



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in
EDUCAZIONE PROFESSIONALE

**Dietro le quinte.
Il teatro come strumento educativo-
riabilitativo nelle dipendenze
patologiche.**

Relatore: Chiar.ma
Prof.ssa Silvia Crispiani

Tesi di Laurea di:
Chiara Urbinelli

A.A. 2019/2020

*A Christian e Bryan,
che nella vostra vita sappiate vivere
d'emozioni.*

*Voi avete emozionato la mia vita
per sempre.*

La zia

Indice

Introduzione	2
1. Le dipendenze patologiche.....	4
1.1 Definizione e criteri diagnostici.....	4
1.2 Le diverse dipendenze da sostanza	11
1.3 Strutture e diversi tipi di percorsi terapeutici.....	22
2. Modello bio-psico-sociale	27
2.1 Le cause	28
2.1.1 Fattori genetici.....	28
2.1.2 Fattori individuali	29
2.1.3 Fattori ambientali.....	35
2.2 Teorie: paradigma disease e paradigma adattivo.....	40
2.3 Psicobiologia della dipendenza	43
3. Le emozioni.....	47
3.1 Definizione e psicobiologia delle emozioni	47
3.2 Intelligenza emotiva	51
3.3 Costrutto dell'alessitimia	53
4. Il lavoro dell'educatore professionale nei Disturbi da Uso di Sostanze.....	60
4.1 La mia esperienza formativa da educatrice professionale socio-sanitaria	65
5. Il teatro	72
5.1 Perché fare teatro?	73
5.2 La rivoluzione del Teatro.....	78
5.3 Il teatro educativo.....	84
5.4 Il teatro delle emozioni	86
Conclusione	96
Bibliografia	97
Sitografia.....	101

Introduzione

Il presente elaborato nasce dall'esperienza di tirocinio svolta durante il terzo anno presso la Comunità Terapeutica di Gradara (PU), un servizio residenziale che prende in carico persone di ambo i sessi affette da Disturbo da Uso di Sostanze. Si è dimostrata un'opportunità unica per venire a contatto con una realtà notoriamente conosciuta, quasi quotidiana, ma che raramente viene approfondita nelle sue molteplici sfaccettature. Articoli, telegiornali e programmi televisivi, quando trattano questo tema, mostrano spesso solo ciò che è la punta dell'iceberg della dipendenza. In realtà è un fenomeno complesso, multifattoriale, estremamente attuale, in continua evoluzione ma che prima di tutto interessa delle persone con una propria storia personale. Saper vedere la persona dietro all'immagine predominante della malattia e della sostanza permette di superare preconcetti e pregiudizi e, in ambito socio-sanitario, ampliare la prospettiva d'interventi possibili. La partecipazione, l'osservazione e la relazione con gli utenti residenti nella comunità mi hanno permesso di delineare una mia personale linea di pensiero: l'uso di sostanze rappresenta un comportamento disfunzionale, di tipo disadattivo, che maschera difficoltà profonde e complesse, che originano da fattori interdipendenti tra loro che si influenzano a vicenda, quali l'età, il contesto familiare, il gruppo dei pari e il proprio mondo interiore. In particolar modo ho deciso di far luce su quest'ultimo, concentrandomi su quella che è la dimensione emozionale di ogni persona e su come essa possa influire nell'instaurarsi di un disturbo da uso di sostanze. L'interesse è nato dopo aver partecipato al *gruppo consapevolezza*, incentrato sulle sensazioni, sulle emozioni provate prima, durante e dopo l'uso della sostanza. In quest'occasione sono venuta a conoscenza della condizione alestitimica e ricercando informazioni a riguardo ho appurato essere un fattore di rischio nelle dipendenze patologiche, sia precedente all'insorgenza del disturbo sia postumo ad esso. In Comunità Terapeutica lo strumento che si è deciso di utilizzare, in aggiunta agli strumenti e alle strategie adottate quotidianamente e distintive della comunità, sono state le *Costellazioni familiari*, attività condotta da due psicoterapeuti, definiti conduttori: si tratta di una tecnica non dimostrata, non scientifica e alternativa, di terapia sviluppatasi nell'ambito della psicologia sistemica che attinge dalla metodologia dello psicodramma. La parola stessa è composta dalla parola *psico-* ed esprime attinenza con la psiche, e *-dramma* dal greco storia, azione destinata alla rappresentazione scenica; infatti lo psicodramma indica una forma di psicoterapia di gruppo che appunto si basa sulla recitazione e fu teorizzata da Jacob Levi Moreno. Nell'elaborato viene proposta una panoramica sul fenomeno della dipendenza, dalla sua definizione alla sua evoluzione normativa e sociale, alle tipologie di sostanze psicoattive più diffuse fino ai servizi e alle strutture che si occupano del trattamento e della riabilitazione psico-sociale di persone affette dal disturbo; in seguito vengono riportati alcuni tra i più noti fattori di rischio nella genesi del disturbo da uso di sostanze che, alla luce del modello bio-psico-sociale, comprendono fattori biologici e genetici, fattori individuali e fattori ambientali. Inoltre si

differenziano numerose interpretazioni del fenomeno, suddivisibili in due grandi orientamenti: quello del paradigma *disease*, basato sul modello bio-medico, e quello del paradigma *adattivo* di carattere più psicologico. Il rapporto con la sostanza si può definire in un *continuum* che procede dall'uso, all'abuso e infine alla dipendenza e questo percorso è stato ricondotto, in campo medico e nelle neuroscienze, alla presenza di un circuito cerebrale che si attiva e modifica a seguito dell'uso e dell'abuso di una sostanza psicoattiva detto "*della ricompensa*", il quale viene esposto e spiegato soprattutto per quanto riguarda le strutture interessate. La maggior parte di queste strutture sono implicate anche nel sistema limbico, che viene associato alle emozioni. Pertanto l'elaborato prosegue illustrando il mondo delle emozioni e del processo attraverso il quale è possibile gestirle ed elaborarle. Questa non è una capacità innata bensì appresa, in quanto esiste una condizione chiamata "Alessitimia" che etimologicamente significa "non avere parole per le emozioni". Questa condizione è stata associata al Disturbo da Uso di Sostanze, per cui ritengo che sia un argomento da conoscere e su cui poter intervenire. Spesso la dimensione emozionale ricopre un ruolo secondario, viene data per scontata e si pensa sia sufficiente intervenire su di essa solamente attraverso i classici approcci e strumenti di cui è dotato il profilo professionale dell'educatore. Basandomi sull'etimologia della parola "emozione", sul metodo d'intervento delle costellazioni e sui suoi effetti osservati nel corso del tirocinio, ritengo che la figura dell'educatore professionale possa intervenire in maniera più sistematica e strutturata sulla dimensione emozionale, utilizzando come metodo quello poco utilizzato, innovativo ma antico del teatro. Questo viene trattato partendo dalla sua storia, dalle sue origini per poi passare alla "rivoluzione" di cui è stato protagonista nel XX secolo, riportando tre delle grandi personalità che hanno contribuito in essa. Infine vengono esposte le teorie alla base dell'idea di un teatro formativo e le dimensioni attraverso cui esso agisce.

1. Le dipendenze patologiche

1.1 Definizione e criteri diagnostici

L'Organizzazione Mondiale della Sanità descrive la dipendenza patologica come una *“condizione psichica, talvolta anche fisica, derivante dall'interazione tra un organismo e una sostanza, caratterizzata da risposte comportamentali e da altre reazioni che comprendono un bisogno compulsivo di assumere la sostanza in modo continuativo o periodico, allo scopo di provare i suoi effetti psichici e talvolta di evitare il malessere della sua privazione”*¹. Si designa una relazione patologica tra il soggetto e l'oggetto della dipendenza, la quale può essere differenziata in dipendenza fisica e dipendenza psicologica; tuttavia non necessariamente in uno stesso individuo si presentano entrambe le dipendenze, quindi può esserci dipendenza fisica senza dipendenza psicologica e viceversa. La dipendenza fisica, in inglese *dependence*, viene definita dal National Institute on Drug Abuse² come una condizione nella quale l'organismo funziona normalmente solo in presenza della sostanza, la quale può essere una sostanza psicoattiva o un farmaco, anche da prescrizione. In presenza di tale condizione il cervello si adatta cambiando la sua produzione chimica naturale, sviluppando nel tempo tolleranza verso la sostanza e una sua improvvisa o graduale riduzione causa sintomi d'astinenza, quali tremori, nausea e dolori, aumento della frequenza cardiaca e/o della pressione sanguigna. Nel secondo caso, quello della dipendenza psichica, subentra un bisogno psicologico di assumere continuamente la sostanza stupefacente e tale condizione può essere definita come la tendenza a continuare ad assumere la droga per fruire di un senso di benessere e per evitare il disagio della sua assenza. Questo tipo di dipendenza provoca sintomi “non fisici”, di tipo emotivo - motivazionali che si manifestano alla sospensione dell'uso della sostanza, quali il craving, l'agitazione, l'ansia e la depressione. In generale è possibile delineare un quadro biologico, psicologico e comportamentale di tipo patologico usando il termine *addiction*. Il termine se letteralmente tradotto significa “essere dedito a”, definendo così una condizione generale di dipendenza nella quale l'individuo si impegna costantemente nella ricerca dell'oggetto di dipendenza, senza il quale la sua esistenza diventa priva di significato; il soggetto vive dunque un coinvolgimento sempre più crescente e persistente al punto che l'oggetto di dipendenza pervade i suoi pensieri ed il suo comportamento.³ Nella terminologia collegata all'uso di sostanze lo stato di addiction è considerato come uno stato patologico in cui l'individuo presenta una dipendenza da sostanze caratterizzata da perdita del controllo dei comportamenti di assunzione e gravi conseguenze sulla vita sociale dell'individuo. Si definisce così una condizione complessa e generale caratterizzata da un grave disturbo da uso di

¹ Organizzazione Mondiale della Sanità, Expert Committee on Drug Dependence: twenty-eight report, Geneva 1993

² “*Dependence: A condition that can occur with the regular use of illicit or some prescription drugs, even if taken as prescribed. Dependence is characterized by withdrawal symptoms when drug use is stopped. A person can be dependent on a substance without being addicted, but dependence sometimes leads to addiction.*”, NIDA “Glossary”, Luglio 2018

³ Del Miglio Carlamaria, Couyoumdjian Alessandro, Patrizi Monica, Dipendenze comportamentali negli adolescenti: videogiochi e gioco d'azzardo, in “Psicologia clinica dello sviluppo, Rivista quadrimestrale” 2/2005, pp. 231-248

sostanze, seguendo una modalità compulsiva e incontrollata nonostante le conseguenze dannose che esse provocano, con incapacità di smettere di usare la sostanza, incapacità di rispettare gli obblighi lavorativi, sociali o familiari. Attualmente, per scopi diagnostici, i due principali manuali utilizzati dai professionisti e dalle strutture sanitarie sono il manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM) redatto dall'APA (American Psychiatric Association) e la classificazione internazionale delle malattie (ICD) stilata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Classificare i disturbi a livello internazionale, attraverso manuali riconosciuti e utilizzati nella maggioranza dei paesi, stabilisce un glossario comune con lo scopo di migliorare la comunicazione, permettendo un raffronto dei dati tra paesi, servizi e periodi diversi e fornisce uno schema di codifica sistematica per i sistemi informativi sulla salute.

Il manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali

Il *DSM* è uno strumento di diagnosi descrittiva, che generalmente richiede un *cut-off*, un numero minimo di sintomi presenti e un periodo minimo di presenza dei sintomi per poter effettuare una corretta diagnosi. La prima edizione del manuale risale al 1952, alla quale sono seguite ulteriori edizioni revisionate e modificate a seguito dell'evoluzione nel campo delle neuroscienze, delle nuove definizioni e terminologie utilizzate. La più sostanziale modifica è quella effettuata nel DSM V, edizione attualmente in uso che presenta numerose modifiche rispetto al precedente DSM IV. La quarta edizione del manuale, nel 1994, si prefigge d'essere:

- nosografico: i quadri sintomatologici sono descritti a prescindere dal vissuto del singolo, e sono valutati in base a casistiche frequenziali;
- ateorico: non si basa su nessun tipo di approccio teorico, né comportamentista, né cognitivista, né psicoanalitico, né gestaltico, ecc;
- assiale: raggruppa i disturbi su 5 assi, al fine di semplificare e indicare una diagnosi standardizzata;
- fondato su basi statistiche: si rivolge a esse in quanto il sintomo acquista valore come dato frequenziale;

Il DSM V viene pubblicato a seguito di un lavoro congiunto tra APA e il National Institute of Mental Health (NIMH), i quali hanno identificato i punti principali su cui lavorare per creare la nuova versione del *DSM*: nomenclatura, neuroscienze e genetica, problemi evolutivi e diagnosi, personalità e disturbi relazionali, disturbi mentali e disabilità e problematiche cross-culturali, le problematiche di genere, la diagnosi in età geriatrica e i disturbi mentali nell'infanzia. La prima grande novità della nuova edizione è l'eliminazione del sistema multi assiale, viene introdotto il raggruppamento in *spectrum disorders*, ovvero vengono messi insieme disturbi con caratteristiche diverse, ma che condividono possibili basi neuropatologiche. Inoltre la successione dei capitoli segue l'andamento del ciclo di vita: dai disturbi dello sviluppo

nell'infanzia, a quelli che esordiscono in giovane età come spettro schizofrenico e disturbi bipolari e, infine, a quelli neuro-cognitivi, più caratteristici dell'età avanzata quali le demenze. Il DSM V utilizza, congiuntamente a quello categoriale, un approccio dimensionale al fine di ridurre il rischio di stigmatizzazione connesso all'uso di etichette diagnostiche, e per facilitare la classificazione di casi al confine tra differenti categorie, con elevata eterogeneità dei sintomi e in casi di comorbidità, concentrandosi sulla valutazione dimensionale del sintomo C, sintomo risultante dalla somma dei singoli sintomi in caso di presenza simultanea di più diagnosi nello stesso paziente. Si focalizza su indicatori clinici (marker biologici, fattori di rischio genetici, caratteristiche familiari, fattori ambientali,..) unitamente a Specificatori, per evidenziare il livello di gravità del disturbo. Delle novità sono state apportate nell'ambito delle dipendenze patologiche. Il DSM V per dipendenza definisce *“una modalità patologica d'uso della sostanza che conduce a menomazione e a disagio clinicamente significativi”*. Un cambiamento fondamentale rispetto al DSM IV (1994) è la rimozione della distinzione tra abuso e dipendenza, definendo la nuova categoria di “dipendenze e disturbi correlati”, all'interno della quale sono inclusi i disturbi da uso di sostanza (Substance Use Disorders- DUS). La dipendenza, così concepita, si modula in un continuum di tre livelli di gravità:

- I. Un disturbo da uso di sostanze lieve è caratterizzato dalla presenza di 2 o 3 sintomi;
- II. Un disturbo da uso di sostanze moderato è caratterizzato dalla presenza di 4 o 5 sintomi;
- III. Un disturbo da uso di sostanze grave è caratterizzato dalla presenza di 6 o più sintomi.

I criteri (o sintomi) per la formulazione di una diagnosi sono 11:

1. Tolleranza: fenomeno per il quale è necessario intensificare il comportamento di uso, ad esempio aumentando la quantità di droga da usare o la frequenza delle assunzioni, per raggiungere i medesimi effetti sull'organismo;
2. Astinenza: essa si caratterizza per la presenza di sintomi emotivi e 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 *concordabile* con il resto della sua vita, dei suoi impegni e dei suoi doveri;

5. Disingorgio di tempo: quando il disturbo si instaura, o va instaurandosi, un criterio da osservare 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 l'unica attività presente, nei casi più gravi;
6. Perdita di controllo sull'uso: il comportamento di uso diviene "compulsivo" e tende a verificarsi nonostante le conseguenze negative che ha evidentemente apportato nel corso del tempo e nonostante le consapevolezza della persona al riguardo;
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 importanti crisi familiari;
8. Uso ricorrente con incapacità ad adempiere ai propri compiti: molti pazienti perdono il loro lavoro a causa delle assunzioni di droga, interrompono il corso degli studi, oppure divengono incapaci ad assolvere ai 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 interpersonali;
11. Craving: desiderio impellente della sostanza.

Al fine di formulare una diagnosi di dipendenza sono sufficienti due criteri che si verificano entro un periodo di 12 mesi, da cui sono però esclusi tolleranza e astinenza in quanto considerate risposte adattive alla sostanza dal punto di vista fisiologico.

Classificazione internazionale delle malattie

Attualmente l'ICD è il sistema adottato a fini epidemiologici e statistici dalla maggior parte degli stati membri dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Lo scopo principale di tale strumento è quello di registrare, analizzare e confrontare i dati sulla morbilità, ovvero la frequenza percentuale di una malattia in una collettività. La struttura dell'ICD si basa su un sistema di

classificazione che organizza le malattie ed i traumatismi in gruppi sulla base di criteri definiti, interessandosi esclusivamente della malattia e della diagnosi secondo la sequenza eziologia-patologia-manifestazione clinica. Ciascuna malattia è indicata attraverso codici alfanumerici composti da tre elementi (A00-Z99), di cui il primo è una lettera corrispondente al capitolo, il secondo e il terzo sono due numeri relativi alle categorie diagnostiche principali. L'ICD è una classificazione che è sottoposta periodicamente a revisione; attualmente è in uso l'ICD-10, suddiviso in ventuno capitoli, più uno con codici per condizioni speciali, come nel caso dell'epidemia da SARS nel 2003. Il quinto capitolo dell'ICD contiene la classificazione e la descrizione dei Disturbi mentali e comportamentali (F00-F99). Questo blocco comprende una gamma di disturbi mentali raggruppati in base al fatto di avere in comune una malattia cerebrale, un trauma cranico o altri insulti determinanti una disfunzione cerebrale come eziologia dimostrabile. La disfunzione può essere primaria, come in malattie, traumi e insulti che colpiscono l'encefalo direttamente e selettivamente; o secondaria, come nelle malattie e nei disturbi sistemici che colpiscono l'encefalo soltanto come uno dei molti organi o sistemi coinvolti.⁴ In particolare i codici da F10 ad F19 si riferiscono ai disturbi mentali e comportamentali da uso di sostanze psicoattive. Questo intervallo comprende una vasta gamma di disturbi di differente gravità e aspetto clinico, che hanno in comune il fatto di poter essere attribuiti all'uso di una o più sostanze psicoattive, le quali possono essere state o meno prescritte da un medico. La sostanza implicata viene indicata mediante il terzo carattere del codice, mentre il quarto carattere specifica lo stato clinico.⁵In particolare si identificano dieci stati clinici, enumerati da .0 a .9: intossicazione acuta, uso dannoso, sindrome da dipendenza, stato di astinenza con e senza delirium, disturbo psicotico, sindrome amnesica, disturbo psicotico residuo o a esordio tardivo, altri disturbi mentali e comportamentali e disturbi mentali e comportamentali non specificati. Nella classificazione ICD-10 sono descritti i seguenti sintomi tipici di una dipendenza:

- desiderio intenso di assumere la sostanza e impulso irrefrenabile al consumo, definito «craving»;
- ridotta capacità di controllarne l'uso;
- perseverare nell'assunzione nonostante le conseguenze dannose;
- sviluppo di tolleranza e talvolta uno stato di astinenza fisica;
- la priorità attribuita all'uso della droga rispetto ad altre attività e doveri.

⁴ <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246208/9788894307610-V1-ita.pdf?sequence=108&isAllowed=y>
p.232

⁵ Idem, p.237

Entrambi i manuali si basano sulla relazione che si instaura tra un soggetto e una sostanza, riferendosi al consumo di farmaci e sostanze psicotrope o psicoattive. Comunemente la dipendenza patologica è associata all'uso di droghe, un termine generale che può riferirsi a diverse sostanze. Come indica il vocabolario Treccani⁶, è possibile dare almeno quattro definizioni di droga: la prima è *“nome di varie sostanze vegetali secche, aromatiche (meglio dette spezie), usate per dare maggior sapore alle bevande o ai cibi: per es., cannella, noce moscata,..”*; la seconda definizione, riferendosi alla farmacologia indica *“ogni prodotto naturale, vegetale o animale, contenente uno o più principi attivi (alcaloidi, glicosidi,..) e che, opportunamente preparato e conservato, trova indicazioni terapeutiche”*; la terza definizione fa riferimento a *“qualsiasi sostanza capace di modificare temporaneamente lo stato di coscienza o comunque lo stato psichico dell'individuo (stupefacenti, allucinogeni,..) ed anche nome di alcune sostanze atte ad aumentare le energie e il rendimento fisico, soprattutto nelle competizioni sportive (cfr. doping)”*; la quarta, collegata alla precedente, è *“sinonimo di eccitante, altre volte per indicare cosa, fatto o persona che eserciti forte attrattiva ma in sé dannosa, o, infine, per indicare cosa o situazione che stordisce, che distrae dalla realtà”*. Nel Disturbo da Uso di Sostanze ci si riferisce alla dipendenza da farmaci, intesi come sostanze che assunte in dosi maggiori a quelle indicate sono capaci di provocare nell'organismo umano modificazioni funzionali mediante un'azione chimica o fisica, alterando l'omeostasi dell'organismo, o alla dipendenza da sostanze psicotrope o psicoattive, ovvero gruppo eterogeneo di sostanze accomunate dal fatto di avere la capacità di agire sui processi psichici alterando l'attività mentale di chi le assume, interessando la dimensione cognitiva, emotiva e comportamentale del soggetto.

New Addictions

Attualmente sono riconosciute, anche se non all'interno dei manuali diagnostici, delle dipendenze patologiche che hanno come oggetto della dipendenza un comportamento o un'attività lecita e/o socialmente accettata; queste vengono denominate *“nuove dipendenze”*, nelle quali interagiscono fattori biologici, psichici e sociali e in cui il cervello si adatta biologicamente alle abitudini di consumo. Esse possono essere definite anche dipendenze comportamentali poiché coinvolgono pulsioni “normali” (come ad esempio il sesso, cibo, affettività,...) che divengono però patologiche nella misura in cui raggiungono un certo livello di eccesso e di pericolosità per la persona. Da questa definizione è possibile dedurre che i due termini *dependence* e *addiction* non necessariamente compaiono insieme, ovvero è possibile sviluppare la dipendenza da un'attività, o un oggetto senza che esso agisca dal punto di vista chimico, nel caso di *addiction* senza *dependence*. Oppure d'altra parte si può avere dipendenza

⁶ <https://www.treccani.it/vocabolario/droga/>

fisica senza addiction.⁷ Mark D. Griffiths (2005)⁸ definisce una dipendenza comportamentale sulla base di sei criteri:

- I. Preminenza: ovvero il comportamento caratterizza la vita della persona dominando pensieri, emozioni e comportamenti;
- II. Influenza sul tono dell'umore: il comportamento porta a conseguenze emotive sul soggetto;
- III. Tolleranza: la persona attua maggiormente il comportamento per ottenere lo stesso effetto sul tono dell'umore, dedicandogli dunque più tempo;
- IV. Conflitto: il tempo dedicato al comportamento provoca conflitti interpersonali, relazionali e difficoltà in ambito lavorativo e sociale derivanti dalla dipendenza instauratasi;
- V. Recidiva: dopo periodi in cui si riesce a gestire il comportamento, potrebbe esserci la tendenza a ricominciare o incrementare il comportamento;
- VI. Sintomi da astinenza: possono verificarsi stati d'animo o conseguenze fisiche spiacevoli, ma non stati di astinenza fisiologicamente rilevanti come nelle dipendenze da sostanze.

Le *new addictions* comprendono:

- Gioco d'azzardo patologico caratterizzato da eccessivo coinvolgimento nel gioco d'azzardo, ossia nel gioco basato su ricompensa e fortuna; non viene menzionata nella classificazione ICD ma è l'unica dipendenza comportamentale inserita nel DSM V nel 2013 nella categoria "Disturbi non correlati a sostanze". Non è classificata come disturbo del controllo degli impulsi ma è intesa come un'attività svolta in maniera patologica, infatti non viene denominato "gioco patologico" ma come "gambling disorder" ovvero disturbo da gioco d'azzardo.
- Dipendenza da internet e da tecnologie, ovvero eccessivo utilizzo di internet e degli apparati tecnologici quali computer, cellulare, tablet, videogiochi;
- Dipendenza da shopping definita come disfunzionale preoccupazione, impulso o comportamento di acquisto che è vissuto come irresistibile anche se non necessario, spesso gli acquisti sono al di sopra delle proprie possibilità economiche;
- Dipendenza da lavoro e da studio ovvero compulsione lavorativa o di studio con dedizione superiore alle otto ore al giorno, spesso nel week-end e in altri spazi liberi;

⁷ Guerreschi Cesare, "New Addictions: le nuove dipendenze", San Paolo Edizioni, 2005

⁸ Griffiths, M.D. (2005). A 'components' model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance Use*, 10, 191-197.

- Dipendenza affettiva ovvero una modalità patologica di vivere la relazione amorosa, in cui il soggetto dipendente si dedica completamente all'altro, al fine di perseguire esclusivamente il benessere dell'altra persona e non il proprio;
- La dipendenza da cibo può essere definita come un'alterazione del comportamento, che porta il soggetto ad una ricerca continua ed irrefrenabile di piacere e gratificazione che risiede nel cibo, nonostante questo possa portare all'insorgere di gravi problemi di salute;
- Dipendenza da sesso la quale comprende anche la cyber sex addiction, cioè l'insieme delle attività che si possono sviluppare in rete.

