

ALMA MATER STUDIORUM – UNIVERSITÀ DI BOLOGNA
SEDE DI CESENA

FACOLTÀ DI PSICOLOGIA
Corso di Laurea in
PSICOLOGIA

**IL PROBLEMA DELL'AGGRESSIVITÀ IN UNA COMUNITÀ
PER TOSSICODIPENDENTI**

Tesi di laurea in
PSICHIATRIA

Relatore
Prof. Giovanni De Plato

Presentata da
Giada Albertoni

Sessione II
Anno Accademico 2004 – 2005

Ai miei genitori
e ai ragazzi della comunità
di Baciano

*“Siamo qui, perché non c’è alcun rifugio dove nascondersi da noi stessi.
Fino a quando un uomo, non confronta se stesso negli occhi e nei cuori degli altri, scappa.
Fino a che non permette loro di condividere i suoi segreti, non ha scampo da questi.
Timoroso di essere conosciuto, né può conoscere se stesso né gli altri, sarà solo.
Dove altro se non nei nostri punti comuni possiamo trovare un tale specchio?
Qui insieme una persona può manifestarsi chiaramente a se stessa,
non come il gigante dei suoi sogni né il nano delle sue paure,
ma come un uomo parte di un tutto con il suo contributo da offrire.
Su questo terreno, noi tutti possiamo mettere radici e crescere,
non più soli come nella morte, ma vivi a noi stessi e agli altri.”*

La “Filosofia” della CT “La Rondine” di Baciano

RINGRAZIAMENTI

Ringrazio il Prof. Giovanni De Plato per la disponibilità dimostratami nel seguire la mia tesi e la Dott.ssa Simona Venturi per i preziosi consigli e suggerimenti.

Ringrazio tutti i responsabili del CSA e tutti gli operatori delle comunità di Baccano e di Petrognano. In particolare, voglio ringraziare i ragazzi che, nonostante le loro difficoltà, hanno dedicato parte del loro tempo a me e alle mie interviste, permettendomi di portare a termine la tesi. Il mio ringraziamento vuole essere anche un incoraggiamento ad andare avanti nel programma, anche se è doloroso e faticoso. La speranza di cambiamento c'è e ci deve essere sempre.

Ringrazio il Centro di Documentazione del Sert di Arezzo e il Dipartimento di Salute Mentale della ASL8 di Bibbiena (AR) nella persona del Dott. Vieri Sordi.

Un ringraziamento particolare è rivolto alla Dott.ssa Lorella Farini, per la consulenza nella parte statistica della ricerca.

Un altro ringraziamento va al Prof. Gianni Vestrucci per la consulenza informatica e per aver “salvato” il mio computer e tutti i documenti contenuti in esso.

Sono infinitamente grata alla mia famiglia, mamma, babbo, nonna, Nicola e Sara. Senza di voi non avrei mai raggiunto questa meta. Grazie per avermi sempre sostenuta e incoraggiata durante tutto il percorso che mi ha portata fin qui e, ovviamente.. anche sopportata!

Un altro grazie speciale va a Claudia ed Elena, amiche e compagne di studi. Insieme abbiamo passato tanti momenti felici ma anche tante difficoltà; rappresentate un punto di riferimento nella mia vita per cui, se sono giunta a questo traguardo, è anche merito vostro.

Grazie anche a Lucia, Roberta, Francesca, Gessica, Pamela, Carlo, Davide, Francesco e Iacopo, senza di voi questa esperienza universitaria non sarebbe stata così bella.

Per ultime, ma non perché meno importanti, ringrazio le amiche di sempre, Chiara B., Laura, Emanuela, Valentina, Francesca, Chiara C., Caterina, mia cugina Laura, e tutte le persone che mi sono state vicine e con cui ho condiviso gli alti e bassi della vita.

INDICE

IL PROBLEMA DELLA AGGRESSIVITÀ IN UNA COMUNITA' PER TOSSICODIPENDENTI

INTRODUZIONE	Pg 1
--------------------	------

CAPITOLO 1

Il concetto di violenza e aggressività in psichiatria	Pg 3
1.1 Cos'è l'aggressività?	Pg 3
1.2 Direzione dell'aggressività: autoaggressività ed eteroaggressività	Pg 4
1.3 Il ciclo dell'aggressione	Pg 6
1.4 Modelli interpretativi dell'aggressività	Pg 8
1.4.1 L'approccio etologico e antropologico	Pg 8
1.4.2 L'approccio della psicologia comportamentista e cognitivista	Pg 12
1.4.3 L'approccio psicodinamico	Pg 17
1.4.4 L'approccio biologico	Pg 22
1.5 Predittività del comportamento aggressivo	Pg 28
1.5.1 Diagnosi DSM-IV associate a comportamenti aggressivi	Pg 29

CAPITOLO 2

Il problema della tossicodipendenza	Pg 33
2.1 Il problema della tossicodipendenza in Italia: dati epidemiologici	Pg 33
2.2 Modelli interpretativi della tossicodipendenza	Pg 35
2.2.1 L'approccio psicosociale	Pg 35
2.2.2 L'approccio psicodinamico	Pg 42
2.2.3 L'approccio sistemico	Pg 56
2.3 Psicofarmacologia della gratificazione: uso, abuso e gratificazione da sostanze psicoattive	Pg 61
2.4 Descrizione ed effetti delle droghe più diffuse	Pg 63
2.4.1 Effetti delle principali droghe sul comportamento aggressivo	Pg 65
2.5 Predittività del rischio di abuso di sostanze e comorbidità psichiatrica	Pg 67

CAPITOLO 3

Le Comunità Terapeutiche e il Centro di Solidarietà di Arezzo	Pg 70
3.1 Approcci terapeutici alla tossicodipendenza: le Comunità Terapeutiche	Pg 70
3.2 Il Centro di Solidarietà di Arezzo: la Comunità Terapeutica di Bacciano	Pg 74
3.2.1 Metodologie e trattamenti	Pg 77

CAPITOLO 4

La ricerca sperimentale	Pg 80
4.1 Teorie e studi sul rapporto aggressività e tossicodipendenza	Pg 80
4.2 Obiettivi della ricerca	Pg 90
4.3 Lo strumento: l'Addiction Severity Index	Pg 91
4.3.1 L'utilizzo dello strumento nella ricerca	Pg 93
4.4 Descrizione del campione e analisi dei dati	Pg 96

CONCLUSIONI	Pg 125
--------------------------	---------------

BIBLIOGRAFIA	Pg 129
---------------------------	---------------

ALLEGATO	Pg 140
-----------------------	---------------

INTRODUZIONE

La tossicodipendenza è uno dei problemi principali della nostra società, in particolare se si pensa che riguarda prevalentemente gli adolescenti.

La tossicodipendenza è un problema complesso. Chi fa uso di sostanze spesso non ha problemi solo di dipendenza da esse: ha disagi psicologici e sociali, problemi comportamentali, di salute, legali, di inserimento lavorativo.

Questo problema è studiato in vari approcci e secondo varie prospettive. Ad esempio, l'approccio psicosociale considera la droga un fenomeno molto vasto, a cui possono contribuire un numero elevato di fattori. Tra questi, evidenzia in particolare i fattori legati alla cultura, alla socializzazione e all'indebolimento del sistema sociale, della famiglia e della comunicazione.

Nell'approccio psicodinamico si parla della droga come di un anestetico che agisce in modo più o meno specifico sul dolore e sulla confusione di chi la assume. Cancrini e molti altri autori, considerano la droga come una forma sbagliata di autoterapia da parte di persone che ricercano negli effetti delle sostanze una risposta alle proprie esigenze. Le cause che spingono le persone a ricercare sollievo e gratificazione nelle sostanze possono essere molte. Ciascun autore propone la sua ipotesi: una fissazione, lo "specchio infranto", un trauma, un attaccamento insicuro, una ferita narcisistica, una nevrosi o una patologia sottostante.

Nell'approccio sistemico, invece, si ipotizza un ruolo centrale della famiglia e dei suoi dinamismi nella genesi e nel mantenimento della tossicodipendenza del figlio.

Si è già detto che la tossicodipendenza può essere studiata secondo varie prospettive, di particolare rilievo è la relazione con il problema dell'aggressività.

Anche l'aggressività si presta a diverse prospettive di studio, quella etologica, comportamentista, psicodinamica e biologica, ma in generale può essere definita come la disposizione intenzionale, consapevole o inconsapevole, a un comportamento lesivo sotto il profilo fisico o psicologico, diretto a persone, animali o cose, tale da essere avversato dalle persone o dagli animali che ne sono l'oggetto (Fornaro 2004).

Il comportamento aggressivo viene condotto con lo scopo di difendere o preservare l'integrità fisica o psicologica di sé, o del proprio gruppo, o al fine di affermare la supremazia fisica o psicologica propria o del proprio gruppo, ma non è sempre così.

L'aggressività, considerata un elemento primario per garantire la sopravvivenza dell'individuo e della specie, può diventare disadattiva e quindi patologica, se si manifesta senza un preciso scopo, in maniera irrazionale, esplosiva, violenta, causando danni a se stessi e agli altri.

Questo si verifica in molte situazioni associate a disturbi mentali come Disturbi di Personalità, disturbi psicotici, disturbi dell'umore e d'ansia, e disturbi correlati a sostanze.

In questa ricerca si è cercato di affrontare queste due tematiche, aggressività e tossicodipendenza, facendo riferimento alla letteratura nazionale e internazionale e agli articoli pubblicati recentemente sulle principali banche dati scientifiche.

Si è cercato di studiare questo legame tra i tossicodipendenti della comunità "La rondine" di Bacciano (AR) che appartiene al Centro di Solidarietà di Arezzo. A queste persone è stata somministrata l'intervista ASI che, oltre a fornire informazioni generali della loro condizione personale, ha permesso di individuare alcuni elementi collegabili a manifestazioni e a comportamenti aggressivi.

CAPITOLO I

Il concetto di aggressività in psichiatria

1.1 Cos'è l'aggressività?

Le cronache sulla violenza dei nostri giorni sono allarmanti. Si parla di conflitti, di delinquenza minorile, di maltrattamenti a donne e bambini, di stupri, di omicidi brutali e raccapriccianti, rendendo sinonimi termini come rabbia, aggressività, crudeltà.

La cultura comune porta ad intendere intuitivamente, cosa sia un comportamento aggressivo. Nel campo scientifico i tentativi di definirlo e di darne una spiegazione sono stati molteplici e controversi, dal momento che il concetto stesso di aggressività varia a seconda che venga considerata un “istinto”, una “modalità comportamentale” o un’“emozione” reattiva ad un evento stressante o frustrante.

In generale, l'aggressività può essere definita come la disposizione intenzionale, consapevole o inconsapevole, a un comportamento lesivo (o potenzialmente lesivo) sotto il profilo fisico o psicologico, diretto a persone, animali o cose, tale da essere - salvo rari casi- avversato dalle persone o dagli animali che ne sono l'oggetto. Viene condotto con lo scopo di difendere o preservare l'integrità fisica o psicologica di sé, o del proprio gruppo, o al fine di affermare la supremazia fisica o psicologica propria, o del proprio gruppo (Fornaro, 2004)¹.

Anche Hinde (1974)² ed altri autori, definiscono l'aggressività come la tendenza, presente sia nell'uomo che nell'animale, a manifestare un comportamento finalizzato a combattere qualsiasi fenomeno minacci l'integrità dell'organismo, anche nell'eventualità di provocare un danno agli altri.

L'aggressività, così definita, viene indicata tra i comportamenti difensivi ed è una scelta tra le strategie possibili di sopravvivenza, perché, dal punto di vista del soggetto aggressivo, si tratta di un modo per difendersi da una minaccia o aggressione. Quindi, la persona è aggressiva solo quando, in seguito ad una valutazione della situazione, si sente minacciata nella propria sicurezza. Naturalmente la minaccia può essere reale o presunta, ma la reazione è ritenuta proporzionale all'aggressione immaginata³.

In una accezione più vasta, il termine “aggressivo” serve per descrivere il comportamento con il quale gli individui perseguono attivamente i loro interessi gli uni

¹ M. Fornaro, (2004), *Aggressività*, Torino: Centro Scientifico Editore

² A. Bani, M. Miniati, M. Di Fiorino, (1997), *L'aggressività, aspetti clinici*, Lucca: Psichiatria e territorio

³ G. Foggio, (2002), *Psicosociologia del disagio e della devianza giovanile*, Roma: Laurus Robuffo

contro gli altri nella società. Mentre altri termini, come “violenza” e “crudeltà”, pur indicando anch’essi comportamenti finalizzati a causare danno, sono permeati di un significato ostile. In effetti, se la violenza richiama l’uso della forza, il ricorso alla costrizione, fisica o morale, allora il suo movente intimo e la propensione ad essa possono correttamente essere detti aggressività o comportamento aggressivo. La persona, inoltre, può essere “aggressiva” in vari modi, sul piano comportamentale, senza necessariamente passare all’atto, ma anche insultando o “sbattendo la porta”, facendo “scherzi” o “battute pesanti”.

D’altra parte, la pulsione aggressiva è considerata, nell’accezione etologica, un elemento primario per garantire la sopravvivenza dell’individuo e della specie e parliamo di aggressività anche quando ci riferiamo all’impeto, alla spinta volitiva o alla competizione presenti in un’attività produttiva, in un’impresa scientifica, sportiva o artistica che comporta una sfida a se stessi e agli altri.

L’aggressività non ha un significato intrinseco di “patologia”. Ad esempio, ha un significato adattivo quando la persona riesce ad esercitare un controllo efficace sulle proprie tendenze aggressive, ma diventa patologica quando si manifesta senza un preciso scopo, in maniera irrazionale, esplosiva, violenta, causando danni a se stessi e agli altri. In questo caso, la persona non riesce più a controllarla, modularla, adeguarla alle situazioni, a sublimarla in attività creative, assume aspetti di stereotipia o impulsività, irrazionalità ed è agita in azioni potenzialmente criminali e spesso senza un fine specifico. Quando assume queste caratteristiche, l’aggressività rappresenta una modalità di rapporto con il mondo che si traduce in una limitazione, in una interferenza disadattiva nella vita sociale, lavorativa ed affettiva, che spesso determina l’isolamento ed il fallimento dell’esistenza della persona.

1.2 Direzione dell’aggressività:autoaggressività ed eteroaggressività

Generalmente, quando parliamo di aggressività, ci viene in mente quella rivolta verso gli altri, uomini, animali o oggetti che siano; in questo caso parliamo di *aggressività eterodiretta*. Quando invece la persona rivolge verso se stessa la propria aggressività, diventandone il bersaglio, parliamo di *aggressività autodiretta*, e si attua con condotte come le automutilazioni, i tentativi di suicidio e il suicidio stesso.

Rotondo (2004)⁴, a proposito dell'aggressività autodiretta, distingue le diverse condotte autolesive: suicidio, parasuicidio, automutilazione. Quest'ultima è considerata come un comportamento cronico di danneggiamento tissutale priva di intenzione di morte. Nel differenziare i comportamenti suicidari e quelli automutilanti, che possiedono in comune un substrato di aggressività e spesso sono in comorbidità fra di loro, individua nella condotta automutilante un atto teso al sollievo, ma non alla morte, espressione di aggressività cronica e non transitoria.

Non sempre la distinzione tra aggressività eterodiretta e autodiretta è evidente. Spesso coesistono nella stessa persona condotte auto ed eteroaggressive, sentimenti di ostilità e rancore che vengono rivolti verso se stessi. Questo è evidente nelle persone depresse che mettono in atto omicidi/suicidi e negli ossessivo-compulsivi che per evitare di fare del male agli altri rivolgono verso se stessi la loro aggressività attraverso gesti autolesionistici.

Anche le condotte aggressive e antisociali, così frequenti nei tossicomani, per molti studiosi⁵ possono spiegarsi come un esempio di questa coesistenza. La condotta tossicomana avrebbe il significato di un microsuicidio, di un suicidio cronico e strisciante. Nella dinamica delle pulsioni del tossicomane, d'altra parte, è riconoscibile la dominanza di un istinto di morte, anche se la morte non è così chiaramente annunciata dal comportamento della persona.⁶

La stretta relazione tra aggressività eterodiretta e condotte autolesive è stata evidenziata già nell'800, con gli studi di Lombroso (1884), Morselli (1885), ed agli inizi del secolo scorso da quelli psicodinamici di Freud (1915). L'interesse per questa relazione è continuato nel tempo con metodologie di studio eterogenee e diversificate. Più recentemente, numerosi ricercatori hanno ipotizzato l'esistenza di un fattore comune tra le condotte auto ed eteroaggressive, rappresentato dalla riduzione del controllo degli impulsi e della aggressività. Questa ipotesi è sostenuta non solo da psicologi e psicoanalisti, ma anche dagli autori di studi neurobiologici (Van Praag, 1991), clinici (Pilowsky e Spence, 1975; Tardiff, 1980) e psicometrici (Plutchik, 1990)⁷.

In particolare, in campo biologico, sulla base di numerosi studi, viene associato a condotte auto ed eteroaggressive l'alterazione di alcuni sistemi neurotrasmettitoriali, come la riduzione dell'attività serotoninergica.

⁴ A. Rotondo, (2004), *Violenza e aggressività in psichiatria*, Roma: IX Congresso Nazionale della Società Italiana di Psicopatologia (SOPSI)

⁵ A. Bani, M. Miniati, M. Di Fiorino, (1997), *L'aggressività, aspetti clinici*, Lucca: Psichiatria e territorio

⁶ F. Geberovich, (1996), *Un dolore irresistibile*, Milano: Franco Angeli

⁷ A. Bani, M. Miniati, M. Di Fiorino, (1997), *L'aggressività, aspetti clinici*, Lucca: Psichiatria e territorio

Le osservazioni cliniche, inoltre, hanno ripetutamente confermato che nelle anamnesi dei pazienti con condotte suicidarie, vi sono storie di sentimenti e comportamenti aggressivi e violenti (Jamison, 1987)⁸. Nelle storie di persone con condotte autolesive possiamo rintracciare: irritabilità, temperamento violento, frequenti violenze fisiche e risse, comportamenti impulsivi e impulsività manifestata attraverso comportamenti sociopatici come i conflitti con l'autorità.

1.3 Il ciclo dell'aggressione

Il ciclo dell'aggressione schematizza le fasi che, tipicamente si succedono in un episodio di aggressività. Questo modello empirico, descritto per la prima volta da Smith⁹, è uno schema pratico che suddivide ogni singolo episodio in fasi successive, individuando gli approcci prioritari e gli interventi efficaci per ciascuna di esse.

a) *Fase del fattore scatenante (trigger)*. Il ciclo inizia con un primo scostamento dalla linea basale psicoemotiva dello stato stazionario. Si parla di un'attivazione psicofisiologica (arousal) che investe la persona, determinando un'attivazione psicomotoria caratterizzata da cambiamenti emotivi, fisici e psicologici. I tipici fattori scatenanti possono essere:

- l'intensificazione di una stimolazione avversativa,
- la disinibizione indotta da sostanze,
- la percezione di mancanza di alternative,
- la presenza di fattori di provocazione (veri o presunti), come insulti o derisioni,
- l'esperienza di fattori stressanti maggiori, come recenti perdite, eventi catastrofici.

Durante la fase del trigger, l'intervento d'elezione è diretto al riconoscimento del fattore scatenante e alla sua rimozione.

b) *Fase dell'escalation*. E' contraddistinta da un'ulteriore deviazione dalla linea basale psicoemotiva. A questo punto, le probabilità di evitare un comportamento aggressivo dipendono dalla tempestività degli interventi, volti alla riduzione progressiva della posizione violenta assunta dalla persona.

c) *Fase critica*. Questa è la fase di massimo eccitamento e di massima distanza dalla linea basale psicoemotiva. Da questa posizione, la persona, se non

⁸ A. Bani, M. Miniati, M. Di Fiorino, (1997), *L'aggressività, aspetti clinici*, Lucca: Psichiatria e territorio

⁹ M. Sanza, (1999), *Il comportamento aggressivo e violento in psichiatria*, Torino: Centro Scientifico Editore

contenuta, può mettere in atto un'aggressione, intesa come atto violento, con le sue immediate ripercussioni fisiche e psicologiche sulla vittima. Se l'aggressione viene portata a termine, è il momento della gratificazione, sia per la conseguente diminuzione dello stato di arousal, sia per la comparsa di elementi valutativi che inducono ad un rinforzo, almeno temporaneo, dell'autostima.

- d) *Fase del recupero.* E' caratterizzata dal graduale ritorno alla linea basale psicoemotiva, ma da un livello di arousal ancora elevato e potenzialmente recettivo nei confronti di nuovi fattori scatenanti.
- e) *Fase della depressione post-critica.* Nell'autore della violenza compaiono emozioni negative, legate a sentimenti di colpa, vergogna o rimorso. Si stabilisce una recettività per interventi di carattere psicologico volti all'elaborazione dell'evento che si è verificato.

Le prime due fasi, che costituiscono la *preaggressione*, sono caratterizzate dalla comparsa, come segni prodromici, di manifestazioni comportamentali di tensione e irrequietezza. In un ambito clinico, questi segnali dovrebbero suscitare allarme e preoccupazione negli operatori presenti, che dovrebbero effettuare una rapida diagnosi della situazione, in modo da orientare le decisioni successive.

Nella diagnosi situazionale assumono un ruolo di rilievo la diagnosi clinica della persona, l'assunzione di sostanze alcoliche o stupefacenti, i precedenti comportamenti aggressivi. Inoltre, altrettanto importanti sono considerati i correlati verbali e non verbali dell'aggressività, che sono indicativi dello stato di tensione che prelude all'azione violenta. In particolare occorre fare attenzione a:

- a) contratture della muscolatura facciale, stringere i pugni, serrare i denti, sguardi minacciosi,
- b) minacce verbali, aumento del volume della voce, emissione della voce continua,
- c) aumento di comportamenti motori macroscopici, quali gesticolazione, passeggiare rapidamente o altri movimenti corporei.

Riassumendo, in un ambito clinico, la valutazione dell'aggressività deve essere compiuta a parte e indipendentemente dal procedimento diagnostico della persona, e consiste nell'approfondimento delle condizioni di rischio per il ripetersi di nuovi atti di violenza. A questo proposito sarà necessario fare attenzione a fattori clinici (diagnosi, dipendenza da sostanze), fattori personologici (modalità di interazione con le altre

persone), fattori sociali e ambientali associati all'episodio e alle caratteristiche della vittima.

1.4 Modelli interpretativi dell'aggressività

Si sa che il comportamento violento può avere cause, manifestazioni e conseguenze molto varie, per questo non sorprende neppure il fatto che l'“aggressività” sia stata oggetto di studio in molti ambiti di ricerca, come quello forense, sociale ed etico, e non solo in quello psicologico.

Nella ricerca delle cause che generano un comportamento aggressivo possiamo considerare l'approccio etologico e antropologico, che fa riferimento alle teorie evoluzionistiche, e quello più prettamente psicologico, in cui abbiamo un panorama molto variegato: da una parte possiamo raggruppare tutti quegli studi condotti in ambito cognitivo, comportamentale e sociale, dall'altra abbiamo la vasta produzione psicodinamica.

Tutti questi approcci, nonostante la diversità dei metodi e degli assunti teorici, hanno un elemento comune: propongono teorie in cui l'interazione tra fattori interni, come spinte pulsionali o elementi valutativi e decisionali, e fattori esterni, cioè situazionali o ambientali, assume un ruolo centrale per la spiegazione del problema.

Oggi, comunque, per la spiegazione di un fenomeno così complesso, è corretto parlare di una genesi multifattoriale dei fenomeni aggressivi, in cui vengono compenetrati fattori psicologici, sociali e anche biologici.

1.4.1 L'approccio etologico e antropologico

Etologi da una parte e antropologi dall'altra, cercano di cogliere le radici del comportamento umano al di là degli artifici culturali dell'uomo moderno, risalendo, i primi al patrimonio comune con gli animali, i secondi alle caratteristiche sociali e culturali degli ominidi di milioni di anni fa o delle popolazioni contemporanee che vivono in condizioni primitive.

Gli etologi e gli antropologi abbracciano le teorie evoluzionistiche di Darwin¹⁰, in base alle quali è possibile accostare lo studio del mondo animale a quello umano grazie alla presenza di antenati comuni, come è dimostrato da strutture cellulari e molecolari identiche e da strutture cerebrali affini, per quanto riguarda i mammiferi.

¹⁰ M. Fornaro, (2004), *Aggressività*, Torino: Centro Scientifico Editore

Inoltre, i pilastri della teoria evoluzionistica come: la selezione naturale delle variazioni accidentali, l'adattività all'ambiente delle strutture anatomo-fisiologiche che si sono conservate nel tempo lungo dell'evoluzione, la derivazione dell'uomo dai primati, vengono utilizzati non solo, per comprendere i caratteri somatici, ma anche le strutture del comportamento. In questo senso, anche il comportamento sociale e individuale è soggetto alle leggi della selezione naturale e dell'adattamento, che fanno prevalere le variazioni più favorevoli alla sopravvivenza e alla conservazione della specie: se ci sono comportamenti istintuali da lunga data, come l'aggressività appunto, è perché si sono rivelati adattivi.

L'approccio etologico, infatti, attribuisce all'aggressività una funzione di difesa, di procacciamento del cibo, di conquista e protezione del territorio, di mantenimento e acquisizione del rango all'interno del gruppo, di ricerca del partner, di selezione dei soggetti più forti. Sotto questo punto di vista, l'aggressività è un istinto utile alla sopravvivenza della specie e dell'individuo¹¹.

Gli autori che appartengono a questo approccio, domandandosi quali siano le origini e le cause dell'aggressività, propongono una gamma di risposte, anche se modulate entro i diversi metodi e paradigmi, analoghe a quelle che possiamo riscontrare nei seguenti approcci comportamentisti e psicodinamici.

Infatti, il prevalente innatismo nella spiegazione del comportamento non toglie che tra gli etologi e gli antropologi vi sia chi insiste sulle circostanze ambientali, quanto alla genesi dell'aggressività, e sulle componenti reattive, quanto al suo innesco, fino a negare che vi sia propriamente un istinto aggressivo che presiede ad ogni fenomeno di aggressione¹².

Lorenz (1976)¹³, sostiene che gli istinti, intesi come impulsi e schemi di comportamento ereditari e non appresi, sono in grado di scatenarsi anche in assenza di stimoli esterni, in seguito ad un accumulo di energia che scatena la reazione. Dunque, anche il comportamento aggressivo, che è un istinto, può essere attivato in assenza di stimoli attivanti, essendo unicamente il frutto di un accumulo autonomo di energia.

Interessante è la distinzione, proposta dall'autore, tra l'aggressività del predatore, che assale individui di altre specie (aggressività interspecifica), e quella tra individui della stessa specie (aggressività intraspecifica). All'aggressività intraspecifica

¹¹ G. Ingrascì, M. Picozzi, (2002), *Giovani e criminali violenti*, Milano: McGraw-Hill

¹² M. Fornaro, (2004), *Aggressività*, Torino: Centro Scientifico Editore

¹³ K. Lorenz, (1976), *L'aggressività*, Milano: Il Saggiatore

appartiene tipicamente quella per l'accoppiamento e quella per la gerarchia del branco, mentre quella interspecifica si manifesta nelle varie forme di attacco e difesa.

Nella tradizione etologica, dove domina storicamente la figura di Lorenz, risulta prevalente l'idea di una origine istintiva dell'aggressività negli animali e nell'uomo, alla quale si collegherebbe l'idea di un suo necessario esercizio o di una sua scarica. Da questi due presupposti è nata la tesi secondo la quale gli uomini sono innatamente aggressivi e assassini, così che, in mancanza di inibizioni, non possono che uccidersi e farsi guerre.

Ardrey (1961, 1966)¹⁴, a proposito, ritiene che l'uomo sia dominato da immutati e incoercibili istinti come quelli dei nostri antenati scimmieschi: l'aggressività nella forma di cruda aggressione intraspecifica (assassinio) è connaturata nell'uomo, in quanto geneticamente ereditata da ominidi che si sono evoluti proprio grazie alla loro attitudine all'uso delle armi per l'aggressione predatoria. L'inquietante conseguenza è quella in base alla quale l'aggressività bellicosa non va tenuta a bada per garantire la specie umana, ma anzi, è necessaria al suo sviluppo.

Eibl-Eibesfeldt (1979)¹⁵, in accordo con le tesi di Lorenz, distingue l'istinto dal semplice impulso o spinta. L'impulso è un meccanismo motivante, che spinge dall'interno dell'organismo e richiede un'azione risolutiva. L'istinto appare invece un programma o un modulo comportamentale a disposizione dell'individuo che, una volta innescatesi in certe condizioni scatenanti, prevede sequenze d'azione prefissate, è preformato, nel senso che fin dalla prima esecuzione si manifesta nella sua forma completa e definitiva. Infine, l'esecuzione è piuttosto rigida, stereotipata, piegandosi scarsamente alla variazione delle circostanze ambientali. Con queste caratteristiche l'istinto è sicuramente innato, ereditato e selezionato dall'evoluzione. Il comportamento aggressivo dell'animale segue questi criteri, perché presieduto da un istinto, cioè uno specifico programma che spiega come mai certi comportamenti, anche complessi, vengano attivati correttamente anche da animali isolati.

La questione, secondo Fornaro (2004)¹⁶ si complica nel caso dell'uomo. Non c'è dubbio che ci siano spinte e motivazioni nella direzione di certi comportamenti aggressivi, come: la caccia e l'uccisione di animali per fini alimentari, i conflitti per il territorio, per l'accaparramento di beni, le contese per l'accoppiamento o per la gerarchia nel gruppo. Ma che la loro esecuzione sia dettata totalmente da programmi

¹⁴ M. Fornaro, (2004), *Aggressività*, Torino: Centro Scientifico Editore

¹⁵ Ibidem.

¹⁶ M. Fornaro, (2004), *Aggressività*, Torino: Centro Scientifico Editore

filogenetici, preformati e rigidi, come sono gli istinti, è molto improbabile. Infatti non possiamo dimenticare come, per gli esseri umani, il peso dell'apprendimento e della cultura nell'esecuzione di questi comportamenti sia molto importante. Si può così parlare di un intreccio tra programma filogenetico, come sorta di competenza innata, ed esecuzione comportamentale, come fattore modulato dalla cultura e dalle circostanze ambientali.

In generale, valutazione delle circostanze, personalità, apprendimento e quindi cultura, sono i fattori che intervengono come variabili nell'attuazione, o nella rinuncia, del comportamento aggressivo, tanto più significative e rilevanti, quanto più saliamo lungo l'albero filogenetico delle specie e, in particolare, quando parliamo dell'uomo.

A questo punto, il perno della discussione tra chi propende per una soluzione più istintivista o per una più ambientalista-culturalista, sta nella valutazione del peso che i fattori genetici esercitano sul comportamento individuale: se siano determinanti, nel senso di fornire una rigida sequenza comportamentale, o se invece solo predisponenti, nel senso di fornire l'innescò di un certo comportamento a fronte di un dato stimolo, o nel senso di preorientare modalità e sequenze di esecuzione.

Se sono solo predisponenti, l'aggressività può subire ampie modulazioni, sia nell'innescò, sia nell'attuazione comportamentale, in funzione dell'ambiente ma anche di certi programmi filogeneticamente iscritti.

Le tesi di Leakey e Lewin (1977)¹⁷ tendono verso questa direzione. Il comportamento umano e quello aggressivo, è adatto e adattabile alle condizioni ambientali, tra le quali spiccano le esigenze e le caratteristiche della vita associata: non esistono azioni in tutto e per tutto biologicamente determinate, ma solo culturalmente rimodellate.

La tesi opposta è sostenuta da Wilson (1975)¹⁸: ogni comportamento, anche quello aggressivo, ha una fondazione rigorosamente genetica. Il patrimonio genetico offre, ad ogni specie, un ventaglio di possibilità: la risposta aggressiva è quella più conveniente in certe situazioni. L'aggressività è innata nel senso che sono iscritti certi programmi comportamentali, ma la loro esecuzione non è necessaria o univoca: data una situazione stimolo, dato il patrimonio istintuale specie-specifico, non sempre l'esecuzione è prevedibile. Le predisposizioni istintuali non tolgono spazio alla variabilità comportamentale indotta dalle circostanze ambientali.

¹⁷ Ibidem.

¹⁸ Ibidem.

Pertanto, a seconda delle circostanze e delle convenienze, si adotta uno dei vari programmi comportamentali, quindi a volte può essere utile, per l'individuo e il suo gruppo, rinunciare all'aggressione, o al contrario, esercitarla anche nelle forme più violente.

1.4.2 L'approccio della psicologia comportamentista e cognitivista

Studi sull'aggressività, utilizzando tecniche sperimentali, sono stati realizzati a partire dagli inizi del Novecento, nell'ambito della riflessologia russa, della psicologia comportamentista nordamericana e dei suoi sviluppi nel cognitivismo.

Secondo questi approcci, la genesi dell'aggressività è da rintracciare in fattori ambientali o sociali, mentre è stato ridotto al minimo il ricorso a pulsioni e istinti, perché ritenuti inosservabili o perché difficile intervenire su di essi. Infatti, è prevalso il modello di funzionamento mentale secondo S-R (stimolo-risposta), in base al quale, qualunque comportamento non è altro che una risposta a stimoli prevalentemente esterni.

L'enfasi sul fattore ambientale, inteso come primario, se non esclusivo, si riscontra sia nell'ambito della psicologia comportamentista, sia nell'ambito degli studi della psicologia dell'apprendimento e delle motivazioni e anche nella psicologia sociale. Se poi l'ambiente influente è normalmente definito dalla pratica educativa e dalle relazioni sociali, ne consegue la fiducia, da parte dei sostenitori di queste teorie, che un diverso ambiente, modificato con opportune tecniche educative, sociali e politiche, possa eliminare le espressioni disfunzionali e pericolose dell'aggressività.

I classici metodi per lo studio dell'aggressività con animali, prevedevano tecniche di condizionamento, come l'associazione ripetuta di uno stimolo neutro (che poi diventa condizionato) a uno stimolo che suscita di per sé una risposta rabbiosa (come una scossa elettrica), e tecniche di rinforzo positivo o negativo, con cui si premia o si punisce l'espressione, anche casuale, di un comportamento aggressivo. Esperimenti sul primo tipo di condizionamento sono stati condotti anche da Pavlov¹⁹, padre della riflessologia russa. Nei suoi esperimenti emerge un aspetto interessante dell'aggressività: la sua modellabilità di risposta in funzione della prevalenza di una spinta primaria per la sopravvivenza, come, ad esempio, quella alimentare.

L'espressione più rigorosa della posizione comportamentista si ha con Skinner²⁰ e la sua teoria dell'apprendimento per rinforzo, in base alla quale l'aggressività viene

¹⁹ M. Fornaro, (2004), *Aggressività*, Torino: Centro Scientifico Editore

²⁰ Ibidem.

indotta nell'individuo e nella società perché e finché serve, permane perché e finché è premiata, cioè fino a quando si traggono vantaggi da comportamenti aggressivi e violenti. Pur ammettendo l'esistenza, nel comportamento aggressivo, di componenti di matrice filogenetica, che si sono dimostrate utili ad evitare i pericoli che minacciavano l'individuo e la specie, l'apprendimento nell'ambiente può indebolirle o esasperarle e può soprattutto far acquisire nuove modalità di comportamento. Così, le condizioni che rinforzano l'apprendimento bastano per lo più a spiegare il comportamento: un organismo si comporterà secondo il programma di rinforzo a cui le contingenze ambientali lo sottopongono.

Dollard e Miller²¹ pubblicarono, nel 1939, *Frustrazione e aggressività*, un'opera che costituisce una pietra miliare negli studi sull'aggressività. Secondo questi autori, la frustrazione è la condizione necessaria e sufficiente per la genesi dell'aggressività. Questa ipotesi unisce l'approccio S-R, per cui l'aggressività nasce in risposta ad una situazione esterna avversa, con la supposizione di una pulsione aggressiva, che la frustrazione attiverebbe. Propriamente non si tratta di un istinto che cresce e vuole una scarica, ma di una spinta reattiva che, nata dall'interno, si pone tra stimolo e risposta ed è volta a eliminare la fonte della frustrazione, cioè l'ostacolo che ha impedito all'organismo il conseguimento di un proprio scopo. Dollard e Miller, hanno introdotto tra S e R una variabile motivazionale, di matrice endogena, precorritrice di futuri sviluppi, mentre Skinner ha continuato a vedere una meccanica di contingenze esterne e di rinforzi altrettanto esterni.

Sears e Miller (1941)²² hanno apportato ulteriori e importanti modifiche alla concezione teorica iniziale di Dollard: l'aggressività è solo una delle possibili risposte alla frustrazione, ma sicuramente, essendo ordinate gerarchicamente in base alle condizioni ambientali, ne rappresenta il vertice.

I primi studi sull'aggressività in gruppi umani sono stati condotti intorno agli anni Trenta da Lewin²³. Rifiutando sostanzialmente lo schema esplicativo S-R e l'idea dell'apprendimento del comportamento per semplice associazione, Lewin insiste sul potere determinante del gruppo, inteso come un "campo" in cui l'individuo opera. Le caratteristiche comportamentali della singola persona si plasmano in funzione dell'assetto complessivo del gruppo, il quale le modifica rispetto a quelle che la stessa

²¹ J. Dollard, N.E. Miller, L.W. Doob, L.H. Mowrer, R.R. Sears, (1967), *Frustrazione e aggressività*, Firenze: Editrice Universitaria

²² Ibidem.

²³ M. Fornaro, (2004), *Aggressività*, Torino: Centro Scientifico Editore

persona avrebbe in un altro contesto. Per questo motivo, gli studi di questo autore vengono considerati al di fuori dell'area comportamentista, ma più propriamente nell'ambito della psicologia sociale. In base a queste premesse, interpreta il diverso comportamento del gruppo e delle singole persone dal complessivo "clima" relazionale tra i membri, il quale, a sua volta, viene creato dal diverso stile di leadership (autoritario, democratico, lassista). Per Lewin, quindi, l'atmosfera di gruppo (in particolare autoritaria) è decisiva per l'induzione del comportamento aggressivo delle singole persone, come effetto pressoché immediato delle forze interagenti nel campo-gruppo, piuttosto che la diretta influenza modellatrice del leader o le caratteristiche pregresse dei singoli.

Milgram (1974)²⁴ ha condotto delle interessanti ricerche sul rapporto tra aggressività e obbedienza. La grande maggioranza delle persone che partecipavano ai suoi esperimenti, pur ritenendo di procurare intenso dolore alla vittima, somministrava scosse molto forti dietro ordine dello sperimentatore. Questi casi andrebbero a confermare l'ipotesi dell'aggressività "facile", che si manifesta quando se ne delega la responsabilità all'autorità, alla struttura organizzativa. Non esiste, secondo l'autore, un'aggressività latente, che può sfogarsi parandosi dietro l'obbedienza, ma la spiegazione di questo comportamento va cercata nello spirito di obbedienza all'autorità, che è diventato un tratto della personalità educata al conformismo. In questo caso le cause dell'aggressività facile sono fatte risalire alla soggezione verso le figure e le organizzazioni autorevoli della società.

Nella fase di passaggio dal comportamentismo al cognitivismo, la tesi di Dollard della frustrazione-aggressione, anche se contestata, rimane un punto di partenza importante. Se la frustrazione è accettata come uno dei fattori in grado di innescare una risposta aggressiva, le ricerche si muovono nella direzione di indagare le variabili esterne e poi anche interne dell'individuo che intervengono nell'indirizzare l'effettiva risposta. Inizialmente prevalgono le risposte che insistono sulle variabili ambientali: la paura della punizione, l'indisponibilità dell'agente frustrante come bersaglio dell'atto, sopprimono la risposta aggressiva o la deviano su un altro oggetto; viceversa, suggerimenti che evocano aggressività, come l'esposizione ad un'arma, incrementano la probabilità di emissione di risposte aggressive a parità di situazione frustrante²⁵.

Così, il modello frustrazione-aggressione tende progressivamente a uno scioglimento in due direzioni:

²⁴ Ibidem.

²⁵ M. Fornaro, (2004), *Aggressività*, Torino: Centro Scientifico Editore

- a) negando il primato della spinta reattiva nel promuovere l'aggressività (intesa come pulsione che cresce e deve in qualche modo scaricarsi), a favore di situazioni circostanziali che orientano la risposta alla frustrazione, innescando eventualmente un comportamento aggressivo;
- b) insistendo sul ruolo di mediatore dei fattori cognitivi o interni, nella valutazione sia della sensazione o emozione spiacevole, sia della situazione esterna.

Questi sviluppi non rompono ancora con lo schema generale S-R, per cui l'aggressione è comunque una risposta a certe situazioni stimolo e non un'autonoma e originale iniziativa della persona. Tuttavia, l'idea di una valutazione cognitiva che modula la risposta, porta la teoria in una direzione che va oltre al modello comportamentista. Gli studi di Berkowitz e Bandura, sono un esempio del generale passaggio al modello cognitivista e dei suoi sviluppi²⁶.

Secondo questo approccio, si pone attenzione al ruolo che assume la *valutazione cognitiva* dello stesso stimolo attivante, interno o esterno all'organismo. Per esempio, secondo la teoria dell'attribuzione cognitiva dell'attivazione fisiologica (Zillmann, 1979)²⁷, la risposta aggressiva dipende da come una data reazione fisiologica, suscitata nell'organismo da uno stimolo spiacevole, è classificata e compresa dal soggetto. A sostegno di questa tesi possiamo ricordare gli studi di Schachter e Singer (1962)²⁸, in cui l'attivazione fisiologica non determina la stessa risposta emotiva, perché l'emozione espressa e il conseguente comportamento, dipendono dagli elementi cognitivi a disposizione del soggetto e dalla relazione in cui si trova. Risulta infatti che la risposta aggressiva è doppiamente funzionale: all'intensità dell'attivazione somatica e all'interpretazione di natura cognitiva della situazione. Può quindi succedere, che l'eccitazione fisiologica proveniente da una certa fonte (non necessariamente spiacevole, ad esempio un intenso esercizio fisico, l'esposizione a immagini erotiche, l'uso di sostanze), possa essere trasferita a pregresse o successive situazioni spiacevoli, frustranti, così da incrementare la possibilità di emettere risposte aggressive (Zillmann, 1994)²⁹.

Secondo Berkowitz (1993)³⁰ la valutazione cognitiva entra certamente nella decisione che la persona prende di fronte ad eventi spiacevoli. La situazione frustrante è già soggetta a valutazione: se la frustrazione è attribuita ad un evento accidentale

²⁶ Ibidem.

²⁷ Ibidem.

²⁸ Ibidem.

²⁹ M. Fornaro, (2004), *Aggressività*, Torino: Centro Scientifico Editore

³⁰ L. Berkowitz, (1993), *Aggression: its cause, consequence and control*, New York: McGraw-Hill

abbiamo una reazione, se la situazione è attribuita all'intenzione malevola di qualcuno ne abbiamo un'altra. Inoltre l'evento spiacevole, di cui la frustrazione è solo un caso, può nascere in sentimenti di rabbia o di paura: l'alternativa è decisa in funzione delle memorie e delle risposte precedenti che vanno ad associarsi con l'affetto negativo provocato da tale evento. Quale sia la via che la reazione emozionale prende, fino alla consumazione o meno dell'atto aggressivo, dipende da ulteriori valutazioni cognitive degli effetti prevedibili (in base alle esperienze precedenti di premio-punizione dell'aggressione) e infine dalle regole sociali apprese. In conclusione il comportamento che sfocia nell'aggressione è l'esito di una successione di sequenze, caratterizzate da sorte di nodi decisionali cognitivi, secondo un modello che mima l'elaborazione seriale dell'informazione.

Bandura³¹(1973), all'interno della teoria dell'apprendimento sociale cerca di spiegare l'aggressività come il risultato dell'imitazione di modelli socialmente influenti che ispirano nuovi tipi di comportamento aggressivo e disinibiscono quelli appresi precedentemente. Comunque, la messa in pratica di un comportamento aggressivo dipende sempre dalla valutazione della situazione istigatrice, dalla stima delle conseguenze prevedibili e dall'elaborazione interna del pensiero. Questa elaborazione, del resto, comporterebbe una sorta di "ruminazione" di esempi esterni che creerebbero una sorta di autoattivazione in grado di sfociare in comportamenti particolarmente violenti.

Un altro concetto importante, elaborato nell'ambito di questi approcci teorici ed in particolare all'interno delle teorie della processazione dell'informazione, è quello dello *script*, cioè del copione o canovaccio che prestabilisce a grandi linee il repertorio comportamentale adeguato in una data circostanza. E' in base a questi schemi, formatisi a partire dalla prima infanzia, che ci si comporta in un modo piuttosto che in un altro, e se nella storia di un individuo sono privilegiati script di tipo rabbioso-aggressivo, essi verranno messi in atto con maggiori probabilità in situazioni critiche.

1.4.3 L'approccio psicodinamico

In ambito psicodinamico, il tema dell'aggressività è legato ad una questione fondamentale: l'aggressività è un istinto innato e inevitabilmente centrale nella vita emozionale degli uomini, o è qualcosa che il genere umano sviluppa in modo reattivo o

³¹ A. Bandura, (1973), *Aggression: a social learning analysis*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall

difensivo rispetto ad un ambiente che si configura come deprimente, frustrante o minaccioso?

Complessivamente, nella produzione freudiana e nella produzione analitica post-freudiana, possiamo rintracciare e seguire lo sviluppo di tre ipotesi: l'ipotesi di un'aggressività primaria, l'ipotesi di un'aggressività reattiva ad una esperienza di frustrazione e, infine, l'ipotesi dell'esistenza di una pulsione di morte.

