intervista | tutti | **prospettive** | inserto | metodo | strumenti | luoghi & professioni | bazar

# Ritrovare la complessità delle dipendenze

**Andare oltre rappresentazioni  
viziate da semplificazioni  
e sensazionalismo**

di  
**Leopoldo Grosso**  
**Paolo Rigliano**

Parlare con competenza di consumi e dipendenze non è affatto scontato. Non bastano dati e statistiche per maturare una lettura adeguata, poiché spesso le interpretazioni sono viziate da preconcetti e strumentalizzazioni che ciclicamente si ripropongono. Occorre, quindi, anche oggi, riapprendere a leggere le situazioni con una pluralità di sguardi e mappe, di saperi maturati nella ricerca scientifica e nell'esperienza sul campo. Tale ricchezza di saperi, data l'intrinseca complessità dei fenomeni di dipendenza, è chiamata ad alimentare un ascolto comprensivo delle specifiche storie di vita nei contesti sociali in cui prendono forma e a ridefinire le sue mappe in situazione.

La problematica della «droga», diventata terreno di scontro, anche elettorale, tra le forze politiche, rischia di essere sottratta alla costatazione dei fatti e delle evidenze scientifiche, per restare irrigidita in ideologie che molto spesso offrono una rappresentazione del fenomeno del tutto avulsa dal dato di realtà.

Un esempio di uso superficiale dei dati, o della loro manipolazione, è riferibile alla rappresentazione quantitativa del fenomeno. Nello specifico, al modo in cui viene utilizzata la risposta alla prima domanda del questionario ESPAD, standardizzato a livello europeo per rendere confrontabili i dati nei 27 Paesi dell'Unione, e che ogni anno viene somministrato a campioni di migliaia di studenti per monitorare la diffusione del consumo di sostanze psicoattive. Alla domanda «hai consumato cannabis almeno una volta nella vita?» le risposte sfiorano il 40 per cento, soprattutto tra la popolazione giovanile. I media che diffondono la notizia, nel cercare l'effetto sensazionalistico quantomeno nei titoli, diffondono inevitabilmente l'idea che quasi la metà dei giovani sia in preda alla «droga». Invece, il dato su coloro che l'hanno consumata nell'ultimo anno (consumo occasionale), nell'ultimo mese (consumo socio-ricreativo) e di quanti ne fanno un uso pluriquotidiano (dipendenza patologica) riguarda una realtà molto più contenuta.

Le percentuali d'uso delle sostanze psicoattive si riducono drasticamente in base alle diverse modalità di consumo, ma l'evidenza scientifica non risulta funzionale al dibattito ideologico, sia proibizionista sia antiproibizionista, nel momento in cui, alle posizioni più opportunistiche o meno competenti

di entrambi gli schieramenti, fa comodo, pur per opposte ragioni, dimostrare l'ampia diffusione del fenomeno (da un lato il fenomeno dilaga «perché non si punisce abbastanza», dall'altro aumenta «nonostante la punibilità»).

È opportuno, allora, reinterrogarsi sul complesso arcipelago delle dipendenze, approfondendo alcune chiavi di lettura che permettano un approccio attento e consapevole, senza pregiudizi o semplificazioni.

## Uscire da linguaggi impropri

Tutti noi coltiviamo personali abitudini, che intessono le nostre giornate, ne scandiscono i ritmi, e che sono come isole di requie, di piacere, di ritorno a noi stessi.

Le abitudini nutrono la vita intessendola di pause, punti di riferimento, gratificazioni. Abitudini «benigne», che giocano un preciso ruolo, non sempre secondario, nel mantenimento dell'equilibrio di una persona e del suo stile di vita. Sono per lo più abitudini rassicuranti, che già s'instaurano nel corso dei primi periodi di vita (il succhiotto o la «copertina di Linus») e assumono spesso il significato di *oggetti transizionali*, per poi evolversi e assumere altre forme o essere sostituite da abitudini successive (le tazzine di caffè che scandiscono i ritmi della giornata, il rituale dell'acquisto del giornale al mattino e della visione del telegiornale alla sera, la dedizione al proprio cane, le ore che il preadolescente trascorre al telefono con l'amico del cuore, ecc.).

La peculiarità di queste abitudini consiste, da un lato, nella loro transitorietà, perché molto spesso le abbandoniamo spontane-

\* | Questo contributo rappresenta un estratto di: Grosso L., Rigliano P., *Introduzione alla sezione Dipendenze*, in Grosso L., Rascazzo F. (a cura di),

*Atlante delle dipendenze*, Edizioni Gruppo Abele, Torino 2014, pp. 7-19.

amente nel corso del tempo, dall'altro nel poter essere oggetto di rinuncia, pur con fatica, a fronte d'impedimenti sopravvenuti o dell'evidenziarsi di conseguenze negative e non desiderate. Tali abitudini, fortemente connaturate e a cui è difficile rinunciare (impropriamente dette, nel linguaggio quotidiano, «dipendenze»), connotano l'esistenza delle persone umane su un ampio spettro di comportamenti. Possono portare a conseguenze dannose ma, nel momento in cui si prende atto che gli effetti non desiderati prevalgono sui vantaggi attesi, esse consentono alle persone di fruire della propria capacità di autocontrollo e di orientare diversamente il proprio comportamento e le scelte che lo guidano.