1.2 Le diverse dipendenze da sostanza

Il disturbo da uso di sostanze comprende una vasta gamma di sostanze, ciascuna sostanza ha caratteristiche diverse, anche per le conseguenze che ha sull'organismo. In generale è possibile affermare che gli effetti sono complessi e dai confini sfumati, che variano da persona a persona; nonostante ciò possono essere distinti in tre categorie principali: effetti psicoletici con azione depressoria dell'attività mentale (es. oppioidi, barbiturici, etanolo); effetti psicoanalettici la cui azione è eccitatoria dell'attività mentale (es. anfetamine, caffeina, cocaina, nicotina); effetti psicodislettici capaci di modificare la percezione, lo stato di coscienza o il comportamento (es. cannabinoidi, allucinogeni). Nella classificazione internazionale delle malattie, la categoria dei disturbi mentali e comportamentali causati da sostanza psicoattiva prevede ulteriori sottocategorie distinte in base alla sostanza utilizzata. Procedendo secondo l'elencazione dell'ICD le sostanze riconosciute psicoattive che causano dipendenza sono: alcol, oppioidi, cannabinoidi, sedativi o ipnotici, cocaina, stimolanti inclusa la caffeina, allucinogeni, tabacco, solventi volatili. L'ultima sottocategoria, F19, riguarda l'uso multiplo di droghe e l'uso di altre sostanze psicoattive e viene utilizzata nel caso in cui sono note due o più sostanze psicoattive coinvolte, ma non è possibile valutare quale sostanza contribuisca maggiormente ai disturbi. Dovrebbe anche essere usata quando l'esatta identità di alcune o addirittura di tutte le sostanze psicoattive utilizzate è incerta o sconosciuta, dal momento che molti consumatori multipli di droga spesso non conoscono i dettagli di ciò che stanno assumendo. Seguendo l'ordine proposto dall'ICD, per ogni sostanza si propone una definizione, si illustrano il metabolismo, le vie di assunzione, gli effetti e infine si riportano dati epidemiologici sull'uso della sostanza in questione. La prima sostanza è l'alcol, noto anche come etanolo o alcol etilico, è un composto organico che sta alla base di tutte le sostanze alcoliche. A temperatura ambiente è un liquido incolore e dall'odore pungente. L'alcol è una sostanza tossica, potenzialmente cancerogena e con la capacità di indurre dipendenza. L'alcol non è un nutriente e il suo consumo non è utile all'organismo o alle sue funzioni. L'etanolo viene assorbito per diffusione

semplice a livello dello stomaco e dell'intestino tenue e riesce a oltrepassare facilmente le pareti del tubo digerente e a passare nel sangue, giungendo anche al sistema nervoso centrale. Una piccola percentuale, variabile dal 5 al 15%, viene eliminata con il respiro, il sudore e con le urine mentre la maggior parte viene metabolizzata a livello epatico. L'alcol interferisce con le funzioni cellulari e sul modo in cui il cervello comunica con il resto dell'organismo, ha un effetto depressivo sul sistema nervoso centrale, il quale è costituito dall'encefalo, dal midollo spinale e dai nervi che hanno origine da esso. L'ubriachezza ha luogo quando l'alcol agisce sul sistema nervoso centrale, influenzando le sue diverse parti, alterando le funzionalità emotive e sensoriali, la capacità di giudizio, la memoria e la capacità di apprendimento. La corteccia cerebrale, situata nell'encefalo, elabora le informazioni fornite dai cinque sensi, controlla il processo di elaborazione del pensiero e il movimento muscolare. Quando l'alcol colpisce tale zona, si impiega più tempo ad elaborare le informazioni fornite dai cinque sensi, si perdono le inibizioni e la prontezza di risposta agli stimoli esterni. Il sistema limbico, un insieme di regioni appartenenti al sistema nervoso centrale, è quella parte del cervello che controlla la memoria e le emozioni. Sotto l'effetto dell'alcol le emozioni si amplificano, facendo sentire il soggetto più euforico, triste o turbato e si dimenticano le cose accadute sotto l'effetto di alcol. Il cervelletto coordina i movimenti muscolari, inclusi i muscoli che mantengono l'equilibrio. Sotto l'effetto dell'alcol, si presentano tremolii, mancanza di coordinazione e instabilità. L'ipotalamo coordina la produzione degli ormoni nell'ipofisi, uno di questi ormoni è la vasopressina (ADH), che ha il compito di riassorbire l'acqua nei reni. Limitando la produzione di ADH, dopo l'assunzione di alcol, i reni producono una quantità maggiore di urina. Il tronco encefalico controlla funzioni organiche automatiche come la respirazione, la frequenza cardiaca e la coscienza. Quando l'alcol raggiunge il tronco encefalico, insorge sonnolenza e, a seconda di quanto si è bevuto, si può persino perdere coscienza. Con l'aumento della concentrazione di alcol nel sangue, si hanno effetti sulla frequenza cardiaca, sul respiro e sullo stato di coscienza, con conseguenze potenzialmente letali. A questi effetti diretti sull'organismo, l'alcol è inoltre responsabile di molti danni indiretti (i cosiddetti danni alcol-correlati), dovuti a comportamenti associati a stati di intossicazione acuta, come nel caso dei comportamenti sessuali a rischio, degli infortuni sul lavoro, degli episodi di violenza e gli incidenti stradali provocati dalla guida in stato d'ebbrezza. La dipendenza legata all'uso di alcol è stata definita alcolismo nel 1849 da Magnus Huss, un medico svedese che per primo definì la dipendenza alcolica come una malattia. È caratterizzata da un comportamento ossessivo di ricerca compulsiva di bevande alcoliche (tipica la necessità di bere al mattino, appena svegli) e da assuefazione e tolleranza. Anche per l'alcol-dipendenza, come per qualunque tossicodipendenza da droghe illegali, la brusca interruzione del consumo di alcol causa la sindrome da astinenza caratterizzata da tachicardia, tremori, nausea e vomito, agitazione, allucinazioni, convulsioni. Dalla Relazione al Parlamento sugli interventi realizzati

nel 2018 in materia di alcol e problemi correlati⁹ emerge che sono otto milioni e 600mila i consumatori a rischio, 68mila le persone alcol-dipendenti prese in carico dai servizi alcologici e 4575 sono gli incidenti stradali causati da guida in stato di ebbrezza rilevati soltanto da Polizia e Carabinieri. Il 27,1% dell'utenza complessiva è rappresentato da utenti nuovi; la quota restante da soggetti già in carico dagli anni precedenti o rientrati nel corso dell'anno dopo aver sospeso un trattamento precedente. Il rapporto M/F è pari a 3,5 per il totale degli utenti. L'analisi per età evidenzia che il 75,1% dell'utenza ha un'età compresa tra i 30 e i 59 anni, mentre i giovani al di sotto dei 30 anni rappresentano il 7,5% dei soggetti trattati. La seconda categoria sono gli oppioidi, ovvero sostanze derivate dall'oppio (oppioidi naturali). Allo stato grezzo, l'oppio è un lattice gommoso estratto dal *papaver somniferum*, pianta erbacea originaria della Turchia ma ormai presente in tutte le zone a clima temperato. Gli oppioidi possono anche essere sostanze sintetizzate in laboratorio, in parte o completamente (oppioidi semisintetici o sintetici) e funzionano come i derivati naturali dell'oppio agendo sulle cellule nervose e, di conseguenza, sui processi mentali. Alla categoria degli oppioidi appartengono sia farmaci, sia sostanze d'abuso. I farmaci oppioidi vengono suddivisi dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) in farmaci oppioidi utilizzabili per il dolore lieve-moderato, come tramadolo, codeina, e quelli utilizzabili per il dolore moderato-severo, come la morfina, l'ossicodone, la buprenorfina ed il fentanil. Qualsiasi sostanza oppioide espone il soggetto a un alto rischio di abuso e di dipendenza; alcune di queste sostanze sono unicamente legate al consumo illegale, non terapeutico, come l'eroina. Questa sostanza è un derivato della morfina, sostanza naturale estratta dai semi di certe varietà di papaveri, è l'alcaloide principale dell'oppio. L'eroina è semisintetica ottenuta per reazione della morfina con l'anidride acetica. Questa sostanza venne sintetizzata la prima volta nel 1874 e successivamente risintetizzata nel 1897 da un chimico tedesco che lavorava per una casa farmaceutica e venne posta in commercio come forte analgesico per la tosse, la tubercolosi e le malattie respiratorie. Fu poi proibita a causa dei forti effetti collaterali, allo sviluppo di tolleranza e l'instaurarsi di dipendenza con crisi da astinenza al momento della sospensione della terapia. Sono noti diversi tipi di eroina che si differenziano per la qualità, per il tipo di impurità che presentano e per le sostanze da taglio che sono state aggiunte durante o dopo la produzione. I tipi più comuni sono:

- Eroina bianca: presenta una purezza che si aggira attorno al 90%.
- Eroina base (brown sugar): ha una purezza che varia dal 25% al 50%.
- Black tar: presenta un grado di purezza massimo del 25-30%.

⁹Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30.3.2001 n. 125 in materia di alcol e problemi alcol correlati: anno 2018
http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=3733

Molti degli effetti tossici della black tar sono simili a quelli delle altre eroina, ma le impurità che contiene tendono a ostruire maggiormente i vasi sanguigni e aumentano i rischi di compromettere organi vitali, il cervello, i polmoni, i reni e il fegato. Inoltre si differenziano anche tre diverse modalità d'assunzione di eroina: iniezione, inalazione o fumo. Nel caso in cui l'eroina venga iniettata, essa viene fatta sciogliere in acqua calda e filtrata per eliminare residui solidi, e iniettata per via endovenosa, o intramuscolare, con una siringa da insulina. L'iniezione endovenosa ha effetti di maggiore intensità e immediatezza dell'euforia (da 7 a 8 secondi), mentre l'iniezione intramuscolare produce effetti più lenti d'euforia (da 5 a 8 minuti). Quando invece l'eroina viene inalata, sniffata o fumata l'effetto più forte si sente generalmente tra i 10 e i 15 minuti. Qualsiasi sia la modalità d'assunzione, l'eroina arriva attraverso il sangue al cervello. Nel cervello, attraversata la barriera ematoencefalica, perde i gruppi acetili, si trasforma in morfina e rapidamente si lega ai recettori degli oppioidi. Gli effetti dell'eroina sull'organismo si differenziano in: effetti immediati, a breve termine e a lungo termine. Generalmente il soggetto riferisce di sentire un'ondata di sensazioni piacevoli, uno "slancio" (rush) nell'arco di pochi secondi dall'assunzione. L'intensità dipende dalla quantità di droga che si è assunta e dalla rapidità con cui entra in circolo e ha una durata di pochi minuti. Gli effetti immediati sono quindi piacevoli, come senso di benessere ed euforia attraverso la riduzione della tensione, dell'ansia e della depressione; senso di calore, pace e distensione accompagnato da un distacco dagli stress fisici e psichici. Il rush iniziale, che ha una durata di pochi minuti, è seguito da una fase caratterizzata da calma, rilassatezza, soddisfazione e distacco da quanto succede all'esterno. Dopo gli effetti iniziali gli assuntori rimangono assopiti per molte ore con effetti quali accaloramento della pelle, secchezza della bocca e una sensazione di pesantezza nelle estremità che può essere accompagnata da nausea, vomito e forte prurito, oltre a costrizione delle pupille "a spillo", sonnolenza, apatia, difficoltà a concentrarsi. Le funzioni mentali si offuscano per l'effetto dell'eroina sul Sistema Nervoso Centrale, che comporta anche un abbassamento della frequenza cardiaca e della respirazione, che diminuisce enormemente, a volte fino al punto di causare la morte. L'effetto si esaurisce entro 2-6 ore dall'iniezione. L'assunzione prolungata di eroina comporta una serie di problematiche per il corpo e una progressiva debilitazione fisica. Anche dopo poche dosi possono presentarsi: costipazione, irregolarità del ciclo mestruale, decremento dell'appetito, con conseguente malnutrizione e perdita di peso, deterioramento dei denti con l'insorgere di carie ed indebolimento delle gengive, danni agli organi interni, in particolar modo polmoni, fegato e reni, rapido sviluppo di tolleranza e dipendenza fisica e psichica, con l'insorgere del desiderio irresistibile di assumere al più presto un'altra dose di droga. Secondo quanto emerge dalla "Relazione Europea sulla droga del 2019"¹⁰, l'Italia è fra i primi cinque paesi europei per consumo di eroina. Nel 2017 il

¹⁰Osservatorio europeo delle droghe e delle dipendenze, Relazione europea sulla droga: tendenze e sviluppi, anno 2019

consumo ad alto rischio di oppiacei è stato stimato attorno allo 0,4% della popolazione europea (pari a 1,3 milioni) seppure è in continuo aumento l'utilizzo di oppiacei sintetici quali il fentanil (farmaco derivato dalla morfina), la buprenorfina, il metadone, la codeina, la morfina e l'ossicodone. Inoltre nel 2017 diciannove paesi europei hanno segnalato che oltre il 10 % di tutti i consumatori di oppiacei presi in carico da servizi specialistici è entrato in trattamento per problemi correlati principalmente a oppiacei diversi dell'eroina. L'esordio nell'uso di oppiacei sembra essere più tardivo rispetto ad altre sostanze e si stima essere nella prima età adulta intorno ai 20 anni, con una prevalenza nei maschi. La terza categoria, quella più conosciuta e prevalente nella popolazione, è rappresentata dai cannabinoidi, composti attivi che si trovano nella pianta di canapa. Per la loro origine vegetale vengono denominati fitocannabinoidi, differenziandosi dai cannabinoidi endogeni prodotti dall'organismo umano. Non tutti i fitocannabinoidi o cannabinoidi esogeni sono psicoattivi, come il cannabidiolo (CBD), il cannabicromene (CBC) e la cannabidivarina (CBDV). Altri cannabinoidi presenti nella pianta sono invece psicoattivi, in grado di alterare i processi mentali; tra questi il più conosciuto è il THC o tetraidrocannabinolo. Le sostanze che si ottengono dalla pianta della cannabis con azione psicotropa sono due: marijuana ovvero i fiori maturi, le foglie e lo stelo raccolti dalla pianta di *Cannabis sativa* che vengono essiccate e l'hashish ovvero la materia vegetale resinosa estratta manualmente o mediante sistemi meccanici o chimici dalle infiorescenze della pianta. Entrambe le sostanze possono essere inalate mentre la marijuana può essere anche ingerita. Quando viene inalata la sostanza passa dalle vie aeree al sangue e in circa 15 minuti arriva al cervello dove genera la comparsa degli effetti fisici e psichici. Essi iniziano a diminuire dopo circa 2-3 ore dal consumo ma gli effetti possono occasionalmente persistere per 12-24 ore. Se invece la marijuana viene ingerita, generalmente impastata in cibi dolci, l'inizio dell'effetto è più ritardato e compaiono circa 30-90 minuti dopo l'assunzione e gli effetti durano da 6 a 8 ore circa. I fitocannabinoidi psicoattivi contenuti in queste sostanze agiscono sul cervello e sugli altri organi mimando l'azione delle sostanze prodotte naturalmente dall'organismo, gli endocannabinoidi, influenzando processi fisiologici tra cui il controllo motorio, la memoria e l'apprendimento, la percezione del dolore, la regolazione dell'equilibrio energetico e alcuni comportamenti come l'assunzione di cibo. Nel breve termine si manifestano euforia, risate incontrollabili, alterazioni della nozione del tempo e della percezione dei suoni e dei colori, cambiamento dell'umore, distacco dalla realtà. In seguito, compaiono sensazioni di rilassamento, esperienze introspettive, sonno non naturale. Pensare, ricordare o concentrarsi diventa difficile e anche la capacità di movimento può risultare alterata. A dosi elevate si possono manifestare ansia intensa, depressione, allucinazioni, deliri e psicosi. La cannabis è la sostanza illecita più usata in tutte le fasce di età. I modelli di consumo della cannabis vanno dal consumo occasionale all'uso regolare fino alla dipendenza. Si stima che 91,2 milioni di adulti nell'Unione europea (15-64 anni), pari al 27,4 % di questa fascia d'età, abbiano provato la

cannabis nel corso della propria vita. Di questi, si stima che circa 17,5 milioni di giovani (15-34 anni), ossia il 14,4 % di questa fascia d'età, abbiano usato cannabis nel corso dell'ultimo anno. La quarta categoria comprende una serie di farmaci che provocano dipendenza se assunti in maniera incontrollata o prolungata rispetto alla prescrizione data. Questi sono i farmaci sedativo-ipnotici, un'ampia classe di medicinali usati per il trattamento dell'ansia e dell'insonnia. Tutti questi farmaci hanno in comune un effetto sedativo, di entità e caratteristiche variabili, sul sistema nervoso centrale. In particolare si definiscono ipnotici i farmaci capaci di indurre la comparsa di un sonno simile a quello fisiologico. Schematicamente è possibile suddividerli in: Benzodiazepine (con capostipite il diazepam), Barbiturici (come il fenobarbital), Imidazopiridine (zolpidem e zaleplon), Ansiolitici non agonisti GABAergici (come il buspirone). Il meccanismo d'azione di questi farmaci prevede che la molecola legandosi al proprio sito recettoriale facilita il legame del GABA al proprio recettore esercitando una funzione inibitoria. I principali effetti farmacologici sono: riduzione dell'ansia e dell'aggressività, induzione del sonno e sedazione, riduzione del tono e del coordinamento muscolari, effetto anticonvulsivante, amnesia anterograda. Gli effetti indesiderati possono essere suddivisi in: effetti tossici che derivano da un sovradosaggio acuto, effetti indesiderati che si manifestano durante il normale uso terapeutico, tolleranza e dipendenza. È importante sottolineare che a creare la dipendenza non è il farmaco in sé, se utilizzato esattamente nei modi e nei tempi indicati nella prescrizione medica, bensì l'utilizzo prolungato, l'aumento del dosaggio o l'uso improprio utilizzandolo come automedicazione, o al fine di raggiungere stati alterati di coscienza quali euforia, rilassamento, riduzione della tensione psico-fisica adottando quindi modalità non raccomandate dal medico. Negli ultimi anni si è assistito in Italia, come in molti altri Paesi, ad un crescente utilizzo di farmaci sedativo-ipnotici e ansiolitici, soprattutto di benzodiazepine. Nel 2017 si registra un primo aumento nei consumi ansiolitici, ipnotici e sedativi; infatti, si osserva un consumo di circa 50 dosi ogni 1000 abitanti ogni giorno, con un incremento di circa l'8% rispetto all'anno precedente. Nel 2019, la popolazione degli assistibili dei MMG italiani mostra una prevalenza d'uso degli ansiolitici pari al 5,6%, quella degli ipnotici è pari all'1,4% e quella dei sedativi è pari allo 0,8%. La quinta sostanza menzionata dall'ICD che causa dipendenza è la cocaina, la quale viene isolata rispetto alle altre sostanze che fanno parte della stessa categoria, ovvero gli stimolanti. La cocaina, o benzoilmetilecgonina, è una sostanza psicotropa che funge da stimolante ed eccitante del sistema nervoso centrale, oltre a essere anche un vasocostrittore e un anestetico. In natura è presente nelle foglie della pianta della Coca, nota con il nome di *Erythroxylon Coca*, originaria del Perù, Bolivia e Colombia. I prodotti contenenti questo alcaloide sono: le foglie di coca che vengono consumate attraverso masticazione ed è legale nei paesi andini, produce effetti più o meno indistinguibili da altri stimolanti come la caffeina; la pasta di coca estratta dalle foglie della pianta e contiene principalmente alcaloidi, nella quale il contenuto in cocaina è pari a circa i due terzi del totale; la cocaina cloridrato che si ottiene per

raffinazione dalla pasta di coca e si presenta sottoforma di polvere bianca, altamente solubile in acqua. Esiste poi anche un'altra forma di cocaina denominata crack, nome che viene dato ai cristalli di cocaina ottenuti processando la cocaina in polvere per trasformarla in una sostanza che si possa fumare. Il termine "crack" si riferisce al suono scricchiolante che si ascolta quando si fuma questo miscuglio. Le diverse preparazioni di cocaina si differenziano anche per via di somministrazione, con conseguenze anche sulla durata degli effetti. Tale sostanza può essere assunta per via nasale ovvero per inalazione della polvere, che rappresenta il metodo più diffuso nella società occidentale. Gli effetti durano da 20 minuti circa fino ad un ora sulla base della quantità e dalla purezza della sostanza assunta. La cocaina può essere anche assunta per inalazione di vapori cioè la sostanza viene scaldata e aspirata. Inoltre la cocaina può essere fumata o assunta per via endovenosa, sottocutanea o intramuscolare tramite iniezione con siringa diluendo la cocaina in soluzione acquosa. La cocaina assunta per via inalatoria e quindi fumata, porta ad un assorbimento della sostanza in tempi molto brevi data la notevole superficie di assorbimento degli alveoli polmonari. La via sottocutanea e intramuscolare, a causa dell'effetto vasocostrittore, consente un assorbimento più lento e pertanto gli effetti sono meno rapidi rispetto alla via endovenosa. Il meccanismo di azione della cocaina sembra essere dovuto principalmente ad una inibizione della ricaptazione della dopamina e di altri neurotrasmettitori come serotonina, noradrenalina, ovvero del recupero da parte delle terminazioni neuronali di tali neurotrasmettitori rilasciati in seguito a stimoli. Il risultato di questa azione di blocco della ricaptazione causa un aumento delle concentrazioni di neurotrasmettitori liberi tra le terminazioni neuronali nel cervello, così che proseguono la stimolazione del cervello e prolungano la sensazione di piacere. Gli effetti neuropsichiatrici sono estremamente vari, come distorsione cognitiva e delle capacità recettive, sensazione di aumento delle percezioni, accentuazione della reattività fisica e mentale, riduzione dello stimolo di addormentarsi, della fame e della sete, euforia, maggiore socievolezza e facilità di relazione, infaticabilità, incremento della libido. Un tentativo di sistematizzare la sintomatologia psichica associata all'abuso e dipendenza da cocaina ha portato ad una classificazione in stadi. Gli utilizzatori di cocaina appaiono progredire attraverso questi stadi più o meno rapidamente in base ai dosaggi assunti e dalla frequenza della somministrazione:

- STADIO 1 euforia: abilità affettiva, accresciuta performance cognitiva e motoria, ipervigilanza, anoressia e insonnia;
- STADIO 2 disforia: tristezza, malinconia, apatia, difficoltà di attenzione e di concentrazione, anoressia e insonnia;
- STADIO 3 paranoia: sospettosità, allucinazioni ed insonnia;
- STADIO 4 psicosi: anedonia, allucinazioni, comportamento stereotipato, ideazione paranoide, insonnia, perdita del controllo degli impulsi e disorientamento.

La cocaina è lo stimolante illecito più consumato in Europa, con una maggiore diffusione nei paesi meridionali e occidentali. Negli ultimi anni l'uso di questa sostanza stupefacente è andato aumentando in Europa. Si stima che 18 milioni di adulti nell'Unione europea (15-64 anni), pari al 5,4 % di questa fascia d'età, abbiano provato la cocaina nel corso della propria vita. Tra questi, circa 2,6 milioni di giovani adulti di età compresa tra i 15 e i 34 anni (2,1 % di questa fascia d'età) hanno fatto uso di cocaina nel corso dell'ultimo anno. Oltre alla cocaina esistono ulteriori sostanze stimolanti che possono generare un disturbo da uso di sostanza, le quali rientrano nella sesta categoria dell'ICD. La classe degli stimolanti o eccitanti è piuttosto vasta e include sostanze diverse fra loro per tipologia di effetti, accomunate dal fatto di aumentare le prestazioni psicofisiche ed alcune funzioni biologiche. Fanno parte di questa categoria le sostanze in grado di esercitare azione stimolante sul sistema nervoso centrale, alcune adoperate a scopi terapeutici per la cura di particolari patologie quali la narcolessia, caratterizzata da attacchi improvvisi di sonno, e i disturbi da deficit dell'attenzione. Tali sostanze vengono inoltre impiegate nell'ambito sportivo da atleti e professionisti con lo scopo di aumentare la capacità di concentrazione, ridurre il senso di fatica migliorando la prestazione sportiva. Gli stimolanti più utilizzati sono la cocaina, le amfetamine, le metamfetamine, l'efedrina e la caffeina. Quest'ultima è una sostanza naturale e rappresenta uno stimolante lieve. In grandi quantità però, può produrre, al pari di qualsiasi stimolante, assuefazione psichica ed alterazioni fisiologiche e a lungo termine può indurre alterazioni del comportamento, sindromi psicotiche o peggiorare quelle esistenti. Le amfetamine e le metamfetamine sono sostanze sintetiche che si presentano generalmente sotto forma di cristalli o polvere. Le due categorie si differenziano per la psicoattività e gli effetti che causano nel soggetto: le amfetamine causano iperattività, riduzione del senso della fatica, logorrea, riduzione dell'appetito, aggressività, impulsività, fino alle psicosi vere e proprie con crisi maniacali, deliri e allucinazioni mentre le metamfetamine, tra cui la più nota è l'MDMA, hanno gli stessi effetti delle amfetamine ma in esse si evidenzia un aumento della socialità, disinibizione, riduzione della capacità di giudizio rispetto alle situazioni vissute e rispetto ai propri atti. Per questi effetti peculiari vengono definite "entactogene", ovvero in grado di indurre uno stato psicologico tale da aumentare nel soggetto le capacità introspettive e di contatto con il mondo esterno. Infine l'efedrina è una sostanza stimolante, che insieme alla pseudo efedrina, viene estratta dalle piante del genere *ephedra*. Tale sostanza viene utilizzata in ambito medico-terapeutico in casi di ipotensione, di asma e di congestione nasale. Un abuso di efedrina determina importanti effetti a livello cerebrale, determinando anche dipendenza. Inoltre l'efedrina viene utilizzata come precursore chimico nella fabbricazione di metamfetamina. La categoria delle sostanze stimolanti è ampia, si presentano in varie forme e si assumono in vari modi: possono essere sniffate, iniettate per via endovenosa o ingerite. Il metodo più usato, poiché ne aumenta la durata degli effetti, è assumere la sostanza per via orale. Lo sniffare produce un rapido effetto, ma potrebbe portare a lesioni al naso, invece l'iniezione per via

endovenosa aumenta i rischi di overdose dato che la sostanza raggiunge rapidamente il cervello e le impurità presenti sono introdotte direttamente nel flusso sanguigno con anche il rischio che si presentino delle infezioni. Gli stimolanti vanno ad alterare il sistema di comunicazione a livello cerebrale. Questo avviene attraverso il rilascio di sostanze chimiche, i neurotrasmettitori, tra i neuroni. In particolare agiscono su due neurotrasmettitori, ovvero la dopamina e la serotonina. La prima è responsabile delle sensazioni di piacere e di benessere e gli stimolanti, modificando il suo rilascio, determinano un accumulo di questa sostanza con il risultato di un'intensa sensazione di piacere e di aumento dell'energia; la serotonina è invece un neurotrasmettitore deputato al controllo del sonno, del tono dell'umore, del comportamento sessuale e della fame. Gli stimolanti possono migliorare la prontezza di riflessi, la capacità di concentrazione, aumentano l'attenzione, ritardano la fatica, riducono la sensibilità al dolore e il bisogno di sonno, accrescono l'aggressività e la competitività. Sull'organismo hanno effetti di vaso-costrizione, tendono a produrre un innalzamento della pressione sanguigna e/o della respirazione, eventualmente anche della capacità di attenzione e/o della reattività emotiva o della percezione. A livello mondiale, la metamfetamina rappresenta la sfida più grande nel settore delle droghe sintetiche. In Europa, il consumo di metamfetamina era concentrato in alcuni paesi. La situazione è ancora in larga misura questa ma malgrado la diffusione e la disponibilità di altri stimolanti, l'analisi dei residui nelle acque reflue indica che questa droga sta cominciando a diffondersi in nuovi paesi dell'Unione europea. I nuovi dati relativi al 2018, recentemente pubblicati dal gruppo SCORE e dall'EMCDDA¹¹, indicano una maggiore diffusione geografica e un aumento complessivo del consumo di tutte le classi di stimolanti comunemente utilizzate. La cocaina è lo stimolante più frequentemente sequestrato in molti paesi occidentali e meridionali, mentre nell'Europa settentrionale e orientale sono più frequenti i sequestri di amfetamine e MDMA. Si stima che 12,4 milioni di adulti nell'Unione europea (15-64 anni), pari al 3,7 % di questa fascia d'età, abbiano provato le amfetamine nel corso della propria vita. I dati sull'uso recente tra i giovani adulti (15-34 anni) indicano che 1,3 milioni (1,0 %) hanno fatto uso di amfetamine nell'ultimo anno. Un'ulteriore categoria di sostanze che provocano dipendenza sono gli allucinogeni. Con il termine "allucinogeno" s'intende qualsiasi sostanza che agendo a livello delle percezioni sensoriali causa alterazioni tra cui, la più significativa, è l'allucinazione. Le sostanze allucinogene sono moltissime e si possono distinguere in:

- sostanze naturali, ovvero i funghi allucinogeni dalle caratteristiche psicoattive e alcune piante appartenenti alle *solanacee*, che contengono atropina e scopolamina;
- sostanze sintetizzate da allucinogeni naturali

Le più conosciute sono: LSD (Dietilamide dell'acido lisergico), Ketamina, Fenciclidina (PCP o commercializzata come "polvere d'angelo"), MDMA che è stimolante e leggermente allucinogena, e

¹¹ Osservatorio europeo delle droghe e delle dipendenze, Relazione europea sulla droga. Tendenze e sviluppi, 2018

altre molecole presenti nei funghi allucinogeni. Queste sostanze vengono assunte per via orale o per inalazione. Il meccanismo d'azione degli allucinogeni si basa sulla loro interazione con "mediatori chimici" quali l'acetilcolina, l'adrenalina, l'istamina e la serotonina, che regolano gli impulsi nervosi della percezione sensoriale nel sistema nervoso centrale. Gli effetti delle sostanze allucinogene sono difficilmente prevedibili perché fortemente influenzate dallo stato psico-fisico della persona al momento dell'assunzione, si presentano da 30 a 90 minuti dopo l'assunzione e possono avere una durata anche superiore alle 12 ore, senza contare la presenza dei così detti "flashback", ossia l'improvvisa ricomparsa degli effetti anche a distanza di mesi dall'assunzione. Gli effetti provocati da queste sostanze sono numerosi e interessano varie aree:

- Alterazioni fisiologiche: in seguito all'assunzione di sostanze allucinogene si verificano nell'organismo un aumento della pressione sanguigna e del battito cardiaco, secchezza delle fauci, perdita dell'appetito, nausea, aumento della sudorazione, tremori.
- Alterazioni visive: uno dei primi effetti prodotti dagli allucinogeni sono le alterazioni del campo visivo, con la comparsa di macchie colorate, figure dai contorni indefiniti, oggetti in movimento che lasciano una scia colorata. I mutamenti visivi possono aggravarsi con l'apparizione di persone o animali, fino ad arrivare a vere e proprie allucinazioni, isolando la persona dalla realtà con la comparsa di paesaggi e di figure immaginari, illogici, inesistenti.
- Alterazioni percettive: l'alterazione del sistema della percezione comporta la mutazione delle sensazioni della pelle, che può diventare ipersensibile o totalmente anestetizzata, e della propriocezione muscolare, non riuscendo quindi a percepire gli arti e il resto del corpo e arrivando all'impossibilità di stabilire in quale posizione ci si trovi. Ne consegue inevitabilmente un disturbo dell'equilibrio e del movimento. È possibile inoltre che si verifichi una distorta percezione temporale.
- Alterazioni dell'umore: anche se in modo indiretto, gli allucinogeni comportano dei mutamenti nell'umore, dovuti al tipo di visioni causate dalle sostanze ingerite. Si possono verificare attacchi di panico e psicosi, anche durature, stati di trance e di delirio, perdita dell'autocontrollo e scarsa concentrazione. L'alterazione della sensibilità, inoltre, comporta un elevato stato confusionale.

I dati epidemiologici più recenti, descrittivi dell'uso delle sostanze allucinogene, sono illustrati nella Relazione Europea sulla droga del 2019¹², nella quale si riporta che i livelli complessivi di consumo di allucinogeni, in prevalenza funghi ed LSD, sono bassi e stabili da qualche anno. Infatti fino al 2008 si è assistito ad un aumento delle percentuali di utilizzatori mentre negli anni

¹² Osservatorio europeo delle droghe e delle dipendenze, Relazione europea sulla droga: tendenze e sviluppi, anno 2019

successivi la percentuale ha subito un lieve ma costante decremento fino al 2016. Nel 2019, tra i giovani adulti (15-34 anni), le stime ricavate da indagini nazionali relative alla prevalenza nell'ultimo anno sono inferiori all'1 %. Le sostanze che causano dipendenza non sempre sono sostanze illegali, ne sono d'esempio l'alcol e il tabacco. Quest'ultimo è un prodotto dell'agricoltura ricavato dalle foglie delle piante del genere *Nicotiana*. Tutte le specie di *Nicotiana* contengono la nicotina, un composto organico stimolante e sedativo contenuto in tutte le parti della pianta ad eccezione del seme; la maggior concentrazione di nicotina si rileva nelle foglie, di cui costituisce circa lo 0,3 - 5% del peso secco, le quali essiccate e tagliate diventano tabacco trinciato impiegato per la preparazione delle sigarette. Nonostante la nicotina venga inalata tramite il fumo in piccole dosi, poiché la maggior parte della sostanza viene distrutta dal calore, questa quantità è comunque sufficiente a creare la dipendenza. La nicotina fumata viene assorbita dai polmoni a livello alveolare, passa nel sangue e, in pochi secondi, arriva al cervello dove imita l'azione del neurotrasmettitore acetilcolina (ACh) per interagire con i suoi recettori che sono appunto stati chiamati nicotinici. Nel SNC l'innervazione colinergica che agisce attraverso i recettori per l'acetilcolina regola processi come il rilascio di trasmettitori, l'eccitabilità cellulare e l'integrazione neuronale, operazioni cruciali per il mantenimento della rete neurale e per le funzioni fisiologiche. Le concentrazioni di nicotina nel cervello raggiungono il picco circa 5 minuti dopo la somministrazione. Tuttavia esse calano rapidamente, ridistribuendosi verso altri tessuti, e riazzerandosi nel giro di 30 minuti. Assunta in piccole dosi, la nicotina stimola il rilascio di dopamina, oltre ad altri neurotrasmettitori come serotonina, vasopressina e adrenalina, tutto questo genera senso di euforia nel consumatore. Induce velocemente un miglioramento della capacità mnemonica, delle performance psicomotorie e dell'attenzione, inibisce l'appetito e migliora l'umore. L'effetto raggiunto dipende dalla situazione di partenza personale (eccitato, stanco, stressato ecc.), dalla dose di nicotina aspirata e dalla velocità del fumo. Sull'organismo gli effetti sono: aumento della pressione sanguigna e della frequenza cardiaca, aumento della glicemia, aumento dell'attività metabolica generale e aumento della concentrazione nel sangue di cortisolo, prolattina e somatotropina. Secondo i dati dell'indagine Doxa-Iss, presentati in occasione della Giornata mondiale contro il tabacco 2016 (World No Tobacco Day, 31 maggio), in Italia ci sono 11,5 milioni di fumatori (22% della popolazione), di cui 6,9 milioni sono uomini (27,3%) e 4,6 milioni donne (17,2%). Sono invece 7,1 milioni (13,5%) le persone che hanno smesso di fumare (4,3 milioni di uomini e 2,8 milioni di donne). L'abitudine al fumo risulta più diffusa tra gli uomini e nella fascia di età 25-44 anni. L'ultima categoria sono i solventi volatili ovvero sostanze quali acetati, alcol, cloroformio, etere, idrocarburi alifatici e aromatici, idrocarburi clorurati, chetoni; questi sono contenuti in prodotti commerciali, facilmente accessibili e acquistabili, come colle e adesivi, vernici, sverniciatori, liquidi per la pulizia. La modalità di assunzione di tali sostanze è mediante inalazione. La maggior parte delle sostanze inalanti agisce direttamente sul sistema

nervoso producendo effetti che alterano la mente. Le sostanze chimiche volatili che vengono inalate sono assorbite attraverso i polmoni nel flusso sanguigno, raggiungendo gli organi e il sistema nervoso. La presenza nel sangue di queste molecole causa una riduzione della disponibilità di ossigeno nell'organismo, costringendo il cuore a battere più rapidamente e in maniera irregolare. In pochi secondi, chi ne fa uso sperimenta un'intossicazione e altri effetti simili a quelli che si hanno dall'alcol. Gli effetti a breve termine per i consumatori di sostanze inalanti sono: difficoltà di parola, confusione, incapacità di movimento, allucinazioni e/o visioni, ostilità, apatia, forti mal di testa, infiammazioni al naso e alla bocca. Inoltre rallentano le funzioni corporee e dopo la perdita iniziale dell'inibizione, arrivano sonnolenza, debolezza e agitazione. Le sostanze chimiche vengono assorbite rapidamente attraverso il cervello e altri organi, causando talvolta un danno fisico e mentale irreversibile. Il fenomeno dell'uso di inalanti è piuttosto diffuso nell'ambito dei giovani e giovanissimi e gli Stati Uniti contano più di 22milioni di soggetti di età maggiore di 12 anni che hanno usato inalanti almeno una volta nella vita e oltre 750mila nuovi utilizzatori ogni anno.¹³ Per quanto riguarda il consumo di inalanti almeno una volta nella vita, sulla base dei dati per i 23 Stati membri dell'UE e la Norvegia, che hanno partecipato all'edizione 2015 di ESPAD, la prevalenza media, nella fascia d'età tra i 15 e i 16 anni, del consumo di inalanti è pari all'8 %, con un lieve percentuale maggiore nelle femmine rispetto ai maschi. Inoltre nella Relazione Europea sulle droghe del 2018 si riporta che tra 2010 e il 2015 l'uso di inalanti è diminuito dal 10 all'8%, anche se la tendenza di lungo periodo tra il 1995 e il 2015 è stata relativamente stabile.

1.3 Strutture e diversi tipi di percorsi terapeutici

Gli studi effettuati nell'ambito delle neuroscienze hanno lo scopo di dimostrare come la dipendenza sia una patologia caratterizzata da alterazioni a livello cerebrale. Per mezzo di risultati sperimentali sui modelli animali e di numerosi reperti ottenuti mediante tecniche di neuroimaging si sono effettivamente rilevate specifiche alterazioni funzionali e anche strutturali, per questo croniche, nel sistema nervoso centrale dei soggetti dipendenti. Per queste ragioni, la dipendenza come malattia è concettualizzata come una patologia cronica del cervello. Tale modello della dipendenza come malattia cronica del cervello è sostenuto e illustrato da Alan Leshner, ex direttore del National Institute on Drug Abuse statunitense, il quale pubblicò nel 1997 un elaborato su *Science*, sostenendo che *“nei soggetti vulnerabili l'uso prolungato di sostanze modifica le strutture e le funzioni del sistema nervoso centrale facendo scattare un interruttore metaforico nel cervello che porta alla condizione di dipendenza, caratterizzata dalla ricerca e dall'uso compulsivo”*.¹⁴ La visione in ambito medico e istituzionale più accreditata sostiene che comportamenti autolesivi e socialmente dannosi come quelli della dipendenza da

¹³ Howard O., Bowen E., Garland E., Perron B., Vaughn M., *Inhalant Use and Inhalant Use Disorders in the United States*. *Addict Sci Clin Pract.* 2011

¹⁴Leshner, *Addiction is a brain disease, and it matters*, in *Science* (New York, N.Y.), vol. 278, n. 5335, 3 ottobre 1997, pp. 45–47

sostanze sono malattie specifiche, vere e proprie sindromi costitutive della dipendenza. Identificare la dipendenza come una malattia permette di fornire ai soggetti affetti da tale patologia una possibilità di cura; testimone è la presenza di servizi specifici per il trattamento della dipendenza. Tuttavia, in questo ambito, lo scenario terapeutico- riabilitativo di cura non è sempre stato così concepito. Per lungo tempo i disturbi da uso di sostanza sono stati concepiti come deviazioni del senso morale, interpretando la dipendenza sulla base di un modello etico secondo il quale tale condizione è attribuibile alla cattiva volontà del soggetto, identificato come colpevole, viziato, privo di volontà, autocontrollo e moralità. Secondo questa visione la persona dipendente da sostanza è colpevole della propria situazione in quanto, essendo un soggetto portatore di autonomia e responsabilità, possiede la capacità di scelta. Questa capacità dell'individuo di scegliere non lo connota irrimediabilmente come debole e colpevole ma lo rende potenzialmente capace di redimersi, in passato soprattutto attraverso un approccio religioso, custodialistico. Inoltre a livello istituzionale la vendita e l'uso di sostanze stupefacenti era considerata un'azione criminale come testimonia la legge n. 396/1923¹⁵ che puniva con pene detentive brevi la vendita, la somministrazione e la detenzione di tali sostanze da parte di persone non autorizzate. Successivamente, la legge n.1145/1934¹⁶ contenente «Nuove norme sugli stupefacenti» introdusse il «ricovero coatto» dei tossicomani in «case di salute». Questa visione inizia a modificarsi con la nascita degli Alcolisti Anonimi, nel 1935, un'associazione fondata da un agente di borsa di Wall Street e un medico chirurgo di Akron, entrambi alcolisti, i quali notarono che la condivisione delle loro esperienze personali li sosteneva a non assumere più alcol. Da questa osservazione ebbero l'intuizione di applicare l'auto-aiuto all'alcolismo, considerandolo una malattia da curare e non un vizio da estirpare. L'associazione negli anni si è estesa anche oltreoceano e conta la sua presenza in circa 160 paesi del mondo. In Italia Alcolisti Anonimi approdò a Roma nel 1972, un servizio televisivo ne favorì la diffusione e perfino la letteratura medica cominciò ad interessarsi ad Alcolisti Anonimi e al suo programma di recupero, basato sui Dodici Passi. La fondazione di A.A rappresenta un primo passo per il superamento dell'approccio moralistico. L'attenzione sociale alla tossicodipendenza, comprese sostanze stupefacenti, risale agli anni settanta, quando le cronache dettero notizia dell'esistenza di gruppi di giovani che consumavano sostanze stupefacenti. Seppur l'utilizzo di sostanze psicoattive e alcol non sia riconducibile ad una precisa data temporale, la notizia richiamò l'attenzione e l'interesse poiché non interessava singoli soggetti ma gruppi di giovani. In seguito a questa presa di coscienza generale e sociale, nel 1975 venne emanata la legge n. 685 riguardante la «Disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope. Prevenzione, cura e

¹⁵ Gazzetta Ufficiale del regno d'Italia, Legge 18 febbraio 1923, n. 396, recante provvedimenti per la repressione dell'abusivo commercio di sostanze velenose aventi azione stupefacente, art.1

¹⁶Gazzetta Ufficiale del regno d'Italia, r.d.l. 15 gennaio 1934 n. 151 (art. 12), convertito nella legge n.1145/1934 contenente "Nuove norme sugli stupefacenti"

riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza»¹⁷. Rappresenta un ulteriore progresso, in questo ambito, in quanto la legge:

- Promuove studi e ricerche relativi alla prevenzione dell'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o psicotrope, alla riabilitazione ed al reinserimento sociale dei tossicodipendenti;
- Delega alle regioni le funzioni di prevenzione ed intervento contro l'uso non terapeutico delle sostanze stupefacenti o psicotrope, al fine di assicurare la diagnosi, la cura, la riabilitazione ed il reinserimento sociale delle persone interessate;
- Incarica il provveditore agli studi di istituire un comitato di studio con il fine di attuare, negli ambienti scolastici, una responsabile educazione sanitaria e informazione sui danni derivanti dall'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope;
- Affida ai normali presidi ospedalieri, ambulatoriali, medici e sociali localizzati nella regione, con esclusione degli ospedali psichiatrici, la cura e la riabilitazione dei soggetti che fanno uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o psicotrope.

La tossicodipendenza viene, secondo le disposizioni di legge, riconosciuta come malattia, preceduta da diagnosi, curabile e soggetta a riabilitazione. Queste funzioni vengono svolte dai presidi ospedalieri fino al 1990, anno in cui viene emanato il Decreto del Ministero della Sanità n. 444, il quale recependo la legge n. 162 del giugno 1990, istituisce i servizi per le tossicodipendenze (SERT) a cura delle unità sanitarie locali, riconoscendo la specificità delle attività di prevenzione e cura delle tossicodipendenze. Il trattamento del disturbo da uso di sostanze oggi prevede tre principali linee di intervento, concepite in un *continuum* terapeutico: intervento ambulatoriale, intervento residenziale e intervento territoriale. Il servizio ambulatoriale specifico per le dipendenze patologiche viene istituito con il Decreto ministeriale n.444/90 e comprende strutture territoriali del Servizio Sanitario Nazionale o del privato sociale convenzionato. È un servizio a cui vi si accede gratuitamente, senza prescrizione medica e vi si possono rivolgere persone con problemi legati all'uso di sostanze, i familiari, i Servizi e gli Enti che necessitano di informazioni, indicazioni inerenti il problema della dipendenza. I SERT si occupano di accoglienza, presa in carico, trattamento, riabilitazione e prevenzione primari. In particolare, fornisce accertamento diagnostico e monitoraggio delle condizioni di dipendenza, interventi medico-farmacologici per il raggiungimento e il mantenimento dell'astinenza attraverso la somministrazione di terapie "sostitutive" di disassuefazione, anti-craving e avversivanti, trattamenti psicoterapeutici e gruppi terapeutici, accompagnamento e inserimento nelle comunità terapeutiche e supporto per programmi di inserimento sociale e lavorativo. I

¹⁷ Gazzetta ufficiale della Repubblica italiana, Legge 22 dicembre 1975, n. 685, Disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope. Prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza.

servizi residenziali per le dipendenze patologiche includono diverse opzioni di percorso che si diversificano per durata e obiettivi ma tutte prevedono temporaneamente la permanenza del soggetto nella struttura terapeutica. Il ricovero ospedaliero per disintossicazione ha durata breve, di pochi giorni, durante i quali il soggetto è supportato nel trattamento per l'astinenza e le patologie eventualmente correlate. Sempre a livello ospedaliero è possibile svolgere un programma riabilitativo di circa ventotto giorni, denominato *rehab* nei paesi anglosassoni, in cui viene effettuato un inquadramento diagnostico complessivo sia a livello organico che sociale, familiare e personale a cui seguono interventi di motivazione al cambiamento e prevenzione alla ricaduta; essendo un programma ospedaliero prevede anche la definizione di una terapia farmacologica e la presentazione di gruppi di auto mutuo aiuto a cui far riferimento a seguito della dimissione. Il servizio residenziale maggiormente presente sul territorio nazionale è la comunità terapeutica, la quale può prevedere un percorso breve da un mese a quattro mesi oppure un percorso più lungo, anche oltre i sei mesi di permanenza. Nel primo caso il focus del programma si concentra su obiettivi personali e sull'individuazione di strumenti terapeutici facilmente applicabili nella vita quotidiana dopo la fine del percorso; nel secondo caso gli obiettivi riguardano il cambiamento profondo dello stile di vita e di pensiero del soggetto. Questi obiettivi sono perseguiti attraverso la permanenza in comunità, l'interazione con l'ambiente e con il gruppo. Il percorso all'interno di una comunità terapeutica così strutturata, come la Comunità Terapeutica Gaggera di Gradara e sede del mio tirocinio, interessa tutte le aree di vita di una persona da quelle più strettamente correlate al disturbo da uso di sostanze a quelle legate alla quotidianità e al benessere psico-fisico. La permanenza è prolungata rispetto agli altri percorsi possibili come conseguenza dei numerosi interventi terapeutici che vengono effettuati. All'interno dei servizi territoriali sono compresi i SERT i quali rappresentano la prima fase del *continuum* terapeutico. Esistono servizi, sempre dislocati nel territorio, che si configurano in qualità di percorsi intermedi o successivi a un percorso residenziale tra i quali rientrano il Day Hospital, i Centri Diurni e gli Appartamenti Protetti. Il Day Hospital (DH) o ricovero diurno è una forma di assistenza, garantita dal Servizio Sanitario Nazionale, che permette al paziente di usufruire di cure ospedaliere nell'arco di uno o più ricoveri programmati, tutti di durata inferiore a un giorno e senza pernottamento, per lo svolgimento di accertamenti diagnostici, visite specialistiche e terapie. I Centri Diurni sono strutture semiresidenziali, nelle quali il soggetto è orientato e supportato in un percorso progressivo di conoscenza e consapevolezza della propria condizione di dipendenza. Gli obiettivi sono l'accoglienza e la strutturazione di uno stile di vita in regime di astinenza da sostanze psicotrope attraverso interventi relativi alla dimensione della quotidianità e dell'ordinarietà, favorendo la costruzione di uno spazio personale anche attraverso la creazione di legami affettivi e la valorizzazione delle passioni, delle potenzialità e delle risorse individuali. Gli Appartamenti Protetti sono strutture abitative che accolgono persone con disturbo da uso di sostanze, prevalentemente a seguito di

un percorso comunitario. Queste strutture sono rivolte a persone in grado di autogestirsi per quanto riguarda le principali attività della vita quotidiana, pur necessitando di aiuto per qualche specifica attività e/o di supervisione nell'arco della giornata. In questo contesto la persona sperimenta la convivenza in maniera più libera e autonoma e ha la possibilità di applicare le competenze apprese e sviluppate e di gestire autonomamente la propria quotidianità. Queste tre tipologie di strutture sono pubbliche o private convenzionate ma a livello territoriale, per supportare le persone con DUS, sono presenti anche gruppi auto mutuo aiuto. Infatti dopo la nascita e la notorietà raggiunta dell'associazione Alcolisti Anonimi si sono formati ulteriori gruppi di sostegno come il CAT (club alcologici territoriali), NA (narcotici anonimi) e GA (giocatori anonimi).

2. Modello bio-psico-sociale

Dopo aver riconosciuto il disturbo da uso di sostanze come malattia, si è cercato di indagare le motivazioni che concorrono all'instaurarsi dello 'stato di addiction'. A tal proposito, contrapponendosi al modello biomedico che attribuisce la malattia a soli fattori biologici, si utilizza il modello bio-psico-sociale. Tale approccio alla persona imputa il risultato della malattia, così come quello della salute, all'interazione di fattori biologici, psicologici e sociali. Questo approccio è sostenuto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità che lo applica per definire lo stato di Salute nella Costituzione del 1948 così come segue: *"Uno stato di completo benessere fisico, sociale e mentale, e non soltanto l'assenza di malattia o di infermità"*.¹⁸ Applicare il modello bio-psico-sociale al disturbo da uso di sostanze significa indagare le tre componenti che concorrono a creare lo stato di benessere o malessere di una persona: componente biologica, componente psicologica e componente sociale o ambientale. Questi fattori non sono statici ma soggetti al cambiamento, peculiari di ciascun soggetto e talvolta interdipendenti tra loro e si classificano in fattori di protezione (FP) che rendono resistente il soggetto e fattori di rischio (FR) che lo rendono vulnerabile.¹⁹ I fattori di rischio sono indicatori di probabilità che l'uso e la dipendenza si presentino in un soggetto, non sono agenti obbligatoriamente causali né condizione necessaria né condizione sufficiente ma aumentano il rischio di far uso di sostanze e di sviluppare la malattia. Questi fattori possono coesistere con i fattori di protezione e in base alla prevalenza di un gruppo o dell'altro, il soggetto presenta un livello di vulnerabilità basso, medio o alto. Quindi la condizione di vulnerabilità è sostenuta da fattori sia individuali che ambientali²⁰, è dinamica e ha origine dal rapporto tra fattori di rischio e fattori di protezione.

²¹

La vulnerabilità presenta delle proprie caratteristiche e può essere classificata in:

- Vulnerabilità intrinseca, o di tratto, causata da fattori esclusivamente interni al soggetto
- Vulnerabilità estrinseca, o di stato, causata da fattori esclusivamente esterni al soggetto
- Vulnerabilità doppia determinata sia da fattori interni che esterni
- Vulnerabilità permanente se i fattori che la causano non variano nel tempo
- Vulnerabilità temporanea se i fattori che la causano variano o vengono meno

Di conseguenza è importante sottolineare che vulnerabilità non è sinonimo di predestinazione ma è una condizione da intendere in chiave probabilistica e non deterministica. I fattori che

¹⁸ Costituzione dell'organizzazione mondiale della sanità: *"Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity."*, firmata il 22 Luglio 1946 ed entrata in vigore il 7 Aprile 1948

¹⁹ Sheppard G. Kellam, Doreen Koretz and Eve K. Moscicki, *Core Elements of Developmentally Based Prevention Research*, American Journal of Community Psychology, Vol. 27, No. 4, 1999

²⁰ Gerra G., Serpelloni G., (Brook, 1970) Modellistica interpretativa della "Vulnerabilità all'addiction", Regione Veneto, 2002, p.46

²¹ Gerra G., Serpelloni G., (Ensminger, 1970) Modellistica interpretativa della "Vulnerabilità all'addiction", Regione Veneto, 2002, p.51

rendono vulnerabile il soggetto all'assunzione di sostanze psicoattive possono essere suddivisi in tre macro aree: fattori genetici e biologici, fattori individuali e di sviluppo, fattori socio-ambientali; queste tre aree non sono da considerarsi compartimenti a sé stanti e indipendenti, piuttosto esiste uno stretto rapporto di interconnessione tra i tre fattori.

