



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE  
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

---

Corso di Laurea in EDUCAZIONE PROFESSIONALE

**Dalla comunità alla famiglia:  
esperienza sul ruolo  
dell'educatore professionale nel  
supporto alla genitorialità nel  
reinserimento familiare del  
tossicodipendente**

Relatore: Chiar.mo Prof.

**Dott. Riccardo  
Verdecchia**

Tesi di Laurea di:

**Ilaria Catani**

A.A. 2018/2019

## INDICE

INTRODUZIONE .....	3
1. UNO SGUARDO SULLA DIPENDENZA .....	5
1.1 Cos'è la dipendenza.....	5
1.2 Dipendenza e sostanze ieri.....	17
1.3 Dipendenza da sostanze oggi.....	22
2. TOSSICODIPENDENZA E GENITORIALITÀ.....	26
2.1 Compatibilità tra tossicodipendenza e genitorialità .....	26
2.2 La madre tossicodipendente .....	28
2.2.1 Gravidanza .....	30
2.2.2 Attaccamento .....	32
2.3 Il padre tossicodipendente .....	35
2.4 Essere figlio di un tossicodipendente .....	36
2.4.1 Affidamento e adozione.....	38
3. INTERVENTI EDUCATIVI DELL'EDUCATORE PROFESSIONALE.....	41
3.1 Come l'educatore professionale supporta l'utente nel recupero del rapporto con i/il figli/o .....	41
3.2 L'intervento dell'educatore professionale: un caso clinico.....	45
CONCLUSIONI.....	51
BIBLIOGRAFIA.....	54
SITOGRAFIA.....	55

# INTRODUZIONE

Il lavoro che verrà presentato nelle pagine successive è frutto di un percorso di sei mesi svolto all'interno della Comunità Terapeutica di Massignano, che ospita persone con problemi legati all'alcol e all'abuso di sostanze. Quello che ha portato all'ispirazione di quanto elaborato sta nel fatto che all'interno della comunità, la maggior parte degli utenti sono genitori. Anche se si cerca di trattare principalmente l'autonomia di queste persone, così da essere preparati a fronteggiare difficoltà quotidiane quando saranno fuori dalla comunità, chi ha problemi nel rapporto con i figli viene aiutato a recuperarlo.

Nel primo capitolo verrà spiegato cos'è la dipendenza da sostanze, quali sono e come queste vanno ad alterare le funzioni del Sistema Nervoso. Si farà anche una riflessione su come è cambiata la visione del tossicodipendente nel tempo e quali sostanze venivano usate e quali si usano invece oggi.

Nel secondo capitolo verranno trattati i profili della madre e del padre tossicodipendenti con particolare attenzione alla capacità genitoriale delle due figure, per arrivare a parlare di come il figlio di genitori tossicodipendenti può vivere la dipendenza di questi e quali ripercussioni può avere su di esso. Il capitolo si apre con una riflessione sulla compatibilità dell'essere genitore ed essere dipendente da sostanze.

Nel terzo ed ultimo capitolo si passerà dalla teoria alla pratica, facendo prima riferimento a quelli che sono gli interventi mirati alla ricostruzione del rapporto tra genitori dipendenti da sostanze e i loro figli. Si passerà poi alla presentazione di un caso clinico preso in esame durante il periodo di tirocinio formativo, che illustra proprio,

oltre la compatibilità tra fare uso di sostanze ed essere genitori, anche come si può recuperare il rapporto e le capacità genitoriali.

# 1. UNO SGUARDO SULLA DIPENDENZA

## 1.1 Cos'è la dipendenza

Con questo lavoro si cercherà di svolgere un'analisi delle dinamiche che scaturiscono tra l'essere genitore e l'essere contestualmente anche dipendente da sostanze. Prima di entrare nello specifico del tema però, si ritiene opportuno analizzare il concetto di dipendenza, tutte le conseguenze ad essa collegate e come la stessa si è evoluta nel tempo. Si cercherà quindi di capire cosa vuol dire essere tossicodipendenti nella società odierna e cosa voleva dire esserlo anni fa.

Riprendendo il titolo di questo lavoro e ponendolo sotto forma di quesito si ha la domanda fondamentale da cui partire nell'analisi: "cos'è la dipendenza?"

Nel DSM-V (quinta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali) la dipendenza è definita come una modalità patologica d'uso della sostanza che conduce a disagio o compromissione clinicamente significativi, come manifestato da almeno due dei seguenti fattori, che si verificano entro un periodo di 12 mesi (American Psychiatric Association, 2014):

1. *tolleranza*: fenomeno per il quale è necessario intensificare il comportamento d'uso, aumentando ad esempio la quantità di droga da utilizzare o la frequenza delle assunzioni per raggiungere i medesimi effetti sull'organismo;
2. *astinenza*: essa si caratterizza per la presenza di sintomi emotivi o fisici che si manifestano quando il soggetto non può mettere in atto il comportamento di assunzione;
3. *interruzione o riduzione delle attività sociali, lavorative o ricreative*: l'uso di droghe e l'instaurarsi del disturbo provocano una serie di danni sul

funzionamento della persona che fa uso (conflitti con le persone affettivamente importanti, problematiche lavorative, influenze sulla considerazione di sé, etc...) che aumentano per intensità, ledendo progressivamente il paziente;

4. *tentativi infruttuosi di ridurre e controllare l'uso*: è frequente che il paziente, prima di chiedere formalmente aiuto allo psicologo o ai servizi, abbia tentato da solo di ridurre l'uso o di "controllarlo". Generalmente si osserva una fase in cui il paziente è fermamente convinto di poter da solo limitare le proprie condotte realizzando una modalità d'uso conciliabile (ma solo idealmente) con il resto della sua vita, dei suoi impegni e dei suoi doveri;
5. *dispendio di tempo*: quando il disturbo si instaura, o va instaurandosi, un criterio che va osservato è quello del tempo che il paziente dedica alla ricerca, all'utilizzo o al riprendersi dagli effetti della sostanza. Tanto più la dipendenza è conclamata, tanto maggiore sarà il tempo che alla sostanza è dedicato nel corso di una giornata, fino a divenire, nei casi più gravi, l'unica attività presente;
6. *perdita di controllo sull'uso*: il comportamento patologico di uso della sostanza tende a verificarsi nonostante le conseguenze negative che ha evidentemente apportato nel corso del tempo e nonostante le consapevolezza della persona al riguardo (il comportamento di uso diviene "compulsivo");
7. *uso continuativo nonostante la consapevolezza che la droga rappresenti un problema*: molti pazienti non si fermano nemmeno a fronte dell'insorgere di gravi rischi per la salute oppure davanti a nette crisi familiari;
8. *uso ricorrente con incapacità a adempiere i propri compiti*: molti pazienti perdono il loro lavoro a causa delle assunzioni di droga, interrompono il corso degli studi, oppure divengono incapaci ad assolvere i loro compiti familiari o genitoriali;

9. *uso in situazioni a rischio*: nel corso del tempo la capacità di stimare il rischio associato alle assunzioni si riduce progressivamente, divenendo le assunzioni compulsive può accadere di sentirsi “costretti” a fare uso nonostante ci si debba mettere alla guida o si debbano svolgere compiti di precisione che non possono essere razionalmente conciliabili con lo stato di alterazione dato dalle sostanze;
10. *uso ricorrente nonostante ciò determini problemi sociali o interpersonali*: come precedentemente affermato l’uso di droga diviene saliente, anche a discapito delle proprie relazioni affettive.
11. *craving*: desiderio impellente della sostanza.

In ambito scientifico la dipendenza è indicata con il termine anglofono *addiction*, che rimanda ad una dimensione di perdita totale di alternative e libertà. Nell’*addiction* il bisogno di soddisfare pochi e fortissimi bisogni rende la persona schiava e la costringe a cercare soddisfazione ripetendo un comportamento dannoso (Olivieri, 2015).

La sostanza occupa, in maniera quasi esclusiva, i pensieri della persona, andando ad escludere ogni altro interesse ed emozione. L’*addiction* comporta una dipendenza psicologica perché implica un cambiamento biologico rappresentato da un’alterazione dei sistemi cerebrali deputati alla gratificazione. Questi sistemi sono circuiti neuronali situati nelle aree più profonde del cervello e sono fondamentali alla sopravvivenza. Nell’organismo è presente un sistema di gratificazione e ricompensa che “premia” i comportamenti utili alla sopravvivenza, rinforzandoli e favorendone il ricordo e la ripetizione. Le sostanze che generano *addiction* agiscono determinando una sensazione di piacere inteso, che accende i circuiti della gratificazione. Il cervello interpreta lo stimolo come utile alla sopravvivenza, cosicché è associato ad un significato che va oltre l’esperienza piacevole. Intervengono, infatti, altri meccanismi neurobiologici: all’effetto piacevole si affianca uno stato mentale instabile, che spinge

il soggetto a valorizzare gli effetti della sostanza, a orientare il piacere e favorire i ricordi dell'esperienza, rinforzando così la ripetizione. La sostanza, quindi, va ad interagire con i meccanismi cerebrali della motivazione e della ricompensa, modificando i processi psico-comportamentali dell'individuo (Olivieri, 2015).

Nella dipendenza da sostanze, con l'uso ripetuto della stessa dose si verifica una perdita degli effetti piacevoli che la persona cercherà di ritrovare aumentando la frequenza dell'abuso e la relativa dose. Se non si ha a disposizione la sostanza emergono una serie di sintomi gravosi, che mettono in atto il cosiddetto *processo di astinenza*, accentuando così il bisogno di utilizzare la sostanza. L'*addiction* determina comportamenti sempre più automatici, l'esperienza diventa centrale nel pensiero e nell'esistenza della persona. Si passa da un'esperienza saltuaria ad un uso obbligato, automatico e incontrollabile, che perde il suo connotato piacevole e si ripete per evitare il dolore dell'astinenza.

La dipendenza patologica da sostanze è una condizione di subordinazione del benessere psicofisico di un individuo, che assume in maniera più o meno regolare una sostanza, che ha effetti prevalentemente psicotropi e dannosi per il sistema nervoso o per l'organismo nel suo insieme.

L'uso cronico di droga, oltre a provocare cambiamenti neurochimici nelle regioni corticali superiori del cervello, può danneggiare la capacità di dominare gli impulsi a non usare droghe. Questi cambiamenti spiegano anche il desiderio compulsivo per le sostanze e la continua assunzione nonostante le conseguenze negative. Sono provocate modifiche anche nelle regioni del cervello deputate all'apprendimento e alla memoria, ciò aiuta a comprendere perché, quando si fa uso di droghe si può ricadere, anche dopo mesi o anni di astinenza. A livello delle sinapsi di queste regioni, si assiste a fenomeni di neuroadattamento, che fanno sì che si instauri il ricordo correlato all'uso



di sostanze, questo comporta che, in presenza di eventi che riportano alla memoria questi ricordi, si inneschi un forte desiderio per la sostanza, che porta fino alla ricaduta. Quest'ultima può essere scatenata anche da stress (Serpelloni, 2010).

