

ALESSANDRA ZANON

Il comportamento dipendente

Oltre che di dipendenza da sostanze psicoattive, in grado cioè di alterare l'attività e il funzionamento del nostro sistema nervoso centrale, si parla oggi di dipendenza da oggetti, da persone o da idee, quando la relazione del soggetto con il mondo esterno è fortemente connotata dalla presenza di qualcosa, o qualcuno, che ne influenza inevitabilmente tutti gli aspetti intra e interpersonali.

Il superamento della concezione della dipendenza come esclusivamente derivante da un uso e abuso di alcol, droghe e farmaci, rappresenta l'abbandono della tradizionale dicotomia dipendenza fisica/dipendenza psicologica, in virtù di una visione più estesa del comportamento dipendente in termini di *Addictive Behaviour*¹.

Introdotta all'inizio del XX secolo, in funzione dell'alcolismo, il termine *Addiction* è andato poi a significare la dipendenza da sostanze esogene e, ancora in senso più vasto e in tempi più recenti, la dipendenza da situazioni, coinvolgenti in attività di vario genere (come il gioco d'azzardo), tutti elementi capaci di indurre, per la loro natura gratificante, comportamenti di 'dedizione'².

Sono stati descritti cinque elementi essenziali caratteristici delle cosiddette condotte di dipendenza (Coleman, 1997; 2000):

- una compulsione a coinvolgersi nel comportamento;

¹ A. Goodman, *Sexual Addiction: an Integrated Approach*, Madison, International Universities Press, 1998. Comportamento che implica 'dedizione' verso l'oggetto della dipendenza. Cfr L. Janiri – S. De Risio – F. Calvosa – E. Caroppo, *Alcolismo come modello di dipendenza e come struttura psicopatologica*, Società Editrice Universo, Roma 2000.

² Janiri – De Risio – Calvosa – Caroppo, *Alcolismo come modello di dipendenza* cit.

- il mantenimento del comportamento nonostante le sue conseguenze negative;
- una ossessione riguardo al comportamento;
- un senso di colpa nei confronti di questo decorso;
- la presenza di un sintomo di svezzamento psicologico e/o fisiologico in seguito ad una brusca interruzione.

Il concetto di dipendenza viene in tal modo allargato ad una serie di comportamenti che, da un punto di vista formale, vanno al di là dell'oggetto della dipendenza e hanno come caratteristica comune l'incapacità a mantenere l'uso di tale 'oggetto di dipendenza' entro certi limiti che non procurino danni.

Tali condizioni comprendono (oltre quindi le tossicodipendenze) i comportamenti alimentari, il gioco patologico, le condotte di dipendenza sessuale e affettiva, nonché alcuni aspetti di dipendenza dal lavoro e l'insieme delle cosiddette 'condotte a rischio'³.

In questa sede analizzeremo nel dettaglio la dipendenza da sostanza, la dipendenza affettiva e la dipendenza sessuale, rimandando al capitolo relativo ai *Disturbi dell'alimentazione* la trattazione del disturbo anoressico/bulimico come comportamento dipendente⁴.

1. LA DIPENDENZA DA SOSTANZE

Il DSM-IV considera i disturbi correlati a sostanze come disturbi legati all'assunzione di una sostanza di abuso, agli effetti collaterali di un farmaco e all'esposizione a tossine. I sintomi sono spesso correlati al dosaggio del farmaco (o della sostanza) e di solito scompaiono quando questo viene diminuito o quando la sostanza viene sospesa. Può anche esserci però una reazione idiosincratICA ad una singola dose.

³ F. Alonso – F. Fernandez, *Le altre droghe: alimentazione, sesso, televisione, acquisti, gioco, lavoro*, EUR, Roma 1996; A. Goodman, *Sexual Addiction: an Integrated Approach*, International Universities Press, Madison 1998.

⁴ Anoressia/bulimia come comportamento dipendente da cibo (vd. cap. *I disturbi dell'alimentazione*).

Per evitare confusioni è forse opportuno fare delle distinzioni quando si parla di uso, abuso, dipendenza.

Il DSM-IV fornisce i criteri diagnostici per l'abuso e la dipendenza (tabelle 4 e 5) definendole come «modalità patologica d'uso della sostanza che conduce a menomazione o a disagio clinicamente significativi (...)» mentre, per il semplice uso, questi criteri non compaiono. Eppure la maggior parte dei consumatori di sostanze, soprattutto delle nuove sostanze di sintesi (amfetamine, ecstasy, lsd etc.) si colloca in una categoria di uso 'occasionale' o 'continuativo', senza per questo rientrare necessariamente nella categoria di abuso o dipendenza.

Questa categoria comportamentale potrebbe essere spiegata a partire da ciò che essa non è: l'uso, come il consumo, di una sostanza a puro scopo ricreazionale o allo scopo di sperimentare gli effetti, differenziando tra una modalità occasionale, nella quale non è presente la ricerca della sostanza, e una continuativa, caratterizzata da un consumo regolare, ma non quotidiano. Ci troviamo in questi casi in assenza delle condizioni di disagio collegate alla categoria di abuso e comunque in assenza di sintomi di astinenza, tolleranza, dipendenza e di tutte quelle condizioni psichiche e fisiche ad esse collegate.

È importante fare questa distinzione non soltanto perché la modalità del consumo di sostanze è cambiata notevolmente negli ultimi anni, ma anche perché la sua distribuzione ha subito un'evidente espansione.

Le modalità comportamentali di consumo, oggi, si avvicinano maggiormente a quelle definite come occasionali o continuative, in assenza di un evidente quadro di problematicità nelle relazioni o nell'integrazione familiare, sociale, interpersonale e lavorativa, tipicamente presenti, invece, nelle situazioni di abuso e dipendenza.

La dipendenza da sostanze (DS) è un disturbo mentale che comprende alterazioni fisiche specifiche, legate all'adattamento del SNC all'azione cronica della sostanza psicoattiva e ad un profondo sovvertimento del comportamento, che appare improntato a tipici 'stili di vita' legati al reperimento, al consumo ed agli effetti della

sostanza. Il funzionamento mentale può essere compromesso sia a causa di altri disturbi psicologici coesistenti, sia per l'effetto diretto della sostanza psicoattiva⁵.