2.1 Le cause

2.1.1 Fattori genetici

La genetica è una branca della biologia, il cui oggetto di studio sono i geni, ovvero una sequenza nucleotidica di DNA contenente il codice per una proteina specifica. Inoltre studia l'ereditarietà di tali geni e la variabilità genetica. Con il passare dei decenni gli approcci della genetica si sono differenziati, generando differenti aree in cui si applica la ricerca genetica al di là di quella formale. Esiste una genetica denominata "comportamentale", la quale studia il rapporto che sussiste tra genetica e comportamento umano, in particolar modo alcuni aspetti della personalità umana quali l'intelligenza, l'introversione e l'estroversione, l'orientamento sessuale, il comportamento aggressivo e antisociale, la ricerca continua di nuove sensazioni, l'abuso di alcool o di droghe, nel tentativo di individuare i geni che possano giocare un ruolo nel determinare l'espressione di tali tratti. Gli studi in questo ambito applicati all'uso di sostanze psicoattive hanno portato ad individuare la presenza di geni specifici e la loro ereditarietà. A sostenere l'esistenza di specifici geni alla base dell'inclinazione a dipendere da sostanze come alcool, nicotina e cocaina è uno studio condotto da un team dell'università del Michigan e della Virginia nel 2009.²² I ricercatori hanno individuato un numero ristretto di geni, precisamente undici, collegati al comportamento additivo e riscontrato che i geni legati alla dipendenza da nicotina si trovano in stretta relazione con la tendenza all'uso di cocaina, eroina e altre sostanze. Nonostante questa scoperta non è corretto pensare che tutti gli undici geni sono ereditabili, inoltre attualmente sono in corso ulteriori studi per individuare le esatte variazioni genetiche e i relativi meccanismi molecolari. Alla conclusione di questa ricerca si potrebbero creare trattamenti più efficaci e personalizzati, migliorare le strategie di prevenzione, ricordando che la predisposizione genetica non è l'unica causa dell'assunzione di sostanze né dell'instaurarsi dello stato di addiction. I geni, detti anche determinanti ereditari, sono unità di informazione che vengono trasmesse da una generazione alla successiva ed è per questo motivo che molti studi si concentrano sull'ereditarietà della dipendenza tra genitori e figli, ipotizzando che una famiglia con precedenti situazioni di tossicodipendenza possa essere un fattore di rischio. La scienza che si occupa di studiare l'eziologia, la distribuzione e il controllo della malattia in gruppi di parenti e le cause ereditarie di malattia nelle popolazioni è l'epidemiologia genetica: studi in questo campo hanno evidenziato una suscettibilità ereditaria per l'alcolismo pari al 25-50% tra i parenti alcolisti di primo grado di alcolisti e una correlazione

²² Ming Li, Burmeister M., *New insights into the genetics of addiction*. Nature Reviews Genetics, 2009
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2879628/?target=broweuli.com>

del 34% tra parenti di primo grado alcolisti e cocainomani²³; inoltre la prevalenza del disturbo addittivo tra i parenti di primo grado di soggetti affetti dal disturbo addittivo è 8 volte più elevata di quella dei soggetti controllo che non hanno congiunti affetti da disturbi addittivi.²⁴ I due risultati riportati non effettuano alcuna distinzione tra ereditarietà e ambiente di sviluppo e di vita. Studi successivi hanno individuato una netta differenza tra fattori genetici, responsabili al 79%, e fattori ambientali, responsabili al 21%, per la suscettibilità alla dipendenza da cocaina. Ulteriori studi svolti sui gemelli hanno riportato percentuali differenti, in particolare dimostrano che i fattori genetici contribuiscono per una percentuale che, a seconda degli studi, va dal 63%²⁵ al 78%²⁶ della varianza dell'abuso di cocaina. Simili percentuali si ottengono per altre sostanze d'abuso come la cannabis²⁷ e la stessa caffeina.²⁸ Al contrario dell'abuso e della dipendenza, il semplice uso di sostanze risulta determinato prevalentemente da fattori ambientali piuttosto che genetici. Nel caso della cocaina, l'uso appare dipendente solo per il 39% da fattori genetici e per il resto da fattori ambientali.²⁹ Lo stesso trend si osserva nel caso del semplice uso di cannabis.³⁰ È fondamentale compiere la distinzione tra fattori genetici e ambientali, studiarne la frequenza e la loro implicazione nel sorgere di disturbi da uso o abuso di sostanza, altrimenti si rischia di stigmatizzare i componenti di una famiglia con membri affetti dal disturbo e di colpevolizzarli per eventuali problematiche simili nella prole. Inoltre se si imputasse la causa della dipendenza solamente alle componenti genetiche la persona con tale disturbo avrebbe il proprio destino già scritto, senza possibilità di riscatto; studiare anche gli altri fattori che empiricamente possono essere implicati permette di avviare a questa forma di predeterminismo.

2.1.2 Fattori individuali

In questa categoria rientrano diverse caratteristiche proprie del soggetto: l'età, la dimensione psichica, la personalità, il temperamento e lo sviluppo. Sono fattori che si differenziano da quelli genetici in quanto questi ultimi sono fattori determinanti lo stato di vulnerabilità, mentre i fattori individuali rappresentano delle evidenze fenomeniche correlate all'aumento del rischio ma non

²³ Smith and Frawley, *Alcoholism in relatives of primary cocaine-dependent patients*. Journal of Substance Abuse Treatment. Volume 9, Issue 2, 1992, Pages 153-155

²⁴ Merikangas KR, Stolar M, Stevens DE, et al. *Familial Transmission of Substance Use Disorders*. Archives of General Psychiatry. 1998;55(11):973-979

²⁵ Kendler, Prescott, Myers, Neale. *The Structure of Genetic and Environmental Risk Factors for Common Psychiatric and Substance Use Disorders in Men and Women*. 2003, Archives of General Psychiatry 60(9):929-37.

²⁶ Van den Bree, Johnson, Neale, Pickens, *Genetic and environmental influences on drug use and abuse/dependence in male and female twins*. Drug and Alcohol Dependence 52 (1998) 231-241

²⁷ Kendler, Prescott, *Cannabis Use, Abuse, and Dependence in a Population-Based Sample of Female Twins*. 1998, American Journal of Psychiatry 155(8):1016-22

²⁸ Kendler KS, Prescott CA. *Caffeine intake, tolerance, and withdrawal in women: a population-based twin study*. Am J Psychiatry. 1999 Feb;156(2):223-8.

²⁹ Van den Bree, Johnson, Neale, Pickens, *Genetic and environmental influences on drug use and abuse/dependence in male and female twins*. Drug and Alcohol Dependence 52 (1998) 231-241

³⁰ Kendler, Prescott, *Cannabis Use, Abuse, and Dependence in a Population-Based Sample of Female Twins*. 1998, American Journal of Psychiatry 155(8):1016-22

implicate nella sua eziopatogenesi.³¹ Gli studi per dimostrare la rilevanza di tali fattori nello sviluppo dello stato di addiction sono importanti in quanto permettono, una volta osservate le evidenze fenomeniche, di intervenire precocemente e contrastare l'aggravamento della situazione. Il primo fattore individuale che aumenta la probabilità di sviluppare un disturbo da uso di sostanze o altre problematiche legate all'uso di sostanze è l'età. Una ricerca curata dalla direzione centrale per la documentazione e la statistica del Ministero dell'Interno del 2009³² ha indagato l'età della prima assunzione ed il poliabuso tra gli utenti in carico nelle strutture socio-riabilitative. I dati riportati si riferiscono all'anno 2006 e 2007 e presentano delle discrepanze: in particolare nel 2006 l'età della prima assunzione rientrava nella fascia 15-19 con una percentuale del 38% e la fascia fino ai 14 anni aveva una percentuale del 15% mentre nel 2007 la percentuale della fascia d'età 15-19 è diminuita al 35% e la fascia fino ai 14 anni ha raggiunto il 17%. Da questa ricerca emerge che la prima assunzione di sostanze avviene in età adolescenziale e ciò può definirsi come fattore di rischio in quanto è una fase di sviluppo complessa, caratterizzata da numerose e specifiche trasformazioni fisiologiche e anatomiche che pongono l'adolescente in un "cronico stato di rottura dell'omeostasi".³³ Inoltre la fase di vita vissuta dall'adolescente è caratterizzata da cambiamenti fisici, dalla maturazione sessuale ma anche da cambiamenti sociali e famigliari; infatti viene interpretata come una fase di transizione dall'infanzia all'età adulta durante la quale aumentano le responsabilità, si è chiamati a fare scelte e pensare al proprio futuro in maniera autonoma, si ha maggior indipendenza anche rispetto ai propri genitori e alla famiglia. Le sostanze psicoattive assunte agiscono sui recettori, sui neurotrasmettitori e sulle funzioni dei circuiti cerebrali in formazione. In particolare, in questa fase, vi è incompiutezza della struttura cerebrale e delle sue funzionalità: le aree di attività adibite all'inibizione e all'autocontrollo che risiedono soprattutto nella corteccia prefrontale non sono del tutto sviluppate³⁴, in quest'area sono però completamente formati e particolarmente eccitabili centri e vie profonde funzionali dei comportamenti compulsivi, consumatori della mediazione del piacere e della ricompensa ovvero le aree in cui le sostanze psicoattive agiscono.³⁵ A livello fisiologico in fase adolescenziale si assiste ad un'elevata attività dopaminergica, bersaglio delle sostanze, che comporta un'altrettanta elevata sensibilità del

³¹Gerra G., Serpelloni G., (Joeffe, 1993) Modellistica interpretativa della "Vulnerabilità all'addiction", Regione Veneto, 2002, p.48

³²Quaderni di documentazione. Giovani e droga: analisi sull'età della prima assunzione e il poliabuso tra gli utenti in trattamento presso le strutture socio-riabilitative. Direzione centrale per la documentazione e la statistica, giugno 2009 https://www1.interno.gov.it/mininterno/export/sites/default/it/assets/files/16/0068_Pubblicazione.pdf

³³Dorn, L. D., &Chrousos, G. P. (1993). *The endocrinology of stress and stress system disorders in adolescence*. *Endocrinology and metabolism clinics of North America*, 22(3), 685-700

³⁴Gogtay, N., Giedd, J.N., Lusk, L., Hayashi, K.M., Greenstein, D., Vaituzis, A.C., et al., 2004. *Dynamic mapping of human cortical development during childhood through early adulthood*. *Proc. Natl. Acad. Sci. U. S. A.* 101 (21), 8174–8179; Dahl, R.E., 2008. Biological, developmental, and neurobehavioral factors relevant to adolescent driving risks. *Am. J. Prev. Med.* 35 (3 Suppl.), S278–S284

³⁵Spear, L. P. (2000). *The adolescent brain and age-related behavioral manifestations*. *Neuroscience & Bio behavioral Reviews*, 24(4), 417-463

soggetto alle ricompense immediate ³⁶, e ad una riduzione delle connessioni gluttamatergiche dalla corteccia alle strutture del cervello emotivo, appetitivo e consumatorio, le quali sono vie deputate all'inibizione dei comportamenti compulsivi di consumo, ovvero quei comportamenti implicati anche nell'uso di sostanze.³⁷A questo quadro complesso si aggiungono la particolare reattività agli stimoli stressanti, la quale è dimostrata attraverso gli studi di brain imaging³⁸, e il processo di potatura sinaptica, detto *pruning*, che rimodella i circuiti cerebrali rafforzando le sinapsi e consentendo loro di sopravvivere al processo di selezione che serve per mantenere le sinapsi più efficienti, eliminando così quelle inefficienti e raramente utilizzate. Questo fenomeno modifica i rapporti tra i principali sistemi neurali e i loro differenti neurotrasmettitori, causando uno squilibrio nell'integrazione tra i principali sistemi neurali.³⁹ Le sostanze psicoattive per definizione agiscono a livello cerebrale e in una condizione di instabilità e di riassetto del sistema nervoso, come si assiste in adolescenza, possono causare effetti negativi sul cervello e sull'ambiente di vita dell'individuo. Inoltre l'uso può causare conseguenze a lungo termine, quali disturbi mentali, disturbo da uso di sostanze e dipendenza e problemi emotivi- relazionali nei diversi ambiti di vita. Durante lo sviluppo e la crescita di un soggetto possono presentarsi dei disturbi di vario genere e varia entità che rientrano in quelle evidenze fenomeniche correlate all'aumento del rischio di addiction, quali ADHD, disturbi della condotta, bulimia, anoressia, deficit mentale, alti livelli di aggressività, eccessiva timidezza, comportamento antisociale.⁴⁰ Queste condizioni possono generare nel soggetto uno stato negativo e di disagio, con senso di frustrazione ed esclusione sociale, portandolo a rispondere a questa condizione vissuta negativamente con l'assunzione di sostanze per il gradimento degli effetti da loro prodotti e per il senso d'appartenenza al gruppo dei pari. L'ADHD, acronimo di Attention Deficit Hyperactivity Disorder, è un disordine dello sviluppo neuropsichico del bambino e dell'adolescente, caratterizzato, secondo i criteri del DSM, da inattenzione e impulsività/iperattività. Viene considerata una sindrome poiché formata da un complesso di sintomi, quali ipercinesia, impulsività, logorrea, iperattività, ipermotricità, instabilità emozionale, scarso autocontrollo e può ripercuotersi sulle prestazioni scolastiche e lavorative.⁴¹ Tutti questi sintomi non sono causati da

³⁶ McCutcheon, J.E., Conrad, K.L., Carr, S.B., Ford, K.A., McGehee, D.S., Marinelli, M., 2012. *Dopamine neurons in the ventral tegmental area fire faster in adolescent rats than in adults*. J. Neurophysiol. 108 (6), 1620–1630

³⁷Brenhouse, H.C., Sonntag, K.C., Andersen, S.L., 2008. *Transient D1 dopamine receptor expression on prefrontal cortex projection neurons: relationship to enhanced motivational salience of drug cues in adolescence*. J. Neurosci. 28 (10), 2375–2382

³⁸ Stroud, L.R., Foster, E., Papandonatos, G.D., Handwerker, K., Granger, D.A., Kivlighan, K.T., Niaura, R., 2009. *Stress response and the adolescent transition: performance versus peer rejection stressors*. Dev. Psychopathol. 21 (1), 47–68; Gunnar, M.R., Wewerka, S., Frenn, K., Long, J.D., Griggs, C., 2009. *Developmental changes in hypothalamus-pituitary-adrenal activity over the transition to adolescence: normative changes and associations with puberty*. Dev. Psychopathol. 21 (1), 69–85

³⁹ De Micheli, Andrade, Da Silva, de Souza Formigoni; Springer, *Drug Abuse in adolescence: neurobiological, cognitive and psychological issues*, 2016

⁴⁰ Gerra G., Serpelloni G., (Brook, 1970)Modellistica interpretativa della "Vulnerabilità all'addiction", Regione Veneto, 2002, p. 49

⁴¹Crispiani P., *Hermes* 2016, Glossario scientifico professionale, , edizioni junior- Spaggiari edizioni, collana di pedagogia clinica, edizione 2016

deficit cognitivo (ritardo mentale), ma da difficoltà oggettive nell'autocontrollo e nella capacità di pianificazione.⁴² Questa sindrome si presenta, talvolta, associata a disturbi del comportamento come disturbo della condotta (DC) o al disturbo oppositivo provocatorio (DOP). Il primo è caratterizzato da comportamenti ripetitivi e persistenti che violano i diritti degli altri e le regole o norme dei contesti sociali, il DOP è invece presente tra i sintomi comportamenti ostili, provocatori e dalla frequente comparsa di perdita del controllo, opposizione attiva o rifiuto di rispettare richieste o regole, azioni volutamente irritanti, rabbia e vendicatività.⁴³ Il Disturbo Oppositivo Provocatorio precede spesso il Disturbo della Condotta mentre non accade frequentemente il contrario, ma entrambi si associano al Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività seppur con percentuali diverse: l' ADHD in relazione con DOP si presenta con una frequenza del 40-50%, mentre con un DC la frequenza diminuisce al 10-15%.⁴⁴ L'ADHD, o gli altri disturbi ad essa associati, oltre a manifestarsi attraverso i sintomi, si ripercuotono sul contesto sociale del soggetto causando, potenzialmente, emarginazione e frustrazione scolastica; tali condizioni sociali negative amplificano il disturbo che in questo caso può associarsi anche a Disturbi dell'ansia, con una frequenza del 30%.⁴⁵ Un ulteriore disturbo che è stato dimostrato essere associato all'uso di sostanze è l'alessitimia, un costrutto psicologico e un disturbo a cui è stato dedicato il paragrafo n. 3.3 nel quale verrà trattata più approfonditamente. L'alessitimia è un disturbo affettivo- cognitivo che causa nel soggetto difficoltà a identificare e comunicare le proprie emozioni. Questo pone il soggetto nella situazione di vivere in maniera confusa e travolgente qualsiasi emozione, sia positiva che negativa, tanto da assumere ansiolitici o sostanze stupefacenti per sedare le emozioni o per aumentare la loro percezione, come mi disse un utente residente nella Comunità Terapeutica di Gradara, il quale dichiarò di stare bene e che l'assunzione di droga era finalizzata a stare ancora meglio. L'associazione tra alessitimia e dipendenza è stata indagata e validata da diversi studi, tra cui uno studio condotto nel 1988 da J. Rybakowski, M. Ziolkowski, T. Zasadzka, R. Brzeziński⁴⁶ su un campione di 100 pazienti maschi ricoverati con dipendenza da alcool utilizzando la Scala di Personalità di Schalling-Sifneos, la quale permette di determinare la presenza o l'assenza di alessitimia. Il punteggio ha riportato che 78 pazienti sul totale sono classificabili come alessitimici. I pazienti alessitimici e quelli non alessitimici non si differenziano per fattori demografici né per la gravità della dipendenza da alcool, ipotizzando così che le caratteristiche psicologiche e biologiche dei soggetti alessitimici possano renderli più vulnerabili

⁴²<http://old.iss.it/adhd/index.php?lang=1&laid=231&tipo=1>

⁴³ Crispiani P., *Hermes 2016*, Glossario scientifico professionale, , edizioni junior- Spaggiari edizioni, collana di pedagogia clinica, edizione 2016

⁴⁴ Scheriani C., *Bambini sopra le righe: bambini affetti da Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività. Ricerca e trattamento nella scuola dell'obbligo.*, Armando editore, 2007, pg. 27

⁴⁵ Kendler, Prescott, *Cannabis Use, Abuse, and Dependence in a Population-Based Sample of Female Twins*. 1998, *American Journal of Psychiatry* 155(8):1016-22

⁴⁶ Rybakowski J, Ziolkowski M, Zasadzka T, Brzeziński R. *High prevalence of alexithymia in male patients with alcohol dependence. Drug Alcohol Depend.* 1988 May;21(2):133-6.

all'alcol e più inclini al successivo sviluppo della dipendenza.⁴⁷ La scala utilizzata in tale studio è stata criticata per la scarsa consistenza interna per cui è stata poco utilizzata e negli studi successivi si sono utilizzate scale diverse, più valide e affidabili, tra le quali emerge la TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale) impiegata in uno studio del 2010 con lo scopo di confrontare la prevalenza di alessitimia in pazienti affetti da DUS e pazienti sani. La ricerca è stata condotta su un campione numericamente inferiore al precedente, 85 pazienti in cura incentri per la tossicodipendenza nella città di Teheran e 85 soggetti sani selezionati. I risultati hanno evidenziato una differenza significativa tra i pazienti con disturbo da uso di sostanze e le persone sane in termini di punteggi totali nella TAS-20: i pazienti con disturbi da uso di sostanze hanno segnalato più sintomi del disturbo rispetto alle persone normali,⁴⁸avvalorando l'ipotesi di una correlazione tra il disturbo di alessitimia e la presenza di un disturbo da uso di sostanze. Tra i disturbi che più frequentemente si presentano in concomitanza con il disturbo da uso di sostanze sono i disturbi mentali: nel 2018 si è osservata la presenza di almeno una patologia psichiatrica in 7860 assistiti in trattamento presso i Sert, pari al 6,2%.⁴⁹ Questa condizione è stata definita comorbidità che in medicina definisce la presenza, contemporaneamente, in un soggetto di due o più malattie. La comorbidità psichiatrica prevede l'attribuzione al soggetto di una diagnosi psichiatrica e una diagnosi di disturbo da uso di sostanze, ma questi possono presentarsi congiuntamente oppure precedere o conseguire all'altro. Le percentuali riportate nella Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia del 2019⁵⁰ presentano delle variazioni in base al tipo di disturbo diagnosticato: «il 63,6% è affetto da disturbi della personalità e del comportamento, il 16,9% da sindromi nevrotiche e somatoformi, il 12,0% da schizofrenia e altre psicosi funzionali, il 3,1% da depressione e l'1,9% da mania e disturbi affettivi bipolari». Spesso il disturbo mentale non presenta un quadro sintomatologico conclamato bensì quadri intermedi con difficoltà di temperamento, relazionali e psicopatologie che rendono il contesto di vita del soggetto instabile e spesso emarginano la persona che ricerca un equilibrio con l'assunzione di sostanze. Tra i fattori di rischio rientrano anche il carattere e il temperamento, due dimensioni teorizzate da Cloninger e collaboratori nel 1993⁵¹, le quali danno forma alla personalità. Secondo questa teoria il temperamento ha fondamento biologico ed è responsabile dei modi di agire e reagire specifici del soggetto, mentre il carattere rappresenta il risultato dello sviluppo della persona in

⁴⁷Rybakowski J, Ziolkowski M, Zasadzka T, Brzeziński, *High prevalence of alexithymia in male patients with alcohol dependence. Drug Alcohol Dependence Review* 1988;21(2):133-6

⁴⁸Shabnam Hamidi S., Postami R., Farhoodi F., Abdolmanafi A. *A study and comparison of Alexithymia among patients with substance use disorder and normal people.* Procedia - Social and Behavioral Sciences Volume 5, 2010, pp. 1367-1370

⁴⁹ Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia, anno 2019 (dati 2018), Presidenza del consiglio dei ministri, Dipartimento per le politiche antidroga, Parte III - Capitolo 7.

⁵⁰ Dorn, L. D., & Chrousos, G. P. *The endocrinology of stress and stress system disorders in adolescence.* *Endocrinology and metabolism clinics of North America*, 22(3), 685-700, 1993

⁵¹ Cloninger, Svrakic, Przybeck, (1993). *A psychobiological model of temperament and character.* *Archives of General Psychiatry*, 50, 975-990.

un determinato ambiente sulla base del primo fattore temperamentale. Il temperamento è formato da quelle caratteristiche della personalità che sono evidenti già dall'infanzia e che restano stabili per tutto il corso della vita e secondo Cloninger si possono individuare 4 tratti temperamentali:

- Novelty Seeking o Ricerca della Novità, ovvero la tendenza del soggetto a reagire con eccitazione agli stimoli e alle situazioni che comportano novità caratterizzata dalla necessità di elevati livelli di stimolazione;
- Harm Avoidance o Evitamento del Danno, che presenta un' intensa reazione agli stimoli negativi ed è caratterizzato da apprensività, cautela e sensibilità alle critiche;
- Reward Dependence o Ricerca della Ricompensa ovvero la tendenza a reagire intensamente alle situazioni che comportano ricompense e gratificazioni, quali l'approvazione sociale, offerte di aiuto o affettivi;
- Persistence o Persistenza che indica nel soggetto una tendenza a perseverare un comportamento nonostante la frustrazione o la fatica che comporta.

La personalità, formata dal carattere e dal temperamento, è formata da delle caratteristiche individuali che danno senso d'identità al soggetto, descrivendo anche la modalità d'essere, di relazionarsi con sé stessi e con il mondo esterno. I tratti temperamentali che definiscono ciascun individuo, prendendo atto del suo contesto di vita e di sviluppo, possono renderlo più o meno vulnerabile allo sviluppo di uno stato di addiction. È possibile identificare l'intensità e le relazioni tra le sette dimensioni fondamentali della personalità identificate da Cloninger attraverso il Temperament and Character Inventory, un insieme di test da lui stesso ideato. Il TCI è stato utilizzato per indagare le basi neurobiologiche della personalità, insieme ad altre modalità di ricerca, quali il neuroimaging molecolare, il neuroimaging strutturale e la genetica. Infatti Cloninger ha suggerito che ai primi tre tratti temperamentali corrispondesse una specifica attività cerebrale a livello dei neurotrasmettitori: il Novelty Seeking con una bassa attività dopaminergica, l'Harm Avoidance con un'alta attività serotoninergica e il Reward Dependence con una bassa attività noradrenergica. Le tre attività neuronali e relativi neurotrasmettitori sono gli stessi che sono implicati e interessati nell'uso di sostanze.⁵²Dalle caratteristiche descrittive di ciascun tratto si può dedurre che i tratti più predisponenti sono il Novelty Seeking e il Reward Dependence, poiché nel primo caso si necessita di emozioni sempre nuove, di sensazioni forti, di stimoli al di fuori della quotidianità, congiuntamente ad una ridotta propensione a evitare il pericolo, mentre il secondo tratto è caratterizzato dalla ricerca di ricompense e le sostanze agiscono proprio sul circuito della ricompensa. Nonostante ciò uno studio condotto nel 2012⁵³ condotto su un campione di 412 pazienti tra alcolisti e tossicodipendenti, trattati presso

⁵² C. R. Cloninger (Autumn 1986). "A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states". *Psychiatric Developments*. 4 (3): 167–226.