Si andranno ora a descrivere nello specifico, quali sono i principali sistemi neurocognitivi che le sostanze colpiscono (Serpelloni, 2010):

- *sistema di ricompensa e rinforzo, situato nel nucleo accumbens*. Questa struttura è importante perché è coinvolta nella ricompensa e nella motivazione. Le attività ricompensanti quotidiane (cibo, relazioni, sesso) producono aumenti di dopamina nel nucleo *accumbens* ridotti rispetto a quelli prodotti dalle sostanze. È proprio questo rilascio eccessivo che rende più attraente l'uso di droghe, a cui sono correlati stati di euforia, soprattutto se si parla di sostanze stimolanti. Ciò però non è sempre vero. Questo aumento dopaminergico potrebbe riflettere sulla salienza<sup>1</sup>, in maniera indipendente dalla capacità di ricompensare o indurre euforia. La dopamina, quindi, funziona da segnale per l'apprendimento delle esperienze e viene rilasciata durante una nuova esperienza ricompensante, ricoprendo un ruolo importante del ricordare quali attività valga la pena ripetere e ricercare. Nel momento in cui il sistema dopaminergico è sovraeccitato dall'uso di droghe, la ricerca della ripetizione degli effetti domina su altre attività. Si genera così dipendenza sfruttando il circuito della ricompensa, per stimolare l'abuso. L'uso di una sostanza ha la capacità di rinforzare l'assunzione, tramite l'aumento dell'attività dopaminergica, che scatena eventi ricompensanti acuti. Si deve però chiarire che con un uso cronico delle sostanze il rilascio di dopamina diminuisce. La neurochimica della

---

<sup>1</sup> La salienza costituisce un processo di integrazione grazie al quale stimoli provenienti dall'ambiente esterno o dal nostro stato interno, acquisiscono rilevanza e possono così influenzare pensieri e comportamento.

via della ricompensa si adatta all'alto rilascio del neurotrasmettitore, mettendo in atto una down-regolazione compensatrice, che rappresenta la diminuzione dei recettori dopaminergici post-sinaptici. È, quindi, come se si ripristinasse la soglia di attivazione del sistema della ricompensa e il nucleo *accumbens*, diventi meno sensibile agli effetti delle attività quotidiane di chi abusa di sostanze.

- *la corteccia orbitofrontale e il giro del cingolo, sono coinvolti nel desiderio compulsivo, nell'assunzione compulsiva e nella perdita del controllo sull'uso di droga.* Cambiamenti dell'attività della corteccia orbitofrontale e nel giro del cingolo, sono correlati ad una ridotta attività della dopamina nel nucleo accumbens. L'esposizione alle droghe aumenta l'attività della dopamina nella corteccia orbitofrontale e nel giro del cingolo di individui dipendenti. Il grado di attività nelle due strutture è correlato al desiderio compulsivo di droga. I cambiamenti che derivano dall'attività dopaminergica, accompagnano l'astinenza, infatti si passa da un livello elevato a uno basso di dopamina che espone il tossicodipendente all'astinenza. Si crea così iperattività nella corteccia orbitofrontale e ne deriva un desiderio compulsivo della sostanza. Quest'ultimo sembra essere responsabile della compulsione all'assunzione di droga, ciò spiega gli impulsi e le ricadute ad usare sostanze durante l'astinenza.
- *danno del controllo esecutivo e danno cognitivo, situati nella corteccia prefrontale.* L'uso continuativo di droghe rivela un controllo esecutivo danneggiato quindi non si ha la capacità di ragionare su azioni e decisioni. I cambiamenti nella segnalazione dopaminergica possono influenzare la capacità di adottare diversi comportamenti. Con una segnalazione bassa di dopamina, le ricompense naturali non riescono ad aprire l'accesso alla corteccia prefrontale, deviando il comportamento verso l'uso di droga. Questo atteggiamento di ricerca è rafforzato dalla presenza di dopamina nella corteccia

prefrontale. I tossicodipendenti oltre ad aver un controllo esecutivo danneggiato, presentano danni cognitivi, in particolare le modificazioni riportate nella corteccia prefrontale e nel giro del cingolo impediscono di considerare opzioni diverse dall'uso di sostanze.

- *memoria, apprendimento e abitudini, situati nell'amigdala, nell'ippocampo e nello striato.* Anche le aree deputate all'apprendimento, sono state ricollegate alla tossicodipendenza, proprio perché con esse si ha l'acquisizione di nuove abitudini. I cambiamenti che si ritrovano a livello delle vie neurali, portano allo sviluppo della dipendenza. Il sistema neurale, di cui fanno parte le vie mesolimbiche in particolare l'amigdala e l'ippocampo, è coinvolto nella formazione di abitudini ed è decisivo nel consolidamento dell'apprendimento dello stimolo legato alla sostanza.
- *rappresentazione di pulsioni corporee, situate nella corteccia dell'insula.* La rappresentazione dello stato interno del corpo, introiezione, è importante per il mantenimento dell'omeostasi, ma è anche d'aiuto nel decidere cosa serve all'individuo per soddisfare i propri bisogni in una data situazione. L'insula è quella regione della corteccia che è stata ricollegata a questo processo. Essa infatti, riceve segnali dalla corteccia e dal talamo, che danno indicazioni sull'omeostasi dell'organismo. Questa regione è connessa con diverse strutture corticali, ciò permette di collegare le informazioni provenienti dall'organismo, i centri emozionali e i sentimenti coscienti. La corteccia dell'insula ha un ruolo fondamentale nell'esperienza di appetizione compulsiva di droga, nell'astinenza e nel desiderio di assumere sostanze.
- *stress, nell'asse ipotalamico pituitario adrenale.* Lo stress è un potente fattore scatenante la ricaduta all'uso di droghe. Esso può colpire le vie naturali della ricompensa, aumentando la possibilità di sviluppare dipendenza da sostanze.

Lo stress può essere distinto in *acuto* e *cronico*. Il primo scatena il rilascio di dopamina, che ha così un rapido aumento nella via mesolimbica della ricompensa, motivando la ricerca di droga. Il secondo, rilascia ormoni che liberano la dopamina nel nucleo accumbens, sensibilizzando il sistema della ricompensa. Questa sensibilizzazione, fa sì che chi era dipendente da sostanze, andando incontro a stress, reagisca con una ricaduta.

Si può quindi affermare che la tossicodipendenza è un disturbo cronico e recidivante. Essendo un disturbo complesso e multifattoriale, necessita di un intervento terapeutico di tipo farmacologico, psicologico e sociale. Il problema principale rimane però il prevenire la ricaduta, che può avvenire anche dopo molto tempo, causata da fattori come lo stress, la riassunzione occasionale e la presenza di stimoli condizionati.

Nelle pagine seguenti viene realizzata una classificazione di quelle che sono le principali sostanze stupefacenti. Per prima cosa, occorre definire il concetto di sostanza stupefacente: per l'Organizzazione Mondiale della Sanità *“sono da considerare sostanze stupefacenti tutte quelle sostanze di origine vegetale o sintetica che agendo su sistema nervoso centrale provocano stati di dipendenza fisica e/o psichica, dando luogo in alcuni casi ad effetti di tolleranza ed in altri casi a dipendenza dello stesso soggetto da più droghe”* (Organizzazione Mondiale della Sanità).

Le droghe possono essere classificate in vari modi, ad esempio tenendo conto dell'origine, quindi se sono naturali, cioè derivanti dalla lavorazione delle piante, o artificiali e quindi prodotte in laboratorio. Di seguito viene utilizzata la suddivisione in base agli effetti farmacologici, delineando quattro categorie di sostanze (Ministero della Difesa):

- *depressori*: sostanze che deprimono il Sistema Nervoso Centrale e sono l'alcol, barbiturici, tranquillanti.

- *narcotici*: sostanze che riducono il dolore come oppioidi naturali e sintetici, come eroina, morfina, metadone.
- *stimolanti*: sostanze che stimolano il Sistema Nervoso Centrale come amfetamine, crack, cocaina, nicotina.
- *allucinogeni*: sostanze che alterano la funzione percettiva come LSD, ecstasy, cannabis (marijuana, hashish).

L'**oppio** è ottenuto dal “papaver sonniferum”, pianta erbacea con foglie ondulate di colorazione verde intenso e fiori rosa, bianchi o purpurei. A seconda della quantità di ‘morfina’ che contengono ci sono varie varietà di oppio. Si presenta come una massa bruna che si rammollisce tra le dita ed esposta all’aria annerisce. Il suo odore è acre, forte ed ha un sapore amaro. Può essere mangiato o più comunemente fumato, in piccole dosi si ha un eccitamento dei centri nervosi che provocano uno stato di serenità, benessere, euforia seguito da uno stato di depressione, sonnolenza. L’abuso provoca tossicomania e dipendenza fisica.

La **morfina**, principale derivato dell’oppio. Si ottiene trattando chimicamente a caldo l’oppio, con soluzioni di acqua, calce e ammoniaca. È bene distinguere la ‘Morfina’ e la ‘Morfina base o grezza’. La prima è una polvere bianca cristallina o un liquido incolore o giallastro, usata in medicina a scopo terapeutico. La seconda, invece, è un prodotto intermedio della trasformazione dell’oppio. Può essere assunta per via orale, ma il tossicomane usa l’iniezione intramuscolare o endovenosa che ne moltiplica gli effetti. Agisce sul sistema nervoso centrale provocando euforia e piacevole ebbrezza, ma anche annullamento della percezione del dolore e sonno profondo. L’abuso produce assuefazione e grave dipendenza.

L'**eroina** si ottiene dalla trasformazione chimica della morfina. È una polvere bianca o marrone, amara, solubile in acqua con odore acido. I suoi effetti durano dalle tre alle

sei ore e sono di natura calmante e deprimente. Proteggono chi ne fa uso da ansia, paura, disagio psichico, induce il desiderio di cibo, sonnolenza, sesso. I suoi effetti però, variano tra un assunto e l'altro. I segni dell'intossicazione sono le pupille dilatate, incoordinazione motoria, sudorazione, tremori, ipotermia. L'uso abituale porta ad apatia, trascuratezza, scarsa alimentazione. Ha una fortissima dipendenza fisica e psichica. La sindrome di astinenza è molto dolorosa e predispone il tossicomane ad atti inconsulti e violenti.

Il **metadone** è impiegato da anni nella terapia di mantenimento dei tossicomani, anche se il consiglio superiore della sanità ha ribadito che il metadone è uno stupefacente di media tossicità. Quindi il ricorso terapeutico deve essere praticato in idonei ambienti di ricovero, cura o assistenza medica. Il metadone è una polvere cristallina bianca, amara, solubile in acqua. Può essere assunto per via orale o per iniezione intramuscolare o sottocutanea. Gli effetti sono analgesici con una sintomatologia secondaria caratterizzata da sonnolenza, stordimento, sudore, vomito.

La **cocaina** nasce dalla raffinazione delle foglie della pianta di coca. Generalmente è in polvere, cristallina, bianca, tende ad ingiallire al prolungato contatto con l'aria. Si può trovare anche sottoforma di compresse o allo stato liquido in fiale. Viene assunta inalandola per via nasale, fumata o iniettata. Gli effetti danno sensazione di forza e di energia con riduzione della fatica, eccitazione e loquacità. Tipici segni di intossicazione sono le pupille dilatate, tremori, ulcere al naso e manie persecutorie. Elevata è la dipendenza psichica.

Le **amfetamine** sono un gruppo di farmaci ad azione eccitante usati anche nella terapia di alcune malattie nervose, sotto stretto controllo medico. Prodotte spesso in laboratori clandestini, si trovano sul mercato sotto forma di polveri cristalline biancastre, in fiale o in pasticche di varia forma e colore. Si assumono per via orale o

per iniezione endovenosa. Gli effetti che ne derivano sono simili a provocati dalla cocaina. La tolleranza è elevata, così come la dipendenza psichica. La sindrome di astinenza è particolare in quanto si risolve con la somministrazione di sostanze ad effetti antagonisti rispetto alla droga abituale.

Il **crack** è un composto stupefacente recente che si ottiene aggiungendo alla cocaina in polvere bicarbonato di sodio ed acqua. È spacciato sottoforma di cristalli di crack in fiale trasparenti che somigliano a capsule di vitamine. Ha un aspetto granulare e di colore biancastro tende ad ingiallire con una elevata esposizione all'aria. Viene fumato in pipa con eventuale aggiunta di tabacco o marijuana. Gli effetti immediati sono uno stato di euforia con alternanti sensazione di depressione e delusione. Ha la pericolosa caratteristica di provocare una grave dipendenza fisica e psichica.

