'alcolismo, poi tornavo a casa e finivo per bere anch'io la birra che lui stava bevendo. Pensavo che sarei riuscita a limitarmi, che avrei bevuto solo un pochino perché pensavo che magari se bevevo anch'io saremmo andati più d'accordo. Ma poi non mi fermavo, non c'era questo limite. Andavo avanti, andavo avanti, andavo avanti...

Perdevi il controllo...

Esatto. Non riuscivo più a fermarmi. E tutte le volte iniziavo pensando che mi sarei fermata, e tutte le volte non mi fermavo.

Eri consapevole di questa perdita di controllo...

No, le prime volte per niente. Poi un po' di più. Ma poi dipendeva dalle volte.

Che tipo di emozioni vivevi quando ti rendevi conto di aver perso il controllo...

Brutte. Ma la maggior parte delle volte nemmeno me accorgevo. Quando ne ero consapevole cadevo in depressione e iniziavo a pensare che non mi interessava più niente della vita, che se era così tanto vale che continuasse così, a me non me ne fregava niente.

3- *Alcuni vedono la dipendenza come segno di debolezza e mancanza di volontà e le ricadute come fallimenti personali...*

No, non sono d'accordo. Cioè a volte sì e a volte no. Delle volte mi sono sentita in colpa di bere e di avere delle ricadute, altre volte ho pensato che fosse inevitabile. E poi ho un problema grande di solitudine. Quella è brutta, sai? Perché per smettere ho dovuto rompere con tutti. Però sono rimasta da sola. 'Meglio soli che male accompagnati', però è difficile. E poi tante volte sono arrivata alla ricaduta senza quasi nemmeno accorgermene. Un giorno bevevo una birretta nel modo ricreativo e non mi succedeva niente. La settimana dopo di nuovo. E poi passava il tempo e non mi accorgevo che i tempi tra una birra e l'altra si accorciavano e che una non mi bastava più. Ero ricaduta, ma non me ne ero nemmeno accorta.

4- *Molti dichiarano che, in definitiva, il dipendente è responsabile di curarsi e correggersi da solo...*

Ti sembrerà strano, ma io ho sempre dato il merito a mio marito di aver smesso di pensare al suicidio, e di aver smesso di volermi annullare nella droga. Anche se poi le cose sono andate come sai. Da sola non sarei riuscita a fare niente. E meno male che ci sono anche degli aiuti qui. Che mi fanno sentire meno sola.

5- *Come potresti descrivere la tua esperienza quando il desiderio di consumare diventa irresistibile...*

Ero nervosa, in ansia, avevo paura di non avere i soldi per comprarmi la roba, oppure l'alcol. E se effettivamente non avevo l'euro per la birra piangevo. Ho pianto tanto. E poi allora nella cerchia di quelli con cui stavo, gli amici di bevute, qualcuno mi offriva perché mi vedeva stare male. E tutti noi sappiamo che cosa si prova quando non puoi bere. Stai malissimo. Tremi, hai attacchi di panico, di ansia. Io sono finita anche all'ospedale per l'astinenza da alcol.

6- *Ora che hai smesso di consumare come si è modificata la tua esperienza di controllo...*

Mi sento più forte. Più forte dell'alcol. È capitato tante volte che dicessi di no. Mi sento libera. Finalmente più libera. Libera da tutta quella tortura di dover cercare i soldi, comprare, trovare. Pensando solo a quello mi sento tanto meglio. Non c'è più quell'angoscia.

11) Mat -22 anni uomo- inizia a 16 anni direttamente con l'eroina, arriva ai servizi 3 anni fa, ora ha la terapia sostitutiva.

1- Molte persone dipendenti dichiarano di usare la sostanza per diverse ragioni: per far fronte alle difficoltà della vita, per ridurre la loro depressione, per evadere da situazioni familiari negative...

Io ho avuto due lutti in famiglia. Quando avevo sedici hanno mi sono morte sia la mamma che la sorella. Così ho iniziato a usare l'eroina. Lo scopo era proprio non pensarci più. Così staccavo la spina e anestetizzavo. Non sono stato come quelli che iniziano perché inizia l'amico. Io ho iniziato da solo e mi sono sempre fatto da solo.

2- Alcuni vedono la dipendenza come segno di debolezza e mancanza di volontà e le ricadute come fallimenti personali...

No. Non penso che sia una questione di debolezza, penso che sia una questione di disperazione. Per lo meno, per me è stato così e io ti devo raccontare la mia esperienza, giusto?

Giustissimo!

E poi io non ho avuto ricadute. Sono tre anni che sono qui, e sono più di due che ho le urine pulite. Ho usato solo il 5 settembre. Perché era il mio compleanno. Ma non è stata proprio una ricaduta, è stato uno scivolone.

E come ti sei sentito per questo scivolone. Quali emozioni hai provato dopo...

Delusione. Mi è scesa un po' la stima che ho di me. Perché io sono orgoglioso del mio essere pulito sai? E non doveva capitare, però per fortuna mi sono tirato su subito.

3- Molti dichiarano che, in definitiva, il dipendente è responsabile di curarsi e correggersi da solo...

Ci è voluto un po' di tempo per capirlo ma sì, ora mi sento responsabile per me stesso. Ma ci ho messo un bel po'. Prima era diverso: ero sempre per strada, dormivo sulle panchine, non pensavo di essere responsabile di curarmi semplicemente perché non avevo nessuna intenzione di guarire. Mi bastava sapere di avercela in tasca ed ero tranquillo, felice, perché sapevo che sarei riuscito a non pensare.

4- Come potresti descrivere la tua esperienza quando il desiderio di consumare diventa irresistibile...

Ansia. Proprio attacchi d'ansia. Ho chiamato l'ambulanza più di una volta per gli attacchi d'ansia. Telefonavo e dicevo “Sono un tossicodipendente, ho le convulsioni, vi prego venite da me”. Stavo proprio male, scalciaivo come un cavallo.

5- *Molti affermano che un problema con una sostanza possa solo peggiorare...*

Sì e no.

Spiegami quali motivi ti portano a dire ‘sì’ e poi quali ti portano a dire ‘no’.

È questione di forza di volontà, chi ha la testa riesce a fermare questo peggioramento, chi non ce l’ha no.

Quindi è una questione di forza di volontà, di controllo...

Proprio di controllo, più ancora che di forza di volontà.

6- *L’idea stessa di dipendenza rimanda alla perdita del controllo del comportamento sull’uso di una sostanza. In che modo la mancanza di controllo si è espressa nella tua personale esperienza.*

Sì, ad un certo punto non avevo più il controllo su niente della mia vita. Non solo sul farmi. Su niente. Avevo perso ogni contatto con la realtà.

E ne eri consapevole, di questa mancanza di controllo...

Assolutamente no. Me ne sono accorto molto tempo dopo e mi sono sentito una merda. È successo così. Fortunatamente conosco da quando sono bambino due educatori che lavorano qui e per caso un giorno mi hanno incontrato per strada ridotto come ‘non ti dico’. Sono stato loro che mi hanno detto: “c’è questo posto, si chiama Androna, fai un salto qua da noi”. È stato grazie a loro che ho iniziato a pensare che potevo anche guarire. Che potevo anche voler guarire (*ride del gioco di parole*). Ero arrivato ad un punto che non me ne fregava niente di buttarmi sotto una macchina, mi sentivo un nulla, un nulla completo.

7- *Nella tua esperienza, quali stimoli facilitavano la perdita del controllo*

Sì, un posto in particolare mi faceva andare completamente il cervello in pappa: il SerT di San Giovanni. Quando andavo là alla fine tornavo pieno di roba, la compravo da tutti. Invece qua è diverso. Lo vedo come il mio covo: mi ci sento al sicuro. So che se vengo qua non mi faccio. E poi un’altra cosa mi faceva perdere il controllo: vedere il mio amico che piccava (*in triestino ‘stava bene perché si era appena fatto’*). Quello mi faceva venire una voglia... Anch’io volevo farmi e volevo stare bene come lui.

12) Da –uomo 24 anni- inizia a 16 anni fumando hashish, a 18 inizia con eroina, metadone e suboxone. È seguito dai servizi da poco tempo e solo arrivando al SerT ha iniziato a considerare l’uso come un problema.

1- Molte persone dipendenti dichiarano di usare la sostanza per diverse ragioni: per far fronte alle difficoltà della vita, per ridurre la loro depressione, per evadere da situazioni familiari negative...

Per me farmi era non pensare. Altrimenti c'erano delle robe che mi avrebbero distrutto. Troppi casini, con mia mamma in particolare. Fino ai 18 anni ho tenuto duro perché cercavo di non stare mai in casa, stavo via tutta la settimana, poi nel weekend andavo a stare da un mio amico oppure dormivo la sera dalla morosa. Meno stavo a casa e meglio stavo. Quando però sono tornato perché non si poteva fare altrimenti ho iniziato a star male sul serio.

Quali erano le problematiche in casa tua?

Mia mamma. Lei era il problema. È alcolista e soprattutto incontentabile. Per un certo periodo ho anche provato ad ascoltarla, a fare quello che voleva, ma tanto poi era sempre ubriaca e trovava comunque qualcosa da criticare, sempre. Era veramente uno stress. In quel periodo conoscevo già la roba, perché magari l'avevo usata qualche volta alle feste, ma non si poteva ancora parlare di dipendenza: mi facevo una volta ogni tre mesi, solo quando c'era di mezzo un rave, o una festa. Insomma, la conoscevo e sapevo che mi faceva stare bene, così ho iniziato a prenderla per non sentire più mia madre.

2- Alcuni vedono la dipendenza come segno di debolezza e mancanza di volontà e le ricadute come fallimenti personali...

No. Assolutamente no. Io dovevo farlo. Altrimenti impazzivo. Quando avevo la siringa in mano ci ho anche pensato, ma poi come altro avrei fatto?

A cosa hai pensato quando avevi la siringa in mano?

A non farmi. Ci ho pensato, giuro. Ma poi era l'unica soluzione, fidati.

3- Molti affermano che un problema con una sostanza possa solo peggiorare...

Sì e no. Sì perché tante volte poi guardandomi indietro mi sono accorto che mi sono perso un sacco di robe e chissà come sarebbe andata la mia vita se non mi fossi fatto. No perché non avrei saputo proprio come sopravvivere senza la droga; la droga è diventata un problema ma solo molto dopo, però io l'ho usata per risolvere i miei problemi che erano ben peggio. Insomma tra tutti i problemi della mia vita la droga è sempre stato il problema minore e in alcuni casi mi ha anche aiutato. Ma

per la maggior parte è stata come una di quelle pastiglie che ti danno i medici dicendoti che sono chissà cosa ma poi non ti fanno niente...com'è che si chiamano?

Placebo?

Esatto placebo.

4- Molti dichiarano che, in definitiva, il dipendente è responsabile di curarsi e correggersi da solo...

Si. Mi sento tantissimo responsabile. Se non ti scatta in testa a te non c'è nessuno che ti può aiutare. Io ho fatto completamente da solo più di una volta. Ma non mi ci sono mai messo con l'intento di smettere del tutto: volevo solo darmi una controllata perché mi sembrava di aver superato il limite. Un'estate ho approfittato di avere casa libera per due settimane. Ho invitato degli amici, perché da solo ti prendi troppo male, con qualcuno ti passa di più il tempo, fai due chiacchiere, ti distrai. Perché in astinenza non ti passa mai il tempo. E meno male che era eroina, che sapevo che sarei stato male per quattro o cinque giorni al massimo. Tanta sofferenza ma per poco tempo. Il metadone e il suboxone ti durano molto di più. Magari i sintomi sono più lievi, magari solo fastidi, ma l'astinenza da metadone è capace che ti dura un mese. Un mese, capisci?!? Io le ho provate tutte e due queste astinenze. E tutto sommato le ho superate anche abbastanza bene. Avevo smesso di farmi quell'estate, ad esempio, e sono durato per più di sei mesi. Poi, come ti dicevo, non è che volevo smettere del tutto, volevo ridurre, disintossicarmi un po'... Finché non sono arrivato qui al SerT non ho mai avuto in testa di dover smettere del tutto. È stato quando sono arrivato qua che ho iniziato a pensare che erano ricadute le volte in cui ricominciavo dopo aver smesso. È al SerT che ho iniziato a sentirmi in colpa perché mi facevo, a viverlo come una roba sbagliata.

E per quale ragione sei arrivato ai servizi?

Per la mia morosa. Una mattina eravamo nel letto e io mi stavo preparando la roba e lei mi ha detto "Mettila su anche per me". Ma io non volevo, perché lei non ne aveva bisogno... Però alla fine ha iniziato lo stesso, anche senza di me, perché ormai si era messa in testa che voleva provare e non c'è stato verso di farle cambiare idea. E così volevo aiutarla, perché lei poi stava male. E io mi sentivo responsabile per lei.

5- Come potresti descrivere la tua esperienza quando il desiderio di consumare diventa irresistibile...