La dipendenza da sostanza comporta quindi alterazioni psichiche e fisiche unitamente ad implicazioni nei rapporti familiari e sociali, il che influisce significativamente sul costituirsi di un quadro complesso di sindromi cliniche di vario grado ed entità. Il contatto con la sostanza psicoattiva, quindi, avviene e si ripete in funzione di quei fattori biologici, psicologici e sociali che caratterizzano la vita di ogni individuo.

La presenza di fattori geneticamente trasmessi, che modificano la vulnerabilità individuale a sviluppare un disturbo di Dipendenza, è stata ipotizzata basandosi su modelli animali.

Per quanto riguarda l'alcol, alcune ricerche sono state condotte anche sull'uomo per valutare la diversa influenza che questi fattori hanno nella determinazione della dipendenza. Un esempio ampiamente dimostrato, di influenza biologico-genetica sulle abitudini alcoliche, riguarda alcuni popoli orientali, nello specifico i giapponesi, che nel loro patrimonio genetico, possiedono forme isoenzimatiche dell'aldeide deidrogenasi⁶ e hanno una reazione 'protettiva' rispetto allo sviluppo di dipendenza alcolica. Altri studi sono stati condotti su coppie di gemelli, di sesso femminile e maschile, figli di genitori alcolisti, con lo scopo di indicare che i fattori genetici hanno un ruolo importante nello sviluppo di un quadro di alcolismo, con influenze simili sia sull'abuso sia sulla dipendenza da alcol. Analoghe differenze, trasmesse geneticamente, sono state riscontrate nella preferenza, per numerose altre sostanze, incluse morfina e cocaina, in animali da laboratorio⁷. Spesso il consumo della sostanza fa parte delle abitudini del gruppo o è costume dell'ambiente di vita del soggetto. Nel periodo adolescenziale, ad esempio, le reazioni con i coetanei sono più intense, fre-

⁵ M. Ravenna, *Psicologia delle tossicodipendenze*, Il Mulino, Bologna 1997.

⁶ Enzima in grado di metabolizzare l'alcool etilico, componente di tutte le sostanze alcoliche.

⁷ K.S. Kendler – C.A. Prescott, *A Population based Twin Study in Women of Smoking Initiation and Nicotine Dependence*, «Psychological Medicine», 29, 299-308, 1999.

quenti e coinvolgenti. Il fatto di ‘appartenere’ ad un gruppo e di condividerne le esperienze, è fondamentale per la costruzione di un’identità autonoma e separata dal contesto familiare. Capita che l’adolescente, per sentirsi ben integrato e valorizzato in un gruppo di amici che sono già consumatori o che condividono atteggiamenti favorevoli all’uso di sostanze, diventi disponibile a provarle. Certamente quanto più la prospettiva condivisa dal gruppo gli appare rilevante, tanto più egli sarà attratto dall’adottare quei comportamenti che in quel contesto sembrano maggiormente valorizzati⁸.

Diventa opportuno chiedersi però se questo fattore, piuttosto che una vera e propria causa, non rivesta il ruolo di facilitatore specifico del contatto tra la sostanza e l’individuo già predisposto all’uso, consumo, abuso di questa e alla conseguente dipendenza da essa.

È dunque importante tenere a mente che fare uso di una data sostanza è un atto dal significato individuale e sociale, che risponde a bisogni estremamente diversificati. L’assunzione di droghe va quindi studiato in stretto rapporto con l’appartenenza di genere e con la storia personale di ogni individuo, con la fase di vita in cui si verifica, in relazione al contesto in cui si attua e alla cultura nella quale si inserisce⁹.

1.1. Tossicomanie: aspetti storici e psico-sociali

Il fenomeno droga inteso nel suo senso più ampio, comprendente quindi l’uso di droghe sia leggere che pesanti, si è andato evolvendo attraverso periodi successivi, ciascuno dei quali caratterizzato dall’uso prevalente di una particolare sostanza.

Siamo passati dal diffondersi dello ‘spino’¹⁰ alla fine degli anni Sessanta, attraverso il periodo dell’amfetamina, poi della morfina, fino a quello attuale, caratterizzato dalla crescente diffusione

⁸ Ravenna, *Psicologia delle tossicodipendenze* cit.

⁹ F. Petruccelli – C. Simonelli – V. Vizzari, *Le perversioni sessuali*, Franco Angeli, Milano 2000.

¹⁰ Termine utilizzato dalla popolazione giovanile per indicare il tipo di sigaretta contenente la sostanza.

dell'eroina. Da un punto di vista storico possiamo dire che la diffusione della droga è iniziata a cavallo fra gli anni Sessanta e Settanta, strettamente collegata al periodo della contestazione giovanile, che aveva preso le mosse dalle Università della California. Fra gli studenti l'uso dello spinello di hashish aveva assunto ormai un carattere rituale, un atto illegale compiuto volontariamente come protesta contro un sistema le cui regole venivano rifiutate e disprezzate¹¹.

Da una comune matrice tematica, ma pacifico e depoliticizzato, prese poi origine il movimento hippy, dove i temi prevalenti erano il ritorno alla natura, l'aspirazione ad una libertà totale da tabù sociali e sessuali. L'effetto della Cannabis quindi, con la capacità di amplificare la dimensione fantastica della mente, di indebolire le anticipazioni e il bisogno di programmazione, attraverso un'intensa concentrazione percettiva sul presente, fornì un elemento effettivo contro la programmazione, la produttività e l'efficienza del sistema. Invece, l'LSD, con il dilatare la capacità introspettiva e di autopercezione, divenne strumento d'elezione come mezzo di trascendenza.