Il fattore che segna il confine tra un'abitudine (anche con qualità di «abuso») e una *dipendenza patologica* è la capacità di rinunciare a un comportamento gratificante, che fornisce inequivocabili vantaggi e che si pone, a un certo punto della sua traiettoria, come costitutivo degli equilibri stessi della persona. Ciò che fa la differenza è la capacità di limitare, di saper differire nel tempo e di contenere «l'invasione» di un piacere al quale una consolidata e assai confortevole consuetudine tiene fortemente legati.

### **La dipendenza è una condizione esistenziale globale**

La dipendenza patologica consiste in una modalità d'essere, una condizione esistenziale globale determinata dall'uso compulsivo di una sostanza, da un coinvolgimento totalizzante con un «oggetto» del desiderio, per ottenere il quale il soggetto mette in atto un comportamento vissuto come incoercibile.

Il soggetto, pur consapevole dei danni gravi che ne derivano a sé e agli altri, sceglie di continuare a varcare confini, vincoli, norme di salvaguardia e protezione.

La dipendenza è patologica quando, a differenza delle consuete abitudini della vita, si configura in tutta la sua durezza e prepotenza, allorché appare come impulso irresistibile alla ripetizione del comportamento, malgrado e contro tutto. Ad ogni costo, anche pagato dal soggetto stesso.

L'*intossicazione* da sostanza (da qualunque oggetto di dipendenza, in realtà) che si traduce in un'ampia gamma di comportamenti di dipendenza, trasforma gli individui, ne muta le soggettività. Ciò non avviene solo con l'assunzione di sostanze psicoattive, ma anche con le dipendenze comportamentali, di cui il gioco d'azzardo è forse la più evidente ed eclatante, ma non la sola.

La persona va incontro a una *metamorfosi*, profonda o lieve, ma in realtà sempre assai rilevante o addirittura drammatica; rapida o lenta, ma sempre duratura e persistente, che modifica lo stato del sé, l'umore di base; attiva e calma, che consente di sperimentare sensazioni forti come l'ottundimento delle emozioni, soprattutto se spiacevoli.

La dipendenza patologica è caratterizzata da peculiari manifestazioni globali, allo stesso tempo psichiche, fisiche, comportamentali, di cui cogliamo i differenti sintomi sia direttamente, visibilmente, sia con indagini e strumenti appropriati. Essa è evidenziata dalla presenza di una sintomatologia fisica e psichica, che assume caratteristiche e intensità differenti, in base alla tossicità delle diverse sostanze e al coinvolgimento in un determinato comportamento, ma anche secondo le diversità di ogni soggetto umano e le varietà delle reazioni del contesto ambientale.

La frequente assunzione di alcune sostanze psicoattive (alcol, eroina e cocaina su tutte), provoca progressiva assuefazione e una maggiore *tolleranza* dell'organismo che man mano si adatta alle nuove e continue stimolazioni. La conseguenza è la riduzione

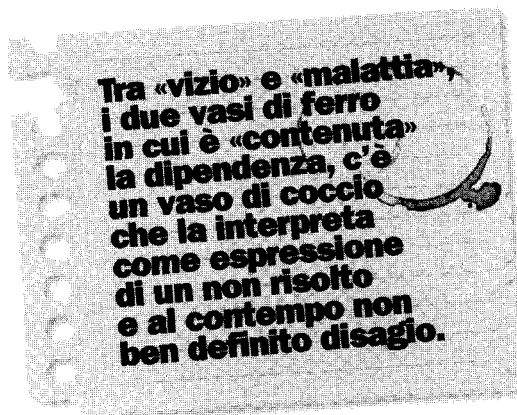
della sensazione degli effetti più piacevoli per via della continua ripetizione del consumo, effetti che a loro volta possono essere nuovamente ottenuti solo con l'aumento delle dosi assunte e della frequenza delle assunzioni: la tolleranza, appunto.

**La sindrome di astinenza tra dipendenza fisica e psicologica**

La dipendenza patologica si manifesta, anche e soprattutto, con la *sindrome di astinenza*, allorché non si rende più possibile la ripetizione del comportamento di assunzione. Essa comporta un'evidente sofferenza sia sul piano fisico (dolore dei muscoli e delle articolazioni, crampi, brividi, nausea vomito, diarrea, rinorrea, insonnia, ecc.) sia mentale (ansia, paura, agitazione, ecc.).

La sindrome d'astinenza coinvolge, in un rapporto sempre estremamente complesso e personale, il craving (dal'inglese *to crave for*, desiderare qualcosa ardentemente): un desiderio molto intenso, spesso irrefrenabile, considerato il motore somatopsichico del comportamento di dipendenza. Il craving riassume in sé i due concetti di dipendenza fisica e dipendenza psicologica. La misurazione della sua intensità e il fatto che la persona riesca o meno a gestire l'impellente desiderio del consumo, è oggi ritenuto un indicatore della gravità dell'addiction (in inglese dipendenza patologica).