In quei momenti non sei lucido. C'hai un'ansia addosso. Hai solo la roba in testa e non ti rendi nemmeno conto di quello che stai facendo per procurartela, rapine, violenza...ecc. L'unica cosa che vuoi è ottenerla, quando poi ce l'hai in mano che l'hai trovata, allora là magari pensi a quello che è successo nel frattempo: sono andato lì, ho rubato là... ma prima niente, come se andassi in automatico. L'unico obiettivo è andare a ciolla (*in triestino 'a prenderla per potersi fare'*). E magari fino ad un minuto prima stavi anche bene, non è che eri in astinenza. Poi però, appena ce l'hai in tasca che stai andando verso casa, magari sei sull'autobus, allora inizi a star male: ti viene mal di pancia, ti vengono i crampi, sudi... ma se non ce l'avessi avuta in tasca non saresti stato così. È un po' come quando ti scappa da pisciare, ti scappa ma la tieni bene, però più ti avvicini al bagno e più non resisti e inizi quasi a fartela addosso. Se quel bagno non l'avessi trovato non ti sarebbe scappata così tanto. Capisci cosa intendo?

Certo. Sei stato chiarissimo.

Per la roba per me era uguale: come una pisciata.

6- L'idea di dipendenza rimanda alla perdita del controllo del comportamento sull'uso di una sostanza. In che modo questa mancanza di controllo si è espressa nella tua personale esperienza.

Ma sai, a me il controllo sembrava di averlo quasi sempre. Quando c'erano quei periodi che mi sembrava di perderlo mi autoregolavo da solo, come ti ho detto.

13) Aba -24 anni donna- inizia a 14 anni fumando canne, ma ben presto passa ad altro perché afferma di non sentire più niente. Alterna periodi di eroina a periodi di abuso di farmaci come ossicodone e oppiacei (es. palexia). Ora è seguita da quattro anni da Androna Giovani.

1- Molte persone dipendenti dichiarano di usare la sostanza per diverse ragioni: per far fronte alle difficoltà della vita, per ridurre la loro depressione, per evadere da situazioni familiari negative...

Premetto: tengo il conto eh? Non voglio stare con te più di cinque minuti, chiaro?

Chiarissimo, saranno cinque minuti esatti.

Comunque per risponderti un po' per tutti e tre i motivi. Poi dipendeva da che momento di vita ero. Non l'ho mai fatto per uso ricreativo, non capisco davvero come certa gente lo faccia solo per divertirsi. Lo faccio per evadere, per scappare.

Evadere e scappare da quali cose?

Dipende dal momento della vita in cui ero. Poi sai, io ero sempre in strada, non avevo la casa coi miei, non avevo le cose come te: magari ho iniziato a farmi anche per quello.

2- Alcuni vedono la dipendenza come segno di debolezza e mancanza di volontà e le ricadute come fallimenti personali...

No, no poi dipende anche da uno come la vive. C'è chi la vive in un modo e chi la vive in un altro. Siamo tutti uguali, ma non siamo tutti uguali, anche noi tossici.

E nella tua esperienza personale...

Mah dipende... magari all'inizio un po' sì, sono stata debole. Ma poi ho lottato. È mica facile, sai? Perché tu la fai facile perché la signorina non ha mica mai provato, no? *(si rivolge a me irosa con tono apertamente di sfida)*

Capisco le difficoltà...ma non ne ho esperienza personale, se è di quella che parli. Quindi hai ragione, non posso comprendere fino in fondo le sensazioni e le motivazioni...

È stata una cosa più grande di me. Era la prima volta che la vivevo, e non sapevo come comportarmi. E lo dicevo anche a loro *(si riferisce agli operatori del SerT)*: ci vuole tempo perché ti devi rieducare. Io nel mio piccolo sono contenta. Perché non è che ho tanta vita alle spalle: sono solo una creatura di 24 anni. Però ho fatto la mia esperienza e adesso ho messo un piede fuori e mi sto riabituando e rieducando. È una lotta. E continuerà per tutta la vita. Magari tra dieci anni, che non ti fai, la vedi e ti viene di nuovo voglia. Perché funziona così, che ti svegli la mattina e ne vuoi sempre di più, devi farti.

3- Molti affermano che un problema con una sostanza possa solo peggiorare...

Beh una volta che la conosci è una lotta continua. Perché sai cos'è? Conosci la roba e sai che ti piace e lotti per starne lontana. Non è che ti peggiora la vita però senza dubbio te la cambia.

In quali modi te la cambia...

Come ti ho detto. Ti ho già detto *(mi risponde stizzita)*. Cambi il tuo corpo, cambia la tua mente, cambi tu. Perché tutti i giorni ti svegli e vuoi riproporre quel piacere che hai provato ieri e allora ti rifai. E così tutti i giorni. Solo che poi si insinua quella cosa che ti senti soppresso, non ti senti più libero... non è che ti frega farti la doccia, vivi così.

4- Tu però stai provando a liberarti...Molti dichiarano che, in definitiva, il dipendente è responsabile di curarsi e correggersi da solo...

Beh dipende dalla testa che hai, devi aver capito che ti fa male, poi dipende dalla fase della vita che vivi. E dalle paure. Perché lo sappiamo tutti che la droga ti scatena quelle che sono le tue paure e tu devi essere capace di affrontarle. *(inizia un lungo discorso molto sconclusionate sulle differenze personali che possono esserci nell'affrontare le paure)*

Quali sono le tue paure?

Dipende dal tipo di droga.

In che senso?

Che dipende da che roba prendi, capito?

No, mi dispiace non ho capito...

Cazzi tuoi. E comunque sono passati cinque minuti.

- 14) Dav -22 anni uomo- inizia a 15 anni fumando hashish e a 17 anni con l'eroina. Negli anni prova oppio, metadone, ossicodone, anfetamine (speed MD), ketamina,

1- Molte persone dipendenti dichiarano di usare la sostanza per diverse ragioni: per far fronte alle difficoltà della vita, per ridurre la loro depressione, per evadere da situazioni familiari negative

Per me un po' tutte e tre le motivazioni. Ho vissuto periodi difficili perché non andavo d'accordo con i miei genitori, ci vivevo male e non mi lasciavano libertà, avevamo enormi difficoltà di comunicazione: loro pretendevano troppo proprio in un momento in cui io avrei voluto sfogare la mia voglia di libertà, di creatività. Al contempo c'erano momenti di depressione per svariate ragioni: la morosa, la scuola che non andava, gli amici che mi emarginavano...ho sempre avuto amicizie legate alla droga, non sono mai riuscito ad intenderle come una cosa slegata se non nell'ultimo periodo perché sono un po' più maturo, forse *(ride)*. La utilizzavo per sentirmi meglio, per essere più sicuro di me stesso e meno depresso. Ti sembrerà la solita stronzata dell'adolescente ribelle, vero?

Ma smettila! Vai tranquillo...non sono qui per giudicarti, assolutamente.

Lo vedo lo vedo, grazie. È per quello che mi sento di essere onesto.

2- Alcuni vedono la dipendenza come segno di debolezza e mancanza di volontà e le ricadute come fallimenti personali...

Fino ad un certo punto. La dipendenza è una malattia strana, perché sembra una scelta. Ma non di vera scelta si tratta. Ho provato a uscirne tante volte e quasi altrettante volte ci sono ricaduto. Non può essere solo questione di debolezza o di forza di volontà. Poi se resti dentro determinati ambienti diventa ancora più difficile uscirne. E in più se non risolti il resto...

Il resto...

Sì, se l’hai usata per non pensare a tutta una serie di problemi che hai, e poi smetti di prenderla, ma nel frattempo non hai risolto i problemi, beh...è “fail”. Ovviamente appena ti si ripresenteranno quei soliti problemi ricomincerai a farti. Se sei in stallo, se la tua vita è in stallo, i problemi sono sempre quelli, gli amici che ti stanno accanto usano sempre e hanno la stessa mentalità, beh...allora ci ricadrà al cento per cento.

Quindi mi hai detto che hai avuto molte ricadute. Le hai vissute come fallimenti personali?

Non tutte. E non in maniera troppo grave. Insomma, per il discorso che ti facevo prima: non può essere proprio tutta colpa e responsabilità mia, no? Altrimenti dai, sarei già uscito da un pezzo. E poi tante volte l’ho fatto volutamente, e consapevolmente. Era consapevole dei motivi che mi spingevano a farlo, per quanto ora mi sembrano stupidi, e non trovavo all’epoca nessun’altra soluzione possibile. Quindi per me non era una sconfitta personale, le sconfitte personali erano altre: erano i problemi che mi portavano a farmi, quelle erano le vere sconfitte, il rapporto con i miei, la scuola, i casini che combinavo con gli amici e con la morosa. Poi non è che è sempre stato tutto uno merda, anzi, ho avuto anche le mie soddisfazioni. Solo che per come sono fatto, di carattere, non sono mai stato capace di attribuirme il merito e non sono mai stato in grado di vedere il bicchiere mezzo pieno. L’ho sempre visto mezzo vuoto. E poi non mi bastava mai, se avevo qualche soddisfazione pretendevo di più, sempre di più. E poi mettici anche che qualche sfiga l’ho avuta davvero, beh...il gioco è fatto.

3- Molti affermano che un problema con una sostanza possa solo peggiorare...

Mettiamola così, in parte è vero. E per diverse ragioni. Se continui nell’uso aumenti il dosaggio, senti sempre di meno, consumi sempre di più e perdi sempre di più il controllo. Ma anche se smetti la roba ti ha cambiato la vita. Perché nel frattempo ti sei complicato i rapporti, hai instaurato dinamiche di manipolazione, ti sei mandato a puttane la scala delle cose importanti: la droga svia la tua attenzione dalle cose

veramente importanti per farti pensare solo a procurartela, ai soldi, ai pusher, ai problemi con la legge...

4- Molti dichiarano che, in definitiva, il dipendente è responsabile di curarsi e correggersi da solo...

Allora, mi sono disintossicato tante volte da solo. Di volontà intendo, non perché non riuscissi a combinare e a trovarla. Astinenza secca e voluta: almeno un cinque volte l'ho fatto. Solo che non avevo cambiato radicalmente la mia mentalità riguardo alle droghe e quindi era inevitabile che tornassi nel giro.

In cosa è consistito questo cambio di mentalità...

Prima ero molto più aperto, avevo voglia di fare esperienza e di vivere alla giornata. Oggi credo un po' più nel futuro e costruire quello che sono passo dopo passo.

In più mi sono fatto un lungo periodo in cui in maniera illegale prendevo metadone e suboxone con l'intento di fare una mia terapia. Era passato quasi un anno e io ero riuscito a scalare praticamente del tutto: solo che queste cose dipendono da una persona che ha l'affido e che te la vende. E un giorno è andato tutto a puttane. Questa persona ha perso l'affido e mi ha stroncato la 'terapia' da un momento all'altro. Ero prossimo alla fine e forse, col senno di poi, sarei anche riuscito a cavarmela. Solo che in quel momento mi sono sentito perso. E non ce l'ho più fatta. E adesso non so nemmeno dirti se è stata sfortuna o fortuna: perché dopo quell'esperienza sono arrivato qui, quindi... E qua è tutta un'altra cosa, sei aiutato, anche solo parlare con uno psicologo è un supporto. Anche se poi non è che ti risolva un granché, però per lo meno vedere che c'è qualcuno che ti ascolta è decisamente gratificante.

5- Come potresti descrivere la tua esperienza quando il desiderio di consumare diventa irresistibile...

Sì. Premetto che ti succede perché non hai nient'altro che ti dà la stessa soddisfazione. Soprattutto se inizi ad usare con amici e quello diventa il punto focale del vostro rapporto. E comunque, prima che mi dimentico, volevo anche dirti che alcune cose della mia vita non le cambierei: alcune esperienze che ho fatto, anche se c'era la droga di mezzo, non le cambierei, perché se sono diventato la persona che sono, forse è anche grazie a quelle esperienze. Nel bene e nel male, è stata una conoscenza. E a me la conoscenza piace, anche se, per come l'ho vissuta io, l'esperienza con la droga è stata quasi esclusivamente negativa. Ma non è così per tutti eh? Ci sono persone che conoscono la droga e per le quali non diventa mai un problema.

Ne conosci?

Certo. Tante. Persone che sono integrate nella società, mantengono una vita sana e regolare, sanno come usare la droga e non si fanno travolgere. Se la usi come me, per cercare una soluzione ai tuoi problemi, è ovvio che ti farai travolgere. Poi non lo so, se la metti dal punto di vista morale anche queste persone possono fare di meglio: possono mangiarsi una pizza invece che drogarsi, ma anche se ti mangi troppe pizze non va bene, e io non sono qui per giudicarli.

6- L'idea di dipendenza rimanda alla perdita del controllo del comportamento sull'uso di una sostanza. In che modo questa mancanza di controllo si è espressa nella tua personale esperienza.

Allora, io sono una persona che tende ad avere sempre tutto sotto controllo. Anzi, quando mi sembra di non averlo, perdo la testa, mi stresso e divento molto nervoso. Ho fatto uso della sostanza in modo sempre molto controllato, avevo ben in testa i miei limiti e non li ho mai superati. Però ovviamente ci sono state delle volte che, inconsapevolmente, ho perso il controllo. Sono uscito sconvolto e molto pentito da quelle (due sole) esperienze, e ho sempre fatto in modo di non ripetere l'errore.

Seguiva quindi un sentimento di pentimento...

Esatto. E molto forte. Ti spiego. Io mi bucavo. E non so se qualcuno te l'ha spiegato ma quando ti buchi, piuttosto che quando sniffi, è molto più facile superare i limiti e i paletti che ti sei autoimposto. Io cercavo di non usare ma più di un mezzo grammo, o uno 0.3, perché sapevo che quello mi bastava per non andare in astinenza. Certo è che poi magari affiancavo altre droghe: ma sempre e solo quelle che sapevo che non avrebbero fatto combo con l'eroina.