Esisteva già comunque, a tutti i livelli, l'uso diffuso di amfetamine, di tranquillanti, di ansiolitici, di tutte quelle sostanze cioè in grado di generare una sensazione soggettiva di diversità. Con la comparsa dello spinello, già più costoso perché comprato clandestinamente, l'uso di amfetamina, non ancora inserita nell'elenco dei farmaci da acquistare con ricetta medica, era retaggio solo di giovani proletari. Nell'inverno del 1972 ci furono i primi morti per abuso di amfetamine e nel maggio dello stesso anno le amfetamine furono inserite nell'elenco degli stupefacenti. Il passo successivo fu verso il mercato clandestino della morfina. Il rifornimento di morfina per due anni fu assicurato dalle compresse che dal Bangladesh prendevano la via del mercato nero, verso Occidente. Si trattava di tonnellate di morfina che la Merck (casa farmaceutica) aveva spedito in Bangladesh con le organizzazioni di soccorso, visto che ne era stata vietata la vendita. Intorno al 1974-1975, esaurite le riser-

¹¹ S. De Santis, *La psicoterapia relazionale*, in G.C. Reda, *Trattato di psichiatria*, USES, Firenze 1993.

ve di morfina, i trafficanti gettarono sul mercato l'eroina. Era cominciato un meccanismo che, con un'abile mossa di mercato, tendeva a mutare la qualità del giovane consumatore di droghe leggere, da cliente più o meno sporadico, a cliente stabile, con la differenza che ciò che veniva offerto non era più lo spinello ma la compressa di morfina o la bustina di eroina¹². Attualmente in Italia, come quasi in tutto il mondo, il mercato, con qualche leggera variabile, è invaso prevalentemente da eroina, con la conseguenza che la purezza della sostanza è andata progressivamente calando, raggiungendo punte minime di non più del 5% (il resto è costituito quasi sempre da sostanze altamente tossiche e pericolose).

Con gli anni si è andato sempre più perdendo il significato politico ed esistenziale dell'uso di droga e, di fronte ad un mondo da rifiutare, la via della tossicomania ha il senso di una rinuncia, di un ritirarsi da qualsiasi tentativo di lotta o cambiamento.

Per quanto riguarda l'atteggiamento istituzionale il 22 dicembre 1975, con la legge 685, il tossicomane viene 'depsichiatrizzato' ed ogni ricovero per trattamento disintossicante avviene nei normali presidi sanitari. Il tossicomane non viene più guardato solo nella sua essenza di individuo socialmente pericoloso e immodificabile, ma uomo-sintomo di un disagio sociale ed esistenziale¹³.

1.2. *Classificazione delle droghe*

Le droghe possono essere definite sostanze di origine naturale o artificiale in grado di produrre un'alterazione del funzionamento psichico della persona. Altre caratteristiche sono la capacità di indurre una condizione di dipendenza fisica e/o psicologica e provocare danni di tipo sia somatico che psichico.

È opportuno precisare che gli effetti dell'assunzione di una droga sono piuttosto variabili e dipendono non solo dal tipo di droga, ma anche dalle modalità di assunzione e dalle caratteristiche psicologiche e somatiche del soggetto.

¹² G. Reda, *Manuale di Psichiatria*, UTET, Torino 1993.

¹³ De Santis, *La psicoterapia relazionale* cit.

Una sommaria classificazione può essere la seguente:

- Oppiacei (eroina e morfina)
- Cannabis (marijuana, hashish)
- Cocaina e Crack
- Amfetamine (ecstasy)
- Allucinogeni (Lsd)
- Designed-drug (droghe progettate)
- Psicofarmaci (barbiturici, ansiolitici)

Per quanto riguarda la prima categoria è l'oppio la sostanza alla base di queste droghe e cioè il lattice biancastro che si ottiene incidendo la capsula del papavero chiamato *Papaverum somniferum album*, coltivato in Europa orientale e in Sud America. L'attività psicoattiva dell'oppio è data dagli effetti di due gruppi di alcaloidi che agiscono soprattutto provocando euforia, analgesia, unitamente ad un'azione vasodilatatoria. La morfina si presenta sotto forma di polvere bianca ed è l'alcaloide fondamentale dell'oppio. A seconda delle condizioni fisiche e psichiche della persona che l'assume, la morfina può dare effetti sia di stimolazione che di depressione del sistema nervoso centrale. Questi segni compaiono in maniera drammatica durante la crisi di astinenza e, oltre a sintomi fisici, come nausea, vomito, tremori, compaiono anche sintomi psicologici, di tipo ipnotico. L'eroina è invece il derivato semisintetico della morfina. Le varie operazioni di taglio, cui viene posta prima di arrivare al mercato clandestino, riducono la percentuale di prodotto attivo in favore di altre sostanze, non solo inattive (manitolo, glucosio) ma anche altre droghe o sostanze addirittura letali (stricnina).

Il meccanismo d'azione dell'eroina è legato alla presenza di recettori specifici a livello del SN centrale e periferico. La tossicità dell'eroina è data dalla somma degli effetti determinati dalla sostanza base, dalla via di somministrazione (per via endovenosa o intramuscolare) e dalle sostanze di taglio: i danni, riconducibili in primo luogo all'eroina, sono, da un punto di vista organico, danni a carico del fegato, del cuore, del polmone, del sistema immunitario, per non dimenticare il rischio di infezioni virali in seguito a

scambio di siringhe usate. Tra gli effetti tossici, a carico del SNC, si riscontrano generalmente modifiche dell'attività elettrica cerebrale con conseguente alterazione comportamentale e ridotta capacità di esecuzione. L'intossicazione cronica provoca danni al sistema ipotalamo-ipofisario¹⁴.

È da ricordare infine che l'85% dei neonati da madri dipendenti da eroina manifesta segni di astinenza (ipertono, tremori, convulsioni, cianosi) dovuti al passaggio delle sostanze dalla madre ai tessuti fetali.

Il discorso sulla Cannabis appare molto controverso.

L'uso della Cannabis sembra risalire alla Cina di 6000 anni fa, da dove si sarebbe diffusa a tutta l'Asia e successivamente anche in Africa. In Europa sarebbe arrivata con le truppe napoleoniche dopo la campagna d'Egitto.