La ricerca di Freud³² sull'aggressività ha origine dagli spazi carenti della teoria della libido, assumendo nel corso del tempo una centralità e uno spessore sempre maggiori, soprattutto per gli interrogativi suscitati, più che per le certezze raggiunte.

In una prima fase, fino al 1915, l'aggressività si configura come un aspetto della libido, e solo in una fase successiva viene avanzata l'ipotesi di una aggressività indipendente dalla libido e ascrivibile alle pulsioni dell'Io. L'aggressività, infatti, si va delineando come una manifestazione delle pulsioni dell'Io tese all'autoconservazione e al controllo della realtà: in questa prospettiva, l'aggressività e l'odio scaturiscono dal bisogno di allontanare ciò che reca, in qualsiasi forma, dispiacere.

Con la pubblicazione di *Al di là del principio del piacere* (1920)³³, l'aggressività assume un ruolo ancora più importante, diventando manifestazione esterna della pulsione di morte. In questo modo, l'aggressività e la distruttività entrano sul palcoscenico della teoria psicoanalitica. La pulsione di morte, contrapposta alla pulsione di vita e al concetto correlato di libido, tende alla completa riduzione delle tensioni e a ridurre l'essere vivente allo stato inorganico. Per questo motivo, la pulsione di morte viene inizialmente diretta all'interno e orientata all'autodistruzione, secondariamente, viene diretta verso l'esterno, manifestandosi sottoforma di aggressività e distruttività.

Dopo la formulazione della teoria relativa all'esistenza della pulsione di morte, ne *Il disagio della civiltà* (1929)³⁴, Freud sostiene che, a fronte di tutte le esperienze della vita e della storia, non si può contestare l'affermazione "homo homini lupus". Secondo Freud, nell'uomo ci sarebbe un'aggressività innata, come quella caratteristica di una bestia selvaggia senza rispetto alcuno per la propria specie. Infatti, la pulsione di morte concede un elevato godimento narcisistico: il trionfo dell'aggressività non è altro che il trionfo dell'onnipotenza. L'ostilità primaria metterebbe a dura prova la civiltà, che, al

³² G. Ingrascì, M. Picozzi, (2002), *Giovani e criminali violenti*, Milano: McGraw-Hill

³³ S. Freud, "Al di là del principio del piacere", in *Opere*, (1980), a cura di L. Musatti, vol. IX, Torino: Boringhieri

³⁴ S. Freud, "Il disagio della civiltà", in *Opere*, (1980), a cura di L. Musatti, vol. X, Torino: Boringhieri

contrario è al servizio dell'Eros e quindi della vita, e cerca di unire gli uomini in legami d'amore per combattere Thanatos, pulsione distruttiva e mortifera.

All'interno del movimento psicoanalitico ci sono state molteplici scissioni e dissenzi verso le tesi di Freud. Sicuramente, la posizione assunta da Adler (1908)³⁵, allievo di Freud, è interessante, in quanto la scissione dalle tesi del maestro verte proprio sul tema dell'aggressività.

Il modello adleriano dell'aggressività non è quello dell'istinto, ma quello della reazione alla frustrazione, modello in cui una condotta reattiva, compensatoria e funzionale ad un certo adattamento, viene associata e ancorata a determinate esperienze e apprendimenti. La pulsione aggressiva si esprime nel bisogno di compensare una qualche inferiorità fisica e in generale un sentimento di inadeguatezza; dalla stessa fonte compensativa viene pure il bisogno di emergere, facendo valere la propria supremazia.

In questo senso, l'aggressività per Adler assume una valenza decisamente benevola e positiva, in quanto consiste in un processo psichico che mira all'affermazione di sé e del proprio valore.

Il problema tra lo sviluppo dell'aggressività come realizzazione di sé e il suo sviluppo nelle forme distruttive e asociali viene spiegato tenendo conto che il sentimento di inferiorità non nasce solo da un'oggettiva menomazione o inadeguatezza, ma anche da una diffusa pratica educativa che esaspera la naturale debolezza e l'insufficiente capacità adattiva del bambino. Secondo Adler, l'aggressività disfunzionale non è costituzionale, ma è una malformazione del carattere causata da scorrette prassi pedagogiche e dalla mancata conoscenza dei problemi dell'età evolutiva³⁶.

La scuola kleiniana ha accolto le posizioni di Freud, relative alla dualità degli istinti e all'esistenza della pulsione di morte come base dell'aggressività distruttiva, integrandole con le tematiche relative ai primissimi stadi dello sviluppo sessuale, all'elaborazione delle prime relazioni oggettuali, all'incorporazione dell'oggetto nello stadio sadico-orale, all'importanza delle precocissime soddisfazioni e frustrazioni.

Se Freud aveva dissolto le illusioni di un mondo infantile estraneo alla passione, la Klein³⁷ attacca frontalmente l'ingenua convinzione di una dimensione infantile estranea all'ostilità e alla violenza, parlando di una distruttività molto precoce, dalla quale l'organismo deve proteggere se stesso e i propri oggetti.

³⁵ G. Ingrascì, M. Picozzi, (2002), *Giovani e criminali violenti*, Milano: McGraw-Hill

³⁶ M. Fornaro, (2004), *Aggressività*, Torino: Centro Scientifico Editore

³⁷ G. Ingrascì, M. Picozzi, (2002), *Giovani e criminali violenti*, Milano: McGraw-Hill

Anche per la Klein la pulsione di morte può rappresentare metaforicamente tutto ciò che rende difficile la crescita e si oppone alla vita, con lo scopo di evitare la fatica e la sofferenza che il percorso maturativo inevitabilmente comporta. La pulsione di morte è un “fatto” costituzionale, ma i suoi esiti dipendono proprio da quelle tensioni e privazioni che l’ambiente impone ad ogni singolo organismo. Ecco perché sono così importanti le precocissime esperienze di soddisfazione e frustrazione nello sviluppo del bambino.

La pulsione aggressiva, prima di tradursi in un comportamento, si realizza già nella rappresentazione, cioè nell’“oggetto interno”, ma queste immagini sono vivide e sentite come se fossero entità o persone reali. L’oggetto è buono o cattivo in quanto investito di una carica libidica o aggressiva e quindi: se è sentito buono, è amato e desiderato, se sentito cattivo, è odiato e aggredito. L’oggetto si colora delle modalità del soggetto. La pulsione aggressiva può essere ricondotta alla modalità intenzionale cattiva, correlata ad una immagine cattiva dell’oggetto. Quindi, se l’oggetto è sentito cattivo, andrà distrutto con un’azione preventiva.

In conclusione, per la Klein l’aggressività si realizza in un orizzonte di anticipazioni e consumazioni fantasmatiche, in un mondo immaginario, che suscita e poi attiva comportamenti realmente aggressivi. Qui, come nel sogno, l’Io non è nettamente distinto dagli oggetti con cui si rapporta, ma interscambiabile. Pertanto, tenendo conto dei processi di introiezione, proiezione e identificazione, l’aggressione verso oggetti interni, si rivolge verso oggetti reali esterni, per riconvertirsi a sua volta in aggressività rivolta all’interno come nella depressione o nel senso di colpa. Inoltre, capita anche che nella modalità paranoie, l’origine interna dell’aggressività non venga riconosciuta, ma attribuita ad un oggetto esterno, il “nemico”. L’aggressività allora non ha più una funzione adattiva, ma diventa la fuga e lo scarico di una disagio che procede dal mondo interno³⁸.

Su questi meccanismi proiettivi dell’aggressività, Fornari³⁹ (1970) ha elaborato uno strumento per leggere intere dinamiche di gruppo, sondando i fantasmi collettivi, in gran parte agiti, ma non riconosciuti.

Le elaborazioni fantasmatiche di tipo paranoie e in parte anche depressive, concorrono a creare il nemico anche nei rapporti tra stati. Al nemico si attribuisce l’immagine di un persecutore che vuole il nostro male, cioè distruggerci, quando in verità siamo noi stessi che proiettiamo sull’altro la colpa dei nostri mali,

³⁸ M. Fornari, (2004), *Aggressività*, Torino: Centro Scientifico Editore

³⁹ F. Fornari, (1970), *Psicoanalisi della guerra*, Milano: Feltrinelli

dell'aggressività interna a ciascuno e al nostro gruppo, anziché prenderne atto e assumercene la responsabilità. L'aggressività è così dislocata sull'altro gruppo, in un processo immaginario, atto a legittimare ideologicamente la preventiva distruzione bellica.

Per Lacan (1948)⁴⁰, le fantasie di distruzione sono componenti essenziali dello sviluppo del bambino. Infatti, secondo la sua teoria, la visione di sé allo specchio o la visione del coetaneo, concorre allo sviluppo dell'Io del bambino. Ma l'acquisizione dell'immagine di sé nel riflesso speculare, comporta l'incapacità di tollerare la presenza di un altro simile a sé che mette in discussione l'acquisizione dell'Io. La vista dell'altro desiderante, in una fase come quella infantile di scarsa capacità di autonomia ed individualità, suscita il desiderio per lo stesso oggetto, reso desiderabile proprio dal fatto che l'altro lo desidera. L'aggressività che questa competizione può generare è legata alla costruzione immaginario-narcisistica dell'Io.

Lacan propone l'esemplare dialettica di servo e signore: la lotta a morte che si ingaggia con l'altro al fine di essere riconosciuti nella propria incondizionata supremazia. Nell'affermazione del proprio valore non si può escludere un'ottica narcisistica, ma allo stesso tempo non c'è alcuna componente reattiva verso una situazione avversa. L'aggressività nasce dall'autonomo desiderio di valere in maniera assoluta e fuori da ogni reciprocità e riconoscimento dell'altro come un pari a sé.

Tra i primi a contestare la teoria esclusivamente endogena dell'origine dell'aggressività sono stati gli psicoanalisti postisi in aperta polemica con Freud, già a partire dagli anni Quaranta. Tra questi, Fromm e la scuola culturalista americana, hanno contestato l'impianto teorico pulsionale di Freud, sostenendo il primato delle influenze ambientali.

Secondo "l'orientamento culturalista", l'ambiente sociale, favorevole o sfavorevole, entra nella costituzione stessa della persona, sia normale sia patologica, concorrendo a formarne il carattere. Fromm, in particolare, con *Anatomia della distruttività umana* (1973)⁴¹, distingue tra un'aggressività benigna, difensiva, funzionale all'autoconservazione e comune agli animali, e una maligna, perversa, propria dell'uomo e nata dall'interazione tra i suoi bisogni esistenziali e le circostanze sociali. Quest'ultima forma di aggressività si formerebbe in contesti ambientali sfavorevoli e in primo luogo, nella famiglia, come risposta ad una minaccia per la sopravvivenza o per l'interesse vitale della persona.

⁴⁰ M. Fornaro, (2004), *Aggressività*, Torino: Centro Scientifico Editore

⁴¹ E. Fromm, (1973), *Anatomia della distruttività umana*, Milano: Mondadori

Altri autori non credono all'esistenza di una pulsione aggressiva originaria e vedono l'aggressività come una difesa o come una conseguenza di altri stimoli primitivi. Una fonte di opposizione alle concezioni innatiste dell'aggressività infantile è rappresentata dalla vasta gamma di studi sulla storia relazionale e la situazione ambientale in cui vive il bambino. Nuova attenzione viene così rivolta verso i traumi, specie nella prima infanzia, che consistono in episodi di violenza subita, fisica o psicologica, abusi sessuali e anche traumi che maturano nel contesto di uno stile di attaccamento "evitante" o nel rapporto con genitori poco empatici, incapaci di soddisfare gli autentici bisogni del piccolo.

Tra questi autori, possiamo ricordare Kohut (1985)⁴², che considera l'aggressività come una reazione o come il risultato condizionato dal fallimento dell'oggetto-sé nel rispondere al bisogno del bambino di soluzioni necessarie e indispensabili al suo sviluppo psicofisico.

Secondo questo autore, le forme distruttive di aggressività sono senz'altro sul versante patologico, e derivano da un'immagine grandiosa e onnipotente del Sé che si è formata come contropartita di una grave depressione o come continuazione lineare di una grandiosità infantile non maturata. Pertanto, questa immagine grandiosa di Sé non tollera qualunque offesa le venga arrecata: anche la più piccola frustrazione può scatenare una forte rabbia narcisistica, tanto più distruttiva quanto più grandiosa è quell'immagine⁴³.

Secondo Bowlby, il rapporto tra aggressività e attaccamento deve essere rintracciato nella costruzione dei modelli operativi interni: un'insieme di conoscenze su di sé e l'altro (schemi cognitivi interpersonali), che il bambino costruisce fin dalla prima infanzia⁴⁴. In una situazione di attaccamento insicuro, i modelli operativi forniscono l'idea di un Sé non degno di attenzione, inoltre, se le figure di attaccamento sono emozionalmente distanti, fredde o ostili, spaventate o spaventanti, non c'è aspettativa di conforto e aiuto, di conseguenza, l'esperienza traumatica è più difficile da superare. In questo caso, nell'affrontare le successive competizioni, il bambino, l'adolescente e poi l'adulto, mostrerà una eccessiva timidezza, comportamenti di evitamento, oppure una elevata quota di aggressività.

Il fallimento dell'esperienza di attaccamento e la mancata sintonizzazione con il caregiver portano ad uno scarso senso di empatia e ad una disumanizzazione dell'altro.

⁴² H. Kohut, (1985), *Potere, coraggio e narcisismo*, Roma: Astrolabio

⁴³ M. Fornaro, (2004), *Aggressività*, Torino: Centro Scientifico Editore

⁴⁴ G. Ingrasci, M. Picozzi, (2002), *Giovani e criminali violenti*, Milano: McGraw-Hill

Il comportamento violento sarebbe, quindi, non un istinto biologico innato, ma la manifestazione della distruzione dei legami di attaccamento e di un Sé frammentato (De Zulueta, 1993)⁴⁵.

In conclusione, lo stato attuale del dibattito sull'aggressività sottolinea la complessità dell'oggetto di indagine, individuando, nello stesso tempo, ambiti di ricerca che meritano ulteriori e importanti approfondimenti. Per ora resta ancora valida la distinzione tra modelli che sostengono l'ipotesi della pulsione di morte, modelli che propongono l'ipotesi dell'aggressività come reazione alla frustrazione e altri che sostengono l'ipotesi di una pulsione aggressiva originaria.

1.4.4 L'approccio biologico

Studi neuroanatomici, neurochimici e neuroendocrinologici condotti sugli animali hanno contribuito a fornire una chiave interpretativa estremamente utile per approfondire le conoscenze degli aspetti biologici del comportamento aggressivo dell'uomo.

Moyer (1976)⁴⁶ ha descritto alcuni tipi di aggressività negli animali: predatoria, competitiva, difensiva, territoriale. Queste diverse finalizzazioni del comportamento aggressivo non sono presenti in tutti gli animali nella stessa misura: possono differire tra individui della stessa specie e a volte in base all'età e al sesso. Comunque, negli animali il comportamento aggressivo assume le caratteristiche di una "preprogrammazione genetica", con schemi di condotta stereotipati e ripetitivi. Nell'uomo questo "determinismo biologico" si compenetra necessariamente con i valori morali e sociali che la vita in comune esige. Natura e cultura si fondono nell'essere umano e la capacità di riflettere, a differenza degli animali, gli consente di modulare gli istinti.

La ricerca genetica. Numerose ricerche sugli animali hanno dimostrato che il temperamento può avere una base genetica. Comunque, gli studi che tendono a provare l'ereditarietà delle condotte aggressive nell'uomo sono tuttora frammentari e i risultati limitati e non univoci.

Numerosi studi (Nielson, 1970, Hendrikson, 1972; Nanko, 1979; Noel, Benezech, 1977; Witken, 1976)⁴⁷ hanno osservato un'associazione fra genotipi XXY e XYY e il comportamento criminale. Tuttavia, come fanno notare Schiavi e coll. (1984)⁴⁸, le

⁴⁵ F. De Zulueta, (1993) *Dal dolore alla violenza*, Milano: Raffaello Cortina

⁴⁶ M. Sanza, (1999), *Il comportamento aggressivo e violento in psichiatria*, Torino: Centro Scientifico Editore

⁴⁷ G. Ingrassi, M. Picozzi, (2002), *Giovani e criminali violenti*, Milano: McGraw-Hill

⁴⁸ Ibidem.

persone con questo genotipo rappresentano una quota minima della popolazione e l'associazione tra queste anomalie cromosomiche e il comportamento aggressivo o violento è probabilmente dovuta al basso livello di intelligenza e di controllo delle emozioni tipico dei portatori di tali cromosomi.

Studi (Hen 1997)⁴⁹ condotti su topi portatori di mutazioni che causano una mancanza di recettori serotoninergici 5HT1B, mostrano che essi sono più attivi, più aggressivi, assumono più velocemente cocaina auto-somministrata e alcol. Queste ricerche permettono di formulare l'ipotesi secondo la quale mutazioni del gene per il recettore 5HT1B costituiscano il substrato genetico di condizioni come l'iperattività infantile, la suscettibilità all'abuso di sostanze e al comportamento aggressivo e violento.

Un altro importante esempio del ruolo svolto dal genoma nell'aggressività è fornito da uno studio condotto da Brunner e i suoi collaboratori nel 1993⁵⁰. Questi autori hanno analizzato le cause genetiche di una patologia manifestata da un campione cospicuo di persone di sesso maschile selezionate nell'ambito di uno specifico gruppo familiare. Questa patologia è caratterizzata da elevati livelli di aggressività (aggressioni, tentativi di stupro, esibizionismo), disturbi del metabolismo dei neurotrasmettitori monoaminici e da un deficit selettivo e completo dell'attività dell'enzima monoamminossidasi A (le MAO sono un gruppo di enzimi che inattivano alcuni neurotrasmettitori cerebrali monoaminici come serotonina, noradrenalina e dopamina).

Brunner e i suoi collaboratori sono riusciti a individuare una mutazione nella sequenza del genoma che codifica per la MAO-A in ciascuno dei pazienti affetti dalla patologia descritta. I risultati di questo lavoro sembrano attribuire un ruolo importante all'attività MAO nel controllo dell'aggressività, e più specificamente ai livelli dei neurotrasmettitori monoaminergici che le monoamminossidasi sono in grado di degradare: serotonina, dopamina e noradrenalina.

Fra le diverse metodologie che si possono impiegare per lo studio del ruolo del patrimonio genetico nel comportamento aggressivo, gli studi sui gemelli sembrano essere quelli più dotati di valenza esplicativa.

I risultati delle ricerche sui gemelli risultano sostanzialmente omogenei: Christiansen (1968) rileva una differenza significativa nella concordanza per la

⁴⁹ R. Hen, (1997), *Targeting and additive behaviour using serotonin receptor knockout mice*, San Diego: San Diego University Press

⁵⁰ V. Cestari, (2000), *Le basi biologiche dell'aggressività*, Medicina delle Tossicodipendenze, vol. 26-27, pp. 7-14

criminalità per gemelli monozigoti e gemelli dizigoti (74% contro 47%); Brennan e Mednick (1993), riassumendo i risultati di ricerche empiriche condotte tra il 1929 e il 1961, dimostrano una più alta concordanza per quanto riguarda il comportamento antisociale tra gemelli monozigoti rispetto agli eterozigoti. Lyons (1996) osserva una differenza significativa per arresti e/o comportamenti aggressivi occorsi dopo i 15 anni, su un campione di 3226 coppie di gemelli tra i 36 e i 55 anni. La ricerca ha indicato che il fattore genetico contribuisce significativamente alla probabilità di essere arrestato dopo i 15 anni, l'ambiente condiviso, invece, influenza significativamente le differenze individuali nella condotta criminale e nell'essere arrestato prima dei 15 anni⁵¹.

Le strutture anatomiche. Il notevole progresso nella conoscenza neuroanatomica alla base del comportamento aggressivo deriva dagli studi di fisiologia sperimentale sugli animali e dai risultati delle osservazioni, dirette ed indirette, scaturite da lesioni chirurgiche o dalla stimolazione elettrica di alcune aree cerebrali. Infatti, in situazioni sperimentali, il comportamento aggressivo può essere indotto dalla stimolazione elettrica di alcune aree cerebrali e inibito dalla stimolazione di altre aree, spesso poste molto vicine alle prime. Il comportamento aggressivo nei mammiferi sembra essere il risultato di un antico sistema, filogeneticamente determinato, di reti neuronali che vanno dalla corteccia prefrontale alle strutture limbiche, come amigdala e ipotalamo, al tronco, al ponte e ai nuclei cerebellari centrali. Pertanto, la maggior parte del sistema si trova in quella parte del cervello che l'uomo ha ereditato, quasi immutata, dai propri antenati animali⁵².

La rabbia esplosiva può essere indotta nei mammiferi da un impulso elettrico diretto su piccoli e specifici siti nel cingolo anteriore, nell'ipotalamo, nel talamo, nell'amigdala e nell'ippocampo. Nei primati e nell'uomo, l'inibizione della rabbia e del comportamento aggressivo si può ottenere stimolando la corteccia mediana e prefrontale, l'amigdala, i nuclei cerebellari mediani e i nuclei del setto (Garza, Trevino, 1994)⁵³. Lesioni sperimentali di questi centri inibitori possono provocare comportamento aggressivo anche in seguito a provocazioni minime, dato che i centri danneggiati non sono più in grado di regolare i centri della rabbia.

Numerose prove cliniche hanno confermato l'importanza dell'amigdala come centro interessato nella mediazione dell'ansia e della paura, sentimenti che sono alla

⁵¹ G. Ingrascì, M. Picozzi, (2002), *Giovani e criminali violenti*, Milano: McGraw-Hill

⁵² M. Sanza, (1999), *Il comportamento aggressivo e violento in psichiatria*, Torino: Centro Scientifico Editore

⁵³ Ibidem.

base dei comportamenti di attacco e fuga negli animali e dei comportamenti aggressivi nell'uomo. L'amigdalectomia bilaterale, ad esempio, ha ottenuto nell'85% dei casi trattati in uno studio, la drastica riduzione di comportamenti aggressivi e violenti (Narabayashi, 1963)⁵⁴. In altri casi, la presenza di lesioni dei nuclei dell'amigdala è associata a comportamenti aggressivi (Tonkonogy, 1991)⁵⁵.

L'ipotalamo è una struttura connessa alle manifestazioni delle emozioni, pertanto è in grado di modulare gli stati fisiologici associati alla paura, rabbia, fame, sete, piacere. Le alterazioni comportamentali associate alla funzione ipotalamica sono connesse con espressioni di rabbia, aggressività e paura, in risposta a situazioni di stress, pericolo o difesa.

La corteccia frontale ventro-mediale ed orbito-frontale, sembrano esercitare un ruolo inibitorio sul comportamento aggressivo (Bechara, 1994; Damasio et al., 1990)⁵⁶. Nell'uomo e nella scimmia, la stimolazione della corteccia prefrontale orbitale e ventro-mediale conduce all'inibizione delle reazioni di rabbia e delle espressioni di aggressività, mentre lesioni neurodegenerative, traumatiche o neoplastiche di queste strutture facilitano comportamenti violenti o disinibiti (Elliott, 1990; Lapierre, 1995)⁵⁷. Studi condotti con la più recente e innocua metodica della PET (Tomografia ad Emissione di Positroni), hanno evidenziato un significativo calo di glucosio (e quindi un mal funzionamento a livello metabolico), nelle aree prefrontali di un'alta percentuale di carcerati per omicidi impulsivi. Questi risultati depongono a favore di una correlazione tra l'ipoattività di questa area e la personalità violenta (Davidson, 2000)⁵⁸.

Riassumendo, in base ai dati forniti da questi studi neurobiologici, il comportamento aggressivo si verificherebbe perché i centri della rabbia, posti nelle strutture limbiche, filogeneticamente più antiche, non sono contrastati dai centri inibitori del lobo prefrontale. I lobi frontali e prefrontali sono indicati come le strutture cerebrali sedi della capacità di astrazione, giudizio, pianificazione, analisi motivazionale e autoregolazione. Una persona con un danno o una lesione in queste aree, manifesta scarso controllo delle emozioni, egocentrismo, mancanza di empatia, incapacità di pianificazione, scarsa capacità di autocontrollo e quindi maggiore predisposizione a mettere in atto comportamenti aggressivi.

⁵⁴ A. Bani, M. Miniati, M. Di Fiorino, (1997), *L'aggressività, aspetti clinici*, Lucca: Psichiatria e territorio
⁵⁵ Ibidem.

⁵⁶ M. Di Fiorino, A. Gemignani, (2004), *Il paziente violento*, Lucca: Psichiatria e territorio

⁵⁷ Ibidem.

⁵⁸ M. Fornaro, (2004), *Aggressività*, Torino: Centro Scientifico Editore

Gli ormoni sessuali. In genere, gli ormoni ritenuti modulatori delle manifestazioni aggressive sono quelli sessuali e steroidei. Nella specie umana, la somministrazione di testosterone comporta un aumento dell'aggressività in entrambi i sessi e la castrazione, nel sesso maschile, comporta una riduzione della spinta aggressiva. Inoltre donne "violente" presentano spesso un tasso ematico di testosterone più elevato rispetto alle donne "non violente". Tuttavia il rapporto tra ormoni e aggressività continua ad essere argomento di dibattiti scientifici.

Infatti, negli animali da esperimento, il testosterone induce comportamenti aggressivi legati alla competizione per il ruolo sociale, per l'accoppiamento, per le attività predatorie, per la difesa e la conquista del territorio. Tuttavia, recenti studi, condotti su specie diverse, hanno dimostrato che questa relazione non è così lineare ed automatica. Gli ormoni sessuali possono avere, cioè, effetti diversi sia su membri di sesso opposto, sia su membri dello stesso sesso ma appartenenti a specie differenti. Questi effetti cambierebbero in rapporto ai periodi della vita e risentirebbero dell'interazione con altri ormoni come adrenalina e noradrenalina (Van de Poll, 1981)⁵⁹.

Il fatto di considerare il testosterone come un fattore che facilita l'aggressività, concorre a spiegare, senza dimenticare l'importanza dei fattori educativi e culturali, la straordinaria prevalenza dei crimini violenti maschili in tutte le popolazioni. Comunque, il minor numero di atti violenti nella donna rispetto all'uomo, non depone di per sé a favore di una minore propensione femminile all'aggressività in generale, ma solo alle manifestazioni violente e fisiche della stessa. Non sono da trascurare le forme verbali e le forme più subdole e meno vistose come il pettegolezzo, le maldicenze, l'invidia e la perfidia (Crowley, 1999).⁶⁰

I neurotrasmettitori. Studi sugli animali hanno evidenziato come l'aggressività venga favorita da neurotrasmettitori come: l'acetilcolina, la dopamina e la noradrenalina. Al contrario, un'azione inibente viene svolta dalla serotonina e dal GABA (Elliot 1990)⁶¹. Se negli animali queste relazioni sono assodate, nell'uomo il rapporto non è così lineare. Comunque, anche per la specie umana, un ruolo particolare spetta alla noradrenalina, come fattore favorente i comportamenti aggressivi, e alla serotonina, come fattore inibente. Le osservazioni degli ultimi 20 anni hanno indicato che i livelli di serotonina sono inversamente correlati a manifestazioni aggressive ed impulsive, mentre la noradrenalina è correlata con l'aumento dell'attivazione e della

⁵⁹ A. Bani, M. Miniati, M. Di Fiorino, (1997), *L'aggressività, aspetti clinici*, Lucca: Psichiatria e territorio

⁶⁰ M. Fornaro, (2004), *Aggressività*, Torino: Centro Scientifico Editore

⁶¹ A. Bani, M. Miniati, M. Di Fiorino, (1997), *L'aggressività, aspetti clinici*, Lucca: Psichiatria e territorio

vigilanza, che porterebbero all'espressione comportamentale dell'aggressività (Coccaro, 1998)⁶². Inoltre, la carenza della serotonina induce disfunzioni nei circuiti che presiedono alla regolazione delle emozioni, situati in varie aree della corteccia prefrontale: tali disfunzioni facilitano l'aggressione immediata ed esplosiva, conseguente al mancato controllo dei fenomeni di rabbia (Davidson, 2000).

In conclusione, un'attenta analisi delle basi biologiche e delle facilitazioni genetiche, neurofisiologiche, ormonali e neurotrasmettitoriali dei comportamenti aggressivi, non depone a favore di una concezione biologica e innata dell'aggressività. Evidenzia solo la presenza di componenti innate nella causa e nell'esercizio dell'aggressività, in base al patrimonio genetico di ciascuno. Sicuramente, queste componenti somatiche e le loro variazioni incidono, a parità di altre condizioni, nella probabilità di attuazione di un comportamento aggressivo.

1.5 Predittività del comportamento aggressivo

A partire dagli anni Ottanta, molti ricercatori si sono occupati di studi che vertono sulla prevedibilità del comportamento aggressivo e violento, cercando di definire accuratamente le caratteristiche del fenomeno e le variabili ad esso associate che consentono di anticiparne l'attuazione. Questi studi si sono concentrati sulle caratteristiche fenomeniche, sui correlati clinici, personologici e situazionali dell'episodio, con lo scopo di inquadrare le condizioni di prevedibilità sulla base della conoscenza dei fattori di rischio⁶³. A questi fattori, va poi associata la presenza di eventuali variabili cliniche, considerate i più significativi predittori di un futuro comportamento violento.

Tra i *fattori individuali* (Tardiff, 1989)⁶⁴, assumono particolare rilievo la giovane età, la razza non bianca, una carriera istituzionale alle spalle, una storia di pregressi gesti violenti, il sesso maschile, bassa scolarità e un basso status socio-economico. A questi elementi possiamo aggiungere l'integrità neurologica e anche il complessivo quoziente intellettivo, come fattori individuali significativi.

La presenza di episodi di aggressività, violenza o altri comportamenti impulsivi nell'anamnesi di una persona è probabilmente l'elemento di maggiore importanza nella valutazione dei suoi comportamenti potenziali. La violenza passata è predittiva di una

⁶² M. Di Fiorino, A. Gemignani, (2004), *Il paziente violento*, Lucca: Psichiatria e territorio

⁶³ M. Sanza, (1999), *Il comportamento aggressivo e violento in psichiatria*, Torino: Centro Scientifico Editore

⁶⁴ R. Ariatti, G. Neri, (1998), *Il giudizio di pericolosità*, Nòos, vol. 2. pp. 143-149

violenza futura. Gli episodi pregressi di aggressività o violenza devono essere analizzati in maniera dettagliata, così da comprendere la gravità dell'episodio e qual'è stato il motivo che ha condotto a questo comportamento (Tardiff, 1998)⁶⁵.

I *fattori ambientali* riguardano le situazioni percepite come stressanti, l'assenza di supporto sociale in un ambiente di vita scadente, povero di opportunità relazionali ed occupazionali. Sempre in questo ambito, rientra anche un elemento del contesto molto importante, rappresentato dalla disponibilità di armi proprie e improprie (Volavka, 1995)⁶⁶.

Ma indubbiamente è la terza categoria di fattori, raggruppati nell'area dei *fattori clinici*, che è di grande interesse. Tra i fattori di rischio clinico sono compresi: il disturbo psicotico, alcuni disturbi di personalità, l'abuso di alcol e droghe (Tardiff, 1998)⁶⁷.

In passato, anche nell'ambito scientifico e professionale è prevalso il pregiudizio dell'associazione tra disturbo mentale, pericolosità sociale e violenza. In base a questa affermazione, chiunque fosse affetto da un disturbo mentale poteva essere considerato un violento, un criminale, o comunque un pericolo per la società. In seguito, molte ricerche condotte per verificarne la consistenza hanno smentito questa convinzione. Hafner e Boker (1973)⁶⁸, per esempio, giunsero alla conclusione che i crimini violenti commessi da persone con disturbi mentali sono quantitativamente proporzionali al numero di crimini commessi dalla popolazione generale.

La relazione tra disturbo mentale, aggressività e violenza anche se esiste, è modesta e circoscritta a specifici gruppi diagnostici, a specifiche fasi della malattia⁶⁹ e a particolari condizioni ambientali.

Mulvey (1994)⁷⁰ precisa questa affermazione dicendo che il disturbo mentale è un fattore che può determinare comportamenti aggressivi o violenti, ma questa relazione non è elevata e il rischio sociale di violenza da parte di persone che ne soffrono è modesto. Al contrario, l'associazione di un disturbo mentale con l'abuso di sostanze aumenta il rischio di pericolosità e i sintomi psicotici positivi, come deliri e allucinazioni sono probabilmente più importanti, come fattori di rischio, rispetto alla presenza di uno specifico disturbo psichiatrico.

⁶⁵ K. Tardiff, (1998), *Malattia mentale e violenza*, Nòos, vol. 2, pp. 93-103

⁶⁶ R. Ariatti, G. Neri, (1998), *Il giudizio di pericolosità*, Nòos, vol. 2, pp. 143-149

⁶⁷ K. Tardiff, (1998), *Malattia mentale e violenza*, Nòos, vol. 2, pp. 93-103

⁶⁸ M. Sanza, (1999), *Il comportamento aggressivo e violento in psichiatria*, Torino: Centro Scientifico Editore

⁶⁹ R. Ariatti, G. Neri, (1998), *Il giudizio di pericolosità*, Nòos, vol. 2, pp. 143-149

⁷⁰ Ibidem.

1.5.1 Diagnosi DSM-IV associate a comportamenti aggressivi

In una prospettiva esclusivamente classificatoria, l'aggressività costituisce l'elemento nucleare del disturbo esplosivo intermittente, caratterizzato secondo il DSM-IV da "numerosi episodi isolati di incapacità a resistere agli impulsi aggressivi o distruzioni della proprietà"⁷¹. La necessità di escludere la presenza di altri disturbi rende, nella realtà clinica, piuttosto rara questa diagnosi. Comunque, le manifestazioni di aggressività risultano frequentemente associate ad altri disturbi⁷², si veda la Tab. 1.

Possiamo dire che il comportamento aggressivo e violento non sembra essere confinato a una o ad alcune specifiche categorie diagnostiche psichiatriche, ma sembra piuttosto coprire un continuum di condizioni psicopatologiche⁷³. Tuttavia, l'associazione tra comportamento aggressivo e psicopatologia è studiata in un'ottica categoriale, piuttosto che dimensionale, infatti, gli studi più significativi fino ad ora condotti, sono stati svolti in relazione alla diagnosi.

Il disturbo schizofrenico è la diagnosi psichiatrica più frequentemente associata al comportamento aggressivo. In particolare, le manifestazioni di aggressività sono correlate positivamente con la presenza di allucinazioni e disturbi del pensiero e sono più frequenti nella fase acuta della psicosi⁷⁴.

Le persone con disturbi della personalità sono considerate come una percentuale significativa delle persone con comportamenti aggressivi e violenti e un disturbo psichico. Molti autori, tra cui Widiger e Trull (1994), hanno evidenziato che il comportamento aggressivo è una tipica caratteristica di due Disturbi di Personalità (Borderline e Antisociale), ma presente, sottoforma di tratti antagonisti e ostili, anche in altri cinque Disturbi di Personalità (Istrionico, Narcisista, Paranoie, Schizotipico, Ossessivo-Compulsivo)⁷⁵.

I comportamenti aggressivi possono essere presenti sia nella malattia depressiva, sia nella fase di eccitamento maniacale. Comunque, si manifestano soprattutto nella

⁷¹ American Psychiatric Association, (1994), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-IV)*, Milano: Masson

⁷² M. Di Fiorino, A. Gemignani, M. Balestrieri, "Il trattamento farmacologico delle condotte aggressive", in *Gli psicofarmaci. Farmacologia e terapia*, (2003), a cura di C. Bellantuono, M. Balestrieri, Roma: Il Pensiero Scientifico

⁷³ M. Sanza, (1999), *Il comportamento aggressivo e violento in psichiatria*, Torino: Centro Scientifico Editore

⁷⁴ Ibidem.

⁷⁵ G. Ingrascì, M. Picozzi, (2002), *Giovani e criminali violenti*, Milano: McGraw-Hill

condizione maniacale, in un contesto di agitazione e irritabilità, sensazione di onnipotenza, sicurezza di sé, incapacità di riconoscere e accettare i limiti⁷⁶.

In tutti i disturbi d'ansia possono presentarsi condotte aggressive. Una modalità di risposta del soggetto di fronte ad un pericolo che suscita paura, è quella di opporsi ad esso con una risposta aggressiva. D'altra parte l'aggressività e la paura presentano, a livello fisiologico, alcuni aspetti comuni, come l'aumento dell'attività del sistema nervoso vegetativo, preparatorio nei comportamenti di attacco e fuga⁷⁷.

Inoltre, sono numerosi i casi che evidenziano la stretta relazione tra abuso di alcol e/o droghe e condotte aggressive sia nel soggetto che agisce, ma anche nella vittima.

La relazione tra alcolismo e comportamenti aggressivi è confermata dai numerosi dati riportati in letteratura (Lang,1975, Gerson, 1979, Haberman,1974)⁷⁸. L'alcol determina nella persona alterazioni biologiche, psichiche e comportamentali, queste ultime spesso rappresentate da atti di aggressività e violenza, soprattutto quando è presente un'alterazione del pensiero (deliri di persecuzione o gelosia) o un'alterazione della percezione, in cui l'atto aggressivo si giustifica come un tentativo di auto-difesa.

La presenza di sostanze d'abuso, dipendenza da alcol e un disturbo antisociale di personalità sono particolarmente associati ad un rischio crescente di comportamenti volenti e omicidi. Il rischio di questi comportamenti in disturbi come schizofrenia, disturbi dell'umore e disturbi d'ansia può apparire maggiore rispetto alla popolazione generale, ma non con lo stesso peso dei disturbi dovuti all'abuso di sostanze o ad una personalità antisociale (Asnis, Kaplan, 1997)⁷⁹.

Comunque, dell'associazione tra condotte aggressive e droghe parleremo in maniera più dettagliata nel Capitolo 4.

TAB 1 - associazioni primarie e secondarie

⁷⁶ A. Bani, M. Miniati, M. Di Fiorino, (1997), *L'aggressività, aspetti clinici*, Lucca: Psichiatria e territorio

⁷⁷ Ibidem.

⁷⁸ A. Bani, M. Miniati, M. Di Fiorino, (1997), *L'aggressività, aspetti clinici*, Lucca: Psichiatria e territorio

⁷⁹ G.M. Asnis, M.L. Kaplan, G. Hundorfean, W. Saeed, (1997), *Violence and homicidal behaviors in psychiatric disorders*, Psychiatric Clinic of North America, vol. 20(2), pp.405-425

Associazione primaria	Associazione secondaria
<i>a) Disturbi con esordio nell'infanzia e adolescenza</i> • disturbo della condotta • disturbo oppositivo provocatorio	<i>a) Disturbi con esordio nell'infanzia e adolescenza</i> • ritardo mentale • deficit dell'attenzione/iperattività
<i>b) Disturbi del controllo degli impulsi</i> • disturbo esplosivo intermittente	<i>b) Disturbi correlati a sostanze</i> • alcol • amfetamine • cocaina • ansiolitici, ipnotici • anticolinergici • neurolettici • antidepressivi
<i>c) Disturbi di Personalità</i> • disturbo antisociale • disturbo borderline	<i>c) Disturbi mentali organici</i> • delirium • demenze • post-traumatico
<i>d) Parafilie</i> • sadismo/masochismo	<i>d) Disturbi psicotici</i> • schizofrenia • disturbo schizoaffettivo • disturbo delirante • disturbo psicotico breve
	<i>e) Disturbi dell'umore e d'ansia</i> • disturbo bipolare • disturbo post-traumatico da stress • disturbo ossessivo-compulsivo

CAPITOLO II

Il problema della tossicodipendenza

2.1 Il problema della tossicodipendenza in Italia: dati epidemiologici

Dal punto di vista epidemiologico⁸⁰ le dipendenze da sostanze in Italia sono controllate attraverso due livelli osservativi: istituzionali e non istituzionali. I dati rilasciati nella “Rilevazione Attività nel Settore Tossicodipendenze, anno 2003” dal Ministero della Salute, Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione, Ministero di Grazia e Giustizia e Ministero dell’Interno, danno una lettura della realtà legata alle sostanze illegali facendo riferimento ai flussi istituzionali. Secondo queste fonti⁸¹, in Italia, nel corso del 2003, sono stati presi in carico dai 525 Servizi pubblici 163.516 persone tossicodipendenti (+ 2,8% rispetto al 2002). Si suppone, comunque, che il numero delle persone che fanno uso di droga sia molto maggiore perchè non si tiene conto di quelle che restano “sommerse” e non si rivolgono ai Servizi del Sistema Sanitario Nazionale.

Le regioni con il più alto numero di persone in cura sono, in ordine decrescente, la Lombardia, la Campania, il Lazio e il Piemonte. I nuovi assistiti rappresentano il 20,9% delle persone prese in carico, mentre la quota complementare rappresenta utenti rientrati o già in carico dagli anni precedenti. La maggioranza delle persone che si rivolge ai Servizi per le tossicodipendenze è di sesso maschile (86,8%) e questo dato, costante negli anni più recenti, conferma che la tossicodipendenza è una patologia prevalentemente maschile, anche se l’influenza del fattore sesso è variabile geograficamente: il rapporto M/F, generalmente inferiore al dato nazionale nelle regioni del nord-centro, assume valori elevati al sud, ad indicazione dell’esistenza di un differenziale geografico nella caratterizzazione per il sesso degli assistiti.

Del totale delle persone prese in carico dai Servizi nel corso del 2003, il 12% è stato trattato presso strutture riabilitative, anche se negli anni più recenti si assiste ad una lenta ma graduale diminuzione di tale percentuale.

L’età delle persone con problemi di tossicodipendenza è un dato interessante. L’analisi dell’utenza per classi d’età, indica che le persone prese in carico nel 2003,

⁸⁰ S. Polvani, “Aspetti epidemiologici della tossicodipendenza”, pp. 77-80, in *Nuove droghe e nuove etnie*, (2002) a cura di F.Ranieri, C.Cerbini, P.E. Dimauro, Roma: Armando

⁸¹ Ministero della Salute, Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione, *Rilevazione attività nel settore tossicodipendenze -anno 2003-*, Roma, Novembre 2004

hanno più frequentemente tra i 25 e i 39 anni (64,5%) e che la classe modale è rappresentata dalla classe 30-34 anni (23,7%). Si può osservare nel tempo un evidente e progressivo invecchiamento delle persone che si rivolgono ai servizi: la percentuale di giovani tra i 20-24 anni è diminuita (28,6% nel 1991, 13,2% nel 2003) e quella relativa alla fascia di età più avanzata (>39 anni) è regolarmente aumentata (2,8% nel 1991, 19,3% nel 2003). Tale invecchiamento ha determinato un andamento temporale tendenzialmente crescente dell'età media delle persone.

Per quanto riguarda il tipo di sostanza usata, la Relazione riporta che il 75,9% delle persone in carico nel 2003, ha assunto primariamente eroina, mentre l'uso primario di cannabinoidi e cocaina ha riguardato, rispettivamente, il 10,3% e l'8,9% delle persone trattate. Nell'analisi del trend della distribuzione percentuale degli utenti per sostanza, si nota una diminuzione dell'uso di eroina (90,1% nel 1991, 75,9% nel 2003) e un aumento, a partire dal 1995, del consumo di cocaina (da 1,3% nel 1991, a 8,9% nel 2003). La percentuale dell'uso dei cannabinoidi, stabile attorno all'8% tra il 1998 e il 2001, mostra un lieve aumento (9,1% nel 2002, 10,3% nel 2003). Per quanto riguarda l'uso secondario, nel 2003 le sostanze più frequentemente assunte dalle persone in carico ai servizi sono state i cannabinoidi (34,4%), la cocaina (28,4%), l'alcol (14,1%) e le benzodiazepine (8,8%). Anche in questo caso si può osservare un incremento nell'uso della cocaina (11,7% nel 1991, 28,4% nel 2003) e un andamento piuttosto stabile dell'uso di alcol attorno al 14% negli ultimi 3 anni.

Per quanto riguarda la tipologia dei trattamenti erogati dai SERT italiani, nel 2003 il 60% delle persone è stata sottoposta a programmi farmacologici, in prevalenza metadone, 48,3%. Questi trattamenti sono stati prevalentemente fruiti nei Servizi pubblici (52,9% del totale delle persone trattate), ma anche, in minima parte, nelle strutture riabilitative (2,5%) e in carcere (4,6%). Il 40%, invece, ha ricevuto trattamenti riabilitativo-psicosociali (il 29% del totale delle persone ha ricevuto il trattamento nei Servizi, il 4,9% nelle strutture riabilitative e il 6,1% in carcere). Di questo gruppo di soggetti il 33,5% ha ricevuto sostegno psicologico, l'11,4% psicoterapia e il 55,1% interventi di servizio sociale. Per quanto riguarda il trend degli approcci terapeutici, va rilevata la tendenza alla diminuzione dell'approccio esclusivamente farmacologico (64,5% nel 1991, 60% nel 2003) e l'aumento del trattamento di tipo psicosociale e/o riabilitativo (35,5% nel 1991, 36% nel 2000, 37,1% nel 2001, 37,4 nel 2002, 40% nel 2003). Comunque la distribuzione dei soggetti per tipologia di trattamento presenta una marcata variabilità regionale.

2.2 Modelli interpretativi della tossicodipendenza

La più immediata e comune reazione di fronte al problema della droga e della tossicodipendenza è sicuramente un'emozione (a cui possiamo associare sorpresa, paura, incredulità, drammaticità), che porta subito ad una elaborazione cognitiva in termini di "perché". Ma questa domanda, che può sembrare banale o semplicistica di fronte alla complessità del fenomeno, rispecchia un'esigenza importante di ciascuno di noi: quella di dare un significato e una spiegazione agli eventi, come se, in questo caso, l'ansia che la domanda suscita in noi possa essere placata da "qualche" risposta.