Nella tua esperienza, quali stimoli facilitavano la perdita del controllo

Il mio mondo era pieno di stimoli che mi facevano venire voglia di farmi: le amicizie che avevo, gli ambienti che frequentavo, tutto mi richiamava la sostanza. Ho dovuto fare un taglio drastico, le persone che mi creavano problemi le ho allontanate. Per poi riavvicinarmi adesso, che sono più forte. Le vado a trovare, le saluto, ma non hanno più influenza su di me. Le ho viste farsi davanti a me, mi hanno offerto la sostanza, ma non mi faceva venire più nemmeno voglia. Ormai sono fuori, spero. Perché non mi interessa più. Forse è stata solo questione di tempo, o forse, come ti dicevo prima, di mentalità. Non so.

15) E -30 anni donna- inizia a 14 anni alle feste con l'ecstasy, poi si fida con un pusher e inizia a fare un uso più continuativo. L'anno dopo inizia con l'eroina. A 17

anni viene portata al SerT dai genitori e inizia una cura. Da sei anni è seguita dai servizi

1- Molte persone dipendenti dichiarano di usare la sostanza per diverse ragioni: per far fronte alle difficoltà della vita, per ridurre la loro depressione, per evadere da situazioni familiari negative...

Mah...un po' per tutto. Ero una ragazzina, avevo solo 14 anni. Dai 13 ai 14 ho fatto un cambiamento interiore enorme: da essere timida, chiusa riservata e buona sono proprio diventata tutto l'opposto. All'inizio a scuola andavo normale, non troppo bene perché non è che avevo voglia di studiare, però ero una ragazzotta tranquilla, le maestre non si erano mai lamentate di me, del mio comportamento. Poi in terza media ho proprio cambiato carattere, ho iniziato a vedermi con persone più grandi di me, strane, che avevano problemi, che usavano droga. E così ho fatto anch'io. Forse ho incontrato la compagnia sbagliata. Ma anche in casa non è che andassero tanto bene le cose. Mio papà beveva e i miei si sono lasciati che io avevo 2 anni e mio fratello 6 mesi. Quando io avevo sette anni mia mamma è andata in depressione, ha passato un anno che piangeva sempre. Allora il medico di base, che non è il medico della testa, ha iniziato a bombarlarla di robe che hanno peggiorato la situazione. È andata completamente fuori, poi non dormiva, poi è diventata anoressica, poi sentiva le voci, vedeva cose che non c'erano, ha provato ad ammazzarsi. E io ero una bambina, non capivo la situazione. Mia mamma adesso è seguita dall'igiene mentale.

2- Alcuni vedono la dipendenza come segno di debolezza e mancanza di volontà e le ricadute come fallimenti personali...

Più che mancanza di volontà, per me era stare fuori dalla realtà. Non sentire i problemi che avevo addosso. E sono ricaduta tante volte, fino a sei anni fa usavo ogni giorno, poi la situazione è un po' migliorata. E adesso non tocco più niente, tranne il metadone ovviamente. Che anche quello era quasi riuscita a toglierlo ma poi sbalzi di umore e quindi me l'hanno rimesso. E in sti sei anni avrò avuto una decina di scivoloni, non ricadute, scivoloni.

E come ti sei sentita dopo questi scivoloni?

Ma niente, che dovevo tirarmi su, tutto lì.

3- Molti affermano che un problema con una sostanza possa solo peggiorare...

Mah sì. Sai quante volte ho pensato a come mi sarebbe andata la vita se non avessi trovato la droga. Probabilmente sarebbe andata meglio. E comunque vedi la vita in maniera diversa rispetto ad una persona che non ha mai usato droghe, quella non potrà mai capire. Adesso da tre anni ho gli attacchi di panico e di ansia e chissà se mi sarebbero venuti lo stesso se non mi fossi fatta di roba. Boh... Meno male che ho 20 mg di metadone, perché io lo uso come antidepressivo, mica per stare lontano dalla droga, di quella ormai non mi frega più niente.

4- Molti dichiarano che, in definitiva, il dipendente è responsabile di curarsi e correggersi da solo...

Devi metterci del tuo. Non è che gli altri ti possono cambiare se tu non vuoi cambiare. E questo te lo dico riguardo alla droga, perché poi riguardo alla depressione è una cosa diversa. Però da sola non sarei mai riuscita smettere, ci vuole qualcuno, almeno la famiglia. Poi dipende dall'età, non lo so. Io, ad esempio, ero solo una ragazzina quando usavo le droghe, da sola non ce l'avrei mai fatta.

5- Come potresti descrivere la tua esperienza quando il desiderio di consumare diventa irresistibile...

Finché non ce l'avevo in mano ero in ansia, poi appena la trovavo ero contenta. Ma proprio contenta: se avessi avuto oro davanti non sarebbe stato niente in confronto. Finché non trovi stai male, anche fisicamente. E questo per quanto riguarda la roba, perché la roba è più fisica della bianca. La bianca è più mentale. Per conto mio la coca è peggio: ti va proprio in merda il cervello. Appena la vedevo perdevo completamente il controllo, tremavo, dicevo “dammene, dammene! Venti, trenta, cinquanta...”

Perdevi il controllo...

Brava. Perdevo il controllo.

E ne eri consapevole?

Me ne accorgevo. Sapevo benissimo che la mia vita era quello: uscivo solo per un'ora e solo per trovarla. Poi tornavo a casa per divertirmi, da sola, con la musica. La mia vita era quello e io lo sapevo benissimo.

6- Nella tua esperienza, quali stimoli facilitavano la perdita del controllo

Ma no. Non c'erano stimoli particolari

Ambienti, persone, odori...

No no. Tanto mi facevo tutti i giorni, quindi ce l'avevo sempre. Non è che avessi bisogno di ricordarmelo (*ride*). *Le situazioni non mi facevano un cazzo. Ero io che la vendevo, puoi capire...*

Ora che hai smesso di consumare come si è modificata questa esperienza di mancanza di controllo.

Ma non lo so... io mi sento sempre uguale. Quando hai usato la droga sei diversa. Non diventerò mai come una persona normale. Sì, posso fare la finta, e per come sono conciata adesso la gente potrebbe anche pensare che sono sempre stata pulita, ma sarebbe comunque una finta. Ad esempio ho una amica che non ha nemmeno mai fumato una canna, ha i soldi del papà, non ha mai lavorato. È chiaro che sono diversa. Io ero fuori casa a 14 anni, mi sono fatta, mi sono sempre dovuta arrangiare da sola, non è che ho mamma e papà che mi parano il culo...

Mi sembra di capire che sei anche orgogliosa di questa diversità...

Beh forse. Come l'hai capito? Sì ma non è che mi vanto eh? Cioè non voglio far pesare a nessuno questa diversità. È una cosa mia. Lo penso sempre, è una cosa che non andrà mai via. Sono le mie esperienze di vita che mi hanno fatto crescere di più rispetto a tutte le altre persone.

16) – Donna, 72 anni – inizia a bere in modo patologico nel 1992, a 47 anni, dopo la separazione dal marito, ma già beveva con lui prima che nascesse la bambina (anche il marito ha avuto seri problemi di alcolismo). Viene ricoverata una prima volta l'anno dopo e, una volta dimessa, riesce a rimanere astinente per più di un anno. Riprende a bere e a questo punto inizia una continua altalena di ricadute, l'ultima delle quali è stata 'prevenuta' chiedendo aiuto al SerT.

1- Molte persone dipendenti dichiarano di usare la sostanza per diverse ragioni: per far fronte alle difficoltà della vita, per ridurre la loro depressione, per evadere da situazioni familiari negative...

È vero, sa? Le ho provate anch'io queste cose. I problemi familiari, i problemi economici, i problemi di ansia: li ho provati tutti sulla mia pelle e sono d'accordo. Per me l'alcol è stata una via di fuga da tutte queste cose, e io ho anche provato a spiegarlo a mia figlia, ma lei non capisce, dice che non è comunque giustificabile, che potevo reagire in altri modi. Ma è una questione mentale, tutti abbiamo i problemi, ma non tutti abbiamo le soluzioni. Io non avevo altre soluzioni, e la dipendenza era troppo

forte. Guardi che la dipendenza è tremenda eh? Se le viene voglia di bere, in quel momento non le interessa nient'altro, niente e nessuno.

Mi descriva proprio questa esperienza: quando il desiderio di bere diventa irresistibile...

Eh... non so, è proprio un “voglio bere”. Anzi, che dico? “Devo bere”. Un comando. Ho solo quello in testa. E sto male finché non lo faccio. Non ci sono altre possibilità.

2- Alcuni vedono la dipendenza come segno di debolezza e mancanza di volontà e le ricadute come fallimenti personali...

Eh, sì. Penso proprio di sì. Del resto, signorina, se non è mancanza di volontà che cosa dovrebbe essere? È proprio debolezza. E anche poca stima in sé stessi, penso. Io ho avuto talmente tante ricadute, che la prima poteva anche succedere, è accettabile, ma tutte le altre no. Ero convinta che non ce l'avrei fatta e infatti non ce la facevo. Funzionava così. Io ho una figlia che è una donna in gambissima: è una coordinatrice. È intelligente, ma non capisce qual è il problema. Cioè...forse invece lo capisce perché ha anche contatti con la Dottoressa Purich e si parlano tra di loro, ma penso che non mi abbia mai perdonato. Lei non accetta. Non accetta che sono debole. Ma io che ci posso fare?

3- Molti affermano che un problema con una sostanza possa solo peggiorare...

L'alcol mi ha cambiato la vita, completamente. Ho fatto danni, mica danni da poco. Danni alla famiglia, a mia figlia. E lei non beve, non fuma, non gioca, è perfetta. È per questo che non mi perdona, e ogni tanto, con una voce un po' così, un po' strana, mi chiede “Come va mamma?”. E con quella domanda mi fa capire che non ha dimenticato, che è ancora preoccupata. E anche mi accusa.

4- Molti dichiarano che, in definitiva, il dipendente è responsabile di curarsi e correggersi da solo...

Sì, mi sento responsabile ma arrivo sempre troppo tardi.

'Arrivo sempre troppo tardi...', mi spieghi meglio cosa intende...

Arrivo tardi, cioè arrivo che sono ormai per terra. Arrivo sempre al punto critico in cui mi rendo conto che mi devo di nuovo curare. Devo sempre toccare il fondo prima di poter risalire, mi capisce? Più che responsabile di curarmi, mi pentivo dopo aver bevuto. Ma era sempre qualcosa che succedeva dopo: ormai il danno l'avevo fatto.

Prima perdeva il controllo e poi se ne pentiva...

Esatto, esatto. Ma adesso non più eh? Adesso ho capito finalmente cos'è la dipendenza, il valore che ha la famiglia, e ho imparato ad arrivare in tempo. Quando mi prende quel momento, che loro lo chiamano il craving, lo riconosco e chiedo aiuto subito.

Quali cose le permettono di riconoscere il momento del craving?

Quello che le spiegavo prima, signorina. Quando non mi frega più niente di nessun'altro e di nient'altro: quello è il momento. Ma ormai ho capito e lo prendo in tempo, chiedo aiuto, ma anche prima: partecipo ai gruppi, ne parlo. Questa volta sono arrivata in alcologia perché ho capito subito che c'era qualcosa che non andava. Finalmente! Dopo tante volte! Ormai sono vecchia...però ce l'ho fatta.

Mi sembra che lei abbia recuperato parte del controllo che prima invece non sentiva di avere...

Sì, e tanto. E anche la stima. Dico: adesso mi sento una persona normale, ho una mia personalità, dei miei interessi. Prima era tutto piatto, insapore. Non avevo interessi, e lavoravo eh? Ma non lo so...lo facevo come se fossi un robot.

In automatico...

Esatto. È la stessa parola dipendenza che te lo dice: questa voglia di bere, è una brutta, bruttissima cosa. Io ho capito che ho questo punto debole e non posso, per nessuna ragione al mondo, bere. Assolutamente mai.

Altrimenti perde il controllo...

Esatto. Inizio e non finisco più.

5- Nella sua esperienza, quali stimoli facilitavano la perdita del controllo

Il fatto di essere a casa, da sola. Avevo iniziato così. Non andavo nei bar, non avevo nemmeno amicizie. Ero separata, da sola, la figlia sposata: sentivo la voglia di bere, per non pensare, per far passare il tempo.

6- Quanto ti sentivi consapevole della perdita del controllo.

Niente. Tanto chi mi vedeva? Non ci facevo nemmeno caso. Adesso me ne accorgo, che il controllo ce l'ho di nuovo.

17) - Donna, 47 anni – inizia a bere 6 anni fa dopo essersi sposata e aver cambiato compagnia (si aggrega agli amici del marito), ma prima era già stata seguita dai servizi per un problema di dipendenza da eroina che lei stessa dichiara di aver

tenuto ‘sotto controllo’ per diversi anni con dei farmaci che comprava in Slovenia (es. Substitol; in Italia non viene commercializzato perché troppo caro). Adesso che è ricoverata da 2 mesi le capsule di Substitol sono state sostituite con 25 ml di metadone che sta scalando progressivamente.

1- Molte persone dipendenti dichiarano di usare la sostanza per diverse ragioni: per far fronte alle difficoltà della vita, per ridurre la loro depressione, per evadere da situazioni familiari negative...