Da allora due sono stati gli schieramenti ideologici al riguardo: da una parte l'idea della Cannabis come medicinale, tessuto, ingrediente per cibi; dall'altra l'idea di utilizzarla per i suoi effetti psichici.

La Cannabis esiste in natura sotto tre specie: *sativa*, *indica* e *ruderalis*. Tutte contengono particolari principi attivi (THC) che variano di contenuto a seconda delle condizioni ambientali e del tipo di pianta. I prodotti derivati dalla Cannabis sono Marijuana (ottenuta da varie parti della pinata), Hashish (derivato dalla resina dei fiori) e olio di Hashish (concentrato alcolico dell'hashish). La normale via di assunzione è quella inalatoria.

Gli effetti tipici più comunemente riportati sono l'aumento della frequenza cardiaca, riduzione della salivazione, iperemia sclero-congiuntivale. Per quanto riguarda gli effetti psicologici si potranno avere manifestazioni relativamente innocue, come una blanda euforia, ansiolisi, maggiore facilità di comunicazione, senso di benessere, ma in funzione del dosaggio assunto e delle caratteristiche di personalità del paziente, possono presentarsi anche forma psicopatologicamente importanti, quali disturbi mnesici, ideazione

¹⁴ G. Reda, *Psichiatria: problemi, fenomeni, ipotesi, interventi*, 2^a edizione, UTET, Torino 1998.

paranoide, disorganizzazione concettuale, allucinazioni, agitazione psicomotoria.

La Cannabis e i suoi derivati non inducono dipendenza fisica, per cui la sospensione dell'uso non provoca crisi di astinenza. Quella che viene a crearsi è una certa dipendenza psicologica legata evidentemente alla struttura psicofisica del soggetto. La nocività psicofisica di queste sostanze è ovviamente proporzionale al livello di assunzione, perciò si ritiene che i rischi legati all'uso sporadico siano piuttosto modesti (non si altera la struttura di base della personalità) mentre, in certi casi, soprattutto per un uso prolungato ed eccessivo, o per una condizione psicologica precaria del soggetto, possono verificarsi vere e proprie disorganizzazioni del pensiero.

L'ipotesi dell'escalation secondo la quale l'uso di tali sostanze porterebbe progressivamente all'uso di droghe più pesanti non è stata confermata scientificamente¹⁵.

La Cocaina è l'alcaloide più importante contenuto nelle foglie di Coca, può però essere preparato anche chimicamente a partire da altri alcaloidi estratti dalla pianta. Uno dei primi ricercatori delle proprietà della cocaina fu Freud, che ne verificò l'azione anestetica iniettandola nell'area di un nervo, ottenendo un ottimo effetto anestetico. Freud si accorse però di aver provato anche qualcosa'altro, come se il suo umore fosse virato improvvisamente da triste a gioioso, con la sensazione di sentirsi così bene da non avere bisogno di nient'altro, carico di energia per ogni attività¹⁶.

Quello che emerge dalla biografia di Freud, sul suo rapporto con gli effetti della cocaina, la sensazione cioè di benessere sia cinestetica che psicologica, è proprio il principale effetto che la sostanza procura quando viene assunta (generalmente per aspirazione nasale). L'azione sul SNC porta prima ad una fase di euforia, con atteggiamento ipomaniacale, caratterizzato da logorrea, vivacità sia affettiva che ideativa, rapidità dei nessi associativi, alterazione delle percezioni che diventano più vivide ed espressive. D'altro

¹⁵ G. Arnao, *Cocaina e crack. Usi, abusi e costumi*, Feltrinelli, Milano 1993.

¹⁶ E. Jones, *Vita e opere di Freud*, Il Saggiatore, Milano 1957.

canto, nella fase di ebrezza, compaiono, con maggiore frequenza, interpretazioni deliranti, allucinazioni, ansia non controllabile.

Nel momento in cui si esauriscono i sintomi dell'eccitazione si manifestano segni di depressione che accompagnano per lungo tempo gli stati del soggetto, tanto da spingerlo ad ulteriori assunzioni. Il dato interessante è che la cocaina non dà dipendenza fisica, quindi questa crisi depressiva da sospensione dell'assunzione non è inquadrabile in una vera e propria crisi di astinenza, bensì una potente dipendenza psicologica, con un impulso a riusare la sostanza anche più forte che nell'eroinomane e nell'alcolista¹⁷.

Un prodotto a base di pasta di coca e di una soluzione di bicarbonato di sodio è il cosiddetto *Crack*, che unisce agli specifici effetti della cocaina una peculiare rapidità d'azione, con conseguente riduzione della durata e prevalenza degli effetti negativi. Assunto per via inalatoria, il crack produce il massimo effetto nei primi 30-60 minuti per poi decrescere rapidamente facendo scivolare il soggetto in un'intensa fase di depressione post assunzione, tipica dell'effetto di tutti gli alcaloidi della coca. Particolarmente severi sono i disturbi del sonno legati a questa sostanza, motivo per cui tali consumatori fanno spesso ricorso a forti dosi di benzodiazepine ed altri ipnoinducenti, determinando un ulteriore sovraccarico funzionale al fegato.

Le Amfetamine sono state inizialmente impiegate come farmaci per aumentare la pressione arteriosa e il calibro dei bronchi; più tardi però venne scoperta la serie di effetti psichici conseguente alla stimolazione del SNC, effetti che per certi versi sono assimilabili a quelli della cocaina. L'MDMA, meglio conosciuta come *Ecstasy*, è un preparato sintetico a base amfetaminica che produce essenzialmente una distorsione percettivo-sensoriale, intensa e piacevole, caratterizzata da energia e scarsa percezione di fatica e dolore. Una volta esaurito l'effetto della sostanza, il consumatore si trova in una condizione di profonda prostrazione psico-fisica. Le ultime ricerche sperimentali hanno evidenziato come tale sostanza produ-

¹⁷ Ravenna, *Psicologia delle tossicodipendenze* cit.

ca lesioni neuronali, soprattutto a carico dei centri ipotalamici, determinando forme di insonnia cronica particolarmente gravi¹⁸.