I **barbiturici** sono i derivati dell'acido barbiturico, usati in medicina come sedativi, ipnotici ed antiepilettici. Generalmente i consumatori abituali ne iniziano l'uso su prescrizione medica, ma proseguono anche dopo che sono cessate le indicazioni. L'abuso di barbiturici è tipico dei tossicomani da oppiacei o dei consumatori di amfetamine che li oppongono quali antagonisti, all'eccitazione provocata da queste droghe. Si trovano sottoforma di pastiglie, compresse e capsule di vario colore e dimensioni. Si assumono per via orale o per iniezione endovenosa od intramuscolare. Gli effetti sono senso di benessere, piacevole rilassamento e diminuzione delle inibizioni. Hanno un'elevata dipendenza fisica, che si instaura dopo un prolungato uso, anche la dipendenza psichica è molto forte. La sindrome da astinenza è caratterizzata da ansia, tremori, contrazioni muscolari involontarie, nausea, vomito.

I **tranquillanti** sono farmaci di diversa composizione chimica usati in medicina per ridurre gli stati d'ansia, la tensione nervosa, l'agitazione e l'insonnia. Sono in commercio sottoforma di capsule, compresse, pillole e fiale. Vengono assunti per via

orale o per iniezione. Gli effetti sono caratterizzati da rilassamento, torpore, attenuazione del dolore fisico. L'abuso produce dipendenza fisica e psichica.

L'**L.S.D.** è un prodotto di sintesi, è il più potente allucinogeno conosciuto. Si presenta sottoforma di pillole, di dimensioni di zollette di zucchero. Gli effetti dell'assunzione portano all'intensificazione delle esperienze sensoriali quali il colore, il suono, il tatto, allucinazioni, distorta percezione di spazio e tempo. I rischi per la salute si riferiscono alle neurotossicità e al fenomeno del flash-back, la ripetizione delle allucinazioni senza aver assunto la sostanza. La dipendenza psichica è variabile ma in genere modesta.

L'**ecstasy** è apparsa sul mercato nel 1985, è un composto chimica derivato dall'amfetamina e comprende una serie di analoghi e varianti i cosiddetti designer drugs. Si presenta in forma di pillole, capsule o pastiglie di vario colore con l'indicazione della quantità di dosaggio e quindi con effetti variabili, distinti in psichici e somatici. Il primo e principale effetto è la sensazione paradisiaca che consiste nella capacità di facilitare i rapporti sociali, aumentare il senso di appartenenza alla tribù globale, di provare empatia per chiunque stia vicino aumentando la confidenzialità con il rischio di incrementare la possibilità di essere coinvolti in rapporti sessuali non protetti. Si ha una classica manifestazione di un'estrema sensibilizzazione sensoriale. La sostanza produce una stimolazione psicomotoria che permette di affrontare per ore la fatica del ballo, se si è in discoteca, rimuovendo gli indicatori fisiologici del senso di stanchezza, della fame, della sete, del sonno e del dolore. Cessato l'effetto stimolante, subentra spesso uno stato di profonda spossatezza con sonnolenza.

La **marijuana** è ricavata dalle infiorescenze e dalle foglie della cannabis indica mischiate assieme. Appare somigliante al tabacco o all'origano, di colorazione tra verde chiaro, scuro e bruno. Alla combustione ha l'odore di fieno secco. Viene inalata attraverso il fumo di sigarette chiamate "spinelli". Gli effetti sono caratterizzati da



euforia, aumento della sensibilità visiva e uditiva, sensazione di benessere e rilassamento. Può dare dipendenza.

L'**hashish** viene prodotta dalla resina della cannabis. Si presenta in forma solida, di colore marrone e viene assunta fumandola. È possibile che si instauri una forma di dipendenza, soprattutto nei giovani. Produce effetti che gradualmente si accrescono, quali euforia, disinibizione, rilassamento e aumento dell'appetito. A dosaggi elevati si può riscontrare depersonalizzazione, allucinazioni, confusione e delirio. Crea dipendenza.

## 1.2 Dipendenza e sostanze ieri

Nelle pagine che seguono si cercherà di ripercorrere lo sviluppo che la dipendenza ha avuto negli anni, individuando anche l'evoluzione che si è avuta nel tipo di sostanze utilizzate.

Le sostanze stupefacenti sono state da sempre utilizzate all'interno della società. Con il tempo si è modificato il tipo di sostanza utilizzata, le occasioni e le modalità di assunzione delle stesse. Per secoli infatti, le sostanze sono state utilizzate come farmaci, in grado di placare le sofferenze dell'essere umano.

*“La tossicodipendenza ha la sua maggiore espansione tra gli anni Settanta e gli anni Ottanta, imponendosi prepotentemente nella società”* (Cirillo et al., 2017). Nel 1972 apparve in Italia l'eroina, chi ne faceva uso era definito *malato di droga*, definizione che ricalcava lo stereotipo di individuo balordo, senza alcuna volontà, trasandato, sporco e dallo sguardo spento. Il dilagare del fenomeno fece sì che sia le grandi città che i piccoli paesi vennero a conoscenza del problema costituito dalla droga e da chi

ne faceva uso. L'immagine del tossico di strada, dipendente soprattutto da eroina assunta per via endovenosa, si diffuse tra la popolazione.

L'eroina e la cocaina erano le due droghe cosiddette "pesanti", la prima era quella dei poveri e si iniettava, la seconda era quella dei ricchi e si sniffava. Oltre a queste va segnalata l'esistenza dell'hashish e della marijuana, entrambe assunte negli spinelli, mentre il consumo avveniva principalmente da parte di artisti. Il dibattito che si sviluppava era per lo più incentrato su eroina e cocaina, perché si quelle che portavano in maniera più diretta a dipendenza e morte. La società stava così prendendo coscienza della gravità del problema. I centri storici e le stazioni ferroviarie erano colonizzati da tossici, da spacciatori (i famosi *pushers*), da fiale e siringhe utilizzate per l'assunzione e che venivano lasciate a terra dopo l'uso. Dilagavano i morti per *overdose*, cioè il decesso a seguito di un'assunzione eccessiva di sostanza e che risulta essere letale in relazione alle possibilità di tolleranza dell'organismo di un individuo.

È, quindi, in questo periodo che l'interesse per la tossicodipendenza acquisisce peso, diventando un fenomeno clinico da analizzare con spirito scientifico. Non è a caso che ciò accada proprio negli anni in cui il mercato della droga acquisisce la sua massima espansione con l'ingresso della criminalità organizzata, di fatto moltiplicando l'offerta di sostanze e di conseguenza anche la domanda da parte dei più giovani.

"In quel periodo vengono svolte le prime ricerche, viene approvata una legge che ne sostituirà una obsoleta di circa vent'anni prima, vengono costituiti i primi servizi per tossicodipendenti o gruppi operativi specialistici all'interno di altri centri, si avviano i primi interventi preventivi" (Cirillo et al., 2017). È alla fine degli anni Settanta che appare il metadone, farmaco utilizzato nella terapia di mantenimento dei tossicomani. Il suo uso sarà idealizzato e demonizzato, scatenando un acceso dibattito tra gli

esperti. È sempre in quegli anni che spuntano le prime comunità terapeutiche per tossicodipendenti. Al loro interno chi abusava di sostanze poteva ricoverarsi e affrontare il percorso di disintossicazione. Ogni comunità aveva una propria filosofia su cui venivano basate le modalità di recupero degli ospiti: programmi educazionali, religiosi, lavorativi che comprendevano aspetti medico-clinici e psicologici.

Negli anni Ottanta comincia a dilagare una nuova infezione fino ad allora sconosciuta, che si diffonde sempre di più tra i tossicodipendenti, l'HIV. Si tratta di un virus che va ad agire sul sistema immunitario, distruggendolo e impedendogli di mettere in atto una risposta immunitaria.<sup>2</sup> La trasmissione dell'HIV avviene tramite rapporti sessuali non protetti, tramite trasfusioni di sangue infetto. La condivisione di siringhe è, perciò, la principale ragione per cui chi fa uso di sostanze iniettabili è a forte rischio di contagio. Il contagio avviene in maniera esponenziale, ma allo stesso tempo non esiste una cura al virus, che quindi diviene letale<sup>3</sup>.

Chi aiutava i "malati di droga" si divideva su due fronti, che riprendevano le correnti politiche dominanti in quel periodo. Da una parte chi utilizzava un approccio assistenzialistico, più vicino a idee di sinistra, che prevedeva la cosiddetta riduzione del danno. Essi, quindi, somministravano siringhe sterili, mettevano a disposizione la possibilità di ricovero notturno, di servizi mensa, distribuivano preservativi e davano consigli su come ridurre il rischio di overdose e di contagio da HIV. Dall'altra parte, invece, vi era chi individuava nella forza di volontà del drogato la possibilità di superamento della dipendenza, indicando in leggi e con minacce l'opportunità di curarsi nelle comunità terapeutiche.

---

<sup>2</sup> Ciò accade perché il virus, della famiglia dei retrovirus avente solo genoma a RNA, avvia il suo ciclo replicativo quando la proteina gp120 intacca i recettori CD4 dei linfociti T e man mano che il virus si replica il sistema immunitario decade.

<sup>3</sup> A tutt'oggi non vi è una cura che debelli in toto l'HIV dall'organismo umano, ma esistono terapie che impediscono la replicazione del virus nell'organismo consentendo così la sopravvivenza e una qualità di vita paragonabile a chi non è portatore.

La complessità e la delicatezza del fenomeno tossicodipendenza dimostrarono l'insufficienza dell'astinenza, della buona volontà alla guarigione e persino delle disintossicazioni. L'Italia testava ulteriori strategie per affrontare il problema, pur risultando in ritardo rispetto ad altri paesi, che vantavano già una maggiore esperienza di tecniche e metodi nella cura della tossicodipendenza. Alcuni ricercatori italiani allargarono il loro orizzonte di studio, analizzando i programmi terapeutici che vantavano la maggior percentuale di successi nei paesi oltre oceano. Sorgevano così dei gruppi di *auto-aiuto* che prevedevano la libera associazione di persone tossicodipendenti e/o alcolodipendenti. Essi venivano definiti come gruppi di *Alcolisti Anonimi* e i *Narcotici Anonimi*.

Negli anni Novanta sorgono le prime strutture pubbliche dedicate alle tossicodipendenze, i Sert (Servizio per le Tossicodipendenze), con una propria autonomia e distinguendosi per le diverse modalità di intervento al livello locale.

In questo periodo compare anche in Italia un farmaco, derivato dall'oppio, capace di sostituirsi all'eroina e che veniva somministrato sotto forma di sciroppo: il metadone. Fu utilizzato in maniera notevole, poiché prescritto alla maggior parte dei dipendenti da eroina che seguivano un percorso nei Sert. Allo stesso modo veniva somministrato anche ai tossicodipendenti che giungeva in strutture ospedaliere con crisi di astinenza. L'utilizzo di tale farmaco, una volta assunto in quantità tale da sostituirsi all'uso di eroina, doveva essere *scalato*, ovvero veniva somministrato in dosaggi gradualmente ridotti fino alla completa sospensione.

La realtà rivelò però che solo in parte l'uso del metadone era utile alla cura della tossicodipendenza e soprattutto non risultò adatto a tutti i soggetti. In particolare, si assisteva in numero casi di pazienti seguiti dai pubblici servizi a crisi di astinenza in seguito alla diminuzione della dose, i cui effetti erano persino peggiori rispetto a quelle

causate da eroina. Inoltre, durante la fase di *scalaggio*, gli assistiti riprendevano ad assumere le sostanze di cui si stava cercando di sradicare la dipendenza. Proprio per attorno al metadone si sviluppò un mercato nero, veniva spacciato dagli stessi tossicodipendenti in carico che ne fingevano l'assunzione per poi rivenderlo. La divisione tra le due concezioni di "*cura della tossicodipendenza*" si delineò anche e soprattutto attorno all'utilizzo del metadone. Vi era chi sosteneva l'utilità del farmaco, convertendo i programmi di *scalaggio* in programmi di mantenimento, così che con dosaggi sufficientemente alti si potesse evitare il *craving* da eroina. Dall'altra parte vi era invece chi sosteneva la tesi opposta, anti-metadone, secondo cui il suo utilizzo era incompatibile con le attività sociali e relazionali.