La prima e la terza. La seconda no. Sì, sì e sì: è proprio come dici tu. Affrontare le situazioni della vita, i problemi con il marito soprattutto, i problemi con il lavoro. Ti spiego: è difficile trovare lavoro, il lavoro vero, intendo, quello in regola. È una vita che lavoro, eppure lavoro sempre in nero. E poi ho un marito violento. Mi mena. E, quando non mi mena, mi stressa. E a volte quando mi stressa è ancora peggio che se mi picchiasse. E l'alcol mi serve per farmi una barriera, così non sento più niente e può farmi quello che vuole. Così mi dimentico pure. È perfetto no? Anche mio marito ha problemi di dipendenza, ma non se ne rende conto, non se ne vuole rendere conto ed è anche difficile farglielo entrare in testa se sei tu a dirglielo. E poi figurati, convivo con la dipendenza fin da quando ero piccola: l'alcol c'è sempre stato in casa mia. Era normale a quei tempi, la gente non si curava nemmeno come si cura adesso, mio padre ad esempio è morto di cirrosi, ma mica lo sapeva di essere alcolista.

2- Alcuni vedono la dipendenza come segno di debolezza e mancanza di volontà e le ricadute come fallimenti personali...

Ehm... boh...forse...cioè... (*incespica per almeno mezzo minuto*), dipende. Dipende da chi hai intorno, da chi ti sta accanto. La volontà dipende se hai vicino le persone giuste. Pensati che una volta ho smesso completamente di prendere il Substitol. Ma perché ero con la persona giusta accanto, che mi supportava, e pensa che lui manco lo sapeva. Ho smesso tutto in quel periodo: anche di fumare. Ero andata con questo amico, lui era greco, a casa sua per 20 giorni. Anche lui aveva da risolvere dei problemi suoi e io l'ho accompagnato. Poi siamo stati anche di più e in quel periodo io ho smesso tutto. Si può fare se hai le persone giuste intorno. Altrimenti avere delle ricadute è scontato. E non mi sono fatta per tanti anni. Poi avevo ricominciato, ho avuto una piccola ricaduta quand'è morto mio papà. E mi sono sentita così stupida. Perché avevo già una figlia sai? E allora poi sono andata di corsa dal medico che ha iniziato a darmi il metadone. E lo stesso ho fatto adesso quando mi sono fatta ricoverare per l'alcol: perché ho iniziato a bere sempre, tutti

i santi giorni, e a un certo punto ho detto “Basta!”. E sono venuta qui per chiedere aiuto.

3- Molti affermano che un problema con una sostanza possa solo peggiorare...

Beh, è logico. È scontato. Le sostanze ti cambiano la vita in peggio. Logicamente. Perché non sei lucido, non puoi fare le cose come le fanno le persone lucide e normali. E quindi fai uno schifo. E pensati che non ho mai preso psicofarmaci! Almeno quelli... quelli sì che ti mandano in mona. Una volta volevo farmeli prescrivere perché mi ero messa in testa che ero depressa, e così ero andata dal medico ma lui mi aveva detto che non era una ‘vera depressione’ la mia, era uno stato d’animo per via delle cose che vivevo.

4- Molti dichiarano che, in definitiva, il dipendente è responsabile di curarsi e correggersi da solo...

Da solo? Proprio solo? No, no. Io da sola non ci posso stare. Infatti stavo valutando di tornare con mio marito, solo che è un problema se lui non si prende le sue responsabilità. Cioè: se lui non è pronto a collaborare come si deve e cambiare, io sarò costretta ad andare a stare per conto mio. Però magari capisce... Devo pensarci molto bene a che cosa fare e soprattutto devo chiedere a lui cosa ne pensa.

e quanto ti senti responsabile di curarti...

Di smettere di bere? Tanto. Solo che come fai con una persona vicino che ti succhia tutte le energie? È impossibile.

5- Come potresti descrivere la tua esperienza quando il desiderio di consumare diventa irresistibile...

Che domanda è? Vado a comprarmi da bere, no? *(ride di gusto)*

Ecco il punto! Ma prima di essere arrivata a comprarti da bere...quali sono le tue sensazioni? Che cosa provi?

Mah... no. Non era così. Ti spiego: io lavoravo 13 ore al giorno e avevo paura di non farcela. E poi tornavo a casa e c’era mio marito. Io bevevo per resistere. In genere bevevo prima di averne così tanta voglia. Capisci?

Capisco perfettamente. Il tuo era un ‘bere a titolo preventivo’...

Eh, più o meno così.

6- *L'idea di dipendenza rimanda alla perdita del controllo del comportamento sull'uso di una sostanza. In che modo questa mancanza di controllo si è espressa nella tua personale esperienza.*

No, no. Questo no. Nel caso mio non era per niente così. Io bevevo per restarci sotto controllo, altro che perderlo! (*ride*). Vedo gli altri, anche quelli che sono ricoverati qui, so che cosa intendi ma per me non era così. Sapevo esattamente cosa facevo e lo facevo perché volevo. Sempre il minimo indispensabile per sopravvivere.

18) - Donna, 51 anni- inizia a bere quattro anni e mezzo fa, a 45 anni, per via di una forte lombalgia (lavora come OSS con anziani disabili) che la costringe a letto e la fa entrare in un intenso periodo depressivo. In questi mesi scopre che mischiare l'alcol e i potenti antidolorifici che le avevano prescritto la aiuta far sparire completamente il dolore e a migliorare l'umore. Pian piano aumenta le dosi e da allora è seguita dai servizi, con alti e bassi. Ha già fatto tre ricoveri. Ora è di nuovo ricoverata da due mesi in alcologia.

1- *Molte persone dipendenti dichiarano di usare la sostanza per diverse ragioni: per far fronte alle difficoltà della vita, per ridurre la loro depressione, per evadere da situazioni familiari negative...*

(*annuisce*) Premetto che si comincia sempre perché almeno un po' piace, si beve a tavola, una situazione conviviale, di compagnia ecc. Quindi il bere 'normale' c'è sempre stato, poi però io ho fatto il salto di qualità (*ride*). Già avevo una certa infarinatura che mi era stata data dai miei, che a volte esageravano, quando litigavano: scendeva l'alcol e volavano i piatti. Nel mio caso però per il problema della depressione. Passano i giorni, succede qualcosa, qualunque cosa, anche stupida, e per me la cosa più veloce per rimediare è la sostanza: in questo caso l'alcol. C'è sempre questa depressione che mi frulla dentro e appena sono in difficoltà, invece che chiedere aiuto, bevo. Sì, ok, ci sono dei problemi ma tutti ce li abbiamo. Possibile che non riesco a fare nient'altro? Non riesco proprio ad avere il controllo necessario per fare qualunque altra cosa...

Quindi mi stai dicendo che è una questione di mancanza di controllo...

Sì, sì, nel mio caso sì. Io purtroppo ho un bere compulsivo. Mi parte la scintilla "Sto male! Sto Male!" e parto a bere. È capitato qualche volta che sia riuscita a fermarmi prima, magari chiamo le amiche del gruppo per chiedere una mano, ma la maggior parte delle volte no. E poi quando si beve...lo sai com'è? Bevi un bicchiere e pensi "Non mi ha fatto niente", allora ne prendi un altro e così via...come una pallina di neve che scende dalla montagna e diventa una valanga.

2- Nella tua esperienza, quali stimoli facilitavano la perdita del controllo

Ma anche stupidaggini. Che però mi ricordavano come ho iniziato, cioè bloccata a casa da sola. Anche l'altra volta, che mi sono spaccata un piede, sono rimasta ferma con il gesso a casa da sola. Ho tenuto duro per un po', ma poi mi facevo mandare a casa la spesa e con la spesa ho iniziato a ordinare anche l'alcol. Facile, no? Mi aiutavo con quello. Poi però la situazione mi sfugge di mano. E inizia a farmi più male che bene. Anche l'ultima volta che sono arrivata qui avevo una situazione di alcolismo parecchio forte e non riuscivo più a dormire. Stavo sveglia giorno e notte e bevevo, bevevo, bevevo e basta. Ero stanchissima.

Ed eri consapevole di questa perdita di controllo?

Sì e no. Alla fine, quando stavo troppo male sì. Ma altrimenti no. E anche lo fossi stata il desiderio era troppo forte per poter smettere.

3- Mi potresti proprio questa esperienza? Quando il desiderio di bere diventa irresistibile...

Eeeeeeh, non mi chiedi mica una roba facile...

Lo so, hai ragione, sono consapevole di fare domande difficili. Rispondimi come riesci...

Diciamo che io inizio stando male a livello psicologico. Sono tremendamente triste. E quando bevo il primo bicchiere mi sento proprio più rilassata. E sono consapevole che un bicchiere di vino non è che abbia questo effetto miracoloso, però per me, per quello che significa, è importante. Mi fa stare meglio. Mi sento proprio più sedata, meno preoccupata. E poi, come ti dicevo prima, non mi fermo mai al primo bicchiere.

4- Alcuni vedono la dipendenza come segno di debolezza e mancanza di volontà e le ricadute come fallimenti personali...

Beh certo. Nel mio caso ancora di più si tratta di pigrizia. È il problema fondamentale: sono un po' pigra. Un po' tanto pigra. E questo non mi aiuta per niente. Quanto mi sento in colpa per 'sta pigrizia! Soprattutto quando mio figlio se n'è andato di casa, e sono rimasta di nuovo da sola. Mi dicevo "Vabbè, son sola, son libera di fare quello che voglio". Non mi ci impegnavo nemmeno a fare dell'altro. È stato così per le ricadute. Lasciavo che le cose andassero come andavano senza fare resistenza. Non mi importava.

5- Molti affermano che un problema con una sostanza possa solo peggiorare...

Da tutti i punti di vista: fisicamente ma anche mentalmente e moralmente. Ti distrugge dentro e fuori: aggrava la depressione perché l'alcol è un depressogeno e poi mi faceva

diventare aggressiva con gli altri. È un tratto del carattere che ho sempre avuto: tengo le cose dentro e poi sbotto all'ultimo. E l'alcol accentuava abbastanza, non che facessi danni o alzassi le mani, però rispondevo male, tanto acida.

6- Molti dichiarano che, in definitiva, il dipendente è responsabile di curarsi e correggersi da solo...

Mah... La buona volontà non basta. Te lo dico subito. Bisogna seguire quello che loro, che sono specialisti e lavorano in questo campo da anni e anni, ti indicano. Magari prendere un pochino da ciascuno, quel pochino che fa il caso tuo. Tutte le indicazioni che ti danno, soprattutto quelle di vita: non stare sempre da sola, vai da una tua amica e chiacchiera un po', trovati un hobby, fai dello sport, qualcosa che ti faccia star bene...tutte queste piccole cose aiutano. È che

19) –Uomo, 55 anni- inizia a bere in modo patologico 6 anni fa. Alterna momenti di ricaduta a periodi di recupero: è ricoverato in alcolologia da tre settimane per un'ultima grave ricaduta.

1- Molte persone dipendenti dichiarano di usare la sostanza per diverse ragioni: per far fronte alle difficoltà della vita, per ridurre la loro depressione, per evadere da situazioni familiari negative...

D'accordo su tutto. Quando ero piccolo mio papà beveva duramente e aveva pochissima voglia di lavorare, anzi quasi niente. Mia mamma andava a lavorare per mantenere noi tre bambini. Bambini? Vabbè ragazzi... perché io ero il più piccolo, ma mia sorella maggiore aveva dieci anni in più di me. È stata lei a farmi da mamma. Povera, è morta a 48 anni per un brutto tumore... anche mio padre è morto, ma di cirrosi. E beveva tantissimo: fuori, con gli estranei era un coccolone, ma appena arrivava a casa, non ti dico, urla, minacce, non ci picchiava, però tante di quelle baruffe con mia mamma, povera. E io ero iperprotettivo nei confronti di mia mamma, forse perché ero l'ultimo dei tre figli, non lo so. Però ci pativo tanto, mi aveva lasciato scioccato questo modo che aveva mio padre di trattare mia mamma. Infatti negli anni sono diventato così sensibile. Già penso di essere nato sensibile, però queste cose ancora di più mi hanno sensibilizzato. Certi episodi ad esempio mi hanno proprio segnato. Mi ricordo ancora quando avevamo preso la pagella in terza, portavamo tutti a casa dei brutti voti, e mia mamma ci aveva solo detto “lo fossi in voi mi vergognerei”. Gli altri del circondario se ne erano fregati, io invece la notte avevo fatto pipì nel letto. Pensa. Adesso a ripensarci mi viene da sorridere ma è stato un episodio che mi ha segnato. E ce ne sono altri: ho sempre risentito moltissimo dei rimproveri di mia madre, proprio perché ci tenevo così tanto. E l'alcol per questa mia infanzia ha giocato un ruolo fondamentale. E poi per evadere

dalla depressione sicuramente, perché quando sei in stato depressivo vedi tutto nero e tutto buio e cerchi qualcosa che ti tiri su. Io usavo l'alcol come medicina: una medicina risolutiva immediata.