Il problema della droga e della tossicodipendenza è una realtà complessa, con molte facce e in continua espansione. In ambito scientifico è difficile darne una interpretazione univoca: bisogna prendere atto che, data la complessità del fenomeno, possono essere rintracciati modelli teorici e approcci diversi. Comunque il fine ultimo di tutte le spiegazioni che, in letteratura possiamo trovare è sempre e di nuovo quello di riuscire a dare una risposta a quell'iniziale "perché"...

2.2.1 L'approccio psicosociale

Nella società di oggi nessuno può ritenersi al di fuori del raggio d'azione delle sostanze psicoattive. Per tutti, la droga è onnipresente, sia perché se ne può subire pesantemente l'influenza in modo diretto "sulla propria pelle", sia perché se ne parla spesso attraverso in mezzi di informazione.

Peirone⁸² rintraccia in questa situazione confusa e complessa due certezze di fondo. La prima, è che, nel "problema droga", la droga è un elemento marginale, perché la sostanza psicoattiva è una componente quasi del tutto trascurabile, la seconda riguarda l'assuntore, perché le caratteristiche individuali risultano tendenzialmente irrilevanti nella connessione con l'assunzione. Con queste due "certezze" Peirone critica il modello clinico perché non riesce a capire che il problema droga di oggi non è più quello di ieri e per questo necessitano nuovi strumenti. Un tempo la limitatezza del fenomeno faceva emergere nella rappresentazione collettiva la responsabilità tecnica della sostanza o i "peccati" e le "tare" delle persone che ne facevano uso, ma oggi gli effetti della droga si producono anche in tranquille e innocenti realtà socio-ambientali. La nuova realtà della droga impone allora nuovi strumenti conoscitivi, nuove chiavi di lettura e nuove modalità di intervento.

⁸² L. Peirone, (1987), *Psicologia sociale della droga*, Milano: Giuffrè Editore

La psicologia clinica, capace di brillanti intuizioni per la conoscenza della persona, non sembra in grado di fare altrettanto con un fenomeno complesso come la tossicodipendenza. L'approccio psicoanalitico è in grado di formulare indicazioni per un corretto ascolto della persona (Bergeret, Fain e Bandelier, 1981)⁸³, per individuare la sua personalità (Bergeret, 1983)⁸⁴ e gli aspetti più profondi e inconsci di essa (Olievenstein, 1983)⁸⁵, oppure può parlare di interessanti teorizzazioni sull'infanzia del tossicodipendente come la "fase dello specchio infranto" di Olievenstein (1981)⁸⁶. Tuttavia, questi elementi non sono sufficienti ad affrontare la dimensione vasta che il problema della droga ha ormai assunto. Le scienze sociali, invece, individuano le cause dell'angoscia e del disagio che portano alla droga, in elementi contingenti del "qui ed ora" e non nell'infanzia e nel passato della persona.

Peirone parla di sostituire l'approccio clinico (identificabile attraverso parole-chiave come malattia, diagnosi, terapia), con l'approccio sociale (identificabile con le parole-chiave comportamento, emarginazione/devianza, re-integrazione, prevenzione), l'unico che può far luce sulla nuova realtà della droga in base ad alcune constatazioni. La prima è che la persona con problemi di tossicodipendenza è caratterizzata da aspecificità eziologica, aspecificità personologica, marginalità delle cause psicopatologiche/conflittuali, prevalenza dell'aspetto espositivo, assenza o inesistenza delle strutture socializzative primarie, debolezza della famiglia rispetto ai fattori normativi esterni, vacuità dei modelli educativi.

In particolare, l'approccio psicosociale parte dalla constatazione che il problema della droga è molto vasto e vi possono contribuire un numero elevatissimo di potenziali fattori. Per questo si può parlare di *aspecificità causale e/o eziologica*: la vasta quantità di fattori fa sì che tutti possano avere le stesse probabilità di contribuire alla genesi del problema e con il medesimo peso. Inoltre parlare di droga "oggi" significa tenere conto soprattutto di parametri causali deboli al posto di parametri causali forti. Per parametri "forti" si intende: patologia intrapsichica, emarginazione socio-economica, subcultura deviante, famiglia problematica; mentre i parametri "deboli" sono: l'esposizione alla droga, (in termini di mercato, società, cultura), contatto, imitazione, gruppo di identificazione, identità personale. In passato emergevano prevalentemente i parametri "forti" ma ora si tengono in considerazione entrambi indifferenziatamente. Se non c'è

⁸³ J. Bergeret, M. Faint, M. Bandelier, (1983), *Lo psicoanalista in ascolto del tossicomane*, Roma: Borla

⁸⁴ J. Bergeret, (1983), *Chi è il tossicomane: tossicomania e personalità*, Bari: Dedalo

⁸⁵ C. Olievenstein, (1984), *Il destino del tossicomane*, Roma: Borla

⁸⁶ C. Olievenstein, (1981), *L'infanzia del tossicomane*, Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria, vol. 42(2), pp. 201-227

caratterizzazione, c'è allora aspecificità. Con questo non si vuol dire che vi sia una impossibilità esplicativa o una ricerca impossibile, ma invece che vi è difficoltà esplicativa e difficoltà di ricerca perché si ha a che fare con modelli esplicativi/causali flessibili, probabilistici e multicausali. La tossicodipendenza è un fenomeno multifattoriale e aspecifico, ma anche effetto di processi causali particolarmente complessi.

La seconda considerazione è quella per cui l'approccio clinico viene respinto dalla maggior parte delle persone tossicodipendenti. Un approccio in teoria molto interessante per descrivere, spiegare, interpretare e modificare il comportamento, come ad esempio la psicoanalisi, si rivela nei fatti del tutto impotente ad affrontare i fallimenti, gli impasses, gli abbandoni, del difficile percorso terapeutico di queste persone. Al contrario, modalità psicosociali, utilizzate dai Servizi anti-droga e dalle Comunità Terapeutiche non vengono rifiutate in linea di principio dalle persone tossicodipendenti, perché generalmente richiedono un minore carico ansiogeno e motivazionale rispetto all'approccio clinico.

Una terza considerazione sottolinea come la concreta dinamica quotidiana della droga è principalmente determinata da interazioni sociali. Si vuole sottolineare l'importanza del versante interpersonale più che quello intrapsichico con l'incontro tra elementi interni di tipo generico (disagio, mancanza di autonomia-progettualità) ed elementi esterni di tipo specifico che fungono da fattori scatenanti (presenza fisica ed offerta sociale della droga, azione del venditore, influenza del gruppo di appartenenza e di riferimento).

La parola chiave per comprendere la dimensione del problema della droga sembra essere "*povertà*". Una parola che esprime una situazione di crisi nel senso negativo del termine: non è un momento preparatorio ad una trasformazione, generalmente verso un traguardo migliore, ma una situazione di stagnazione a causa di scarsità di risorse. Le risorse di cui parla Peirone sono risorse umane e sociali, quindi non si parla di povertà economica ma di povertà psicosociale che attraversa i principali sistemi di vita associata: *cultura, società, personalità*. All'interno dell'universo dei significati, delle relazioni e dei vissuti, il blocco costituito dalla cultura-droga, socializzazione-droga e personalità-droga diventa l'oggetto d'indagine dell'approccio psicosociale.

Studiare la cultura della droga significa studiare le rappresentazioni psicosociali elaborate dalle persone, sia quelle che ne fanno uso che quelle che non ne fanno. La cultura della droga costituisce un insieme ormai consolidato di valori, norme,

aspettative, credenze, usi e consuetudini (Di Cristofaro Longo, 1981)⁸⁷ : il grado elevato di strutturazione implicita ed esplicita, ormai raggiunto legittima il suo essere e il suo apparire una “cultura” in senso pienamente antropologico e sociologico. Questo è in parte dovuto alla diffusione delle sostanze psicoattive come bene di consumo quotidiano e al loro confronto/scontro, senza comunque retrocedere, con le altre manifestazioni culturali della convivenza sociale da cui tende a deviare. Sarebbero la sua stabilità strutturale, la capacità funzionale e l’equilibrio dinamico che ha conseguito, a garantire quel minimo di sopravvivenza che è il requisito indispensabile per poter parlare di “cultura”. Nonostante la povertà dei suoi contenuti e l’avvicendamento dei suoi membri, la cultura della droga mantiene comunque continuità nello spazio e nel tempo e questo le attribuisce un peso psicosociale di primo ordine: lo status di autentica cultura in grado di sopravvivere alla scomparsa fisica e psichica dei suoi componenti.

La cultura della droga vive continuamente in uno stato di crisi esterna con la cultura ufficiale, nei cui confronti risulta subordinata e teoricamente perdente, e di crisi interna, per il senso di inutilità, la povertà, la vacuità dei contenuti. Eppure in queste condizioni vive e prospera, ma questo esito non sarebbe possibile senza la componente sociale, l’interazione, la relazione, la transazione.

La società della droga può essere considerata un sistema sia per caratteristiche interne (il fatto di configurarsi come istituzione “totale” in cui tutti i comportamenti individuali vengono normati, controllati e organizzati), ed esterne (il fatto di costituire comunque una parte, anche se deviante, del sistema sociale ufficiale). Chi entra a far parte di questo mondo è inserito all’interno di una rete sociale talmente invasiva che sottrarvisi, diventa un’operazione difficilissima e vi si diventa veramente membri, con un senso strettissimo di appartenenza, superiore a quello realizzabile nel normale sistema sociale. La droga non come sostanza, ma come rete di rapporti sociali significativi, destabilizza i meccanismi vincolativi della convivenza, costituendo un pericolo molto grave per il sistema sociale perché ne mette in crisi gli strumenti di trasmissione e sopravvivenza. Sembra avere una duplice faccia: da un lato rappresenta uno strumento e un segnale di devianza, dall’altro un elemento di socializzazione e integrazione sia all’interno del mondo della droga, sia, paradossalmente, nei confronti del resto del sistema sociale generale. La pericolosità del fenomeno della droga è rappresentata proprio dalla sua capacità di erodere il sistema sociale attraverso lo svuotamento dei suoi processi di socializzazione, ma anche dalla sua capacità di saper

⁸⁷ G. Di Cristofaro Longo, (1981), *La cultura della droga*, Roma: Bulzoni

cogliere e sfruttare le falle e le crepe createsi nel sistema sociale indipendentemente dalla sua azione. Infatti, la droga si inserisce in un sistema sociale già in crisi e ne aggrava la condizione. Allo stesso modo, non è la droga che produce (almeno all'inizio) il disagio giovanile, ma è il seguito a questo che l'adolescente cerca rifugio nelle sostanze.

In un'ottica psicosociale non esiste una differenza sostanziale tra chi fa uso di droga e chi non ne fa uso. Se l'implicita convinzione è che il drogato sia un "diverso", un "malato" o un criminale, oggi ci troviamo di fronte a una persona che a volte non è neppure deviante, anzi, è così poco "diverso" da risultare spesso "integrato". In senso psicologico si ha a che fare con una personalità in crisi, ma la cui crisi è molto sfumata: personalità debole, immatura, povera, indifesa, disponibile e incapace a dire di no. Si tratta di una personalità instabile, influenzabile, mutevole, poco selettiva, che non sa scegliere e che si adatta alle circostanze. Personalità sostanzialmente equilibrata, senza grossi problemi, che non conosce sofferenza, né quella patologica, né quella normale e maturativa, povera di risorse autonome, scarsamente dotata di spessore e sostanzialmente conformista. Questa personalità non determina in ultima analisi la droga, ma tendenzialmente non la rifiuta ed è per questo esposta.

Da un sistema sociale che produce fratture all'interno di importanti processi di interazione e comunicazione, deriva un generale indebolimento delle istituzioni che normano il comportamento delle persone: ne conseguono fenomeni come la socializzazione apparente, la famiglia inesistente, i genitori assenti, la personalità vuota. Secondo questa ottica, gli adolescenti e i giovani, restando privi di orientamento e con un Io poco capace e un Sé poco strutturato e non adeguatamente differenziato, sono il punto terminale di questo sottile processo di disgregazione sociale in cui la droga può insinuarsi in modo sostanzialmente casuale. Nella generale crisi delle strutture formative e normative che hanno funzioni di socializzazione per il giovane, si sviluppa un Io che esiste, ma è debole, fragile, passivo, e una personalità precaria, cioè un Sé che c'è e non c'è, che è più apparenza che sostanza, instabile e vacuo. A questo punto nel proprio percorso di vita, una persona può imboccare due vie: quella che porta ad un "comportamento non drogastico", e l'altra, all'uso e abuso di droga. L'esito di questo processo, nonostante il terreno fertile generato dal vuoto della società e della famiglia, è tuttavia determinato da fattori casuali, esterni, come l'esposizione, il contatto, l'iniziazione, l'affiliazione, oppure la loro mancanza. Oggi si ricorre alle sostanze per la

semplice presenza di certi fattori esterni, così come non se ne fa uso per la loro semplice assenza.

Per Peirone⁸⁸ l'approccio psicosociale in generale sembra veramente efficace nell'identificare il principale filo conduttore in grado di interpretare il problema della droga. La povertà della cultura della droga, la crisi del sistema sociale, la vacuità delle relazioni sociali, l'inesistenza della famiglia, l'assenza dei genitori, la debolezza dell'Io, la mancanza del Sé: tutti questi elementi si integrano coerentemente nel tracciare una immagine complessiva della droga come una realtà contraddittoria, ambigua, e forse per questo così affascinante per chi si trova a vivere un'esistenza decisamente povera di significati. Potremmo paragonare la droga ad una ambigua Sirena, il cui subdolo richiamo porta fuori rotta, e talvolta al naufragio, soprattutto adolescenti e giovani che si trovano in una fase delicata della loro vita: una autentica "terra di nessuno", un'"area di parcheggio" per "identità imperfette" (Polmonari, Carugati, Ricci Bitti e Sarchielli, 1979)⁸⁹ dove il "non essere più bambini, senza essere già adulti", il "non essere né carne né pesce", produce una grande frustrazione e, per reazione la sensazione di essere comunque "contro" (Ferraioli 1985)⁹⁰. Privi di orientamento e di guida sul versante esterno, di sicurezza e di norme sul versante interno, i giovani sono soggetti che affrontano un cammino incerto e insidioso, ed è logico che in questa situazione, chi o cosa possieda un minimo di capacità normativa e organizzativa ottenga successo in qualsiasi iniziativa.

All'interno di un'ottica psicosociale, diversi autori si sono occupati dell'età adolescenziale come di una fase critica per il successivo sviluppo della persona, cercando di rintracciarvi i fattori che possono predire una svolta verso la tossicodipendenza.

Kandel (1975,1978)⁹¹ ha studiato quali fattori possono essere considerati predittivi di un futuro comportamento tossicomane nell'adolescente. Questo comportamento sembra svilupparsi per fasi successive: la prima è quella del consumo di superalcolici, la seconda di marijuana, la terza di droghe illecite. I fattori predittivi rintracciabili in ogni tappa sono: l'influenza parentale, l'influenza dei coetanei, la qualità degli atteggiamenti dell'adolescente e infine i suoi valori e ideali. In ogni fase alcuni predittori sono più

⁸⁸ L. Peirone, (1987), *Psicologia sociale della droga. Metodi e percorsi per la ricerca*, Milano: Giuffrè Editore

⁸⁹ A. Palmonari, F. Carugati, P. Ricci Bitti, G. Sarchielli, (1979), *Identità imperfette. Giovani e adolescenti come fenomeno o rappresentazione sociale?*, Bologna: Il Mulino

⁹⁰ L. Ferraioli, (1985), *Adolescenti contro? Identità e rappresentazioni sociali*, Milano: Giuffrè

⁹¹ A. Consoli, A. Bennardo, (2001), *Diagnosi e valutazione nelle tossicodipendenze e nell'alcolismo*, Torino: Centro Scientifico Italiano

significativi di altri. La predizione dell'uso di superalcolici da parte dell'adolescente può essere fatta quando vi sia un consumo di questi da parte dei genitori. Il consumo di marijuana può invece essere predetto quando il ragazzo è coinvolto in un gruppo di pari che la utilizza. Per quanto riguarda l'uso di droghe illecite, Kandel ritiene che il fattore predittivo più importante sia l'influenza dei coetanei, non più attraverso il gruppo, ma tramite una specifica relazione individuale. Nelle prime due tappe prevalgono l'influenza di tipo sociale e ambientale, mentre nell'ultima esistono frequentemente problemi psicopatologici.

Secondo Kaplan (1977,1978)⁹², il grado di autosvalutazione che l'adolescente ha sperimentato all'interno di una situazione di gruppo lo spinge a comportamenti di oppositività e ad un comportamento drogastico. Questo comportamento deviante ha come scopo l'innalzamento dell'autostima e si consolida se è funzionale a evitare sia il ripetersi dell'esperienza di autosvalutazione vissuta nei gruppi precedenti, che la consapevolezza di essere stati inadeguati. In base a queste considerazioni, se il comportamento deviante non soddisfa più l'esigenza di innalzamento dell'autostima, perde di interesse e viene abbandonato. Kaplan suggerisce come strategia di intervento il rinforzo dell'autostima in aree di comportamento non deviante, attraverso supporti sociali e personali. Per ottenere questo è indispensabile una conoscenza accurata della dimensione dell'autostima della persona permettendo così la formulazione di indicazioni prognostiche in base al fatto che esperienze di forte rinforzo del comportamento deviante possono indurre a ricadere nell'uso di droghe.

Johnson (1979)⁹³ ha studiato gli aspetti psicologici e sociali dell'uso di marijuana riferendosi a una "subcultura" dell'uso di questa sostanza. Ci sono tre fattori predisponenti l'uso di questa sostanza: il precedente uso di alcolici da parte della persona, le sue caratteristiche socioculturali e individuali, la presenza di amici che fanno uso di marijuana. Questi tre fattori sono a loro volta legati alla cultura dei genitori che determina scelte ambientali, abitudini e tipo di amicizie. La tossicodipendenza e le norme rituali esistenti nella subcultura creano per il consumatore un'identità che lo spinge ad usare con assiduità un certo tipo di sostanza. La valutazione diagnostica, secondo le ipotesi di Johnson, riguarda quanto il consumatore di droga riceve identità e senso di appartenenza a una sottocultura con il proprio comportamento drogastico. Con questa valutazione è possibile avere delle indicazioni prognostiche perché

⁹² A. Consoli, A. Bennardo, (2001), *Diagnosi e valutazione nelle tossicodipendenze e nell'alcolismo*, Torino: Centro Scientifico Italiano.

⁹³ Ibidem.

l'appartenenza a tale subcultura è anche la responsabile delle ricadute nel consumo di droga dopo periodi di astensione.

Risulta evidente che, per l'approccio psicosociale, la formulazione di una spiegazione del problema della tossicodipendenza è complicata e per niente facile: la dinamica della droga non è più ancorata a pochi e identificabili fattori causali, ma riguarda labili connessioni fra numerosi fattori casuali e incerti gradi di probabilità. Lo stesso fattore può essere causa oppure no dell'uso e abuso di droga. In questa realtà non vi può essere certezza conoscitiva né fissità causale: vengono quindi a cadere i pregiudizi basati su facili schemi e i processi di diagnosi implicita e valutazione moralistica come la patologizzazione o la criminalizzazione. Per fare un esempio, essere nevrotico o avere il padre in galera non possono essere considerati indicatori sicuri di qualcosa che ha a che fare con la droga: può darsi di sì, ma può anche darsi di no.

2.2.2 L'approccio psicomodinamico

Le osservazioni di Freud e Breuer. Il lavoro di Glover

Sigmund Freud si occupò solo marginalmente della tossicodipendenza. In un capitolo firmato da Breuer degli *Studi sull'isteria* (1893)⁹⁴, viene notato che lo stato di eccitazione determinato dalla condizione di astinenza, può agire come fattore scatenante di un attacco di follia isterica. L'effetto è del tutto aspecifico e può essere messo in moto da molti altri fattori, comunque le caratteristiche dell'attacco sono le stesse di una crisi psicotica acuta, di durata più o meno lunga e generalmente transitoria.

Possiamo dire che Freud pose l'accento sulle caratteristiche regressive del comportamento del tossicodipendente, credendolo vittima di una fissazione alla fase orale dello sviluppo psicosessuale e quindi incapace di staccarsi da un oggetto d'amore che lo nutre e gli placa la sofferenza del bisogno, causata da una intensificazione costituzionale della sensibilità erogena della regione labiale⁹⁵.

Sebbene non si sia occupato della tossicodipendenza, Freud si occupò di una sostanza, la cocaina, elogiandone le proprietà di stimolante fisico e intellettuale e di calmante contro ansia e angoscia. Per Freud la cocaina ha un potere migliore rispetto ad alcol o morfina, ma senza intaccare l'organismo (come le altre due sostanze), non causa né assuefazione né depressione e non sembra esistere una dose letale per l'uomo. In

⁹⁴ S. Freud, "Studi sull'isteria e altri scritti", in *Opere*, (1980), a cura di L. Musatti, vol. I 1886-1895, Torino: Boringhieri

⁹⁵ S. Cirillo, R. Berrini, G. Cambiaso, R. Mazza, (1996), *La famiglia del tossicodipendente*, Milano: Raffaello Cortina Editore

realtà questo giudizio clemente ed erroneo sugli effetti nocivi della cocaina sull'uomo è dovuta ad una forte illusione freudiana adatta a soddisfare il punto di vista di un modello pre-psicanalitico: trovare l'"oggetto" chimico che permetta, senza danni e senza assuefazione, di padroneggiare tutti i gradi di aumento della tensione (stimolo, euforia, angoscia, dispiacere, dolore) e della sua diminuzione (anestesia, riduzione del dolore, apatia, depressione, nevrasia, melanconia)⁹⁶.

Glover⁹⁷, uno degli allievi più fedeli alle posizioni di Freud, affronta in modo diretto il problema di una sistemazione concettuale delle tossicomanie. Secondo Glover non rientrano nelle solite classificazioni delle psiconevrosi e psicosi. Sono più tormentose e disintegranti delle nevrosi e tuttavia, clinicamente parlando, non possono essere considerate neppure come psicosi sulla linea di confine (border-line). Inoltre queste persone, nelle fasi acute, possono presentare dei disturbi passeggeri del senso della realtà di tipo psicotico, ma la loro condizione mentale può essere difficile da distinguere da quella delle persone normali. Sebbene il quadro dei sintomi non sia né nevrotico né psicotico, l'esame dei meccanismi inconsci coinvolti dimostra che questi disturbi sono ad un tempo nevrotici e psicotici. Glover parla di "*gruppi di transizione*", la cui evoluzione nel tempo è largamente influenzata da fattori disposizionali (quale funzione d'equilibrio svolgeva l'abitudine? Da quali angosce difende la persona?) e da fattori collegati alla vita reale dell'individuo tossicomane (quali alternative al farmaco? quali strade alternative per canalizzare e controllare le sue angosce originali?).

Glover ha cercato di fornire una spiegazione ad un problema che riguarda una popolazione fortemente disomogenea e accomunata soltanto dalla tendenza ad usare il comportamento tossicomane come strumento di equilibrio in una fase difficile della sua vita emotiva. Comunque mancano, in Glover, osservazioni relative alla grande frequenza con cui le tossicomanie giovanili si manifestano oggi in personalità meno gravemente compromesse dal punto di vista psichiatrico. La disponibilità di droga, l'abbassarsi delle barriere culturali nei suoi confronti e il dilagare, soprattutto nei giovani, delle occasioni in cui è possibile far fronte, con l'uso di droga, a qualunque situazione di sofferenza, hanno reso possibile infatti lo sviluppo di tossicomanie che sono la facciata dietro cui si nascondono nevrosi traumatiche, nevrosi attuali o veri e propri disturbi del comportamento di tipo antisociale.

L'interpretazione psicoanalitica di Olievenstein

⁹⁶ F. Geberovich, (1996), *Un dolore irresistibile*, Milano: Franco Angeli

⁹⁷ L. Cancrini, (1995), *Quei temerari sulle macchine volanti*, Roma: La Nuova Italia Scientifica

A differenza dei suoi colleghi psicoanalisti, che hanno affrontato il problema della tossicomania più dal punto di vista teorico che clinico, Olievenstein, nei dieci anni di lavoro presso il Centro Medico Marmottan di Parigi, ha visitato circa 12.000 persone che facevano uso di sostanze. Lavorando su una casistica molto ampia e varia, ma piuttosto omogenea per quanto riguarda l'età, Olievenstein distingue in modo netto gli assuntori di droga dai tossicomani. Tutti nel corso della loro vita hanno preso, prendono o prenderanno delle droghe, ma nonostante l'uso di queste sostanze non diventeranno tossicomani. Secondo Olievenstein⁹⁸ esiste una differenza tra questi due tipi di uomini che si è costituita nella prima infanzia. Molta gente possiede nel patrimonio delle acquisizioni infantili elementi simili a quelli del tossicomane, ma non è questa una ragione sufficiente per farla diventare tale. Due sono le condizioni necessarie e sufficienti perché qualcuno con queste acquisizioni diventi tossicomane: il fatto di incontrare la droga e il suo rapporto di fronte alla trasgressione della legge (immaginaria e reale). Si può parlare dell'esistenza di una situazione intermedia: l'evoluzione in un senso o nell'altro dipende dalla realtà concreta dell'esperienza individuale.

Olievenstein⁹⁹ cerca di dare una risposta al problema complesso rappresentato dalla specificità della struttura di personalità del tossicomane con una riflessione svolta su due livelli. A livello fenomenologico, conferma le osservazioni di Glover sulla complessità dei meccanismi sottostanti all'abitudine: il tossicomane assomiglia sempre un po' a qualcosa già conosciuto clinicamente (come ad esempio agli elementi psicotici di tipo maniaco-depressivo o paranoie). A livello dinamico, rintraccia una significativa *incompletezza* della costruzione caratteristica della personalità del tossicomane che si manifesta in una condotta tossicomane se si realizzano due condizioni: la disponibilità della droga e il contrasto con una legge vissuta come inoperante e in rapporto con una figura paterna vissuta come impotente ad ottenere il rispetto delle regole e ad affermarne la vitalità. Questi tre elementi (costruzione caratteristica della personalità, carattere specifico del prodotto, preclusione delle figure che rappresentano il definirsi della legge) che si mescolano insieme formano quell'unità invano inseguita fino ad allora, un equilibrio nuovo e impreveduto di cui la droga diventa perno e rivelatore. L'interesse per la folgorazione del tossicomane con l'esperienza e l'incontro con la droga è l'elemento più originale del lavoro di Olievenstein.

⁹⁸ C. Olievenstein, (1981), *L'infanzia del tossicomane*, Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria, XLII, pp.201-227

⁹⁹ L. Cancrini, (1995), *Quei temerari sulle macchine volanti*, Roma: La Nuova Italia Scientifica

A differenza della gran parte degli autori che si sono occupati dell'argomento, non parla solo della droga come di un anestetico che agisce in modo più o meno specifico sul dolore e sulla confusione di chi la assume, ma sottolinea anche l'effetto positivo che determina, cioè l'unità ritrovata e l'atmosfera di godimento. La tossicomania è il risultato di due serie di potenzialità che acquistano senso nel momento dell'incontro: la serie delle esigenze individuali e la serie delle risposte che la droga e nient'altro prima di lei riesce a dare. La serie delle esigenze personali è, a sua volta, il risultato attuale dell'incontro fra un'esperienza infantile tipica e una serie di vicende di vita che ne ha chiuso e rafforzato gli effetti iniziali.

L'incidente che segna la vita del futuro tossicomane si colloca in quella che Lacan definisce "fase dello specchio", in un periodo localizzato tra i 6 e i 18 mesi di vita del bambino. Durante questo periodo il bambino *si scopre altro*, in uno specchio reale o simbolico, mettendosi nella condizione di superare l'esperienza di fusione con la propria madre. Questa è una fase delicata dello sviluppo del bambino: è alla base della costituzione del suo Io ideale e all'origine delle sue identificazioni secondarie; se vogliamo fare un paragone con le tesi freudiane, questo momento segna il passaggio dall'autoerotismo, antecedente alla costituzione dell'Io, al narcisismo primario.

Il riferimento alla delicatezza di questa fase costituisce il punto cruciale della teoria di Olievenstein sull'origine psicologica delle tossicomanie. Se la psicosi affonda le proprie radici nell'impossibilità di realizzare la fase dello specchio e di superare, liquidandolo, lo stato fusionale, la tossicomania dipende dal verificarsi di qualcosa di intermedio fra uno stadio dello specchio riuscito e uno stadio dello specchio impossibile. Un qualcosa che si caratterizza dalla contemporaneità del suo verificarsi e del suo fallire, nella misura in cui l'azione dei fattori di disturbo non è tale da impedire che il confronto del bambino con la propria immagine avvenga, ed è tuttavia tale da produrre il suo slittamento e la sua cattiva riuscita.

Proprio nel momento del passaggio, di fronte allo specchio, nel flash della scoperta del Sé, dell'immagine del Sé, il bambino si trova di fronte uno specchio infranto che rinvia una immagine frammentata e incompleta. Invece del passaggio ad un Io autonomo e diverso da quello fuso con la madre, il bambino vive una caduta nell'indifferenziazione del Sé.

Olievenstein individua l'origine di questa frattura nel sistema madre-bambino. In una fase caratterizzata da una dipendenza completa da parte del bambino e dalla mediazione omnicomprensiva esercitata nel rapporto tra lui e il mondo, il trauma passa

obbligatoriamente attraverso la madre. Lei lo subisce e lo rinvia al bambino. E' lei che rende impossibile, attraverso questa azione ripetuta, lo stabilirsi e il rafforzamento delle strutture dell'Io. Nei fatti, le cause e l'oggetto di questo trauma ripetuto sono certamente diverse e vanno considerate in rapporto alla personalità della madre e al dinamismo del suo rapporto col padre. Fra le cause concrete del trauma, che agisce a livello della relazione madre-bambino, si inseriscono non tanto quelle, pur rilevanti, della separazione fisica, quanto quelle, proposte da Bowlby, legate alla mancanza di elementi "qualitativi" dotati di significato affettivo (si può parlare di una presenza materna solo apparente) all'interno della relazione.

A livello dell'interiorità, la vita emotiva del tossicomane resta definita dall'indeterminatezza: in assenza di un'immagine cui riferirne l'origine o le finalità, le pulsioni si presentano senza connotazioni precise, scuotono l'individuo senza orientarne il comportamento. L'aggressività e la violenza contro un altro, continuamente colpevole di non colmare il vuoto aperto dalla frantumazione, si alleano con le pulsioni rivolte contro un Sé percepito come colpevole e indegno di amore in ragione della sua inesistenza. Per questo motivo, secondo Olievenstein, meccanismi di tipo diverso e caratteristici di altri disturbi, assumono nel tossicomane connotazioni diverse da quelle originarie, definendo una situazione in cui "non c'è patologia sufficiente per individuarlo perché la sua identità è altrove".

Infine, per quanto riguarda la tossicodipendenza in adolescenza, Olievenstein parte dalla premessa che le esperienze proprie di questa fase della vita possono rimettere in moto l'insieme dei conflitti più o meno felicemente risolti in precedenza. L'adolescente che cerca la propria identità è come il bambino che ha vissuto uno slittamento nella fase dello specchio: l'accomodamento che segue il processo di maturazione può avere proprietà riequilibratrici oppure squilibranti nei confronti della situazione passata. Il primo buco riuscito fa rivivere la speranza di un incontro riuscito con l'immagine di Sé allora intravista e la speranza di una ricomposizione miracolosa della frattura originaria. La droga riesce quindi a riempire il vuoto dello specchio collocandosi al posto della frattura e, in quel preciso momento, annullarla.

Ancora una volta l'adolescenza appare come una fase delicata e vulnerabile: in questa situazione il ragazzo può ricorrere alla droga come illusoria fonte di equilibrio, ostacolando, al contrario, l'evoluzione del processo di crescita e accentuandone il carattere conflittuale e egli elementi problematici.

Le tipologie di altri autori

Molti autori, tra cui Cancrini¹⁰⁰, ritengono che la tossicomania possa essere considerata, sul piano motivazionale, come un tentativo, elusivo e sbagliato, di autoterapia. Per questo motivo, l'autore ha cercato di individuare le condizioni all'interno delle quali l'incontro tra gli effetti propri della droga e le esigenze di una persona o del sistema interpersonale di cui fa parte, viene vissuto come positivo ed importante, a tal punto da dover essere ripetuto in modo ossessivo e smisurato.

L'autore parte dalla premessa che le tossicomanie non sono esclusivo appannaggio di una sola categoria di persone, con personalità predisposte, o di gruppi familiari: vista l'enorme offerta di droghe si può osservare lo sviluppo di tossicomanie in situazioni molto diverse. Questo modello permette di immaginare i diversi casi di tossicomania come collocati lungo un continuum: ai due estremi della serie possiamo trovare i casi in cui l'inizio della fase di scompenso appare legato chiaramente ad un trauma, e quelli in cui il trauma è minimo o difficilmente identificabile. Il ruolo del trauma in Cancrini è centrale per comprendere l'eziologia della tossicodipendenza¹⁰¹.

Una persona che vive una vita simile a quella di molte altre (nella misura in cui le angosce legate al conflitto psichico rimosso si limitano a modellare aspetti socialmente e soggettivamente non critici della sua personalità e del suo carattere), se si trova sottoposta all'azione di un trauma psichico importante (morte di uno dei genitori, loro separazione o divorzio, perdita materiale e morale di un amico o di una persona significativa, delusione personale sul piano sentimentale, scolastico, lavorativo etc.), può scegliere la tossicomania a breve distanza dal trauma, in rapporto con le difficoltà che sono emerse. Il trauma, non è necessario che si presenti sotto forma di un fatto drammatico e interrompente la continuità dell'esistenza vissuta. Effetti simili possono essere determinati, in situazioni diverse, dall'esposizione del soggetto a un'esperienza di difficoltà a cui non riesce ad adattarsi se non parzialmente, a cui non può ribellarsi e di cui riesce ad avere, per l'azione dei suoi meccanismi di difesa o per la mancanza di strumenti culturali adatti, una nozione vaga e incerta, espressa in modi allusivi nel comportamento ma negata o ignorata sul piano del pensiero cosciente o del riferimento verbale. Invece che una ricerca attiva di un sollievo ci si trova di fronte ad un incontro fortuito con il farmaco e con i suoi effetti: effetti che vengono apprezzati ma non esaltati

¹⁰⁰ V. Andreoli, L. Cancrini, W. Fratta, G.L. Gessa, (1993), *Tossicodipendenze*, Milano: Masson

¹⁰¹ L. Cancrini, (1995), *Quei temerari sulle macchine volanti*, Roma: La Nuova Italia Scientifica

da un soggetto il cui vissuto depressivo viene alleviato e non invertito dalle nuove esperienze.

In base a queste premesse Cancrini individua quattro tipologie di tossicomanie:

- a) tossicomanie traumatiche,
- b) tossicomanie da nevrosi attuale,
- c) tossicomanie da transizione,
- d) tossicomanie sociopatiche.

Le *tossicomanie traumatiche* riguardano quelle persone che, pur avendo una vita del tutto simile a quella di molti altri, se sottoposte ad un evento traumatico di particolare intensità (perdita di uno o entrambi i genitori, delusioni profonde in ambito affettivo, scolastico, lavorativo), o esposte a situazioni di difficoltà a cui riescono ad adattarsi solo parzialmente, possono strutturare una tossicomania in genere a breve distanza da tali eventi o situazioni. Generalmente si tratta di adolescenti che hanno di recente definito la loro identità, o giovani adulti che si trovano ad affrontare l'esperienza del lutto conseguente allo sforzo di emancipazione da un nucleo familiare in situazione da stress. La mancanza di supporti sociali in grado di stimolare la persona verso percorsi alternativi alla droga, la riservatezza con cui è utilizzata, la quasi totale mancanza di piacere nell'assunzione, sono gli aspetti che più caratterizzano queste tossicomanie. La rottura con il precedente stile di vita avviene, in genere, in poco tempo proprio perché la sostanza si dimostra in grado di distogliere in modo piuttosto netto le persone dallo stato di sofferenza in cui si trovavano precedentemente. L'eroina diventa rapidamente il centro dell'attenzione della persona, proteggendola da una fase di panico o sofferenza piuttosto violenta. L'incontro con la droga allevia la sofferenza soggettiva ma, tuttavia non favorisce l'elaborazione del lutto.

Le *tossicomanie da nevrosi attuale* non sono il frutto di particolari eventi traumatici ma sono legate ai problemi di individuazione del sé tipici del periodo adolescenziale. In questa fase, l'adolescente, proprio perché mette in discussione l'equilibrio affettivo raggiunto durante l'infanzia, può tentare di affrontare la situazione di crisi attraverso la droga. La tossicomania svolge nei confronti di questo conflitto una funzione protettiva, favorendone la prosecuzione nel tempo e rendendo difficili e a volte impossibili, le reazioni utili alla sua risoluzione. Generalmente i disturbi che precedono o vengono coperti dalla tossicomania propongono un quadro caratterizzato: da una lunga storia di disturbi del comportamento, da uno stato depressivo in rapporto dichiarato con le difficoltà del gruppo familiare e dalle manifestazioni di sintomi

nevrotici (sintomi somatici, carenza di partecipazione alle vicende della propria vita, tendenza alla noia, insoddisfazione e nervosismo). Dal punto di vista clinico, le tossicomania di questo tipo sono caratterizzate da una connotazione depressiva (non ci sono elementi legati al “piacere” provocato dall’uso di droga) e da un atteggiamento dimostrativo (sfida dolorosa e insofferenza rivolta principalmente alle persone ritenute responsabili del conflitto o della sua non soluzione, generalmente i genitori o i terapeuti).

Le *tossicomanie di transizione* corrispondono ad una organizzazione personale descritta come transazionale in quanto caratterizzata dalla presenza contemporanea e alternata di dinamismi nevrotici e psicotici. I quadri clinici più frequenti sono quelli che corrispondono alla descrizione dei pazienti definiti come borderline e alla descrizione dei pazienti che presentano disturbi del tono dell’umore con alternanza di fasi maniacali e depressive profondamente modificate dall’effetto del farmaco. Quest’ultimo viene ricercato in maniera compulsiva, ritualistica e autolesiva, con lo scopo di provocare, più che il piacere, effetti di stordimento. Questo tipologia di tossicomania è pericolosa per la presenza di gravi tendenze autodistruttive e per la mancanza di riguardi e attenzione per il proprio corpo (rischio di overdose e di infezioni) per entrambi i quadri clinici. L’uso di droga assume un’importanza cruciale per il controllo dell’angoscia vissuta dal tossicomane e un’interruzione forzata di questo uso comporta un serio rischio di suicidio.

Le *tossicomanie sociopatiche* si sviluppano soprattutto in persone che appartengono a famiglie profondamente e drammaticamente disorganizzate, in cui le funzioni parentali svolte nei loro confronti sono state inconsistenti o inadeguate per vari motivi (genitori assenti, affidamento in istituti, genitori infantili, genitori con problemi di alcolismo, tossicodipendenza o disturbi psichici, etc.). In questa situazione la persona esprime il conflitto psichico attraverso l’acting-out e questo comporta la comparsa di comportamenti antisociali che precedono la tossicodipendenza (soprattutto in adolescenti in condizioni di svantaggio sociale e culturale) e poi una rapida e naturale assimilazione ad essa. Il tossicomane sociopatico ha un atteggiamento di sfida, provocazione e freddezza tipico di una persona incapace di amare e accettare amore. L’ambiente che lo circonda è percepito come freddo e ostile: per questo l’unica possibilità per distaccarsene è rappresentata dalla droga, attraverso le sensazioni anestetiche che provoca. Stordirsi con l’alcol e gli oppiacei o eccitarsi con le anfetamine o la cocaina sono vissuti come tentativi di completare, drammaticamente, un’esperienza

soggettiva percepita come insoddisfacente soprattutto perché debole e incompleta. Su questo tipo di realtà personale la droga stende un velo almeno inizialmente pietoso: smorza le sofferenze, favorisce i meccanismi di rifiuto e di isolamento, canalizza la tendenza all'autopunizione e rinforza, nel suo insieme, il processo sociale alla base della definizione del ruolo deviante.

Altri riferimenti psicoanalitici: Attaccamento e Narcisismo

Gli studi di John Bowlby sull'attaccamento rappresentano un'ipotesi teorica di grande interesse per lo studio del disadattamento e delle tossicomanie¹⁰². I suoi studi sui bambini senza famiglia e sulla loro istituzionalizzazione lo portano a considerare essenziale, per la salute mentale di ogni persona, l'aver sperimentato in passato un rapporto caldo, intimo e ininterrotto con la madre. L'assenza della figura materna diventa così la principale variabile che scatena reazioni di disagio e di profondo malessere riscontrabili nei bambini abbandonati¹⁰³.

Gli effetti della separazione precoce sullo sviluppo della personalità possono essere i più svariati. Sicuramente l'esperienza traumatica del bambino abbandonato è legata a :

- a) manifestazioni di disadattamento e antisocialità;
- b) sviluppo di tratti di personalità (al di sotto di queste manifestazioni) che definiscono persone "dipendenti", "iperdipendenti" o "immature", cioè persone che, secondo Bowlby, manifestano un comportamento di attaccamento all'altro più frequente e più pressante del normale, con una persistenza e monotonia che non ha, per lo meno in apparenza, giustificazioni al livello della situazione concreta.

Secondo Bowlby sembra che i fattori eziologici più importanti per lo sviluppo di molte forme di disadattamento e dei tratti di personalità che le determinano, corrispondono a esperienze precoci che scuotono la fiducia di una persona nella disponibilità delle sue figure di attaccamento: esperienze diverse ma tutte riconducibili allo stabilirsi di un regime "imprevedibile" di presenza della madre. La carenza delle cure materne è il risultato degli episodi di separazione (malattia, ospedalizzazione, morte, incarcerazione o altri impedimenti alla madre di svolgere le sue funzioni verso il bambino) oppure, in altri casi, di fatti che attengono alla qualità del rapporto, più

¹⁰² L. Cancrini, (1995), *Quei temerari sulle macchine volanti*, Roma: La Nuova Italia Scientifica

¹⁰³ A. Lis, S. Stella, G.C. Zavattini, (1999), *Manuale di psicologia dinamica*, Bologna: Il Mulino

difficili da documentare in modo appropriato, e caratterizzati fondamentalmente dal mantenimento di una presenza vuota, priva di significato affettivo per il bambino.

In materia di tossicodipendenza, alcuni lavori hanno affrontato il problema dell'attaccamento in questo gruppo di persone (Fava Vizziello, Petenà, Simonelli, 2000)¹⁰⁴. I comportamenti tossicomani vengono compresi come carenze nella capacità di prendersi cura di sé, espressione di disturbi precoci dello sviluppo che comportano una inadeguata interiorizzazione delle figure genitoriali e una mancanza di regolazione degli affetti e dell'autostima. La scelta del sintomo può essere compresa come incapacità da parte di queste persone di riconoscere ed identificare i propri stati affettivi interni, a riflettere sul proprio senso di sé e come una tendenza a ripetere esperienze dolorose sperimentate in fasi relazionali e affettive precoci.

I tossicomani mostrano spesso difficoltà nella esternalizzazione degli affetti, soprattutto se dolorosi, a causa della fragilità nell'organizzazione del Sé, e tendono a spostare la sorgente di ogni preoccupazione e della sofferenza, da un'origine ignota ed incontrollabile, ad una nota, come la sostanza. Secondo questa linea di pensiero, è il disturbo di regolazione del Sé la spiegazione del sintomo, che gli autori collocano in epoche precoci dello sviluppo, in particolare all'interno del sistema interattivo madre-bambino e della sua evoluzione e regolazione nel corso dello sviluppo.

Alcune ricerche (Fava Vizziello, Leo, Simonelli, 1997, Rosenstein, Horowitz, 1992) confermano la prevalenza di attaccamenti di tipo Distanziante (Ds) nella popolazione di tossicodipendenti e la spiegazione che danno a questi risultati è quella di un tentativo da parte di queste persone di utilizzare la droga con una funzione pseudoregolativa di compensazione rispetto alle carenze sperimentate ed interiorizzate. Questi dati però riguardano alcune delle caratteristiche riscontrate in tossicodipendenti maschi in cui il distanziamento dell'attaccamento come meccanismo di difesa sembra uno stile di risposta strutturato a fronte di esperienze relazionali scarsamente supportive, a volte rifiutanti, secondo una modalità di coartazione degli affetti dolorosi che non vengono considerati oppure rivalutati attraverso forme estreme di idealizzazione.

La ricerca del 2000 di Simonelli, Fava Vizziello e Paternà si è concentrata su un campione di donne tossicodipendenti, con basso adattamento sociale, eventi traumatici, relazioni trascuranti, abusanti e deprivanti. Da questo campione prevale un tipo di attaccamento insicuro (Distanziante 31%, Coinvolto 61%) e compare una quota

¹⁰⁴ I. Petenà, A. Simonelli, G. Fava Vizziello, (2000), *Attaccamento e psicopatologia tra clinica e ricerca. Applicazione dell'AAI ad un gruppo di donne tossicodipendenti*, Personalità e Dipendenze, vol 6(1), pp.73-87

rilevante di attaccamento Non Risolto (34%). La prevalenza di un attaccamento insicuro è riconducibile a diversi fattori, primo fra tutti quello di un contesto di crescita particolarmente disadattivo caratterizzato da disagio affettivo-relazionale nella famiglia d'origine. A differenza dei maschi, le donne tossicodipendenti partecipanti alla ricerca sono caratterizzate da un attaccamento di tipo Coinvolto con aspetti di passività, rabbia e confusione che sembrano testimoniare la loro difficoltà, a livello mentale, di integrare i contenuti dell'esperienza vissuta con le proprie figure di attaccamento.