Il craving è, da un lato, riconducibile a un bisogno fisico, perché l'imperiosità della sensazione percepita è tale da richiedere immediata soddisfazione, non diversamente dalla fame e dalla sete. Dall'altro, esso si connota anche come un costrutto psicologico-comportamentale che, quando rimane al di sotto di una certa soglia, è catalizzatore di un comportamento fisiologico comune a tutti gli esseri umani che sentono una spiccata attrazione verso qualcosa. Diventando invece patologico, a seguito della reiterazio-



ne progressiva del comportamento di soddisfazione del desiderio, il craving determina significative alterazioni di molteplici meccanismi neurochimici, che stimolano direttamente le funzioni cerebrali e danno luogo a una precipitazione del pensiero, che si coagula intorno ad un'unica idea, sempre più invasiva e totalizzante e che a sua volta spinge, in maniera sempre più irrefrenabile, alla soddisfazione del desiderio rappresentato. È questo il meccanismo che riattiva le ricadute e il comportamento di *recidiva* anche a distanza di tempo.

Il craving è riattivabile a fronte di una varia serie di stimoli associativi, che rimandano al ricordo di un'esperienza, quella dell'addiction, che rimane ben presente nella memoria inconsapevole del soggetto. Le associazioni in grado di riaccendere il desiderio compulsivo possono essere visive, olfattive e tattili – coinvolgono tutti i cinque sensi – anche a distanza di anni dalla cessazione del comportamento dipendente.

**Non semplificare il perché si consuma**

Il primo movente che conduce a ripetere l'esperienza sperimentata è la sensazione di piacere e di benessere. In principio, al

momento dell'«iniziazione» al consumo, la dimensione del piacere non è scontata. Si deve a Becker in *Come si diventa fumatori di marijuana* (1963) la descrizione dettagliata dell'apprendimento in tre atti proprio della scena iniziatoria:

- imparare una tecnica;
- percepire gli effetti;
- definire tali effetti come piacevoli.

Inoltre, se c'è un apprendimento ciò significa che ci sono anche dei maestri (il gruppo dei pari), i quali svolgono un ruolo rassicurante e di accompagnamento nell'individuazione del piacere specifico.

La sensazione di piacere è il primo e importante effetto che si comincia ad apprezzare nel consumo. Non è però l'unico. Il beneficio è più complessivo per la persona e fornisce altre remunerazioni. Se per la cannabis, ad esempio, uno degli effetti iniziali è sentirsi più spensierati, «leggeri» e star bene con i compagni, in seguito per alcuni, ossia per coloro che svilupperanno un'abitudine individuale, il beneficio percepito potrà prendere le forme del sollievo, del rilassamento, del contenimento dell'aggressività, ecc. Ogni sostanza comporta remunerazioni differenti, principali e secondarie, che si declinano secondo le caratteristiche della persona.

Se il dibattito sulla diffusione del fenomeno è più oggetto di polemica politica spicciola, le sue spiegazioni e interpretazioni si radicano invece nelle tradizioni culturali e nei cambiamenti complessivi, di atteggiamenti e opinione, che sedimentano nel corso del tempo.

Molto si è discusso, approfondito, studiato e ricercato sul perché alcune persone diventano dipendenti, altre conservano una moderata abitudine al consumo, altre ancora scelgono di rinunciare senza apparenti grosse difficoltà. Di volta in volta la causa della dipendenza è stata attribuita alla

«droga» (la demonizzazione dell'oggetto), alla persona (la patologizzazione del soggetto) o all'ambiente «che ammalia» (la criminalizzazione del contesto). Si sono così classificate le sostanze in base alla loro pericolosità e al potere di creare dipendenza.

### **Quando è centrale il ruolo dell'oggetto**

«Drug» per gli anglosassoni significa sia farmaco sia droga e il termine ne riassume tutta l'ambivalenza: cura, ma ammalia e il rimedio, come l'abuso, è rimandato al discernimento di chi l'utilizza.

L'oggetto della dipendenza può riempire il vuoto che appare dove prima c'era pienezza di vita; può dare o restituire potere alla persona in forma ricattatoria, come anche toglierlo, lasciandola priva di ogni considerazione. Può esaltare un'immagine e un'impressione di sé, come lasciarla in preda al proprio disprezzo. Può mettere in forma, migliorare le prestazioni rendendo più pronti ed efficaci, come rallentare pensieri e movimenti; può rendere fluida la comunicazione, facilitare l'intimità come portare all'isolamento o consentire di rinchiudersi piacevolmente in se stessi. Può dare coraggio, fare sentire forti, spavaldi e sicuri di sé, come scatenare vere e proprie crisi di panico; può suscitare violenza come contenere l'aggressività; può non fare sentire la fatica, tollerare maggiormente gli sforzi, come rendere inerti e spossati, senza forza ed energia; può prolungare il piacere sessuale, potenziarne l'immaginario, come renderlo superfluo o impoverirlo; può soccorrere l'eiaculazione precoce, come rendere problematica l'erezione. Può attivare le persone in un progetto, in un compito, come demotivarle e renderle abuliche; può creare un corpo da «palestrato» o far raggiungere in breve tempo la snellezza di un'indossatrice, come renderci dei pallo-

ni gonfiati o far perdere il ciclo mestruale. Può, insomma, far sentire felici, oppure in balia di una profonda tristezza.