Gli Allucinogeni sono sostanze sintetiche eterogenee in grado di provocare gravi distorsioni delle informazioni percettive. Una delle più note è l'LSD che possiede un'azione complessa di tipo allucinogeno, anche se non vi è la percezione senza oggetto, ma un'interpretazione della percezione con distorsione di aspetti formali e del colore, il tutto accompagnato dalla consapevolezza di quanto si crede di vedere. L'LSD viene generalmente assunto per via orale, in forma di pasticche scure traslucide o di soluzione su zollette di zucchero. I primi effetti compaiono già dopo circa mezz'ora e spesso si giunge ad alterazioni così profonde da comportare, a seconda dei dosaggi e dall'assetto psichico del soggetto, esperienze non transitorie di tipo psicotico.

La dipendenza dagli allucinogeni, in particolare dall'LSD, è soprattutto di tipo psicologico: il soggetto può raggiungere gli effetti desiderati senza aumentare le dosi¹⁹.

Negli ultimi anni sono state introdotte, sul mercato degli stupefacenti, una serie di molecole di origine sintetica realizzate con lo scopo di produrre effetti simili a quelli delle altre droghe, ma con un costo di produzione nettamente più basso. Sono le *Desi-gned-Drugs* (droghe progettate), la cui produzione avviene in laboratori clandestini senza alcun controllo circa la presenza di sottoprodotti letali e degli effetti reali delle molecole. Per esempio la *China White*, sostituto sintetico dell'eroina, è una sostanza altamente pericolosa che iniziò a circolare nel 1982 in Nord America, provocando in pochi mesi 107 morti, soprattutto nella popolazione giovanile.

Un discorso a parte va fatto per gli psicofarmaci. Per gli effetti psichici che determinano e, soprattutto, per una errata assunzione, possono a volte diventare oggetto di abuso creando una vera e propria dipendenza. I barbiturici, ad esempio, hanno effetti soprat-

¹⁸ OEDT, Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze, «Dipendenze», 2 (dic. 2000) 20-29.

¹⁹ De Santis, *La psicoterapia relazionale* cit.

tutto nell'induzione del sonno (con assenza delle fasi Rem), nella sedazione dell'ansia e nella perdita di coordinazione motoria. La dipendenza fisica e gli effetti negativi che si instaurano dopo una lunga assunzione, si evidenziano nella sospensione improvvisa: si possono manifestare crisi convulsive, allucinazioni, ideazione paranoide e un forte stato di agitazione. Si può inoltre parlare di una dipendenza psicologica relativa alla sensazione piacevole che segue il sollievo dall'ansia, la sedazione e l'iniziale stato di euforia²⁰.

L'uso dei barbiturici si è progressivamente ristretto, mentre le benzodiazepine (BZD) sono la classe più numerosa ed utilizzata tra le molecole ad azione ansiolitica. L'abuso di BZD porta ad una riduzione delle capacità di concentrazione e seri disturbi mnesici, nonché, in alcuni casi, ad un effetto contrario a quello della sedazione.

1.3. Aspetti clinici delle tossicomanie

Gli aspetti clinici dipendono dalle sostanze usate, dalla dose, dal tempo di somministrazione e dall'incontro della sostanza con le caratteristiche psicofisiche del soggetto.

Alcuni casi sono abbastanza costanti ed è quindi possibile inquadrare i sintomi in sindromi specifiche. È importante però sottolineare ancora l'aspetto soggettivo di reazione alla sostanza che non permette di dare classificazioni generali, ma solo quadri caratteristici²¹.

La reazione di panico e di allarme è lo stato d'animo e l'agitazione neurovegetativa che si presenta alla persona che per la prima volta fa uso di amfetamine e allucinogeni. I segni fisici possono essere vari: sudorazione, tachicardia, spesso ipertensione, senso di calore, fastidio indefinito alle gambe, ronzio alle orecchie etc. Sul piano psicologico può presentarsi la sensazione di perdere il controllo di sé, della propria coscienza, di vivere una sensazione anomala.

²⁰ De Santis, *La psicoterapia relazionale* cit.

²¹ G.M. Bressa, *Chimica per la mente*, NIS, Roma 1993.

Un altro fenomeno è il flash-back, dovuto soprattutto agli allucinogeni, ma anche ai cannabinoidi e consiste in una distorsione improvvisa, temporanea ma profonda, dello schema corporeo, della qualità e quantità delle percezioni. Il flash-back può ripresentarsi anche senza ripetere la dose e se il soggetto in crisi viene portato ad un pronto soccorso, i suoi sintomi possono essere scambiati per una crisi psicotica o per una crisi dovuta a danno cerebrale.

La reazione tossica si verifica invece quando l'organismo non è più in grado di tollerare altre dosi della sostanza. Nel caso di barbiturici, il quadro clinico è caratterizzato da uno stato tossico generale, labbra screpolate, difficoltà respiratoria, aritmia, defedamento organico; dal punto di vista psicopatologico si può assistere a confusione mentale, disorientamento, fino a stati più gravi di torpore o coma lieve.

Il trattamento d'urgenza è quello dello stato tossico: provocare il vomito, controllare la diuresi, fleboclisi, cardiotonici e nessun tipo di stimolante per il SNC. Può essere considerato uno stato tossico anche l'overdose da oppiacei, in cui il soggetto viene trovato in una situazione di precoma e con i segni di una recente iniezione endovenosa. La morte in questi casi può avvenire per depressione respiratoria ed edema cerebrale.

Le sindromi organiche si riscontrano spesso nelle forme acute da overdose (sovradosaggio), specie da barbiturici, con confusione o torpore e stereotipie motorie. Le amfetamine, infatti, possono provocare dei cambiamenti cronici del sistema cerebrovascolare, con conseguente rischio di sviluppare emorragie cerebrali, ematomi subdurali²².