Se alla base vi sono le medesime condizioni disadattive, la scelta maschile conduce ad un meccanismo di difesa basato sull'esclusione e sulla coartazione mnestica e affettiva dell'esperienza che la donna utilizza in misura minore a causa dell'invischiamento e della confusione. Il coinvolgimento sembra una forma di strategia fallimentare di non mentalizzazione dell'esperienza passata, mentre i tossicodipendenti maschi sembrano attuare strategie maggiormente protettive di allontanamento.

L'atto in sé dell'assunzione di sostanza in relazione alla condizione di attaccamento insicuro, potrebbe forse essere considerato nella sua duplice funzione: da una parte il ricorso attivo alla sostanza sembra consentire a queste persone il raggiungimento di una momentanea e transitoria condizione di annullamento delle difficoltà, una vera e propria autoterapia di fronte ad una tensione insopportabile. I tossicomani cercano nella sostanza un ausilio esterno in grado di esorcizzare momentaneamente le paure e i fantasmi della loro vita, ma sulla base dell'esclusione delle difficoltà ambientali tra cui le difficili condizioni familiari grazie ad una alterazione dello stato di coscienza. Per queste persone si può parlare di impazienza o totale mancanza di tolleranza delle frustrazioni: la droga rappresenta allora una forma di sollievo e di gratificazione immediata.

Comunque, molti autori si sono occupati del problema della tossicodipendenza e del significato che la droga può assumere all'interno dell'esperienza personale della persona che ne fa uso. Secondo Rosenfeld (1965)¹⁰⁵, l'azione della droga si contrappone a forti angosce paranoide e depressive: può simbolizzare sia l'oggetto ideale incorporato in modo concreto, sia l'identificazione con l'oggetto cattivo e persecutorio, quando l'assunzione è connessa ad impulsi sadici, o ancora l'identificazione con un oggetto malato o morto incorporato per senso di colpa. Per ognuno dei tre quadri vi è quindi un utilizzo particolare della droga: per rafforzare l'onnipotenza del diniego e della scissione o dell'impulso distruttivo, o per aumentare l'introiezione e l'identificazione

¹⁰⁵ A. Consoli, A. Bennardo, (2001), *Diagnosi e valutazione nelle tossicodipendenze e nell'alcolismo*, Torino: Centro Scientifico Italiano

con l'oggetto malato morto. In ogni caso, la droga permette fantasie di gratificazione allucinatoria in funzione difensiva contro l'angoscia, allo stesso modo del bambino che allucina succhiando le proprie dita la gratificazione desiderata della madre assente¹⁰⁶.

Bergeret (1983)¹⁰⁷ ha notato che nel tossicomane il desiderio è ridotto a semplice bisogno, non entra nel campo dell'immaginario, ma viene soddisfatto attraverso il comportamento e questo è dovuto al fatto che, nel corso dello sviluppo, il soggetto ha registrato delle delusioni precoci, continue e ripetute all'interno delle sue relazioni primitive e fondamentali. L'economia psichica depressa che ne deriva è incapace per lo più di utilizzare il registro fantasmatico, simbolico, e rimane ancorata alla modalità di passaggio all'atto per soddisfare i bisogni, che, nel tossicodipendente, sono spesso di natura autoerotica e di segno prevalentemente aggressivo. Questo spiegherebbe la natura autoaggressiva del comportamento, non solo nell'atto del drogarsi, ma in tutta la serie di situazioni a rischio che lo vedono protagonista.

L'autore, inoltre, propone una classificazione tripartita dei tossicomani in base alla struttura nevrotica, psicotica e depressiva della loro personalità¹⁰⁸. La struttura nevrotica è caratterizzata da una insufficiente capacità di mentalizzazione, con espressione di tipo comportamentale e meccanismi di rimozione e difesa dall'angoscia di castrazione. Queste persone tendono a comportamenti autopunitivi che possono culminare anche nel suicidio, inteso come via di espiatione e come evitamento di intenti colpevoli sul piano incestuoso e aggressivo. Nel caso di una struttura psicotica, l'assunzione di droga può essere utilizzata come una difesa dell'Io per contenere l'immaginario e salvaguardare l'unità psichica, oppure come giustificazione mentale per spiegare l'esistenza di una follia già evidente. Infine, nell'organizzazione depressiva, la crisi adolescenziale non è stata integrata e gli elementi delle rappresentazioni edipiche non sono stati iscritti nell'immaginario. Tale difficoltà di integrazione deve essere intesa nel senso di un occultamento mentale dell'oggetto, a cui aspirano le fantasie e le tensioni aggressive e violente della persona. L'impossibilità di accedere nell'immaginario a un oggetto investito di affetti negativi comporta una relazione quanto mai evanescente con l'oggetto, che rimane lontano e inutilizzabile, per cui deve essere rimpiazzato da un

¹⁰⁶ S. Cirillo, R. Berrini, G. Cambiaso, R. Mazza, (1996), *La famiglia del tossicodipendente*, Milano: Raffaello Cortina Editore

¹⁰⁷ Ibidem.

¹⁰⁸ A. Consoli, A. Bennardo, (2001), *Diagnosi e valutazione nelle tossicodipendenze e nell'alcolismo*, Torino: Centro Scientifico Italiano

altro oggetto parziale e continuamente rinnovabile come lo stupefacente¹⁰⁹. L'oggetto è sempre parziale ed esteriorizzato: attraverso la droga la persona cerca di superare la difficoltà di identificazione che non le permette di superare la crisi adolescenziale.

Bergeret conclude affermando che non esiste una struttura psichica profonda e specifica per la tossicodipendenza, ma che questa mantiene una funzione difensiva e regolatrice rispetto ai momenti di crisi in cui incorre la struttura patologica sottostante.

Altri autori vedono il problema della tossicodipendenza in maniera diversa, su un versante narcisistico: la droga non è il sostituto di un oggetto di amore o da cui essere amati, ma rappresenta la sostituzione di una funzione che l'apparato psichico non può svolgere.

Kohout (1981)¹¹⁰ si è dedicato soprattutto allo studio dei percorsi evolutivi della rappresentazione di sé dell'individuo. Il narcisismo primario (cioè la condizione di completo investimento libidico del bambino appena nato su se stesso) viene progressivamente intaccato dall'inevitabile imperfezione dell'accudimento materno. Il bambino cerca di adattarsi alla condizione di dipendenza dalla madre attraverso un'ipertrofizzazione dell'immagine di sé (il Sé grandioso) e indirizzando il precedente sentimento di autosufficienza sull'oggetto-sé materno, idealizzato e onnipotente. Nel corso dello sviluppo non solo l'immagine genitoriale idealizzata viene trasformata attraverso un processo di interiorizzazione, in strutture deputate al controllo delle spinte istintuali e all'organizzazione delle proprie mete ideali, ma anche il Sé grandioso viene ridimensionato attraverso l'insegnamento alla rinuncia di obiettivi narcisistici.

Se però la relazione con la madre è intercalata da gravi carenze con effetto traumatico, la delusione nei confronti del genitore viene allontanata attraverso il mantenimento della primitiva immagine idealizzata e allo stesso modo il Sé grandioso si perpetua allo scopo di lenire la sofferenza del trauma subito. In questa condizione l'Io della persona risulta indebolito, incapace di tollerare le frustrazioni che ne definirebbero i limiti e nello stesso tempo diventa intollerabile la dipendenza da un genitore infallibile e onnipotente ma incapace di alleviare la sofferenza. Questo processo può portare alla ricerca di un oggetto inanimato e illusoriamente controllabile come la droga, in grado di provocare serenità allontanando il senso di inadeguatezza che inevitabilmente accompagna la crescita.

¹⁰⁹ S. Cirillo, R. Berrini, G. Cambiaso, R. Mazza, (1996), *La famiglia del tossicodipendente*, Milano: Raffaello Cortina Editore

¹¹⁰ Ibidem.

Riassumendo, Kohut¹¹¹ inquadra la tossicomania all'interno dei disturbi narcisistici determinati da delusioni traumatiche nel rapporto con l'oggetto-sé idealizzato arcaico, che portano alla mancata interiorizzazione delle esperienze precoci e alla fissazione ad aspetti degli oggetti arcaici.

Anche Meltzer (1983)¹¹² fa riferimento per le tossicomanie ad un'organizzazione narcisistica e ritiene che la qualità e l'intensità di meccanismi come la scissione e l'identificazione primaria del sé e dell'oggetto determinino la possibilità che la buona relazione delle parti non distruttive del sé venga pervertita, cioè rovesciata. Le parti infantili "buone" si pongono in rapporto di dipendenza passiva dalle parti "cattive", evitando il dolore depressivo o il terrore derivato dalla rivalità edipica o dalla gelosia. La perversione è descritta in tre livelli: abituale, tossicomantica e criminale. Nel primo livello, quello dell'assuefazione, esistono tutte le caratteristiche narcisistiche della perversione ma manca la passività come difesa dal terrore. Nel secondo livello, la perversione è già interna: la parte adulta riesce a controllare il comportamento in alcune aree non traumatiche, ma queste vengono percepite come vuote di significato, mentre le relazioni del transfert infantile vengono sentite come le uniche sincere, ma troppo instabili e transitorie. Infine nel terzo livello la perversione tossicomantica è socializzata, trasformandosi in una perversione criminale causata da scissione e identificazione proiettiva della parte infantile con una persona del mondo esterno, con comportamenti sadici e masochistici. Secondo Meltzer è in questi tre livelli che possiamo trovare le componenti di perversione nelle persone tossicodipendenti.

2.2.3 L'approccio sistemico

La maggior parte degli studi¹¹³ e delle ricerche dedicati alle famiglie che presentano un membro tossicodipendente sono stati svolti negli Stati Uniti alla fine degli anni 70 e si sono basati prevalentemente sull'osservazione di casi all'interno di strutture sanitarie pubbliche, dove le persone si recavano per assumere farmaci sostitutivi. Questo ha permesso di studiare alcune caratteristiche di queste persone: età, sesso, grado di coinvolgimento emotivo e materiale con le famiglie di appartenenza e le più generali caratteristiche familiari (strutturali e tipologiche).

¹¹¹ A. Consoli, A. Bennardo, (2001), *Diagnosi e valutazione nelle tossicodipendenze e nell'alcolismo*, Torino: Centro Scientifico Italiano

¹¹² Ibidem.

¹¹³ S. Cirillo, R. Berrini, G. Cambiaso, R. Mazza, (1996), *La famiglia del tossicodipendente*, Milano: Raffaello Cortina Editore

Nello stesso periodo (1975-80) sono apparsi numerosi lavori di terapeuti familiari dai quali emerge che il tossicodipendente non è solo dipendente dalla droga, ma conserva uno status di dipendenza dal nucleo familiare maggiore rispetto ai coetanei di controllo. Da questi studi vengono avanzate alcune ipotesi sul ruolo che la famiglia può avere nella genesi e nel mantenimento della tossicodipendenza del figlio, ma anche come risorsa per il suo trattamento.

Spesso in queste famiglie si assiste ad una sovversione delle gerarchie tradizionali, indebolite da coalizioni tra membri di diverse generazioni (ad esempio, figlio-madre-nonna), che ostacolano l'alleanza coniugale. Il padre del tossicomane è descritto come una figura assente e distante emotivamente dal figlio a fronte di una madre ipercoinvolta e iperindulgente, a tratti simbiotica. Nelle ricerche di quegli anni prevale la concezione che il sintomo sia funzionale alla stabilità della coppia coniugale come regolatore omeostatico in grado di distogliere l'attenzione dei genitori dai propri conflitti. Da parte sua, il tossicomane può ricercare uno stato di "malattia" in modo da porsi, in maniera infantile, al centro dell'attenzione dei genitori.

La tossicodipendenza assume quindi un significato "funzionale", cioè rappresenta una delle sequenze relazionali di un circuito che si autoregola al fine di mantenere l'equilibrio della famiglia e talvolta evitare la separazione dei genitori. Quando la tensione coniugale aumenta, il figlio agisce da regolatore a feedback del sistema, "offrendo" alla famiglia la minaccia della droga in cambio di una maggiore stabilità della vita coniugale. In questo caso, gioca un ruolo fondamentale l'incapacità dei genitori di affrontare a loro volta le tematiche della separazione in maniera più lucida.

Questa situazione, con il passare del tempo, opera una mutazione della tematica del conflitto coniugale: i genitori continuano ad attaccarsi a vicenda, ma per evidenziare quanto cattivo e sbagliato sia l'altro nei panni del genitore e addossarsi la responsabilità della tossicodipendenza del figlio.

Questa concezione "funzionalista" la possiamo rintracciare anche nel lavoro di Jay Haley (1980)¹¹⁴. L'autore giunge a valutare la possibilità che il comportamento tossicomane sia una variante delle crisi (psicotiche e non), con cui un certo numero di giovani adulti esprimono la difficoltà della loro emancipazione dal gruppo familiare di provenienza.

Secondo Haley il giovane che si droga può essere descritto come uno che risponde in modo adattivo alla particolare comunicazione della famiglia. Questi giovani si

¹¹⁴ L. Cancrini, (1995), *Quei temerari sulle macchine volanti*, Roma: La Nuova Italia Scientifica

comportano in modo deviante perché appartengono ad una struttura organizzativa già di per sé deviante. In questo tipo di famiglie, i genitori si trovano a confrontarsi l'uno con l'altro dopo aver funzionato per molti anni in un'organizzazione di molte persone. A volte avevano comunicato solo attraverso il figlio e raramente e con difficoltà, in maniera più diretta. Quando il figlio va via di casa, i genitori non sono capaci di mettere in piedi un'organizzazione valida. Anche se il problema è segnalato dal comportamento del figlio, i problemi possono presentarsi in uno o in tutti e due i genitori: di fronte ad un divorzio, alla depressione o a un altro sintomo di un genitore di mezza età, bisogna pensare sempre alla coincidenza con lo svincolo dai figli. Il problema che si manifesta potrebbe essere solo una risposta al cambiamento dell'organizzazione.

E' importante, allora, considerare l'utilità potenziale del sintomo che si sviluppa nel figlio. Il problema del ragazzo e il fallimento del distacco dalla famiglia, permette ai genitori di avere ancora qualcuno di cui occuparsi, così l'organizzazione mantiene la sua stabilità anche per molti anni, indipendentemente dall'età dei figli.

Un concetto che Stanton (1979)¹¹⁵ e altri autori hanno utilizzato per descrivere l'anomala posizione del tossicodipendente rispetto alla famiglia è quello di "pseudoindividuazione": attraverso l'uso di droghe, con comportamenti trasgressivi, protestatari o comunque di distacco dal mondo degli adulti, il figlio sembra voler testimoniare di aver definitivamente rotto i ponti con la sua infanzia, emancipandosi dai genitori. In realtà, queste conquiste si rivelano illusorie, perché la dipendenza dalle sostanze vincola l'individuo all'interno della famiglia, rendendolo sempre più dipendente in termini di denaro, di mantenimento e infine di cure. Infatti la maggior parte dei tossicodipendenti vive con le famiglie di origine, o, se vive da solo, ha comunque frequenti e intensi rapporti con esse.

L'uso della droga è un comportamento paradossale in quanto mantiene una situazione cristallizzata in cui non è stato superato il problema della separazione, ma, nella famiglia, è comunque presente l'apparenza di un movimento. Per questo, la tossicomania ha una funzione di mascheramento e mantenimento di un blocco della normale evoluzione del ciclo vitale della famiglia: è l'elemento utile a mantenere un certo equilibrio disfunzionale e a nascondere la difficoltà del gruppo familiare a tollerare la separazione del membro adolescente.

¹¹⁵ S. Cirillo, R. Berrini, G. Cambiaso, R. Mazza, (1996), *La famiglia del tossicodipendente*, Milano: Raffaello Cortina Editore

Sempre in ambito statunitense sono state condotte numerose ricerche sperimentali sulle caratteristiche delle famiglie, esaminate attraverso questionari, test, gruppi di controllo ed elaborazioni statistiche.

Babst (1978)¹¹⁶ ha esaminato su un campione numeroso di ragazzi la family affinity, cioè il grado di vicinanza emotiva e di confidenza tra genitori e figli in relazione a numerose variabili, tra cui il successo scolastico, la presenza di amicizie con tossicodipendenti, i comportamenti a rischio e l'uso di droghe. Un alto grado di family affinity è correlato positivamente con la riuscita scolastica e una tempestiva acquisizione di autonomia. Al contrario, un clima familiare caratterizzato da distanza e chiusura tra i vari membri, comporta una maggiore frequenza di comportamenti a rischio e di tossicodipendenza. In questo caso sono i coetanei a prendere il posto dei genitori come riferimento per il bisogno di sostegno nei momenti di difficoltà e la soluzione di problemi personali.

Simons e Robertson (1989)¹¹⁷ hanno trovato una netta correlazione tra il comportamento genitoriale e il coinvolgimento dei figli in gruppi di pari devianti e l'uso di droga. La variabile rifiuto da parte dei genitori risulta un potente fattore di spinta verso l'inserimento in gruppi devianti e l'uso di sostanze stupefacenti. Il rifiuto dei genitori produce figli aggressivi che vengono a loro volta rifiutati dai gruppi "normali" e trovano rifugio in gruppi di pari simili a loro.

Nel lavoro di Shedler e Block (1990)¹¹⁸ sono stati seguiti nelle fasi del loro sviluppo, 100 bambini dai tre fino ai diciotto anni di età. In base al rapporto che questi ragazzi hanno con la droga, sono stati individuati tre gruppi: gli astemi, che non hanno mai avuto esperienze di incontro con la droga, gli sperimentatori, che hanno avuto occasione di sperimentarla saltuariamente, soprattutto per curiosità, e infine i consumatori abituali di qualche sostanza. L'indagine mette in evidenza la possibilità di prevedere l'esito dell'incontro del giovane con la droga, dal momento che i consumatori abituali avevano manifestato problematiche importanti lungo il decorso del loro sviluppo emotivo, con difficoltà relazionali e nel controllo del comportamento impulsivo, già dall'età di sei-sette anni. Le ragioni di questo alterato processo di crescita sono rintracciate nell'impostazione psicopedagogia della famiglia, caratterizzata dall'incapacità dei genitori di esprimere correttamente le proprie emozioni e la

¹¹⁶ S. Cirillo, R. Berrini, G. Cambiaso, R. Mazza, (1996), *La famiglia del tossicodipendente*, Milano: Raffaello Cortina Editore

¹¹⁷ Ibidem.

¹¹⁸ S. Cirillo, R. Berrini, G. Cambiaso, R. Mazza, (1996), *La famiglia del tossicodipendente*, Milano: Raffaello Cortina Editore

prevalenza delle espressioni di critica e delle richieste di prestazioni unite, in modo contraddittorio, ad un atteggiamento iperprotettivo. Dallo studio risulta evidente che l'offerta di droga non spiega da sola la tossicodipendenza, la causa primaria viene collocata nella fragilità della personalità del giovane, intesa non come "vulnerabilità" costituzionale, ma come esito di uno sviluppo relazionale familiare insoddisfacente.

Una ricerca italiana condotta nel 1991 dal Nuovo Centro per lo Studio sulla Famiglia di Milano¹¹⁹ ha cercato di individuare le caratteristiche della famiglia del tossicodipendente, sia nei suoi aspetti disfunzionali, relativi a compiti di allevamento ed emancipazione dei figli, sia nelle vicende relazionali che coinvolgono i vari membri.

Dall'esame delle storie familiari è stato possibile tracciare le linee di sviluppo del processo relazionale patologico della famiglia del tossicodipendente, individuando così tre sottogruppi di famiglie: Percorso 1, Percorso 2, Percorso 3.

Percorso 1: l'abbandono dissimulato. Questo gruppo rappresenta la maggior parte delle famiglie, ha una modalità di accudimento apparentemente ineccepibile sul piano formale, ma inadeguato sul piano sostanziale. I genitori hanno sperimentato nel passato una relazione carente con la famiglia d'origine, senza però riconoscere il danno ricevuto. Il padre è precocemente adultizzato e la madre paralizzata in un rapporto conflittuale con la propria. Il loro è un "matrimonio d'interesse", nel senso che il partner sembra lo strumento per soddisfare i propri desideri di realizzazione sociale, di risarcimento o di emancipazione. Anche se l'accudimento è formalmente ineccepibile, il bambino vive in uno stato di deprivazione e carenza dal punti di vista affettivo, per questo possiamo dire che l'accudimento è mimato. Questa inadeguatezza del rapporto madre-figlio emerge ancora di più nell'adolescenza, quando la madre si dimostra incapace di trasformare il proprio stile di accudimento in funzione delle esigenze evolutive del figlio. La rabbia e l'aggressività che l'adolescente prova verso la madre, non può essere rivolta direttamente verso di lei, ma viene comunque esternalizzata attraverso comportamenti oppositivi e fallimentari. Il quadro, spesso, è aggravato dal comportamento assente del padre, che a sua volta non riconosce i sentimenti e i diritti di individuazione del figlio, ma, anzi, lo rifiuta. Così il ragazzo sembra predisposto all'incontro con l'eroina: la sua sofferenza fatta di solitudine, rabbia, autosvalutazione, sensi di colpa e confusione, può essere modificata attraverso una droga che può contenere il rischio della depressione.

¹¹⁹ Ibidem.

Percorso 2: l'abbandono misconosciuto. Questo gruppo, più esiguo, è caratterizzato da genitori che sembrano perpetuare le esperienze insoddisfacenti e le carenze vissute nella famiglia di origine. Il matrimonio si realizza attraverso l'incontro dei bisogni psicologici profondi dei due partner, ma questa forma di compensazione genera una dipendenza reciproca forte e altrettanto frustrante perchè spesso accompagnata dalla delusione delle aspettative. Lo spazio per il figlio nella mente della madre è quasi del tutto saturato dai sentimenti ambivalenti e angoscianti prodotti dalla relazione coniugale. I bisogni del figlio non vengono in alcun modo riconosciuti e anche la condizione di abbandono viene ugualmente negata (misconosciuta). Nell'adolescenza il ragazzo si accorge della sostanziale indifferenza della madre, che invece rimane focalizzata sul rapporto coniugale, e della rivalità o dell'indifferenza del padre, che lo sente come un rivale all'interno della coppia. La droga, sotto la spinta di necessità autoterapeutiche, diventa l'unico strumento per contenere l'ansia, la confusione ed eventuali problemi di identità.

Percorso 3: l'abbandono agito. Questo è il caso delle situazioni di tossicodipendenza connesse a comportamenti antisociali. La struttura familiare è disgregata: entrambi i genitori hanno sperimentato nell'infanzia una situazione di abbandono oggettivo e tendono a riprodurla anche con i figli. Il loro è un "matrimonio inesistente": la relazione è priva di scambio emotivo e strutturata quasi casualmente. Delusioni, tradimenti, conflittualità, separazioni e reciproche accuse, rendono il clima familiare vuoto e inadatto allo sviluppo di un bambino. La madre non è capace di evitare al figlio le carenze che lei stessa ha subito e molto spesso lo affida ad altre persone (abbandono agito). Il padre molto spesso è assente, inadeguato o, nel peggiore dei casi, violento. Nell'adolescenza il ragazzo cerca nelle bande dei coetanei quella famiglia che non ha conosciuto e questo lo può coinvolgere in attività delinquenziali. Questa condizione di marginalità sociale facilita il contatto con la droga che, con il suo potere sedativo, permette di contenere la rabbia maturata nell'abbandono affettivo e smorzare le occasioni di eventuali comportamenti violenti all'interno della famiglia.

2.3 Psicofarmacologia della gratificazione: uso, abuso e gratificazione da sostanze psicoattive

Il termine "droga" si riferisce a quelle sostanze chimiche, naturali o di sintesi capaci di modificare l'umore, la percezione e l'attività mentale di chi le assume. Ciò che accomuna queste sostanze è la loro azione psicoattiva, mentre in realtà sono molto

diverse per gli effetti che producono, per la loro pericolosità e per la diversa considerazione sociale di cui godono. Tra queste sostanze ci sono quelle di uso comune come l'alcol, il tabacco, il tè e il caffè, farmaci come i barbiturici, i tranquillanti, le anfetamine, e altre come cannabis, LSD, cocaina e eroina.¹²⁰

L'uso autorizzato delle sostanze è stato da sempre definito nell'ambito delle realtà socioculturali: è logico che possa differire tra le varie culture e che, come le condizioni sociali e culturali, sia suscettibile a modificazioni nel tempo. Si parla, allora, di abuso, quando la persona si autosomministra un farmaco, che causa conseguenze dannose, con modalità disapprovate dalla società¹²¹.

Non è detto che tutte le persone che fanno uso di droghe siano dei tossicomani. Il dosaggio e la frequenza con cui una sostanza psicoattiva viene assunta segnano sempre il confine tra il consumo sporadico e occasionale e quello abituale e d'abuso. Inoltre, per parlare di tossicodipendenza vera e propria, si devono verificare fenomeni di dipendenza e addiction. Nonostante la facilità con cui spesso sono confuse, dipendenza e addiction si riferiscono a due dimensioni diverse del problema tossicodipendenza, la prima a quella farmaco-tossicologica, la seconda alla dimensione psicologica-comportamentale e può anche essere chiamata dipendenza psichica¹²².

La dipendenza è una condizione fisiologica di neuroadattamento prodotta dalla ripetuta assunzione di una sostanza, che necessita di continue somministrazioni per prevenire l'insorgenza di una sindrome d'astinenza. La dipendenza è influenzata da diverse condizioni come, ad esempio, la tolleranza, che si sviluppa quando, dopo somministrazioni ripetute, la stessa dose di una sostanza produce un effetto ridotto o, al contrario, quando devono essere somministrate dosi sempre maggiori per ottenere l'effetto osservato con la dose iniziale¹²³. Le sostanze che generano dipendenza fisica inducono uno stato di sofferenza nell'organismo quando questo ne è privato e l'abitudine di assumere droga si trasforma dal desiderio di "stare bene", nel bisogno di porre fine allo "stare male". Quindi, si parla di dipendenza fisica quando si sente la necessità di ridurre o eliminare i sintomi dell'astinenza e questo si associa anche a dipendenza psichica e fenomeni di tolleranza.

Per addiction si intende, in genere, una modalità comportamentale di abuso di sostanze caratterizzata da un coinvolgimento assoluto e compulsivo nell'uso di una

¹²⁰ M. Ravenna, (1993), *Adolescenti e droga*, Bologna: Il Mulino

¹²¹ S.M. Stahl, (2005), *Psicofarmacologia essenziale*, Torino: Centro Scientifico Editore

¹²² L. Montecchi (1998), *Tossicodipendenza o dipendenza tossica?*, www.Pol.it

¹²³ Ibidem.

sostanza, nell'assicurarsene l'approvvigionamento a tutti i costi, e da un'elevata tendenza alla ricaduta dopo la sua interruzione.¹²⁴ L'addiction rimanda ad un modello di comportamento in cui la persona è spinta alla ricerca ripetitiva di ogni esperienza gratificante e quindi alla ricerca coattiva di una determinata sostanza¹²⁵. Il meccanismo di ripetizione di un determinato comportamento sfugge al controllo della persona, soprattutto se la sostanza ha proprietà psicotrope specificatamente gratificanti, ed assume una frequenza sempre maggiore, nonostante le valutazioni negative derivanti dalla verifica del suo alto costo, sia un termini di salute fisica o psichica che di inserimento sociale. Questo rituale compulsivo non risponde, come in psicopatologia all'obbligo di adempiere ad un determinato rituale per cacciare un pensiero indesiderato, ansiogeno, imposto alla coscienza, ma al "craving", cioè al desiderio intenso, alla brama impellente che spinge il tossicodipendente a ripetere il consumo di sostanze in modo egosintonico.

¹²⁴ S.M. Stahl, (2005), *Psicofarmacologia essenziale*, Torino: Centro Scientifico Editore

¹²⁵ H. Margaron, (1997), *Il labirinto della dipendenza*, Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.

2.4 Descrizione ed effetti delle droghe più diffuse

Dal punto di vista anatomico, la via dopaminergica mesolimbica sembra rappresentare la via di rinforzo e gratificazione del cervello. Questa via proietta dai corpi cellulari dei neuroni dopaminergici dell'area tegmentale ventrale del tronco cerebrale verso i terminali assionali nelle aree limbiche dell'encefalo. Si ritiene che tale via abbia un ruolo importante nei comportamenti emotivi, in particolare nelle allucinazioni uditive, nei deliri e nel disturbo del pensiero. Secondo alcuni autori, in questa via sarebbe contenuto il "centro del piacere" del cervello e la dopamina sarebbe il "neurotrasmettitore del piacere"¹²⁶.

Vi sono molti modi di stimolare fisiologicamente i neuroni dopaminergici mesolimbici a rilasciare dopamina: dalla riuscita di una prestazione scolastica, al successo atletico, al piacere di ascoltare musica, all'esperienza orgasmica. Questi aumenti di concentrazione di dopamina vengono definiti "picchi naturali" e sono prodotti da un'incredibile quantità di sostanze naturali in grado di stimolare questa via: morfina/eroina endogena cerebrale (endorfine), marijuana cerebrale (anandamide), nicotina cerebrale (acetilcolina), cocaina/amfetamina cerebrale (la stessa dopamina).

Le numerose sostanze d'abuso che si trovano in natura possono sostituirsi ai neurotrasmettitori naturali e stimolare direttamente i recettori cerebrali, causando il rilascio di dopamina. Il messaggio chimico trasmesso da un neurone all'altro viene inibito o in altri casi amplificato a livello delle sinapsi perché i recettori vengono occupati dalle molecole di droga. A sua volta, questo produce un'alterazione della neurotrasmissione elettrica del sistema nervoso centrale che si manifesta con una modificazione dell'umore o del comportamento.

Anche se il cervello utilizza dei neurotrasmettitori che assomigliano alle sostanze d'abuso, ottenere una gratificazione in modo naturale attraverso i picchi naturali non è più significativo, visto che se ne può ottenere una più intensa, rapida e a richiesta, attraverso la sostanza. Inoltre, a differenza dei picchi naturali, la gratificazione prodotta da una sostanza d'abuso è provocata da un "bagno straordinario" di dopamina sui siti postsinaptici D2 del sistema limbico: questo fa in modo che essi richiedano sempre maggiori quantità di sostanza d'abuso per produrre gli stessi livelli di dopamina dopo che la droga ha finito il suo effetto, portando la persona a preoccuparsi di trovarne sempre di più e dando così inizio ad un circolo vizioso¹²⁷.

¹²⁶ S.M. Stahl, (2005), *Psicofarmacologia essenziale*, Torino: Centro Scientifico Editore

¹²⁷ Ibidem.

Vista l'enorme eterogeneità delle sostanze psicoattive, alcuni autori come Polmonari, Ravenna (1993)¹²⁸ e Piccone Stella (1999)¹²⁹, consigliano di classificarle in base agli effetti che producono sul sistema nervoso centrale:

- a) droghe che deprimono il sistema nervoso centrale (come alcol, barbiturici, ipnosedativi, benzodiazepine, solventi);
- b) droghe che riducono il dolore (oppioidi naturali e di sintesi, eroina e metadone);
- c) droghe che stimolano il sistema nervoso centrale (amfetamine, cocaina, crack, caffeina, nicotina);
- d) droghe che alterano la funzione percettiva (LSD, funghi, cannabis, ecstasy).

Le droghe che deprimono il sistema nervoso centrale. Si tratta di sostanze che se assunte a piccole dosi riducono gli stati d'ansia e tensione, la capacità di concentrazione e la memoria inducendo sensazioni di benessere, rilassamento e lieve euforia. Dosi più elevate diminuiscono le inibizioni, il senso critico, l'autocontrollo, aumentano gli stati di irritabilità e i comportamenti aggressivi, nel caso dei barbiturici vengono incrementati gli effetti sedativi.

Le droghe che riducono il dolore. Si tratta di sostanze che oltre a ridurre gli stati d'ansia e di angoscia, determinando sensazioni di calore e di tranquillità, riducono la sensibilità e le reazioni emotive al dolore, ed interferiscono in modo limitato con il funzionamento fisico e mentale. Dosi elevate provocano sedazione, stupore, sonno, perdita di coscienza. Dosi ripetute con una certa frequenza provocano tolleranza e dipendenza fisica. L'eroina, come tutti gli oppiacei, produce tolleranza solo se assunta ogni giorno per diverse settimane. Una volta che si è instaurata una tolleranza, per continuare ad ottenere gli effetti piacevoli, è necessario aumentare la dose, ma si giunge ad un punto in cui nessun incremento produce l'effetto euforizzante atteso, ed è necessario aumentare la dose allo scopo di sentirsi "normali". Il metadone è un oppiaceo sintetico utilizzato come sostituto legale dell'eroina. I vantaggi sono legati al fatto che si assume per bocca, può essere pianificato il dosaggio, evita il rischio dell'overdose, ma, a differenza dell'eroina, non produce il flash, l'ondata di calore e piacere che provoca l'iniezione e questa è la ragione di molte ricadute.

Le droghe che stimolano il sistema nervoso centrale. Questo tipo di droghe aumenta la vigilanza, diminuisce la sensazione di fame e di fatica e perciò incrementa la capacità di svolgere compiti fisici e intellettuali prolungati. Mentre dosi basse

¹²⁸ M. Ravenna, (1993), *Adolescenti e droga*, Bologna: Il Mulino

¹²⁹ S. Piccone Stella, (1999), *Droghe e tossicodipendenza*, Bologna: Il Mulino

favoriscono stati di eccitazione, euforia e sensazioni di aumento di energia, dosi più alte (ad eccezione di caffeina e tabacco) si associano a comportamenti aggressivi, violenti e disforici. L'uso prolungato di queste sostanze genera dipendenza psichica ma non fisica, ad eccezione del tabacco. Gli stimolanti danno una particolare lucidità della coscienza, per questo spesso portano a galla ansie latenti e sono considerati ansiogeni. L'ecstasy è stata catalogata tra le amfetamine, ma la sua composizione chimica, l'MDMA, incorpora anche un elemento allucinogeno.

Le droghe che alterano la funzione percettiva. Queste sostanze incrementano e modificano le esperienze sensoriali (con illusioni o allucinazioni), favoriscono stati di euforia e più raramente di ansia e panico, alterano il pensiero. Mentre i derivati della cannabis inducono soprattutto rilassamento, voglia di parlare e di ridere, LSD favorisce fenomeni allucinatori e la PCP comportamenti estatici, sedazione e stimolazione. Con dosi elevate possono verificarsi episodi di confusione mentale, disorientamento, agitazione, panico e allucinazioni accentuate. L'abuso di queste sostanze, in particolare la cannabis, non sembra provocare dipendenza fisica ma tolleranza e dipendenza psichica.

Gli effetti di una droga non dipendono in modo esclusivo dalle sue caratteristiche farmacologiche, ma variano in modo considerevole anche in relazione ad una serie complessa di fattori che vanno dalle caratteristiche biologiche e psicologiche dell'assuntore alla qualità della sostanza, alla dose e alla modalità dell'assunzione, al contesto in cui si verifica concretamente e quello circostante, come la cultura, la società e il gruppo di appartenenza.

2.4.1 Effetti delle principali droghe sul comportamento aggressivo

Cocaina. Quando questa sostanza viene assunta, la persona sperimenta una sensazione piacevole ("rush") che dura pochi minuti con euforia e disinibizione degli istinti. Durante questo effetto non si avverte bisogno di cibo, sonno e riposo e tutto questo induce la persona ad accrescere sicurezza nella propria forza fisica e mentale e talvolta a vera e propria megalomania. Finito questo effetto, subentra uno stato di ansia, depressione ("crash"), disforia, irrequietezza, irritabilità e intenso craving per la sostanza¹³⁰. Il craving durante il crash e le altre sensazioni spiacevoli alimentano l'assunzione cronica della sostanza ed è in questa fase che sono stati registrati comportamenti violenti. Inoltre l'enorme variabilità degli effetti della cocaina dipende

¹³⁰ A. Bani, M. Miniati, M. Di Fiorino, (1997), *L'Aggressività: aspetti clinici*, Lucca: Centro Studi Psichiatria e Territorio

anche dallo stato emotivo del soggetto nel momento dell'assunzione: la stessa dose somministrata ad una persona in stato di lieve eccitamento provoca euforia, in una persona già ipereccitata o in stato di ipomania può produrre disforia o dei veri e propri stati psicotici¹³¹. Chi usa cocaina tende a sopravvalutare se stesso, le sue capacità e a sottovalutare le conseguenze (magari rischiose) delle proprie azioni e a rispondere eccessivamente a situazioni che minacciano l'autocontrollo: comportamento e linguaggio possono infatti in un attimo diventare violenti¹³².

Amfetamine. L'assunzione di amfetamine comporta una migliore sopportazione della fatica e del dolore fisico, il ciclo sonno-veglia risulta particolarmente disturbato da insonnia e gravi stati d'ansia. L'assunzione continuata provoca intossicazione, confusione e stati di delirio che, se paranoïdi, possono portare ad atti violenti e ad omicidi.

Cannabinoidi. L'effetto piacevole ed immediato è quello di euforia simile ad una ebbrezza lieve, mentre le sensazioni sono spesso esperite in rapporto all'ambiente dove viene assunta. Dal senso di benessere si può passare a stati di alterazione della percezione e, nei casi più gravi, derealizzazione, depersonalizzazione o delirio, in cui la persona può incrementare la tendenza all'ira e alla crudeltà. L'intossicazione cronica può portare ad alterazioni del carattere e a manifestare litigiosità, diffidenza, atteggiamenti ostili e violenti. In alcuni studi si è visto che le persone in astinenza da marijuana diventano più aggressivi rispetto ai gruppi di controllo (Kouri, Pope, Lukas, 1999, Haney, Ward, Comer, Foltin, Fischman, 1999).¹³³

Opiacei (morfina e eroina). Le sensazioni piacevoli e la riduzione del dolore, con il tempo, lasciano il posto a deterioramento mentale ed alterazione della personalità : la persona manifesta atteggiamenti litigiosi, irritazione, intolleranza, ansia, depressione e asocialità. I comportamenti violenti e aggressivi si manifestano più frequentemente nelle fasi di astinenza e di ricerca compulsiva della sostanza.

Allucinogeni (LSD). Gli effetti ricercati solitamente consistono in fenomeni dispercettivi con illusioni, allucinazioni visive, sensazioni di perdere il corpo, di volare, di irrealtà. La persona perde lucidità e autocontrollo fino a commettere, in caso di intossicazione cronica, raptus omicidi e suicidi.

¹³¹ V. Andreoli, L. Cancrini, W. Fratta, G.L.Gessa, (1993), *Tossicodipendenze*, Milano: Masson

¹³² V. Cestari, (2000), *Le basi biologiche dell'aggressività*, Medicina delle Tossicodipendenze, vol. 26-27, pp. 7-14

¹³³ Ibidem.

In conclusione, tutte le sostanze d'abuso hanno effetti sull'aggressività: alcune per un'azione diretta stimolante del SNC, altre per l'effetto disinibente che hanno sul comportamento, altre ancora in seguito all'astinenza prodotta dall'interruzione dell'assunzione del farmaco. In generale tutti gli psicostimolanti stimolano la condotta aggressiva durante l'assunzione acuta del farmaco, mentre altri farmaci d'abuso come gli oppioidi stimolano il comportamento aggressivo essenzialmente nella fase di astinenza dalla sostanza¹³⁴.

2.5 Predittività del rischio di abuso di sostanze e comorbidità psichiatrica

E' possibile individuare elementi predittivi dell'abuso di sostanze psicoattive? Questa è la domanda con cui recentemente la ricerca sta cercando di misurarsi.

Alcuni autori (Block, Keyes 1988, Zuckerman 1988)¹³⁵ attribuiscono un peso essenziale alla mancanza di adattamento alle convenzioni, allo scarso autocontrollo, all'anticonformismo, all'elevato livello di impulsività e aggressività che alcuni bambini possono manifestare. Fattori predittivi sarebbero già riscontrabili all'inizio della scuola materna con la comparsa di difficoltà nella condotta scolastica e comportamenti antisociali. Alcuni studi prospettici e valutazioni retrospettive (Luthar, Anton 1992, Klein, Manuzza 1991)¹³⁶ suggeriscono la comparsa di sintomi di personalità antisociale o di iperattività con deficit d'attenzione (ADHD) in età precedente all'uso di sostanze. Schubiner e Tzelepis (2000)¹³⁷, in accordo con queste affermazioni, evidenziano come il disturbo da ADHD sia ampiamente rappresentato nella popolazione dei tossicodipendenti, assieme ai disturbi della condotta.

Una considerazione a parte meritano gli studi sui bambini aggressivi (Dodge, Feldman 1990, Fonzi, Tomaia 1993)¹³⁸. Questi bambini sono destinati a diventare presto "impopolari" tra i loro coetanei perché non sono capaci ad interpretare gli stimoli esterni, a codificare correttamente le intenzioni dell'altro e ad affrontare situazioni nuove. L'unica modalità di relazione è quella aggressiva, che si accompagna spesso a iperattività, a depressione-isolamento, a caduta della stima di sé, a condotte immature e

¹³⁴ V. Cestari, (2000), *Le basi biologiche dell'aggressività*, Medicina delle Tossicodipendenze, vol. 26-27, pp. 7-14

¹³⁵ G. Guerra, F. Frati, (2000), *La ricerca sui disturbi psichiatrici nei pazienti tossicodipendenti e alcolisti*, Personalità e Dipendenze, vol. 6(11), pp. 9-15

¹³⁶ Ibidem.

¹³⁷ H.Schubiner, A. Tzelepis, S. Milberger, N. Lockhart, M. Kruger, B.J. Kelley, E.P. Schoender, (2000), *Prevalence of ADHD and conduct disorder among substance abusers*, J. Clin Psychiatry, vol. 61(4), pp. 244-251

¹³⁸ G. Guerra, F. Frati, (2000), *La ricerca sui disturbi psichiatrici nei pazienti tossicodipendenti e alcolisti*, Personalità e Dipendenze, vol. 6(11), pp. 9-15

dipendenti. I bambini aggressivi, iperattivi e con difficoltà comportamentali continuano a manifestare nell'adolescenza un'elevata percentuale di disturbi che li possono predisporre all'incontro con la droga.

Altri disturbi o condizioni problematiche sono riscontrabili nel periodo che precede l'esordio dell'abuso di sostanze e si possono significativamente correlare con il successivo sviluppo di patologie d'interesse non più solo tossicomano, ma anche psichiatrico.

Pozzi, Tempesta e coll.(1995)¹³⁹ affermano che nella metà dei casi da loro studiati, i disturbi mentali cominciano prima della condotta tossicomano e, in ordine di frequenza, ansia, sindromi affettive e schizofreniche, sono le più frequenti diagnosi di comorbidità. Al contrario, disturbi affettivi sono più spesso secondari e successivi all'assunzione di sostanze.

Un studio (Brooner, King, 1997)¹⁴⁰ condotto su 716 persone che facevano uso di cocaina e eroina, ha rilevato comorbidità psichiatrica nel 47% dei casi. Le diagnosi più frequenti sono state: Disturbo di Personalità Antisociale nel 21,1% dei casi, Depressione Maggiore nel 15,8%. Dati confermati anche da altre ricerche (Vukov, 1995)¹⁴¹, che evidenziano come il 40-43% dei tossicodipendenti soffre di Disturbi di Personalità, il 32% Distimia e il 59% soffre di disturbi Antisociali.

Craig (1979)¹⁴² in base ai risultati del MMPI ha suddiviso i soggetti eroinomani in due classi: nella prima è evidente un incremento delle scale D, Sc e Pd, nella seconda un incremento della Pd. Secondo questa ricerca la Depressione e la Sociopatia rivestono un ruolo molto importante nella dipendenza da oppiacei.

Dati significativi della comorbidità tra Disturbo Borderline e abuso di sostanze si ricavano da una ricerca del 1996 di Busto¹⁴³. In questa ricerca sono state utilizzate le interviste semi-strutturate SCID1 e SCID2 e i disturbi più frequentemente rilevati sono: per l'Asse I del DSM IV Depressione Maggiore (33%) e i Disturbi da Attacco di Panico (30%), mentre per l'Asse II sono stati rilevati soprattutto i Disturbi di Personalità Antisociale (42%), Paranoie (25%) e Borderline (17%)

¹³⁹ G. Pozzi, G. Tacchini, M. Di Giannantonio, E. Tempesta, (1995), *Mental disorders of drug addicts in treatment*, Minerva Psichiatrica, vol. 36(3), pp.139-154

¹⁴⁰ G. Guerra, F. Frati, (2000), *La ricerca sui disturbi psichiatrici nei pazienti tossicodipendenti e alcolisti*, Personalità e Dipendenze, vol. 6(11), pp. 9-15

¹⁴¹ Ibidem.

¹⁴² Ibidem.

¹⁴³ U.E. Busto, M.K. Romach, E.M. Sellers, (1996), *Multiple drug use and psychiatric comorbidity in patients admitted to the hospital with severe benzodiazepine dependence*, J. Clin. Psychopharmacology, vol. 16 (1), pp. 51-70

Sulla base di queste ed altre numerose ricerche¹⁴⁴, risulta ormai accertato che il comportamento additivo spesso sia associato ad altri disturbi psichiatrici, che si manifestano soprattutto attraverso disordini del tono dell'umore, come Depressione, Disturbi d'Ansia e Disturbi di Personalità (Antisociale, Borderline, Narcisistico-Istrionico).