⁵³ Milivojevic D, Milovanovic SD, Jovanovic M, Svrakic DM, Svrakic NM, Svrakic SM, Cloninger CR. *Temperament and character modify risk of drug addiction and influence choice of drugs*. *Am J Addict*. 2012

l'Ospedale specializzato per la dipendenza chimica a Belgrado con lo scopo di indagare come il temperamento e il carattere modificano il rischio di dipendenza e la scelta delle sostanze, ha dimostrato che i dipendenti da oppiacei hanno un temperamento caratterizzato da caratteristiche antisociali, con elevata ricerca di novità (Novelty Seeking) e bassa dipendenza alla ricompensa (Reward Dependence) mentre i dipendenti da alcol presentano un temperamento sensibile sempre con elevata ricerca della novità associata ad alto evitamento del danno (Harm Avoidance). È possibile concludere che i tratti temperamentali sono implicati nell'addiction e in maggior misura il tratto Novelty Seeking.

2.1.3 Fattori ambientali

I fattori ambientali sono esemplificativi di una vulnerabilità estrinseca, talvolta temporanea e modificabile e talvolta permanente. In questa categoria rientrano due tipologie di ambiente: quello familiare e quello sociale; entrambi possono variare nel tempo ma nell'ambiente familiare alcune dimensioni hanno delle ripercussioni a lungo termine nel soggetto. Come primo fattore di rischio c'è la disponibilità di sostanze in ambito familiare perché già usate dai propri cari, che comporta anche una determinata educazione e concezione delle sostanze e del loro utilizzo, ovvero il soggetto cresce in un ambiente dove l'uso di sostanze è considerato normale, non pericoloso e può reagire a questo contesto allontanandosi e rinnegando la cultura familiare sull'uso di sostanze o adeguandosi ad essa, senza la percezione di illegalità e di pericolo. A livello familiare esistono due realtà alle quali il soggetto può reagire ma che lo condizionano durante l'arco della vita: lo stile di attaccamento e lo stile educativo. La teoria dell'attaccamento è un costrutto ideato da John Bowlby secondo cui fin dalla nascita del bambino si instaura un legame tra lui e chi si prende cura di lui, generalmente la madre, denominato *caregiver*. Il bambino attua dei comportamenti con lo scopo di ricercare la vicinanza del caregiver sulla base di meccanismi cerebrali innati e i rapporti che instaura influenzano lo sviluppo e l'organizzazione dei suoi processi motivazionali, emotivi e mnemonici.⁵⁴ La teoria di Bowlby è stata poi sviluppata insieme ad una sua collaboratrice, Mary Ainsworth: attraverso una situazione sperimentale strutturata chiamata *Strange Situation* e formata da otto fasi che prevedono la partecipazione della madre, del bambino e di un estraneo all'interno di una stanza con specchio unidirezionale con due sedie e giocattoli, sono stati identificati quattro stili di attaccamento del bambino nei confronti del caregiver. Come scrive ne *La valutazione della famiglia* Murray Bowen⁵⁵, "il comportamento di un individuo non può essere compreso se non nel contesto del comportamento dell'individuo intimamente legato a lui" per cui lo sviluppo umano è un processo relazionale che avviene in un determinato contesto e attraverso relazioni

⁵⁴Daniel J. Siegel . *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale.*, Raffaello Cortina Editore, 2013. Pg. 95

⁵⁵ Bowen M, *La valutazione della famiglia. Un approccio terapeutico basato sulla teoria boweniana.* Astrolabio Ubalдини Editore, 1990

bidirezionali. Per valutare l'attaccamento adulto del caregiver George, Kaplan e Main nel 1987 hanno ideato l' Adult Attachment Interview classificando gli adulti in cinque categorie: adulti sicuri (F, free), adulti distanzianti (Ds, dismissing), adulti preoccupati (E, entangled), adulti irrisolti (U, unresolved) e non classificabile (CC, cannotclassify). Si distinguono quindi:

- Attaccamento sicuro caratterizzato da un bambino sicuro (B) e un genitore autonomo (F): il bambino è ben equilibrato tra cercare la vicinanza con il caregiver e separarsi per esplorare la stanza. Il caregiver, quindi il genitore, è un adulto capace di sintonizzarsi emotivamente con il bambino, anche attraverso il linguaggio non verbale e sa rispondere ai suoi bisogni;
- Attaccamento insicuro evitante di cui fanno parte bambini insicuri ed evitanti (A) con genitori distanzianti (Ds): il bambino non piange dopo la separazione dal caregiver e la ricerca di contatto è minima se non assente ed è molto concentrato sull'ambiente. I genitori sono emotivamente distanti e non rispondono in maniera adeguata ai bisogni del figlio, c'è scarsa sintonizzazione affettiva. Il bambino che si sviluppa secondo questo stile di attaccamento tenderà ad essere autosufficiente fin da subito;
- Attaccamento insicuro ambivalente quando il bambino è ambivalente o resistente (C) e genitori preoccupati (E): il bambino appare diffidente o inquieto anche prima della separazione dal caregiver, è preoccupato per il genitore e la sua vicinanza dopo la separazione non lo aiuta a tranquillizzarsi. Il genitore appare poco coerente, preoccupato talvolta, durante l'AAI, arrabbiato, passivo o spaventato;
- Attaccamento disorganizzato dove il bambino è disorientato (D) e i genitori sono irrisolti (U): il bambino attua comportamenti disorganizzati, confusi in presenza del genitore e ciò è indicatore di un collasso delle strategie comportamentali che il bambino conosce e attua. Il genitore si definisce irrisolto poiché presenta incoerenza nel ragionamento e nel discorso con eventi passati non risolti. In questo stile di attaccamento rientra il 70% di bambini che hanno subito maltrattamenti dai genitori.⁵⁶

Per ciascun tipo di attaccamento il bambino sperimenta delle situazioni, degli eventi, delle emozioni e dei comportamenti che secondo delle osservazioni svolte da Chen, Yamahachi, Gilbert nel 2010⁵⁷ sono esperienze precoci che plasmano la struttura e le funzioni del cervello, influenzando le modalità con cui i geni vengono espressi. Per cui se nel soggetto è già presente una predisposizione genetica all'uso di sostanze, come quelle riportate nel paragrafo 2.1.1, alcuni specifici stili di attaccamento possono far sì che tale predisposizione venga espressa. Inoltre in studi longitudinali i risultati indicano che determinate relazioni infantili di attaccamento promuovono il benessere emotivo, la competenza sociale, le funzioni cognitive e la resilienza di

⁵⁶Daniel J. Siegel, *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*. Raffaello Cortina Editore, 2013. Pg. 106

⁵⁷ Chen J., Yamahaci H., Gilbert C.D., *Experience-dependent gene expression in adult visual cortex*. Cerebral Cortex 20(3), 2010

fronte alle avversità.⁵⁸ A seguito di tale affermazione sostengo sia possibile dire che, così come queste caratteristiche sono promosse dallo stile di attaccamento, possono anche essere penalizzate o ostacolate dal tipo di attaccamento. Infatti si riscontrano numerose correlazioni tra stile di attaccamento e disturbi mentali di varia gravità: nello studio di DeKlyen e Greenberg del 2008 è stata riportata la correlazione tra attaccamento insicuro ambivalente e ansia sociale oppure attaccamenti disorganizzati con eventuali abusi nella prima infanzia sono correlati a disturbi dell'attenzione, della regolazione emotiva e degli impulsi comportamentali.⁵⁹ Disturbi di questo tipo rientrano tra i fattori di rischio individuali per l'uso di sostanze e la dipendenza, come riportato nel paragrafo 2.1.2. Un ulteriore fattore di vulnerabilità estrinseca è lo stile educativo attuato dai genitori, in particolar modo sono stati individuate due dimensioni sulle quali si sviluppa uno stile educativo e sono la Reattività e la Demandingness⁶⁰, traducibile in italiano come "essere esigente, richiedente": la prima può essere tradotta come calore genitoriale e rappresenta la misura con cui i genitori promuovono l'individualità, l'autoregolazione e l'autoaffermazione del figlio rispondendo ai suoi bisogni, mentre la seconda dimensione si riferisce al controllo comportamentale e include le richieste, le regole che pongono i genitori nei confronti dei figli con lo scopo di integrarsi nell'ambito familiare, esigendo maturità, disciplina e confronto quando il figlio disobbedisce, talvolta supervisionando.⁶¹ Incrociando le due dimensioni si ottengono quattro stili educativi (Figura 1)⁶² genitoriali differenti, ognuno dei quali riflette diversi modelli, valori, pratiche e comportamenti. Lo stile autorevole è caratterizzato da genitori che attuano alta demandingness e reattività, ovvero istituiscono degli standard comportamentali e relative regole restando assertivi senza essere invadenti né restrittivi.

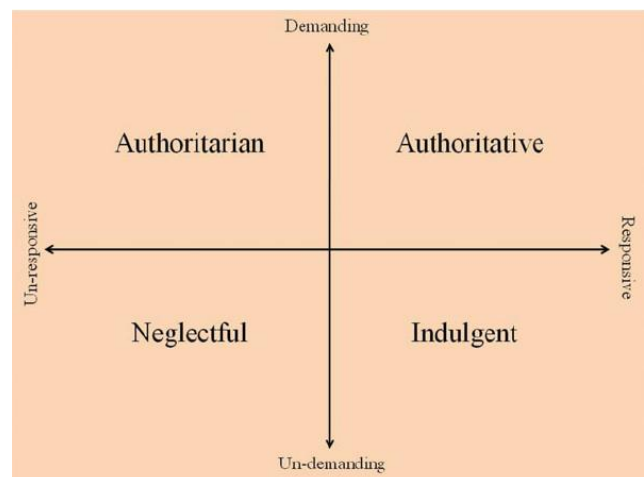


Figura 1 Le due dimensioni della genitorialità e relativi stili

Inoltre utilizzano dei metodi disciplinari di supporto, sono aperti al dialogo e al confronto e non

⁵⁸Daniel J. Siegel, *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*. Raffaello Cortina Editore, 2013. Pg. 116

⁵⁹Stroud, L.R., Foster, E., Papandonatos, G.D., Handwerker, K., Granger, D.A., Kivlighan, K.T., Niaura, R., 2009. Stress response and the adolescent transition: performance versus peer rejection stressors. *Dev. Psychopathol.* 21 (1), 47–68; Gunnar, M.R., Wewerka, S., Frenn, K., Long, J.D., Griggs, C., 2009. Developmental changes in hypothalamus-pituitary-adrenal activity over the transition to adolescence: normative changes and associations with puberty. *Dev. Psychopathol.* 21 (1), 69–85

⁶⁰Maccoby, E. E., & Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. In P. H. Mussen (Ed.) & E. M. Hetherington (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology: vol 4. Socialization, personality, and social development* (4th ed., pp. 1-101). New York: Wiley.

⁶¹Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *Journal of early adolescence*, 11(1), pg.62.

⁶²Klahr A.M., Thomas K. M., Hopwood C. J., Burt A., *Evocative gene-environment correlation in the mother-child relationship: A twin study of interpersonal processes*. 2013

prediligono metodi punitivi, questo per sviluppare nel figlio responsabilità sociale e autoregolazione⁶³, pur rispondendo ai suoi bisogni di vicinanza. Al contrario se le due dimensioni sono entrambe ad un livello basso lo stile viene denominato non coinvolto o negligente, in cui i genitori si mostrano disimpegnati sul fronte affettivo e su quello del controllo per cui hanno scarsa attenzione nei confronti del figlio, talvolta non interessandosi alle sue aree di vita come la scuola. A questo si somma una manchevole presenza di regole, non hanno aspettative comportamentali né rispondono ai bisogni del figlio in maniera soddisfacente e completa. Nel caso in cui ci sia un dislivello tra le due dimensioni, dove la reattività è alta ma vige scarsa demandingness, lo stile genitoriale è definito permissivo, alla luce del fatto che i genitori sono accondiscendenti nei confronti del figlio, non si aspettano da lui comportamenti maturi ma mirano a sviluppare in lui autoregolazione, evitando però il confronto per cui tutto ciò che il figlio fa è permesso, comprensibile e accettato. L'opposto di questo stile è quello autoritario, nel quale vige bassa reattività e alta demandingness, ovvero i genitori sono particolarmente rigorosi e richiedenti, impongono regole e obbedienza senza spiegare le motivazioni di ciò.⁶⁴ È uno stile in cui ambienti e norme sono ben strutturati e rigidi, l'affettività viene posta in secondo piano, così come la comunicazione. Un gruppo di lavoro sulla vulnerabilità della regione Veneto ha riportato in un documento che «Gli elementi educativi nell'ambito familiare sono stati dimostrati come essenziali al rischio o alla protezione nei confronti delle problematiche che costituiscono il quadro predittivo delle dipendenze: infatti una stretta associazione tra bassi livelli di disciplina e severità da parte dei genitori e lo sviluppo dei disturbi esternalizzati è stata messa in luce da studi epidemiologici.»⁶⁵ Da questa affermazione si evince che determinati stili genitoriali, tra quelli elencati precedentemente, possono costituire dei fattori di rischio o di protezione nella vulnerabilità all'uso di sostanze e alla dipendenza. Lo stile autorevole è tra i quattro quello più equilibrato, di conseguenza questo equilibrio potrebbe caratterizzare il bambino cresciuto in tale ambiente ed è da considerarsi un fattore di protezione, mentre lo stile negligente potrebbe delinearsi un fattore di rischio in quanto il bambino è scarsamente supportato dai genitori, non ha riferimenti né regole attraverso cui filtrare le proprie scelte e le proprie azioni. Nello stile autoritario l'identità del bambino come unità di mente, corpo e affettività è messa in ombra dai genitori ferrei e con regole rigide che non permettono al bambino di sperimentare e sperimentarsi liberamente, per cui sviluppa una scarsa concezione di sé; al contrario uno stile indulgente che pone scarse regole al bambino ed è estremamente permissivo pone le basi per lo sviluppo di un' elevata autostima nel bambino, che potrebbe diventare senso di onnipotenza con il rischio che non sappia discriminare situazioni pericolose per sé in virtù di questo. Come già detto in precedenza questi

⁶³ Baumrind D. The Influence of Parenting Style on Adolescent Competence and Substance Use. *The Journal of Early Adolescence*. 1991;11(1):56-95.

⁶⁴ Ibidem

⁶⁵ Serpelloni, Gerra et coll., *Modellistica interpretativa della "vulnerabilità all'addiction"*, in "Vulnerabilità all'addiction". Regione Veneto, 2002

non sono fattori predittivi ma probabilistici, quindi occorre sottolineare che anche un bambino cresciuto in ambiente autorevole può sviluppare in seguito un disturbo da uso di sostanze. Oltre a ciò è necessario ricordare che questi fattori si intersecano frequentemente con altri fattori e proprio da questa combinazione potrebbe presentarsi un disturbo e uno studio ha dimostrato ciò ⁶⁶: partendo dal presupposto che lo stile genitoriale, così come le pratiche genitoriali specifiche alla sostanza possono influenzare il comportamento dei bambini nell'uso della sostanza, il presente studio mira a sondare l'impatto dello stile genitoriale sull'uso di sostanze adolescenziali. La ricerca è stata svolta su una coorte di 1268 adolescenti, di 12-13 anni, valutati inizialmente nel primo semestre e nuovamente circa tre anni dopo. Da questo studio è emerso che lo stile genitoriale negligente è associato ad un uso di sostanze maggiore, indipendentemente dal tipo di sostanza ma andando ad aggiustare i fattori di rischio stabiliti per l'uso di sostanze negli adolescenti il risultato cambiava: lo stile genitoriale è risultato non correlato ai risultati dell'uso della sostanze, con l'eccezione dello stile genitoriale autorevole che era associato a un bere meno frequente. Questo studio ha dimostrato che, nonostante l'importanza dello stile genitoriale per mezzo di cui si sviluppa e si educa il bambino, l'associazione con coetanei devianti e comportamenti delinquenti può essere più importante per gli esiti dell'uso di sostanze in età adolescenziale rispetto all'educazione ricevuta. ⁶⁷ Il gruppo dei pari, inteso come ambiente di socializzazione, rientra tra i fattori ambientali legati alla vulnerabilità all'addiction, ma lo considero strettamente collegato anche all'ambiente educativo di crescita poiché questo influenza la personalità del soggetto che nel gruppo dei pari fortifica o modifica il proprio sé. Il gruppo dei pari può essere definito come un gruppo di persone accomunate da caratteristiche quali l'età, la frequentazione di una determinata scuola o ambiente di lavoro, attività del tempo libero, per cui interessa tutte le fasce d'età nonostante ricopra un ruolo particolarmente importante durante l'età adolescenziale, in quanto fase di transizione e di sviluppo. Il gruppo ricopre un ruolo determinante nello sviluppo cognitivo, emotivo e sociale ⁶⁸, soprattutto quando il soggetto è nella fase di sviluppo del sé e si allontana dalla famiglia, ricercando maggior indipendenza ed esplorando la propria persona e il mondo esterno in maniera autonoma. Il gruppo dei pari si inserisce in questo contesto e aiuta il soggetto in questo processo di definizione di sé, ricoprendo il ruolo di "seconda famiglia" nella quale vengono forniti nuovi valori o rafforzati quelli già acquisiti, così come nuovi stili di vita; questi possono essere condivisi o meno dal soggetto che entra nel gruppo con una sommaria e incompiuta personalità che lo rende potenzialmente in grado di scegliere. Come evidenziato da

⁶⁶ Berge J, Sundell K, Öjehagen A, Håkansson A, *Role of parenting styles in adolescent substance use: results from a Swedish longitudinal cohort study*. BMJ Open. 2016

⁶⁷ J Berge J, Sundell K, Öjehagen A, Håkansson A. *Role of parenting styles in adolescent substance use: results from a Swedish longitudinal cohort study*. BMJ Open, 2016

⁶⁸ Francesco, approfondimento *Le relazioni che fortificano: la rete affettiva dei ragazzi fuori dalla famiglia di origine*, in Zullo Rivista "Cittadini in Crescita" anno 2015, pg. 26-31

Belotti⁶⁹, i bambini e gli adolescenti nei loro piccoli gruppi di amicizia sono impegnati, tra le altre cose, non solo nell'accogliere e recepire le regole e i valori provenienti dal mondo degli adulti, ma anche nell'interpretarli, rielaborarli e ri-significarli a livello collettivo. Ritengo che questa capacità di scelta, discriminazione e rielaborazione sia però influenzata dalle dinamiche gruppali che si instaurano, in particolare il senso di appartenenza e di accettazione che possono portare l'adolescente ad intraprendere comportamenti a rischio, come l'uso di sostanze, nonostante questo non collimi con l'educazione e i valori trasmessi.

2.2 Teorie: paradigma disease e paradigma adattivo

Nella prima parte ho cercato di indagare le varie cause, di natura diversa, che in chiave probabilistica possono portare il soggetto a fare uso di sostanze, non per forza abuso o sviluppando una dipendenza da esse. Ciò è stato svolto in ottica olistica, basata sul modello biopsicosociale, prendendo in considerazione fattori biologici, individuali, psicologici e ambientali, in virtù del fatto che il fenomeno della dipendenza e dell'uso di sostanze ha un'intrinseca complessità che necessita l'adozione di una pluralità di punti di vista. Sulla genesi della dipendenza esistono numerose teorie che tentano di spiegare l'eziologia dei DUS, che andrebbero sintetizzate e unite tra loro per ottenere un quadro eziopatologico piuttosto completo. Le varie teorie presenti sono raggruppate in due macro paradigmi:

- Paradigma "disease" che comprende teorie fisiologiche, teorie del rinforzo e teorie psicodinamiche
- Paradigma "adattivo" che comprende teorie cognitive, sistemiche, teorie d'adattamento alla vita sociale, teorie interazioniste.

Il primo paradigma è strettamente collegato al modello bio-medico e individua l'eziologia della dipendenza in causa intra-individuali. La teoria fisiologica, che rientra in questo paradigma, si sofferma sulle proprietà farmacologiche delle droghe e interpreta l'addiction come un effetto specifico dell'uso. Alla base della dipendenza vi sono delle anomalie o disfunzioni fisiologiche endogene o esogene, in questo ultimo caso l'uso prolungato di una sostanza determina delle modificazioni nelle strutture e nelle funzioni cerebrali tali da deteriorare il controllo volontario del comportamento⁷⁰. Le teorie del rinforzo invece interpretano la dipendenza come l'effetto di processi di condizionamento che dipendono dal fatto stesso di fare uso di sostanze, ovvero l'abuso di sostanze, l'etilismo e la dipendenza sono tutti comportamenti appresi attraverso l'associazione che si viene a creare tra droga assunta (input) e specifici effetti che essa determina sulla persona (output). In particolare gli effetti positivi sperimentati con l'assunzione di una sostanza rinforzano il suo consumo, tanto da continuare ad assumerla con il fine di ottenere gli stessi effetti. In ottica psicodinamica Freud fu il primo a formulare l'ipotesi che alla

⁶⁹ Belotti, V., *Decidere e prendere parte alle decisioni*; a cura di *Costruire senso, negoziare spazi*, Firenze, Istituto degli Innocenti, 2010

⁷⁰ Leshner A, "Addiction is a brain disease, and it matters". *Science*, 278(5335):45:7, 1997

base della dipendenza potesse esserci una fissazione nella fase orale. La condotta dei soggetti DUS viene interpretata come una fissazione ad una fase pregenitale dello sviluppo libidico, che li rende incapaci di staccarsi da un oggetto d'amore che li nutre e placa il dolore derivante dalla mancata soddisfazione dei bisogni primari.⁷¹ In seguito sono state avanzate ulteriori ipotesi in chiave psicodinamica tra cui Olievenstein sostiene che il soggetto dipendente non sia riuscito a superare in maniera adeguata la fase dello specchio, durante i primi due anni di vita. Dal mancato riconoscimento del bambino da parte della madre come individuo separato da sé ne risulta un profondo senso di incompletezza che il soggetto cerca di colmare con l'assunzione della sostanza.⁷² Ancora, Kohut⁷³ sottolinea la possibilità che la dipendenza sia generata da seri disturbi dell'identità, a loro volta causati da carenze nella relazione madre-bambino. Il genitore infatti viene visto contemporaneamente come onnipotente e perfetto, ma incapace di lenire le sofferenze e tale paradosso provoca una crisi dell'io. Il paradigma adattivo non esclude a priori che i fattori biologici esercitino un ruolo nella genesi della dipendenza, ma ritiene che essi interagiscano strettamente con quelli psicologici. In particolar modo la dipendenza viene interpretata come risultato del tentativo di far fronte a varie situazioni sfavorevoli tramite l'uso di sostanze; quindi si potrebbe parlare di abuso di sostanze quale strategia disfunzionale utile al soggetto per adattarsi e fronteggiare esperienze e situazioni di disagio. Questa spiegazione risulta collegata alle teorie interazioniste, quali la teoria stress-coping⁷⁴ e il modello adattivo di Alexander. La prima afferma che un individuo quando si trova in presenza di un agente stressante si attiva per ristabilire la condizione precedente di omeostasi, talvolta ricorrendo all'uso di sostanze. Il modello adattivo di Alexander ha origine da un esperimento denominato in seguito "Rat Park" (parco dei topi), svolto nel 1977.⁷⁵ Fino ad allora si erano svolti esperimenti con topi isolati in gabbie ai quali veniva insegnato a spingere una leva che si trovava all'interno delle stesse e, quando ci riuscivano, senza volerlo assumevano una sostanza psicotica. Gli studiosi notarono che in determinate circostanze, alcuni topi azionavano la leva ripetutamente fino a consumare tutta la quantità di droga a disposizione, dimenticandosi persino di bere e mangiare. Il professor Alexander apportò delle modifiche nell'ambiente dell'esperimento poiché era convinto che l'isolamento a cui erano sottoposte le cavie non permettesse l'obiettività dell'esperimento. Suddivise le cavie in due gruppi, uno in gabbie e il secondo in uno spazio quasi 200 volte più grande della gabbia, abbellito con alberi ed elementi naturali, che simulava un parco. Entrambi i gruppi avevano a disposizione acqua e un liquido composto da morfina e una soluzione zuccherata per mascherare il sapore della sostanza. Dopo qualche giorno, i topi in gabbia cominciarono a preferire il liquido contenente morfina

⁷¹ Sigmund Freud, "Sulla cocaina". Prima pubblicazione 1884. Newton Compton Editore, 2010.