Durante gli anni Novanta ci fu una grande sperimentazione farmacologica, infatti ai farmaci antidroga si deve il merito di aver tenuto in vita, anche se ancora dipendenti, molte persone, che sarebbero sicuramente andate incontro a morte per overdose o a malattie correlate a sostanza e assunzione endovenosa. L'applicazione delle politiche di riduzione del danno, hanno consentito anche a un calo delle infezioni da HIV ed epatite virale B e C.

Contestualmente, però, negli anni Novanta si ebbe un incremento dell'uso di cocaina, conseguenza della sua diminuzione di prezzo e della maggiore facilità di reperimento. Fecero il loro ingresso nel mercato e nell'uso maggiormente diffuso anche le droghe sintetiche. A rivolgersi maggiormente agli operatori dei servizi erano i più giovani. Erano i consumatori delle cosiddette *nuove droghe*, spesso assunte in poli-abuso con cocaina, cannabis, ma anche eroina. In questo scenario, i Sert avviarono un processo di specializzazione per contrastare le problematiche che stavano emergendo. Anche le comunità terapeutiche rielaborarono le tecniche che avevano dato i migliori risultati, infatti, accanto ai programmi tradizionali, residenziali

che avevano una durata di un anno e mezzo, sorsero programmi specifici, diurni e a breve termine. Tra i giovani tossicodipendenti veniva, inoltre, riscontrato un problema di tipo psichico: si diagnosticano nevrosi gravi, psicosi e disturbi di personalità che si manifestavano dopo la presa in carico o la disintossicazione. Si inizia a parlare così di doppia diagnosi<sup>4</sup>.

### 1.3 Dipendenza da sostanze oggi

Nelle pagine che seguono lo sguardo viene rivolto all'oggi, ad un'analisi delle droghe e della tossicodipendenza nella società odierna.

Con la fine degli anni Novanta si inizia a parlare di ecstasy, MDMA e delle *smart-drugs*, dovendo fronteggiare i primi intossicati dalle cosiddette *pasticche da sballo*. Ciò sembra indicare una graduale ma una inesorabile sostituzione delle sostanze fino a quel momento più temute, cocaina ed eroina, con le nuove droghe sintetiche. La percezione di queste sostanze, soprattutto tra i più giovani, non è quella di una droga, ma piuttosto di un gioco con il quale riempire la noia di una serata. Gli effetti indotti da queste sostanze è un aumento della sensibilità verso le proprie e altrui emozioni, forniscono una maggiore capacità di comunicare, attirando proprio per questo i più giovani perché li consentiva loro ad aprirsi e socializzare.<sup>5</sup> Per seguire il cambiamento delle sostanze vengono modificati i programmi di prevenzione, focalizzandoli sulle *droghe del sabato sera*.

---

<sup>4</sup> Questo termine si riferisce ad una comorbidità per cui coesistono disturbi da assunzione di sostanze e disturbi psichiatrici. Questo pone il dubbio diagnostico di quale sia il disturbo primario: è difficile stabilire con certezza quale sia il disturbo primario ed è quindi importante la formulazione di una corretta diagnosi

<sup>5</sup> Tali effetti vengono definiti come empatogeno ed entactogeno.

L'inizio del nuovo secolo si accompagna al ritorno delle droghe tradizionali. L'abbassamento del prezzo della cocaina porta ad un nuovo dilagare del suo consumo, rendendola non più la droga dei ricchi, ma per tutti. Il ritorno dell'eroina invece, è da imputarsi alla sua nuova modalità di assunzione, cioè fumata. Il traffico di sostanze segue le politiche del marketing: un largo consumo fa abbassare i prezzi e il prodotto si diffonde maggiormente.

Nella società attuale il consumismo regola i vissuti emotivi ed affettivi, così da controllarli ed inibirli. L'individuo è impegnato a soddisfare i propri bisogni e ai beni di consumo è affidato questo compito (es. le pubblicità). Questo ha portato alla modulazione e al rallentamento dell'impegno necessario allo sviluppo di quelle competenze che servono per costruire la personalità. Gli effetti delle sostanze psicotrope, facilitando il contatto con il mondo interno ed esterno rendono così accessibili quei vissuti emotivi ed affettivi che il consumismo cerca di controllare. Si ha così il lancio, da parte della società odierna, di messaggi contraddittori che spingono al consumismo. Non tutti, però, possono soddisfare queste richieste, sviluppando così una crisi relazionale che porta a disagio sociale. È ciò che fa avvicinare i giovani e giovani-adulti all'uso delle sostanze psicotrope, che sono ritenute le uniche capaci di far provare loro delle emozioni forti o comunque in grado di alleviare una sofferenza nascosta e mascherata. Già nel 1980 Cancrini, psichiatra e psicoterapeuta, aveva ipotizzato che il ricorso alle sostanze potesse essere il risultato di un tentativo di autoterapia, per alleviare il senso di vuoto che si sviluppa in molti giovani.<sup>6</sup> L'alcol e le droghe fanno da serbatoi emotivi, così da rendere funzionale l'esperienza della

---

<sup>6</sup> "S. la prima volta sono stata anche male però...cioè vomitavo, e però dentro di me dicevo "ecco cosa cercavo", cioè è come se mi ripagasse di tutte le mancanze che ho avuto, mi sentivo più forte, sentivo di riuscire a stare in mezzo alla gente, non so...tante cose...proprio mi appagava di tutto quello che mi mancava, comunque di sicuro non ho mai provato una roba più bella dell'eroina, cioè lo dico tuttora non c'è roba più bella..." biografia di una donna in trattamento per dipendenza da eroina presso il Sert della Provincia autonoma di Trento (Molteni, 2017).

persona, attraverso il raggiungimento di stati emotivi piacevoli, allontanando stati dolorosi. Questi stati piacevoli suscitano nella persona un desiderio compulsivo, fino a portarlo al fenomeno del *craving*.

Il processo di avvicinamento al mondo delle droghe inizia con la conoscenza del tipo di droghe presenti sul mercato, dei loro effetti e delle modalità per la loro assunzione e di acquisto. Il processo avviene all'interno di gruppi sociali nei quali l'utilizzo di queste sostanze è accettato e praticato. In particolare, Matza parla di *affiliazione e disposizione*, indicando con essi il processo attraverso cui un giovane, estraneo al mondo delle droghe, si avvicina a questo mondo, accostando questo tipo di comportamento alla sua persona, definendola perciò come in grado di compiere tale azione ("Come si diventa devianti", 1976). In particolare "l'*affiliazione* consiste nella definizione di una relazione stretta tra soggetti che non avevano precedentemente legami, mentre *con disposizione* si intende la volontà e l'intenzionalità di tale azione. *"L'affiliazione a gruppi di consumatori di droghe costituisce la condizione basilare dell'avvicinamento alle sostanze, anche in virtù dell'età in cui questo avvicinamento si verifica più frequentemente, ossia quella adolescenziale nella quale il bisogno di costruirsi reti di relazioni esterne al contesto familiare ed una propria identità è più forte. La particolarità risiede nella composizione di tali network sociali: sono generalmente di dimensioni ridotte e si costituiscono prevalentemente di uomini, con età maggiore e con esperienza pregressa di sperimentazione di sostanze. La componente femminile è ridotta a due o tre membri, legati da una salda amicizia"* (Molteni, 2017).

L'uso di droghe è un fenomeno in crescita e sottovalutato, si è avuto un preoccupante incremento del consumo di sostanze legali e non. Sono state prodotte oltre settecento molecole sintetiche che ora invadono il mercato delle droghe e sono reperibili



facilmente sia i comuni canali di spaccio, sia attraverso il web. Oggi si ha sempre più a che fare con i poli consumatori, dove le sostanze utilizzate sono due o più di due. C'è stato un incremento dei consumi di sostanze tra i giovani e questo ha portato anche all'abbassamento dell'età media della prima assunzione. L'abuso di sostanze è quasi diventato normale, ma intorno a questo argomento dilaga comunque una scarsa informazione. Infatti, chi fa uso di sostanze non sempre è a conoscenza dei danni a lungo termine che potrebbero riportare le strutture cerebrali. Solo in rari casi si ha la consapevolezza che l'effetto psicotropo ha origine da uno sconvolgimento a livello neuronale. I neoconsumatori non associano le conseguenze cliniche con il consumo di sostanze, all'emarginazione sociale. Chi inizia è lontano dal pensare che presto sarà dipendente, sembra quasi che abbia tutto perfettamente sotto controllo, che possa smettere quando vuole, ma senza che se ne renderà conto, sarà già tardi.

## 2. TOSSICODIPENDENZA E GENITORIALITÀ

### 2.1 Compatibilità tra tossicodipendenza e genitorialità

Si definirà ora quella che è la *genitorialità* che come si pensa, non è connessa con l'evento della nascita, ma è un processo in cui si ha l'elaborazione delle proprie relazioni affettive e porta ad alterazioni degli equilibri di coppia. Questo però, avviene per costruire dei nuovi equilibri che favoriranno la relazione bambino-genitori.

Nella *genitorialità* si individuano due livelli di coinvolgimento diversi, che si ritrovano nel padre e nella madre. Quest'ultima deve da subito stabilire un rapporto a due con il bambino e in seguito inserire all'interno di questa relazione il *terzo*, cioè il padre, che ha la funzione di proteggere la diade madre-bambino.

In una situazione di tossicodipendenza, è difficile riuscire a valorizzare aspetti e risorse genitoriali, perché è un percorso soggetto a miglioramenti, ma anche a ricadute, che vanno a provocare disagi. Si può quindi introdurre il concetto di *“trascuratezza genitoriale che non va inteso come effetto diretto dell'assunzione di droga, e quindi come manifestazione specifica di una generale incapacità del tossicodipendente di svolgere con competenza e lucidità i proprio compiti sociali. Viceversa, si intende come il segnale di fallimento, psicologicamente estremamente serio e drammatico, della capacità d'investire in modo adeguato la propria emotività nel rapporto con il figlio”* (Cirillo et al., 2017).

Il mondo interiore del genitore trascurante viene condizionato da quelle relazioni insoddisfacenti che si sono sperimentate quando si era figli. Il mondo interiore del

genitore tossicodipendente deve far parte dell'interiorizzazione dell'attaccamento del figlio.

Introducendo la teoria dell'*attaccamento*<sup>7</sup> che fa una panoramica di come le relazioni primarie determinano lo sviluppo delle capacità di regolazione emotiva del bambino, si è notato che in famiglie con genitori tossicodipendenti il bambino tende a stabilire un *attaccamento insicuro* con i propri *caregivers*<sup>8</sup>, più nello specifico, un attaccamento insicuro-disorganizzato.

I genitori che abusano di sostanze devono affrontare problemi che intaccano le abilità genitoriali, come ad esempio la mancanza di fiducia e calore nella relazione genitore-figlio. Non si ha una definita struttura familiare e questo va ad esporre i bambini a rischi, come lo sviluppo di problemi comportamentali o di tossicodipendenza.

Cirillo spiega che la motivazione dell'incapacità genitoriale di queste persone, va cercata all'interno della famiglia d'origine, molto spesso è correlata alla madre del genitore trascurante (Cirillo et al., 2017).

Per spiegare meglio il ruolo della madre si può far riferimento alla *teoria dello specchio*, in cui il bambino avvia un percorso atto ad uscire dalla condizione di simbiosi *fusionale* con la madre, per arrivare a prendere coscienza della propria esistenza autonoma e distinta da quella materna. Si tratta di una esperienza del tutto simile a quella della visione sé stessi riflessi in uno specchio: esso definisce in maniera quasi perfetta l'immagine che vi è riflessa e quindi la propria immagine. *“Lo specchio è rappresentato dallo sguardo della madre, che se fornisce un rispecchiamento di ritorno, ossia in risposta alle esigenze di riconoscimento del bambino come individuo separato, allora*

---

<sup>7</sup> Si avrà modo di parlare meglio della teoria dell'attaccamento nel paragrafo sotto dedicatogli.