¹⁴⁴ G. Pozzi, M. Baccialupi, A. Serretti, E. Tempesta, (1993), *Prevalenza di disturbi mentali fra gli utenti dei Sert in Italia: uno studio multicentrico*, Boll. per le Farmacodipendenze e l'Alcolismo XVI, pp.3-4

CAPITOLO III

Le Comunità Terapeutiche e il Centro di Solidarietà di Arezzo

3.1 Approcci terapeutici alla tossicodipendenza: le Comunità Terapeutiche

Alcune ricerche, condotte in Italia e all'estero, dimostrano che la maggior parte dei tossicodipendenti riesce a guarire, sia per decisione individuale (remissione spontanea), sia, più spesso, con l'aiuto di un trattamento¹⁴⁵. Nella maggioranza dei casi la dipendenza dalle droghe si limita a una fase della vita e costituisce un'esperienza dalla quale la persona, una volta guarita, può acquisire uno sguardo diverso su di sé e gli altri.

La rete terapeutica per il trattamento della tossicodipendenza in Italia è tra la più ricche e le più dotate in Europa. Questo è confermato dall'opinione degli osservatori stranieri e dal rapporto tra numero dei pazienti e numero di strutture e personale.

Per lungo tempo, però, il problema della tossicodipendenza non ha ricevuto attenzione e provvedimenti sanitari e finanziari da parte dello stato. Negli anni '70, nonostante l'incremento della diffusione della droga e della tossicodipendenza, i Sert non esistevano ancora, così come non esistevano attività di informazione e di prevenzione. I tossicomani bisognosi di aiuto furono presi in carico nei primi anni soltanto dai religiosi e dal volontariato cattolico: le comunità più importanti e attive del paese (il Gruppo Abele, la Comunità Incontro, il Centro di Solidarietà-Ceis, San Patrignano) sono nate, infatti, attorno al 1970-72, promosse da personalità religiose o laiche ma di ispirazione cattolica.

Oggi, per chiunque abbia bisogno di aiuto nel suo rapporto con le sostanze psicoattive, sono disponibili:

- a) i Sert, i servizi per la tossicodipendenza collegati al sistema sanitario nazionale. Sono pubblici, gratuiti e gli unici servizi che distribuiscono il metadone come farmaco sostitutivo degli oppiacei. I Sert , e le eventuali strutture ospedaliere ad essi collegate, affrontano il problema della disintossicazione dalla sostanza e quello dell'astinenza¹⁴⁶. Dopo la disintossicazione deve partire immediatamente un intervento di tipo

¹⁴⁵ S. Piccone Stella, (1999), *Droghe e tossicodipendenza*, Bologna: Il Mulino

¹⁴⁶ V. Andreoli, (1996), *Tossicodipendenza: stato attuale dell'intervento clinico*, Quaderni di psichiatria, vol. 15(3)

psicosociale, che trova la sua applicazione nelle varie tipologie di comunità terapeutiche;

- b) *le comunità residenziali*, definite ufficialmente “terapeutiche” o semplicemente “comunità”. Fino al 2000 ne risultano censite 822, tra grandi e piccole. Nella maggioranza dei casi sono gestite da iniziative private o dal settore no profit, ma alcune sono pubbliche. Le strutture private offrono ospitalità gratuita o a pagamento, le pubbliche sono gratuite;
- c) *le comunità semiresidenziali o diurne*, il tempo giornaliero viene organizzato nell’arco delle dieci o dodici ore per pazienti che preferiscono tornare nella propria casa la sera. Si presentano come un’alternativa al primo tipo e ne sono state censite 247, tra pubbliche e private;
- d) *i centri di accoglienza o comunità aperte*, non ospitano i pazienti dentro le strutture, li lasciano liberi di entrare e di uscire, proponendo appuntamenti e impegni periodici. Ne sono stati censiti 279 tra privati e pubblici, quasi sempre gratuiti.

L’offerta dei servizi, comunque, è più varia di quanto appaia al primo sguardo perché le stesse esigenze degli interessati hanno suggerito nel tempo modificazioni e formule nuove. Le principali organizzazioni (associazioni, enti ausiliari) del paese hanno creato sottostrutture molto flessibili: gruppi serali, associazioni di familiari, unità di incontro per i sieropositivi, centri di ascolto per gli adolescenti, comunità per coppie. Spesso i tossicodipendenti cambiano periodicamente tipo di trattamento, sia per l’instabilità del loro rapporto con la droga, sia per il modificarsi delle condizioni di vita. L’opinione pubblica tende a interpretare questa mobilità in termini di fallimento, ma, in realtà, tra gli operatori del settore prevale un’ottica pragmatica e meno totalizzante: ciascun centro può rappresentare una tappa nel percorso di recupero individuale e non necessariamente o immediatamente quella conclusiva. Cancrini¹⁴⁷ parla di “catena terapeutica”, intendendo che “se i percorsi per arrivare alla droga sono diversi, diversi risultano i percorsi per uscirne”. I luoghi migliori per il recupero sono quelli che non presumono di fornire da soli la risposta ideale.

Tutte le formule descritte si basano sull’assunto che il setting migliore per il trattamento del tossicomane sia il gruppo, cioè una situazione ambientale interattiva, una “microsocietà” che trae dagli sforzi di tutti i suoi componenti le risorse per ridistribuire le energie positive e ricomporre un senso dell’esistenza. Non risultano

¹⁴⁷ L. Cancrini, (1995), *Quei temerari sulle macchine volanti*, Roma: La Nuova Italia Scientifica

altrettanto efficaci i tentativi di cura individuali, nel setting analitico classico, nel quale la sinergia collettiva non può agire e dove le dissimulazioni e gli inganni della persona che fa uso di sostanze vanificano spesso il lavoro del terapeuta. Il trattamento psicoanalitico genera per la sua stessa logica ripetute crisi nel paziente e un tossicodipendente non è in grado di fronteggiare tali crisi senza fare ricorso prima o poi alle sostanze. Da queste considerazioni restano escluse le terapie rivolte al gruppo familiare nel suo insieme, che si sono rivelate spesso le più efficaci.

L'elemento di selezione delle persone è rappresentato dalle loro stesse condizioni. "Alta soglia" e "bassa soglia" sono le due modalità su cui un servizio o una comunità si basano per prendere in carico una persona al loro interno. La "soglia" fa riferimento all'insieme di regole che la struttura sceglie di osservare, per questo un tossicodipendente in crisi di astinenza può non essere accettato e una persona poco motivata può essere messa in attesa finché la motivazione non sia maturata. Un centro ad alta soglia può chiedere che la condizione di lucidità e autocontrollo (lontananza dalla droga) sia consolidata per almeno 3 mesi e che siano condotti colloqui esplorativi anche protratti per un lungo periodo. In passato molte comunità residenziali richiedevano un profilo ad alta soglia. Oggi c'è una maggiore tendenza ad accettare chiunque, in qualunque condizione e in qualunque momento, secondo un profilo di bassa soglia. Il motivo è che se le strutture ad alta soglia hanno come scopo quello di condurre la persona lontano da qualsiasi sostanza, quelli a bassa soglia cercano di limitare, in qualche modo, i danni individuali e sociali della tossicodipendenza.

Fino ad oggi, la Comunità Terapeutica si è dimostrata la forma di intervento più efficace nei confronti della tossicodipendenza. La tipologia delle CT è estremamente varia e articolata: esse possono risultare esplicitamente o implicitamente terapeutiche, gerarchiche, democratiche, normative, carismatiche, aperte o chiuse, ma, nonostante le evidenti differenze, la loro pratica, in sostanza, è improntata ad un unico modello di fondo, quello psicosociale¹⁴⁸.

Sul piano organizzativo, infatti, le differenze sono di scarso rilievo. Una volta valutate le reali motivazioni del tossicodipendente, viene stabilito un contratto terapeutico. In questa prima fase, la persona viene messa al corrente dei programmi che seguirà e dei tempi necessari a completarli, che in genere variano da un minimo di due anni ad un massimo di quattro. In questo modo, chi entra, sin dal primo momento, dovrebbe operare una scelta consapevole, assumere l'impegno di portare a termine il

¹⁴⁸ L.Peirone, (1987), *Psicologia sociale della droga*, Milano: Giuffrè Editore

lavoro che intraprende e prendere atto che tutta la vita comunitaria è funzionale ai programmi terapeutici adottati dalla CT. Al termine del programma la persona deve raggiungere questi due obiettivi: il recupero sociale e il reinserimento lavorativo.

La comunità è ovviamente un gruppo, ma un gruppo di per sé non è strettamente terapeutico per una persona e soprattutto per il tossicodipendente, che presenta spesso difficoltà di ordine relazionale. In questo caso, invece, il gruppo diventa un supporto, una presenza costante e un punto di riferimento estremamente importante, in grado di reintegrare quelle funzioni della persona, connesse alla socialità, che non sono maturate e sviluppate adeguatamente.

Per fare questo, utilizza varie strategie, come quella di impiegare le persone in attività di vario tipo che le impegnano nello studio e nel lavoro, nella produzione di beni e relazioni. Questo “fare” diventa una carta vincente contro il disagio, l'emarginazione, la devianza e soprattutto la droga. L'avere uno scopo o un progetto permette la definizione-ridefinizione quotidiana dell'identità.

Nella quotidianità troviamo la dimensione rassicurante della CT: giorno dopo giorno vengono confutate le angosce e i dubbi sul proprio futuro, lasciando spazio alle sicurezze emotive e alle speranze. Quando la paura diminuisce, si è in grado di assumere delle responsabilità perché si diventa capaci di rispondere alle sollecitazioni che provengono dall'esterno.

L'esperienza delle CT conferma un concetto emergente già dal lavoro con le famiglie: il problema della tossicodipendenza si pone più come un problema pedagogico ed educativo che un problema sanitario. Il concetto di responsabilità individuale rappresenta, allora, il punto di riferimento implicito o esplicito, di tutte le imprese terapeutiche efficaci.

Lavorando sull'ipotesi per cui il tossicomane è stato fino ad ora sottoposto a risposte eccessivamente comprensive o eccessivamente repressive, l'idea è di ridargli la convinzione che quanto ha fatto, fa o farà, dipende essenzialmente da lui. Con la responsabilità ritorna l'autonomia: imparare a darsi delle norme, interiorizzandole, è il completamento del processo di riempimento esistenziale. Questo riconoscimento di responsabilità avviene attraverso delle fasi, la prima delle quali è il riconoscimento dell'impotenza di fronte alla droga e del proprio bisogno di aiuto. A questo segue lo sviluppo della possibilità di confrontarsi con gli altri, ottenendo conferme, appoggio, solidarietà ma anche la possibilità di confrontarsi con i propri errori e con le loro conseguenze, a collegare le promozioni e i premi con il riconoscimento dei

comportamenti più responsabili. In una situazione di questo tipo si sviluppa la fiducia nella capacità di ascolto dell'altro e nella capacità di esprimere apertamente, in questo contesto, i vissuti di rabbia e aggressività. In questo modo si crea, nel gruppo, una condizione in cui diventa facile riconoscere, momento per momento, a livello degli incidenti più banali, l'inadeguatezza di un atteggiamento giustificatorio e deresponsabilizzante. Infine, si sviluppa la capacità di definire i confini della propria persona, dei propri desideri e dei propri diritti attraverso il rispetto di una gerarchia in cui si occupa, inizialmente, l'ultimo posto e lungo la quale è tuttavia possibile risalire, attraverso l'adozione di comportamenti responsabili¹⁴⁹.

La CT richiama alla mente la famiglia e in effetti la "logica" che ne sta alla base è quella di una famiglia sostitutiva per il tossicodipendente. Il progetto di ogni CT è quello di fornire una risposta al bisogno di un rassicurante "contenitore familiare" che fa da sfondo all'azione terapeutica.

La funzione terapeutica svolta dalla CT non è tanto quella di disintossicare la persona, quanto quella di ricostruzione della personalità, esercitando un controllo sociale non molto diverso da quello che possiamo trovare in una struttura familiare correttamente funzionante. Se prima della droga c'era il "buco nero" della famiglia che "manca" (nonostante la presenza fisica e strutturale), dopo la droga c'è la presenza concreta della CT in senso affettivo e relazionale.

Possiamo dire che, se la famiglia è, in qualche misura, parte in causa nel problema della tossicodipendenza, la CT ne è il rimedio più logico, andando ad agire sulle carenze dell'istituzione familiare. La CT svolge non solo una funzione curativa e riabilitativa, ma, in particolare, svolge una funzione che permette all'ex tossicodipendente di ritornare alla società. A volte, operando su una realtà sociale inesistente e degradata, più che un ritorno, assistiamo ad una vera e propria entrata "per la prima volta" nel tessuto sociale.

3.2 Il Centro di Solidarietà di Arezzo: la Comunità Terapeutica di Bacciano

Il Centro di Solidarietà di Arezzo¹⁵⁰ (CSA) è una associazione, fondata nel 1983 con l'intento di agire concretamente sui problemi relativi al disagio, all'emarginazione e alla tossicodipendenza; è una associazione no profit che si è specializzata in problemi di dipendenza da alcol e droghe.

¹⁴⁹ L. Cancrini, (1995), *Quei temerari sulle macchine volanti*, Roma: La Nuova Italia Scientifica

¹⁵⁰ Centro di Solidarietà di Arezzo, (2005), *Programma terapeutico integrato del C.S.A. Onlus*

La persone che possono usufruire dei programmi terapeutici sono politossicodipendenti, di entrambi i sessi, anche sottoposti a misure alternative alla detenzione in carcere. Devono aderire volontariamente al programma con un progetto iniziale che prevede:

- a) lo scalaggio del metadone,
- b) la stabilizzazione, con programmi di mantenimento gestiti dal sert,
- c) il raggiungimento ed il mantenimento di una condizione drug-free,
- d) l'inserimento e/o l'accompagnamento residenziale nella vita sociale e lavorativa,
- e) il mantenimento della relazione con l'operatore di riferimento per tutto il percorso.

Al momento dell'ingresso viene effettuata una raccolta di dati successivamente integrata dalla somministrazione del test ASI (Addiction Severity Index). Queste informazioni costituiscono la base della cartella terapeutica di ciascuna persona.

In base ai dati raccolti nella cartella, a quelli provenienti dai colloqui diagnostici, all'approfondita anamnesi storica, effettuata in collaborazione con il Sert inviante, si procede all'inquadramento del caso e alla progettazione di un percorso individuale che sia inserito nel programma iniziale ma che tenga anche conto del percorso educativo o terapeutico personale. In particolare si terrà conto della presenza di diagnosi psichiatriche, delle notizie raccolte in cartella e di una serie di parametri che valutano la capacità della persona di trarre aiuto da un approccio centrato più su una relazione supportiva che espressiva. Un altro dato che viene tenuto in considerazione e che viene approfondito è il numero, l'impostazione e l'intensità dei percorsi comunitari precedenti e la presenza di problemi legali significativi.

Le strutture del CSA possono ospitare circa 400 persone e si articolano in numerose sedi, ciascuna con diversi nuclei operativi autonomi, distribuite sul territorio di due regioni e quattro province. Nonostante i nuclei operativi di ogni sede siano strutturati secondo i medesimi moduli, si differenziano tuttavia per le caratteristiche ambientali, umane e relazionali che determinano la peculiarità del lavoro che vi si svolge. Avere più sedi che propongono lo stesso modulo terapeutico, permette al CSA di strutturare un percorso riabilitativo rispettoso sia dell'unicità di ogni persona, sia dei cambiamenti che la accompagnano nel processo di crescita.

Le sedi di Petrognano (AR), Quarata (AR), Abbadia S. Salvatore (SI), Grosseto e Città di Castello (PG), rappresentano le sedi dell'accoglienza, residenziale o diurna, e fungono da filtro per la fase intermedia del trattamento, che si svolge a Baciano (AR).

In queste sedi il programma residenziale è a bassa soglia e vengono condotti: colloqui individuali, gruppi di ascolto, attività di gestione e manutenzione della struttura, attività ricreative-culturali, seminari culturali finalizzati alla riduzione del danno, sostegno familiare e di coppia, attività anamnestiche e diagnostiche. Nelle sedi dell'accoglienza vengono apprese le prime forme di socializzazione e le regole di vita comune, l'individuazione dei bisogni e delle potenzialità, l'elaborazione delle proprie motivazioni ed aspettative di vita, nonché la creazione della necessaria alleanza con gli operatori e la struttura. Durante questa fase (che dura circa 6 mesi), gli educatori possono conoscere la persona in modo più approfondito ed essere in grado di formulare dei percorsi individuali, calibrati in base alle sue caratteristiche ed esigenze.

La sede di Bacciano è la Comunità Terapeutica residenziale. Qui si svolge un lavoro più accurato, con interventi strutturati e con persone che, indipendentemente dal modulo a cui appartengono, sono comunque già spogliate delle caratteristiche legate alla contingenza della tossicodipendenza e disponibili a condividere con gli altri un percorso di riabilitazione. Questa fase del programma dura 12 mesi e prevede: colloqui individuali, di coppia, familiari, diagnosi individuale e familiare, gruppi di auto aiuto (anche con i familiari), gruppi tematici (genogramma, affettività, psicodramma), corsi di formazione ed orientamento professionale, recupero scolastico, attività culturali. A questo punto, l'ex tossicodipendente dovrebbe riuscire a modificare la propria struttura personale e le modalità relazionali attraverso l'espressione emotiva, la consapevolezza di sé, l'assunzione di responsabilità, l'elaborazione della separazione e la progettazione dell'autonomia.

Al termine del programma, il Centro prevede anche degli interventi per il reinserimento sociale e lavorativo che sono condotti nelle sedi di Bacciano, Quarata e Grosseto. Questi interventi consistono in gruppi di auto aiuto, tematici, su problemi concreti e attuali, sui rapporti con l'esterno, colloqui individuali, familiari, di coppia, gruppi di attività educative (psicodramma, seminari). L'obiettivo è quello di fornire ancora ospitalità e sostegno a chi, terminato il programma, deve affrontare il rapporto con l'esterno, con le fatiche reali del vivere e del lavorare, con la propria capacità di scelta e autonomizzazione.

Il CSA offre anche trattamenti per le famiglie o i congiunti di ragazzi con problemi di dipendenza da sostanze stupefacenti. Si tratta di colloqui familiari individuali, gruppi di auto aiuto di genitori, gruppi misti (genitori-figli), gruppi fratelli-sorelle e incontri di coppia. L'obiettivo è quello di coinvolgere le famiglie nel percorso

di cambiamento del figlio, riflettere sulle dinamiche disfunzionali della famiglia, migliorare le relazioni familiari, genitoriali e di coppia, fornire sostegno e ascolto.

Nei territori in cui è presente, il CSA organizza progetti di prevenzione della tossicodipendenza, di promozione del benessere, di aiuto alla persona e di formazione, in collaborazione con strutture formative, cooperative e associazioni impegnate nel mondo giovanile, scolastico, familiare, lavorativo, sociale e sanitario.

3.2.1 Metodologie e trattamenti

L'approccio terapeutico del Centro si rifà ai criteri del "Progetto Uomo", un programma terapeutico, nato nel 1996, su iniziativa della Federazione Italiana Comunità Terapeutiche (FICT), come risposta alle problematiche della tossicodipendenza, che pone al centro della sua attenzione l'uomo nella sua globalità. Secondo questo approccio, il processo di crescita del singolo, supportato da strumenti psicopedagogici, promuove la consapevolezza che la dipendenza da sostanze stupefacenti rappresenta la negazione della possibilità di costruzione della propria personalità. La presa di coscienza di sé, unita al lavoro fisico e psichico, contribuisce all'acquisizione di una stima reale di sé stessi, attraverso lo sviluppo dell'autonomia e delle potenzialità dell'individuo. Ciò promuove il ripristino delle relazioni sociali, degli interessi culturali, sportivi e scolastici della persona stessa. La scommessa del programma è, appunto, quella di reinserire la persona nel proprio contesto sociale, lavorativo e culturale, che precedentemente ha prodotto la dipendenza, nel tentativo di migliorarlo, per quanto è possibile. Il programma "Progetto Uomo" si propone di seguire l'individuo, offrendo percorsi differenziati, semi-residenziali, residenziali, brevi o di sostegno alla sola condizione che venga accettato lo stato di dipendenza e si voglia modificarlo.

I programmi terapeutici adottati dal CSA sono articolati in tre moduli. Pur avendo tratti comuni e reciproche influenze, i moduli si differenziano per numero e professionalità del personale impiegato e si sviluppano secondo gli indirizzi: terapeutico (di stile confrontativo), pedagogico (centrato sull'esperienza quotidiana della realtà e con finalità educative) e specialistico per doppia diagnosi (supportivo, centrato sulla relazione, il confronto e affiancato dagli elementi degli altri due moduli).

Gli operatori del CSA sono: operatori generici affiancati da educatori ed istruttori nel modulo educativo, uno psichiatra, psicologi, infermieri ed educatori, del modulo specialistico. Nel modulo terapeutico troviamo figure professionali appartenenti agli altri due moduli.

Modulo pedagogico riabilitativo residenziale. I moduli pedagogici accolgono le persone che accettano di aderire ad un piano di trattamento, dettagliatamente descritto e personalizzato, di durata non superiore a 30 mesi. I piani di trattamento adottano metodologie di tipo pedagogico per lo svolgimento dei programmi riabilitativi. Accolgono, di norma, persone senza trattamento farmacologico specifico in corso. Le occasioni in cui si può usufruire dei moduli educativi, in maniera particolare ma non esclusiva, vanno dal recupero scolastico, a progetti di formazione interni o esterni, a corsi di preparazione professionale, all'occasione di confrontarsi con i problemi pratici della comunità e del lavoro in specifici settori produttivi, all'appoggio volontario di esperienze valoriali e di aiuto. L'orario di lavoro di questi moduli rispecchierà i ritmi della comune giornata lavorativa e si avvarrà di riunioni di programmazione e pianificazione. Anche in questi moduli sono presenti gruppi, ma più specificamente centrati sui compiti che sono stati loro assegnati, piuttosto che sui vissuti emotivi della persona. Inoltre la personalizzazione dei progetti può richiedere spazi di specifici gruppi d'incontro per facilitare le interazioni fra persone e creare un clima affettivamente facilitante.

Modulo terapeutico riabilitativo residenziale. I moduli terapeutici accolgono le persone che accettano di aderire ad un programma terapeutico, dettagliatamente descritto e personalizzato, di durata non superiore a 18 mesi. Si tratta di interventi individuali e di gruppo finalizzati all'affrancamento dalle sostanze, al miglioramento della qualità della vita e ad un pieno reinserimento sociale. Ospitano soggetti in trattamento farmacologico, anche sostitutivo. Gli strumenti in dotazione a questo modulo sono, prima di tutto, i gruppi terapeutici, che rappresentano occasioni di confronto finalizzato al cambiamento e spazi di espressione e riflessione emotiva. A questi gruppi si affiancano periodicamente gruppi tematici su problemi specifici della famiglia, della coppia, della comunità, della comunicazione. Un ruolo centrale nei moduli terapeutici viene assunto dal confronto, che per essere efficace e accettato, necessita di una salda alleanza terapeutica. Elementi comuni agli altri due moduli sono i seminari psicoeducativi, i colloqui individuali affidati allo psicologo, all'educatore o all'operatrice, i training di rilassamento o altri approcci compatibili con il lavoro in atto.

Moduli per il trattamento specialistico residenziale. I servizi accolgono, in ambiente protetto, persone con disturbi da uso di sostanze e con particolari problemi di gestione, dovuti alla compresenza di altri problemi psichiatrici. I programmi attuati sono personalizzati e finalizzati all'affrancamento dalle sostanze, al compenso delle

condizioni psicofisiche e al miglioramento della qualità della vita. La durata massima dei programmi e della permanenza dell'utente è diversa a seconda del servizio erogato. Specifica per questo tipo di modulo è la presenza dello psichiatra, la cui competenza garantisce anche un'eventuale copertura farmacologia. In questi moduli si evita di norma l'espressione emotiva e si utilizzano gruppi indirizzati al supporto e all'ascolto. Al variare delle condizioni psicologiche della persona si possono suggerire proposte alternative, come il passaggio agli altri due moduli.

Il programma offerto dal CSA è innanzitutto un programma educativo, che invita a riflettere sul comportamento sociale di ogni persona, ad approfondire la conoscenza di sé, a condividere i propri sentimenti, stimolando la comunicazione e i rapporti interpersonali, con l'obiettivo di migliorare le condizioni di vita e di favorire l'integrazione positiva e dinamica fra individuo e ambiente.

Il percorso riabilitativo proposto non è altro che il riappropriarsi consapevole, da parte della persona e della sua famiglia, della storia personale, delle risorse interiori e culturali presenti o da sviluppare, e la presa in carico, chiara e non delegabile, dei propri bisogni, problemi e responsabilità. Tutto ciò dentro un ambiente educativo, ricco di stimoli e di strumenti, garantito da operatori professionalmente preparati.

Viene proposto un programma educativo con risposte personalizzate, integrandole tra loro secondo le necessità e i bisogni di ciascuno. Le modalità d'intervento cambiano, ma l'ispirazione è la stessa: l'aiuto e la solidarietà verso l'uomo che soffre per le esperienze negative che hanno segnato pesantemente la sua vita.

CAPITOLO IV

La ricerca sperimentale

4.1 Teorie e studi sul rapporto aggressività e tossicodipendenza

L'abuso di sostanze e la dipendenza possono generare o influenzare comportamenti violenti. Tra gli atti antisociali che quotidianamente vengono perpetrati, numerosi sono quelli compiuti sotto l'effetto di sostanze capaci di indurre comportamenti aggressivi o di attenuare i freni inibitori.

E' noto, infatti, che gli effetti farmacologici di alcol e altre sostanze come cocaina ed eroina, possono incrementare la probabilità di un successivo comportamento aggressivo, sia durante il consumo che in fase di astinenza, attraverso una diretta azione sul cervello che può produrre eccitazione o depressione, aumentare l'irritabilità e ridurre il controllo degli impulsi (Connor, 2002)¹⁵¹. Oltre a questo, possiamo ricordare che spesso le persone con tossicomania frequentano ambienti in cui sono più frequenti manifestazioni di aggressività e violenza.

La conoscenza dei meccanismi biologici che sottendono l'effetto esaltante o inibente l'aggressività delle singole sostanze d'abuso è un'acquisizione recente, ma l'azione delle droghe sul comportamento aggressivo è conosciuta da secoli. Ad esempio, le sostanze psicoattive, per la rapidità d'azione, la possibilità di controllo e l'economicità con cui permettono di ottenere lo stato mentale desiderato, hanno fatto parte del corredo tattico dei soldati di tutte le epoche storiche.¹⁵²

La relazione tra abuso di sostanze e l'espressione di comportamenti aggressivi può essere in parte mediata attraverso gli specifici effetti psicologici e comportamentali della droga impiegata. Ad esempio, è differente il comportamento durante gli stati di intossicazione rispetto alla condizione di astinenza.

L'astinenza è un'esperienza negativa che può motivare il tossicodipendente a ricercare una quantità maggiore di sostanza per porvi fine. Questo può incrementare le possibilità di mettere in atto comportamenti aggressivi e antisociali. Invece, il rischio di aggressività durante l'intossicazione dipende dal tipo di sostanza presente nell'organismo (cfr. Cap. 2, par. 2.4.1).

¹⁵¹ D. F. Connor, (2002), *Aggression and antisocial behaviour in children and adolescents*, New York: The Guilford Press

¹⁵² S. Canali, (2000), *Droghe di guerra*, Medicina delle tossicodipendenze, vol. 26-27, pp. 27-32

Il tipo di droga può aumentare il rischio di mettere in atto un comportamento aggressivo o violento, ma non vanno comunque dimenticate le variabili ambientali e contestuali. Queste includono la presenza di provocazioni interpersonali e pressioni sociali. A questo proposito, Rohrllich (1998)¹⁵³ sottolineando l'importanza, per una persona, di controllare l'ambiente, gestire le risorse e superare l'ansia, evidenzia che, a causa di barriere intrapsichiche, pregiudizi razziali e altri fattori sociali, alcune persone, private di opportunità di successo e crescita, ricercano la definizione di sé e la necessità di potere attraverso l'autoaggressività (con alcol e droghe) o la violenza verso gli altri.

Allo scopo di studiare i motivi e le cause del rapporto tra aggressività e tossicodipendenza sono state condotte numerose ricerche, i cui risultati possono essere ricondotti ai cinque modelli teoretici di correlazione di Wagner (1996)¹⁵⁴ :

- a) *modello 1: l'uso di sostanze causa il comportamento violento.* L'abuso di sostanze conduce alla violenza per varie motivazioni: la condotta violenta può essere generata dal bisogno di proseguire nelle proprie abitudini tossicomane, l'abuso di sostanze può collocarsi in sottoculture criminali, l'effetto stesso della sostanza (disinibizione, deficit dell'attenzione, distorsione nelle percezioni) può aggravare comportamenti aggressivi;
- b) *modello 2: il comportamento violento causa l'abuso di sostanze.* L'utilizzo di sostanze psicoattive costituisce una conseguenza naturale di uno stile di vita delinquenziale oppure "anticonformista"; una seconda ipotesi vede le persone aggressive più facilmente coinvolte in situazioni in cui l'abuso di sostanze è tollerato o incoraggiato, rispetto agli individui non aggressivi;
- c) *modello 3: il modello reciproco.* La relazione tra abuso di sostanze e aggressività è bidirezionale: eccessi nell'uso di droghe conducono a condotte aggressive, un aumento nell'aggressività conduce ad abusi nelle assunzioni di sostanze;
- d) *modello 4: il modello della causa comune.* Questa ipotesi suggerisce che l'utilizzo di droghe e i comportamenti aggressivi possono essere considerati, soprattutto in epoca adolescenziale, elementi differenti e concorrenti in un cluster di altri problemi adolescenziali o di un orientamento genericamente deviante; non vengono considerati, quindi, come elementi casualmente legati, ma come fattori entrambi operanti in riferimento ad un comune ambito causale;

¹⁵³ J. Rohrllich, (1998), The meanings of aggression, *Psychiatric Annali*, vol. 28(5), pp. 246-249

¹⁵⁴ G. Ingrassi, M. Picozzi, (2002), *Giovani e criminali violenti*, Milano: McGraw-Hill

e) *modello 5: il modello da causa indipendente*. Utilizzo di sostanze e comportamento aggressivo sono fenomeni indipendenti con influenze differenti, la correlazione, in realtà, è rappresentata da due fenomeni che compaiono per cause diverse nello stesso periodo dello sviluppo.

Questi modelli teorici rispecchiano il panorama delle ricerche e degli studi condotti negli ultimi anni sul tema dell'aggressività e della tossicodipendenza: non si può escludere che l'utilizzo precoce di sostanze possa condurre a successive condotte aggressive; tuttavia vi sono ricerche che sostengono l'idea che precoci condotte violente possano predire un futuro abuso di sostanze.

In particolare, molti studi riguardanti il problema dell'abuso di sostanze e l'aggressività sono stati condotti su adolescenti, dato che il rischio di tossicodipendenza in questa popolazione è piuttosto alto. Sappiamo, infatti, che è in questa età di transizione che avviene generalmente l'inizio dell'uso di sostanze, ed è anche in questa età che gli schemi nosografici, diagnostici e terapeutici diventano decisamente insufficienti e di scarsa affidabilità. Spesso, infatti, fenomeni che sembrano avere caratteri chiaramente patologici e comportamenti devianti, che appaiono legati a tratti stabili della personalità, sono invece solo l'espressione di crisi adolescenziali imponenti, di un processo evolutivo difficile, di una crescita travagliata che può evolvere anche verso la normalità.

I comportamenti violenti possono essere quindi legati ai processi psicodinamici, ai quali la personalità dell'adolescente deve far fronte. L'esternalizzazione dei conflitti, l'espressione corporea degli stati mentali, le condotte agite auto ed etero aggressive possono costituire quadri specifici di questa età (Mollica, 2000)¹⁵⁵.

Da queste considerazioni si può prendere atto di quanto sia importante una corretta valutazione dell'adolescente per l'individuazione di segnali prodromici di un effettivo disagio che può essere affrontato prima che si manifesti in forme più gravi e radicate.

Generalmente le sostanze usate dagli adolescenti sono quelle utilizzate anche dagli adulti: alcol, marijuana, cocaina, eroina, inalanti, allucinogeni e psicofarmaci. Associati all'abuso di queste sostanze, possiamo trovare comportamenti a rischio come: incidenti, violenza, fallimenti scolastici, coinvolgimenti in attività delinquenziali, comportamenti antisociali e comportamenti sessuali a rischio, come l'aumento del rischio di gravidanze

¹⁵⁵ M. Mollica, (2000), *L'aggressività nei disturbi da uso di sostanze*, Medicina delle tossicodipendenze, vol. 26-27, pp. 27-32

indesiderate per le ragazze e l'esposizione a malattie sessualmente trasmesse per entrambi i sessi (Connor, 2002)¹⁵⁶.

Un esempio di ricerche condotte su adolescenti a proposito del legame tra aggressività e tossicodipendenza sono quelle condotte da Watts e Wright (1990), Garnefski (1996) e Ensminger (2001).

La ricerca di Watts e Wright (1990)¹⁵⁷ ha seguito lo sviluppo di comportamenti aggressivi, violenti o delinquentiali in un campione di adolescenti americani di origine messicana.

Per prima cosa, i bambini sviluppano scarso controllo dell'impulso e scarsa tolleranza alla frustrazione se l'ambiente familiare è problematico. In questo contesto possono sperimentare il rifiuto da parte dei genitori, la mancanza di relazioni, abusi fisici e altre forme di stress familiari. A seguito di queste esperienze negative, i ragazzi adottano valori e norme che sono in conflitto con quelli considerati produttivi dalla classe sociale media e iniziano a identificare se stessi come marginali. Con il gruppo dei pari iniziano a sperimentare il tabacco e si avvicinano sempre di più alle droghe, in particolare all'uso di marijuana. Nel gruppo dei pari, infatti, l'uso di droga viene appoggiato e altri comportamenti devianti, inclusa la violenza, sono tollerati. A questo punto i controlli da parte della famiglia sono ormai troppo pochi, troppo tardi o addirittura nulli, l'aggressività e la violenza giovanili non sono più adeguatamente controllate dagli atteggiamenti e dalla supervisione familiare.

In conclusione, questo studio evidenzia il progressivo avvicinamento alla droga e a comportamenti aggressivi da parte dell'adolescente problematico: storie di abusi fisici e violenze familiari forniscono un minore ma diretto contributo alla violenza delinquenziale, ma sono l'uso di droga e i suoi effetti ad incidere pesantemente sull'aggressività.

Garnefski (1996)¹⁵⁸ ha indagato l'influenza della famiglia, della scuola e del gruppo dei pari nei problemi comportamentali dell'adolescenza, come l'abuso di sostanze e a comportamenti aggressivi o criminali. Questa ricerca è stata supportata da numerosi studi che mostrano che esiste una connessione tra la presenza di fattori di rischio relazionali, nell'ambiente sociale (come gravi conflitti o comunicazioni povere

¹⁵⁶ D. F. Connor, (2002), *Aggression and antisocial behaviour in children and adolescents*, New York: The Guilford Press

¹⁵⁷ T. Moeller, (2001), *Aggression and violence*, Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers

¹⁵⁸ N. Garnefski, S. Okma, (1996), *Addiction-risk and aggressive-criminal behaviour in adolescence: influence of family, school and peer*, Journal of Adolescence, vol. 19, pp. 503-512

con i familiari e gli amici), e lo sviluppo di comportamenti tossicomani e aggressivi in adolescenza (Scholte, 1992)¹⁵⁹.

Per quanto riguarda il rapporto tra famiglia, uso di sostanze e comportamenti aggressivi, sono stati individuati alcuni fattori di rischio: comunicazioni familiari povere o negative, legami deboli, stile genitoriale anaffettivo (Rutter, 1985, Loeber e Stouthamer, 1986, Hoge, 1994)¹⁶⁰; in genere è l'ambiente scolastico il primo in cui questi comportamenti si manifestano con più evidenza, anche se non sembra avere una diretta influenza nel causarli (Scholte, 1992, Tremblay, 1992)¹⁶¹.

Comunque, è il gruppo dei pari che sembra avere l'influenza maggiore nello sviluppo di questi problemi comportamentali. Generalmente, essere coinvolti in gruppi di pari antisociali e delinquenziali coincide con la comparsa di problemi comportamentali (Elliot, 1985, 1989, Fagan, 1990, Hoge, 1994)¹⁶².

Gli studi della Garnefski non permettono di fare conclusioni sulla causalità, ma i risultati suggeriscono che vi sia una forte relazione tra problemi comportamentali (uso di sostanze e aggressività) e problemi nell'ambiente sociale. Infatti, gli adolescenti che fanno uso di droghe o che sono coinvolti in comportamenti aggressivi o violenti, sono caratterizzati da frequenti discussioni e problemi con gli altri in molteplici ambienti: familiare e scolastico in primo luogo.

Ensminger (2001)¹⁶³ ha rintracciato in un campione di bambini e adolescenti i possibili antecedenti di uso di marijuana e cocaina in età adulta. Altri studi precedenti hanno esaminato i fattori predittivi di abuso di sostanze in adolescenza, tenendo conto sia delle influenze provenienti dall'infanzia ma anche degli sviluppi successivi in età adulta. Uno dei risultati più interessanti di questi studi è che l'uso di droga in adolescenza e in età adulta è preceduto da una storia di comportamenti antisociali durante l'infanzia (Robins, 1966, 1978, Block, Keyes, 1988, McCord, 1988, Hawkins, Catalano, Miller, 1992, Brook, 1995)¹⁶⁴.

La ricerca della Ensminger conferma questi risultati: bambini che sono contemporaneamente timidi e aggressivi, hanno un rischio maggiore di sviluppare un comportamento antisociale durante l'adolescenza. Spesso, un comportamento timido,

¹⁵⁹ N. Garnefski, S. Okma, (1996), *Addiction-risk and aggressive-criminal behaviour in adolescence: influence of family, school and peer*, Journal of Adolescence, vol. 19, pp. 503-512

¹⁶⁰ Ibidem.

¹⁶¹ Ibidem.

¹⁶² Ibidem.

¹⁶³ M. E. Ensminger, H. Soon Juon, (2001), *Childhood and adolescent antecedents of substance use in adulthood*, Addiction, vol. 97, pp. 833-844

¹⁶⁴ Ibidem.

introverso e aggressivo durante l'infanzia è associato ad alte probabilità di uso di droga e delinquenza in adolescenza (Ensminger, 1983, Kellam, 1983, Block, 1988, Kerr, 1997)¹⁶⁵. Timidezza e aggressività possono sembrare due atteggiamenti opposti, in realtà, alcuni bambini li manifestano entrambi (Ladd, Burgess, 1999), e invece di stringere contatti sociali con gli altri, mettono in atto comportamenti aggressivi o prepotenti.

Riassumendo, la ricerca della Ensminger mostra che la combinazione di aggressività e timidezza o introversione, contribuisce ad incrementare il rischio di uso di droga in età adulta, inoltre, la presenza di questi due fattori, diventa un futuro indicatore di chi farà un uso persistente della droga e di chi invece ne farà un uso limitato all'adolescenza.

Infatti, è importante fare una precisazione: coloro che continuano ad avere problemi di droga in età adulta hanno caratteristiche diverse rispetto a coloro che manifestano questo problema limitatamente all'adolescenza. Moffitt (1993)¹⁶⁶, ad esempio, distingue tra un comportamento antisociale che dura per tutto il corso della vita, e un comportamento antisociale limitato al periodo dell'adolescenza. Secondo l'autore, la maggioranza dei comportamenti antisociali nell'adolescenza sono temporanei, iniziano e finiscono durante questa fase di crescita; tuttavia, ci sono alcuni ragazzi il cui comportamento antisociale ha origine nell'infanzia, questi ragazzi probabilmente manterranno questo loro comportamento antisociale anche in età adulta.

Le spiegazioni di questa combinazione di timidezza e aggressività come fattori di rischio di uso di droga in età adulta possono essere molte.

Per prima cosa, questi risultati confermano la teoria che rischi multipli incrementano la vulnerabilità individuale (Sameroff, 1993)¹⁶⁷. Inoltre, una seconda spiegazione (Ladd e Burgess, 1999)¹⁶⁸ è che gli altri possono interpretare l'aggressività associata a timidezza e introversione in maniera diversa rispetto al comportamento aggressivo da solo. Infatti, quando una persona è aggressiva e introversa, le altre persone possono ritenere il suo comportamento come un segno di arroganza e disprezzo nei loro confronti. Tutto questo contribuirebbe a creare difficoltà relazionali con gli

¹⁶⁵ M. E. Ensminger, H. Soon Juon, (2001), *Childhood and adolescent antecedents of substance use in adulthood*, Addiction, vol. 97, pp. 833-844.

¹⁶⁶ T. Moffitt, (1993), *Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behaviour*, Psychological Review, vol. 100, pp. 1-28

¹⁶⁷ A. Sameroff, R. Seifer, A. & C. Baldwin, (1993), *Stability of intelligence from preschool to adolescence: the influence of social and family risk factors*, Child Development, vol. 64, pp. 609-627

¹⁶⁸ G. Ladd, K. Burgess, (1999), *Charting the relationship trajectories of aggressive, withdrawn and aggressive/withdrawn children during early grade school*, Child Development, vol. 70, pp. 910-929

altri, ad esempio insegnanti o pari, che persistono nel corso della vita. Infine, la presenza di un comportamento introverso può essere considerato un segnale di altri deficit che aumentano la probabilità di problemi futuri. Infatti, chi manifesta un comportamento aggressivo e introverso può essere privo di importanti abilità sociali che modulano il rapporto con gli altri.

Altri studi considerano l'uso di sostanze e quello dell'aggressività come due problemi sovrapposti all'interno di un quadro complesso come quello adolescenziale. In questo caso, autrici come Pepler e Craig (2002)¹⁶⁹ attribuiscono un ruolo di rilievo alle influenze negative del gruppo dei pari. Secondo le autrici, la suscettibilità individuale verso le pressioni esercitate dal gruppo dei pari è la chiave per comprendere le origini della sovrapposizione tra aggressività e uso di droghe. Infatti, la suscettibilità individuale alle influenze negative esercitate dal gruppo dei pari può aiutare a comprendere sia la scelta del tipo di droga usata, ma anche lo stretto legame tra quest'ultima e l'aggressività.

Comunque, in molte ricerche, gli adolescenti con disturbi d'abuso di sostanze hanno mostrato una maggiore aggressività rispetto ai gruppi di adolescenti che non fanno uso di droghe (Allen, Moeller, Rhoades, Cherek, 1997; Kingery, Pruitt, Hurley, 1992; Varma, Basu, Malhotra, Sharma, Mattoo, 1994). Inoltre, adolescenti con precedenti di aggressività hanno maggiori probabilità di manifestare problemi di uso di sostanze rispetto a ragazzi che non hanno significative storie di aggressività (Choquet, Menke, Manfredi, 1991; Valois, McKeown, Garrison, Vincent, 1995)¹⁷⁰.

Nonostante la presenza di un rapporto tra aggressività e abuso di sostanze, la sua natura non è comunque chiara. In effetti, riprendendo le tesi di Wagner, ci sono varie possibilità:

- a) una storia di precoci episodi di aggressività può influenzare il rischio di disturbi di uso di sostanze,
- b) l'uso di sostanze può aumentare il rischio di espressione dell'aggressività e dei comportamenti correlati,
- c) l'aggressività e l'abuso di sostanze fanno parte di una psicopatologia più vasta,
- d) la comorbilità con altri disturbi psichiatrici può influenzare la relazione tra aggressività e abuso di sostanze.

¹⁶⁹ D. Pepler, W. Craig, "Bullying, sexual harassment, dating violence and substance use among adolescents", in *The violence and addiction equation*, (2002), a cura di A. Wall, C. Wekerle, New York: Brunner-Routledge

¹⁷⁰ D. F. Connor, (2002), *Aggression and antisocial behaviour in children and adolescents*, New York: The Guilford Press

Alcuni autori, infatti, sostengono che l'abuso di sostanze e l'aggressività fanno parte di una più vasta sindrome, espressione di una psicopatologia sottostante (Bradi, 1998)¹⁷¹.

Alla base di queste affermazioni ci sono le ricerche condotte sul neurotrasmettitore serotonina 5-HT in persone con problemi di abuso di sostanze e comportamento antisociale. Un deficit della neurotrasmissione serotoninergica sarebbe alla base di queste problematiche e farebbe pensare addirittura ad una possibile predisposizione genetica (Fils-Aime, 1996, Lappalainen, 1998)¹⁷².

Lo studio di Currant e Rees (2004)¹⁷³ sui cambiamenti d'umore provocati dall'ecstasy avvalora questa ipotesi. In seguito all'assunzione di una singola dose di MDMA ("ecstasy") è stata riscontrata una significativa attenuazione dei livelli di serotonina e questo abbassamento è associato alla comparsa di comportamenti aggressivi. Le persone che utilizzano MDMA possono essere più aggressive nei giorni seguenti ad una dose acuta di droga. Nella ricerca, di fronte ad affermazioni ambigue, cioè che possono essere interpretate in maniera neutrale o provocatoria, queste persone hanno tempi di reazione più rapidi nell'ultimare quelle aggressive rispetto a quelle neutre. Queste persone interpretano gli stimoli proposti in modo aggressivo, contrariamente ai gruppi di controllo, ma con correlazioni positive con l'uso prolungato di MDMA.

Melloni (2004)¹⁷⁴ e i suoi collaboratori hanno presentato degli studi in cui evidenziano che lo sviluppo dei segnali serotoninergici in regioni chiave del cervello può essere disturbato dalla somministrazione di cocaina, comportando la comparsa di risposte aggressive da parte dell'adolescente.