2- *Alcuni vedono la dipendenza come segno di debolezza e mancanza di volontà e le ricadute come fallimenti personali...*

No, non sono d'accordo. Può essere all'inizio un segno di debolezza forse, per alcuni, ma non per me. Per me è una cura, una cura immediata al mio star male. Ho sempre convissuto con le ansie. Ansie, tensioni, paure, depressioni... e l'alcol è una cura perfetta, anche scema se vogliamo, perché mi sarei potuto prendere un Tavor, ma non sarebbe stata la stessa cosa. L'alcol mi stabilizza l'umore, mi aiuta tanto. E poi si instaura la vera e propria dipendenza...sai come funziona, no? Ti si aprono tutti i recettori cerebrali e si moltiplicano. Poi si chiudono, ma rimangono sempre là e poi si spalancano tutti insieme e non puoi fare a meno di bere. È così che finisci in ricaduta: iniziavo con una birra perché non potevo farne a meno, magari riuscivo anche ad aspettare po' (anche due settimane), ma poi mi rendevo conto che non mi aveva fatto effetto, e allora ne prendevo un'altra, e con la seconda mi si spalancavano i recettori e allora non c'era più niente da fare. L'ultima ricaduta che ho fatto, quella per cui sono qui adesso, è stata assurda. Era un periodo bello, stavo bene, ero quasi euforico e un giorno ho deciso "Vado a bere", ma così, senza un apparente motivo. Ancora adesso sto cercando di capire le motivazioni che mi hanno spinto, ma non ci arrivo. E poi è così fatto che, dopo il primo bicchiere, il desiderio diventa sempre più forte e non riesci a resistere.

3- *Come potresti descrivere la tua esperienza quando il desiderio di consumare diventa irresistibile...*

Beh, inizia tutto con l'ansia. Un'ansia pazzesca che ti sembra che non si possa risolvere in nessun modo. E sì, a volte ho provato a prendere *altri* farmaci (*usa proprio il termine 'altri' annoverando implicitamente l'alcol tra i farmaci*), ad esempio il Tavor, ma mi sedano e basta, cioè, non mi calmano l'ansia, mi fanno solo dormire. Mentre l'alcol è diverso: già mentre ti scende il primo bicchiere mi sento meglio. Ma forse è che mi convinco di stare meglio, non so. Solo che poi, appena svanisce l'effetto, le ansie tornano e ancora più terribili di prima, e così bevi di nuovo. E poi di nuovo. E poi di nuovo. Aumentando sempre di più la dose. Perché aumenta l'ansia e aumenti la dose. Vai in escalation e perdi completamente il controllo.

4- *Questa cosa che mi dici è molto interessante perché l'idea stessa di dipendenza rimanda alla perdita del controllo del comportamento sull'uso di una sostanza. In che modo questa mancanza di controllo si è espressa nella tua personale esperienza.*

Non lo so. È una cosa strana. Non è vero quello che insegnano su come funziona il cervello. È diverso. Perché io magari non bevo da mesi e posso passare attraverso tutti i bar di Trieste e vedere sui banconi tutte le birrette del mondo senza che mi venga nessuna voglia. Ma nemmeno la guardo. Poi invece c'è un momento di ansia e allora non ne posso fare a meno. Dipende da come sto io, non dalle robe esterne.

Quindi non ci sono stimoli che facilitano la perdita del controllo...

No, esatto. Non ci sono, non per me. Lo stimolo è la mia ansia. In più negli anni mi sono indebolito. Sono più vecchio, la mia salute non è più la stessa e quindi fa sempre più presa, ho meno resistenza. L'alcol ha fatto i suoi danni, insomma...

Sono in molti quelli che affermano che un problema con una sostanza possa solo peggiorare...

Sì, sono d'accordo. Io sto sempre peggio, mi è venuto il diabete, ho sviluppato una neuropatia tossica... sono tanto instabile sulle gambe. Pensa che quest'ultima ricaduta l'ho fatta in dieci giorni e senza bere quantitativi esorbitanti, anzi. Ma ero proprio KO, non mi reggevo più in piedi, ero una larva. Pensa che (e adesso ti metterai a ridere), sono andato in polidipsia psicogena: mi sono avvelenato d'acqua e sono andato in coma. Ero in rianimazione e non sapevano nemmeno se sarebbero riusciti a salvarmi le penne oppure no. Continuavo a bere, a bere acqua! Avevo perso il controllo...

E ti sentivi consapevole della perdita del controllo...

No, assolutamente. Non me ne rendevo nemmeno conto. Tutte le volte che lo perdo sono inconsapevole. Sento solo l'ansia. Ad esempio quella volta che sono andato in coma per via dell'acqua, avevo uno stato d'ansia allucinante. E avevo voglia di alcol per sedarmi. Così per resistere ed evitare di sbronzarmi mi sono attaccato all'acqua: mi riempiva la pancia e mi dava la sensazione di fare qualcosa per calmarmi. Ho bevuto più di otto litri d'acqua e ho avuto uno scompenso sodico. Vedi com'è? Qualunque sostanza all'eccesso ti porta alla morte. Qualunque, mica solo le droghe. Anche l'acqua che pensi è la cosa più naturale del mondo, invece...

5- *Molti dichiarano che, in definitiva, il dipendente è responsabile di curarsi e correggersi da solo...*

No, devi farti aiutare. È necessario. E qua ti aiutano tanto. Pensa che l'ultima volta che sono uscito di qua, la volta dell'acqua, ne ero uscito così bene che, nonostante tutte le mie ansie, ero andato a fare docenza di 'cooperazione sociale idraulica e elettricista' in carcere. Che il carcere mi ha sempre fatto paura e non ci sarei mai voluto entrare, con tutte quelle chiavi, e tutte quelle porte. Eppure stavo così bene che me la sono sentita, ed è stata una bellissima esperienza, ho trovato gente straordinaria.

20) – Uomo, 42 anni- inizia a bere in modo patologico a 16 anni e ha sempre bevuto ininterrottamente per 25 anni, pur essendo più volte seguito dai servizi. Si ricorda solo di due piccole parentesi di astinenza, la prima risalente a un anno e mezzo fa (rimase lontano dall'alcol per circa due mesi) e la seconda adesso durante il ricovero.

1- *Molte persone dipendenti dichiarano di usare la sostanza per diverse ragioni: per far fronte alle difficoltà della vita, per ridurre la loro depressione, per evadere da situazioni familiari negative...*

Sì, anche per me è così, per le situazioni familiari, ma anche per affrontare la vita di tutti i giorni e poi per darmi un po' più di forza perché sono tanto timido. Ho sempre bevuto per aprirmi un po' di più, per acquistare un po' di sicurezza e coraggio. E poi in casa mia erano tutti alcolisti: il padre, la madre e il fratello...non è che avessi molte alternative, eh? Era sempre un clima di disagio fin da piccolo, e questo mi ha portato a diventare a mia volta alcolista. E in un certo senso mi definisce, cioè...sono più gli anni di dipendenza che quelli che ho passato senza bere (da uno a 16 anni), quindi insomma...fa parte di me.

2- *Alcuni vedono la dipendenza come segno di debolezza e mancanza di volontà e le ricadute come fallimenti personali...*

No, non è una malattia. Una malattia cronica recidivante. Poi ovviamente incide anche la volontà. Io, ad esempio, avrei potuto chiedere aiuto prima di ridurmi così. Erano già parecchi anni che mi ero ormai reso conto di avere un problema, ero diventato consapevole di essere alcolista: avrei potuto chiedere aiuto in quel periodo, e invece ho aspettato ancora anni. Ho provato da solo, ma non sono riuscito. Non ci puoi riuscire, c'è bisogno di una struttura che ti segue, da solo non ce la puoi fare...

3- *Molti dichiarano che, in definitiva, il dipendente è responsabile di curarsi e correggersi da solo...*

Sì, vabbè. Adesso l'ho capito anch'io che devo aiutarmi. Farmi aiutare e metterci dell'impegno. Ma sono sempre stato molto irresponsabile. Perché non mi

importava di guarire. Sai, puoi venire qua anche solo a perdere tempo. Puoi venire e seguire le ‘lezioni’ degli psicologi dalle otto a mezzanotte ma se tu non hai l’intenzione di smettere è inutile.

4- *Molti affermano che un problema con una sostanza possa solo peggiorare...*

Lo affermo pure io. Sono sicuro al cento per cento. L’alcol mi ha rovinato tutto, ha influito sul lavoro, sulle relazioni sia con me stesso che con gli altri, sulla mia salute, su tutto. Sono stato costretto a licenziarmi: non sai quante volte non ero in grado di alzarmi al mattino per andare a lavorare, soprattutto il lunedì perché sabato e domenica abusavo di più della sostanza. E poi bere mi cambia il carattere, mi fa fare dei casini: da chiuso e riservato mi aiuta ad aprirmi, ma a volte esagero, divento invadente e aggressivo. A mani magari no, però a parole sì. E poi divento logorroico, parlo in continuazione e magari dò anche fastidio: sai, magari dico anche delle cose giuste, ma un conto è esprimere la tua opinione da sobrio, un conto è farlo da ubriaco.

5- *Come potresti descrivere la tua esperienza quando il desiderio di consumare diventa irresistibile...*

Adesso è un mese che sono ricoverato e che non bevo e diciamo che la dipendenza fisica è quasi superata, cioè non ho quasi più i sintomi fisici dell’astinenza. Ma altrimenti mi veniva una emicrania terribile e poi non riesci a tener ferme le mani, tremi da tutte le parti. E già quello è brutto. Ma poi ancora peggio è il nervosismo che ti prende, l’ansia, l’angoscia. Alle tre del pomeriggio già non ero più in me se non bevevo almeno una birretta, anzi, almeno le prime due.

E dopo le prime due stavi meglio e ti fermavi?

Ma va!!! (*ride*) a quel punto poi non ti fermi più, è una cascata.

Perdevi il controllo...

Esatto.

In che modo questa mancanza di controllo si è espressa nella tua personale esperienza.

Io ero sempre fuori controllo. Quando ero ubriaco non avevo il controllo di quello che facevo. Ma anche prima: non potevo fare altro che iniziare a bere. Quindi non è che avessi il controllo, mai, è un loop chiuso. E poi mi bastava iniziare che non smettevo più. E ero anche irresponsabile. Non mi impegnavo nemmeno a cercare di smettere, o di ridurre. Facevo quello che mi faceva voglia: bere.

6- *Nella tua esperienza, quali stimoli facilitavano la perdita del controllo*

Mah, guarda. Ho bevuto in tutti i modo, al bar, in casa, da solo, in compagnia, birre, vino, superalcolici. Non è che ci fosse qualcosa di particolare. Poi vabbè, è chiaro che se mi metti una birra davanti mi fai venire voglia.

7- Quanto ti sentivi consapevole della perdita del controllo.

Solo ultimamente ho iniziato a rendermene conto. Prima nemmeno sapevo di avere un problema.

8- Che tipo di emozioni vivevi quando ti rendevi conto di aver perso il controllo.

Beh, ti senti male. Ti senti di non avere potere. Come se ci fosse qualcuno che decide al tuo posto.

9- Ora che hai smesso di consumare, come si è modificata questa esperienza di mancanza di controllo.

Adesso fisicamente sto meglio. Mi sento di avere più il controllo soprattutto sul mio corpo. Mi sento più lucido, mi sembra di avere meno pensieri. E spero di riuscire a portare a termine questo percorso, e che questa sia la volta buona. Sai, l'ultima volta che sono stato qui mi hanno chiuso il programma, mi hanno squalificato per uso di cannabis.

21) - Uomo, 46 anni- inizia a bere da giovanissimo, 10-12 anni, perché i genitori possedevano un'osteria. Il padre era un bevitore accanito e nel suo locale beveva tanto. Adesso è ricoverato da circa un mese e ha già fatto un mese di Day Hospital. È il terzo ricovero che subisce, il primo quattro anni fa, (non sono mai cominciati per una sua scelta anche se lui si dichiara d'accordo), ha anche provato una terapia riabilitativa partecipando al "gruppo appartamenti". E' riuscito a rimanere sobrio per un anno e mezzo, poi ha ripreso a bere per via di problemi sul lavoro e con la compagna.

1- *Molte persone dipendenti dichiarano di usare la sostanza per diverse ragioni: per far fronte alle difficoltà della vita, per ridurre la loro depressione, per evadere da situazioni familiari negative...*

Io bevo perché mi piace. Mi piace. Mi piace avere la testa sfasata. Non sono felice quando sono sobrio. Non sono tranquillo da sobrio. Poi chiaro che se superi un certo livello poi non recuperi più... sarebbe bello riuscire a mantenere quella via di mezzo in cui sei un po' brillo, ma non sei ancora andato. Ho sempre pensato che un bere moderato mi avrebbe aiutato nelle relazioni sociali, nella vita in genere. Solo che non mi fermo mai al bere moderato, arrivo sempre a stare male. Noi alcolisti abbiamo il brutto vizio di non sapere manco cosa sono le

vie di mezzo, per cui appena inizio so già che non mi fermerò. E poi è un disastro. Supero il momento di euforia e poi inizio a stare male. E poi il giorno dopo sto talmente male...ansie a non finire, e non mi ricordo più niente dei casini che ho combinato la sera prima. Anche le persone normali usano l'alcol per aumentare la socializzazione. Dai! Quanta gente alla sera una o due birrette o uno o due bicchieri di vino se li fa perché così riesce ad essere un po' più sicuro di sé!? Tutti. E due birre, due bicchieri sono già tanto, hai già esagerato. E loro si fermano. Noi alcolisti non ci fermiamo più. Perdiamo il senno.

Perdete il controllo...

Perdiamo il controllo. Se fossimo in grado di mantenerlo non saremmo qui. Perché non sarebbe un problema. Tutte le persone dipendenti hanno un problema di perdita di controllo, se lo mantenessero potrebbero continuare a farsi ma senza stare male e senza casini.

E questa perdita di controllo come si è espressa nella tua esperienza personale... c'erano degli stimoli che facilitavano la perdita del controllo.