<sup>8</sup> Il caregiver è colui che si prende cura del bambino, in genere è figura della mamma, che si occupa dei suoi bisogni fisiologici e affettivi oppure può essere qualunque adulto significativo per il bambino, come ad esempio i nonni.

*la fase viene superata, mentre se lo sguardo esprime un'invertita richiesta di riconoscimento, l'individualità viene negata e il bambino risulta costruito dalle proiezioni della madre” (Cirillo et al., 2017).*

Si può affermare che se nella famiglia di origine del genitore trascurante ci sono stati episodi di carenze o esperienze traumatiche, queste verranno poi trasmesse a lui *intergenerazionalmente*, perché andranno ad ostacolare il ruolo parentale di una generazione e anche della successiva (Cirillo et al., 2017).

## **2.2 La madre tossicodipendente**

Quando si parla di donne, madri tossicodipendenti, non si può non far riferimento alla stigmatizzazione che esse subiscono dalla società. Quest'ultima infatti, ha una forte reazione alla tossicodipendenza femminile, rispetto a quella maschile che pare essere quasi normale. Questa reazione è dovuta al pensiero che esercitando una condotta drogastica, queste donne vengano meno all'ideale di femminilità, connesso con l'essere madre e caregiver. Ciò va ad accrescere il senso di colpa e la vergogna di chi abusa di sostanze.

In molti casi le donne tossicodipendenti provano a far andare d'accordo le loro due vite, quella tossicomane e quella lavorativa, però possono trovarsi davanti ad eventi come l'arresto o la gravidanza, che fanno emergere questa doppia vita, con effetto sulla loro identità che verrà riconsiderata (Molteni, 2017).

La relazione genitoriale e il suo recupero vengono intaccate negativamente dallo stigma che si crea pensando alla maternità di una donna tossicodipendente. Si ha come una resistenza rispetto all'associazione tra le condizioni di maternità e tossicodipendenza, condizioni che pongono agli opposti per l'immaginario collettivo.

La maternità che raccoglie un significato di piena realizzazione della donna, mentre la tossicodipendenza portatrice di un'immagine fallimentare o addirittura distruttiva. La tossicodipendenza, infatti, si pone come una battuta di arresto nel processo di sviluppo della persona, tale da suscitare un forte contrasto con la maternità. *“Il ruolo fondamentale in senso di protezione e competenza che la società attribuisce all'essere madre è difficilmente applicabile alla tossicodipendente, nell'entourage della quale, vige la certezza che essa, per diventare madre, debba smettere di drogarsi e che nel frattempo qualcuno di competente e più sano di occupi del bambino. La maternità della tossicodipendente sembra quindi tratta come un legame che non c'è mentre una donna che partorisce il suo bambino è già sua madre”* (Collodi).

In queste donne vengono a crearsi dei sentimenti ambivalenti, dovuti all'interiorizzazione del conflitto tra maternità e tossicodipendenza, creando così un pregiudizio su quella che sarà la loro capacità genitoriale. Nella maggior parte dei casi la gravidanza non è stata cercata, ma è arrivata per non aver dato importanza alla contraccezione, dovuta anche all'assenza del ciclo mestruale, conseguente all'uso di eroina ed a uno stile di vita irregolare (Molteni, 2017).

Nelle tossicodipendenti la gravidanza e la maternità sono *“momenti che da un lato possono favorire processi di riflessione o progetti alternativi, ma dall'altro lato vengono vissuti dalla donna come fonte di frustrazione, sia per la discriminazione che subiscono durante i ricoveri, sia perché non si sentono sostenute dai familiari”* (De Fazio, 2002).

Le madri tossicodipendenti appaiono rigide nelle rappresentazioni mentali di sé, del bambino e del partner, ciò sembra essere un segno di resistenza al cambiamento. Tendono a rappresentare il proprio sé in due modi differenti: in modo negativo dove si ha poca stima di sé e una rappresentazione dove si vedono madri più gratificante. Molte volte la relazione con il partner è ambivalente e caratterizzata dal rifiuto, esso

viene visto come incapace di sostegno economico ed affettivo. Nelle donne che abusano di sostanze il bambino è una forma di riscatto del proprio passato, andando anche a colmare il senso di vuoto che esistenziale e relazionale che la madre sente.

### **2.2.1 Gravidanza**

La donna tossicodipendente scopre la gravidanza con *notevole ritardo*. Come accennato nel paragrafo precedente, la sostanza porta amenorrea e quindi la donna non sospetta di essere incinta. I sintomi tipici della gravidanza sono spesso scambiati per astinenza, vengono così alleviati tramite l'assunzione di droga (Zolesi, 1998). Scoprire la gravidanza ha un impatto molto duro, molte donne imboccano infatti, la strada dell'aborto<sup>9</sup>, chi invece decide di portarla avanti alle volte fatica ad accettare di diventare madre. Non tutte le donne però si fanno scoraggiare, alcune accettano la gravidanza, perché nella maternità vedono un motivo per cambiare, per allontanarsi dalla droga.

Le donne che scelgono di proseguire con la gravidanza non si preoccupano molto delle cure prenatali, infatti, la richiesta di un intervento assistenziale è tardiva. Questo accade perché esse si sentono discriminate, a volte anche colpevolizzate da dovrebbe aiutarle. La gravidanza è oramai medicalizzata e chi si esime dagli esami necessari per verificare lo stato di benessere del bambino e soprattutto fa uso di droga nel periodo di gestazione, viene spesso giudicato negativamente (Molteni, 2017). Le tossicodipendenti per questa ragione non si fidano del personale medico e non rivelano mai il loro abuso di droghe, portando il medico a non identificare quelli che sono gli effetti delle sostanze, scambiati per i sintomi della gravidanza. Se la

---

<sup>9</sup> Quando la donna tossicodipendente decide di abortire lo fa perché sa che non può garantire un futuro a suo figlio e perché non si ritiene in grado di svolgere il dovere di madre. Questo dovere implica la presenza di un padre, di un nucleo familiare solido, ma anche di condizione economiche e lavorative adeguate (Molteni, 2017).

tossicodipendenza non è individuata, non si ha neanche la messa in atto delle procedure terapeutiche adeguate a cercare di prevenire danni al feto e difficoltà pre e post-parto.

Di seguito vengono segnalati i maggiori danni che l'uso delle sostanze provocano più frequentemente nei diversi stadi della gravidanza:

- stadio *pre-embrionale*: presenza di cellule chiamate blastomeri, sono intercambiabili perché non differenziate. Affinché l'embrione risenta dell'abuso di sostanze deve essere danneggiato un alto numero di cellule;
- stadio *embrionale*: è lo stadio a maggior rischio di danni, perché si ha un grande aumento di cellule e l'embrione può andare incontro a malformazioni a livello degli organi;
- stadio *fetale*: in questo stadio gli organi sono ben formati, l'esposizione alle droghe non porta gravi malformazioni, ma può avere danni seri a livello del sistema nervoso che si sta sviluppando.

Gli effetti delle sostanze assunte dalla madre in gravidanza, non dipendono solo dalla quantità che raggiungerà il feto, ma dipendono soprattutto da come queste si distribuiscono e si accumulano nei tessuti fetali (fegato, cuore, reni), andando a provocare nel feto una *dipendenza passiva* per via degli organi poco sviluppati che non riescono ad espellere la sostanza velocemente (Cantelli Forti, 2005). La dipendenza passiva che viene a crearsi nel feto ha conseguenze al momento della nascita, perché appena il cordone ombelicale che fa da ponte tra madre e bambino viene reciso l'apporto di sostanza viene meno e il neonato può manifestare la *Sindrome di Astinenza Neonatale (SAN)*. Si tratta di un disordine con sintomi che si presentano a livello del sistema nervoso centrale (tremori, insonnia, ipertono), del sistema nervoso autonomo (febbre, tachicardia, arrossamenti) e a livello dell'apparato

gastroenterico (vomito, diarrea, difficoltà nell'alimentazione). A seconda del tipo di droga assunta si avranno manifestazioni cliniche diverse, con gravità diversa (Maglietta, 2001). La terapia con cui trattare la sindrome d'astinenza neonatale prevede un'alimentazione con pasti frequenti e ipercalorica, un apporto di liquidi ed elettroliti; si può intervenire anche tramite il trattamento farmacologico, che varia in base al tipo di sostanza abusata dalla madre.

### **2.2.2 Attaccamento**

L'attaccamento viene considerato un processo essenziale per la sopravvivenza del neonato, ma anche per lo sviluppo fisico e mentale. Il bambino tramite l'attaccamento ottiene accudimento dal caregiver, che lo protegge e si prende cura di lui aiutandolo a sviluppare l'autonomia necessaria (Nardi, 2016).

Il primo che si occupò della teoria dell'attaccamento fu Bowlby, che affermava che i bambini già dalla nascita hanno dei meccanismi comportamentali che aumentano la possibilità di sopravvivenza. Il bambino accumulando informazioni sull'affidabilità delle risposte ricevute tramite l'interazione con i *caregivers*, forma la relazione di attaccamento, che costituiscono un modello mentale. Si vanno a costituire così i Modelli Operativi Interni (MOI), la loro funzione è quella di prevedere degli aspetti specifici della relazione con l'altro, cosicché il bambino possa adattare il suo comportamento. I modelli operativi interni sono utili perché compongono la conoscenza autobiografica in modo schematizzato (Bretherton, 1995). Questo serve al bambino per creare un modello della figura di attaccamento, ma anche di sé, quindi se il *caregiver* ha un modello operativo sicuro e disponibile, il bambino interiorizza di essere degno di cure e protezione.

Il sistema di attaccamento è suddiviso in tre fasi:



- *0-6 mesi; orientamento e pattern di riconoscimento*: appena nato il bambino non riesce a distinguere una persona dall'altra, verso la quarta settimana comincia a sorridere alla vista di un volto. Più la madre sorriderà più lui sorriderà. Bowlby riprende Winnicot facendo riferimento al concetto di *holding*, che sottolinea con questo termine il sistema psicofisiologico di protezione e cura che gira attorno al neonato. Durante il terzo mese, si ha la discriminazione da parte del bambino di tutte quelle persone che non rappresentano la madre, questa ai segnali di attenzione dovrà rispondere e dare un feedback;
- *6 mesi-3 anni; attaccamento a scopo programmato (set-goal)*: nel bambino si sviluppa, verso l'ottavo mese, quella che viene definita "*l'ansia per l'estraneo*", cosicché si aggrappa alla madre alla vista di una persona estranea. Questo attaccamento è definito *set-goal*, il piccolo si mantiene vicino alla madre, che è una base sicura, per esplorare l'ambiente, protestare se c'è un pericolo o al momento della separazione.
- *dai 3 anni in poi; formazione di una relazione reciproca*: si ha l'inizio della produzione del linguaggio e il bambino inizia in questa fase a capire che i genitori sono persone separate da lui.