Studi precedenti hanno associato la probabilità di manifestare aggressività in seguito ad una recente esposizione ad una acuta o cronica somministrazione di cocaina (Denison, Paredes, Booth, 1997¹⁷⁵; Dhossche, Rubinstein, 1997¹⁷⁶; Moeller, 1994)¹⁷⁷.

¹⁷¹ D. F. Connor, (2002), *Aggression and antisocial behaviour in children and adolescents*, New York: The Guilford Press

¹⁷² Ibidem.

¹⁷³ H. V. Currant, H. Rees, T. Hoare, R. Hoshi, A. Bond, (2004), *Empathy and aggression: two faces of ecstasy?*, *Psychopharmacology*, vol. 173(3-4), pp. 425-433

¹⁷⁴ L. A. Ricci, J. M. Grimes, R. H. Melloni, (2004), *Serotonine type 3 receptors modulate the aggression-stimulating effects of adolescent cocaine exposure in Syrian hamsters*, *Behavioral Neuroscience*, vol. 118, pp. 1097-1110

¹⁷⁵ M. Denison, A. Paredes, J. Booth, (1997), *Alcohol and cocaine interactions and aggressive behaviors*, *Recent Developments in Alcohol*, vol. 13, pp. 283, 303

¹⁷⁶ D. Dhossche, J. Rubinstein, (1997), *Violence and cocaine*, *American Journal of Psychiatry*, vol. 154, pp. 1480-1481

¹⁷⁷ F. Moeller, J. Steinberg, (1994), *Serotonine and impulsive/aggressive behavior in cocaine dependent subjects*, *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*, vol. 18, pp. 1027-1035

Una possibile spiegazione di questa relazione è data dal fatto che l'aggressività è determinata da stati psicotici suscitati dall'assunzione della cocaina, in queste situazioni, deliri paranoici possono scatenare un comportamento violento.

Comunque, altre indagini mostrano che negli adolescenti o nei giovani adulti (18-25 anni) comportamenti aggressivi possono essere scatenati anche con basse dosi e durante un'astinenza, quindi la spiegazione basata sugli stati psicotici suscitati dalla sostanza non è sufficiente a spiegare la relazione tra la cocaina e l'aggressività.

Invece, la spiegazione che Melloni e i suoi collaboratori forniscono, rintraccia il legame tra aggressività e cocaina nelle caratteristiche psicofarmacologiche della sostanza, in grado di alterare le funzioni dei circuiti neuronali che regolano l'espressione di questi comportamenti.

La serotonina ha un ruolo chiave nella regolazione dell'aggressività: a basse concentrazioni del derivato neuronale della serotonina e del suo metabolite corrisponde un incremento dell'aggressività negli animali e negli esseri umani. La cocaina è infatti un efficace inibitore del reuptake della serotonina.

Questo studio evidenzia l'importante ruolo svolto da specifici recettori serotoninergici nel mediare i pattern aggressivi del comportamento osservati in giovani criceti esposti a basse dosi di cocaina. Melloni ha mostrato che le modulazioni della serotonina incrementano l'aggressività degli adolescenti che fanno uso di cocaina e che l'esposizione a questa sostanza durante l'adolescenza riduce significativamente l'estensione dell'innervazione serotoninergica dei nuclei cerebrali implicati nel controllo dei comportamenti aggressivi. L'incremento del numero dei recettori 5-HT₃ nelle aree cerebrali che controllano l'aggressività evidenzia i pattern dei cambiamenti del comportamento visti in seguito alla somministrazione di cocaina¹⁷⁸.

Anche altri autori pensano che l'abuso di sostanze e l'aggressività sono parte di una stessa psicopatologia in base a studi di neuropsicologia che documentano la presenza di deficit nelle funzioni cognitive esecutive sia in persone con comportamenti aggressivi e impulsivi, sia in persone con condotte tossicomaniache. Le funzioni cognitive esecutive sono quelle funzioni del cervello che determinano le attività cognitive superiori, come: attenzione, vigilanza, generazione di ipotesi, ragionamento astratto, pianificazione, autocontrollo. Queste abilità cognitive vengono impiegate nell'inibizione del comportamento, nell'attenuazione delle risposte impulsive verso

¹⁷⁸ K. Cunningham, (2004), *Aggression upon adolescent cocaine exposure linked to serotonin anomalies*, Behavioral Neuroscience, vol. 118(5), pp. 1143-1144

l'ambiente, nella formulazione di strategie multiple e alternative in grado di permettere alla persona di adeguarsi favorevolmente ai cambiamenti ambientali.

Alcuni studi hanno indagato il rapporto tra abuso di sostanze, aggressività e compromissioni nelle funzioni cognitive esecutive in seguito a lesioni o traumi. Alcune persone in seguito a traumi cerebrali possono diventare impulsive, disinibite dal punto di vista comportamentale e spesso ricorrono ad alcol o a sostanze (Kreutzer, Marwitz, Witol, 1995)¹⁷⁹. Altri studi evidenziano che deficit nelle funzioni cognitive superiori sono correlati ad aggressività anche quando l'uso di droga è controllato dal disegno sperimentale (Giancola, Mezzich, Tarter, 1998)¹⁸⁰. In conclusione, questi risultati suggeriscono la possibilità che sottostanti menomazioni di funzioni cognitive esecutive possano incrementare la vulnerabilità per abuso di sostanze e aggressività.

Sicuramente, molti studi condotti sul rapporto aggressività e droga riguardavano, in particolare, cocaina e amfetamine (MDMA), comunque anche altre sostanze sono state studiate. Cito, come esempio, un recente studio italiano sugli effetti dell'eroina.

Gerra (2004)¹⁸¹ e i suoi collaboratori hanno studiato il rapporto tra aggressività e eroina, nei suoi aspetti neuroendocrini e di personalità.

Sono state valutate misure oggettive di aggressività sperimentalmente indotta in 20 eroinomani astinenti dalla sostanza e in 20 persone che rappresentavano il gruppo di controllo. Tutte le persone sono state precedentemente esaminate attraverso le interviste del DSM-IV, il Buss-Durkee Hostility Inventory (BDHI) e il Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI II).

Durante la procedura sperimentale le persone possono ottenere rinforzi monetari con ripetute pressioni di un pulsante e sono provocate dalla sottrazione del denaro ad opera di un altro partecipante fittizio. A questa apparente sottrazione di denaro da parte dell'altra persona possono reagire e questo costituisce la risposta aggressiva. Le risposte aggressive sono state significativamente più alte negli eroinomani che nel gruppo di controllo.

Durante l'aggressività indotta sperimentalmente, la concentrazione nel plasma dell'ormone adenocorticotropico (ACTH) e di cortisolo (CORT) aumentano poco significativamente, al contrario, i livelli di norepinefrine (NE) ed epinefrine (EPI),

¹⁷⁹ D. F. Connor, (2002), *Aggression and antisocial behaviour in children and adolescents*, New York: The Guilford Press

¹⁸⁰ Ibidem.

¹⁸¹ G. Gerra, A. Zaimovic, G. Moi, M. Bussandri, C. Bubici, M. Mossini, M.A. Raggi, F. Brambilla, (2004), *Aggressive responding in abstinent heroin addicts: neuroendocrine and personality correlates*, Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry, vol. 28(1), pp.129-139

insieme alla frequenza cardiaca, aumentano più significativamente negli eroinomani astinenti che nel gruppo di controllo composto da persone in salute.

Una maggiore aggressività sembra correlata positivamente con le variazioni delle catecolamine, con i punteggi “direct” e “irritability” del BDHI, con la scala “deviante psicopatico” dell’MMPI II negli eroinomani e nel gruppo di controllo, con aumento di cortisolo solo nei soggetti in salute. Non è stata trovata correlazione tra l’estensione dell’esposizione all’eroina (cioè la durata temporale dell’abuso della sostanza) e i livelli di aggressività.

Questi risultati indicano che gli eroinomani hanno un’elevata aggressività diretta verso l’esterno, in relazione con l’iperreattività delle monoamine, dopo un lungo periodo di astinenza da oppiacei. Secondo questi ricercatori, l’aggressività nelle persone dipendenti da eroina sembra correlata maggiormente con i tratti di personalità che con gli effetti della droga. A questo punto però non è chiaro se il deterioramento dell’asse ipotalamo-pituitario-adrenalinico (HPA) negli ex tossicodipendenti in astinenza dalla sostanza può essere dovuto all’azione permanente esercitata dagli oppiacei o da una condizione psicopatologica premorbose, associata ad una maggiore attivazione simpatica.

4.2 Obiettivi della ricerca

Dalle informazioni provenienti dalla letteratura è abbastanza evidente il legame tra tossicodipendenza o abuso di droga e aggressività. L’obiettivo della ricerca è quello di verificare questo legame in un campione di persone appartenenti ad una Comunità Terapeutica del CSA

In particolare, l’obiettivo è quello di individuare, attraverso le aree indagate dall’ASI, elementi che denotano un comportamento impulsivo, aggressivo o esplicitamente violento nel campione.

L’ASI non nasce propriamente come strumento di valutazione dell’aggressività, ma permette un’ampia applicazione, inoltre è quello solitamente utilizzato dalla struttura durante la valutazione diagnostica della persona.

La comunità in questione è quella di Baciano, la struttura residenziale in cui viene svolta la fase intermedia del programma terapeutico del CSA (cfr. Cap. 3). A Baciano accedono le persone che sono ormai spogliate delle caratteristiche legate alla contingenza della tossicodipendenza e sono motivate ad intraprendere un programma terapeutico.

4.3 Lo strumento: l'Addiction Severity Index

L'Addiction Severity Index (ASI) è stato creato nel 1980 da una équipe dell'Università della Pennsylvania guidata dal prof. A.T. McLellan, che vanta una lunga esperienza nel campo delle condotte tossicomane¹⁸².

Lo strumento venne sviluppato soprattutto per rilevare informazioni importanti per la valutazione clinica e la ricerca nel campo delle tossicodipendenze, attualmente viene utilizzato in differenti e numerosi programmi. L' équipe del prof. McLellan ha verificato la sua elevata validità e il suo valore predittivo, che indicano che lo strumento può essere utilizzato con efficacia e affidabilità.

L'intervista offre una serie di vantaggi: brevità di applicazione, articolazione in sette aree che esplorano i più importanti settori di vita delle persone dipendenti da alcol ed altre droghe, e, soprattutto, la possibilità di utilizzazione da parte di figure professionali diverse purché adeguatamente addestrate al suo uso.

L'ASI è un'intervista semistrutturata che si basa sulla premessa che la dipendenza debba essere considerata nel contesto di quei problemi che possono aver contribuito o possono essere derivati dall'abuso di sostanze. Ha come obiettivo quello di ottenere un profilo della gravità dei problemi di ciascun paziente attraverso l'analisi di sei settori comunemente considerati: l'abuso di sostanze, la situazione medica, quella psicologica, quella legale, quella familiare/sociale, quella del lavoro/sostentamento.

Due aspetti dell'ASI devono essere precisati per la loro importanza.

Il primo è la definizione di "gravità", che corrisponde al "bisogno di trattamento", qualora non ve ne sia in atto alcuno, o come bisogno di un'ulteriore forma o tipo di trattamento aggiuntivo, se l'intervistato ne sta già ricevendo uno. Un secondo aspetto importante è l'orientamento dei settori esaminati. Ognuno di essi viene considerato in una valutazione distinta e indipendente. Si cerca di effettuare una valutazione della gravità in ciascun settore basata, per quanto è possibile, soltanto sulle voci contenute in quell'area problematica. Per questo scopo sono incluse in ogni settore diverse voci oggettive che aiutano a standardizzare la base informativa. In questo modo è possibile una valutazione obiettiva e non pregiudiziale della gravità in ogni settore.

La gravità in ognuno dei settori di trattamento viene valutata dall'operatore attraverso due tipi di informazione indipendenti: l'informazione oggettiva e quella soggettiva.

¹⁸² A. Consoli, A. Bennardo, (2001), *Diagnosi e valutazione nelle tossicodipendenze e nell'alcolismo*, Torino: Centro Scientifico Italiano

La prima parte di ognuno dei settori concentra l'attenzione sull'informazione oggettiva relativa a indicatori delle diverse problematiche. Nella seconda parte di ciascun settore viene invece chiesto alla persona di valutare, usando una scala a 5 punti, la misura in cui è infastidito o disturbato dai problemi della specifica area, e la misura in cui percepisce l'importanza di ricevere un trattamento per questi problemi.

Questa sezione soggettiva permette di misurare l'intensità dei sintomi di un problema così come vengono percepiti dal paziente, permettendogli di partecipare direttamente alla valutazione delle sue necessità di trattamento.

I dati provenienti dalla sezione oggettiva e da quella delle informazioni fornite dal paziente, in ogni area studiata, vengono integrati dall'intervistatore per produrre una valutazione di gravità in una scala a 10 punti:

- 0-1 : nessun problema reale, trattamento non necessario,
- 2-3 : problema lieve, trattamento probabilmente non necessario,
- 4-5 : problema moderato, indicato qualche trattamento,
- 6-7 : problema notevole, trattamento necessario,
- 8-9 : problema estremamente grave, trattamento assolutamente necessario.

In pratica, l'intervistatore sviluppa una valutazione preliminare della gravità dei sintomi dopo il completamento della parte oggettiva. Successivamente può modificare la sua valutazione preliminare basandosi sulle risposte della persona.

Lo scopo di Mclellan e dei suoi collaboratori era quello di ideare un programma di valutazione che accoppiasse efficacemente le persone ai programmi riabilitativi per ottenere un aumento dell'efficacia delle cure.

Il fenomeno della dipendenza è complesso e riguarda anche problemi psicologici, medici, penali, sociali e familiari, ma determinando quali siano le specifiche esigenze della persona, è possibile assegnarle il programma terapeutico più adatto, aumentando il livello generale di efficacia. Infatti, come ampiamente riconosciuto, le persone con problemi di tossicodipendenza presentano spesso seri problemi nei settori del lavoro, della salute fisica, della situazione legale, delle relazioni familiari, dell'area psicologica e, ovviamente, dell'abuso di sostanze.

4.3.1 L'utilizzo dello strumento nella ricerca

Nella ricerca è stata somministrata l'intervista al computer, grazie ad una versione informatizzata dell'ASI, ideata da Teresio Minetti¹⁸³.

Questo software è composto da un archivio, in cui sono disponibili una banca dati delle persone testate e le interviste, e una parte più specifica per le elaborazioni statistiche. La parte relativa all'intervista è composta da una scheda iniziale di informazioni generali sulla persona e dai link alle schede delle aree di indagine.

Il tempo impiegato per completare tutta l'intervista è di un'ora circa, ma è facile superare questo limite dato che si chiede all'intervistato di ricordare molti aspetti della propria storia e a volte certe digressioni sono inevitabili per una maggiore chiarezza.

Il tempo, infatti, è un elemento importante dell'intervista. Le informazioni che vengono chieste si riferiscono, in generale, all'arco di vita dell'intervistato e, in particolare ai 30 giorni precedenti l'ingresso in comunità.

Le aree di indagine sono 7, ma non corrispondono esattamente al numero delle schede. Questo è dovuto al fatto che l'area 4 e l'area 5, riguardanti l'uso di alcol e l'uso di sostanze, sono state associate in un'unica scheda. La settima scheda, infatti, è quella della "storia familiare", in cui viene ricostruito sinteticamente il nucleo familiare dell'intervistato, individuando se, tra i suoi membri, ci sono state persone che hanno avuto un significativo problema di alcol, di droga o di tipo psichico che ha condotto o avrebbe potuto condurre ad un trattamento.

Questa è, in breve, la descrizione delle 7 aree.

- a) *Area 1: situazione medica.* In questa sezione vengono chieste informazioni relative alla salute fisica dell'intervistato: ricoveri (anche per overdose), problemi cronici di salute, medicinali prescritti, pensioni di invalidità.
- b) *Area 2: situazione di lavoro/sostentamento.* Quest'area riguarda il tipo di istruzione e/o formazione professionale dell'intervistato: anni di studio, diplomi, specializzazioni, patente di guida, occupazione, sostentamento e fonti di guadagno (comprese quelle illecite).
- c) *Area 3 e 4 : uso di alcol – uso di sostanze psicotrope.* In questa sezione vengono catalogate le sostanze di cui l'intervistato ha fatto uso nel corso della sua vita e nei 30 giorni prima di entrare in comunità. Vengono inoltre registrati: la sostanza che costituisce il problema maggiore, i periodi di astinenza, eventuali overdose e delirium tremens, trattamenti precedenti, i soldi spesi per alcol e droga nei 30 giorni che precedono l'ingresso in comunità.

¹⁸³ A. Consoli, A. Bennardo, (2001), *Diagnosi e valutazione nelle tossicodipendenze e nell'alcolismo*, Torino: Centro Scientifico Italiano

- d) *Area 5: situazione legale.* Questa sezione riguarda i problemi legali dell'intervistato: libertà provvisoria, vigilata, eventuali imputazioni, arresti e condanne, violazioni del codice stradale (guida senza patente, in stato di ebbrezza, alta velocità), il tipo di reato, incarcerazioni e loro durata, recenti attività illegali.
- e) *Area 6: relazioni familiari/sociali.* In questa area vengono registrati: lo stato civile, la convivenza abituale, il tempo libero, le amicizie, se ci sono state relazioni personali durature con le varie persone elencate (madre, padre, fratelli etc.) o problemi relazionali, sia nel corso della vita che nei 30 giorni precedenti l'ingresso in comunità. Gli item che riguardano la violenza morale, fisica e sessuale servono per definire quali possono essere stati i pericoli dell'ambiente che l'intervistato ha frequentato.
- f) *Area 7: situazione psichica.* Quest'area riguarda i problemi più strettamente psicologici dell'intervistato: trattamenti psicologici, psichiatrici, pensioni di invalidità psichica, sintomi psichiatrici presenti nel corso della vita e nei 30 giorni precedenti l'ingresso in comunità (depressione, ansia, allucinazioni, problemi cognitivi, etc.), prescrizioni farmacologiche.

Ogni scheda contiene una parte relativa alla valutazione personale dell'intervistato e una, riservata all'operatore. Quest'ultima parte contiene la valutazione della gravità, cioè la valutazione del bisogno del paziente di una consulenza e/o trattamento in quella specifica area, e la valutazione di attendibilità, cioè un giudizio sull'autenticità delle informazioni che possono essere distorte dall'inattendibilità dell'intervistato o dalla sua incapacità di capire.

La valutazione dell'operatore, basata sui dati oggettivi dell'intervista e sulla valutazione soggettiva dell'intervistato, permettono di avere un profilo valido e affidabile della situazione della persona in ciascuna area e per riassumere il suo stato generale all'inizio della cura, per formulare un piano iniziale di trattamento. Tuttavia, nonostante la loro affidabilità e validità, queste valutazioni di gravità sono comunque stime soggettive dello stato dell'intervistato.

Per questo motivo l'ASI prevede un secondo tipo di valutazione della situazione generale, basato sulla somma di diverse e specifiche domande all'interno delle aree. Questi punteggi vengono calcolati automaticamente dal software e costituiscono quindi la valutazione oggettiva di gravità.

Le due valutazioni di gravità: quella soggettiva dell'operatore e quella oggettiva calcolata dal programma, vengono integrate per avere una valutazione complessiva del bisogno di un trattamento da parte dell'intervistato in ciascuna area indagata. Ovviamente, la valutazione oggettiva viene calcolata dal programma e può non cogliere la complessità della situazione personale dell'intervistato, per questo è importante affiancarla a quella dell'operatore, che è influenzata anche da tutta quella serie di elementi altamente soggettivi che emergono dal colloquio e dall'interazione con la persona.

Tenendo conto di tutti questi aspetti, si ritiene possibile individuare le aree in cui è presente una situazione problematica e potervi intervenire adeguatamente.

Queste, brevemente, sono le caratteristiche principali e lo scopo dell'ASI. Lo scopo di questa ricerca, però, non è la valutazione dei profili di gravità. Sfruttando la versatilità dello strumento, si è cercato di individuare, tra i vari item richiesti dall'intervista, quelli che meglio possono essere messi in relazione con l'attuazione di un comportamento aggressivo e a condotte violente da parte del campione.

Questi item sono:

a) informazioni generali:

- è stato in un ambiente controllato negli ultimi 30 giorni?
- per quanti giorni?

b) situazione medica:

- quante volte nella sua vita è stato ricoverato per problemi fisici?
- ha qualche problema cronico che interferisce con continuità nella sua vita?
- specificare quale

c) lavoro/sostentamento:

- quanti soldi ha ricevuto da fonti illegali negli ultimi 30 giorni?

d) uso di alcol/uso di sostanze psicotrope:

- quante volte ha avuto overdose di droga?

e) situazione legale:

- è attualmente in libertà provvisoria, condizionata o vigilata?
- quante volte nella sua vita è stato imputato e/o arrestato per i seguenti reati:
furto nei negozi/vandalismo, droga, minaccia armata, rapina, aggressione,
incendio doloso, omicidio, strage;

- quante volte nella sua vita è stato imputato per cattiva condotta, vagabondaggio, ubriachezza, guida in stato di ubriachezza, gravi violazioni di guida;
- per quanti mesi è stato incarcerato nella sua vita?
- quanto è durata l'ultima incarcerazione?
- per quale reato?
- attualmente è imputato per qualche reato, sta attendendo un processo o una sentenza?
- per che cosa?
- quanti giorni, negli ultimi 30 è stato coinvolto in attività illegali per trarne profitto?

g) relazioni familiari/sociali:

- vi sono stati periodi significativi in cui ha avuto seri problemi di rapporto con le persone a lei vicine: madre, padre, fratello/sorella, partner/coniuge, amici, colleghi di lavoro;
- c'è una di queste persone che le ha usato violenza ? a livello emotivo, a livello fisico, sessualmente?
- per quanti giorni negli ultimi 30 ha avuto seri conflitti con i suoi familiari e con altre persone?

h) situazione psichica:

- ci sono stati periodi significativi, che non fossero un risultato diretto dell'uso di droghe o alcol, in cui ha avuto: depressione grave, ansia o tensione grave, allucinazioni, difficoltà di controllo di comportamenti violenti, serie idee di suicidio, tentativi di suicidio.

4.4 Descrizione del campione e analisi dei dati

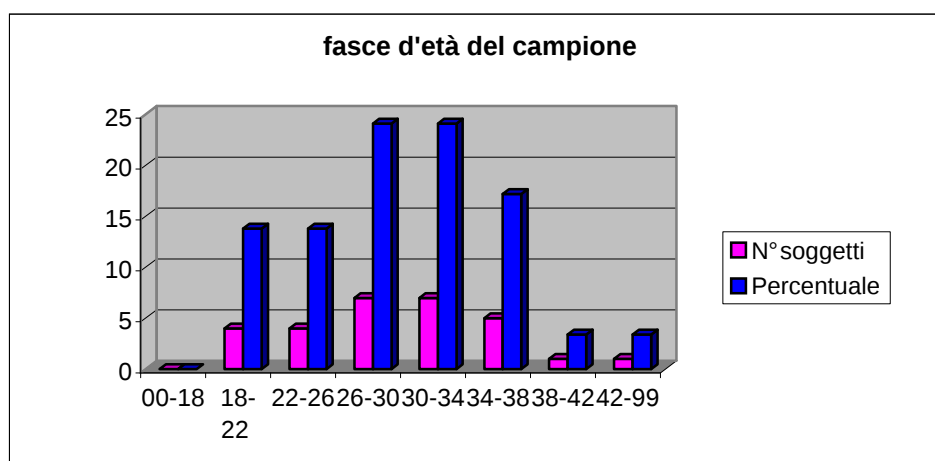
Il campione della ricerca è composto da 29 persone che aderiscono al programma terapeutico della comunità di Baciano e che volontariamente hanno partecipato alla mia intervista.

Il campione preso in esame è composto da 20 maschi, che rappresentano il 69%, e da 9 femmine, il 31%.

L'età media del campione è di 29 anni e in particolare il valore modale è di 28 anni.

TAB. 1 - descrizione campione per fasce d'età

Età	N° soggetti	Percentuale
00-18 anni	0	00,0
18- 22 anni	4	13,8
22-26 anni	4	13,8
26-30 anni	7	24,1
30-34 anni	7	24,1
34-38 anni	5	17,2
38-42 anni	1	3,4
42-99 anni	1	3,4
Tot	29	100

FIG. 1 - fasce d'età del campione

Il campione femminile ha una media di 28 anni e un valore modale di 25 anni. Al contrario, il campione maschile si presenta leggermente più anziano, con un valore medio di 30 anni e un valore modale di 30 e 28 anni.

Nell'89% dei casi, gli intervistati erano alla prima esperienza comunitaria con il CSA, mentre il 10,3 % vi aveva fatto ritorno dopo un periodo di interruzione o di abbandono del programma terapeutico. Tutti, comunque, hanno completato l'intervista.

Come si può vedere dalla seguente tabella, il 27,6% degli intervistati è stato in un ambiente controllato nei 30 giorni precedenti l'ingresso in comunità.

TAB. 2 - ambiente controllato

Risposta	N° soggetti	Percentuale
No	20	69
Carcere	8	27,6

Altro	1	3,4
Tot	29	100

In particolare, sui 30 giorni precedenti l'ingresso in comunità, la media di quelli trascorsi in carcere è di 12,6 (con una deviazione standard di 14,6) e alla risposta "altro" corrisponde un caso di arresti domiciliari.

Nelle Tab. 3, 4 e 5 sono riassunti alcuni punti importanti della *situazione medica* del campione.

TAB. 3 - ricoveri medi

N° sogg. risposta positiva	Percentuale risposte positive	Ricoveri medi per persona	Varianza	Deviazione st.
27	93,1	3,552	13,213	3,635

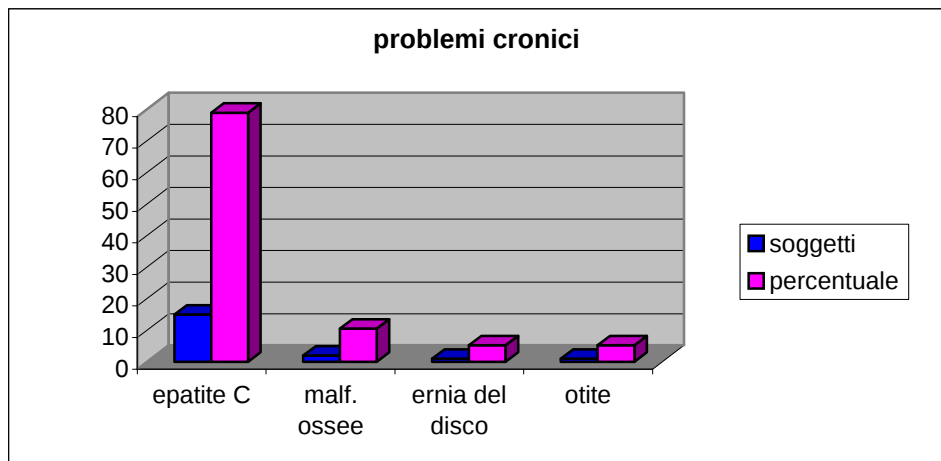
TAB. 4 - problemi cronici

Risposta	N° soggetti	Percentuale
No	10	34,5
Si	19	65,5
Tot	29	100

TAB. 5 - assunzione farmaci per problemi fisici

Risposta	N° soggetti	Percentuale
No	25	86,2
Si	4	13,8
Tot	29	100

FIG. 2 - problemi cronici



Il 93,1% del campione ha risposto positivamente all'item sul ricovero per problemi fisici. I ricoveri sono stati effettuati per motivi molto diversi tra loro: si va da semplici appendiciti, a ricoveri per frattura, incidente stradale, interventi chirurgici e overdose. Il 65% delle persone del campione presenta un problema cronico e questo, come mostra la Fig. 2 è ampiamente rappresentato per il 79% dei casi dall'epatite C, una patologia solitamente associata alla tossicodipendenza. Comunque, nonostante la percentuale alta di persone con problemi cronici, solamente il 13,8% degli intervistati assume regolarmente dei farmaci. Questo dato può essere spiegato dal fatto che la carica virale dell'epatite C nei soggetti intervistati ha assunto generalmente valori bassi, tali da non richiedere un intervento farmacologico, o perché tali persone attendono ulteriori accertamenti delle loro condizioni di salute.

Per quanto riguarda il *lavoro e il sostentamento*, i dati raccolti possono fornire molte informazioni sul tipo di formazione e attività professionale del campione.

TAB. 6 - titolo di studio

Titolo di studio	N° soggetti	Percentuale
Laurea	0	0,0
Diploma S. M. Superiori	7	24,1
Diploma S. M. Professionali	4	13,8
Diploma S. M. Inferiori	17	58,6
Licenza Elementare	1	3,4
Tot	29	100

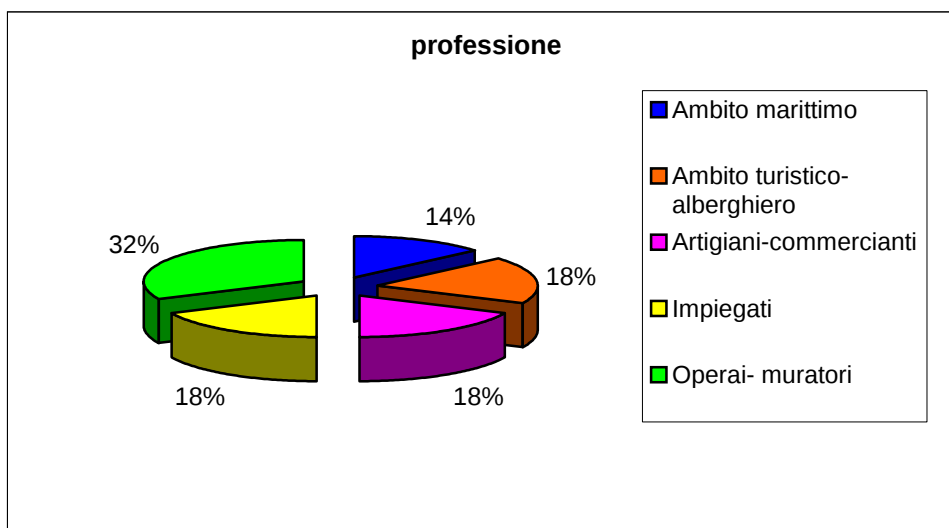
Nella Tab. 8 si può confrontare le risposte che riguardano il possesso di un diploma o di un attestato per l'esercizio di una professione e il possesso stesso di una professione, di un mestiere o specializzazione.

TAB. 8 - possesso diploma o attestato/possesso professione

	Risposta	N° soggetti	Percentuale
Possesso diploma o attestato	No	16	55,2
	Si	13	44,8
Possesso di una professione	No	7	24,1
	Si	22	75,9

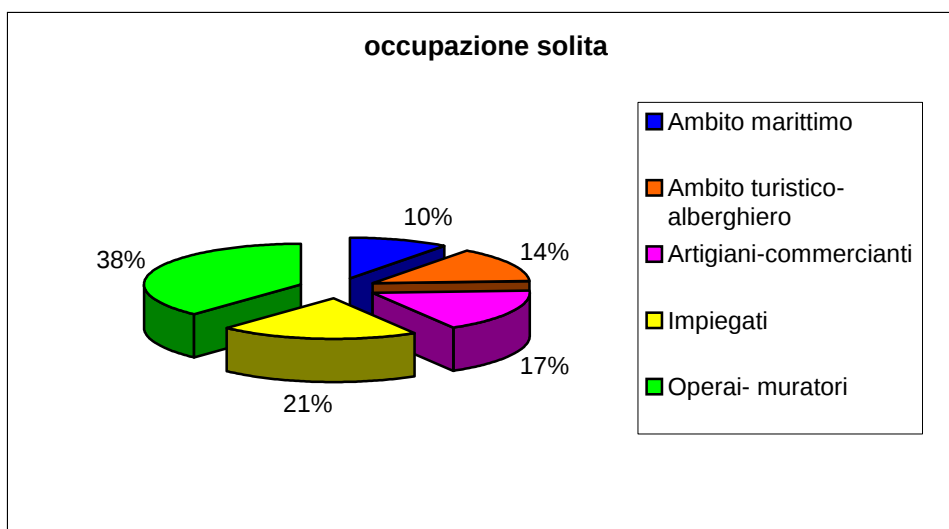
Nonostante che il 58,6% del campione sia in possesso solo della licenza media, il 44,8% possiede comunque una qualifica professionale e il 75,9% esercita una professione. Solo il 13,8% del campione non è in possesso di un diploma o attestato e neppure di una professione. Nella Fig. 3 possiamo vedere che tipo di mestiere o specializzazione possiede il campione.

FIG. 3 - professione, mestiere, specializzazione



Il tipo di impiego è rappresentato in media da lavori a tempo pieno, il 62,1% dei casi (deviazione standard 48,5), ma una quota altrettanto consistente è rappresentata dal tempo parziale regolare, il 10,3% (deviazione standard 30,5) e dal lavoro parziale irregolare, il 20,7% (deviazione standard 40,5). Il totale del campione ha lavorato in media 3,04 anni (con una deviazione standard di 4,23 anni) e l'occupazione solita è rappresentata nel grafico della Fig. 4.

FIG. 4 - occupazione solita



Infine, sempre per quanto riguarda il lavoro, nei 30 giorni precedenti l'ingresso in comunità, quelli in cui il campione è stato stipendiato sono, in media, 11,2 (deviazione standard 4,3) e nella tabella successiva possiamo vedere quali fossero le fonti complessive di guadagno.

TAB. 8 - fonti di guadagno nei 30gg.

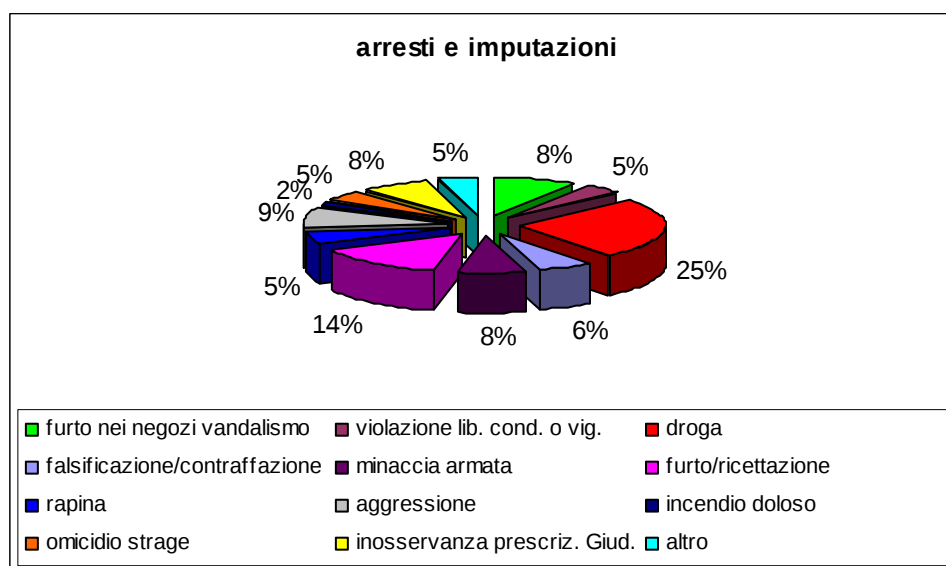
Fonti di guadagno	Media	Deviazione st.
-------------------	-------	----------------

Impiego	257,621 €	583,02 €
Familiari/amici	158,241 €	64,07 €
Attività illegali	1828,724 €	4438,09€

La *storia familiare* del campione non presenta particolari significativi, il 93,1% delle madri non ha avuto problemi di alcol o droga, mentre dei padri, il 79,3% non ha avuto problemi di alcol e 82,8% non ha avuto problemi di droga. Per quanto riguarda i problemi di natura psichica, se nei padri sono rappresentati dal 3,4% dei casi, nelle madri questa percentuale è molto maggiore, pari al 24,1%.

Per quanto riguarda la *situazione legale*, innanzitutto si può dire che in media l'82,8% (deviazione standard 37,8) del campione si è rivolto alla struttura spontaneamente e solo un 17,2% dietro suggerimento dell'autorità giudiziaria. In media il 65,5% (deviazione standard 47,5) del campione è attualmente in libertà provvisoria, condizionale o vigilata e, dal grafico della Fig. 5, si può vedere per quali tipi di reati il campione è stato arrestato o imputato.

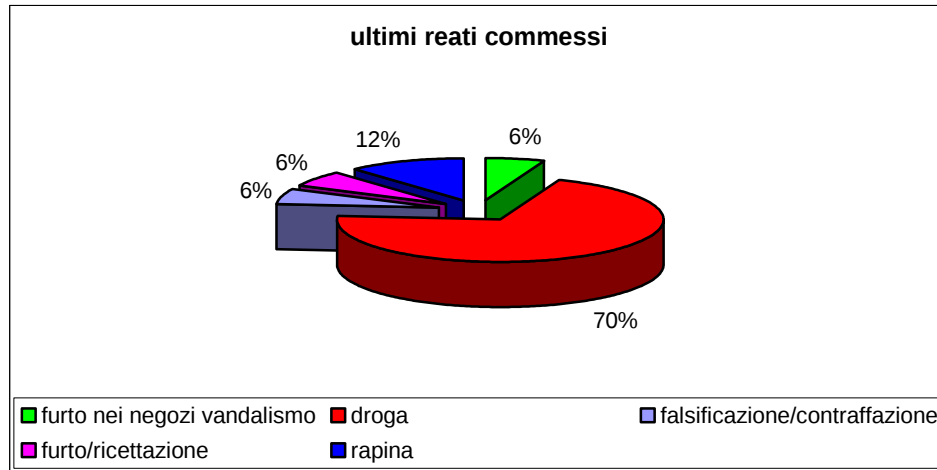
FIG. 5 - arresti e imputazioni



Il 27% di questi arresti e imputazioni si è trasformato in una condanna. In questo conto sono stati escluse 14 imputazioni e arresti per cattiva condotta, vagabondaggio, guida in stato di ebbrezza e gravi violazioni di guida perchè ritenuti reati “minori”, cioè non riguardanti il codice penale. Precisamente, il campione è stato imputato: per cattiva condotta, vagabondaggio, ubriachezza, in media 0,06 volte (deviazione standard 0,25), per guida in stato di ebbrezza in media 0,17 volte (deviazione standard 0,59), per gravi violazioni di guida 1,03 volte (deviazione standard 2,52).

Nel corso della sua vita il campione è stato incarcerato in media 8,65 mesi (deviazione standard 21,6) e l'ultima incarcerazione è durata in media 2,82 mesi (deviazione standard 7,96) per i reati riassunti nella Fig. 6.

FIG. 6 - ultimi reati commessi

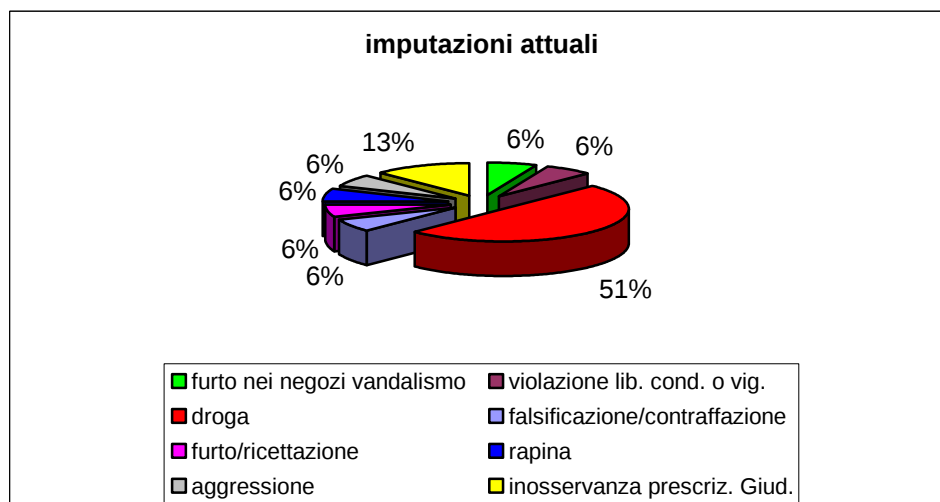


Nella Tab. 9 è riassunta la situazione legale attuale del campione e nella Fig. 7 le imputazioni attuali.

TAB. 9 - imputazioni attuali

Risposta	N° soggetti	Percentuale
No	14	48,3
Si	15	51,7
Tot	29	100

FIG. 7 - imputazioni attuali



Come già è stato detto, 8 persone, nei 30 giorni precedenti l'ingresso in comunità, sono state incarcerate e, come illustrato dal grafico, soprattutto per reati connessi alla

droga, come spaccio e detenzione. E' importante notare, però, che delle restanti persone del campione, 12, cioè il 41,4%, hanno ammesso di essere state coinvolte in quello stesso periodo, in attività illegali per una media di 7,44 giorni (deviazione standard 11,6) su 30.

La Tab. 10 introduce i dati relativi all'uso di *alcol e sostanze psicotrope*. Questi dati sono tra i più interessanti, visto che il campione preso in esame è composto da persone con un passato di tossicodipendenza, in particolare, la seguente tabella indica quali sono le sostanze ritenute il problema principale che ha motivato l'ingresso in comunità.

TAB. 10 - sostanza che costituisce il problema maggiore

Problema maggiore	N° soggetti	Percentuale
Alcol	1	3,4
Eroina	17	58,6
Cocaina	4	13,8
Allucinogeni	2	6,9
Politossicomania	4	13,8
Alcol + Sostanza	1	3,4
Tot	29	100

Nella Tab. 11 vediamo riassunta la storia tossicomantica del campione.

TAB. 11 - storia tossicomantica

Sostanza	N° soggetti	Percentuale	Media anni
Alcol 1(qualsiasi uso)	16	61,5	5,65
Alcol 2(intossicazione)	11	38	1,6
Eroina	26	89,6	7,6
Metadone	17	58,6	2,35
Oppiacei/analgesici	14	48,2	2,5
Barbiturici	3	10,3	0,2
Ipnotici/tranquillanti	4	13,7	0,8
Cocaina	27	93,1	5
Amfetamine	18	62	2,4
Cannabis	25	86,2	7,5
Allucinogeni	15	51,7	1,7

Inalanti	5	17,2	0,3
Più di 1 sost. al giorno	26	89,6	7,07

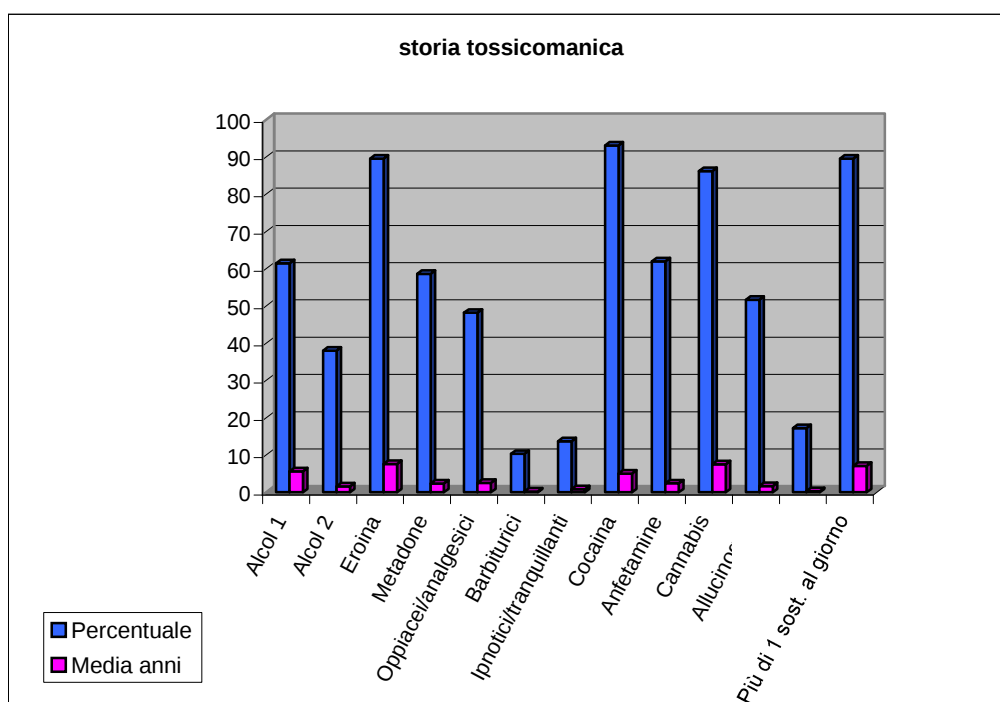
I dati della tabella vengono ripresi nel grafico della Fig. 8, in cui è possibile vedere che l'eroina, la cocaina o l'uso di più sostanze al giorno (in genere queste due) sono i problemi principali del campione. Nonostante la cocaina abbia una percentuale d'uso maggiore dell'eroina, 93,1% contro 89,6%, quest'ultima sicuramente è la sostanza che il campione utilizza da più tempo. Questo dato può essere facilmente spiegato dalla forte dipendenza che suscita la sostanza.

Il campione, inoltre, ha fatto un uso di cannabis per molti anni, in media 7,5, con un valore molto vicino a quello per l'eroina, 7,6, e più alto di quello della cocaina, 5, ma nessuno del campione ha considerato questo tipo di sostanza come un "problema", riservando questo giudizio alle altre droghe (cfr. Tab. 10). Probabilmente questo aspetto deriva dalla comune considerazione della cannabis come una droga "leggera".

L'62% e 51,7% del campione, nel corso della sua vita, ha fatto uso di amfetamine e allucinogeni, le cosiddette "nuove droghe". E' significativo notare, però, che la media degli anni di utilizzo di queste sostanze sono molto bassi rispetto all'eroina e alla cocaina, 2,4 e 1,7 anni. Questo dato conferma, per il campione in esame, una storia tossicomantica caratterizzata prevalentemente da queste due sostanze (cfr. Tab. 10).