⁷² Olievenstein Claude (1984) "Il destino del tossicomane", Borla Editore

⁷³ Kohut, H. A. Goldberg, Ed., P. E. Stepansky (1984). "How does analysis cure (the addiction)?" Chicago: University of Chicago Press

⁷⁴ R. Sinha, (2008) "Chronic stress, drug use, and vulnerability to addiction" - Annals of the New York Academy of Sciences

⁷⁵ Bruce K. Alexander, "Addiction: The View from Rat Park" Simon Fraser University Press, 2010

mentre i topi del secondo gruppo iniziarono in ritardo di parecchi giorni. Le cavie in gabbia consumavano 19 volte più morfina rispetto alle cavie libere e queste ultime sembravano percepire i benefici derivanti dal non consumare droga ed evitavano di farlo, nonostante l'avessero già provata. Tale esperimento ha dimostrato che l'isolamento sociale è un fattore determinante per il consumo continuato di droghe. A sua volta, la gruppalità e la libertà in un ambiente aperto fanno drasticamente calare la dipendenza. All'interno del paradigma adattivo rientrano le teorie cognitive secondo le quali i processi e gli effetti percepiti dalle diverse sostanze sono fortemente influenzati da fattori cognitivi - motivazionali come gli atteggiamenti, le aspettative e le credenze. La dipendenza si instaura nel momento in cui l'individuo si convince che la droga esplica una funzione per lui indispensabile. Talvolta il riconoscersi dipendente può essere utile al soggetto per ridimensionare i sentimenti d'insuccesso e di responsabilità personale che avverte quando si rende conto di non riuscire a smettere. Per quanto riguarda l'approccio sistemico, esso pone la sua attenzione ai sistemi entro i quali vive il dipendente, come la famiglia, concentrandosi sui fattori relazionali e contestuali piuttosto che su quelli intrapsichici. Studi realizzati nella seconda metà degli anni '70⁷⁶ hanno rilevato che il tossicomane non è dipendente solo dalla droga, ma presenta anche livelli di dipendenza, superiori a quelli dei soggetti di controllo, dal nucleo familiare e/o dai gruppi culturali di appartenenza. In questo senso la tossicodipendenza viene interpretata come un sintomo che appare funzionale alla stabilità della famiglia: essa svolge cioè un ruolo omeostatico che distoglie l'attenzione dei coniugi dai propri conflitti consentendo loro di ritrovare la solidarietà necessaria per affrontare i problemi posti dal figlio, il quale ricerca tramite la tossicodipendenza quello "stato di malattia" che gli consente di porsi al centro delle attenzioni della famiglia. Questo concetto viene definito da Stanton "pseudo individuazione"⁷⁷ ovvero attraverso l'uso di droghe e altri atteggiamenti e comportamenti trasgressivi il figlio vuole rimarcare il proprio distacco dai genitori, ma la dipendenza dalla droga lo rende invece sempre più dipendente dalla famiglia che vive uno stato di apprensione e preoccupazione per il figlio, rimanendo coesa. La teoria di adattamento alla vita sociale ritiene il comportamento deviante come risposta al fallimento attuale o anticipato nel perseguire certi obiettivi o nel soddisfare desideri socialmente indotti. Infine rientra nel paradigma adattivo la teoria dell'automedicazione, formulata dal professore di psichiatria all'Harvard Medical School Edward Khantzian, a partire dagli anni '70 e progressivamente più fondata empiricamente. Il suo pensiero si basa su un approccio psicodinamico tale per cui i tossicodipendenti sono concepiti come individui con deficit nelle funzioni dell'io e l'uso della sostanza è interpretato come tentativo di potenziare i meccanismi di difesa dell'io. Nel 1985 è stata pubblicata per la prima volta la teoria dell'autocura o automedicazione come articolo di copertina nell'*American Journal of Psychiatry*,

⁷⁶ Stanton M.D., Todd T.C., Heard D.B., Kirschner S., Kleiman J.I., Mowatt D.T., "*Heroin Addiction as a Family Phenomenon: A New Conceptual Model*", *The American journal of drug and alcohol abuse*, vol.5, 1978

⁷⁷ Stanton M.D., *Famiglia e tossicomania, Terapia familiare*, 1979, 6, pp. 99-115

mentre una versione aggiornata è stata pubblicata nell'Harvard Review of Psychiatry nel 1997. Questa teoria si basa sull'osservazione, sulla valutazione clinica e sul trattamento di migliaia di pazienti nell'arco di tempo di 5 decenni. In particolare, il soggetto scopre che le azioni specifiche o gli effetti di ogni classe di sostanze psicotrope possono alleviare o modificare una serie di stati dolorosi. Gli elementi di automedicazione si presentano in un contesto di vulnerabilità di autoregolamentazione, principalmente la difficoltà nella regolazione colpisce autostima, relazioni, e l'auto-cura. Le persone con disturbi da uso di sostanze soffrono all'eccesso dei loro sentimenti: o sono sopraffatti dalla sofferenza o sembrano non sentire le loro emozioni affatto. Le sostanze di abuso aiutano tali individui ad alleviare gli stati di dolore o a sperimentare o a controllare le emozioni quando sono assenti o confusi.⁷⁸

2.3 Psicobiologia della dipendenza

Finora sono state descritte le diverse cause che rendono il soggetto suscettibile all'uso e alla dipendenza da sostanze; allo stesso modo sono state descritte le principali teorie esplicative della genesi della dipendenza. È indubbio che i punti di vista attraverso cui leggere, analizzare e interpretare il fenomeno della dipendenza sono numerosi e diversificati tra loro e che tutti interessano diverse figure professionali. Per quanto riguarda l'educatore professionale, figura socio- sanitaria della riabilitazione, sono utili al proprio lavoro le teorie psicologiche così come quelle che si basano sul modello bio medico, poiché è importante avere una panoramica del fenomeno della dipendenza, interessandosi maggiormente alle cause individuali, alla storia di sviluppo e di crescita del soggetto e ai fattori ambientali, essendo una figura che svolge la sua professione anche a livello territoriale. Conoscere le cause biologiche rientra nel "sapere" dell'educatore, nonostante il suo lavoro si svolga in chiave prospettica e di cambiamento per la riabilitazione e il reinserimento sociale dell'utente con disturbo da uso di sostanze. Tra le conoscenze rientrano anche le basi neurobiologiche della dipendenza, in quanto le sostanze assunte sono psicoattive e agiscono a livello cerebrale in specifiche aree, ognuna deputata a specifiche funzioni. La sostanza psicoattiva agisce a livello cerebrale in tre modi:

- Mimando il comportamento di un specifico neurotrasmettitore legandosi ai recettori post sinaptici, i quali non sono in grado di riconoscere se la sostanza sia endogena (neurotrasmettitore) o esogena (sostanza d'abuso) ed è questo il caso degli oppiacei come l'eroina;
- Inibendo la risposta di un recettore e sono chiamate sostanze antagoniste, tra le quali rientra la ketamina;
- Interferendo con il normale funzionamento dei neurotrasmettitori endogeni, per cui inibiscono il processo di riassorbimento del neurotrasmettitore e ne è esempio la cocaina, che funziona appunto da inibitore della ricaptazione della dopamina.

⁷⁸ Khantzian EJ. *The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications*. Harvard Review of Psychiatry. 1997 Jan-Feb;4(5):231-44.

Alla base della dipendenza vi è un sistema denominato “*Circuito della Ricompensa o della gratificazione*”, individuato a seguito di un esperimento su ratti, condotto da Olds e Milner nel 1954⁷⁹; in seguito fu definito come un insieme di strutture cerebrali e reti neuronali che sono responsabili dell'apprendimento, la motivazione, il desiderio e le emozioni con valenza positiva,⁸⁰ in particolare le emozioni che coinvolgono il piacere.⁸¹ Queste strutture sono attivate ogni volta che si sperimenta qualcosa di gratificante come l'uso di una sostanza stupefacente. Il cervello viene esposto ad uno stimolo gratificante e risponde aumentando il rilascio del neurotrasmettitore dopamina. La struttura principale produttore di dopamina è l'area tegmentale ventrale (VTA) da cui si diramano due sistemi:

- Sistema mesolimbico che collega l'area tegmentale ventrale al nucleus accumbens, un nucleo situato nello striato ventrale, una parte del cervello fortemente associata con la motivazione e la ricompensa. Quando si assume una droga che dà assuefazione o si sperimenta qualcosa di gratificante, i neuroni della dopamina nel VTA si attivano e proiettano al nucleo accumbens attivando i neuroni dopaminergici e ciò causa l'aumento dei livelli di dopamina nel nucleo accumbens.
- Sistema mesocorticale che ha origine anch'esso nella VTA ma si proietta alla corteccia cerebrale, interessando aree di formazione più recente quali i lobi frontali e la corteccia prefrontale.

Sembrirebbe che nel processo di dipendenza ricopra un ruolo fondamentale la dopamina come neurotrasmettitore che causa piacere; tuttavia recenti studi suggeriscono che l'attività della dopamina non è esattamente correlata al piacere, poiché i neuroni della dopamina sono attivati anche prima che una ricompensa sia realmente ricevuta e così prima che il piacere sia sperimentato. È plausibile pensare che la dopamina abbia ruoli diversi dal causare piacere, come assegnare importanza agli stimoli ambientali associati alle ricompense e aumentare la ricerca di ricompense.⁸² Ciò nonostante la dopamina è implicata nel circuito della ricompensa e nell'uso di sostanze e questo è sostenuto da uno studio svolto nel 2011 riportato nella rivista *Nature Neuroscience*⁸³, il quale si focalizza su una specifica tipologia di recettori dopaminergici, chiamati D2. In generale i livelli extracellulari di dopamina aumentano in risposta a stimoli di ricompensa naturali come il cibo o stimoli di ricompensa esogeni come una sostanza stupefacente. Sussiste, in tal senso, una suscettibilità alle sostanze psicoattive correlata ad una ridotta disponibilità di recettori D2. Questa tipologia di recettori è suddivisibile in recettori D2

⁷⁹Olds, J., Milner, P. (1954). Positive reinforcement produced by electrical stimulation of septal area and other regions of rat brain. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 47(6), 419–427.

⁸⁰Schultz W, *Neuronal reward and decision signals: from theories to data*, in *Physiological Reviews*, vol. 95, n. 3, 2015, pp. 853–951

⁸¹Berridge KC, Kringelbach ML, *Pleasure systems in the brain*, in *Neuron*, vol. 86, n. 3, 2015, pp. 646–664

⁸²Berridge KC. The debate over dopamine's role in reward: the case for incentive salience. *Psychopharmacology (Berl)*. 2007 Apr;191(3):391-431.

⁸³ Bello, E., Mateo, Y., Gelman, D. et al. *Cocaine super sensitivity and enhanced motivation for reward in mice lacking dopamine D₂ autoreceptors*. *Nature Neuroscience* 14, 1033–1038 (2011).

post-sinaptici che hanno il compito di recepire e captare la dopamina rilasciata dal bottone pre-sinaptico e recettori D2 pre-sinaptici che si trovano sul neurone stesso che rilascia dopamina esono chiamati auto recettori, infatti una volta che la dopamina è stata rilasciata ed ha esercitato la propria azione sui recettori post-sinaptici, agisce anche sugli auto recettori

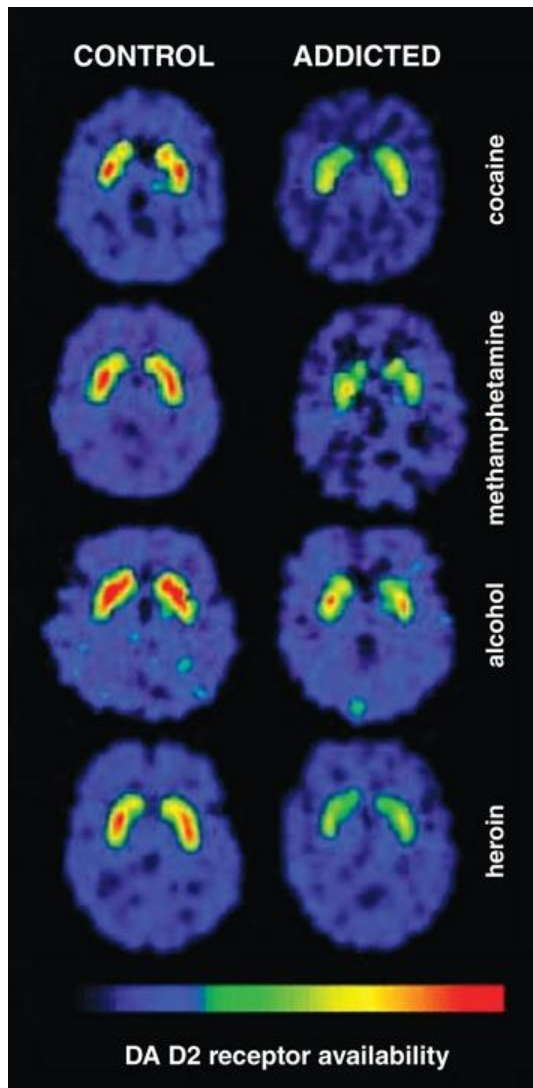


Figura 2 La ripetuta esposizione alle droghe provoca un abbassamento del numero di recettori per la dopamina.

mandando il segnale di bloccare la produzione e il rilascio di dopamina. Nello studio condotto da Estefania Bello nei topi privati geneticamente di questi autorecettori D2 si osserva un aumento della sintesi e del rilascio di DA proprio a causa della disattivazione del meccanismo di feedback negativo. Gli esperimenti hanno lo scopo di testare il livello di interesse per la cocaina ed il risultato finale riporta che topi privi di auto recettori D2 mostrano un aumento dell'iperattività e della sensibilità agli effetti di ricompensa della cocaina. In un secondo esperimento in cui viene dato loro del cibo invece che la sostanza, i topi mostrano ancora un'elevata attività di ricerca, evidenziando il ruolo di questi recettori anche nel meccanismo della ricompensa agli stimoli naturali. I risultati dello studio evidenziano il ruolo degli autorecettori D2 nella risposta comportamentale verso stimoli di ricompensa sia naturali che da droghe d'abuso. La presenza numericamente minore di recettori D2 (Figura 2)⁸⁴ causa un accumulo di dopamina extracellulare in circolo nel SNC, come dimostrato dalle immagini

ottenute tramite il neuroimaging funzionale, ovvero l'utilizzo di tecnologie di neuroimmagine in grado di misurare il metabolismo cerebrale. Tale condizione è sostenuta anche dall'uso cronico di sostanze psicoattive che progressivamente, attraverso i loro meccanismi d'azione prima illustrati, causano cambiamenti neuro-adattivi e neuro-plastici che modificano la struttura e la funzionalità cerebrale. È importante riportare, inoltre, che l'effettiva rete di strutture cerebrali coinvolte nella ricompensa è molto più grande e complessa e interessa molte altre regioni del cervello e neurotrasmettitori. Oltre a quelle già nominate, le strutture quali l'amigdala, l'ippocampo, il talamo e strutture specifiche del tronco cerebrale sono

⁸⁴ NIDA's Division of Clinical Neuroscience and Behavioral Research

componenti chiave nella regolazione del circuito di ricompensa.⁸⁵ Conoscere la psicobiologia della dipendenza e il circuito maggiormente interessato nell'uso di sostanze psicoattive è utile all'educatore professionale per una propria formazione specifica e perché il circuito della ricompensa è impegnato anche nelle funzioni di apprendimento, per cui il soggetto fa esperienza di un evento, di una situazione, di un'emozione o di una sostanza stupefacente e apprende a rincorrere e ripetere il comportamento, rivivere la situazione che gli ha procurato sensazioni di gratificazione e benessere, attraverso il rilascio di neurotrasmettitori che fungono da rinforzo allo stimolo ricevuto. Seguendo questo principio l'educatore viene chiamato a far sperimentare al soggetto preso in carico nuovi stimoli, nuove esperienze quanto più gratificanti e di benessere, sempre con la finalità di sviluppare un maggior grado di autonomia, consapevolezza e benessere ottenuto grazie a stimoli diversi dai precedenti e sani.

⁸⁵ Haber SN, Knutson B. The reward circuit: linking primate anatomy and human imaging. *Neuropsychopharmacology*. 2010 Jan;35(1):4-26

3. Le emozioni

Nei due precedenti capitoli sono stati presentati e trattati aspetti generali e teorie inerenti il disturbo da uso di sostanze, con lo scopo di presentare una panoramica di questo fenomeno così complesso. In particolar modo ho scelto di porre la mia attenzione sui processi emozionali alla luce dei riferimenti presenti nei capitoli introduttivi, tra i quali la teoria dell'automedicazione di Khantzian nella quale egli sostiene che: “(...) *Individuals discover that the specific actions or effects of each class of drugs relieve or change a range of painful affect states. Self-medication factors occur in a context of self-regulation vulnerabilities--primarily difficulties in regulating affects, self-esteem, relationships, and self-care. Persons with substance use disorders suffer in the extreme with their feelings, either being overwhelmed with painful affects or seeming not to feel their emotions at all. Substances of abuse help such individuals to relieve painful affects or to experience or control emotions when they are absent or confusing.* (...)”⁸⁶. Egli parla di “painful affectstates” ovvero stati affettivi dolorosi, “difficulties in regulating affects” difficoltà nel regolare affetti/sentimenti, “suffer in the extreme with their feelings” ovvero i soggetti con DUS subiscono all'eccesso i loro sentimenti, siano essi negativi che positivi.

3.1 Definizione e psicobiologia delle emozioni

Dare una definizione di emozione non è cosa facile, tutti proviamo emozioni più o meno intense, le proviamo relazionandoci con altre persone, ricordando un evento o una persona cara, ascoltando musica o leggendo un libro. Le emozioni fanno parte di noi ed è forse proprio per questo che sono di così difficile definizione. Ricoprono un ruolo importante nella vita di ciascuno sia a livello sociale e relazionale sia a livello evolutivo, per cui è necessario cercare di definirle e conoscerle. L'attenzione verso le emozioni e la loro influenza sulla vita di un soggetto è da ricondurre alla psicoanalisi, la quale le considera elementi fondanti della personalità, implicate nei processi di scelta e nei comportamenti⁸⁷. È importante cercare di fare una distinzione tra emozioni e sentimenti che vengono citati da Khantzian: nonostante essi possano considerarsi contigui e difficili da confinare in maniera netta le une dagli altri, si distinguono per durata e intensità. Infatti i sentimenti “sono più durevoli delle emozioni, come l'odio rispetto al momentaneo scoppio di collera, e sono più strutturati cognitivamente”⁸⁸. Viceversa, una delle tante definizioni di emozione è offerta dal dizionario Treccani, che individua l'emozione come un processo interiore suscitato da un evento-stimolo rilevante per gli interessi dell'individuo⁸⁹; si evince che l'emozione ha origine da uno stimolo e che avviene a livello interiore. Questa definizione è sostenuta a livello biologico poiché vedremo che esiste un circuito emozionale e di carattere inconscio che si attiva quando stimolato. Analizzando la parola “emozione” si

⁸⁶Khantzian EJ. *The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications*. Harvard Review Psychiatry. 1997 Jan-Feb;4(5):231-44

⁸⁷Cattarinussi B., *Sentimenti, passioni, emozioni. Le radici del comportamento sociale*. Editore Franco Angeli, 2006, p.11

⁸⁸Battacchi, Codispoti. *La vergogna. Saggio di psicologia dinamica e clinica*. Editore Il Mulino, 1992. p.15

⁸⁹ <https://www.treccani.it/enciclopedia/emozione/>

distinguono due parti che la formano: il prefisso “e-”, che significa movimento da, e la radice “mozione” che deriva dal latino *moveo* ovvero muovere. È possibile allora dedurre che in ogni emozione è implicita una tendenza ad agire⁹⁰ ed anche questa definizione è sostenuta a livello biologico. Le emozioni di cui si può fare esperienza sono numerose e tanti hanno cercato di categorizzarle, tra cui lo psicologo americano Ekman, il quale si recò in un remoto villaggio sulle alture della Papua Nuova Guinea per studiare gli abitanti del posto e verificare se fosse possibile riscontrare anche tra loro le stesse emozioni provate da altri popoli. In particolare egli notò come le espressioni di base fossero universali perché riscontrabili in popolazioni diverse, anche in quella isolata dal resto del mondo. Così decise di stilare una lista di emozioni divise in primarie e secondarie; quelle primarie sono emozioni innate e sono riscontrabili in qualsiasi popolazione, quindi universali: la rabbia, generata dalla frustrazione che si può manifestare attraverso l'aggressività; la paura, emozione dominata dall'istinto che ha come obiettivo la sopravvivenza del soggetto ad una situazione pericolosa; la tristezza, si origina a seguito di una perdita o da uno scopo non raggiunto; la gioia, stato d'animo positivo di chi ritiene soddisfatti tutti i propri desideri; la sorpresa, si origina da un evento inaspettato, seguito da paura o gioia; il disprezzo, sentimento e atteggiamento di totale mancanza di stima e disdegnato rifiuto verso persone o cose, considerate prive di dignità morale o intellettuale; il disgusto, risposta repulsiva caratterizzata da un'espressione facciale specifica. Invece le emozioni secondarie originano dalla combinazione delle emozioni primarie e si sviluppano con la crescita dell'individuo e con l'interazione sociale; all'interno di questa categoria rientrano invidia, allegria, vergogna, rassegnazione, ansia, gelosia, speranza, perdono, offesa, nostalgia, rimorso, delusione.⁹¹Ciascuna emozione ha delle caratteristiche specifiche e risponde a stimoli differenti ma, in generale, quale funzione hanno le emozioni? Non hanno solamente una funzione. Da un punto di vista evoluzionistico Darwin sottolinea l'importanza delle funzioni emotive ai fini della sopravvivenza poiché interpretare in modo corretto le intenzioni, amichevoli od ostili, di chi ci sta di fronte è indispensabile per poter sopravvivere.⁹²Il sistema emozionale potrebbe essere definito un sistema adattivo in quanto, riprendendo l'etimologia della parola emozione, è possibile affermare che le emozioni hanno prima di tutto una finalità specifica ancestrale ovvero di creare uno stato di vigilanza, programmare attraverso l'elaborazione di uno stimolo comportamenti di difesa o di fuga, in inglese “*fight or flight*”. Inoltre si prefigurano come mezzo relazionale ed esperienziale che mette l'individuo in dialogo con il mondo esterno, permette di fare viva esperienza di ciò che gli succede, in quanto le emozioni sono responsabili dei meccanismi che portano all'attribuzione di significati e valori agli stimoli.⁹³ Rivestono un ruolo

⁹⁰Goleman D., *Intelligenza emotiva: che cos'è perché può renderci felici*. Rizzoli, 1997, p. 24.

⁹¹Ekman, P. (2008). *Te lo leggo in faccia. Riconoscere le emozioni anche quando sono nascoste*. Editore Amrita, collana Scienza e Compassione

⁹² Darwin C., “*L'espressione delle emozioni nell'uomo e negli animali*”. Editore John Murray, 1872.

⁹³Siegel, *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*. Seconda edizione. Raffaello Cortina Editore, 2013. p. 152

importante anche nella relazione interpersonale, in quanto permettono di elaborare le informazioni che si registrano attraverso i cinque sensi, come la capacità di riconoscere volti, permettendo al soggetto di modulare la risposta in base alla relazione e al contesto in cui si verifica uno scambio interpersonale. Alle emozioni appartiene una componente scheleto-motoria che permette all'individuo di comunicare il proprio stato emotivo; infatti la principale via di comunicazione delle emozioni è quella non verbale che Watzlawick e collaboratori chiamano *comunicazione analogica*⁹⁴, e comprende movimenti e posizioni del corpo, gesti, espressioni facciali, inflessione della voce, la sequenza, il ritmo e la cadenza delle parole. A livello intrapersonale il soggetto può rendersi consapevole delle emozioni che sperimenta attraverso una componente cognitiva, ricercando il proprio stato emotivo tra quelli proposti precedentemente sulla base degli studi di Ekman, oppure attraverso le reazioni fisiologiche che si verificano nel proprio corpo, infatti le emozioni sono composte anche da una componente viscerale. Tutto ciò è sostenuto dagli studi nell'ambito delle neuroscienze, i quali hanno individuato il sistema limbico come responsabile delle emozioni, nonostante esso non sia nettamente circoscrivibile poiché si ritiene che le regioni limbiche medino attività che influenzano la maggior parte delle funzioni del cervello e dei processi della mente.⁹⁵Grazie a studi osservazionali, Alan Soufre ha potuto notare che le emozioni comportano “una reazione soggettiva a un evento saliente, caratterizzata da cambiamenti fisiologici, esperienziali e comportamentali”⁹⁶, basti pensare all'emozione della paura che a livello corporeo e fisiologico causa nel soggetto bocca secca, aumento della frequenza cardiaca e respiratoria, motilità intestinale, tensione muscolare, aumento della sudorazione. Il sistema limbico è formato da diverse strutture tra le quali rientrano l'amigdala, il cingolato anteriore e la corteccia orbito frontale, talamo e ippocampo. Gli stimoli che provengono dall'ambiente esterno giungono a livello cerebrale attraverso i sistemi sensoriali come la vista, l'udito o il tatto; i processi percettivi vengono filtrati dal talamo e inoltrati all'amigdala, dove avviene una valutazione iniziale dello stimolo che viene definita “risposta orientativa iniziale”. Sempre questa struttura trasmette le rappresentazioni elaborate al cingolato anteriore e alla corteccia orbito frontale per una valutazione ulteriore detta “valutazione elaborativa e *arousal*”; sono queste aree che processano informazioni quali espressioni facciali, direzione dello sguardo e aspetti dei comportamenti non verbali. Infine la valutazione definibile *appraisal* permette di determinare se lo stimolo è “buono” o “cattivo” e se è possibile avvicinarsi o meno da ciò che ha generato lo stimolo. La valutazione viene fatta anche sulla base di fattori interni quali precedenti esperienze

⁹⁴Watzlawick, Beavin, Jackson., “*Pragmatica della comunicazione umana*”. Casa editrice Astrolabio, 1971. p.53

⁹⁵Ekman, P. *Te lo leggo in faccia. Riconoscere le emozioni anche quando sono nascoste*. Editore Amrita, collana Scienza e Compassione 2008

⁹⁶Sroufe, L. A. *Emotional development: The organization of emotional life in the early years*. New York Cambridge University Press, 1996.

legate allo stimolo, elementi emozionali pregressi e rappresentazioni mnemoniche.⁹⁷ Il ruolo dell'ippocampo nel circuito emozionale è quello di "organizzatore cognitivo", in quanto immagazzina le nuove informazioni e comportamenti ed è un centro di elaborazione della memoria, per cui fa sì che ogni emozione abbia una storia all'interno dell'esperienza del soggetto.⁹⁸ Talvolta l'emozione provata ha una forte intensità oppure entra in conflitto con un'altra emozione, ponendo il soggetto in uno stato di confusione e disequilibrio. Saper conoscere le emozioni e saperle regolare è fondamentale per avere un ampio spettro di esperienze emozionali mantenendo comportamenti flessibili, adattivi e organizzati. La regolazione, così come la disregolazione emotiva, possono coinvolgere tutti gli aspetti basilari delle stesse, quali esperienze soggettive, risposte comportamentali e componenti fisiologiche.⁹⁹ Seguendo tale concezione, una regolazione non funzionale delle emozioni può portare a somatizzazioni o a comportamenti, quali l'utilizzo di sostanze psicoattive o aggressività; anche alla luce del fatto che numerose strutture del sistema di ricompensa, come l'amigdala, l'ippocampo, la corteccia prefrontale e l'ipotalamo, sono implicate anche nel sistema limbico emozionale. La regolazione emotiva fa riferimento all'individuazione di strategie e comportamenti attuati per regolare un'emozione provata ed è un costrutto multidimensionale e comprende disponibilità a sperimentare emozioni negative o positive; consapevolezza, comprensione e accettazione dei diversi stati emotivi; impegno nel raggiungimento di un dato obiettivo, in risposta ad emozioni sia positive che negative; l'uso in maniera flessibile di strategie adeguate al contesto per modulare l'intensità e/o la durata della risposta emotiva; spostare e non sopprimere l'emozione disfunzionale.¹⁰⁰ Si potrebbe interpretare l'abuso di sostanze e le dipendenze come fenomeni in cui il soggetto sperimenta perdita di controllo, in realtà l'uso di sostanze può essere interpretato come una strategia di controllo che porta a risultati indesiderati o patologici, in quanto l'individuo è convinto che il proprio stato sia modificabile attraverso l'uso di oggetti che per le loro caratteristiche di base producono un miglioramento, nonostante ciò abbia conseguenze negative. Studiosi hanno dimostrato che, dopo l'induzione di stati affettivi negativi, i comportamenti impulsivi, come la consumazione di snack dolci o di sostanze, occorrono soltanto se i partecipanti ritengono che il loro umore sia modificabile dalle loro azioni.¹⁰¹ Quando al contrario credono che la loro condizione emotiva sia immutabile, il desiderio o l'inclinazione a cedere agli impulsi non viene aumentata anche in condizioni di stress percepito. Questo studio suggerisce che, indipendentemente dall'effettivo risultato conseguito a lungo termine, una ricaduta rappresenti un tentativo razionale, una strategia di

⁹⁷Siegel, *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*. Seconda edizione. Raffaello Cortina Editore, 2013. pp. 154-162

⁹⁸Bonato F., *Emozioni sulla scena. Educazione emotiva e teatro*. Erickson, 2016, p.18

⁹⁹Siegel, *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*. Seconda edizione. Raffaello Cortina Editore, 2013, p.188

¹⁰⁰Melli G., 2020. <https://www.erickson.it/it/mondo-erickson/articoli/regolazione-emozioni/>

¹⁰¹ Tice, D. M., Bratslavsky, E., & Baumeister, R. F. (2001). Emotional distress regulation takes precedence over impulse control: If you feel bad, do it! *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 53–67

regolazione, per far fronte ad una condizione dell'umore avvertita come particolarmente penosa e modificabile attraverso un oggetto esterno.