Negli anni sono stati realizzati diversi studi sull'attaccamento infantile che hanno utilizzato nella maggior parte dei casi l'osservazione etologica delle interazioni tra soggetto accudito e soggetto accudente. In particolare, è stata analizzata l'esperienza di separazione e di successivo riavvicinamento dei soggetti, che viene definita "*strange situation*" e si suddivide in otto fasi successive di tre minuti ciascuna. Ecco di seguito descritte (Nardi, 2016):

- *nella stanza di osservazione vengono fatti entrare madre e bambino, poi lasciati soli;*

- *il bambino ha la possibilità di esplorare l'ambiente e di utilizzare i giocattoli, da solo o con la madre;*
- *entra una persona estranea che sta in silenzio, poi parla con la madre e quindi coinvolge il bambino in qualche gioco;*
- *la madre esce, lasciando il bambino con la persona estranea;*
- *la madre rientra nella stanza, mentre la persona estranea esce;*
- *la madre esce di nuovo lasciando da solo il bambino nella stanza;*
- *entra la persona estranea che, se necessario, cerca di rassicurare il bambino;*
- *rientra anche la madre.*

Questa *strange situation* è stata messa a punto da Mary Ainsworth e le servì per sviluppare una classificazione della risposta del bambino nel momento della separazione e della riunione con la madre, che descriveva quella che era l'interazione madre-figlio.

Le modalità di attaccamento che ne conseguono sono tre (Nardi, 2016):

- *attaccamento sicuro (gruppo B):* sono bambini in cui vi è un bilanciamento fra l'attaccamento con i genitori e l'esplorazione dell'ambiente, sono indipendenti/autonomi, ma anche dipendenti;
- *attaccamento insicuro-evitante (gruppo A):* sono bambini che inibiscono la manifestazione dei loro bisogni di conforto e protezione rispetto alla figura del *caregiver*, sono autonomi e indipendenti;
- *attaccamento insicuro-ambivalente (gruppo C):* sono bambini dipendenti dal genitore, non sono autonomi e mettono in atto forti manifestazioni di attaccamento, con sentimenti di rabbia o passività che non si placano neanche a raggiungimento dell'obiettivo.

Esiste anche una quarta modalità di attaccamento, *l'insicuro-disorganizzato (gruppo D)* ed è tipico delle famiglie formate da genitori dipendenti. L'attaccamento disorganizzato porta con sé angoscia e confusione, il bambino quindi, tende ad avvicinarsi al *caregiver*, ma allo stesso tempo ad allontanarsi essendo quest'ultimo fonte di paura. L'individuo viene a trovarsi in una situazione traumatica, che consolida in maniera frammentata e vulnerabile il modello operativo interno. Questo tipo di attaccamento infine porta alla depersonalizzazione del soggetto e ad una sua condizione dissociativa. *“Le difese organizzate per cercare alternative al fallimento della relazione intersoggettiva sperimentata nei primi anni di vita si basano sull'attivazione di stati dissociati del sé che non riparano l'individuo da esperienze soggettive stressanti intollerabili associate alle motivazioni di attaccamento”* (Cirillo et al., 2017).

## **2.3 Il padre tossicodipendente**

Quando si parla di genitorialità si deve tenere conto delle differenze di genere che influenzano il percorso di vita della persona, i Sert e le istituzioni tendono ad avere un grande controllo sulle madri tossicodipendenti e sulle coppie, però non vengono mai nominati i figli che nascono da padri tossicodipendenti, perché quest'ultimi hanno relazioni, il più delle volte, con donne che non abusano di sostanze (Molteni, 2017).

Le informazioni rivolte al profilo del padre tossicodipendente sono poche, perché si tende sempre a fare maggiore attenzione alla madre dipendente e allo sviluppo del bambino.

Come ampiamente spiegato nel primo capitolo, in chi fa uso di sostanze si sviluppa una sindrome neuroadattiva, che porta ad alterazioni del sistema della ricompensa e

anche della memoria a breve termine. Il danneggiamento di quest'ultima compromette la capacità di accudimento del padre nel dover soddisfare i bisogni del figlio, portando anche chi lavora nei servizi a giudicare inaffidabile la persona. Nella relazione tra padre e bambino, quest'ultimo, interiorizza meccanismi anziché di controllo o posticipazione della gratificazione, meccanismi caratterizzati da immediatezza, ripetitività e ricerca della gratificazione. Verso un padre tossicodipendente però, si diffonde il pregiudizio culturale, secondo cui esso sia incapace di fare il genitore, perché visto come un trasgressore e assuntore di sostanze illegali.

La presa in carico per il recupero delle capacità genitoriali avviene solo se l'uomo è in coppia con una donna che mette in atto comportamenti drogastici. Nonostante la rilevanza minoritaria associata alla presa in carico del padre la riabilitazione della figura paterna dipendente deve essere una priorità, proprio come lo è quella della madre e dello sviluppo del bambino, perché quest'ultimo apprende anche per imitazione dei gesti di entrambi i genitori (Marcomini et al., 2007).

## **2.4 Essere figlio di un tossicodipendente**

Come già trattato nel paragrafo inerente all'attaccamento, il bambino sviluppa fin da subito la sua personalità e il suo carattere. Esso sin dalla nascita è incline al controllo delle situazioni ambientali e all'autoregolazione. Tenderà, perciò, non solo a segnalare il proprio disagio, ma anche a far sì che si origini una reazione nell'adulto che se ne prende cura. Questo processo non si discosta dal legame esistente tra bambino e figura di attaccamento. La risposta adeguata data dall'adulto al bisogno, tenderà a renderlo una *base sicura*.

Se si tratta però di genitori tossicodipendenti, quanto sopra esposto viene trascurato causando un attaccamento incerto, andando incontro a segnali di trascuratezza genitoriale. Il bambino può essere inoltre usato per richiamare l'attenzione della madre del neogenitore, dal quale in molti casi ha sviluppato un sentimento di abbandono. Se la nonna non vorrà però prendersi cura del nipote, il figlio o la figlia, reagirà con condotte maltrattanti o di abbandono verso il bambino. Il rovescio della medaglia, cioè se la nonna decide di occuparsi del nipote, farà crescere un senso di gelosia nel neogenitore perché in competizione con suo figlio relativamente il desiderio di amore e di accudimento, specie per compensare i vuoti accusati nella sua infanzia.

I bambini sviluppano disturbi inerenti alla fragilità della loro immagine, disturbi dell'attaccamento, alle volte oscillano tra il bisogno di essere il figlio dei propri genitori e quello di essere accudito dai nonni.

*“L'evoluzione psicologica e affettiva appare condizionata da due elementi, che hanno caratterizzato anche lo sviluppo del genitore tossicodipendente, nei rapporti con la sua famiglia di origine: il mancato completamento del processo di separazione ed individuazione e la precoce adultizzazione”* (Cirillo et al., 2017). Nella maggior parte dei casi questi bambini, in ambito scolastico, sono tranquilli ed adeguati, ma con il tempo manifesteranno disturbi psicopatologici dovuti alle difficoltà riscontrate durante il processo di sviluppo.

Tramite comportamenti aggressivi, eccitazione e iperattività i bambini negano la realtà che li circonda. In questi comportamenti si percepisce il conflitto tra la paura di essere abbandonato e la tendenza all'autonomia personale. Questi bambini quindi, sono portati ad essere adulti precocemente, a distinguere quando è il momento di essere bambino e quando invece essere la guida dei loro genitori. Non è raro che

sviluppendosi relazioni inadeguate tra i genitori e il bambino sia proprio quest'ultimo a prendersi cura di chi dovrebbe curarsi di lui (Cirillo et al., 2017).

*“È come se il genitore tossicodipendente non sapesse costruire per il figlio altro che la propria vicenda traumatica e gli consegnasse elementi relazionali, affettivi, pulsionali già sperimentati nella sua persona”* (Cirillo et al., 2017). La trasmissione intergenerazionale dei modelli di attaccamento fa sì che carenze nell'accudimento, violenze e traumi vengano tramandati da una generazione all'altra, andando a ricreare stati depressivi, insicurezza, ma anche condotte drogastiche. Questi bambini sono posti in una complessa rete di relazioni intergenerazionali fra genitori e nonni, quest'ultimi si fanno carico del ruolo educativo e di sostegno per il minore, cercano di far fronte alle mancanze dei genitori. In questa complessa rete il bambino diventa uno strumento nel rapporto nonni-genitori, che lo usano per soddisfare i loro bisogni (Cirillo et al., 2017). Il bisogno che questi bambini hanno di prendersi cura dei genitori, li porta a non immaginare che il comportamento di quest'ultimi può essere nocivo per loro. Infatti, non riescono a percepire come un danno la trascuratezza e i maltrattamenti (Cirillo, 2019).

#### **2.4.1 Affidamento e adozione**

I servizi che hanno in carico le famiglie tossicodipendenti solitamente sono restii a fare segnalazione al Tribunale dei minori. Si deve precisare che quando si segnala un minore, questo non comporta in automatico un provvedimento per il suo *allontanamento* dai genitori. Questo accorgimento è conseguente solo alla sospensione della potestà genitoriale. Bisogna sempre tenere conto che la misura protettiva che viene scelta deve essere adeguata e non deve andare a ledere il rapporto genitore-figlio.

Uno dei provvedimenti di allontanamento è l'*affido*, una misura di protezione che è destinata ai minori trascurati e maltrattati. Per il bambino, inizialmente, sarà difficile staccarsi, proprio per quanto citato nel paragrafo precedente, ma anche perché si andrà a creare una condizione tale per cui si sentirà "figlio di nessuno", perché non appartiene alla famiglia affidataria ed allo stesso tempo neanche alla famiglia naturale. È bene quindi precisare, che la famiglia d'origine sarà sempre per il bambino la sua unica famiglia. Prima di procedere all'affido però, deve essere stabilito il piano di recupero dei genitori perché si presuppone che la loro difficoltà nel prendersi cura del figlio sia temporanea e di conseguenza alla fine del programma il bambino tornerà nella sua famiglia di origine (Cirillo, 2019). L'obiettivo è quindi quello di tutelare entrambe le figure bambino e genitore tossico. Il primo assicurandogli le cure temporanee di una famiglia, cosa che il genitore dipendente non è in grado di fare al momento. Al genitore viene concesso invece di dedicarsi in completo a sé stesso e intraprendere un percorso di recupero che gli consenta successivamente il pieno rientro nella società e di vedere riaffidato il proprio figlio.

Un altro provvedimento di allontanamento dai genitori è l'adozione, in cui il Tribunale sentenza che il bambino è in stato di abbandono e quindi in una condizione di adottabilità. La situazione è diversa rispetto all'affido, essendosi essa aggravata tanto da definire l'abbandono e quindi non poter più essere una soluzione temporanea. Con l'adozione viene sottolineata l'importanza di permettere anche a bambini, che sono nati in situazioni familiari maltrattanti, di avere un'appartenenza stabile e sicura, che troveranno nella famiglia adottiva. "Al bambino deve arrivare che chi lo ha messo al mondo non era capace, o non è più stato capace, di fare il genitore, e che, siccome un bambino per crescere ha bisogno di avere dei genitori, il giudice ha deciso che ne potrà avere due anche lui" (Cirillo, 2019). Il bambino stringerà un vincolo con i genitori

adottivi solo se riuscirà a spezzare i sensi di colpa e si autorizzerà a provare dolore verso le sofferenze che i genitori gli hanno inflitto.



# 3. INTERVENTI EDUCATIVI DELL'EDUCATORE PROFESSIONALE

## 3.1 Come l'educatore professionale supporta l'utente nel recupero del rapporto con i/il figli/o

Dovendo definire la figura dell'educatore professionale e delinearne il ruolo è bene rimandare al testo del D.M. 520/1998 secondo il quale *“l'educatore professionale è l'operatore sociale e sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, attua specifici progetti educativi e riabilitativi, nell'ambito di un progetto terapeutico elaborato da un'equipe multidisciplinare, volti ad uno sviluppo equilibrato della personalità con obiettivi educativo/relazionali in un contesto di partecipazione e recupero alla vita quotidiana; cura il positivo inserimento o reinserimento psico-sociale dei soggetti in difficoltà”* (Ministero della sanità). Perciò, il progetto educativo che l'educatore professionale sviluppa per la persona è individualizzato, così che si vada a creare una relazione a due con il paziente, prevedendo un'adeguata organizzazione dei bisogni del singolo soggetto (Gardella, 2016).