Nell'analisi della storia tossicomantica del campione non possiamo dimenticare la modalità d'assunzione della sostanza. L'assunzione orale riguarda il 100% dei casi per sostanze come alcol, metadone, barbiturici, amfetamine e allucinogeni, l'assunzione attraverso il fumo il 100% dei casi per oppiacei/analgesici e cannabis/marijuana. L'assunzione attraverso iniezione endovenosa riguarda il 92,35% dei casi per l'eroina e il 74% dei casi per cocaina. Il tipo di assunzione è un elemento importante, che incide sulla gravità della dipendenza, basti pensare che la modalità endovena è sicuramente quella più rapida, con un effetto maggiore, ma anche quella che comporta maggiori rischi per la salute, come quello di contrarre epatiti e HIV.

FIG. 8 - storia tossicomanica



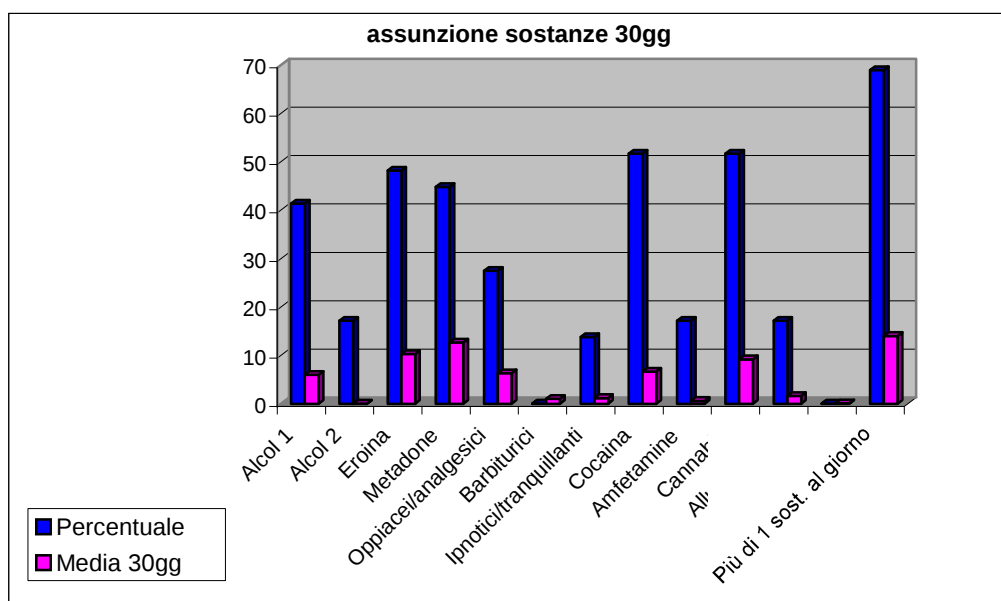
La Tab. 12 mostra quale è stato il comportamento tossicomanico del campione nei 30 giorni precedenti l'ingresso in comunità.

TAB. 12 - assunzione sostanze nei 30 gg.

Sostanza	N° soggetti	Percentuale	Media gg	Deviazione st.
Alcol 1(qualsiasi uso)	10	41,4	6	11,10
Alcol 2(intossicazione)	5	17,2	1,5	5,6
Eroina	14	48,2	10,3	13,16
Metadone	13	44,8	12,7	14,5
Oppiacei/analgesici	8	27,5	6,3	11,7
Barbiturici	1	0,03	1,03	5,47
Ipnotici/tranquillanti	4	13,8	1,2	5,4
Cocaina	15	51,7	6,65	10,2
Amfetamine	5	17,2	0,6	1,8
Cannabis	15	51,7	9,2	12,01
Allucinogeni	5	17,2	1,6	4,6
Inalanti	1	0,03	0,1	0,7
Più di 1 sost. al giorno	20	69	14,03	12,78

Possiamo vedere, anche grazie alla Fig. 9, che nel mese precedente l'ingresso in comunità, le percentuali delle persone che hanno fatto uso di queste sostanze sono scese. In particolare, l'eroina dall'89,6% passa al 48,2%, la cocaina da 93,1% al 51,7%, la cannabis dall'86,2% al 51,7%. Comunque, questi valori restano alti, come quello relativo all'assunzione di più sostanze al giorno, che dall'89,6% passa al 69%. In questa seconda tabella, il numero delle persone che fanno uso di metadone, il 44,8%, testimonia che prima di entrare in comunità molte di loro stavano seguendo un programma di disintossicazione presso il Sert locale. Infatti, 16 persone hanno risposto positivamente all'item in cui viene chiesto per quanti giorni, su 30 precedenti l'ingresso in comunità, hanno ricevuto un trattamento come pazienti ambulatoriali per alcol o sostanze. Queste persone si sono recate in media 12,37 giorni (deviazione standard 14) ai Sert locali per colloqui psicologici o trattamenti con il metadone.

FIG. 9 - assunzione sostanze 30 gg



Il periodo medio di interruzione volontaria dalla sostanza che costituisce il problema principale è di 6,4 mesi (deviazione standard 11,25). Dal periodo di interruzione volontaria all'ingresso in comunità, sono passati in media 15 mesi (deviazione standard 26,8) e l'esperienza al CSA, in genere, non è il primo tentativo di superare la dipendenza. Infatti il 79,3% del campione ha già tentato altri trattamenti per la tossicodipendenza e di questi il 67% è rappresentato da disintossicazioni attraverso lo scalaggio del metadone. Il resto degli interventi sono state esperienze comunitarie presso altre strutture e gruppi di auto-aiuto messi a disposizione dai Sert locali (cfr. Tab. 13).

TAB. 13 - trattamenti precedenti per uso di sostanze

	N° soggetti	Percentuale	Media a persona	Deviazione st.
Trattamenti	23	79,3	2,27	0,43
Disintossicazioni	20	67	1,86	3,62

La storia tossicomantica del campione è segnata da overdose ed episodi di delirium tremens, quest'ultimi maggiormente associati all'abuso di alcol.

TAB. 14 - overdose e delirium

	N° soggetti	Percentuale	Media a persona	Deviazione st.
Overdose	10	34,5	0,9	1,5
Delirium tremens	4	13,8	0,6	1,97

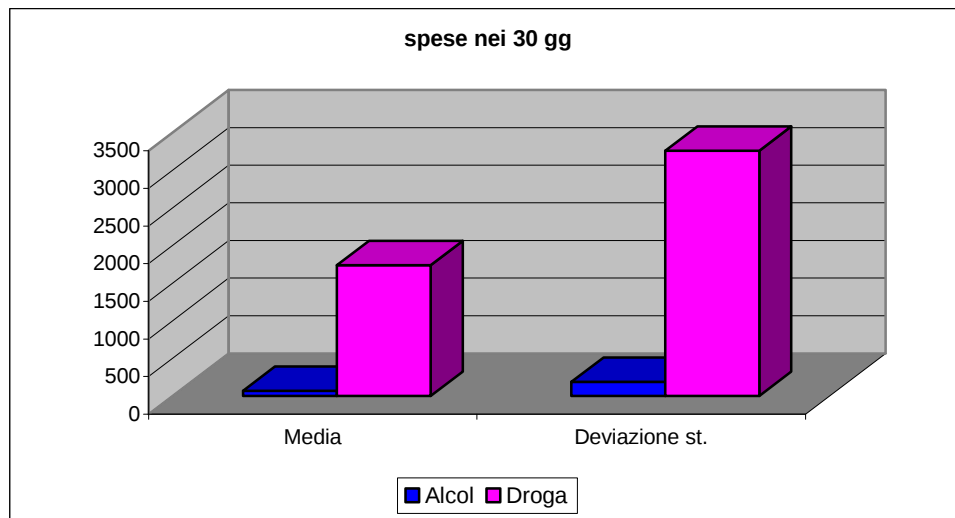
In base ai dati di questa tabella, si può pensare ad un caso di overdose per ciascuna persona del campione.

Infine, nella Tab. 15 e nella Fig. 10, sono riassunte le spese medie del campione per alcol e droga nei 30 giorni precedenti l'ingresso in comunità. Questi dati hanno un valore piuttosto alto di deviazione standard. Questo è dovuto al fatto che all'interno del campione ci sono state persone che, nel mese precedente all'ingresso in comunità, non hanno speso niente, ed altre che hanno speso molti soldi, ad esempio 15.000 e 10.000 euro.

TAB. 15 - spese nei 30 gg per alcol e droga

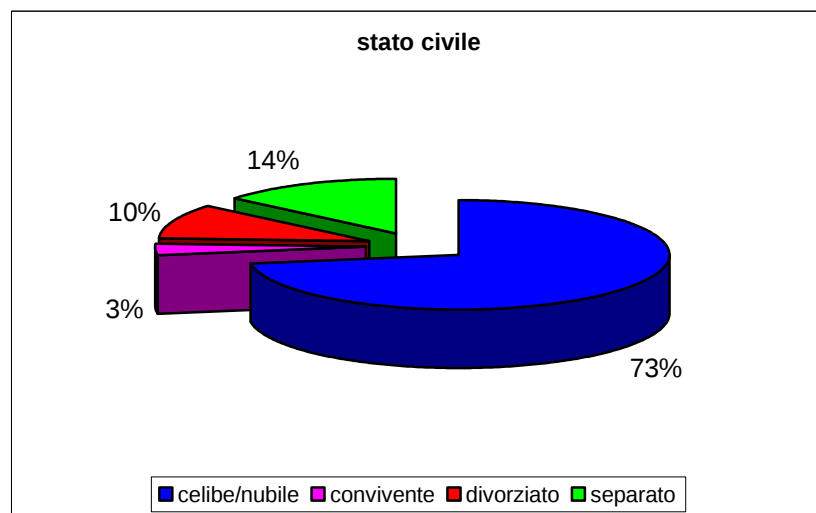
	N° soggetti	Media	Deviazione st.
Alcol	11	65,8 €	184,85 €
Droga	21	1738,62 €	3259,5 €

FIG. 10 - spese nei 30 gg per alcol e droga



La parte riguardante le *relazioni familiari e sociali* del campione è introdotta dalla Fig. 11, che ne descrive lo stato civile. Una porzione molto ampia del campione, il 73%, è celibe o nubile e in media sono circa 9 anni che si trova in questa condizione. Alla domanda che chiede se sono soddisfatti del loro stato civile, il 55,2% risponde positivamente. Il restante 34,5% ha risposto negativamente e il 10,3% è indifferente. Quindi, il 55,2% di queste persone è sostanzialmente soddisfatto della propria condizione di “single”, ma tra le ragioni che hanno spinto il 34,5% del campione a rispondere negativamente c'è proprio il desiderio di trovare un compagno o una compagna oppure il dispiacere e la delusione per il fallimento del precedente matrimonio.

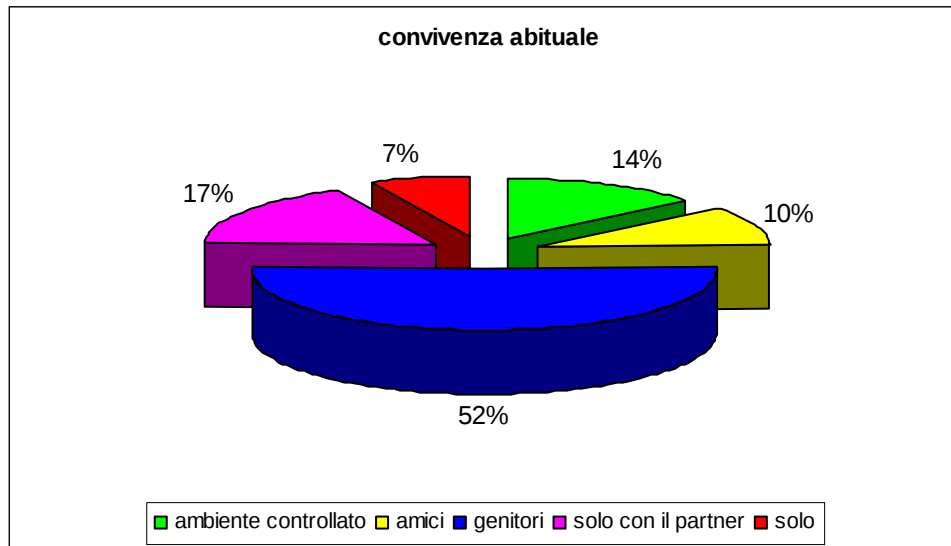
FIG. 11 - stato civile



Prima di entrare in comunità il 52% del campione viveva con i genitori e il 17% con il proprio partner. Da notare come una porzione del campione, il 14%, abbia

vissuto, negli anni precedenti l'ingresso in comunità, in un ambiente controllato, cioè il carcere. Vedere Fig. 12. La media del tempo in cui hanno vissuto in queste condizioni è di 4,04 anni.

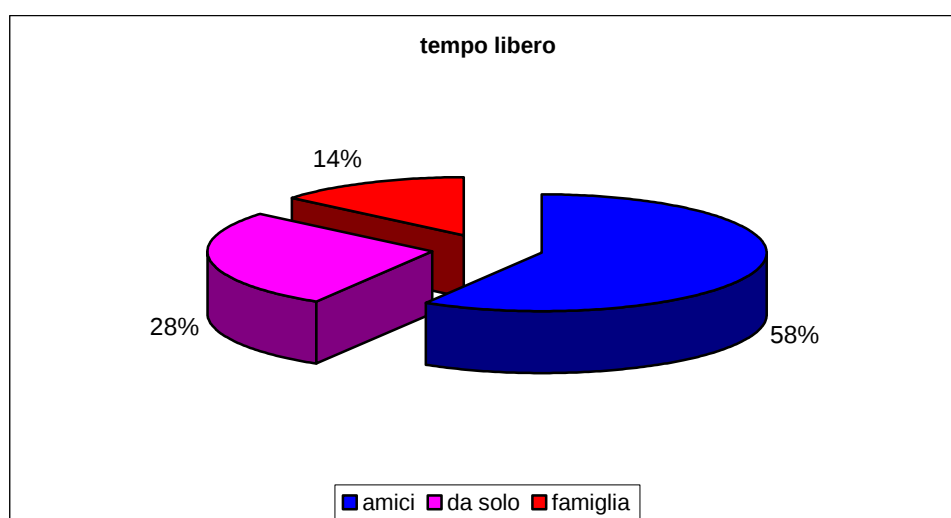
FIG. 12 - convivenza abituale



Alla domanda che chiede se sono soddisfatti di vivere in questa situazione, ben 15 persone, il 51,7% del campione, ha risposto negativamente. Di queste il 20% stava in un ambiente controllato e il 66% viveva con i genitori. Il motivo di questa risposta negativa da parte di chi viveva con i genitori, può essere determinato dal desiderio di indipendenza e autonomia dalla famiglia che viene espresso da queste persone, ma che spesso si scontra con i problemi legati alla tossicodipendenza e con le difficoltà economiche. Vivere con i propri genitori risulta così una scelta obbligata e non una propria volontà. Al contrario, il 44,8% del campione che è soddisfatto di questa condizione viveva: il 23% con amici, il 23% con il proprio partner, il 30,7% con i genitori e il 15,4% da solo.

Nella Fig. 13 è rappresentato con chi il campione trascorre il proprio tempo libero. Il 58% del campione trascorre il proprio tempo libero con gli amici, il 28% da solo e il 14% con i familiari. Alla domanda che chiede se sono soddisfatti di trascorrere in questo modo il proprio tempo libero, il 62% del campione risponde positivamente, di queste persone il 72% lo passa con gli amici, il 16,6% da solo e 11,2% con i familiari. Delle persone che hanno risposto negativamente, il 38%, il 45,5% trascorre il proprio tempo libero da solo, il 36,3% con gli amici e 18,2% con i familiari. Da questi dati sembra che trascorrere il proprio tempo libero con gli amici sia un fattore ritenuto sostanzialmente positivo per le persone del campione, che rispondono di avere ciascuno, in media, 2,7 amici stretti.

FIG. 13 - tempo libero



La Tab. 16 illustra, nel dettaglio, se il campione ha avuto delle relazioni familiari strette e durature con le persone che fanno parte della lista. Questi dati sono importanti per comprendere il clima e i rapporti familiari in cui le persone del campione sono cresciute. La voce X corrisponde all'assenza del familiare.

TAB. 16 - relazioni strette e durature

	Risposta	N° soggetti	Percentuale
Madre	Si	17	58,6
	No	11	38
	X	1	3,4
Padre	Si	10	34,5
	No	16	55,2
	X	3	10,3
Fratelli/sorelle	Si	15	51,7
	No	9	31
	X	5	17,2
Partner/coniuge	Si	22	75,8
	No	5	17,2
	X	2	7
Figli	Si	4	13,8
	No	0	0
	X	25	86,2
Amici	Si	25	86,2
	No	3	10,3

	X	1	3,4
--	---	---	-----

Per relazioni strette e durature si intende un tipo di rapporto profondo, confidenziale, basato sul dialogo, la comunicazione, la comprensione, il che non esclude però la presenza di conflitti e discussioni. Da questi dati sembra che il campione abbia avuto, nel corso degli anni, relazioni sostanzialmente strette e durature con la madre, il 58,6% dei casi, e con i fratelli o le sorelle, il 51,7%. Con il padre i rapporti sono stati meno stretti, infatti il 55,2% dice di non averne avuti e addirittura abbiamo un 10% che non ha avuto o non ha conosciuto il genitore. I valori crescono se andiamo a vedere i partner, il 75,8% e gli amici, l'86,2%, con i quali i rapporti stretti risultano essere maggiori. L'86,2% del campione non ha figli ma coloro che ne hanno riferiscono di avere con loro un rapporto stretto.

La Tab. 17 illustra l'aspetto opposto del rapporto. In questo caso è stato chiesto al campione se ha mai avuto seri problemi di rapporto con le persone della lista.

TAB. 17 - seri problemi di rapporto

	Risposta	N° soggetti	Percentuale
Madre	Si	22	75,8
	No	6	20,6
	X	1	3,4
Padre	Si	20	69
	No	7	24
	X	2	7
Fratelli/sorelle	Si	14	48,2
	No	11	38
	X	4	13,8
Partner/coniuge	Si	19	65,5
	No	10	34,5
	X	0	0
Figli	Si	2	7
	No	2	7
	X	25	86,2
Altri familiari	Si	12	41,4
	No	17	58,6

	X	0	0
Amici intimi	Si	16	55,2
	No	12	41,4
	X	1	3,4
Vicini	Si	7	24
	No	22	75,8
	X	0	0
Colleghi	Si	7	24
	No	20	69
	X	2	7

Per seri problemi di rapporto si intendono problemi di incomprensione che hanno dato origine a litigi, discussioni fino all'interruzione della relazione. Le percentuali sono piuttosto alte con i familiari: 75,8% con la madre, 69% con il padre e 65,5% con il partner o il coniuge, mentre sono migliori con le altre figure della sfera sociale: amici 55,2%, vicini e colleghi 24%. Confrontando questa tabella con la Tab. 16, si può vedere che la madre, nonostante sia la persona con cui il campione sente di aver avuto un rapporto stretto, è anche quella con cui si sono scontrati di più e con cui hanno avuto più discussioni. I dati relativi al padre, tutto sommato, confermano un rapporto conflittuale e disturbato con questo genitore: il 55,2% del campione non ha avuto un rapporto stretto e il 69% riferisce di aver avuto con lui seri problemi di rapporto. Sembra che le madri del campione siano state una figura presente, in bene o in male, mentre quella paterna risulta più distante e assente, con la quale si è stabilito un legame affettivo e comunicativo più debole.

TAB. 18 - seri problemi di rapporto nei 30gg

	Risposta	N° soggetti	Percentuale
Madre	Si	19	65,5
	No	7	24
	X	3	10,3
Padre	Si	19	65,5
	No	5	17,2
	X	5	17,2
Fratelli/sorelle	Si	15	51,7
	No	10	34,5

	X	4	13,8
Partner/coniuge	Si	8	27,6
	No	16	55,2
	X	5	17,2
Figli	Si	3	10,3
	No	1	3,4
	X	25	86,2
Altri familiari	Si	4	13,8
	No	25	86,2
	X	0	0
Amici intimi	Si	9	31
	No	19	65,5
	X	1	3,4
Vicini	Si	1	3,4
	No	28	96,5
	X	0	0
Colleghi	Si	2	7
	No	25	86,2
	X	2	7

La Tab. 18 mostra se il campione ha avuto seri problemi di rapporto, nei 30 giorni precedenti l'ingresso in comunità, con le persone della lista. In generale, le percentuali positive si sono abbassate rispetto a quelle della Tab. 17, che si riferisce a tutto l'arco di vita del campione. Le percentuali relative ai genitori, entrambe 65%, si sono abbassate e questo probabilmente in seguito alla scelta del figlio di entrare in comunità e alla volontà di superare il problema della droga, ma la percentuale dei conflitti con i fratelli è salita dal 48,2% al 51,7%. Un altro valore che è leggermente salito è quello dei figli, dal 7% siamo passati al 10,3%. Sicuramente la presenza del genitore in comunità incide molto sul rapporto col figlio. I figli sono adolescenti o bambini e su di essi pesa l'assenza del genitore da casa e la mancanza di contatti regolari e ravvicinati.

A questo punto dell'intervista, alle persone del campione vengono fatte delle domande piuttosto personali, riguardanti la presenza, nella precedente lista, di persone che hanno usato violenza nei loro confronti. I risultati sono riassunti nella Tab. 19. Il valore X si riferisce ai casi in cui la persona non ha voluto rispondere.

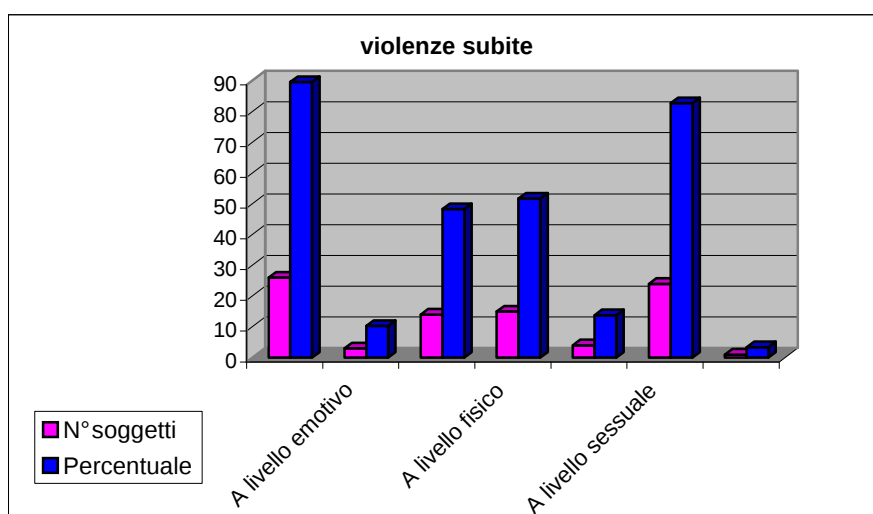
TAB. 19 - violenze subite

	Risposta	N° soggetti	Percentuale
A livello emotivo	Si	26	89,6
	No	3	10,3
A livello fisico	Si	14	48,3
	No	15	51,7
A livello sessuale	Si	4	13,8
	No	24	82,7
	X	1	3,4

Per quanto riguarda le violenze a livello emotivo, queste si riferiscono a ricatti psicologici, atteggiamenti, parole, comportamenti, rivolti alle persone del campione, che le hanno fatte sentire sbagliate, inadeguate, indegne di affetto e amore. L'89,6% del campione afferma di aver sperimentato esperienze e sensazioni simili. Il 48,3% ha subito violenze fisiche e un 13,8% anche violenze sessuali. Le violenze sessuali hanno riguardato esclusivamente soggetti femminili, mentre quelle fisiche il 64% maschi e il 36% femmine.

Una precisazione, nelle Fig. 14, 15, 16, 17, a ciascuna categoria dell'asse x fanno riferimento due gruppi di colonne: il primo gruppo si riferisce al numero di soggetti e alla percentuale corrispondenti ai valori positivi, il secondo gruppo a valori negativi e, se presenti, il terzo gruppo rappresenta i valori delle risposte X.

FIG. 14 - violenze subite



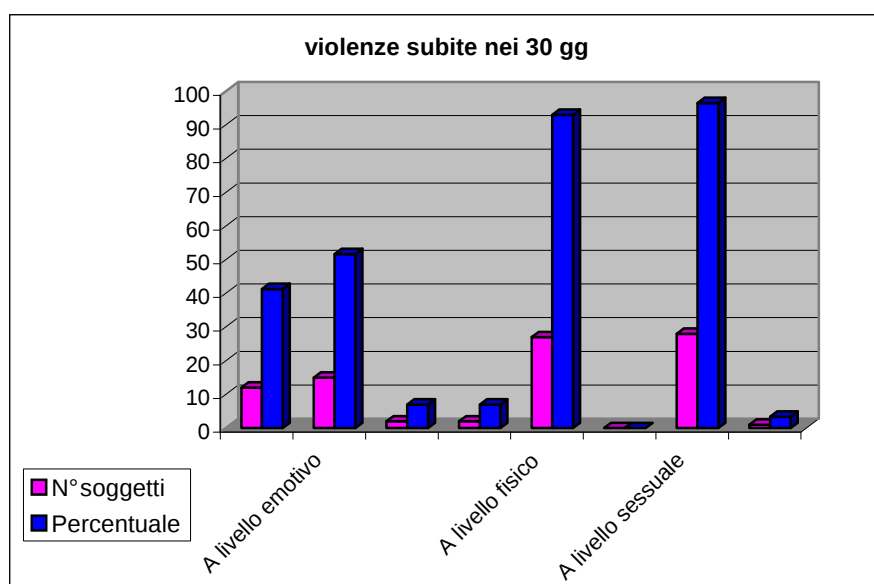
La situazione cambia se la stessa domanda riguarda i 30 giorni precedenti l'ingresso in comunità.

TAB. 20 - violenze subite nei 30 gg

	Risposta	N° soggetti	Percentuale
A livello emotivo	Si	12	41,3
	No	15	51,7
	X	2	7
A livello fisico	Si	2	7
	No	27	93
A livello sessuale	Si	0	0
	No	28	96,5
	X	1	3,4

Nei 30 giorni precedenti l'ingresso in comunità le percentuali delle violenze subite dal campione diminuiscono. In particolare, diminuisce sensibilmente la percentuale relativa alle violenze fisiche, che dal 48,3% passa al 7%, e alle violenze sessuali, che dal 13,8% passa allo 0%. Nel mese precedente l'ingresso in comunità, il campione continua a subire pressioni di tipo emotivo, ma tuttavia diminuite rispetto all'arco di vita, dall'89,6% si passa al 41,3%.

FIG. 15- violenze subite nei 30 gg



Il mese precedente l'ingresso in comunità si conferma, comunque, un periodo critico. Ci sono miglioramenti nel rapporto complessivo con i genitori e anche una diminuzione delle violenze che le persone del campione hanno subito a livello emotivo e fisico. Nonostante ciò, i giorni in cui il campione dichiara di aver avuto seri conflitti con i familiari sono, in media, 13,24 su 30 e, con altre persone, 4,5 su 30. Questo testimonia che la scelta di partecipare ad un programma terapeutico rientra in un piano di cambiamento messo in atto dalle persone del campione, ma che la strada da percorrere per attuarlo non è stata semplice ed immediata.

Dal punto di vista psicologico/psichiatrico, delle 29 persone che hanno partecipato all'intervista, solo 3 hanno una diagnosi conclamata di disturbo Bipolare. La maggior parte di queste persone, comunque, possiede un profilo generale in cui risultano avere un Disturbo di Personalità Borderline di base, da cui oscillano verso altri disturbi. In particolare, 10 di queste persone manifestano anche sintomi di un Disturbo di Personalità Narcisista, 5 di un Disturbo di Personalità Antisociale, 6 presentano caratteristiche di un disturbo depressivo e altre 6 scompensi psicotici.

Questi sono dati che provengono dalle diagnosi e dai profili condotti dagli operatori della comunità. L'intervista, per quanto riguarda i dati relativi alla *situazione psichica*, del campione preso in esame, fornisce ulteriori informazioni: il 14% ha ricevuto un trattamento per problemi psicologici o emotivi in ospedale e il 48,2% in ambulatori privati o pubblici.

La Tab. 21 riassume quelli che possono essere stati i problemi di natura psicologica ed emozionale del campione lungo tutto l'arco di vita. Comunque sono necessari alcuni chiarimenti. Nell'intervista, per depressione si intende non solo un

disturbo depressivo diagnosticato, ma anche a stati di tristezza, disperazione, apatia, anedonia, senso di colpa e crisi di pianto. La stessa cosa vale per l'ansia e tutti gli elementi della lista, purchè non siano diretto effetto dell'abuso di sostanze.

TAB. 21 - problemi psicologici

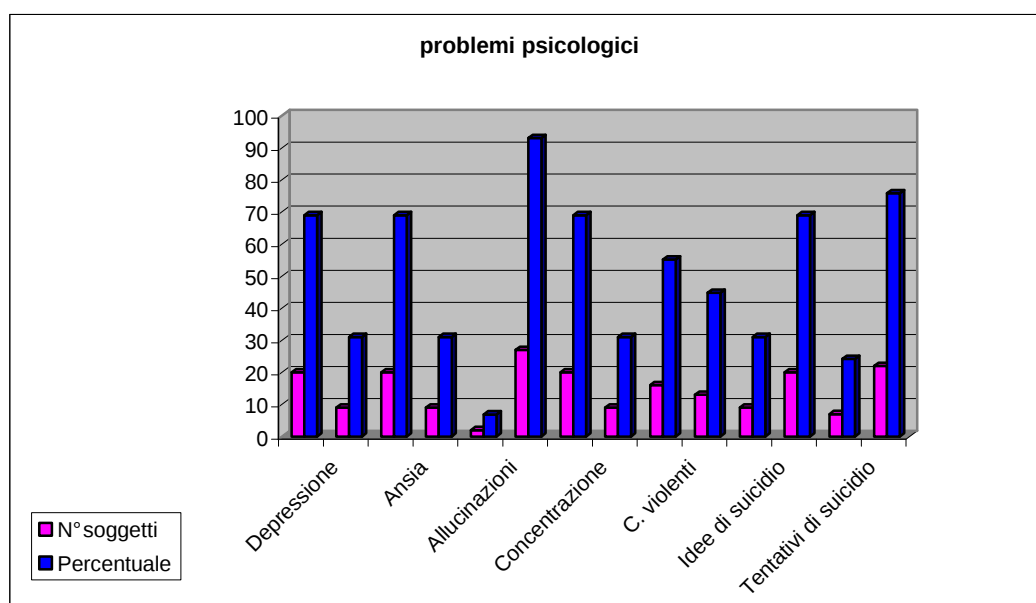
	Risposta	N° soggetti	Percentuale
Depressione	Si	20	69
	No	9	31
Ansia o tensione	Si	20	69
	No	9	31
Allucinazioni	Si	2	6,9
	No	27	93,1
Difficoltà di comprensione, concentrazione, memoria	Si	20	69
	No	9	31
Difficoltà di controllo di comportamenti violenti	Si	16	55,2
	No	13	44,8
Serie idee di suicidio	Si	9	31
	No	20	69
Tentativi di suicidio	Si	7	24,2
	No	22	75,8

Dalla tabella si può vedere come sintomi depressivi e d'ansia siano stati percepiti da una percentuale piuttosto alta del campione, il 69%. Da notare che la percentuale è la stessa, in effetti il 75% delle persone che hanno risposto positivamente alla voce depressione, lo ha fatto anche alla seconda. Anche la percentuale di risposte per difficoltà di concentrazione, comprensione e memoria è del 69%. Non è un caso che disturbi d'ansia o depressivi possano dare anche questi problemi di natura cognitiva, infatti, il 55% delle persone che hanno risposto positivamente a questa voce, hanno

risposto positivamente anche ad ansia e depressione, il 20% solo ad ansia, il 15% a depressione.

Per gli obiettivi della ricerca, hanno particolare importanza le ultime tre voci. La difficoltà di controllo dei comportamenti violenti sembra essere presente nel 55,2% del campione, è un valore piuttosto alto, se si considera che sono solo 29 persone. Di queste persone, il 68,7% che ha risposto positivamente a questa voce, lo ha fatto anche per le voci ansia e depressione, il 18,7% solo ad ansia. Il 31% del campione dichiara di aver avuto serie idee di suicidio, ma solo il 24% ha tentato realmente di metterle in pratica. E' importante notare che il 100% delle persone che hanno pensato seriamente al suicidio e il 100% di coloro che poi lo hanno messo in atto, hanno risposto positivamente ad ansia e depressione. Altro dato interessante, l'89% di coloro che hanno pensato al suicidio e il 100% di coloro che lo hanno tentato, ha difficoltà nel controllo dei comportamenti violenti.

FIG. 16 - problemi psicologici.



La tabella successiva, invece, descrive lo stato psicologico del campione nei 30 giorni precedenti l'ingresso in comunità.

TAB. 21 - problemi psicologici nei 30 gg

	Risposta	N° soggetti	Percentuale
	Si	19	65,5

Depressione	No	10	34,5
Ansia o tensione	Si	23	79,3
	No	6	20,7
Allucinazioni	Si	2	6,9
	No	27	93,1
Difficoltà di comprensione, concentrazione, memoria	Si	14	48,3
	No	15	51,7
Difficoltà di controllo di comportamenti violenti	Si	8	27,6
	No	21	74,4
Serie idee di suicidio	Si	7	24,2
	No	22	75,8
Tentativi di suicidio	Si	2	6,9
	No	27	93,1

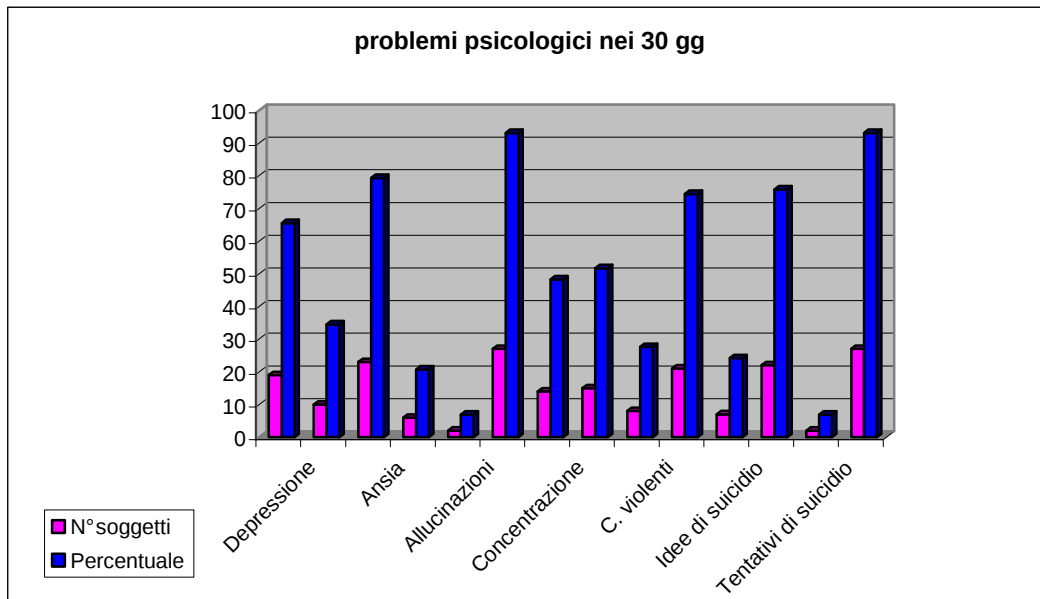
Il mese precedente l'ingresso in comunità si conferma un periodo delicato per la maggior parte del campione. Il 65,5% del campione manifesta depressione e addirittura abbiamo un aumento di ansia, che dal 69% passa al 79,3%. Le ragioni di questo incremento d'ansia possono essere ricondotte alla preoccupazione suscitata dall'imminente entrata in comunità.

Al contrario, si abbassano i problemi legati alla concentrazione, comprensione, memoria, dal 69% al 48,3% e diminuiscono sensibilmente le difficoltà legate al controllo dei comportamenti violenti, dal 55,2% al 27,6%.

Una attenzione particolare merita la questione delle idee e dei tentativi di suicidio. Dal 31% del campione che nell'arco della sua vita ha pensato seriamente al suicidio, si passa, nei 30 giorni precedenti l'ingresso in comunità, ad un 24,2%: una diminuzione piuttosto lieve. Fortunatamente, tra i valori relativi ai tentativi di suicidio c'è una effettiva diminuzione: dal 24,2% al 6,9%. Quindi, se la percentuale delle persone che seriamente pensa di togliersi la vita, cambia di poco, quella di coloro che effettivamente

mettono in atto questo proposito si abbassa sensibilmente e solo 2 persone su 7 hanno tentato di suicidarsi.

FIG. 17 -problemi psicologici nei 30 gg



In base alla quantità di persone che riferiscono di aver avuto problemi di natura psicologica, ci si aspetta delle percentuali piuttosto alte relative all'utilizzo di psicofarmaci. In realtà non è così, solo il 27,6% del campione ne ha fatto uso e la percentuale si abbassa al 20,6% se andiamo a considerare i 30 giorni precedenti l'ingresso in comunità. I farmaci prescritti erano in prevalenza antidepressivi, ansiolitici e stabilizzanti dell'umore.

L'ultima domanda riguardante la situazione psichica del campione è quella in cui si chiede per quanti giorni, sui 30 precedenti l'ingresso in comunità, hanno avuto problemi psicologici o emozionali. La media è di 17,8 giorni, con un valore modale significativo di 30. Questi ultimi dati confermano l'idea che l'ultimo mese precedente l'ingresso in comunità sia stato un periodo di tempo difficile e critico per tutte le persone del campione, sospese tra le incertezze del futuro e la volontà di cambiamento.

Correlazioni statistiche

Il metodo statistico associato all'intervista permette di effettuare correlazioni tra tutti gli item secondo gli indici di Pearson e Spearman.

La correlazione è un'analisi statistica che permette di verificare la relazione tra due variabili, in modo che a ciascun valore della prima variabile corrisponda con una certa regolarità un valore della seconda. Non si tratta necessariamente di un rapporto di

causa-effetto ma semplicemente della tendenza di una variabile a variare in funzione di un'altra.

Il grado di correlazione tra due variabili viene espresso mediante i cosiddetti indici di correlazione. Questi assumono valori compresi tra zero (quando vi sia assenza di correlazione cioè quando variando una variabile l'altra non varia o varia in modo del tutto indipendente) e l'unità (quando vi sia correlazione assoluta cioè quando alla variazione di una variabile corrisponde una variazione rigidamente dipendente dall'altra).

I metodi di correlazione permettono di descrivere e quantificare la forza dell'associazione tra due variabili. Nel caso di variabili parametriche si parla di coefficiente di Pearson, nel caso non parametrico, di coefficiente di Spearman.

Nel caso della ricerca, si è cercato di verificare l'esistenza di correlazioni tra i circa 800 item dell'intervista. Quelli risultati significativi e attinenti alla ricerca non sono molti e purtroppo, a causa di problemi tecnici del programma, i dati relativi alle relazioni familiari e alla situazione psicologica del campione non sono utilizzabili.

Infatti, si è cercato di vedere che tipo di correlazione vi poteva essere tra il tipo di sostanza utilizzata e i problemi psicologici riportati dalla lista. Purtroppo, per i motivi sopra spiegati, calcolare questo tipo di correlazioni non è stato possibile. Comunque, intuitivamente non posso non pensare che la maggior parte del campione che riferisce sintomi depressivi e d'ansia ha utilizzato prevalentemente eroina e cocaina.

Altre correlazioni ritenute importanti sono quelle tra i reati, le attività illegali, i periodi di detenzione e le sostanze utilizzate. In questo caso ho utilizzato sia gli indici di correlazione di Spearman (per variabili dicotomiche tipo si/no) che di Pearson (per variabili numeriche).

Le seguenti sono calcolate con gli indici di correlazione di Spearman.

TAB. 22 - correlazioni tra gli aspetti legali

1° Item	2° Item	Correlazione	Sig. .05	Sign. .01
Ambiente controllato/carcere	Problema maggiore/eroina	0,518	0,390	0,501
Ambiente	Mesi trascorsi in	0,578	0,367	0,470

controllato/carcere	carcere			
Ambiente controllato/carcere	Ultima incarcerazione/droga	0,577	0,367	0,470
Quante imputaz. seguite da condanne	Mesi trascorsi in carcere	0,731	0,367	0,470
Quanti soldi nei 30gg da attività illegali	Soldi spesi nei 30gg per droga e altre sostanze	0,929	0,367	0,470
Quanti soldi nei 30gg da attività illegali	Quanti giorni nei 30gg coinvolto in attività illegali	0,648	0,367	0,470
Soldi spesi nei 30gg per droga e altre sostanze	Quanti giorni nei 30gg coinvolto in attività illegali	0,713	0,950	0,990

I dati contenuti in questa tabella sono relativi alle correlazioni significative relative agli aspetti “legali” del campione. La correlazione tra l’essere stato in carcere nei 30 giorni precedenti l’ingresso in comunità e l’esservi entrato per problemi di dipendenza da eroina è significativa, anche per lo 0,01. Lo stesso discorso vale per la correlazione tra l’essere stato in carcere nei 30 giorni, l’aver trascorso altri mesi in carcere nell’arco della propria vita e l’essere stato incarcerato per droga (spaccio e detenzione). Si può pensare che chi è stato in carcere nel mese precedente l’ingresso in comunità, abbia avuto precedenti incarcerazioni, soprattutto per reati connessi al mondo della droga. A proposito delle imputazioni, questo item non poteva non essere correlato significativamente con quello relativo ai mesi trascorsi in carcere nel corso della vita.

Altra correlazione molto significativa è tra i soldi provenienti dalle attività illegali e quelli spesi per droga nei 30 giorni precedenti l’ingresso in comunità. Questo risultato fa pensare che le attività illegali di quei giorni, tra cui furti e lo stesso spaccio di sostanze, servissero principalmente a finanziare la propria dipendenza dalle droghe. Una sorta di circolo vizioso che l’ingresso in comunità ha invece interrotto. Infatti, l’item relativo ai soldi provenienti da attività illegali è anche correlato significativamente ai giorni in cui queste attività sono state praticate. Da notare, nell’ultima riga, che, nel mese precedente l’ingresso in comunità, la correlazione tra i soldi spesi per la droga e i

giorni in cui il campione è stato impegnato in attività illegali, anche se alta, non è significativa per i limiti previsti dal programma.

Le correlazioni calcolate con l'indice di correlazione di Pearson danno i soliti valori rappresentati nella Tab. 22, unica differenza per la prima correlazione: il valore è lo stesso, 0,518, ma i limiti di significatività sono 0,367 per 0,05 e 0,470 per 0,01.

Inoltre con Pearson emerge un'altra correlazione significativa 0,513 (0,367 per sig. 0,05 e 0,470 per sig. 0,01) tra l'item relativo all'essere attualmente in libertà provvisoria e quello relativo all'essere stato incarcerato nei 30 giorni precedenti l'ingresso in comunità. Infatti, molte delle persone del campione, dopo un periodo di detenzione, hanno richiesto, in quanto tossicodipendenti, di essere affidati alla comunità, come sistema detentivo alternativo al carcere, intraprendendo un programma terapeutico e scontando parallelamente il tempo previsto dalla pena.

Ecco altre correlazioni calcolate con gli indici di correlazione di Spearman, questa volta legate alle sostanze.

TAB. 23 - correlazioni tra l'uso di sostanze

1° Item	2° Item	Correlazione	Sig. .05	Sign. .01
Uso negli anni/cocaina	Problema maggiore/eroina	- 0,542	0,367	0,470
Uso negli anni/cocaina	Problema maggiore/cocaina	0,623	0,367	0,470

La prima correlazione tra l'uso di cocaina e l'essere in comunità per dipendenza da eroina è significativa ma inversa. In effetti è logico pensare che chi si rivolge alla comunità dopo anni di abuso di cocaina, non lo faccia considerando l'eroina il suo problema principale. Questa affermazione, infatti trova conferma nella correlazione successiva.

Con Pearson si è trovato, per queste correlazioni, gli stessi valori della Tab. 23.

Con entrambi gli indici di correlazione si possono calcolare 2 correlazioni alte ma non significative: quella tra gli arresti per aggressione e la cocaina come problema maggiore, 0,537 (0,950 per sig. 0,05 e 0,990 per sig. 0,01) e tra l'overdose e l'aver ricevuto altri trattamenti per abuso di sostanze, 0,538 (0,950 per sig. 0,05 e 0,990 per sig. 0,01).

CONCLUSIONI

I dati della ricerca permettono di avere una panoramica completa delle caratteristiche e dei problemi delle persone del campione preso in esame. Gli elementi rilevati permettono di tracciare il profilo, l'identikit della persona che segue il programma terapeutico della comunità di Baciano. E' possibile descrivere le caratteristiche personologiche del tossicodipendente che si è rivolto a questa comunità.