Sì, il posto fa tanto. Se vai in una caffetteria è ben diverso che se vai in un pub dove vendono solo alcolici (*ride*). Potrei bere un caffè con un pochettino di cognac ma mi fermerei lì. E poi per me quello che ha fatto la differenza è stato perdere il lavoro. Avevo la disoccupazione, per cui ero a casa e mi davano dei soldi. Cosa facevo tutto il giorno?

Ed eri consapevole di questa perdita di controllo...

No, direi di no. Forse gli ultimi tempi e non è stata una bella scoperta. Però ci sono state delle volte che mi controllavo, anche nei periodi peggiori. Ad esempio c'è stato un periodo che lavoravo in reparto, con i medici, i primari. E insomma...mi sarei vergognato ad arrivarci ubriaco, capisci? Allora mi contenevo, rigavo dritto. Poi, appena non ero più in quella campana di vetro, ricominciavo a fare disastri.

Quali emozioni hai provato a riguardo

Non saprei dirti. Non capivo nemmeno io come riuscivo a fermarmi quando lavoravo là. La vergogna mi faceva controllare... ma non era un vero controllo, perché poi, appena non mi guardavano più, ricominciavo come prima. Dai, sono malato, sono alcolista, non è mica colpa mia! E mi vergogno a dire che sono alcolista. Tutti ci vergogniamo di dirlo, non è mica una roba bella. E lo nascondiamo, in ogni modo, siamo dei bugiardi bravissimi. Non lo dici nemmeno

ai tuoi amici. Uscite insieme per bere una birra e tu sai che non puoi così prendi un succo. “Perché? Cos’è successo? Perché non bevi?” ti chiede lui. “Non sono stato bene di stomaco”. Mica gli dici che sei alcolista. Mica gli dici “No, se bevo una birretta non mi fermo più, faccio dei danni spaziali”. *(lo dice quasi commosso come per giustificarsi e io non infierisco continuando nel discorso...)*

2- *Ora che hai smesso di consumare come si è modificata questa esperienza di mancanza di controllo.*

Mi sento più padrone di me stesso. Mi sento più lucido, ho più velocità di pensiero. Prima ero rallentato, magari mi dicevi “Hai visto che bel sole?” e io ti rispondevo così ”(silenzio di almeno 30 secondi) Ah sì, bel sole”. Ora sono rapido e pronto, ti rispondo subito, botta e risposta. Quando bevi tanto, a lungo andare ti si rallenta tutto, non da subito, ci vuole un po’. Alla lunga sei sempre ubriaco, anche quando non bevi. Perché il tuo corpo non ce la fa a smaltire tutto quell’alcol. Magari dormi sei ore di notte. Ti svegli e sei ancora ubriaco. Poi ti fai venire la pancreatite, ti va l’ammoniaca al cervello e basta, non ti ricordi più niente, perdi colpi uno dopo l’altro. Poi arrivi al punto che non riesci più a fare le scale, a me è successo. Ero come un vecchio di ottant’anni nel corpo di un quarantenne. E adesso è un mese che non tocco più niente. Perché avevo bevuto qualcosa durante il Day Hospital prima del ricovero, ma ora, da quando sono qua, sono pulito. Non fumo nemmeno, mi fanno settimanalmente i controlli per la cannabis e sono sempre negativi. Le uniche droghe di cui mi faccio sono gli psicofarmaci che mi danno *(ride)*. Alla fine sono droghe anche quelle, eh? Né meglio né peggio. Come l’eroinomane che gli danno il metadone. Per conto mio sbagliano anche lì, ma sai ci sono gli interessi delle case farmaceutiche... Dai, è inutile che non bevo più però mi dai tre Tavor al giorno! Ho comunque la testa nel pallone. Non riesco a ragionare, mi sento tutto imbambolato. Adesso gliel’ho detto che non voglio più prenderlo, e infatti me lo danno solo più alla sera per dormire. Forse se te ne danno così tanti hanno dei motivi. Magari lo fanno per sedare la crisi di astinenza, non lo so. In generale preferiscono dartene uno in più, così dormi, che uno in meno.

3- *Alcuni vedono la dipendenza come segno di debolezza e mancanza di volontà e le ricadute come fallimenti personali...*

Sono stato sobrio per ben un anno e mezzo dopo le terapie di gruppo. Ma poi ho avuto una brutta ricaduta. Ma so che ci sta. Non mi do la colpa. Sì, ok, potevo far lavorare un po' di più il cervello, pensarci su, ragionare, chiedere aiuto, continuare a frequentare il gruppo esterno. È molto importante per i primi cinque anni frequentare il gruppo esterno, però non riuscivo perché non coincideva con i miei orari di lavoro e non potevo prendermi sempre ferie. Comunque avrei potuto fare un sacco di cose diverse, ma non le ho fatte e ormai il passato è passato. Può capitare, dai. Succede a tutti, mica solo a me.

4- *Molti affermano che un problema con una sostanza possa solo peggiorare...*

No, non è vero. Cioè, io non penso che sia così. Dipende dalla testa che hai. E poi devi toccare il fondo. È l'unico modo per decidere poi di rialzarsi, per me è stato così. Se non tocchi quel maledettissimo fondo ti resta soltanto la cassetta da morto. Ho visto tanti amici morire per l'alcol. Mio cugino è morto per l'alcol, se l'avesse lasciato magari a quest'ora sarebbe ancora qua. Invece non si è mai preso abbastanza paura da decidere che era ora di smettere. O forse non voleva manco lui.

Tu ti sei preso paura...

Sì, io ho toccato il fondo. È successo l'anno scorso, cadendo dalle scale. Mi sono rotto tutta la faccia, vedi? (*e mi mostra la metà faccia che si è rovinata*). E forse non è stato nemmeno solo quello. Ho avuto dei grossissimi problemi sul lavoro ultimamente. Mi hanno detto "O ti curi o ti cacciamo, questa è l'ultima volta". E così adesso sono qua. E da una parte va bene perché giusto che mi curi, dall'altra parte non va bene perché mi è stato imposto. La decisione di venire qui non è partita da me. E questo fa la differenza. Sarebbe stato meglio che avessi voluto io, che io me lo fossi imposto.

Tu non ti saresti voluto ricoverare...

Sì, sì, lo voglio anch'io. Condivido quello che dice il mio capo del lavoro: mi devo curare. Mi rendo conto che ho un calo lavorativo, anche solo se bevo due birre alla sera prima, la mattina dopo non sono come se fossi sobrio. Ho avuto dei richiami. Lavoro all'Ospedale Maggiore e mi hanno fatto tre lettere nell'arco di una settimana, avevo eseguito male delle sanificazioni: con quelle cose lì non si scherza. Devo riprendermi. E poi non posso permettermi di perdere il lavoro, devo pagare l'affitto, le bollette.

In definitiva, quanto ti senti responsabile di curarti e correggerti da solo...

Se non faccio questo passo domani mi ritrovo per strada, e allora non smetterò mai di bere. È un passo obbligato.

5- *Come potresti descrivere la tua esperienza quando il desiderio di consumare diventa irresistibile...*

Ansia. Ti prende un'ansia pazzesca. Quasi sudi: sai quando ti vengono quei sudori freddi per la tensione? Un po' come quando hai quella fame pazzesca, nervosa, e tutti i supermercati sono chiusi. Non sai come fare, non riesci a trovare una soluzione e stai male. Per me quando non trovo l'alcol è così: drammatico. Bere è l'unica cosa che mi calma, che mi fa dormire di notte. Se non bevo soffro di insonnia, dormo mezzora, poi mi alzo, mangio qualcosa, mi sdraio di nuovo, poi dormo, mi risveglio. Con un dito di grappa dormi anche se non vuoi. Solo che poi il giorno dopo ne paghi le conseguenze, perché ti svegli che stai malissimo. E allora bevi di nuovo. Perché quando ti svegli che stai male, se bevi di nuovo qualcosa poi ti senti di nuovo meglio, altrimenti stai come un cane tutto il giorno. Se bevi due bicchieri stai bene di nuovo, così li bevo ma poi non mi fermo. Se cominci davvero a bere forte per star bene il giorno dopo devi di nuovo bere forte. E in quel modo lì volano i giorni, volano i mesi, gli anni. Non ti rende nemmeno conto di vivere. Passa tutto.

22) – Uomo, 44 anni - inizia a bere in adolescenza, viene seguito una prima volta dai servizi e riesce a rimanere astinente per otto anni. Poi ha una ricaduta, adesso è ricoverato da 20 giorni.

1- Molte persone dipendenti dichiarano di usare la sostanza per diverse ragioni: per far fronte alle difficoltà della vita, per ridurre la loro depressione, per evadere da situazioni familiari negative...

Sì, sono d'accordo. Più d'accordo che non. Poi, vabbè, anche senza entrare nello specifico delle mie vicende personali, posso dirti che frequentando questo mondo, è praticamente così per tutti. Anzi, senza il praticamente. È così, la gente beve per evadere e per sopravvivere.

Se ti senti di raccontarmele, sono qui per ascoltare le tue esperienze personali...

Beh, io ho iniziato a bere da adolescente, come tutti. Solo che, come tutti quelli che sono predisposti alla dipendenza e che hanno quell'indole caratteriale, lo vivevo in maniera diversa. Ero come un gradino in su rispetto agli altri. Lo sentivo più forte, ne avevo più bisogno degli altri e ne riconoscevo gli effetti benefici. E poi degenera nel patologico, inevitabilmente. Essendo poi una persona molto introspettiva dovevo trovare il modo di spegnere il flusso dei pensieri quando

diventava troppo logorante. E l'alcol era perfetto per quello scopo. Anestetizzare. Ho alle spalle una famiglia con un vissuto pesante, ci sono stati dei fatti drammatici e una struttura familiare non stimolante per la mia crescita. E l'alcol era la mia arma e mi serviva. C'erano dei momenti in cui volevo perdere il controllo, lo desideravo proprio, e allora bevevo. Alla lunga però inneschi una miccia che ti impedisce di scegliere quando perderlo e quando mantenerlo, il controllo. Non hai più nemmeno il controllo di decidere di perdere il controllo. Sembra un gioco di parole, ma è proprio così, capisci?

Perfettamente...

E basta sempre meno. Come se fossi una caldaia, e ormai hai acceso la fiammella pilota, per cui appena apri l'acqua calda scatti subito.

2- Alcuni vedono la dipendenza come segno di debolezza e mancanza di volontà e le ricadute come fallimenti personali...

All'inizio la pensavo così anch'io. E mi davo la colpa di tutto. Delle ricadute, della dipendenza, di tutto. Non capivo come potevo essere consapevole di quello che mi succedeva senza riuscire a fermarlo. E ci stavo male. Adesso so benissimo perché sono qui, e so benissimo che se la dipendenza fosse solo una questione di volontà non ci sarei.

3- Molti affermano che un problema con una sostanza possa solo peggiorare.

Ovviamente. Non si parla di guarire. Guarire da una dipendenza è fuori discussione. Però puoi trovare un equilibrio, imparare a convivere, non usare più la sostanza in modo patologico, che per me poi significa non usarla proprio più. È un discorso ben diverso da una gamba rotta. Qualsiasi dipendenza, anche affettiva, ti lascia il segno per sempre. L'obiettivo è cercare di bilanciare il tutto, non starò mai bene come se non avessi una dipendenza, ma posso ancora aspirare a una vita normale, nei limiti del possibile. È la mia battaglia personale. E voglio combatterla fino in fondo. Ti dovessi dire per certi versi preferisco che le cose siano andate così, preferisco avere una dipendenza, piuttosto che avere una vita grigia senza essere in grado di assaporare niente. Ho vissuto molto male il male, ma anche molto bene il bene.

4- Come potresti descrivere la tua esperienza quando il desiderio di consumare diventa irresistibile...

Guarda, mia cara, sfondi una porta aperta. Sono anni che sto cercando di capire la questione. Per aiutarmi, per cercare di vivere di nuovo, per riacquistare il controllo sulla mia vita.

Il controllo... In che modo questa mancanza di controllo si è espressa nella tua personale esperienza...

Non è il mio primo percorso, eppure devo ancora imparare dei meccanismi salvavita che mi sottraggano da questo desiderio assurdo. Allo stato attuale sto ancora cercando un piano A e un piano B da anteporre al piano C, che è il Jack Daniel, per quanto mi riguarda. Io sono una persona molto razionale ma anche estremamente emotiva e non riesco a bilanciare il tutto. Mi sono accorto che qualcosa non funzionava già 14 anni fa e ho deciso di fare qualcosa.

5- Mi sembra di capire che tu ti senta molto responsabile di curarti e correggerti da solo...

Sì, e sono anni che lo sono. Responsabile e consapevole. Forse consapevole lo sono sempre stato. Lo sapevo benissimo di avere un problema, anche senza ammetterlo davanti agli altri. Perché non fa comodo a nessuno: né a te dirlo, né agli altri saperlo. Meglio rimanere in quel limbo. E qui nel nord est c'è un sacco di gente nel limbo: come distinguere un grande bevitore da un alcolizzato? Hai due strade: o ti fai etichettare e decidi di fare qualcosa per risolvere il tuo problema (perché di problema si tratta), oppure rimani lì, e fai finta di niente. In fondo hai la vita in comodato d'uso: puoi farne quello che vuoi. Se ti va di distruggerti, distruggiti!