### Quando è centrale il ruolo della persona

L'interpretazione più tradizionale della dipendenza è quella che la definisce come *vizio*. I termini utilizzati, leggibili nelle pubblicazioni *d'antan*, ben esplicitano il fondamento di tale concezione, tutt'ora valida in culture della popolazione e che sarebbe riduttivo definire residuale o di nicchia. Il «vizio del bere» porta le persone all'alcol-dipendenza e il «vizio del gioco d'azzardo» ne porta altre alla rovina. Al centro c'è la persona «dissipata», che non ha il controllo di sé e delle proprie azioni, che si lascia trascinare dalle parti più «basse» ed è in preda ai propri «istinti», che è «causa del suo mal» e della rovina della sua vita. Poiché la responsabilità è tutta imputata al soggetto, gli «altri» e la società non sono tenuti a occuparsene, se non per proteggersi dalle conseguenze negative.

Ulteriore rinforzo dell'interpretazione della dipendenza come vizio avviene con la concettualizzazione della *devianza sociale*. L'assunzione eccessiva di alcol e droghe porta alla perdita di controllo, sia per gli effetti della sostanza, sia perché il vizio diviene «padrone della vita» e mantenerlo conduce ad attività illecite e criminali.

Chi «si lascia prendere» dal vizio dell'alcol, dell'azzardo o delle droghe è già «degenerato» in precedenza, come dimostrano i comportamenti «biasimevoli» di chi «lo conosce da vicino». L'esito di chi trasgredisce l'ordine sociale e «dissipa una vita nel vizio» è il carcere o l'ospedale psichiatrico, come avveniva in Italia prima della legge 685 del 1965.

L'irruzione sulla scena del concetto di *malattia* (con il suo riconoscimento ufficiale

nel 1987 allorché la tossicodipendenza fa il suo ingresso nel Manuale diagnostico per i disturbi mentali) qualifica la dipendenza come una patologia, contribuendo sensibilmente a ridefinire l'atteggiamento della società verso le persone alcoliste, tossicodipendenti o dedite al gioco d'azzardo senza più alcun controllo. Non più (o non solo) colpevoli, ma anche vittime.

La malattia risulta atipica, si configura come una malattia del comportamento, ascrivibile, prima che a una patologia organica, all'assunzione di uno «stile di vita», a scelte soggettive più o meno consapevoli che diventano progressivamente indipendenti dalla persona. Questi, «vittima» di una perdita del controllo, è incapace di finalizzare diversamente le proprie azioni.

Qualificare come malate le persone dipendenti significa asserire un disturbo del controllo delle loro azioni e un grave indebolimento della loro volontà. Non più persone che «assecondano un vizio», ma persone che, a seguito di un'esperienza, restano in balia dei mutamenti fisici e psicologici che tale esperienza genera, e sono private delle capacità di porle un termine. Non a caso si qualifica la parola dipendenza con «patologica».

D'altra parte si è cercato, invano, di capire se esiste una personalità premorboza, suscettibile più di altre alla dipendenza, con caratteristiche tipiche. Gli studi sui fattori di rischio, focalizzati sulla morbosità ambientale, si fermano di fronte all'evidenza: evolvono in una dipendenza solo alcuni tra gli individui esposti ai medesimi condizionamenti del contesto di vita.

Rispetto ai «tratti» trasversali all'esperienza delle persone dipendenti, la ricerca più recente, focalizzata sulla percezione delle sensazioni di piacere e sui vissuti emozionali, pone in risalto l'utilizzo di meccanismi dissociativi alla base dell'*anedonia* (incapa-

cità di provare piacere) e dell'*alesitimia* (l'incapacità di riconoscere le emozioni). Altri due «tratti», già da tempo messi in evidenza, sul piano della tendenza all'agire e della fragilità motivazionale riguardano invece l'*impulsività* e la scarsa *tolleranza alla frustrazione*. Tali stati, come altri, sono correlati alla dipendenza, tuttavia non risulta ancora ben chiaro se ne siano un risultato o una concausa. Allo stesso modo, nella cosiddetta *sindrome amotivazionale*, ovvero la mancanza d'interessi e lo stato di relativa apatia correlata al «consumo pesante» di «droghe leggere» (è il caso dell'uso compulsivo di cannabis), il problema non è stabilire quale sia il rapporto causale tra consumo e sindrome amotivazionale, ma di cogliere l'effetto interattivo in cui un aspetto è funzionale e di rinforzo all'altro e viceversa.