3.2 Intelligenza emotiva

La capacità di regolare le emozioni, di gestirle, non è una capacità a sé stante ma rientra, insieme ad altre capacità, in un costrutto chiamato Intelligenza Emotiva. Il percorso storico che ha portato alla nascita e all'affermarsi di questo concetto risale al 1990, quando i professori Salovey e Mayer usano tale espressione "*intelligenza emotiva*" come titolo di un articolo, nel quale si afferma che: "*L'intelligenza emotiva coinvolge l'abilità di percepire, valutare ed esprimere un'emozione; (...); l'abilità di capire l'emozione e la conoscenza emotiva; l'abilità di regolare le emozioni per promuovere la crescita emotiva e intellettuale*"¹⁰²

I due professori per elaborare tale concetto si sono ispirati ad un testo pubblicato in Italia nel 1987, scritto da un ricercatore di Harvard, Howard Gardner, chiamato "*Formae mentis*"¹⁰³. Gardner sostiene che l'intelligenza non può solamente essere considerata come costrutto quantificabile ma che esistono diversi domini di abilità specifiche per specifiche funzioni cognitive. Il ricercatore, basandosi su ricerche empiriche e letteratura riguardante soggetti affetti da lesioni a livello neuropsicologico, riesce a dedurre l'esistenza di differenti aspetti legati all'intelligenza. La teoria che ne deriva è definita dallo stesso Gardner teoria delle Intelligenze Multiple. Nel libro *Formae Mentis* il ricercatore sostiene che esistono altre intelligenze che vanno a sommarsi a quelle già conosciute; infatti i test usati per misurare l'intelligenza permettono di rilevare due tipologie di intelligenza ovvero quella linguistica, la capacità di apprendere e riprodurre il linguaggio usandolo in maniera appropriata per esprimersi verbalmente e in forma scritta, e quella logico-matematica, che consiste nella capacità di analizzare i problemi in modo logico, eseguire operazioni matematiche, e indagare le questioni scientificamente, grazie al pensiero logico e deduttivo. A queste due forme Gardner ne affianca, nel corso degli anni e degli studi, altre otto:

1. Intelligenza spaziale, riconoscere e utilizzare lo spazio e le aree a esso correlate;
2. Intelligenza musicale che coinvolge l'abilità di comporre, riconoscere e riprodurre modelli musicali, toni e ritmi;
3. Intelligenza cinestetica o procedurale, quella degli atleti, danzatori, preparatori atletici, è l'abilità di utilizzare il proprio corpo o parti di esso per risolvere i problemi attraverso il coordinamento dei movimenti dello stesso;
4. Intelligenza inter-personale è la capacità di comprendere le intenzioni, le motivazioni e i desideri delle altre persone, permettendo in questo modo di lavorare efficacemente anche in gruppo;

¹⁰²Salovey P, Mayer JD. *Emotional Intelligence*. Imagination, Cognition and Personality, SAGE Journals. 1990; 9: 185-211

¹⁰³ Gardner H., *Formae mentis. Saggio sulla pluralità dell'intelligenza*. Trad. Sosio L. Feltrinelli, 2013

5. Intelligenza intra-personale consiste nell'essere consci dei propri sentimenti e di saperli esprimere senza farsi sopraffare. È, dunque, l'abilità di capire sé stessi, individuando le proprie paure e motivazioni;
6. Intelligenza naturalistica permette agli esseri umani di riconoscere, classificare e individuare alcune caratteristiche dell'ambiente;
7. Intelligenza etica permette di riflettere con chiarezza sui modi in cui l'individuo adempie o non adempie ad un certo ruolo;
8. Intelligenza filosofico-esistenziale è l'attitudine al ragionamento astratto, e la fa risalire all'età della pietra quando l'uomo si interrogava sulla realtà, cercando risposte su ciò che non capiva e riteneva più grande di sé.

Ad oggi non ci sono prove né evidenze a sostegno della Teoria delle Intelligenze Multiple, ma il merito che va riconosciuto a Gardner è quello di aver ampliato la visione dell'intelligenza umana in maniera più complessa. In Italia il costrutto di intelligenza emotiva, identificato da Salovey e Mayer, si è diffuso grazie a Daniel Goleman, psicologo, scrittore e giornalista statunitense, attraverso due pubblicazioni: la prima nel 1997 di *"Intelligenza emotiva: che cos'è, perché può renderci felici"*¹⁰⁴ e la seconda nel 1998 di *"Lavorare con l'intelligenza emotiva"*.¹⁰⁵ È in quest'ultimo che Goleman afferma: «l'espressione "Intelligenza Emotiva" si riferisce alla capacità di riconoscere i nostri sentimenti e quelli degli altri, di motivare noi stessi, e di gestire positivamente le emozioni, tanto interiormente quanto nelle relazioni. (...)».¹⁰⁶ In particolare Goleman distingue un'intelligenza emotiva personale, che riguarda la capacità di cogliere i diversi aspetti della propria vita emozionale e un'intelligenza emotiva sociale che si riferisce alla capacità di relazionarci positivamente con gli altri. Il lavoro svolto dagli studiosi citati ha permesso di individuare l'esistenza di un'intelligenza non solo logico-matematica, dando rilievo anche alla dimensione relazionale ed emotiva, riconoscendo sempre più l'importanza e l'incidenza della sfera emotiva in ambito sociale ed educativo. Infatti Goleman sostiene che l'intelligenza emotiva possa essere incrementata nel corso della vita e, rientrando in un contesto educativo che non pone limiti d'età, è potenzialmente realizzabile anche con persone adulte. Sviluppare e rinforzare l'intelligenza emotiva significa sviluppare e rinforzare cinque competenze emotive e sociali, individuate da Goleman, che sono: la consapevolezza di sé e delle proprie emozioni, padronanza, motivazione, empatia e abilità sociali. Essere emotivamente intelligenti, possedere le competenze emotive e sociali citate, permette al soggetto di adattarsi in maniera positiva con l'ambiente esterno, con gli altri e con sé stesso, sviluppando una coerenza interiore che permette di raggiungere risultati rilevanti in ogni

¹⁰⁴Goleman D. *Intelligenza emotiva: che cos'è, perché può renderci felici*. Rizzoli, 2011.

¹⁰⁵Goleman D, *Lavorare con l'intelligenza emotiva: come inventare un nuovo rapporto con il lavoro*. Milano, Rizzoli, 1998.

¹⁰⁶ Ibidem

condizione.¹⁰⁷Il concetto finora illustrato è un'utile conoscenza per l'educatore professionale, anche nel contesto di lavoro delle dipendenze patologiche. A sostegno di ciò esistono studi che dimostrano la correlazione tra bassi livelli di intelligenza emotiva e uso di sostanze. Riprendendo l'introduzione al capitolo 3, è possibile intendere i comportamenti dei dipendenti patologici come schemi comportamentali mal adattivi, con presenza di difficoltà emotive che concorrono ad alimentare delle strategie di coping disadattive che essenzialmente non fanno altro che alimentare una già presente disorganizzazione del pensiero e del comportamento. Riley e Shutte, in uno studio, hanno indagato la relazione tra bassa intelligenza emotiva e problemi di uso di sostanze negli adulti. La coorte era composta da centoquarantuno partecipanti, i quali hanno completato il test di screening dell'alcolismo autosomministrato¹⁰⁸¹⁰⁹, il test di screening dell'abuso di droga¹¹⁰, una scala di intelligenza emotiva¹¹¹e una misura di resistenza psicosociale.¹¹²I risultati hanno riportato che una bassa intelligenza emotiva è una significativa previsione sia dei problemi legati all'alcol che dei problemi legati alla droga.¹¹³I soggetti presentano scarsa capacità di percepire le emozioni in loro stessi e negli altri, tendono a reagire con impulsività di fronte ad eventi stressanti poiché non hanno le risorse necessarie a gestire tali situazioni. Negli ultimi anni si è sempre più riconosciuta l'importanza della creazione di competenze individuali nei settori del processo decisionale, della risoluzione dei problemi e della comunicazione e si è andata sempre più affermando l'idea che lo sviluppo di competenze sociali ed emotive è «essenziale per costruire e sostenere relazioni (...) che sono importanti per condurre una vita sana (...)e sono la chiave per la creazione di comunità pubbliche inclusive».¹¹⁴

3.3 Costrutto dell'alessitimia

Provare emozioni è un processo innato, universale ma conoscerle, riconoscerle, gestirle non è così automatico come si possa pensare: spesso sentiamo di provare qualcosa a cui non sappiamo dare un nome, altre volte siamo sopraffatti dalle emozioni, ci sembra quasi di perdere il controllo. Questi processi risultano particolarmente difficili in una particolare condizione chiamata alessitimia. Inizialmente il termine si riferiva ad una dimensione specifica di personalità

¹⁰⁷Bonato F., *Emozioni sulla scena. Educazione emotiva a teatro*. Erikson, 2016. p. 27-28

¹⁰⁸ Swenson, W. and Morse, R. , The Use of a Self-Administered Alcoholism Screening Test (SAAST) in a Medical Center, *Mayo Clinic Proceedings*, 50, pp. 204–208, 1975.

¹⁰⁹Hurt, R., Morse, R., and Swenson, W. , Diagnosis of Alcoholism with a Self-Screening Alcoholism Screening Test, *Mayo Clinic Proceedings*, 55, pp. 365–370, 1980.

¹¹⁰ Skinner, H. A. , The Drug Abuse Screening Test, *Addictive Behaviours*, 7, pp. 363–371, 1982.

¹¹¹Schutte, N. S., Malouff, J. M., Hall, L. E., Haggerty, D. J., Cooper, J. T., Golden, C. J., Dornheim, L., Development and Validation of a Measure of Emotional Intelligence, *Personality and Individual Differences*, 25, pp. 167–177, 1998.

¹¹²Zea, M. C., Reisen, C. A., and Tyler, F. B. , Reliability, Ethnic Comparability, and Validity Evidence for a Condensed Measure of Proactive Coping: The BAPC-C, *Educational and Psychological Measurement*, 56, pp. 330–343, 1996.

¹¹³ Riley, H., &Schutte, N. S. (2003). Low Emotional Intelligence as a Predictor of Substance-use Problems. *Journal of Drug Education*, 33(4), 391–398

¹¹⁴ Ken Russell Coelho, "Emotional Intelligence: An Untapped Resource for Alcohol and Other Drug Related Prevention among Adolescents and Adults", *Depression Research and Treatment*, vol. 2012, Article ID 281019, 6 pages, 2012.

nei soggetti che manifestavano malattie psicosomatiche e mostravano di avere scarsa consapevolezza emozionale e incapacità di provare, esprimere e comunicare le emozioni¹¹⁵. Successivamente il concetto fu introdotto nella comunità scientifica e il focus fu spostato dalla precedente definizione al concetto di deficit di elaborazione cognitiva delle emozioni.¹¹⁶ Il costrutto di alessitimia conosciuto oggi è stato formulato da Nemiah, Freyberger e Sifneos¹¹⁷ ed indica un disturbo affettivo-cognitivo caratterizzato da una particolare difficoltà a identificare e comunicare le proprie emozioni; lo stesso termine è formato dalle parole greche *a-* ovvero assenza, *lexis-* ovvero linguaggio e *thymos* ovvero anima emozionale, ossia assenza di parole per le emozioni. Il soggetto alessitimico appare deficitario nella dimensione cognitiva ed esperienziale delle emozioni¹¹⁸ e alcuni studiosi hanno ipotizzato che tale condizione sia dovuta ad una mancanza di collegamento tra questa dimensione, quella fisiologica e quella motorio-comportamentale¹¹⁹ e ciò fa sì che i due ultimi livelli rimangano privi di riconoscimento e di regolazione dalla componente più cosciente, simbolica e verbale. Una persona con tale disturbo non è in grado di riconoscere i propri stati emotivi attraverso i segnali fisiologici che si attivano quando si prova un'emozione. Taylor, Bagby e Parker¹²⁰, sulla base di osservazioni cliniche, affermano che : *“L'alessitimia è concettualizzata come un costrutto multidimensionale. Sebbene gli aspetti salienti del costrutto possano essere concettualmente distinti, essi sono logicamente connessi: l'abilità ad identificare e comunicare i sentimenti agli altri è ovviamente connessa all'abilità a distinguere i propri sentimenti dalle sensazioni corporee che accompagnano gli stati emotivi e ad uno stile cognitivo orientato esternamente riflette un'assenza di pensieri interni e fantasie, così come un minore livello di espressività emozionale”* ; quindi le manifestazioni di tale condizione comprendono:

- Incapacità a riconoscere e verbalizzare i propri stati emotivi e a distinguerli dalle sensazioni corporee;
- Scarsa attività onirica e povertà di fantasia;¹²¹
- Gestualità ridotta ed espressioni facciali limitate;
- Scarsa capacità di riconoscere le espressioni facciali delle emozioni;
- Stile cognitivo pragmatico orientato all'esterno.

Evolvendosi il costrutto di alessitimia, si è sentita la necessità di validare strumenti in grado di misurare il costrutto; esistono diverse scale di misurazione dell'alessitimia tra le quali rientrano

¹¹⁵Ruesch, J. (1948). The infantile personality. In *Psychosomatic Medicine*, 10, pp. 134-144.

¹¹⁶ Taylor, Bagby, Parker, *Disorders of affect regulation*. Cambridge, England: Cambridge University Press, 1997.

¹¹⁷Nemiah J., Freyberger H., Sifneos P. (1976) "Alexithymia: a view of the psychosomatic disorders". In O. W. Hill (ED) *Modern Trends In Psychosomatic Medicine Vol II* 26-34

¹¹⁸ Taylor GJ (1994), The alexithymia construct: conceptualization, validation, and relationship with basic dimensions of personality. *New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry*, 10, 61-74.

¹¹⁹ Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA (1997), I disturbi della regolazione affettiva. L'alessitimia nelle malattie mediche e psichiatriche. Tr.it. Roma: FioritiEditore., 2000

¹²⁰G. J. Taylor, R. M. Bagby and J. D. A. Parker. *Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness*. Cambridge University Press, 1997.

¹²¹ Krystal H (1988), *Integration and self-hearing: affect, trauma, alexithymia*. Hillsdale, NJ: Analytic Press

questionari auto somministrati (TAS 20 e BVAQ) e questionari etero valutativi (TSIA, BIQ, OAS). Lo strumento più utilizzato è la Toronto Alexithymia Scale – 20¹²²¹²³, un questionario di autovalutazione formato da 20 item con tre scale fattoriali: DIF (Difficulty Identifying Feelings) ovvero la difficoltà ad identificare i sentimenti e a distinguere tra sentimenti e sensazioni fisiche; DDF (Difficulty Describing Feelings), la difficoltà nel descrivere i propri sentimenti agli altri; EOT (Externally-Oriented Thinking), lo stile cognitivo orientato verso la realtà esterna. Ad ogni item è possibile rispondere attraverso una scala Likert a 5 punti, da “*per niente d'accordo*” a “*molto d'accordo*”, il punteggio va da 20 a 100: se il punteggio ottenuto è inferiore a 50 non è presente alessitimia, se il valore è compreso tra 50 e 60 si parla di alessitimia intermedia, mentre i valori superiori a 61 accertano la condizione di alessitimia. Riguardo alle cause che portano all'insorgenza di questa condizione non sono ancora stati riportati risultati chiari, nonostante ciò sono state avanzate ipotesi che, interpretando l'alessitimia in una concezione evolutiva e adattiva, attribuiscono una potenziale responsabilità agli affetti e al loro ruolo svolto nello sviluppo infantile precoce¹²⁴¹²⁵. Come già trattato lo sviluppo infantile è fortemente influenzato dai fattori ambientali, dal contesto e dal clima familiare e dallo stile di attaccamento ed educativo dei caregiver nei confronti del bambino. Le esperienze di attaccamento influenzano lo sviluppo degli schemi emotivi, l'immaginazione e le altre abilità cognitive implicate nella regolazione affettiva^{126 127}. In particolare è stata avanzata una teoria, denominata “del codice multiplo”¹²⁸, da parte della studiosa e psicoanalista statunitense Wilma Bucci; secondo questa teoria le emozioni derivano da processi sub-simbolici (sensazioni viscerali e sensoriali) collegati con l'arousal fisiologico e da elementi simbolici (immagini e parole) che vengono rappresentati nella mente. Il collegamento tra sensazioni somatiche e rappresentazione mentale avviene grazie ad un processo referenziale, che permette ai processi sub-simbolici di tradursi in un concetto logicamente organizzabile e mentalmente rappresentabile. Allora l'alessitimia deriverebbe da un crollo del processo referenziale, causato da condizioni avverse durante l'infanzia, come traumi o conflitti.¹²⁹

Precedentemente sono stati riportati studi sulla correlazione tra regolazione emotiva e disturbo da uso di sostanze ed è perciò plausibile pensare che tale correlazione sussista anche tra

¹²²Bagby RM, Parker JDA, Taylor GJ (1994a), The Twenty – item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23-32.

¹²³Bagby RM, Parker JDA, Taylor GJ (1994b), The Twenty- item Toronto Alexithymia Scale-II. Convergent, discriminant and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 33-40.

¹²⁴ Stern D (1985), *Il mondo interpersonale del bambino*. Tr.it. Torino: Bollati Boringhieri, 1987.

¹²⁵Emde RN (1988), *Development terminable and interminable. I. Innate and motivational factors from infancy*. *International Journal of Psychoanalysis*, 69, 24-42.

¹²⁶ Cassidy J (1994), *Emotion regulation: Influences of attachment relationships*. *Monographs of Society for Research in Child Development*, 59, 228-249

¹²⁷Fonagy P, Target M (1997), *Attachment and reflective function: Their role in self-organization*. *Developmental Psychopathology*, 9, 679-700.

¹²⁸ Bucci, W. (1997). *Psicoanalisi e scienza cognitiva. Una teoria del codice multiplo*. Tr. it. Giovanni Fioriti Editore, Roma 1999.

¹²⁹Bucci, W. (2008). *The role of bodily experience in emotional organization. New perspectives on the multiple code theory*. In Anderson, F.S. (a cura di), *Bodies in treatment. The Unspoken dimension*. Analytic Press, New York, pp. 51-76.

disturbo da uso di sostanze e alessitimia. Come riportato da Taylor, Bagby e Parker¹³⁰: *“L'alessitimia è un disturbo dell'elaborazione degli affetti che interrompe o interferisce seriamente con i processi di auto-organizzazione e riorganizzazione dell'organismo”* e di conseguenza modalità di funzionamento alessitimico si riscontrano trasversalmente in quasi tutti i quadri psicopatologici. A riguardo il tema è stato posto al centro della XI Conferenza Europea sulle Ricerche Psicosomatiche, ad Heidelberg nel 1976, orientando lo sguardo dei ricercatori sulla relazione tra alessitimia e altri tipi di disturbi, tra i quali i comportamenti di addiction. Rispetto a tale correlazione ci sono diversi punti di vista, talvolta contrastanti tra loro: McDougal¹³¹ ritiene che uno degli scopi del comportamento dipendente è quello di venir meno ai propri sentimenti, soprattutto quelli dolorosi, e di trovare un rapido conforto. Il tossicodipendente impara presto la soluzione per ogni tipo di tensione originata da sentimenti di ansia, rabbia, colpa, depressione, e una volta scoperto tale meccanismo diventa parte dello stile della persona di affrontare il mondo; quindi la dipendenza finisce per avere un ruolo primario nell'attività psichica di una persona. Un'altra posizione, contrastante con la precedente, è quella fornita da Haviland, che sottolinea come i pazienti che soffrono di un disturbo da abuso di sostanze sviluppino l'alessitimia come fattore secondario a una grave depressione o ansia, che rappresenta così un'ulteriore difesa verso sentimenti travolgenti che l'individuo non riesce a contenere. A sostegno di ciò Haviland ha condotto uno studio su 90 persone in trattamento per alcolismo, con lo scopo di esaminare la relazione tra l'alessitimia e i sintomi depressivi. I risultati hanno riportato che alti livelli nel test per depressione (BDI) tendevano ad essere maggiormente correlati a stati alessitimici di quelli con punteggio BDI basso. La conclusione riportata è che l'alessitimia può servire come un'operazione difensiva per i pazienti alcolisti che negano effetti dolorosi¹³². Nonostante le varie posizioni inerenti al tema dell'alessitimia, degli studi hanno dimostrato una sua prevalenza in persone con disturbo da uso di sostanze, per cui ritengo che non sia in nessun modo possibile non considerare tale costrutto. Tra questi rientra uno studio¹³³, il quale ha riscontrato che l'alessitimia è significativamente più diffusa nel gruppo dei disturbi da uso di sostanza rispetto al gruppo di controllo. Inoltre i dipendenti con alti punteggi di alessitimia risultano poliabusanti e più forti consumatori di eroina rispetto ai pazienti non alessitimici. Le caratteristiche che fanno parte del quadro sintomatologico dell'alessitimia si presentano in un quadro sintomatologico più ampio nel caso di un soggetto con disturbo da uso di sostanze; le specificità sono importanti da conoscere al fine di saper leggere al meglio il contesto e i comportamenti dell'individuo e in merito Marcolongo e Saccorotti¹³⁴ ritengono che:

¹³⁰ Taylor G., Bagby R.M., Parker J.D. (1987) Disorders of affect regulation: Alexithymia and psychiatric illness. Cambridge University Press (Trad. it. 2000- Fioriti Editore)

¹³¹ McDougal J., *L'economia Psichica della dipendenza: una soluzione psicosomatica al dolore psichico*. Napoli, 2002

¹³² Haviland MG, MacMurray JP, Cummings MA. The relationship between alexithymia and depressive symptoms in a sample of newly abstinent alcoholic inpatients. *Psych other Psycho som*. 1988;49(1):37-40.