Un discorso a parte va fatto per la psicosi. Il quadro clinico più o meno tipico della psicosi, infatti, si osserva spesso, nei casi di tossicomania da amfetamine, cocaina ed eroina, come slatentizzazione psicotica in soggetti con endogena disponibilità a questo tipo di psicopatologia. È il problema che, da un punto di vista clinico, si pone nei casi di doppia diagnosi. La psicosi amfetamini-

²² G.A. Campbell et. al., *Organomegaly in Chronic Alcoholics*, «American Journal Forensis Med. Pathol.», 16 (3), 249-252, 1991.

ca ha carattere transitorio ed è in genere di breve durata. La sintomatologia può presentarsi con:

- a) illusioni paranoide (visive ed acustiche)
- b) frequenti idee di riferimento
- c) iperattività, eccitabilità, ansia, aggressività, agitazione e depressione alternantisi
- d) atteggiamenti persecutori

Lo stato psichico del tossicomane sotto l'azione dell'eroina, invece, non assume mai le caratteristiche della psicosi amfetaminica, i comportamenti ed i vissuti sono però abnormi.

È importante nel lungo cammino del recupero di un tossicomane da eroina, interrompere l'insistente catena di messaggi depressogeni che si è portati a lanciare su di un soggetto che, a monte e a valle dell'incontro con la sostanza, ha già di per sé molti buoni motivi per soffrire di scarsi sensi di autostima, in un circolo vizioso in cui la droga rischia di apparire l'unica consolatrice.

2. LE DIPENDENZE AFFETTIVE

La dipendenza affettiva può essere definita come una modalità malsana di relazione, caratterizzata da pensieri ossessivi, ripetitivi e ricorrenti, legati al vissuto di angoscia di abbandono che questi soggetti intrappolano in un rapporto dal quale risulta difficile uscire. Nonostante il rapporto di coppia sia molto frustrante e distruttivo, si è incapaci di liberarsene.

Si tratta di quegli amori che 'ossessivizzano', che prendono il sopravvento nella vita psichica del soggetto focalizzandone l'attenzione solo ed unicamente sull' 'oggetto amato'. Dalla letteratura esistente al riguardo risulta che il 99% delle dipendenze affettive riguardano l'universo femminile²³. Il rischio che il soggetto corre è quello di vivere il proprio rapporto di coppia idealizzando-

²³ D. Miller, *Women Who Hurt Themselves: A Book of Hope and Understanding*, Basic Book, New York 1994 (trad. it. *Donne che si fanno del male*, Feltrinelli, Milano 1997).

lo, cioè portando all'estremo l'esaltazione e il valore attribuito alla persona 'amata' anche quando questo 'amore' implica sofferenza e destabilizzazione del proprio sé. Il soggetto non sa come deve agire ed ogni cambiamento, anche se minimo, diventa destabilizzante, tanto da preferire l'immobilismo anche in situazioni ormai degenerate²⁴.

La tipologia più frequente è quella di una donna che passa la sua vita nella paura e nel terrore di sbagliare, di commettere qualcosa che a lui non possa piacere e per questo rischiare di essere abbandonata. D'altra parte, la tipologia più comune che si riscontra nel partner della donna dipendente, è quella di un uomo che appare completamente assorbito da situazioni esterne, come il lavoro, gli amici, la mondanità, con la conseguente ripetuta assenza da casa e dal suo nucleo familiare. È infatti la solitudine a caratterizzare maggiormente il vissuto della donna che soffre di dipendenza affettiva, una solitudine che porta al sentimento del vuoto e dell'angoscia. Considerare l'amore una psicopatologia sembra essere un'affermazione molto forte, ma è quello che in realtà diventa nel momento in cui porta ad una regressione dell'Io e ad una sorta di autodistruzione.

Alla base dei pensieri ossessivi, vi è sempre uno sviluppo rallentato della propria identità, nonché una bassa autostima, scarsa fiducia nelle proprie capacità, senso di impotenza e nullità. A tutto ciò si aggiunge la mancata maturazione del senso di identità, del sentimento di dignità e di valore personale.

Questa mancanza può derivare sia da esperienze infantili negative, sia da un giudizio morale riguardo se stessi di tipo rigido e persecutorio, oppure di tipo depressivo più o meno nascosto. Le mancanze riguardanti il corretto contenimento affettivo, o, addirittura, le eventuali violenze fisiche e/o psichiche, avvenute nella prima infanzia, possono generare una ferita che coincide con l'abbandono affettivo e che difficilmente riesce a rimarginarsi da sola.

È ricorrente, nel soggetto dipendente, l'attuazione di comportamenti caratterizzati dalla forte subordinazione dei propri bisogni

²⁴ Miller, *Women Who Hurt Themselves* cit.

a quelli degli altri, con la conseguente perdita di tutti quegli elementi gratificanti che portano alla buona percezione di sé. L'aumento di criticità verso se stessi, porta il soggetto a dover soccombere a maggiori richieste dall'esterno, il che lo fa sentire accettato, con la convinzione che mettere l'altro al primo posto, possa garantirgli il diritto di essere amato. Il prezzo pagato è molto alto e consiste nell'annullamento della persona di fronte alle incessanti richieste e pretese da parte del partner. Per ricevere quelle attenzioni affettive così basilari per il suo equilibrio psichico, la persona sceglie tutte quelle situazioni che la possano mettere nella condizione di accudimento verso l'altro, accontentandosi d'altra parte, di 'briciole' d'affetto pur di sentire di esistere per qualcuno e di essere, per quest'ultimo, indispensabile²⁵.

3. LE DIPENDENZE SESSUALI

Il concetto di dipendenza sessuale non è affatto nuovo. Sono stati utilizzati, dalla seconda metà del XIX secolo ad oggi, diversi termini per indicare questo tipo di disturbo. In particolare, la psichiatria degli ultimi due secoli, ha utilizzato concetti come ipersessualità, iperfilia, ipererotismo, ninfomania e, più recentemente, desiderio sessuale iperattivo, compulsione sessuale e infine dipendenza sessuale²⁶. Il dibattito inerente la nomenclatura più idonea è stato notevole e tutte le etichette finora 'assegnate' non sono ancora riuscite a dare una definizione univoca.