Un passo in avanti, sebbene non esaustivo, è stato condotto dai numerosi studi sulla *doppia diagnosi*, la cosiddetta comorbilità tossico-psichiatrica, allorché è la dipendenza che si innesta su un disturbo psichico e non viceversa. Secondo tali studi, alcune persone portatrici di sofferenza psichiatrica trovano una risposta di sollievo nella varia farmacopea del mercato delle sostanze psicoattive, legali e illegali. In presenza di alcune sindromi depressive o bipolari, di disturbi post traumatici (in particolare tra le donne dipendenti) e soprattutto di disturbi gravi di personalità (borderline, antisociale, narcisistico) sembra emergere un'alta correlazione con l'assunzione di diverse sostanze (eroina e cocaina, ma anche alcol e cannabis). Per queste situazioni il ricorso a tentativi di autocura – pur fugaci e nocivi, oltre che illusori al di là del momentaneo, ma significativo benessere sperimentato – attraverso l'uso delle «droghe», costituisce oggi l'ipotesi interpretativa più condivisa.

### Quando è centrale il ruolo della società

La ricerca e il dibattito scientifico hanno messo progressivamente in evidenza alcuni aspetti della complessa problematica della dipendenza, in cui si intersecano una quantità enorme di osservazioni da parte di molte discipline (dalle diverse branche della medicina, dalla psicologia e dalla sociologia, all'antropologia, alla filosofia, alla morale e all'economia, ecc.). Tuttavia, nonostante gli indubbi avanzamenti, non si possiedono ancora conclusioni definitive, né tantomeno l'indicazione di soluzioni certe. Tuttavia, dall'attribuzione della responsabilità del comportamento alla sola persona, l'accento si è certamente spostato sui meccanismi, in parte sovradeterminati, che regolano e governano il rapporto di dipendenza da un oggetto di piacere diventato totalizzante. Inoltre, si è reso evidente il ruolo svolto dal contesto sociale (familiare e culturale) nel dare origine e perpetuare uno stato di dipendenza. Ne sono scaturiti molteplici suggerimenti che, proprio per la varietà di sguardi e approcci, possono apparire a volte contraddittori, se non valutati nella complessità del loro insieme e nelle loro interazioni.

Tra «vizio» e «malattia», i due vasi di ferro in cui è «contenuta» la dipendenza, c'è un vaso di coccio che interpreta la dipendenza come espressione di un non risolto e allo stesso tempo non ben definito *disagio*. Il disagio si configura come un'inquietudine e una difficoltà, personale e sociale, un mal di vivere che si ricollega al malessere esistenziale e che trova nell'uso di sostanze un sollievo, un rimedio provvisorio, talvolta una protesi per l'adattamento sociale. La dipendenza, allora, né come vizio né come malattia, si configura invece come fenomeno sociale che esprime un disordine. Tale fenomeno è il riflesso e la spia di un più ampio «disagio della civiltà», che riguarda l'ordine

economico e il suo disordine (il narcotraffico, ma anche le enormi disuguaglianze), i processi di produzione e consumo (così come il mercato e la tecnologia li ha trasformati in breve tempo), alcune derive culturali che le accompagnano (consumismo, individualismo competitivo, narcisismo), gli assetti organizzativi che ne conseguono in termini di richieste di adattamento sociale e discipline di vita a cui la farmacologia legale e il mercato illegale di ogni tipo di sostanza vengono in soccorso.

Lo sguardo dell'analisi sociale prescinde dal singolo individuo, come da ogni particolare prodotto naturale o di sintesi, non tiene volutamente conto delle fragilità delle diverse persone o dei differenti poteri di «uncinamento» dei vari «stupefacenti», né degli specifici microcontesti socio-culturali, che creano le condizioni d'uso o di dipendenza in ogni determinata situazione. Nello sguardo più ad ampio raggio della «lettura» sociologica si coglie un nesso – e anche un nesso di responsabilità – tra società e dipendenza, che invita a cercare gli input patogeni che conducono alle dipendenze nei mutamenti sociali, nelle trasformazioni del nostro tempo, nell'organizzazione e nei tempi di vita di ciascuno, nei diktat culturali trasformati in vissuti di rigide e richiedenti aspettative personali.

## **Vedere la dipendenza nelle sue fasi evolutive**

I sistemi di dipendenza sono essenzialmente sistemi di automantenimento, in cui tuttavia è opportuno distinguere almeno tre passaggi evolutivi.

### **A volte c'è un lungo periodo di «luna di miele»**

Il primo passaggio è quello della «porta d'ingresso», la fase di accesso iniziatica, co-

siddetta della «luna di miele». Un periodo non così breve, spesso significativamente protratto nel tempo, che sfuma nella cosiddetta «compatibilità d'uso». Così avviene, ad esempio, con gli assuntori di cocaina per via endonasale, per i quali il vissuto soggettivo consente una percezione dello stato di sé rappresentato da una grandiosità che spesso emerge come probabile compensazione della disistima e del disprezzo di sé (la metamorfosi). La cocaina e le sostanze «prestazionali» possono essere considerate e vissute come strepitoso ascensore, che in brevissimo tempo conduce al piano della propria vita in cui si desidera essere.

### **La consegna ai meccanismi neurobiologici**

Il secondo passaggio comporta la progressiva instaurazione del legame con la sostanza. Esso è caratterizzato dall'affermazione di una dipendenza conclamata, del mantenimento e dell'automantenimento del sistema dipendente.