23) -Uomo, 78 anni- inizia a fumare a 9 anni (gli Americani gli regalavano le Marlboro). Non ha mai smesso, solo ultimamente ha deciso di farsi seguire dai servizi.

1- Molte persone dipendenti dichiarano di usare la sostanza per diverse ragioni: per far fronte alle difficoltà della vita, per ridurre la loro depressione, per evadere da situazioni familiari negative...

Allora, parliamoci chiaro, io te lo dico subito: fumo in media ottanta sigarette al giorno e quando sono in giornata che mi sento particolarmente godereccio allora mi fumo anche qualche sigaro. Dai, lo sanno tutti: quando uno è nervoso o mangia, o beve, o fuma. E poi ci sono anche le droghe. Insomma le strategie sono queste. Io fumo. Fumare mi tranquillizza, mi rilassa, è anche un rito, dopo il caffè, dopo un pasto. Insomma così... Erano dieci giorni che non fumavo, una serie di cose mi hanno fatto venire il nervoso e ho fumato un intero pacchetto di sigarette senza fermarmi. E pensa che non era nemmeno mio, l'avevo trovato lì sul tavolo. Fumando penso ad altro, e finendo quel pacchetto mi è passata l'arrabbiatura. Appena l'ho visto già sapevo che l'avrei fumato anche se non era il mio e di fatto lo stavo rubando.

Appena l’hai visto il desiderio si è fatto sentire fortissimo. Come potresti descrivere la tua esperienza quando il desiderio di consumare diventa irresistibile...

Eh, così. L’ho visto e mi è venuta voglia di tranquillità. Già avevo un’ansia di fumare che trattenevo a stento, e poi l’ho visto... Mi sono detto “Tanto non ti ferma nessuno”. Per me è un desiderio atavico.

2- Alcuni vedono la dipendenza come segno di debolezza e mancanza di volontà e le ricadute come fallimenti personali...

No, ma va... Guarda che non è una questione di volontà, né di debolezza, né di intelligenza. Fumano tutti, li ho visti con i miei occhi: chirurghi, laureati, studiosi... fumano, bevono. Poi c’è la volta in cui si esagera, può capitare.

Da quanto mi ha detto, lei fuma ottanta sigarette al giorno, quindi esagera tutti i giorni...

È per quello che sono qui. Uno che fuma cinque sigarette al giorno non fa testo, non è neanche un fumatore. Io devo darmi una regolata.

Vorrebbe raggiungere un uso più controllato...

Mah, forse nemmeno. Vorrei tirar via tutto. A parte la questione economica che non è da poco poi c’è anche che comincio a diventar vecchio e ad averci paura della morte. Ad esempio ho paura a fumare sigarette in camera da letto perché poi non voglio respirarle mentre dormo...insomma un po’ così. Però cavolo, fumare mi piace....

3- E quanto si sente responsabile di ‘darsi questa regolata’...Molti dichiarano che, in definitiva, il dipendente è responsabile di curarsi e correggersi da solo...

Non troppo. È evidente che se cado così facilmente in questi tranelli non sono tanto responsabile. Non mi sento responsabile perché in fondo per me è stata una scelta che ho fatto tanto tempo fa. E alla fin fine mi ha sempre aiutato, mi ha sempre acquietato e permesso di fare la mia vita senza arrabbiarmi troppo.

4- Molti affermano che un problema con una sostanza possa solo peggiorare...

E peggio di così, con tutto quello che fumo come vuoi che possa andare? (*ride*). Che poi adesso iniziando sta terapia ho già eliminato abbastanza. Sono stato dieci giorni senza fumare ti dicevo, mica poco. Ma prendo le caramelline, lì com’è che si chiamano...?

Nicorette?

No, quelle son le gomme. Io prendo proprio le pastiglie. Ma costano sai? 67 euro alla scatola, molto più che fumare mi costa! *(ride di nuovo)*

5- *L'idea di dipendenza rimanda alla perdita del controllo del comportamento sull'uso di una sostanza. In che modo questa mancanza di controllo si è espressa nella tua personale esperienza.*

Fumo troppo dopo un caffè, fumo troppo dopo mangiato, quando mi arrabbio poi non ti dico, vanno via una dopo l'altra.

6- *Nella tua esperienza, quali stimoli facilitavano la perdita del controllo*

Ma nessun stimolo! Se ho le sigarette il problema non si pone. È quando non ce l'ho che son cazzi. Inizio a fare l'accattonaggio, cerco di corrompere il tabacchino. Allora comincia un poco di nervosismo. E comincia a degenerare.

In quali modi degenera...

Eh che devo fumare. Così degenera. E che non sto buono finché non ho fumato.

24) -Uomo, 54 anni- inizia a fumare a 14 anni e da allora non ha mai smesso, è seguito per la prima volta dai servizi da qualche mese. Fumava più di 40 sigarette al giorno e ora ne fuma 10, ma per il momento non riesce a ridurre oltre.

1- *Molte persone dipendenti dichiarano di usare la sostanza per diverse ragioni: per far fronte alle difficoltà della vita, per ridurre la loro depressione, per evadere da situazioni familiari negative...*

Per me nessuna delle tre. A me piace fumare. Punto.

2- *Alcuni vedono la dipendenza come segno di debolezza e mancanza di volontà e le ricadute come fallimenti personali...*

Sì, sì è un brutto vizio. Non so se mancanza di volontà comunque è un vizio. Poi non lo so come mi sentirei se avessi delle ricadute: è la prima volta che provo a smettere di fumare.

3- *Molti affermano che un problema con una sostanza possa solo peggiorare...*

Ma certo. Sicuramente. Per la salute. Io ho deciso di smettere per quello. Solo per quello. Perché altrimenti non mi ha mai dato problemi il fatto di fumare.

4- Molti dichiarano che, in definitiva, il dipendente è responsabile di curarsi e correggersi da solo...

Anche io mi sento molto responsabile. Tantissimo. Altrimenti non sarei qua, no? Ma non potrei farlo da solo. Di tutti quelli che conosco nessuno è riuscito a smettere veramente. Li ho visti tornare da me uno dopo l'altro: vendo sigarette, sono un tabaccaio.

Come potresti descrivere la tua esperienza quando il desiderio di consumare diventa irresistibile...

Eh...devo fumare, come mancanza d'acqua, d'aria, è quello sento. Sono nervoso, devo fumare, non saprei che altro dirti. E non sono ancora riuscito a smettere, ho solo ridotto il numero di sigarette che fumo al giorno, quindi ho paura che peggiorerò ancora. Anche adesso ho voglia di fumare. Mi sento proprio che mi manca qualcosa in bocca. *(il signore per tutta la durata dell'intervista –peraltro molto breve.5:48- non ha mai smesso di muoversi, di cambiare posizione sulla sedia e di attorcigliarsi le dita)*

5- L'idea di dipendenza rimanda alla perdita del controllo del comportamento sull'uso di una sostanza. In che modo questa mancanza di controllo si è espressa nella tua personale esperienza.

Conta che andrei a cercare i mozziconi, adesso.

E cosa la frena dal farlo realmente?

Che sto parlando con lei.

6- Nella tua esperienza, quali stimoli facilitano la perdita del controllo

Io ogni giorno vendo le sigarette. Le maneggio tutto il giorno per lavoro. È quello che è duro.

7- Quanto ti senti consapevole della perdita del controllo.

Tanto. Quasi sempre. Ma tanto non ci faccio niente. Non ci riesco: amen.

25) -Donna, 53 anni- inizia a fumare da adulta per sfida nei confronti di una persona fumatrice (durante l'intervista non emerge di chi si tratta ma è evidente che è una persona importante per il soggetto), con l'intento di farla smettere e di farle venire ancora più rabbia e più voglia. Il risultato è stato quello di iniziare a sua

volta a fumare, 15-20 sigarette al giorno. È un mese e mezzo che ha smesso ed è seguita dai servizi.

1- Molte persone dipendenti dichiarano di usare la sostanza per diverse ragioni: per far fronte alle difficoltà della vita, per ridurre la loro depressione, per evadere da situazioni familiari negative...

Allora, io lo facevo per ridurre l'ansia, il nervosismo, ma soprattutto per rabbia. Non sedava nulla, col senno del poi, ma lo facevo per mia rabbia interiore contro l'esterno, quasi come se sfidassi il resto del mondo. Una volontà di autodistruzione inconscia. Ma questo l'ho capito dopo. Comunque non ho mai fumato per piacere, e anche nei periodi 'migliori' non mi è mai piaciuto: ne avevo bisogno, ma non mi piaceva. Fumavo per tutta una serie di meccanismi psicologici miei.

2- Alcuni vedono la dipendenza come segno di debolezza e mancanza di volontà e le ricadute come fallimenti personali...

Ho tentato di smettere di fumare da sola e non ci sono riuscita, così ho iniziato a considerare questa cosa una prova della mia debolezza. E da una parte pensavo "Vabbè, io ho questa debolezza, pazienza", dall'altra però ero tanto arrabbiata con me stessa per il fatto di non riuscire dove altri riuscivano. Avevo sempre in mente l'idea di smettere di fumare, ho tentato diverse volte, ma poi riprendevo sempre in mano la sigaretta. E avevo anche in mente che c'era questo centro 'tabagismo' qui, perché me ne aveva parlato una mia amica, e sapevo che potevano aiutarti con dei farmaci. Io nella mia testa pensavo "Mi aiutano con il farmaco, allora faccio meno fatica!". In realtà io inizialmente prendevo il farmaco ma continuavo a fuma. E più lo prendevo più mi mettevo in sfida con questa sigaretta, tanto più che ero tornata qui a chiedere spiegazioni. Infatti ero venuta a farmi aiutare. Dopo un tot di passaggi miei personali una mattina sono venuta qua e ho chiesto aiuto, ho detto "voglio smettere di fumare, voglio iniziare un percorso, cosa devo fare?".

3- Molti affermano che un problema con una sostanza possa solo peggiorare...

Non sono d'accordo. Io infatti sono qui per smettere.

4- Molti dichiarano che, in definitiva, il dipendente è responsabile di curarsi e correggersi da solo...

Certo che sono responsabile. E mi fa ridere quando le persone mi augurano di riuscirci. Perché io sono sicura che ci riuscirò. Non so quanto mi ci vorrà, magari mesi, magari un anno, ma io smetterò di fumare.

5- Come potresti descrivere la tua esperienza quando il desiderio di fumare diventa irresistibile...

La sensazione? Beh, quando avevo troppa voglia di fumare io dovevo mettermi una sigaretta tra le mani. Era una dipendenza fisica, sicuramente. Ma ancora di più ero dipendente dal gesto. Magari la accendevo e lasciavo che la fumasse la bora o addirittura la spegnevo. Anche prima di iniziare il percorso qui mi capitava di accenderla e poi di spegnerla perché non ne avevo nemmeno bisogno. Però dovevo averla in mano. Era il gesto quello che contava. Perché mi dava un'immagine di apparente calma. Nel momento clou io lentamente prendevo la sigaretta e me la accendevo: mi dava l'impressione di avere tutto sotto controllo e di essere più calma di quanto non fossi.

6- L'idea di dipendenza rimanda alla perdita del controllo del comportamento sull'uso di una sostanza. In che modo questa mancanza di controllo si è espressa nella tua personale esperienza.

Quando avevo periodi di molto stress e di molte problematiche finivo col fumarne una dopo l'altra senza controllo. E lo sapevo eh? Cioè, me ne rendevo conto, ma non riuscivo a fermarmi.

7- Che tipo di emozioni vivevi in quei momenti

Rabbia. Ero arrabbiata. Arrabbiatissima con me stessa.

8- Ora che hai smesso di consumare (se effettivamente è così) come si è modificata questa esperienza di mancanza di controllo.

Io prima di venire qui avevo fatto un percorso personale, pur continuando a fumare, per capire perché fumavo, perché non riuscivo a smettere, da dove veniva tutta questa rabbia. Ed ero riuscita ad arrivare ad alcune risposte, ma non tutte. Adesso che non fumo più sono riuscita a completare queste risposte. Intanto mi sento molto meglio all'idea di non essere dipendente da questa droga legalizzata. Mi sento meglio per tante ragioni: prima di tutto il fatto stesso di non dipendere, poi mi dà fastidio l'odore del fumo che prima non mi rendevo nemmeno conto di avercelo appiccicato addosso, mi sento meglio a livello respiratorio, a livello olfattivo. E poi non ho più l'ansia di non avercele, che magari erano le nove di sera e pioveva, e ne avevo solo due, e avevo paura di non riuscire a resistere tutta la notte, e così dovevo vestirmi e uscire per andarle a comprare.

26) -Donna, 46 anni- è un mese che è seguita dai servizi e sta scalando progressivamente: da 15 sigarette ora non fuma.

1- Molte persone dipendenti dichiarano di usare la sostanza per diverse ragioni: per far fronte alle difficoltà della vita, per ridurre la loro depressione, per evadere da situazioni familiari negative...

Sono abbastanza d'accordo. Ho sempre fumato per ridurre l'ansia, per il nervosismo. Ti calma. Magari prima di un colloquio, fumi la tua sigaretta e poi ti senti tranquilla: la tua mente ti dice "Ok, hai fumato, allora adesso puoi entrare". E poi fumavo tanto per noia, per abitudine. Per me è stata tanto una questione di abitudine: squillava il telefono e io accendevo la sigaretta.

2- Alcuni vedono la dipendenza come segno di debolezza e mancanza di volontà e le ricadute come fallimenti personali...