Traduzione del termine inglese *Addiction*²⁷, il termine dipendenza è andato poi ad indicare la dipendenza da sostanze esogene, da situazioni, stati interni, coinvolgimenti in attività di vario gene-

²⁵ J. Doanne – D. Diamond, 1994; E. Coleman, *Compulsive Sexual Behaviour*, Sexual Health Today, 1997, 1, 1: 1-4

²⁶ Coleman, *Compulsive Sexual Behaviour* cit.

²⁷ Cfr. A. Goodman, *Sexual Addiction: An Integrated Approach*, CT, International Universities Press, Madison 1998.

re, tutte modalità capaci di indurre, per la loro natura gratificante, comportamenti di 'dedizione'²⁸.

Il termine *Sexual Addiction*, indica dunque, quel comportamento che, come quello compulsivo, l'individuo sente di dovere attuare, implica conseguenze pericolose o spiacevoli, porta alla diminuzione di uno stato ansioso, o di altre situazioni di disagio ma, diversamente dal comportamento compulsivo, produce piacere e gratificazione. Queste azioni non sono infatti vere e proprie compulsioni, visto che l'individuo ne trae piacere e può desiderare di resistervi solo per le conseguenze dannose che ne possono derivare.

Goodman (1998) sostiene che la dipendenza in genere è caratterizzata da un comportamento che l'individuo sente di dovere attuare, implica una conseguenza pericolosa e produce un'attenuazione delle emozioni dolorose, producendo, nel frattempo anche piacere.

Sono considerati segni caratteristici della dipendenza sessuale:

- un pattern di comportamenti fuori dal controllo
- gravi conseguenze dovute ai comportamenti sessuali
- incapacità di smettere nonostante le gravi conseguenze
- persistente perseguimento di comportamenti autodistruttivi e rischiosi
- crescente desiderio o sforzo di controllare i comportamenti sessuali
- ossessione sessuale e fantasie come prime strategie di coping
- incremento dell'attività sessuale (in quanto l'attuale livello di attività non è più soddisfacente)
- gravi cambiamenti d'umore dovuti all'attività sessuale
- ricerca continua di esperienze sessuali
- trascuratezza nei confronti di importanti attività sociali, lavorative e ricreative (Carnes, 1991).

Eli Coleman (1992) parla più in generale di *Compulsive Sexual Behaviour* (CBS)²⁹. In realtà alcuni autori sostengono che la linea

²⁸ Janiri – De Risio – Calvosa – Caroppo, *Alcolismo come modello di dipendenza* cit.

di demarcazione tra dipendenza sessuale e perversione è assimilabile al tipo di organizzazione mentale sottostante³⁰.

Secondo Kaplan, il fattore decisivo e cruciale che distingue una perversione dai cosiddetti comportamenti dipendenti, consiste in una sottile collaborazione tra l'inconscio individuale, che prevede infantili attribuzioni di genere e le strutture del sistema sociale, con le sue arcaiche nozioni di mascolinità e femminilità (ibidem).

Goodman, invece, definisce gli *Addictive Disorders* come un insieme di disturbi nei quali un comportamento, che può funzionare sia per produrre piacere, che per fornire una fuga dal disagio interno, è assunto in un modello caratterizzato da fallimento ricorrente nel tentativo di controllare il comportamento e continuarlo nonostante le conseguenze significativamente nocive³¹.

I dipendenti infatti possono anche sapere di mettere la loro vita e quella di altri in pericolo, ma nonostante questo, persistono nei loro comportamenti. La mancanza di controllo e la continua ricerca di questo tipo di soddisfacimento li porta inevitabilmente a vivere esperienze interpersonali intime disastrose, seguite da eccessi sessuali senza significato e autodistruttivi.

Il trattamento delle dipendenze sessuali solitamente richiede una combinazione di terapie psicologiche e farmacologiche (Coleman, 1997) ma è importante riconoscere il continuum che caratterizza questo tipo di disturbi, perché non tutti i comportamenti sessuali, che causano problemi, raggiungono necessariamente una soglia clinica.

Per quanto riguarda la distribuzione del fenomeno tra i sessi, sembrerebbe che vi sia una maggiore prevalenza di uomini che soffrono di *Sex Addiction*, rispetto alle donne che, invece, sembrano soffrire maggiormente di dipendenza affettiva.

Le ricerche tuttora in corso partono dal presupposto che, alla base di questa diversità, possa esserci un differente sviluppo psico-

²⁹ Comportamento sessuale compulsivo. Cfr. E. Coleman, *Il comportamento sessuale compulsivo: un problema nosologico, ma spesso una diagnosi mancata*, 1992, in Petruccelli – Simonelli – Vizzari, *Le perversioni sessuali* cit.

³⁰ L.J. Kaplan, *Perversioni femminili*, Raffaello Cortina, Milano 1992.

³¹ Goodman, *Sexual Addiction* cit.

ALESSANDRA ZANON

sessuale, costituito da tutti i processi psicologici attraverso cui un soggetto si adatta al suo ruolo sessuale e arriva ad acquisire, a valorizzare e ad adottare gli attributi che, nella sua cultura, sono considerati appropriati al suo sesso.

Tabella 4
Criteria per la dipendenza da sostanze (DSM-IV)

Una modalità patologica d'uso della sostanza che conduce a menomazione o a disagio clinicamente significativi, come manifestato da tre (o più) delle condizioni seguenti, che ricorrono in un qualunque momento dello stesso periodo di 12 mesi.