Questa fase si caratterizza come un motore ormai sganciato da ogni significato iniziale e primario, in cui il soggetto si consegna ai meccanismi neurobiologici che agiscono oramai meccanicamente e ripetitivamente, privati del significato, dello scopo e della funzione che la persona aveva un tempo perseguito. L'esempio del tabacco è forse il più eclatante: si inizia a fumare in adolescenza e preadolescenza per darsi un tono e un'immagine, in modo da affermarsi con più forza nel mondo dei coetanei, assumendo precocemente alcune modalità adulte. Successivamente, però, il potere uncinate della nicotina crea una dipendenza che vive di vita autonoma, divaricante da ogni altro scopo e ormai sganciata da qualsiasi interpretazione di sé.

Le dipendenze, come molti altri sistemi psichici, tendono all'autoconservazione, a



mantenere una configurazione che si è creata in reazione allo stimolo della sostanza. I vari sottosistemi si ricalibrano su nuovi assetti, in risposta sia agli stimoli disequilibranti, sia alle manovre antisquilibranti che si rendono necessarie per farvi fronte. Obiettivo è il raggiungimento di una nuova omeostasi che si fonda sulla reintroduzione ritmica della sostanza.

Il fattore tempo costituisce una variabile di enorme importanza. La dipendenza si afferma laddove si è progressivamente instaurato un nuovo circuito, cioè quando l'interazione tra tutti i vari sottosistemi ha determinato un nuovo adattamento, che si è allontanato e autonomizzato dalla ordinarietà dello stesso funzionamento delle strutture neurobiologiche della persona. La frequenza, l'intensità, l'invasività e la potenza del rapporto con l'oggetto del desiderio determinano lo squilibrio, la rottura, la perdita delle memorie accumulate, la mancanza dei tempi di recupero, la velocità e la rapidità con cui si afferma l'addiction, che interessa la globalità dei sottosistemi e delle strutture di funzionamento della persona. La dipendenza patologica si configura pertanto come un ripiegamento totale del soggetto sull'oggetto, con la creazione di uno spazio chiuso, in cui la vita di una persona è consegnata a un unico legame, esclusivo e ricorsivo.

### **La lunga e impervia fase di remissione**

Il terzo passaggio è quello del movimento evolutivo, che sarebbe meglio definire forse come ri-evolutivo. Esso non è sempre conseguibile e riguarda l'emancipazione dallo stato di dipendenza e il percorso, lungo e impervio, per riguadagnare, per quanto possibile, un'ordinarietà del proprio funzionamento fisiologico e mentale. La remissione da uno stato di dipendenza

patologica, completa e protratta nel tempo, quindi non parziale (dalla sostanza di uso primario) e temporanea (anche per un periodo significativo di qualche anno), non coincide con la *restituito ad integrum*, con il ripristino integrale dell'insieme dei sottosistemi e della loro interrelazione che, nella persona, precedeva la condizione di addiction.

Claude Olievenstein (1984) paragona la detossificazione, il lento e doloroso processo di rinuncia che accompagna l'abbandono del comportamento dipendente, al ri-atteaggio sul pianeta Terra di colui che, per un periodo molto significativo della sua vita, ha condotto l'esperienza di un marziano. La metafora è evocativa non solo della difficoltà, ma anche della non totale possibilità di tornare a essere e funzionare come si era in precedenza.

Non c'è guarigione né nel senso comune del termine, né in senso più strettamente medico; si parla in questo campo, più prudentemente, di *remissione protratta*, indicando così un legame con la «malattia» che comunque perdura, almeno in termini di vulnerabilità specifica. Una prudenza connessa a una consapevolezza propria dell'esperienza degli Alcolisti Anonimi come dei frequentatori dei CAT (Club di alcolisti in trattamento), i quali non si ritengono mai «fuori pericolo», non gradiscono l'etichetta «ex» alcolisti o «ex» tossicodipendenti, e per non incorrere in errori di presunzione e in rischi di autoinganno, preferiscono auto-dichiararsi «alcolisti in stato di remissione», «alcolisti in trattamento».

Del resto, la definizione di dipendenza formulata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, «malattia cronico-recidivante», dicitura a volte contestata per la sua connotazione parzialmente deterministica, pone l'accento proprio sulla ricorrenza del fenomeno della ricaduta come caratteristi-

ca principale della malattia stessa. È come se nella memoria profonda delle persone dipendenti rimanesse un'esposizione, un richiamo dei funzionamenti per tanto tempo «alterati» dei circuiti della gratificazione e della ricompensa, così insistentemente sollecitati in precedenza, che di fronte non solo a eventuali difficoltà, ma anche a stimoli più semplici e banali che evocano un determinato stato di benessere, rimanga molto alta la probabilità di riaffidarsi a pratiche consuete e piacevoli, nonostante la consapevolezza delle conseguenze.