No, per me è sempre stata una questione di noia. Io fumavo la sigaretta e non avevo piacere a fumarla. Non è che dicessi "Ah, finalmente, la sigaretta!". Assolutamente no, fumavo così, per far passare il tempo. Era solo una questione di abitudine. Fumavo solo sul balcone, perché ho due bambine in casa. Quindi non ho mai fumato né in casa né in macchina. In questi giorni c'è Bora, se stessi ancora fumando probabilmente non fumerei perché il mio balcone è esposto alla Bora. Insomma, fumavo, ma non è che impazzivo se stavo anche quattro ore senza fumare.

3- Molti affermano che un problema con una sostanza possa solo peggiorare...

4- Molti dichiarano che, in definitiva, il dipendente è responsabile di curarsi e correggersi da solo...

Sì, adesso mi sento responsabile. E per me vuol dire principalmente essere consapevole: tante volte finivo di fumare e non ero nemmeno accorta di averla accesa. Fumavo così, per routine, per abitudine.

5- Come potresti descrivere la tua esperienza quando il desiderio di consumare diventa irresistibile...

Se ero tanto nervosa mi veniva una voglia di fumare pazzesca. Perché mi sembrava che mi calmasse, anche se in realtà non era così.

6- L'idea di dipendenza rimanda alla perdita del controllo del comportamento sull'uso di una sostanza. In che modo questa mancanza di controllo si è espressa nella tua personale esperienza.

Ma no, fino a sti punti non ci sono mai arrivata. Se entravo in un centro commerciale e ci stavo tutto il giorno, potevo anche dimenticarmi di fumare, non è che dovevo correre fuori perché non resistevo più.

27) -Uomo, 41 anni- inizia a giocare d’azzardo per divertimento all’età di 16-17 anni e già all’epoca dimostra di avere la tendenza al gioco patologico, ma è solo negli ultimi 6 anni che la situazione peggiora drasticamente. È seguito dai servizi da luglio del 2016 e frequenta sia il gruppo di Auto Mutuo Aiuto che i gruppi terapeutici esterni, oltre a partecipare con costanza ai colloqui settimanali.

1- Molte persone dipendenti dichiarano di usare la sostanza per diverse ragioni: per far fronte alle difficoltà della vita, per ridurre la loro depressione, per evadere da situazioni familiari negative...

Sì, sono pienamente d’accordo con tutte e tre le cose. Per me è stato così. Da quando, sei anni fa circa, ho perso il lavoro e sono dovuto tornare a vivere con mia madre e mio fratello, la situazione è terribile.

Hai perso il lavoro per via del gioco...

No no, al contrario. Ho iniziato a giocare di brutto proprio perché avevo perso il lavoro. Nel gioco trovavo sfogo per tutti i problemi e i pensieri. Se giocavo non pensavo più al fatto di non avere un lavoro, di essere dovuto tornare a casa, di non essere ben accetto, anzi, addirittura un peso per i miei familiari.

2- Alcuni vedono la dipendenza come segno di debolezza e mancanza di volontà e le ricadute come fallimenti personali...

Beh, sicuramente è un vizio. Esattamente come l’alcol, il fumo e le droghe. Mancanza di volontà... anche. Ho avuto un’altra ricaduta ad agosto; quella prima mi era successa a ottobre dell’anno scorso. Sono stato malissimo. MALISSIMO. Però sono stato felice di essere riuscito a dirlo subito a tutti. Sai, io vivo in una comunità a Opicina e appena mi è successo ho chiamato subito gli operatori della comunità, l’ho detto anche al gruppo. Tante volte mi sono sentito un fallito. Ma non tanto per il gioco, piuttosto per tutte le cose che fai per poter avere i sodi da giocare. Lì ti rendi conto di raschiare il fondo, ti accorgi che hai bisogno di aiuto, che hai perso il controllo.

3- È molto interessante quello che mi stai dicendo...perché l’idea di dipendenza rimanda alla perdita del controllo del comportamento. In che modo questa mancanza di controllo si è espressa nella tua personale esperienza.

Così, come ti dicevo. Ad un certo punto mi sono accorto che avevo perso il controllo, che non mi riconoscevo più, non ero più la persona che pensavo di essere. Me ne sono accorto il giorno in cui ho rubato una borsetta in banca. È stato più o meno un anno e mezzo fa. Ero andato in banca per...boh adesso non mi ricordo per cosa. Comunque c'era 'sta borsetta appoggiata sulle sedie di plastica. Passano venti minuti, mezzora, quaranta minuti, e la borsetta era sempre là. Così la prima cosa che mi è venuto in mente di fare prima di uscire è stato prendere la borsetta e filare via. Fortuna ha voluto che soldi dentro non ce n'erano. La sera stessa mi sono guardato allo specchio e mi sono detto “Ma che cavolo stai facendo”. Mi sono sentito un verme. Così sono andato dai carabinieri per autodenunciarmi. E sono stati loro a dirmi di venire qua, di farmi aiutare. E così adesso sono qua, da luglio dell'anno scorso.

Quanto ti sentivi consapevole di questa perdita del controllo, prima di questo avvenimento del furto della borsetta...

Ah, poco e niente. Rubavo già, ma rubavo in casa. E finché rubi in casa pensi “Posso farlo, è lecito perché è casa mia”. Ma la verità era che mi stavo già rovinando la vita. Il gioco mi stava rovinando la vita (*da notare la correzione tempestiva “Mi stavo rovinando...”- “il gioco mi stava rovinando...”*)

Molti affermano che un problema di questo tipo possa solo peggiorare...

Assolutamente. Il gioco mi ha rovinato la vita. Sono stato cacciato di casa, mi sono ritrovato in strada dall'oggi al domani, non ho avuto l'aiuto dei miei familiari (e quella è stata una mazzata).

Molti dichiarano che, in definitiva, il dipendente è responsabile di curarsi e correggersi da solo...

Anche io mi sento responsabile. Da uno a dieci: otto.

E il restante due?

Eh...sono sempre in bilico. Se non hai tutta la forza di volontà sempre con te prima o poi ci ricadi. Ed è faticoso. Dieci non ci sarà mai. Almeno non per me. Perdo troppo facilmente il controllo.

Nella tua esperienza, quali stimoli facilitavano la perdita del controllo...

Scusa, non ho capito proprio la domanda.

Quali erano gli stimoli (luoghi, persone, cose) che innescavano il gioco...

Ma non lo so... (*mi risponde un po' esasperato*).

Magari la vista di una certa sala giochi, di un amico in particolare...

Beh, ovvio che se sono al bar e vedo le slot mi viene voglia. Poi le slot ci sono dappertutto. Anche se ho i soldi in tasca mi viene voglia. Infatti non mi portavo dietro mai più di un euro per il caffè. E se passavo in piazza Goldoni, che c'è il Bingo, mi veniva tanta voglia di giocare. Un desiderio fortissimo.

Come potresti descrivere la tua esperienza quando il desiderio di giocare diventa irresistibile...

Alla fine era sempre irresistibile. Era il mio primo pensiero la mattina quando mi svegliavo. Facevo colazione e poi prendevo e andavo a giocare. Mi svegliavo che avevo addosso una specie di euforia, non vedevo l'ora che aprisse la sala slot per andare a giocare. E ormai era diventato tutto automatico: sveglia, colazione, autobus, slot. Tutti i giorni. Era una routine anche passare in piazza Goldoni. E tutte le mattine facevo così... *(e mima il gesto di curvare a sinistra)*, invece che andare dritto. E mi ci ritrovavo senza manco accorgermene.

Ora che hai smesso di giocare come si è modificata questa esperienza di mancanza di controllo.

Ascolta, il mese scorso ho avuto un lutto: è morto un mio amico. Il giorno del funerale avevo 20 euro in tasca per prendere qualcosa insieme a un altro mio amico. Però questo mi ha chiamato e mi ha detto “Guarda che sono quaranta minuti in ritardo”. Quelle sono situazioni che in teoria ti portano a giocare. Perché ero triste per il lutto, avevo tempo buco e avevo soldi in tasca, e in più, di fronte a me c'era un bar che so che ha le macchinette. Eppure mi sono seduto sulla panchina, proprio di fronte al bar e ho aspettato fermo per quaranta minuti. Mi sono auto-controllato quel giorno lì. E infatti ero molto fiero di me stesso.

28) -Uomo, 33 anni-

1- Molte persone dipendenti dichiarano di usare la sostanza per diverse ragioni: per far fronte alle difficoltà della vita, per ridurre la loro depressione, per evadere da situazioni familiari negative...

Nella mia esperienza personale forse per noia. Forse, ancora di più, per la compagnia di amici. Quando ero piccolo che iniziavo ad uscire avevo una compagnia che giocava. E forse probabilmente li ho seguiti in quello che facevano. Anche se non è chiaramente giusto, alla fine ho legato sempre con gente che giocavano anche loro *(cerco di riportare fedelmente le parole che mi dice)*. Magari ogni tanto andavamo fuori insieme, anche senza giocare, ma quasi

sempre il punto di ritrovo era là (*fa riferimento alla sala slot*). Avevo un amico in particolare. Io finivo di lavorare, lui finiva di lavorare e ci ritrovavamo là. Ogni giorno. E la gente che mi conosceva e che mi vedeva mi diceva “Ma cosa ci fai qua? Vatti a fare un giro che c’è pieno di belle mule!”. Ma tante volte non avevo proprio voglia di andare in giro, preferivo stare là, mi sentivo più al sicuro, mi capisci?

Assolutamente...

E così rispondevo “No, sto qua”. E ci stavo tanto, eh? Tutti i giorni dopo il lavoro e poi il sabato tutto il giorno. La domenica forse un po’ di meno, ma il sabato sempre, mattina, pomeriggio e sera, tornavo a casa a mangiare e poi tornavo là.

2- Alcuni vedono la dipendenza come segno di debolezza e mancanza di volontà e le ricadute come fallimenti personali...

Debolezza sì...quando uno comincia, che prende il vizio. Poi soprattutto diventa una abitudine. Mancanza di volontà...non so. Perché conosco gente che è sempre stata forte in tutto, eppure c’è caduta lo stesso. Non lo so, è un’infatuazione quella del gioco, che cambia proprio le persone, le fa diventare diverse. Se io penso che sono dodici anni che gioco... a quanti soldi ho perso. Mi mangio le mani. Altro che casa! Sarei riuscito a comprarmi una villa, e avrei messo tanti soldi da parte. Mi dà fastidio anche solo pensarci. Adesso non ho niente, capisci? Ho solo la macchina. Potevo stare bene, dopo dodici anni di lavoro. Avendo avuto un po’ di testa, dopo dodici anni, sai quanto sarei riuscito a mettere da parte? Alla fine vivevo con mia mamma, le pagavo le spese sì, però sarei comunque riuscito a mettere da parte dei soldi. Sono sicuro. Ma non ci devo pensare. Che mi viene angoscia. Tanto quei soldi lì ormai sono persi. E sono cifre abbastanza alte. Non si possono recuperare. E anzi, devo ‘resettare’ e non pensarci proprio più. Perché se solo penso di poterli recuperare è la fine. Gioco di nuovo. Sai quante volte è successo? Non lo so, mi sono sempre detto che se uno magari ha un hobby, o uno sport, o qualcosa da fare oltre il lavoro non finisce come me. Magari non ci passa nemmeno davanti ai centri scommesse, alle macchinette, nemmeno le vede. A parte che sarà stanco, poi arriva subito ora di cena...

3- Molti affermano che un problema con una sostanza possa solo peggiorare...

4- Molti dichiarano che, in definitiva, il dipendente è responsabile di curarsi e correggersi da solo...

- 5- *Come potresti descrivere la tua esperienza quando il desiderio di consumare diventa irresistibile...*
- 6- *L'idea di dipendenza rimanda alla perdita del controllo del comportamento sull'uso di una sostanza. In che modo questa mancanza di controllo si è espressa nella tua personale esperienza.*
- 7- *Nella tua esperienza, quali stimoli facilitavano la perdita del controllo*
- 8- *Quanto ti sentivi consapevole della perdita del controllo.*
- 9- *Che tipo di emozioni vivevi quando ti rendevi conto di aver perso il controllo.*
- 10- *Ora che hai smesso di consumare (se effettivamente è così) come si è modificata questa esperienza di mancanza di controllo.*

- 11- *Molte persone dipendenti dichiarano di usare la sostanza per diverse ragioni: per far fronte alle difficoltà della vita, per ridurre la loro depressione, per evadere da situazioni familiari negative...*
- 12- *Alcuni vedono la dipendenza come segno di debolezza e mancanza di volontà e le ricadute come fallimenti personali...*
- 13- *Molti affermano che un problema con una sostanza possa solo peggiorare...*
- 14- *Molti dichiarano che, in definitiva, il dipendente è responsabile di curarsi e correggersi da solo...*
- 15- *Come potresti descrivere la tua esperienza quando il desiderio di consumare diventa irresistibile...*
- 16- *L'idea di dipendenza rimanda alla perdita del controllo del comportamento sull'uso di una sostanza. In che modo questa mancanza di controllo si è espressa nella tua personale esperienza.*
- 17- *Nella tua esperienza, quali stimoli facilitavano la perdita del controllo*
- 18- *Quanto ti sentivi consapevole della perdita del controllo.*
- 19- *Che tipo di emozioni vivevi quando ti rendevi conto di aver perso il controllo.*
- 20- *Ora che hai smesso di consumare (se effettivamente è così) come si è modificata questa esperienza di mancanza di controllo.*