Questa breve premessa sul ruolo dell'educatore professionale è utile per comprenderne meglio l'apporto nel processo riabilitativo alla genitorialità del soggetto tossicodipendente, in particolare qual è il suo obiettivo principale. Si tratta, infatti, di interrompere il ciclo della trascuratezza, che in moltissimi casi dapprima hanno sperimentato i genitori tossicodipendenti e che potrebbero sperimentare anche i loro figli, facendosi carico di quello che è il rapporto genitori-figli.

L'educatore professionale con il genitore tossicodipendente deve strutturare dei programmi per l'acquisizione di quelle che sono le competenze familiari, che mirino anche al rafforzamento dei fattori protettivi della famiglia. Questi fattori sono: la comunicazione, la fiducia, le abilità di risoluzione dei problemi e dei conflitti. I programmi devono essere strutturati anche per far stare genitori e figli insieme cosicché si vada a rafforzare il legame e l'attaccamento.

La genitorialità del tossicodipendente va considerata dall'educatore professionale come una risorsa: essendo molto questi soggetti vincolati a guardare il passato, essa può essere utilizzata come strumento per far sì che il tossicodipendente ponga la sua attenzione al presente. L'educatore professionale impronderà un progetto che aiuti la persona a distogliere l'attenzione dai genitori per portarla verso i figli. Così facendo, esso riuscirà ad uscire dalla dimensione del bambino<sup>10</sup> che è in lui, identificandosi nella figura del genitore.

L'avvio del progetto, però, è condizionato ad un elemento fondamentale: il figlio della coppia tossicodipendente o della singola persona dipendente deve aver subito conseguenze negative dalla dipendenza dei genitori. Al contrario si tratterebbe di una mera forzatura per entrambi con un conseguente fallimento del progetto. Dal momento in cui il bambino risulta danneggiato dalla tossicodipendenza del genitore, l'educatore professionale deve cercare di comprendere la natura della sua sofferenza, così da poterla rielaborare con il genitore. Il danno che l'educatore ricerca può essere di tipo:

- *sanitario*: una crisi di astinenza del bambino alla nascita, crisi conosciuta bene anche dai genitori;

---

<sup>10</sup> In casa i tossicodipendenti sono sempre trattati da bambini, perché la tossicodipendenza fa sì che la famiglia si organizzi sulle tematiche del controllo, così da portare persone ormai adulte ad una condizione adolescenziale e venir trattate come bambini capricciosi (Cambiaso, 1992).

- *sociale*: i figli dei tossicodipendenti devono sopportare cambiamenti di tipo abitativo e relazionale, che li porta a perdere i loro punti di riferimento;
- *psicologico*: i bambini soffrono di disturbi dell'attaccamento con inversione di ruoli, si ritrovano cioè a dover fare da genitori chi dovrebbe prendersi cura di loro.

L'educatore professionale deve anche tenere in considerazione che non sempre essere figlio di una persona dipendente da sostanze vuol dire crescere in uno stato di abbandono o in un ambiente non idoneo allo sviluppo. Deve essere, perciò, sempre valutata la capacità di questi genitori di prendersi cura dei propri figli.

L'educatore professionale progetta *insieme* alla persona un percorso di cura e sostegno alla genitorialità, che prenda in considerazione tutta la famiglia: il tossicodipendente, il suo partner, i bambini, i nonni. Per elaborare al meglio questo percorso l'educatore professionale deve costruire un'alleanza con il tossicodipendente, così da trasmettergli l'importanza, per lui e per i figli, dell'intervento. Allo stesso tempo deve supportare i nonni per fare chiarezza su quelli che sono i confini e i ruoli familiari. L'intervento è mirato a migliorare le capacità genitoriali della persona dipendente da sostanze, andando così a valorizzare risorse già esistenti e aiutare a capire l'ambivalenza dei nonni, così che non vengano percepiti dai nipoti come le loro figure genitoriali. L'obiettivo è quindi ristabilire i ruoli all'interno della famiglia (Cirillo et al, 2017). Gli individui devono andare a sviluppare una prospettiva che guarda agli aspetti relazionali e di benessere, cosicché l'intervento sia mirato alla maturazione dell'identità unica di ciascun membro della famiglia.

I genitori devono essere stimolati a osservare e comprendere i comportamenti dei loro figli, a dare loro supporto emotivo e ricompensarli quando si comportano correttamente. Sarà quindi necessario per l'educatore professionale lavorare anche

sulla tolleranza, cioè sul fatto che la gratificazione derivante dal corretto comportamento dei propri figli necessita di attesa. Infatti, questa tipologia di rieducazione è conseguenza del fatto che i tossicodipendenti nella maggior parte dei casi fanno uso di sostanze proprio perché queste producono in loro un'immediata gratificazione e sensazione di benessere.

Un'adeguata presa in carico della persona tossicodipendente da parte dell'educatore professionale, ma anche dai servizi, si delinea secondo questi fattori (Euticchio, 2000):

- *non si deve prendere in carico la singola persona, ma tutto il nucleo familiare:* questo fa sì che l'educatore professionale possa utilizzare strumenti comunicativi adeguati, così da avere un quadro completo delle informazioni utili per intervenire;
- *la presa in carico deve essere interprofessionale, così da intervenire sui diversi aspetti:* questo fa sì che ci sia un confronto tra i Servizi, le Istituzioni e le professionalità coinvolte, così da coordinare gli interventi sullo stesso caso familiare;
- *maggior promozione delle reti sociali di riferimento per valorizzare le capacità residue presenti nel nucleo familiare e nella rete sociale, valutando attentamente le competenze genitoriali delle persone che si curano del bambino.*

Il ruolo dell'educatore professionale è quindi fondamentale e volto come fine ultimo alla tutela del minore. Secondo Cirillo, infatti, *“La sempre maggiore sensibilità e attenzione che si diffonde nei confronti dei minori, anche da parte di chi opera nei servizi per le tossicodipendenze, fa sperare di poter interrompere quelle trasmissioni intergenerazionali del dolore, con interventi preventivi e prese in carico precoci”* (Cirillo et al., 2017)

## **3.2 L'intervento dell'educatore professionale: un caso clinico**

Nelle pagine che seguono viene analizzato un caso clinico riguardante l'intervento rieducativo e riabilitativo di un soggetto tossicodipendente al contempo genitore. Il soggetto preso in esame, che nel proseguo del testo per motivi di riservatezza verrà definito come utente, è ospite della Comunità Terapeutica di Massignano. Questa comunità accoglie uomini e donne con problemi di abuso di sostanze e problemi legati all'alcol e utilizza percorsi di cura personalizzati mirati al reinserimento sociale e lavorativo. Gli obiettivi della comunità sono lo sviluppare sempre più una maggiore autonomia della persona, l'intraprendere un reinserimento socio-lavorativo e promuovere il benessere mentale dell'utente. Di seguito sarà illustrato quello che è stato il percorso tossicomane e da alcolista dell'utente, prima e durante la permanenza nella comunità.

L'utente preso in esame ha 44 anni, molto conosciuto nel paese di provenienza grazie alla professione svolta in passato. Presenta problemi legati all'alcol e all'abuso di droga, principalmente di cocaina. Si è scelto questo caso, proprio perché il suo percorso è stata fortemente altalenante, caratterizzato da un'escalation di eventi che hanno evidenziato l'inadeguatezza del percorso iniziale, tanto da poterlo definire come una bomba pronta a scoppiare ed il cui esito appare a tratti scontato. Prima di giungere a Massignano, dal Sert che lo ha in carico è stato inserito in un percorso riabilitativo all'interno della comunità per alcolisti di Gradara. All'arrivo a Massignano non assumeva né alcol né sostanze da sei mesi.

Si presenta come un uomo molto positivo e sicuro del percorso che sta facendo, risulta essere sempre allegro e vedere il bicchiere mezzo pieno, ma questi suoi atteggiamenti

positivi nascondono la sua sofferenza e le sue difficoltà. L'utente è stato sposato, ma poco prima del suo ricovero nella comunità di Gradara si è separato dalla compagna, con cui ha avuto due figli, un maschio di 24 anni e una femmina di 16 anni. Della figlia gli è stata tolta la responsabilità genitoriale. L'uomo racconta di aver abusato di alcol e di fare uso di cocaina ogni qualvolta usciva con gli amici e la compagna, anche prima della nascita dei due figli. Un periodo stressante della sua vita, però lo ha portato ad abusare di alcol per l'intero giorno: dalla mattina prima di recarsi a lavoro fino a sera nel momento di rincasare. Racconta, che in diverse occasioni, per via delle sue condizioni e per evitare litigi con sua moglie decideva di non rientrare per niente a casa rimanendo a dormire sul posto di lavoro.

Come già anticipato il suo percorso riabilitativo inizia nella comunità di alcolisti di Gradara, dove rimarrà per un anno. Dopo sei mesi dalla sua entrata in comunità però, ricade, nascondendo il tutto alla famiglia, che però dopo averlo scoperto decide di interrompere i rapporti con lui, perché delusi. All'interno della comunità, l'utente e gli operatori lavorano per ricostruire il rapporto. L'ex moglie comunque rimane sempre molto presente nel percorso dell'utente. Arrivato nella Comunità di Massignano, l'equipe lavora molto sul cercare di capire cosa si celi sotto questa sua positività, ma anche dietro l'eccessiva esuberanza, che a volte sfocia in pesantezza nel rapporto con le persone. L'utente usufruisce dei cosiddetti permessi, che gli consentono rientrare a casa ogni fine settimana. Quando torna a casa, soggiorna in casa con la ex compagna e figli, cercando così, di recuperare il rapporto con la sua famiglia. Al suo ritorno in Comunità dal permesso, si riscontra una differenziazione dell'interesse tra i due figli: l'utente parla sempre molto del figlio più grande, che gioca a calcio a livello agonistico e del quale assiste le partite ogni weekend, ma nomina con molta meno frequenza la

figlia, perché questa tende a stare poco con il padre, perché, da quanto si è intuito dai racconti dell'utente, la ragazza si vergogna dei problemi di alcol e droga del padre.

Durante il percorso a Massignano, qualcosa però non va e l'utente ricade più volte, non esprimendo mai però le motivazioni che lo spingono a farlo. Piuttosto assicura sempre tutti di stare bene. A poco a poco, il lavoro della sua operatrice di riferimento fa sì che l'utente si apra almeno con lei, facendo emergere le reali motivazioni delle ricadute: dei debiti che non riesce a onorare tra i quali il mutuo per la sua casa. Questi pensieri lo portano ad assumere un atteggiamento contrario rispetto al solito, diventa silenzioso e scontroso. Si segnala tra l'altro un episodio avvenuto durante un gruppo terapeutico nel quale non accetta l'opinione di un altro utente. Prima si scontrano verbalmente per poi arrivare quasi alle mani, contatto evitato grazie alla prontezza dell'educatore in turno e degli altri utenti.

L'utente comincia anche a passare molto tempo fuori dalla comunità, ma alla reazione della sua educatrice di riferimento per sapere cosa stesse succedendo, risponde sempre che sta bene. Il suo crollo però continua: ricerca contatti con donne sui social network, una di queste lo invita ad una festa in maschera al quale partecipa senza avvertire gli operatori della comunità, episodio nel quale ricade pesantemente. Appena tornato viene fatto restare in comunità per due settimane senza neanche tornare a casa dai suoi figli. Durante questo periodo di permanenza si cerca di comprendere meglio quali siano le sue difficoltà, le sue paure e preoccupazioni. Quando gli viene permesso di nuovo di uscire, passa il fine settimana a Roma da solo e partecipa ad una festa, dove assume un mix di alcol e sostanze. Tornato in comunità, riesce inizialmente a mantenere il tutto nascosto, ma pochi giorni dopo viene ricoverato per una pancreatite, causata proprio dall'abuso di alcol e sostanze relativo quella festa. Anche in 'ospedale il supporto degli operatori della Comunità non viene meno, tanto

che molti di essi gli fanno visita al termine del loro turno di lavoro. Ruolo fondamentale ce l'ha la sua operatrice di riferimento che mettendolo alle strette riesce a farlo parlare. I suoi famigliari con cui aveva ormai recuperato i rapporti, informati dell'accaduto appaiono molto delusi, specie i suoi figli, che di fatto rompono il precario equilibrio che si era creato.