È ancora Olievenstein a ricordarci che per lungo tempo la persona disassuefatta continua a fare coppia, non più con la presenza della sostanza, ma con la sua assenza, con il sentimento della sua mancanza, che ancora li unisce in un «duo» non facilmente dissolvibile, nemmeno a lunga distanza di tempo.

### **Ricerca connessioni tra visioni settoriali**

La ricerca sulle dipendenze, oggi sempre più necessariamente specialistica, è spesso orientata ad approfondire gli ambiti del sottosistema maggiormente conformi alla propria disciplina.

Il rischio che spesso ne deriva è ritenere che il sottosistema di cui si scoprono nuovi aspetti e da cui si aprono fronti ancora inediti, possa costituire la nuova chiave interpretativa dell'intero fenomeno. È in questa logica e con queste modalità che, di volta in volta, ognuno dei sottosistemi è stato insignito del titolo di «variabile causale», privando di fatto gli altri sottosistemi del loro ruolo. È così che, nel corso del tempo, si è assistito all'avvicinarsi egemonico delle varie scuole di pensiero, in base alle quali ogni interpretazione tendeva a porsi come esaustiva e totalizzante: si è passati dalle

spiegazioni criminologiche, psichiatriche e psicoanalitiche, a quelle più strettamente mediche e neurobiologiche, oltre a quelle sociali, economiche e antropologiche.

Ognuna di queste interpretazioni ha comportato e comporta modelli di approccio e di intervento clinico che ogni operatore deve certamente saper utilizzare, ma che deve anche collocare all'interno di un sistema complessivo di lettura degli interventi, per capirne di volta in volta la rilevanza e l'utilità specifica a fronte di ogni singola situazione.

L'impadronirsi di pratiche rigorose che discendono da ogni impostazione teorica (conoscenza), unitamente alla capacità di saper individuare l'approccio ottimale per ogni specifica persona dipendente (valutazione clinica), costituiscono la garanzia della serietà con cui ogni operatore, secondo «scienza e coscienza», acquisisce gli strumenti oggi a disposizione e si dota della professionalità necessaria per il proprio lavoro.

La ricerca non è solo teorica, di laboratorio o speculativa. Si nutre dei dubbi e delle incertezze del lavoro sul campo dei diversi operatori, a volte in preda a veri e propri empasse, chiamati a intervenire su aspetti non ancora codificati e per i quali risulta assente qualsiasi protocollo di intervento. Il caso più eclatante è dato da una persona dipendente che manifesta un evidente disturbo psichiatrico, nei cui confronti tutto il sapere sulla salute mentale in possesso dell'operatore può costituire uno strumento spuntato, perché quella specifica sostanza assunta modifica a sua volta la patologia psichiatrica stessa.

Ogni nuova dipendenza, da sostanze o comportamentale, manifesta una sua propria specificità che si declina in un differente rapporto tra persona e comportamento, ma al tempo stesso è portatrice di aspet-

ti già presenti e noti in altre dinamiche di dipendenza. Ogni sistema di dipendenza presenta una sua unicità ma anche un denominatore comune.

Come si connette il sistema della gratificazione, mediato dalla dopamina nei circuiti neurobiologici, col sistema della rappresentazione della propria sofferenza, dei significati ad essa attribuiti o delle privazioni indotte da esperienze traumatiche? Quale significato viene attribuito dalle varie persone a ciò che viene registrato nei sottocircuiti biologici del funzionamento del loro corpo?

La ricerca delle connessioni è compito del ricercatore come del clinico, pena un riduzionismo scientifico e semplificatorio. Se al centro della scena la «figura» è rappresentata dalla persona con un legame unico con la sostanza privilegiata, alla cui base agiscono le modificazioni dei meccanismi neurobiologici sollecitati da tale legame, bisogna saper risalire allo «sfondo» di questo vincolo d'addiction, costituito dai piani micro-meso-macro sociale tra di loro intersecanti: dalla persona e dalle sue modificazioni, allo stile di vita assunto e alla gestione delle reti di appartenenza, fino alla decodificazione delle culture che le attraversano, dell'influenza delle dinamiche societarie collettive, dei valori etici che le sostengono o meno, delle strategie economiche che determinano la disponibilità delle sostanze sul mercato e il loro valore d'uso.

### **Entrare nelle singole storie di dipendenza**

La diagnosi è lo strumento conoscitivo fondamentale e decisivo di una malattia, qual è la dipendenza patologica, che si è progressivamente strutturata nel corso del tempo. La raccolta d'informazioni adeguate per disporre degli elementi utili a una valu-

tazione complessiva comporta un lavoro di *assessment* preliminare allo stesso processo diagnostico. La diagnosi, a sua volta, rimanda non solo alle modalità e agli strumenti che si utilizzano per la sua formulazione, ma soprattutto alla struttura logica che la sottende e ai criteri epistemologici di riferimento e, in particolare, alla consapevolezza di tanti limiti che l'accompagnano.