- 1) **Tolleranza**, come definita da ciascuno dei seguenti:
 - a. il bisogno di dosi notevolmente più elevate della sostanza per raggiungere l'intossicazione o l'effetto desiderato;
 - b. un effetto notevolmente diminuito con l'uso continuativo della stessa quantità della sostanza.
- 2) **Astinenza**, come manifestata da ciascuno dei seguenti:
 - a. la caratteristica sindrome da astinenza per la sostanza specifica;
 - b. la stessa sostanza (o una strettamente correlata) è assunta per attenuare o evitare i sintomi di astinenza.
- 3) La sostanza è spesso assunta in quantità maggiori o per periodi più prolungati rispetto a quanto previsto dal soggetto.
- 4) Desiderio persistente o tentativi infruttuosi di ridurre o controllare l'uso della sostanza.
- 5) Una grande quantità di tempo viene spesa in attività necessarie a procurarsi la sostanza, ad assumerla, o a riprendersi dai suoi effetti.
- 6) Interruzione o riduzione di importanti attività sociali, lavorative o ricreative a causa dell'uso della sostanza.
- 7) Uso continuativo della sostanza nonostante la consapevolezza di avere un problema persistente o ricorrente, di natura fisica o psicologica, verosimilmente causato o esacerbato dalla sostanza (per. es. il soggetto continua ad usare cocaina malgrado il riconoscimento di una depressione indotta da cocaina, oppure continua a bere malgrado il riconoscimento del peggioramento di un'ulcera a causa dell'assunzione di alcol).

Specificare se:

• con dipendenza fisica:

prove evidenti di tolleranza o di astinenza (cioè risultano soddisfatti entrambi gli item 1 e 2);

• senza dipendenza fisica:

nessuna prova evidente di tolleranza o astinenza (cioè non risultano soddisfatti né l'item 1 né l'item 2).

Tabella 5
Criteri per l'abuso di sostanze (DSM-IV)

<p>A) Una modalità patologica d'uso di una sostanza, che porta a menomazione o a disagio clinicamente significativi, come manifestato da una (o più) delle condizioni seguenti, ricorrenti entro un periodo di 12 mesi;</p> <ol style="list-style-type: none">1) uso ricorrente della sostanza risultante in una incapacità di adempiere ai principali compiti connessi con il ruolo sul lavoro, a scuola o a casa (per esempio ripetute assenze o scarse prestazioni lavorative correlate all'uso delle sostanze);2) assenze, sospensioni o espulsioni da scuola correlate alle sostanze, trascuratezza nella cura dei bimbi o della casa;3) ricorrente uso della sostanza in situazioni fisicamente rischiose (per esempio guidando un'automobile o facendo funzionare dei macchinari in uno stato di menomazione per l'uso della sostanza);4) ricorrenti problemi legali correlati alle sostanze (per esempio arresti per condotta molesta correlata alle sostanze);5) uso continuativo della sostanza nonostante persistenti o ricorrenti problemi sociali o interpersonali causati o esacerbati dagli effetti della sostanza (per esempio discussioni coniugali sulle conseguenze dell'intossicazione, scontri fisici). <p>B) I sintomi non hanno mai soddisfatto i criteri per dipendenze da sostanze di questa classe di sostanze.</p>

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed. (DSM-IV), Washington, D.C. 1994 (trad. it. *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, IV, Masson, Milano 1995).
- C. Baccini, *Allucinogeni e nuove droghe*, «Caleidoscopio Italiano», 124, Medical System SpA, Genova.
- B. Bowlby, *A Secure Base: Clinical Application of Attachment Theory*, Routledge, London 1988 (trad. it. *Una base sicura*, Raffaello Cortina, Milano 1989).
- P.J. Carnes, *Don't Call it Love. Recovery from Sexual Addiction*, Bantam Books, New York 1991.
- P.J. Carnes, *Sexual Anorexia: Overcoming Sexual Self-Hatred*, Center City, Hazelden 1997.
- P. Carnes, *Contrary to Love. Helping the Sexual Addict*, Comp Care, Minneapolis 1989.
- P. Carnes, *Out of the Shadows. Understanding Sexual Addiction*, Center City, Hazelden 1992.
- M. Cibin, *Addictive Personality*. Atti del Convegno Nazionale della Società Italiana Tossicodipendenze «Farmacoterapie e psicoterapie nelle dipendenze, Uno sguardo al Futuro», 1998 (non pubblicati).
- E. Coleman, *Sexual Compulsion Versus Sexual Addiction: the Debate Continues*, SIECUS Report, 1986, 14: 7-11.
- E. Coleman, *Compulsive Sexual Behaviour*, Sexual Health Today, 1997, 1, 1: 1-4.
- E. Coleman, *Compulsive Sexual Behavior: A Nosological Problem but Often a Missed Diagnosis*, 2000 (manoscritto non pubblicato).
- B.E. Griffin-Shelley – R. Benjamin, *Sexual Addiction and Dissociation*, Sexual addiction & Compulsivity, 1995, 2, 4: 295-306
- A. Goodman, *Sexual Addiction: An Integrated Approach*, International Universities Press, Madison 1998.
- E. Hollander (ed.), *Obsessive-Compulsive Related Disorders*, «American Psychiatric Press», Washington 1993.

- F.J. Khantzian, *The Self-Medication Hypothesis of Substance Use Disorders: A Reconsideration and Recent Applications*, 1997, «Harvard Review of Psychiatry», Jan.-Feb, 4: 231-244.
- L. Janiri – S. De Risio – F. Calvosa - E. Caroppo, *Alcolismo come modello di dipendenza e come struttura psicopatologica*, Società Editrice Universo, Roma 2000.
- T. Macchia, *MDMA ed altri amfetaminici: uso ed abuso*, «Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcolismo», 2, XVIII, 1995, 16-41.
- M. Malagoli Togliatti, *Le famiglie multiproblematiche. Dall'analisi all'intervento su un sistema complesso*, La Nuova Italia Scientifica, Roma 1991.
- D. Miller, *Women Who Hurt Themselves: A Book of Hope and Understanding*, Basic Book, New York 1994 (trad. it. *Donne che si fanno del male*, Feltrinelli, Milano 1997).
- F. Petruccelli – C. Simonelli – V. Vizzari, *Le perversioni sessuali*, Franco Angeli, Milano 2000.
- J.P.J. Pinel, *Biopsychology*, Allyn and Bacon, 1990 (trad. it. *Biopsicologia*, EdiSES, Napoli 1992).
- M. Ravenna, *Psicologia delle tossicodipendenze*, Bologna, Il Mulino 1997.
- G. Reda, *Manuale di Psichiatria*, UTET, Torino 1993.