Dopo il ritorno dell'utente in comunità, si è tentato, soprattutto con il lavoro della sua operatrice di riferimento, di fare il punto della situazione, cercando di ricostruire le settimane in cui lui aveva partecipato a feste e fatto uso di sostanze, mantenendo del tutto all'oscuro gli operatori. Anche la sua ex moglie desiderava avere maggiori informazioni su quanto accaduto e sulle sue reali condizioni, di fatto attribuendo gli operatori un ruolo da tramite tra lei e l'utente.

L'operatrice di riferimento dell'utente ha infine ritenuto fosse più adeguato, riformulare il progetto e andare a lavorare su aspetti della sua vita che non erano precedentemente stati presi in considerazione. Si è quindi deciso insieme a all'utente di stilare un nuovo contratto che avesse tra gli obiettivi:

- *recuperare la relazione con i figli, soprattutto con la figlia*: questo intervento è stato chiesto dall'utente e gli incontri sono seguiti dalla sua operatrice di riferimento, che ogni settimana, prima tra padre e figlio, poi con figlia, tiene questi colloqui per cercare di recuperare il rapporto. L'operatrice però, lavora anche con l'utente per sviluppare quelle abilità paterne che ha accantonato per soddisfare l'immaturità adolescenziale che ha caratterizzato tutto il periodo della ricaduta. Al paziente è permesso restare a casa il fine settimana per seguire quelle che sono le attività dei figli, quindi le partite di calcio del figlio e i saggi di ginnastica della figlia, ma anche lo stare semplicemente la domenica



a pranzo insieme o programmare delle giornate padre figli così da incrementare la capacità genitoriale;

- *programmare l'uscita dalla comunità*: con l'operatrice di riferimento si è cominciato a pensare cosa fare una volta che il percorso, ancora lungo, sarà finito. Ci sono pareri discordanti, l'utente vorrebbe tornare a vivere nel suo paese, vicino ai figli e alla ex compagna, ma secondo l'operatrice sarebbe il caso di allontanarsi e fare prima un periodo a *Casa Bechir*. Si tratta di un gruppo appartamento per persone che hanno un buon livello di autonomia, ma presentano dei disagi, come la difficoltà nella separazione dalla comunità, mancanza di riferimenti familiari o di una rete sociale, problematiche nella gestione delle emergenze. Questa soluzione sarebbe una buona opportunità per lui di cominciare a sviluppare ancora più autonomia e crearsi una nuova rete sociale, per svincolarsi definitivamente dai luoghi e dalle vecchie conoscenze che nel lungo periodo potrebbero portarlo a ricadere. Questo non vuol dire che tenerlo lontano dai figli leda il lavoro che si sta facendo nell'intervento con loro, ma significa che i ragazzi potranno passare del tempo con il padre quando vogliono, anche se lui non vive più vicino a loro;
- *lavorare sulla comunicazione*: per evitare che si metta di nuovo in situazioni dannose che lo portano a ricadere, ma riuscire ad affrontarle. Si è deciso di proporgli un lavoro sulla comunicazione, quindi cercare di sviluppare più fiducia nella sua operatrice di riferimento e anche per il resto dell'equipe, così da riuscire ad esprimere ciò che lo turba per poter lavorare su quella specifica situazione e trovare insieme a lui una soluzione diversa dalla sostanza o dall'alcol.

Sono stati selezionati questi pochi aspetti di lavoro, ma essenziali, per consentire all'utente di concentrarsi a pieno su quelli che sono i suoi obiettivi e avere una buona probabilità di successo. Anche se ci saranno probabili periodi altalenanti, di alti e bassi, lavorare bene a questo progetto migliorerà la sua vita una volta uscito dalla comunità, quando ad aiutarlo non ci saranno più gli operatori, ma nella quasi totalità delle situazioni dovrà cavarsela da solo.

# CONCLUSIONI

Nelle prime pagine si era indicato come obiettivo di questo lavoro il cercare di comprendere il grado di compatibilità tra l'essere tossicodipendente e al contempo genitore. Nel corso del testo si è pertanto cercato di analizzare profondamente la figura del genitore dipendente da sostanze, che rimane circondata dallo stigma sociale. Il percorso, partito con un'analisi della dipendenza, delle droghe e di come si sia evoluto nel tempo il loro consumo, ha poi affrontato in maniera più specifica i ruoli e le figure coinvolte nella relazione genitoriale caratterizzata dall'abuso di droga. Infine, ci si è concentrati sul ruolo dell'educatore professionale, quale figura centrale nel processo riabilitativo e di recupero del tossicodipendente, in particolare della funzione che riveste nella "normalizzazione" del rapporto genitoriale dell'utente. Con il caso di studio si è cercato di concretizzare e rendere operativo questo ruolo, analizzando gli aspetti positivi e le criticità che l'educatore professionale deve affrontare quotidianamente nel corso del suo lavoro.

Provando a definire un ipotetico protocollo di lavoro dell'educatore, ma anche dei servizi in generale, si può affermare che all'arrivo della persona dipendente al Sert o in comunità, deve esserci una presa in carico da parte degli operatori, sia della persona che dell'intero nucleo familiare, così da poterli aiutare a costruire un nuovo percorso di vita. I servizi devono quindi sostenere ed ascoltare il tossicodipendente, cosicché egli possa elaborare le sue difficoltà e i suoi trascorsi, cercando di far sì che venga a crearsi un cambiamento, che porti benessere per la persona, la famiglia e nella relazione genitore-figlio. Nel percorso riabilitativo deve anche essere tenuto in considerazione lo stile di attaccamento che questi genitori hanno sviluppato con la famiglia d'origine, per capire come questo possa influenzare il loro rapporto con i figli. Come affermato nei

capitoli precedenti, però, la relazione esistente tra famiglia di origine e genitori tossicodipendenti non ha forzatamente influenza negativa sulla relazione con i figli, ma quest'ultima potrebbe essere così significativa da "proteggerli" dal rischio di sviluppare comportamenti devianti. Come appurato nel caso clinico presentato, ciò che è importante venga fatto dai servizi e dagli operatori è strutturare degli interventi che, destinati a genitori tossicodipendenti, incrementino le loro capacità genitoriali, rendendoli così capaci di gestire la loro relazione con i figli. Nel caso analizzato, la genitorialità è stata considerata dagli operatori come una risorsa e un'occasione per far sì che l'utente rielaborasse il lato adolescenziale che lo aveva portato alla ricaduta. In questo modo egli ha potuto prendere coscienza del valore di ciò che stava perdendo ed attivarsi, con l'aiuto della sua educatrice di riferimento, a recuperare le capacità genitoriali e le relazioni che aveva dissipato. D'altro canto, volendo riscontrare una criticità caratterizzante il caso clinico analizzato si potrebbe evidenziare come la struttura non ha fin da subito incentrato il percorso dell'utente anche e soprattutto sulla sua genitorialità e quindi considerando in modo centrale il suo rapporto con i figli. Ciò si deve principalmente al fatto che la struttura e gli operatori costruiscono i loro progetti iniziali d'intesa con gli utenti e nel caso specifico egli non ha segnalato l'aspetto familiare come una sua criticità fondamentale e meritevole di centralità nel *contratto riabilitativo*, come lo è stato invece per la sfera lavorativa. All'emergere delle difficoltà però, la struttura e l'operatrice in primis hanno ridefinito integralmente il progetto, adeguandolo alle nuove esigenze dell'utente.

In conclusione, l'educatore professionale prende in carico e supporta i genitori, cercando di creare con loro degli interventi mirati al recupero dei rapporti con la famiglia e con i figli. Si può quindi affermare che proprio attraverso l'operato degli educatori si sviluppa una compatibilità tra la tossicodipendenza e la genitorialità. La

condizione fondamentale è però voler guardare e considerare la persona in quanto tale e oltre il suo essere solamente tossicodipendente.

# BIBLIOGRAFIA

Bretherton I., *“A communication prespective on attachment relationships and internal working models”*. Lynn S. Liben Editor, 1995.

Cambiaso G., Berrini R., *“Terapia della famiglia in crisi”*. Franco Angeli, Milano, 1992.

Cancrini L., *“Quei temerari sulle macchine volanti. Studio sulle terapie dei tossicomani”*. NIS, Urbino, 1982.

Cantelli Forti G., Cuomo V., Galli C. L., *“Farmacologia. Principi di base e applicazioni terapeutiche”*. Edizioni Minerva Medica, Torino, 2005.

Cirillo S., Berrini R., Cambiaso G., Mazza R., *“La famiglia del tossicodipendente. Tra terapia e ricerca”*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2017.

Cirillo S., *“Cattivi genitori”*. Raffaello Cortina Editori, Milano, 2019.

De Fazio L., *“Donne, maternità e droga: fattori di rischio ed ipotesi di prevenzione. Analisi di un campione italiano”* in *“Rassegna Italiana di Criminologia”*, 2002.

Euticchio R., *“Tossicodipendenza e genitorialità: tra compulsione e libertà”*, Atti convegno *“Genitorialità e dipendenza”*, Adria (RO), 2000.

Gardella O., *“L’educatore Professionale. Finalità, metodologia e deontologia”*. Franco Angeli, Milano, 2016.

Gazzetta S., *“Genitorialità e dipendenze”*. In: Piano Triennale di intervento dell’ULSS 19 di Adria (RO), 2003.

Maglietta V., *“Neonato di madre tossicodipendente, alcolista, dedita al tabagismo”*. In: Principi di neonatologia. Puericultura e pediatria neonatale. Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 2001.

Marcomini F., Moro A., Valentini S., *“Padri tossicodipendenti e figli”*. In: *“Responsabilità genitoriale e genitorialità incapace”*, Padova, 2007.

Matza D., *“Come si diventa devianti”*. Il Mulino, Bologna, 1976.

Molteni L., *“L’eroina al femminile”*. Franco Angeli, Milano, 2017.

Nardi B., *“Esperienza soggettiva e organizzazioni di personalità”*. Accademia dei cognitivi della marca, Lopez eventi & congressi, 2016.

Olivieri V., *“Quello che è opportuno conoscere sulle dipendenze patologiche: droga, farmaci, Internet”*. In: *Formazione continua sulla personalizzazione delle cure*. Verona, 2015.

Serpelloni G., Bricolo F., Gomma M., *“Elementi di Neuroscienze e Dipendenze. Manuale per operatori dei Dipartimenti delle Dipendenze”*. In collaborazione con Dipartimento Politiche Antidroga, 2010.

Zolesi O., Maremmani B., *“Principi clinici per l’utilizzo del metadone nella tossicodipendente da eroina durante la gravidanza”*. J Addict Dis, 1998.

## SITOGRAFIA

[http://www.insostanza.it/wp-content/uploads/2013/01/La\\_scienza.pdf](http://www.insostanza.it/wp-content/uploads/2013/01/La_scienza.pdf)

<https://normalarea.com/nuove-tossicita-cambiamenti-comportamenti-abuso-droghe/>

<https://normalarea.com/iniziazione-uso-droghe-aspetti-socio-economici-emotivo-relazionali/>

<https://normalarea.com/nuove-droge-nuove-modalita-cambiamenti-sintetiche/>

<https://normalarea.com/storia-della-tossicodipendenza/>

<http://www.carabinieri.it/cittadino/consigli/tematici/questioni-di-vita/tossicodipendenza-da-sostanze-stupefacenti/le-principali-droghe>

[http://www.antonioacasella.eu/archila/Doppia\\_diagnosi\\_2005.pdf#page=11](http://www.antonioacasella.eu/archila/Doppia_diagnosi_2005.pdf#page=11)