Il ricorso alla diagnosi, nel suo significato medico specifico, è un'esigenza che si rivela ineludibile e come tale essa è utilizzata nell'ambito della clinica dell'addiction. Non solo per certificare la malattia a scopo terapeutico o legale, ma soprattutto per comprendere la specifica declinazione individuale della dipendenza per ogni soggetto dipendente: la propria configurazione sintomatica, il significato attribuito all'oggetto droga, la psicodinamica del comportamento d'addiction nel vissuto personale, i fattori interni ed esterni che condizionano il livello di compulsività, i punti di forza e di debolezza di quella specifica persona.

La difficoltà della diagnosi di dipendenza patologica si pone in relazione alle specifiche difficoltà personali del soggetto assunto (le possibili patologie psichiatriche associate), alle diverse sostanze d'abuso (spesso in assunzione combinata e variamente incrociate tra loro), in concomitanza con altre dipendenze comportamentali e in relazione ai contesti sociali in cui l'addiction è praticata. Ne consegue una vastissima variabilità di situazioni che fungono da retrobottega delle dipendenze patologiche. La valutazione della gravità dell'addiction, pertanto, si pone come operazione difficile e complessa, che deve tenere conto di più piani di analisi e angoli di osservazione e dunque, anche per la clinica, obbedisce ai criteri che caratterizzano ogni ricerca.

La diagnosi, inoltre, non si configura come un'operazione puntuale, definita una volta

per tutte e immobile nel tempo, ma si caratterizza come un processo continuamente verificabile, ridefinibile e ricomponibile, nello stesso lungo periodo del trattamento: «La diagnosi assolve due funzioni principali (clinica e di confrontabilità per la ricerca, nda) tra loro strettamente integrate ma, al tempo stesso, difficilmente conciliabili. Da una parte essa rappresenta il percorso attraverso il quale il clinico e l'equipe terapeutica provano a conoscere, più ampiamente e approfonditamente possibile, la persona che chiede aiuto, la sua storia, il suo funzionamento psichico e le sue dinamiche relazionali»; ma risponde anche «all'esigenza di standardizzazione e confrontabilità dei criteri con cui si effettua il procedimento diagnostico e dei parametri per la valutazione degli esiti dei trattamenti» (Consoli, Frossi, 2014).

Il processo diagnostico viene condotto e confrontato in equipe, e ciascuna figura professionale concorre nell'approfondimento specifico, nell'ambito della propria competenza e di un rapporto instaurato col paziente. Le informazioni necessarie per formulare una prima diagnosi di percorso riguardano il modello d'uso nel suo strutturarsi nel tempo e nella sua fase attuale, vale a dire: la frequenza del consumo, quantitativo e qualitativo, di ogni singola sostanza, la funzione «remunerativa», il beneficio percepito di ciascuna di esse per la persona, la rilevazione e l'analisi degli altri comportamenti di dipendenza.

L'anamnesi medica, l'esame obiettivo del paziente, gli esami di laboratorio, l'identificazione di eventuali malattie correlate alla dipendenza, l'approfondimento di possibili disturbi psichiatrici associati, sono tutti elementi utili a completare il quadro. Accanto a questi è di rilievo anche l'ascolto della storia personale, la raccolta di un'anamnesi non medica, aspecifica, ma accurata

all'interno della biografia del soggetto, la messa a fuoco di tutti gli aspetti significativi, esistenziali e non necessariamente patologici, che possono aver concorso allo strutturarsi della dipendenza. L'indagine a livello familiare, della famiglia di origine e di quella eventualmente acquisita, consente di raccogliere ulteriori informazioni e di ampliare il campo di visuale, consentendo il confronto tra le diverse rappresentazioni del soggetto, della sua dipendenza e della strutturazione della stessa nel tempo.

#### RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Becker H., *Come si diventa consumatori di marijuana*, in *Ousiders. Saggi di sociologia della devianza*, Edizioni Gruppo Abele, Torino 1997.
- Consoli A., Frossi M., *La diagnosi e la valutazione: aspetti concettuali*, in Amato L., Pani P. P. (a cura di), *Tossicodipendenze. Una guida alle basi razionali del trattamento*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 2014.
- Dipartimento Politiche Antidroga, *Relazione annuale al Parlamento 2013. Uso di sostanze stupefacenti e tossicodipendenze in Italia. Dati relativi all'anno 2012 e primo semestre 2013 – Elaborazioni 2013 – Sintesi*, Roma 2013.
- Maremmani I. et al., *La dipendenza da oppiacei*, in Amato L., Pani P. P. (a cura di), *Tossicodipendenze. Una guida alle basi razionali del trattamento*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 2014.
- Olieventstein C., *Il destino del tossicomane*, Borla, Roma 1984.
- Ricci R. et al., *Carriere dei consumatori di droga, fra sistema sanitario e detenzione*, UniversItalia, Roma 2013.

**Leopoldo Grosso**, psicologo psicoterapeuta, è vicepresidente del Gruppo Abele di Torino: [universtrada@gruppoabele.org](mailto:universtrada@gruppoabele.org)

**Paolo Rigliano**, psichiatra e psicoterapeuta, è responsabile del Centro psicosociale di Zona 17 del Dipartimento di salute mentale dell'ospedale San Carlo Borromeo di Milano: [rigpaolo@libero.it](mailto:rigpaolo@libero.it)