Dai dati emerge che il profilo medio delle persone esaminate può essere così sintetizzato:

- a) si tratta di un uomo, di età compresa tra i 28-30 anni, e alla sua prima esperienza comunitaria con il CSA.
- b) Ha almeno subito 2-3 ricoveri per problemi fisici ma non è per questo motivo che non gode di buona salute. Negli anni di tossicodipendenza ha contratto l'epatite C, ora deve costantemente monitorarla e, nelle migliori ipotesi, non assume nessun farmaco perché la malattia ha valori molto bassi e stabili.
- c) Possiede il diploma di Scuola Media Inferiore e nessun altro attestato o qualifica professionale, comunque ha una professione e ha lavorato, a tempo pieno e per almeno 3 anni, come operaio o muratore.
- d) Non è solo lo stipendio, però, la sua unica fonte di guadagno. Più volte è stato coinvolto in attività illegali allo scopo di trarne profitto e, addirittura, nei 30 giorni precedenti l'ingresso in comunità, queste sono state la sua principale fonte di guadagno.
- e) Attualmente è in libertà provvisoria, condizionata o vigilata per aver commesso reati connessi allo spaccio di droga, ha già altri precedenti per lo stesso reato e ha anche scontato alcuni mesi in carcere.
- f) E' entrato in comunità per curare la sua dipendenza dalle droghe, in particolare dall'eroina, che ha assunto per almeno 7 anni attraverso iniezioni endovenose. Non è questa, comunque, l'unica sostanza di cui ha abusato: cocaina, marijuana, metadone, oppiacei, queste le principali, senza contare che spesso ne ha utilizzate quotidianamente anche più di una.
- g) Ha cercato altre volte di smettere, rivolgendosi ai Sert locali e anche ad altre strutture comunitarie, ed è riuscito a rimanere lontano dalla sostanza che rappresenta il problema principale, anche per 6 mesi.

- h) Non è sposato, non ha figli, vive con i genitori e trascorre il proprio tempo libero con i suoi amici, con i quali ha avuto sicuramente rapporti più positivi che con i familiari. Se con la madre ha avuto un rapporto stretto ma segnato da forti contrasti, con il padre i problemi sono maggiori, perché a volte manca proprio una relazione affettiva e comunicativa.
- i) Ha un passato segnato da violenze emotive e fisiche che probabilmente hanno avuto un peso nello sviluppo sia di un Disturbo di Personalità Borderline, sia della sua storia di tossicodipendenza.
- j) Nel corso della sua vita ha sperimentato sentimenti di tipo depressivo, ansia, problemi di concentrazione e memoria. Ha manifestato scarso controllo dei comportamenti violenti, anche nei propri confronti, pensando seriamente al suicidio.
- k) Nonostante questi problemi di natura psicologica, non si è mai rivolto ad una struttura per avere sostegno, né ha mai assunto psicofarmaci regolarmente prescritti.
- l) Per questa persona, il mese precedente l'ingresso in comunità è stato un periodo critico e molto difficile: non solo ha scelto di rompere con il passato e le sue false "certezze" legate alla droga, ma ha anche affrontato le insicurezze e le paure di un futuro nuovo e incerto. Per questi motivi, e per l'ansia di quei giorni, a volte è ricaduto nell'uso di sostanze spendendo molti dei suoi soldi e finanziandosi, come già detto, attraverso attività illegali.

Alcuni elementi di questo profilo, come la giovane età, il sesso maschile, una carriera istituzionale alle spalle, una storia di pregressi gesti violenti, bassa scolarità e basso status socio-economico, sono considerati da Tardiff (1989) fattori individuali di rischio di comportamenti aggressivi.

L'analisi dei dati raccolti su questo campione permette di affermare che un legame tra l'aggressività e la tossicodipendenza esiste. Non si può affermare che questo campione è composto da persone violente e aggressive. Sarebbe un'affermazione troppo accentuata e semplicistica.

Attraverso le aree indagate dall'ASI, emergono elementi che denotano un comportamento impulsivo, aggressivo o esplicitamente violento del campione. Inoltre, ad incrementare le probabilità di condotte impulsive, irresponsabili e aggressive c'è il fatto che queste persone, oltre alla tossicodipendenza, hanno un Disturbo di Personalità Borderline oltre ad altri disturbi del tono dell'umore e psicotici.

I dati provenienti dalla situazione legale del campione testimoniano che queste persone hanno avuto nel corso della loro vita diversi problemi di condotta. Tra i reati che hanno commesso non ci sono solo quelli per droga, meno esplicitamente “aggressivi”, ma anche rapine, minacce armate, aggressioni, incendi dolosi e omicidi.

Alcuni autori (Bani, Miniati, Di Fiorino, 1997, Geberovich, 1996) spiegano le condotte aggressive e antisociali dei tossicomani, come un esempio della coesistenza di aggressività autodiretta ed eterodiretta. La tossicodipendenza sarebbe prevalentemente una condotta autoaggressiva e autolesionistica, un suicidio cronico e strisciante in cui è riconoscibile la dominanza di un istinto di morte.

La pulsione di morte, secondo la tradizione psicomica, tende alla completa riduzione delle tensioni e a ridurre l'essere vivente allo stato inorganico. In questa affermazione è evidente una analogia con i tentativi di sopprimere la propria sofferenza e alleviare i propri disagi con la droga da parte del tossicodipendente.

Secondo questa prospettiva, le overdose, i precedenti trattamenti, le ricadute, le iniezioni endovenose, le condizioni igienico-sanitarie precarie e il rischio di contrarre malattie del campione, sarebbero elementi di un quadro in cui non sono gli altri il bersaglio dell'impulso di morte, ma la persona stessa.

I dati provenienti dai rapporti familiari e dai problemi psicologici forniscono ulteriori elementi a sostegno della relazione tra aggressività e tossicodipendenza nelle persone del campione. E' significativo vedere che la maggior parte del campione non ha avuto una storia familiare serena. Escludendo gli alti e bassi che normalmente vi possono essere nel rapporto con i familiari, le persone del campione sono comunque cresciute in un ambiente violento e aggressivo che ha provocato disturbi nell'attaccamento e anche l'acquisizione di competenze relazionali inadeguate. Queste persone hanno vissuto sulla propria pelle, violenze fisiche ma anche di tipo psicologico, spesso sottovalutate, ma altrettanto dolorose e importanti. Ricordiamo, inoltre, che su 9 ragazze, 5 hanno subito violenze sessuali.

Più della metà del campione ha riferito di aver avuto in vita difficoltà di controllo dei comportamenti violenti e questo è un chiaro segno di un atteggiamento e di un comportamento aggressivo. Anche gli item relativi alle idee e ai tentativi di suicidio sono importanti. Una quota considerevole del campione, considerando che sono solo 29 persone, ha pensato seriamente di togliersi la vita e ha tentato di farlo. Sicuramente l'idea del suicidio nasce all'interno di uno stato di sofferenza e disagio psicologico, ma

rappresenta sempre un comportamento aggressivo verso se stessi e un atteggiamento autolesionistico.

Come prima specificato, non si può affermare in modo netto e risoluto che questo campione ha caratteristiche prevalentemente aggressive. Si può dire, però, che vi sono elementi che fanno pensare a una condotta aggressiva sia nei confronti degli altri che, e soprattutto, nei confronti della propria persona. Già il fatto stesso di aver fatto uso di sostanze ed essersi esposti ad ambienti pieni di rischi per la propria salute, come quelli della tossicodipendenza, fa pensare alla prevalenza di un consistente autolesionismo e impulso di morte in queste persone.

BIBLIOGRAFIA

Libri

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, (1994), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-IV)*, Milano: Masson.

ANDREOLI V., CANCRINI L., FRATTA W., GESSA G. L., (1993), *Tossicodipendenze*, Milano: Masson.

BANDURA A., (1973), *Aggression: a social learning analysis*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

BERGERET J., (1983), *Chi è il tossicomane: tossicomania e personalità*, Bari: Dedalo.

BERGERET J., FAINT M., BANDELIER M., (1983), *Lo psicoanalista in ascolto del tossicomane*, Roma: Borla.

BERKOWITZ L., (1993), *Aggression: its cause, consequence and control*, New York: McGraw-Hill.

CANCRINI L., (1995), *Quei temerari sulle macchine volanti*, Roma: La Nuova Italia Scientifica.

CIRILLO S., BERRINI R., CAMBIASO G., MAZZA R., (1996), *La famiglia del tossicodipendente*, Milano: Raffaello Cortina Editore.

CONNOR D. F., (2002), *Aggression and antisocial behaviour in children and adolescents*, New York: The Guilford Press.

CONSOLI A., BENNARDO A., (2001), *Diagnosi e valutazione nelle tossicodipendenze e nell'alcolismo*, Torino: Centro Scientifico Italiano.

DE ZULUETA F., (1993), *Dal dolore alla violenza*, Milano: Raffaello Cortina.

DI CRISTOFARO LONGO G., (1981), *La cultura della droga*, Roma: Bulzoni.

DI FIORINO M., GEMIGNANI A., BALESTRIERI M., “Il trattamento farmacologico delle condotte aggressive”, in *Gli psicofarmaci. Farmacologia e terapia*, (2003), a cura di C. Bellantuono, M. Balestrieri, Roma: Il Pensiero Scientifico

DOLLARD J., MILLER N. E., DOOB L. W., MOWRER L. H., SEARS R. R., (1967), *Frustrazione e aggressività*, Firenze: Editrice Universitaria.

DUTTON D. G., (1998), *The abusive personality*, New York: The Guilford Press.

FERRAIOLI L., (1985), *Adolescenti contro? Identità e rappresentazioni sociali*, Milano: Giuffrè.

FOGGIO G., (2002), *Psicosociologia del disagio e della devianza giovanile*, Roma: Laurus Robuffo.

FORNARI F., (1970), *Psicoanalisi della guerra*, Milano: Feltrinelli.

FORNARO M., (2004), *Aggressività*, Torino: Centro Scientifico Editore.

FREUD S., “ Al di là del principio del piacere”, in *Opere*, (1980), a cura di L. Musatti, vol. IX, Torino: Boringhieri.

ID. “ Il disagio della civiltà”, in *Opere*, (1980), a cura di L. Musatti, vol. X, Torino: Boringhieri.

ID. “ Studi sull’isteria e altri scritti”, in *Opere*, (1980), a cura di L. Musatti, vol. I 1886-1895, Torino: Boringhieri.

FROMM E., (1973), *Anatomia della distruttività umana*, Milano: Mondadori.

GABBARD G.O., (2000), *Psichiatria Psicodinamica*, Milano: Raffaello Cortina Editore.

GEBEROVICH F., (1996), *Un dolore irresistibile*, Milano: Franco Angeli.

GUNDERSON J.G., (2003), *La personalità borderline, una guida clinica*, Milano: Raffaello Cortina Editore.

HEN R., (1997), *Targeting and additive behaviour using serotonin receptor knockout mice*, San Diego: San Diego University Press.

KOHUT H., (1985), *Potere, coraggio e narcisismo*, Roma: Astrolabio.

INGRASCÌ G., PICOZZI M., (2002), *Giovani e criminali violenti*, Milano: McGraw-Hill.

LIS A., STELLA S., ZAVATTINI G. C., (1999), *Manuale di psicologia dinamica*, Bologna: Il Mulino.

LORENZ K., (1976), *L'aggressività*, Milano: Il Saggiatore.

MARGARON H., (1997), *Il labirinto della dipendenza*, Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.

MOELLER T., (2001), *Aggression and violence*, Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

MOLINARI L., (2002), *Psicologia dello sviluppo sociale*, Bologna: Il Mulino.

OLIEVENSTEIN C., (1984), *Il destino del tossicomane*, Roma: Borla.

PALMONARI A., CARUGATI F., RICCI BITTI P., SARCHIELLI G., (1979), *Identità imperfette. Giovani e adolescenti come fenomeno o rappresentazione sociale?*, Bologna: Il Mulino.

PEIRONE L., (1987), *Psicologia sociale della droga. Metodi e percorsi per la ricerca*, Milano: Giuffrè Editore.

PEPLER D., CRAIG W., “Bullying, sexual harassment, dating violence and substance use among adolescents”, in *The violence and addiction equation*, (2002), a cura di A. Wall, C. Wekerle, New York: Brunner-Routledge.

PICCONE STELLA S., (1999), *Droghe e tossicodipendenza*, Bologna: Il Mulino.

POLVANI S., “Aspetti epidemiologici della tossicodipendenza”, pp. 77-80, *Nuove droghe e nuove etnie*, (2002) a cura di F. Ranieri, C. Cerbini, P. E. Dimauro, Roma: Armando.

POZZI G., TEMPESTA E., (2000), *EuropASI, manuale italiano*, Roma: Ricerca.

RAVENNA M., (1993), *Adolescenti e droga*, Bologna: Il Mulino.

RIGLIANO P., (1998), *Indipendenze*, Torino: Edizioni Gruppo Adele.

ROSCI E.,(2003), *Fare male, farsi male: adolescenti che aggrediscono il mondo e se stessi*, Milano: Franco Angeli.

SANZA M., (1999), *Il comportamento aggressivo e violento in psichiatria*, Torino: Centro Scientifico Editore.

STAHL S.M., (2005), *Psicofarmacologia essenziale*, Torino: Centro Scientifico Editore.

TELLESCHI R., TORRE G., (1997), *Il primo colloquio con l'adolescente*, Milano: Raffaello Cortina Editore.

TROMBINI E., (2002), *Il dolore mentale nel percorso evolutivo*, Urbino: QuattroVenti.

Articoli/ Riviste

ANDREOLI V., (1996), Tossicodipendenza: stato attuale dell'intervento clinico, *Quaderni di psichiatria*, vol. 15(3).

ASNIS G. M., KAPLAN M. L., HUNDORFEAN G., SAEED W., (1997), Violence and homicidal behaviors in psychiatric disorders, *Psychiatric Clinic of North America*, vol. 20(2), pp. 405-425.

ARIATTI R., NERI G., (1998), Il giudizio di pericolosità, *Nòos*, vol. 2, pp. 143-149.

BANI A., MINIATI M., DI FIORINO M., (1997), L'aggressività, aspetti clinici, Forte dei Marmi-Lucca: *Psichiatria e territorio*.

BANON D., (2000), Giovani, sostanze e contesti, *Presidenza del Consiglio dei Ministri-Dipartimento per gli Affari Sociali, Terza Conferenza Nazionale sui problemi connessi con la diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope*.

BIONDI F., DIMAURO P. E., (2002), La doppia diagnosi in una prospettiva istituzionale, *Bollettino per le Farmacodipendenze e Alcolismo*, vol. 33, pp. 45-58.

BONUZZI L., (1996), Psicopatologia e criminalità, l'intervento italiano, *Quaderni Italiani di Psichiatria*, vol. 16(4-5), pp. 23-56.

BUSTO U. E., ROMACH M. K., SELLERS E. M., (1996), Multiple drug use and psychiatric comorbidity in patients admitted to the hospital with severe benzodiazepine dependence, *Journal of Clinical Psychopharmacology*, vol. 16(1), pp. 51-70.

CANALI S., (2000), Droghe di guerra, *Medicina delle tossicodipendenze*, vol. 26-27, pp. 27-32.

CANCRINI L., NOCERINO S. (2000), Tossicodipendenti con problemi psichiatrici e comunità terapeutica: un'esperienza di lavoro, *I Quaderni di Itaca*, vol. 6, pp. 23-37.

CENTRO DI SOLIDARIETÀ DI AREZZO, (2005), *Programma terapeutico integrato del C.S.A. Onlus*.

CESTARI V., (2000), Le basi biologiche dell'aggressività, *Medicina delle Tossicodipendenze*, vol. 26-27, pp. 7-14.

CROWLEY T. J., MCDONALD M. J., WITHMORE E. A., MIKULICH S. K., (1998), Cannabis dependence, withdrawal, and reinforcing effects among adolescents with conduct symptom and substance use disorder, *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 50(1), pp. 27-37.

CUNNINGHAM K., (2004), Aggression upon adolescent cocaine exposure linked to serotonin anomalies, *Behavioral Neuroscience*, vol. 118(5), pp. 1143-1144.

CURRENT H. V., REES H., HOARE T., HOSHI R., BOND A., (2004), Empathy and aggression: two faces of ecstasy?, *Psychopharmacology*, vol. 173(3-4), pp. 425-433.

DA SILVA A. V., DE AGUIAR A. S., FELIX F., REBELLO G. P., ANDRADE R. C., MATTOS H. F., (2003), Brazilian study on substance misuse in adolescents: associated factors and adherence to treatment, *Revista Brasileira de Psiquiatria*, vol. 25(3), pp. 133-138.

DENISON M., PAREDES A., BOOTH J., (1997), Alcohol and cocaine interactions and aggressive behaviors, *Recent Developments in Alcohol*, vol. 13, pp. 283, 303.

DHOSSCHE D., RUBINSTEIN J., (1997), Violence and cocaine, *American Journal of Psychiatry*, vol. 154, pp. 1480-1481.

DI FIORINO M., GEMIGNANI A., (2004), Il paziente violento, Forte dei Marmi-Lucca: *Psichiatria e territorio*.

ENSMINGER M. E., SOON JUON H., (2001), Childhood and adolescent antecedents of substance use in adulthood, *Addiction*, vol. 97, pp. 833-844.

GARNEFSKI N., OKMA S., (1996), Addiction-risk and aggressive-criminal behaviour in adolescence: influence of family, school and peer, *Journal of Adolescence*, vol. 19, pp. 503-512.

GERRA G., (2000), Il primo approccio dell'adolescente alle sostanze psicoattive: vulnerabilità, fattori protettivi e droghe "gateway", *Presidenza del Consiglio dei Ministri-Dipartimento per gli Affari Sociali, Terza Conferenza Nazionale sui problemi connessi con la diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope*.

GERRA G., ZAIMOVIC A., MOI G., BUSSANDRI M., BUBICI C., MOSSINI M., RAGGI M. A., BRAMBILLA F., (2004), Aggressive responding in abstinent heroin addicts: neuroendocrine and personality correlates, *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*, vol. 28(1), pp. 129-139.

GERRA G., ZAIMOVIC A., ZIMBELLI U., TIMPANO M., (2000), Alle radici della dipendenza: condizioni predittive e correlati biologici, *Medicina delle Tossicodipendenze*, vol. 26-27, pp. 49-53.

GIORDANI L., (1998), Aspetti psicodinamici del comportamento violento in psichiatria, *Nòos*, vol. 2, pp. 119-123.

GUERRA G., FRATI F., (2000), La ricerca sui disturbi psichiatrici nei pazienti tossicodipendenti e alcolisti, *Personalità e Dipendenze*, vol. 6(11), pp. 9-15.

KENDLER K. S., PRESCOTT C. A., MYERS J., NEALE M. C., The structure of genetic and enviromental risk factor for common psychiatric and substance use disorders in men and women, *Archive of General Psychiatry*, vol. 60(9), pp. 929-937.

LADD G., BURGESS K., (1999), Charting the relationship trajectories of aggressive , withdrawn and aggressive/withdrawn children during early grade school, *Child Development*, vol.70, pp. 910-929.

MAREMMANI I., CANONIERO S., PACINI M., (2000), L'aggressività nell'eroinomane: violenza e suicidio, *Medicina delle Tossicodipendenze*, vol. 26-27, pp. 37-43.

MCHEL L., LANG J. P., (2003), Benzodiazepine and forensic aspects, *Encephale*, vol. 29(6), pp. 479-485.

MINISTERO DELLA SALUTE, DIPARTIMENTO DELLA PREVENZIONE E DELLA COMUNICAZIONE, *Rilevazione attività nel settore tossicodipendenze -anno 2003-*, Roma, Novembre 2004.

MOELLER F., STEINBERG J., (1994), Serotonine and impulsive/aggressive behavior in cocaine dependent subjects, *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*, vol. 18, pp. 1027-1035.

MOFFITT T., (1993), Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behaviour, *Psychological Review*, vol. 100, pp. 1-28.

MOLLICA M., (2000), L'aggressività nei disturbi da uso di sostanze, *Medicina delle tossicodipendenze*, vol. 26-27, pp. 27-32.

MONTECCHI L. (1998), Tossicodipendenza o dipendenza tossica?, *www.Pol-it*

MURRAY H., PATKAR A., MANNELLI P., DEMARIA P., DESAI A., VERGARE M., (2003), Relationship of aggression, sensation seeking and impulsivity with severity of cocaine use, *Addictive Disorders and Their Treatment*, vol. 2(4), pp. 113-121.

OLIEVENSTEIN C. (1981), L'infanzia del tossicomane, *Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria*, vol. 42(2), pp. 201-227.

PETENÀ I., SIMONELLI A., FAVA VIZZIELLO G., (2000), Attaccamento e psicopatologia tra clinica e ricerca. Applicazione dell'AAI ad un gruppo di donne tossicodipendenti, *Personalità e Dipendenze*, vol. 6(1), pp. 73-87.

PORCU G., PILLOLA G., DIANA M., (2000), Aggressività, sostanze d'abuso e cervello, *Medicina delle Tossicodipendenze*, vol. 26-27, pp. 15-19.

POZZI E., RIDOLFI M. E., BERARDI D., (2004), Psicoterapia integrata dei Disturbi di Personalità nei servizi di salute mentale: l'esperienza di Bologna, *Relazione della conferenza di Assisi sul paziente Bordeline*.

POZZI G., BACCIALUPI M., SERRETTI A., TEMPESTA E., (1993), Prevalenza di disturbi mentali fra gli utenti dei Sert in Italia: uno studio multicentrico, *Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcolismo*, vol. 16, pp. 3-4.

POZZI G., TACCHINI G., DI GIANNANTONIO M., TEMPESTA E., (1995), Mental disorders of drug addicts in treatment, *Minerva Psichiatrica*, vol. 36(3), pp. 139-154.

RICCI L. A., GRIMES J. M., MELLONI R. H., (2004), Serotonine type 3 receptors modulate the aggression-stimulating effects of adolescent cocaine exposure in Syrian hamsters, *Behavioral Neuroscience*, vol. 118, pp. 1097-1110.

RICCIUTI M., (2000), Tossicodipendenza, genitorialità e differenza di genere, *Presidenza del Consiglio dei Ministri-Dipartimento per gli Affari Sociali, Terza Conferenza Nazionale sui problemi connessi con la diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope*.

RIGLIETTA M., FINAZZI A., MAINO E., TIDONE L., (2001), L'ASI (Addiction Severity Index) nella fase diagnostica della dipendenza da eroina: prima valutazione dell'efficacia e dell'efficienza, *Bollettino per le Farmacodipendenze e Alcolismo*, vol. 24(4), pp. 26-32.

ROHRLICH J., (1998), The meanings of aggression, *Psychiatric Annali*, vol. 28(5), pp. 246-249.

ROTONDO A., (2004), Violenza e aggressività in psichiatria, Roma: IX Congresso Nazionale della Società Italiana di Psicopatologia (SOPSI).

SAMEROFF A., SEIFER R., BALDWIN A. & C., (1993), Stability of intelligence from preschool to adolescence: the influence of social and family risk factors, *Child Development*, vol. 64, pp. 609-627.

SCHUBINER H., TZELEPIS A., MILBERGER S., LOCKHART N., KRUGER M., KELLEY B. J., SCHOENDER E. P., (2000), Prevalence of ADHD and conduct disorder among substance abusers, *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 61(4), pp. 244-251.

SITD-SOCIETÀ ITALIANA TOSSICODIPENDENZA, (1999), Statement sull'eroina nel trattamento dei tossicodipendenti, *www.Pol-it 1999- News Dipendenze*.

SNENGHI R., MENTISCI M., (2000), Sostanze d'abuso e crimine, *Medicina delle Tossicodipendenze*, vol. 26-27, pp. 45-48.

TARDIFF K., (1998), Malattia mentale e violenza, *Nòos*, vol. 2, pp. 93-103.

TONDO L., (2000), Autodistruzione e droghe, *Medicina delle Tossicodipendenze*, vol. 26-27, pp. 21-23.

TRINCIARELLI G., DAMIANI A., ZANE P., (2005), Tossicodipendenza e disturbi gravi di personalità: un'ipotesi di trattamento psicoterapeutico, *www.Pol-it Psicoterapie/Documento*.

VANNI A., FERIOLI V., MASINA L., PERON L., ZUCCONI M., (1995), Comportamenti violenti e verifica della qualità in un servizio psichiatrico di diagnosi e cura, *Rivista Sperimentale di Freniatria*, vol. 69(6), pp. 1113-1133.

ZANDA G., MARGARON H., MARTORANO G., MAURI G., ZAZZO M., (2000), Il problema della doppia diagnosi: l'esperienza della Regione Toscana, *Presidenza del Consiglio dei Ministri-Dipartimento per gli Affari Sociali, Terza Conferenza Nazionale sui problemi connessi con la diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope.*

Siti Internet e banche dati consultati

www.bibliotox.it

www.cedostar.it

www.82.88.77.97 (Ceis formazione - Progetto uomo)

www.centrostudi.gruppoabele.org

www.comunitanuova.it

www.droga.net

www.dronet.org

www.fuoriluogo.it

www.genovaduemila.it

www.insiemesenza.org

www.pnlg.it

www.Pol-it.org

www.psibo.unibo.it

www.psychcrawler.com

www.psych.it

www.psycINFO.org

www.ricercasrl.it

www.who.int/substance_abuse/index.html

ALLEGATO

ADDICTION SEVERITY INDEX

Protocollo dell'intervista

[illegible]

* 1. Quante volte nella sua vita è stato ricoverato per problemi di salute?
(includere le overdose e i delirium tremens, escludere le disintossicazioni)

2. Quanto tempo è passato dall'ultimo ricovero per problemi fisici?
aa. mm.

3. Ha qualche problema cronico che interferisce con continuità nella sua vita?
0 - NO 1 - SÌ

.....
Specificare

4. Sta prendendo regolarmente qualche medicina, prescritta dal medico, per problemi fisici?
0 - NO 1 - SÌ

5. Riceve una pensione per invalidità fisica? (escludere invalidità psichiatrica)
0 - NO 1 - SÌ

.....
Specificare

6. Per quanti giorni, negli ultimi 30, ha avuto problemi di salute?

PER LE DOMANDE 7 E 8 CHIEDERE AL PAZIENTE DI USARE LA SCALA DI VALUTAZIONE PERSONALE

7. Quanto è stato disturbato o preoccupato da questi problemi di salute negli ultimi 30 giorni?

8. In questo momento quanto è importante per lei ricevere un trattamento per questi problemi di salute?

RISERVATO ALL'OPERATORE

VALUTAZIONE DELLA GRAVITÀ

9. Come valuteresti il bisogno del paziente di trattamento medico?

VALUTAZIONE DI ATTENDIBILITÀ

Le precedenti informazioni sono significativamente distorte da:

10. Non attendibilità del paziente?
0 - NO 1 - SÌ

11. Incapacità del paziente di capire?
0 - NO 1 - SÌ

2 - LAVORO/SOSTENTAMENTO

* ①. Quanti anni di scuola ha completato? |_|_|_|_|
 Titolo di studio. aa.

* ②. È in possesso di un diploma o attestato
 che le consente l'esercizio di una
 professione, mestiere o attività? |_|_|_|_|
 (Se SÌ, segnare la durata del corso)

3. Ha una professione, un mestiere una
 specializzazione? (capacità di fare delle cose) |_|_|_|_|
 0 - NO 1 - SÌ

④. Ha una patente di guida valida? |_|_|_|_|
 0 - NO 1 - SÌ

⑤. Ha un'automobile a sua disposizione?
 (rispondere NO se non ha patente) |_|_|_|_|
 0 - NO 1 - SÌ

6. Quanto tempo è durato il più lungo
 lavoro a tempo pieno? |_|_|_|_| |_|_|_|_|
 aa. mm.

* ⑦. Occupazione solita (o ultima) |_|_|_|_|
 Specificare

⑧. C'è qualcuno che contribuisce in qualche
 modo al suo sostentamento? |_|_|_|_|
 0 - NO 1 - SÌ

(PORRE LA DOMANDA 9 SOLO SE HA
 RISPOSTO SÌ ALLA DOMANDA 8)

⑨. Questo costituisce la maggior parte del suo
 sostentamento? |_|_|_|_|
 0 - NO 1 - SÌ

10. Tipo di occupazione usuale negli ultimi 3
 anni: |_|_|_|_|
 1. tempo pieno
 2. tempo parziale (regolare)
 3. tempo parziale (irregolare)
 4. studente
 5. militare
 6. pensionato/invalido
 7. disoccupato
 8. lavoro protetto

⑪. Per quanti giorni è stato pagato negli ultimi
 30? (incluso il lavoro pagato in nero) |_|_|_|_|

Quanti soldi ha ricevuto dalle seguenti fonti
 negli ultimi 30 giorni?

⑫. Lavoro (incasso netto) |_|_|_|_|

⑬. Sussidio per disoccup. |_|_|_|_|

⑭. Sussidio dei servizi sociali |_|_|_|_|

⑮. Pensione (invalidità, sociale, etc.) |_|_|_|_|

⑯. Partner, famiglia o amici
 (soldi per spese personali) |_|_|_|_|

⑰. Illegali |_|_|_|_|

⑱. Quante persone dipendono da lei per la
 maggior parte del loro
 sostentamento? |_|_|_|_|

⑲. Per quanti giorni ha avuto problemi
 di lavoro negli ultimi 30? |_|_|_|_|

PER LE DOMANDE 20 E 21 CHIEDERE
 AL PAZIENTE DI USARE LA SCALA
 DI VALUTAZIONE PERSONALE

⑳. Quanto è stato disturbato o preoccupato
 da questi problemi di lavoro negli ultimi
 30 giorni? |_|_|_|_|

㉑. In questo momento quanto è importante
 per lei una consulenza per questi
 problemi di lavoro? |_|_|_|_|

RISERVATO ALL'OPERATORE

VALUTAZIONE DELLA GRAVITÀ

㉒. Come valuteresti il bisogno del paziente
 di una consulenza per i suoi problemi
 di lavoro? |_|_|_|_|

VALUTAZIONE DI ATTENDIBILITÀ

Le precedenti informazioni sono
 significativamente distorte da:

㉓. Non attendibilità del paziente? |_|_|_|_|
 0 - NO 1 - SÌ

㉔. Incapacità del paziente di capire? |_|_|_|_|
 0 - NO 1 - SÌ

COMMENTI _____

3. USO DI ALCOOL - 4. USO DI SOSTANZE PSICOTROPE

Per quanti giorni, negli ultimi 30, ha fatto uso delle seguenti sostanze?

Per quanto tempo ne ha fatto un uso regolare nella vita?

(per regolarmente si intende almeno un mese, per tre volte alla settimana. Se usate per più di un mese, ma meno di tre volte la settimana, includere nei commenti)

- | | | | |
|---|---------------|-----|-------------------|
| | 30 gg. | aa. | m.u. [§] |
| 1. Alcool (qualsiasi uso) | _ _ _ _ _ _ _ | | |
| 2. Alcool (fino all'intossicazione) | _ _ _ _ _ _ _ | | |
| 3. Eroina | _ _ _ _ _ _ _ | | |
| 4. Metadone | _ _ _ _ _ _ _ | | |
| 5. Altri oppiacei/analgesici | _ _ _ _ _ _ _ | | |
| 6. Barbiturici | _ _ _ _ _ _ _ | | |
| 7. Ipnotici/tranquillanti/altri sedativi | _ _ _ _ _ _ _ | | |
| 8. Cocaina | _ _ _ _ _ _ _ | | |
| 9. Amfetamine | _ _ _ _ _ _ _ | | |
| 10. Cannabis | _ _ _ _ _ _ _ | | |
| 11. Allucinogeni | _ _ _ _ _ _ _ | | |
| 12. Inalanti | _ _ _ _ _ _ _ | | |
| 13. Più di una sostanza al dì (compr. alcool) | _ _ _ _ _ _ _ | | |

[§] Modalità d'uso: 1 = orale, 2 = nasale, 3 = fumo, 4 = iniezione non EV, 5 = iniezione EV.

14. Quale sostanza costituisce il problema maggiore? |_|_|_|_|_|
(codificare come sopra, oppure: 00 - nessun problema; 15 - alcool più altra sostanza; 16 - politossicomania (più sostanze))

15. Quanto è durato l'ultimo periodo di interruzione volontaria da tale sostanza?
(00 - mai astenuto) |_|_|_|_|_|
mm.

16. Quanti mesi fa è finita questa interruzione? |_|_|_|_|_|

- * 17. Quante volte ha avuto:
- delirium tremens |_|_|_|_|_|
- overdose di droga |_|_|_|_|_|

- * 18. Quante volte nella sua vita ha ricevuto un trattamento per:
- abuso di alcool? |_|_|_|_|_|
- abuso di droga o altre sostanze? |_|_|_|_|_|

- * 19. Quanti sono stati solo disintossicazioni da
- alcool? |_|_|_|_|_|
- droga o altre sostanze? |_|_|_|_|_|

20. Quanto potrebbe dire di aver speso durante gli ultimi 30 giorni per:
- alcool |_|_|_|_|_|
- droga o altre sostanze |_|_|_|_|_|

21. Per quanti giorni, negli ultimi 30, ha ricevuto un trattamento come paziente ambulatoriale per alcool, droga o altre sostanze? |_|_|_|_|_|

22. Per quanti giorni, negli ultimi 30, ha avuto
- problemi di alcool? |_|_|_|_|_|
- problemi di droga o altre sostanze? |_|_|_|_|_|

PER LE DOMANDE 23 E 24 CHIEDERE AL PAZIENTE DI USARE LA SCALA DI VALUTAZIONE PERSONALE

23. Quanto è stato disturbato o preoccupato negli ultimi 30 giorni per:
- problemi di alcool? |_|_|_|_|_|
- problemi di droga o altre sostanze? |_|_|_|_|_|

24. In questo momento quanto è importante per lei ricevere un trattamento per:
- problemi di alcool? |_|_|_|_|_|
- problemi di droga o altre sostanze? |_|_|_|_|_|

RISERVATO ALL'OPERATORE VALUTAZIONE DELLA GRAVITÀ

25. Come valuteresti il bisogno del paziente di ricevere un trattamento per:
- abuso di alcool |_|_|_|_|_|
- abuso di droga o altre sostanze? |_|_|_|_|_|

VALUTAZIONE DI ATTENDIBILITÀ
Le precedenti informazioni sono significativamente distorte da:

26. Non attendibilità del paziente? |_|_|_|_|_|
0 - NO 1 - SÌ

27. Incapacità del paziente di capire? |_|_|_|_|_|
0 - NO 1 - SÌ

COMMENTI _____

5. SITUAZIONE LEGALE

1. Si è rivolto a questo servizio su suggerimento od ordine dell'autorità amministrativa o giudiziaria? |_|_|

0 - NO 1 - SÌ

②. È attualmente in libertà provvisoria, controllata, vigilata, in affidamento o altro? |_|_|

0 - NO 1 - SÌ

Quante volte nella sua vita è stato imputato e/o arrestato per i seguenti reati:

* ③. furto nei negozi/vandalismo |_|_|

* ④. violazione della libertà condizionata, vigilata o evasione |_|_|

* ⑤. droga |_|_|

* ⑥. falsificazione, contraffazione |_|_|

* ⑦. minaccia armata |_|_|

* ⑧. furto, ricettazione, scippo |_|_|

* ⑨. rapina |_|_|

* ⑩. aggressione/rixa |_|_|

* ⑪. incendio doloso |_|_|

* ⑫. stupro |_|_|

* ⑬. omicidio, strage |_|_|

* ⑭.B inosservanza di prescrizioni giudiziarie, oltraggio |_|_|

* ⑭.C altro. |_|_|

* ⑮. Quante di queste imputazioni sono state seguite da condanna? |_|_|

Quante volte nella sua vita vi è stata una segnalazione per:

* ⑯. Cattiva condotta, vagabondaggio, ubriachezza |_|_|

* ⑰. Guida in stato di intossicazione o ebbrezza |_|_|

* ⑱. Gravi violazioni di guida (guida pericolosa, alta velocità, guida senza patente, etc.) |_|_|

* ⑲. Per quanti mesi è stato incarcerato nella sua vita? |_|_|

20. Quanto è durata l'ultima incarcerazione? |_|_|

21. Per quale reato? (usare codice 3-14, se per più reati indicare il più grave) |_|_|

⑳. Attualmente è imputato per qualche reato, sta attendendo un processo o una sentenza? |_|_|
0 - NO 1 - SÌ

㉑. Per che cosa? (se per più reati indicare il più grave) |_|_|

㉒. Quanti giorni, negli ultimi 30, è stato detenuto o incarcerato? |_|_|

㉓. Quanti giorni, negli ultimi 30, è stato coinvolto in attività illegali per trarne profitto? |_|_|

PER LE DOMANDE 26 E 27 CHIEDERE AL PAZIENTE DI USARE LA SCALA DI VALUTAZIONE PERSONALE

㉔. Quanto ritiene gravi i suoi attuali problemi legali? (esclusi quelli civili) |_|_|

㉕. In questo momento quanto è importante per lei una consulenza per questi problemi legali? |_|_|

RISERVATO ALL'OPERATORE

VALUTAZIONE DI GRAVITÀ

㉖. Come valuteresti il bisogno del paziente di una consulenza per i suoi problemi legali? |_|_|

VALUTAZIONE DI ATTENDIBILITÀ

Le precedenti informazioni sono significativamente distorte da:

㉗. Non attendibilità del paziente? |_|_|
0 - NO 1 - SÌ

㉘. Incapacità del paziente di capire? |_|_|
0 - NO 1 - SÌ

COMMENTI _____

STORIA FAMILIARE

Qualcuno dei suoi parenti ha avuto quello che lei potrebbe definire un significativo problema di alcool, di droga o di tipo psichico che ha condotto o avrebbe potuto condurre a un trattamento?

Da parte materna				Da parte paterna				Fratelli			
	Alcool	Droga	Psic.		Alcool	Droga	Psic.		Alcool	Droga	Psic.
Nonna	_	_	_	Nonna	_	_	_	Fratello 1	_	_	_
Nonno	_	_	_	Nonno	_	_	_	Fratello 2	_	_	_
Madre	_	_	_	Padre	_	_	_	Sorella 1	_	_	_
Zia	_	_	_	Zia	_	_	_	Sorella 2	_	_	_
Zio	_	_	_	Zio	_	_	_				

Istruzioni: inserire "0" nella categoria interessata dove la risposta è chiaramente "NO" per tutti i parenti nella categoria; "1" dove la risposta è chiaramente "SÌ" per qualunque dei parenti inseriti nella categoria; "X" dove la risposta è incerta o la risposta è "non so"; "N" dove non c'è mai stato un parente di quella categoria. Codificare la situazione più grave nel caso di più membri coinvolti.

COMMENTI _____

6. RELAZIONI FAMILIARI/SOCIALI

1. Stato civile |_|_|
 1. Sposato 4. Separato
 2. Convivente 5. Divorziato
 3. Vedovo 6. Celibe/Nubile
2. Da quanto tempo ha assunto questo stato civile? |_|_|_|_|_|
aa. mm.
 (se celibe o nubile, calcolare dall'età di 18 anni)
3. È soddisfatto della sua condizione? |_|_|
 0 - NO 1 - SÌ 2 - Indifferente
- * 4. Con chi vive abitualmente? |_|_|
 (ultimi 3 anni)
 1. Con partner e figli 6. Con amici
 2. Solo con il partner 7. Da solo
 3. Solo con i figli 8. Ambiente controllato
 4. Con i genitori 9. Nessuna fissa dimora
 5. Con familiari
5. Da quanto tempo vive in questa situazione? |_|_|_|_|_|
aa. mm.
 (se con i genitori o con parenti, calcolare dai 18 anni)
6. È soddisfatto di questa situazione |_|_|
 0 - NO 1 - SÌ 2 - Indifferente
 Vive con qualcuno che:
 6A Ha attualmente problemi con l'alcool? |_|_|
 6B Usa sostanze non prescritte? |_|_|
7. Con chi passa la maggior parte del suo tempo libero? |_|_|
 1. Famiglia
 2. Amici
 3. Da solo
8. È soddisfatto di trascorrere in questo modo il suo tempo libero? |_|_|
 0 - NO 1 - SÌ 2 - Indifferente
9. Quanti amici intimi ha? |_|_|

Istruzioni per gli item 9A-18: inserire “0” nelle relative categorie dove la risposta è chiaramente “NO” per tutte le relazioni all’interno della categoria; “1” dove la risposta è chiaramente “SÌ” per qualunque persona all’interno della categoria; “X” dove la risposta è incerta o “non so”; “N” dove non c’è mai stata una relazione in quella categoria.

9A Può dire di aver avuto delle relazioni personali strette e durature con le seguenti persone che fanno parte della sua vita:

Madre	_	Partner/Coniuge	_
Padre	_	Figli	_
Fratelli/Sorelle		Amici	

Vi sono stati periodi significativi in cui ha avuto seri problemi di rapporto con le persone a lei vicine come:

Vita 30 gg.

- | | |
|-----------------------------------|--|
| 10. Madre | ☐ ☐ ☐ |
| 11. Padre | ☐ ☐ ☐ |
| 12. Fratello/Sorella | ☐ ☐ ☐ |
| 13. Partner/Coniuge | ☐ ☐ ☐ |
| 14. Figli | ☐ ☐ ☐ |
| 15. Altri familiari significativi | ☐ ☐ ☐ |
| 16. Amici intimi | ☐ ☐ ☐ |
| 17. Vicini di casa | ☐ ☐ ☐ |
| 18. Colleghi di lavoro | ☐ ☐ ☐ |

C'è una di queste persone che le ha usato violenza?

- 18A A livello emotivo (con insulti o linguaggio aggressivo)? | _ | | _ |
- 18B A livello fisico (arrecando danni fisici)? | _ | | _ |
- 18C Sessualmente (ha in qualche modo subito pressioni o atti di tipo sessuale)? | _ | | _ |
- ①9. Per quanti giorni, negli ultimi 30, ha avuto seri conflitti:
- A Con i suoi familiari? | _ | | _ |
- B Con altre persone (esclusi i familiari) | _ | | _ |

PER LE DOMANDE 20 - 23 CHIEDERE AL PAZIENTE DI USARE LA SCALA DI VALUTAZIONE PERSONALE

Quanto è stato disturbato o preoccupato negli ultimi 30 giorni per questi:

- (20.) Problemi familiari? |_ |
 (21.) Problemi con altre persone? |_ |
 In questo momento quanto è importante per lei ricevere un trattamento o una consulenza per questi:
 (22.) Problemi familiari? |_ |
 (23.) Problemi sociali? |_ |

RISERVATO ALL'OPERATORE
VALUTAZIONE DELLA GRAVITÀ

24. Come valuteresti il bisogno del paziente di una consulenza per i suoi problemi familiari e/o sociali? |_|

VALUTAZIONE DI ATTENDIBILITÀ

Le precedenti informazioni sono
significativamente distorte da:

- (25) Non attendibilità del paziente? | _ |
 0. NO 1. SÌ
- (26) Incapacità del paziente di capire? | _ |
 0. NO 1. SÌ

COMMENTI _____

7. SITUAZIONE PSICHICA

- * ①. Quante volte ha ricevuto un trattamento per problemi psicologici o emotivi?

In ospedale ☐ ☐ ☐
In ambulatorio pubblico o privato ☐ ☐ ☐

- ②. Riceve una pensione di invalidità per disturbi psichici? ☐ ☐
0 - NO 1 - SÌ

Ci sono stati periodi significativi, che non fossero un risultato diretto dell'uso di droghe o alcool, in cui ha avuto:
0 - NO 1 - SÌ

- | | nella
vita | ultimi
30 gg. |
|---|--|--|
| ③. depressione grave | ☐ ☐ ☐ | ☐ ☐ ☐ |
| ④. ansia o tensione grave | ☐ ☐ ☐ | ☐ ☐ ☐ |
| ⑤. allucinazioni | ☐ ☐ ☐ | ☐ ☐ ☐ |
| ⑥. difficoltà di comprensione, concentrazione, memoria | ☐ ☐ ☐ | ☐ ☐ ☐ |
| ⑦. difficoltà di controllo di comportamenti violenti | ☐ ☐ ☐ | ☐ ☐ ☐ |
| ⑧. serie idee di suicidio | ☐ ☐ ☐ | ☐ ☐ ☐ |
| ⑨. tentativi di suicidio | ☐ ☐ ☐ | ☐ ☐ ☐ |
| ⑩. prescrizione di farmaci per qualche problema Psicologico o emotivo? | ☐ ☐ ☐ | ☐ ☐ ☐ |
| ⑪. Per quanti giorni, negli ultimi 30, ha avuto problemi psicologici o emotivi? | ☐ ☐ ☐ | |

PER LE DOMANDE 12 - 13 CHIEDERE AL PAZIENTE DI USARE LA SCALA DI VALUTAZIONE PERSONALE

12. Quanto è stato disturbato o preoccupato da questi problemi psicologici o emotivi negli ultimi 30 giorni? ☐ ☐ ☐
13. In questo momento quanto è importante per lei ricevere un trattamento per questi problemi psicologici? ☐ ☐ ☐

RISERVATO ALL'OPERATORE

Per le domande 14 - 19 usare: 0 - NO, 1 - SÌ.

Al momento di questa intervista il paziente è:

- ⑭. evidentemente depresso o in stato astenziale? ☐ ☐ ☐
⑮. evidentemente ostile? ☐ ☐ ☐
⑯. evidentemente ansioso o nervoso? ☐ ☐ ☐
⑰. con problemi nel contatto con la realtà, disturbi del pensiero, idee paranoide? ☐ ☐ ☐
⑱. con disturbi di comprensione, concentrazione, memoria? ☐ ☐ ☐
⑲. con pensieri di suicidio? ☐ ☐ ☐

VALUTAZIONE DELLA GRAVITÀ

- ⑳. Come valuteresti il bisogno del paziente di un trattamento psichiatrico/psicologico? ☐ ☐ ☐

VALUTAZIONE DI ATTENDIBILITÀ

Le precedenti informazioni sono significativamente distorte da:

- ㉑. Non attendibilità del paziente? ☐ ☐ ☐
0 - NO 1 - SÌ
㉒. Incapacità del paziente di capire? ☐ ☐ ☐
0 - NO 1 - SÌ

COMMENTI