¹³³ Rasheed E. (2001) Alexithymia in Egyptian substance abusers *Substance Abuse*, 22, 11-21

¹³⁴ Marcolongo F., Saccorotti C. Danza Movimento Terapia in eroinomani alexitimici durante trattamento con metadone a mantenimento. 2005 <http://www.psychomedia.it/pm/arther/dmt/marclon1.htm>

“si potrebbe affermare che in questi pazienti le emozioni sono sottratte ai processi di simbolizzazione e direttamente agite, questo allontanamento dalla consapevolezza si realizzerebbe attraverso la costruzione di sistemi difensivi tra i quali:

- *creazione di un bozzolo autosufficiente*¹³⁵
- *desaffectation, in cui la difficoltà di verbalizzare le emozioni è caratterizzata dal fatto che gli affetti non sono accompagnati da partecipazione emotiva*¹³⁶
- *esteriorizzazione, intesa come ricerca di un oggetto esterno dotato di poteri magici*¹³⁷
- *atteggiamento proteiforme*¹³⁸”

Provando ad immedesimarsi nei soggetti che vivono in tale condizione, è possibile immaginare e dedurre che essi sperimentano un distacco emotivo dalla realtà che li porta a credere di poter essere autosufficienti, di aver trovato la “cura” al loro disagio, pensano di poter vivere senza l’appoggio e l’affetto di altre persone, ma solo della sostanza. I soggetti alessitimici risultano carenti nella capacità di utilizzare le emozioni per dare senso alle loro esperienze e inadeguati nella cura di sé. Quest’ultima non è un fattore da sottovalutare poiché può essere considerata una funzione complessa che coinvolge diverse dimensioni, tra le quali l’esame di realtà, il giudizio, il controllo, la sintesi, l’introspezione: tutti fattori che hanno forti implicazioni cliniche nel trattamento di pazienti tossicodipendenti. Nello svolgere un percorso terapeutico-riabilitativo nel settore delle dipendenze patologiche con presenza di utenti alessitimici, l’educatore può incontrare diversi ostacoli, quali:

- la tendenza del paziente a “comunicare” sul piano delle azioni piuttosto che delle parole a causa della scarsa verbalizzazione emotiva e talvolta anche le azioni possono risultare impenetrabili, di difficile comprensione, perché lontane dalla consapevolezza del paziente;
- abbandono del trattamento, che può essere percepito come inefficace e inutile, o paradossalmente come interminabile anche se inconcludente;
- tendenza del paziente a comunicare su un piano somatico, con eventuali frequenti richieste di visite, di controlli;
- scarsa risposta e coinvolgimento nelle terapie tradizionali basate sull’introspezione.¹³⁹

Nel corso della mia esperienza di tirocinio a Gradara ho potuto constatare che il pensiero rivolto all’esterno e la scarsa introspezione sono tratti alessitimici che possono presentarsi anche in utenti con un percorso terapeutico di lunga durata. In occasione di un gruppo terapeutico sulla

¹³⁵ Modell A. *Other times, other realities, toward a theory of psychoanalytic treatment*. Harvard University Press 1990

¹³⁶ McDougal J. (1989) *Teatri del Corpo* Tradit. Cortina, Milano 1990

¹³⁷ Rossi R., Peraldo R., *La miseria di Dioniso in Problemi Attuali in Psichiatria*, Giappichelli, Torino pp.68-75, 1982

¹³⁸ Baranger M., “Mala fe, identidad y onnipotencia” *Revista Uruguaya de Psicoanalysis* 1963. Trad. Italiana in *La situazione psicoanalitica come campo bipersonale* Cortina, Milano 1990

¹³⁹ Sciortino S., *Alessitimia, locus of control e comportamenti a rischio, uno studio su un campione di soggetti tossicodipendenti*. 2006 <https://www.psycommunity.it/wp-content/uploads/2018/05/325529.pdf>.

prevenzione alle ricadute l'attenzione del gruppo è stata richiamata dalla situazione di una donna, C.N., di 50 anni, residente a Roma e in Comunità da due anni. Dopo un periodo medio di permanenza in comunità, e comunque dopo un'attenta valutazione da parte dell'equipe, agli utenti viene data la possibilità di sperimentarsi nel proprio contesto di vita, per cui rientrano a casa e permangono per un tempo variabile, anche per più giorni. Questo strumento viene chiamato "verifica" poiché la persona si sperimenta in un ambiente non protetto come quello della comunità, un ambiente familiare e quotidiano. C.N. avendo un percorso comunitario duraturo ha avuto la possibilità di effettuare la verifica cinque volte nell'arco di un anno circa ma ogni volta che è tornata ha ammesso, più o meno volontariamente, di essere ricaduta. La reazione alle sue ricadute non è stata quella di colpevolizzarla ma di indagare il perché delle stesse. In gruppo è stato affrontato questo tema e le sono state poste delle domande per capire le sue motivazioni ma C.N. o minimizzava la ricaduta o rimandava la responsabilità alla persona che le vendeva la sostanza o colpevolizzava la grande città di Roma con la giustificazione di una maggior disponibilità della sostanza, degli ambienti persuasivi. Questi sono esempi di quei meccanismi alessitimici illustrati precedentemente del pensiero orientato all'esterno; il lavoro del gruppo condotto dall'educatore si è orientato verso la ricerca di una presa di coscienza da parte di C.N. che stava utilizzando dei meccanismi per non riflettere su sé stessa, in maniera introspettiva. Questo comporta che il soggetto osserva gli altri, le loro azioni e le loro reazioni, senza osservare i propri processi interiori in maniera consapevole e critica e difficilmente si assume la responsabilità delle proprie azioni e difficoltà ma le attribuisce all'esterno, agli altri. Infatti gli individui che presentano una difficoltà ad identificare e descrivere i propri sentimenti e ad utilizzarli per adattarsi all'ambiente, tendono ad interpretare gli eventi della loro vita come dovuti al caso e in effetti numerosi lavori hanno proprio confermato tale rapporto. In uno studio condotto da Mastrobuoni, De Gennaro e Solano ¹⁴⁰ risulta che i soggetti alessitimici tendono ad attribuire alla fatalità gli eventi che accadono loro, con la conseguenza di ostacolare l'elaborazione di strategie efficaci di protezione verso i comportamenti a rischio. Un'ulteriore caratteristica dell'alessitimia è l'atteggiamento proteiforme, il quale indica che la persona è capace di cambiare repentinamente il proprio atteggiamento, adattandosi in maniera fittizia e non coerente con il proprio sé in base al contesto in cui si trova e in base alle persone, non legandosi a livello emotivo all'ambiente. Queste informazioni rappresentano un'importante risorsa per gli operatori, come l'educatore professionale, che lavorano nei servizi per la tossicodipendenza, poiché l'utente ha un ruolo centrale nel progetto educativo-riabilitativo e conoscere le sue dinamiche permette di calibrare gli interventi, individuare gli obiettivi in maniera chiara e attuare le strategie più funzionali per raggiungerli. Sapere che un soggetto alessitimico orienta il proprio pensiero all'esterno, non si assume la responsabilità delle proprie

¹⁴⁰Mastrobuoni G., De Gennaro L., Solano L., *Correlazione Alessitimia-Locus of Control: uno studio empirico su 260 soggetti*. 2002, *Rassegna di Psicologia* 3, 157-167

difficoltà né del proprio cambiamento ma si concepisce passivamente sottomesso al fato è un'informazione molto importante poiché un atteggiamento così descritto si pone da ostacolo alla *compliance* dell'utente nel progetto educativo-riabilitativo. È importante saper distinguere la scarsa motivazione al cambiamento dall'incapacità di cambiare dovuta agli elementi aleasimici finora illustrati. In questo ultimo caso ritengo che tra gli interventi il primo da effettuare per priorità è quello di lavorare con l'utente sulla consapevolezza delle strategie disfunzionali che vengono adottate, con lo scopo di individuarne ulteriori più sane e renderlo personaggio attivo, consapevole dei propri punti di forza così come delle proprie responsabilità, al fine di diventare vero protagonista motivato del proprio percorso.

4. Il lavoro dell'educatore professionale nei Disturbi da Uso di Sostanze

Le competenze che formano il *core competence* dell'educatore professionale sono trasversali e attingono da diverse discipline; si è già accennato alla necessità di saper osservare in maniera critica e non categorizzante, così come di conoscere le diagnosi, la storia e la letteratura del settore in cui si lavora. Spesso si connota il lavoro educativo dell'educatore professionale con un semplice "fare", per cui lo si identifica come con una pratica, orientata e definita da caratteristiche personali più o meno riconducibili ad un generico sapersi mettere in relazione, avere compassione. In realtà non è così, l'educatore professionale è necessario possieda tre specifiche dimensioni, corrispondenti a tre livelli formativi:

- Il sapere che riguarda la conoscenza teorica, l'insieme delle teorie inerenti il lavoro specifico che si svolge. Comprende la conoscenza del modello di riferimento e della metodologia. Rimanda anche alla necessità di formazione continua in quanto i settori d'intervento sono in continuo aggiornamento;
- Il saper fare ovvero la pratica, la conoscenza operativa e procedurale, le abilità pratiche, la capacità di gestione dei problemi. In definitiva è la capacità di mettere in pratica il sapere acquisito;
- Il saper essere che presuppone la capacità di conoscere sé stessi e comprende le caratteristiche personali, psicologiche, caratteriali di cui l'educatore deve essere consapevole per lavorare nella relazione con l'Altro in modo efficace.

Queste tre dimensioni interagiscono tra loro, non deve essere privilegiata una dimensione a scapito di un'altra e nemmeno vige una gerarchia predeterminata, l'operato pratico del lavoro educativo è ricco di spunti di riflessione da approfondire per aggiornare il proprio sapere. Come precedentemente detto esso comprende numerose competenze come l'osservazione, la relazione, la progettualità e sono necessarie in qualsiasi ambito e con qualsiasi tipologia d'utenza, ma è importante saperle adattare nella maniera più opportuna.

È possibile affermare che la competenza base che caratterizza la professione di educatore è la relazione, intesa come rapporto di mediazione con l'utente, così come con la sua famiglia e con il territorio. Essere in relazione con l'utente significa entrare in dialogo con lui, in maniera acritica, non giudicante ma aperta ed intenzionale. Infatti questa competenza, che è anche uno strumento, non va utilizzata in maniera incostante, fugace e indistinta: è necessario sempre ricordare la finalità e l'obiettivo per cui si utilizza tale strumento, usarlo coerentemente e professionalmente. L'assunzione di un ruolo non deve essere un elemento di distacco o di superiorità né un veicolo di potere sulla persona, ma permette di inscrivere la relazione in un contesto di senso, fatto di tempi, spazi e regole. Significa orientare la relazione non ad un generico e spontaneo stare insieme, ma ad un compito che richiede sforzo e collaborazione e che è orientato ad obiettivi condivisi. Nonostante ciò, una buona relazione educativa richiede

autenticità, ovvero non deve essere costruita in maniera fittizia ma essere vissuta in maniera emozionata; in tal senso l'educatore diventa una persona che entra in relazione con un'altra persona in maniera chiara, trasparente e genuina poiché è importante che l'utente riconosca tale genuinità e si fidi dell'educatore. In particolare questo aspetto è importante nelle dipendenze patologiche, in quanto gli utenti sono ottimi osservatori e percepiscono se la relazione è autentica o artificiosa e questo si riflette sulle dinamiche relazionali, sulla fiducia e sulla compliance educativa. L'aspetto appena descritto della relazione potrebbe identificare "il paradosso della relazione educativa" per cui, se non si crea un legame affettivo, c'è scarsa possibilità di innescare processi trasformativi, ma se ci si lega si rischia di reificare processi disfunzionali o di venir meno alla funzione educativa, diventando sostituiti di relazioni amicali, genitoriali, talvolta con dinamiche di competizione e di scontro. È come se l'educatore utilizzando la relazione come strumento principale del suo operare, è chiamato a compiere un continuo movimento relazionale di vicino-lontano, di coinvolgimento e distacco, aiutando la persona a sintonizzarsi gradualmente su questa stessa modalità e ad acquisire elementi per sviluppare una relazione sul percorso educativo stesso, consapevole che questo avrà una fine, alla quale si giunge attraverso una prospettiva di autonomia e autorealizzazione, senza creare una dipendenza affettiva tra educatore ed utente. In questo caso è auspicabile conoscere i concetti di transfert e controtransfert inerenti la disciplina psicologica. Il maggior contributo alla formulazione della teoria del transfert è stato dato da Freud, il quale rivede negli anni il concetto ridefinendolo in base allo sviluppo del suo pensiero psicoanalitico. L'esposizione completa di tale teoria è compresa nel poscritto dell'analisi del "Caso Dora" del 1901¹⁴¹, nel quale l'idea di fondo è che, durante la terapia analitica, la nevrosi cessa di produrre i suoi sintomi, formandone di nuovi che coinvolgono direttamente la figura dell'analista. Dunque, venendo a mancare i vecchi sintomi, può sembrare che la nevrosi sia cessata. Tuttavia la cessazione dei vecchi sintomi non spegne la capacità produttiva della nevrosi, che si esercita così a creare un particolare tipo di formazioni mentali, per lo più inconsce, denominate transfert. Per Freud ciò si declina in una malattia in sé che può essere curata attraverso il metodo interpretativo: *"Il transfert, destinato a divenire il più grave ostacolo per la psicoanalisi, diviene il suo migliore alleato se si riesce ogni volta a intuirlo e a tradurne il senso al malato"*. Nel lavoro educativo, che pone educatori e utenti in stretto contatto gli uni agli altri, è possibile che si verifichi questo processo di trasposizione inconsapevole per il quale l'utente sposta schemi di sentimenti, emozioni e pensieri da una relazione significativa passata a una persona coinvolta in una relazione interpersonale attuale. L'educatore che sa riconoscerlo può intervenire per aiutare il paziente a prendere atto del transfert, supportandolo alla ricerca di una modalità di emancipazione dal transfert stesso, esplorando le dinamiche relazionali che attua. Contemporaneamente l'educatore deve saper gestire anche il processo inverso, quello del

¹⁴¹ Freud S., *Casi clinici 3: Dora: Frammento di un'analisi d'isteria*. (1901) Bollati Boringhieri, 1985.

controtransfert. Infatti nella relazione educativa non c'è solo l'utente ma anche l'educatore ricopre un ruolo attivo e partecipato e questo comporta che anch'esso, più o meno inevitabilmente, tende a proiettare aspetti inconsci della sua psiche nella relazione col paziente. In questo caso è importante avere consapevolezza, capacità di lettura del contesto e capacità osservativa; ciò significa saper ascoltare ed ascoltarsi sia in termini razionali che emotivi. Questa non è una capacità né una competenza acquisibile a priori, comprende un aspetto esperienziale che necessita di un coinvolgimento attivo nell'azione educativa, e un aspetto riflessivo con adeguati spazi di pensiero su ciò che si è fatto nell'esperienza, sia in termini di azioni, sia di relazioni. Occorre riflettere anche sul proprio lavoro e sulla mission che non prevede di far tornare l'utente a come "si era prima"¹⁴², l'obiettivo non è una *restituito ad integrum*¹⁴³della persona, poiché non si lavora con una specifica area malata della persona bensì con la sua interezza e lo scopo è il cambiamento, l'evoluzione positiva di tutte le componenti della persona. da quella biologica a quella psicologica e quella sociale: cura di sé, autogestione della terapia farmacologica, consapevolezza della propria realtà, delle problematiche personali, delle fragilità nonché delle proprie capacità e abilità, gestione della quotidianità, delle emozioni, delle relazioni e autonomia. L'educatore è definito come un operatore socio-sanitario che agisce a livello educativo e a livello riabilitativo e proprio la riabilitazione si fonda sul concetto che, nonostante il disagio e il malessere vissuto a causa di malattie, il soggetto possa riacquisire e sviluppare capacità che gli consentono di integrarsi efficacemente nell'ambito familiare, comunitario e sociale.¹⁴⁴Il modello relazionale ed educativo che più rappresenta l'educatore è il modello autorevole, in cui non c'è imposizione ma dialogo e confronto, l'educatore ha un ruolo attivo, partecipato e collaborativo, con lo scopo finale di raggiungere il benessere degli utenti e non per tornaconto personale. In contrapposizione si pone il modello autoritario, poco utilizzato se non in casi di estrema necessità. Nel modello autoritario viene imposta la propria autorità, creando una gerarchia e vengono date disposizioni, indicazioni da eseguire. Questo modello può essere utilizzato ed è educativamente efficace nel caso delle dipendenze patologiche; infatti l'utenza di questi servizi è particolarmente complessa, ricca di sfaccettature che necessitano un'attenta osservazione da parte degli operatori. Gli utenti con Disturbo da Uso di Sostanze sono persone che all'esterno, tendenzialmente, agiscono per convenienza, prive di regole e norme, che tendono ad omettere la verità e questi meccanismi vengono utilizzati anche all'interno delle strutture, poiché è il modo con cui essi affrontano la realtà. Un ruolo fondamentale di questa condizione è svolto dalla negazione, ovvero le persone dipendenti patologiche sono inclini a negare come meccanismo di difesa di fronte a degli eventi negativi, stressanti o rispetto alle conseguenze

¹⁴²Carli R., Paniccia R.M. (2003), *Analisi della domanda. Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino.

¹⁴³Carli, R., Grasso, M., Paniccia, R. M. (2007), *La formazione alla psicologia clinica*. Milano: Franco Angeli.

¹⁴⁴Ba G., *Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale*. Franco Angeli Editore, 2016

negative che derivano dalla loro condizione. Mettere in atto comportamenti negazionisti permette al soggetto di non rispondere in maniera coerente alla realtà, poiché questo significherebbe essere consapevoli, responsabili di ciò che si fa e, dato che il DUS comporta conseguenze per il soggetto ma anche per le persone a lui vicine, possono innescarsi sentimenti di vergogna, scarsa autostima e colpevolizzazione. In maniera non giudicante è necessario conoscere le caratteristiche comportamentali che contraddistinguono questa specifica tipologia d'utenza per poterle osservare, analizzare e modificare. Per fare ciò, nel lavoro educativo-riabilitativo, a volte è necessario imporsi in maniera più autoritaria che autorevole, che tradotto nella pratica significa imporre delle regole chiare, precise e rigorose che vanno rispettate in primis dagli utenti ma anche da tutti gli operatori che lavorano nel servizio. Ciò che ho potuto osservare nella Comunità Terapeutica di Gradara è che le norme che vigono sono pensate e ragionate, hanno un proprio senso e una propria utilità, ma necessitano di essere riconosciute nel loro valore normativo ed educativo dagli operatori che sono tenuti a vigilare il loro rispetto, in caso contrario si incorre in una "sanzione" che non vuole essere punitiva ma educativa come spunto di riflessione per la persona, per sviluppare sempre maggior consapevolezza dei propri comportamenti, attraverso il confronto con gli altri e il supporto dell'educatore. Le regole permettono di vivere in uno stato di convivenza e rispetto comune, ma per persone con le caratteristiche prima citate sono anche importanti per sviluppare la capacità di sostenere un "no", dei limiti, anche temporali, poiché nella dipendenza patologica il soggetto perde la dimensione dell'attesa e con essa la capacità di pensare ad un progetto e ad un cambiamento che può essere contrastata attraverso la riabilitazione, reintroducendo la dimensione del tempo per recuperare l'attesa, la speranza e la "tensione verso" che produce motivazione; inoltre le regole aiutano nella gestione ed accettazione di elementi di frustrazione. Nella pratica il lavoro educativo-riabilitativo si traduce in un "fare con" che prevede la collaborazione, la cooperazione e la condivisione tra educatore e utenti ma anche tra gli utenti stessi. Dal prendersi cura dei propri spazi e degli spazi comuni, a quello dell'esprimere le proprie risorse e potenzialità in attività condivise, il riattivarsi in un fare costruttivo sono indubbiamente gli elementi centrali e terapeutici di un percorso residenziale e contemporaneamente un incentivo al sottrarsi ad una dimensione di passività, spesso sostenuta da un'interpretazione delle proprie difficoltà come causate dalla "malattia". L'educatore nei progetti individualizzati con l'utente o nell'organizzazione della struttura è colui che avanza idee e proposte di attività, le quali devono essere ragionate, sensate, finalizzate e scelte con rigore metodologico e pedagogico. Se ciò non avviene si corre il rischio di dar credito alla credenza popolare dell'educatore come animatore che svolge attività fini a sé stesse, con il solo scopo di intrattenere gli utenti. Alcune attività svolte, come lo sport, possono sembrare scelte non in prospettiva pedagogica ma, anche se possono fungere da intrattenimento per gli utenti, sono frutto di un ragionamento poiché esse mettono in movimento il corpo, facendo fare

attività sportiva per la salute degli utenti e fungono da valvola di sfogo e da contenimento. Insomma le attività sono tante e altrettanti sono i ragionamenti di senso che stanno alla base, tutte perseguono diversi obiettivi specifici. Esistono però degli obiettivi generali che caratterizzano il lavoro dell'educatore professione:

- *sviluppo equilibrato della personalità (...)e recupero alla vita quotidiana;*
- *recupero e sviluppo delle potenzialità dei soggetti in difficoltà per il raggiungimento di livelli sempre più avanzati di autonomia;*
- *il positivo inserimento o reinserimento psicosociale.*¹⁴⁵

Questi obiettivi vengono perseguiti attraverso diverse strategie che variano in base al contesto lavorativo; in un contesto comunitario le strategie educative prevedono attività di gestione del quotidiano ovvero preparazione dei pasti, educazione alimentare, cura e pulizia degli ambienti interni ed esterni comuni della struttura; attività ergo-terapiche come laboratori manuali, attività ricreative e culturali o sportive. Inoltre sono previste attività gruppali di carattere terapeutico o l'utilizzo di strategie di narrazione autobiografica attraverso colloqui, la scrittura e/o incontri di psicoterapia. Al contempo, per evitare una sovrastimolazione degli utenti e una frenesia quotidiana con tempi perfettamente scanditi e con attività costanti, sono fondamentali momenti e spazi adeguati alla riflessione che può essere svolta in solitaria o con il gruppo utenti o con l'educatore. È attraverso il confronto con una quotidianità organizzata su questi criteri che passa la ricerca, scoperta o riscoperta di senso e significato della propria vita, delle proprie relazioni, della propria personale ed originale esistenza. Il Decreto del 1998, n. 520 che regola l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'educatore professionale, sancisce che tale figura *“opera sulle famiglie e sul contesto sociale dei pazienti, allo scopo di favorire il reinserimento nella comunità”*¹⁴⁶; la famiglia ricopre un ruolo importante, fino a diventare uno dei cardini della cura, poiché il ruolo e il sostegno dei familiari sono decisivi negli esiti di tutte le strategie terapeutiche per contrastare il disagio. Allo stesso tempo è necessario sostenere la famiglia che, insieme al proprio caro, sperimenta il fenomeno della dipendenza patologica in maniera non diretta. Molti sono i gruppi di auto-mutuo-aiuto composti da familiari che condividono una stessa situazione di disagio, ma questi possono essere condotti anche dall'educatore che, nel ruolo di mediatore/facilitatore, supporta le famiglie di dipendenti patologici a conoscere, capire e sostenere la situazione. A livello territoriale l'educatore opera per raggiungere diversi obiettivi, tra cui la creazione di una rete sociale sul territorio che possa permettere agli utenti di sperimentarsi in un contesto più ampio della comunità o di altre strutture. Inoltre l'educatore interviene sul territorio per sensibilizzare la popolazione al tema della dipendenze patologiche, per contrastare il pregiudizio verso le persone affette da questo disturbo che spesso, ancora oggi, vengono etichettate come viziate,

¹⁴⁵Gazzetta Ufficiale, Decreto ministero della Sanità, 8 ottobre 1998, n. 520

¹⁴⁶Ibidem

colpevoli, malviventi e pericolose. La mission dell'educatore prevede anche la lotta allo stigma che, sottoforma di diversi livelli, interessa tutti i settori d'intervento in cui lavora.

4.1 La mia esperienza formativa da educatrice professionale socio-sanitaria

Finora la metodologia dell'educare è stata illustrata in maniera generale e calata nell'operato dei servizi per le dipendenze patologiche, ma come si diventa educatori professionali socio-sanitari?

Come precedentemente detto la figura professionale è regolamentata dal 1998 tramite Decreto ministeriale, in cui si dichiara che per svolgere la professione di educatore professionale socio-sanitario è obbligatorio conseguire il diploma universitario abilitante presso il Corso di Studi in Educazione Professionale, interno alla facoltà di Medicina e Chirurgia. Il percorso di studi prevede l'integrazione multidisciplinare tra discipline sanitarie e discipline umanistiche, pedagogiche e psicologiche. Nel corso di studi dell'Università Politecnica delle Marche è obbligatorio svolgere un Tirocinio pratico per un totale che supera le milletrecento ore nel triennio; ciascun anno di corso ha obiettivi specifici che lo studente è tenuto a conseguire nel servizio in cui è tirocinante, supportato da un tutor guida di sede, il quale rientra in uno dei settori di competenza dell'educatore: anziani non autosufficienti, dipendenze patologiche, salute mentale, disabilità psicofisiche e sensoriali, minori e adolescenti. L'attività di Tirocinio nel corso del triennio segue un graduale aumento di ore da svolgere e obiettivi da raggiungere in maniera progressiva, in linea con gli argomenti trattati nel corso di Metodologia dell'Educazione Professionale e del corso di Laboratorio di Tirocinio. In particolare: il primo anno lo studente è tenuto a conseguire obiettivi quali la conoscenza e l'osservazione del servizio in termini organizzativi, normativi, degli operatori e degli utenti sperimentandosi nella relazione con essi; il secondo anno è incentrato sull'acquisizione di abilità più pratiche quale l'elaborazione e lo svolgimento di un progetto educativo-riabilitativo rivolto a singoli e/o al gruppo concordato con il proprio referente, mentre nel terzo anno l'attenzione viene posta all'approfondimento dell'elaborazione, attuazione e verifica di un progetto educativo individuale e/o di gruppo, strutturando una valutazione di processo e di esito degli interventi educativi svolti.¹⁴⁷

Il Tirocinio pratico previsto per questo Corso di Laurea ritengo sia fondamentale, perché mette lo studente nella posizione di sperimentarsi sul campo in maniera graduale ma comunque fin da subito, questo permette di immergersi nel contesto educativo-riabilitativo che sarà il contesto lavorativo successivo al conseguimento del titolo, ma anche di conoscere la realtà dei servizi, di arricchirsi di conoscenze utili per la propria formazione e per la propria persona. Tutto ciò non avviene in maniera automatica e semplice, anzi il Tirocinio pratico richiede un particolare sforzo allo studente in termini di tempo, di concentrazione e riflessione; lo studente ha un ruolo chiave nel proprio percorso, deve essere pronto a esporsi e a riflettere, mettersi in discussione ed

¹⁴⁷<https://www.medicina.univpm.it/sites/www.medicina.univpm.it/files/Presentazione%20attivit%C3%A0%20professionnalizzante%20Tirocinio.pdf>

essere aperto al confronto. Oltre a questo il Tirocinio pratico è ricco di spunti di riflessione, sia positivi che negativi, a cui porsi in maniera curiosa e critica per arricchirsi facendo; si ha l'opportunità di osservare l'operato degli educatori, di osservare l'utenza, conoscere le loro storie e attingere dal loro bagaglio personale di esperienze. Nelle dipendenze patologiche, come negli altri settori di competenza, le storie sono emotivamente coinvolgenti e il raccontarsi di un utente è una ricca risorsa per il tirocinante che è chiamato a gestire il processo empatico che si viene a creare, con la giusta vicinanza, per dare valore e significato al racconto ma con la consapevolezza di ricoprire un futuro ruolo educativo; è importante ascoltare il racconto non come se fosse una storia raccontata da un amico ma ascoltarlo attivamente, cogliendo i passaggi chiave che possono essere occasione di riflessione educativa per individuare i bisogni dell'utente e programmare un progetto individualizzato.

Attraverso l'obbligo formativo del Tirocinio pratico, nel corso del terzo anno, ho avuto la possibilità di approfondire la conoscenza del settore dipendenze patologiche immergendomi nella realtà quotidiana della Comunità Terapeutica di Gradara, anche partecipando, tra le altre cose, ai gruppi terapeutici i quali erano suddivisi in base al tempo di permanenza e al percorso svolto in struttura e la scelta di chi partecipasse a un gruppo piuttosto che un altro era operata dall'equipe.

I gruppi che si svolgevano all'interno della Comunità Terapeutica erano:

- Gruppo orientamento con la funzione di guidare gli utenti all'inserimento in comunità;
- Gruppo consapevolezza che tratta le dinamiche interpersonali e intrapersonali;
- Gruppo di prevenzione alla ricaduta;
- Gruppo delle costellazioni familiari e sistemiche.

È proprio grazie alla partecipazione al gruppo consapevolezza che sono venuta a conoscenza del concetto di alessitimia e ho potuto osservare due diversi metodi di intervento. Il gruppo era composto da circa dieci utenti, di sesso diverso ed età diverse, per lo più affetti da alcolismo. Gli incontri si tenevano una volta alla settimana da circa un mese, durante il quale ho potuto notare che alcuni degli utenti erano restii a parlare, a confrontarsi e raccontarsi e che ad intervenire, a seguito dell'introduzione dell'operatore, erano sempre le stesse persone. Esprimersi e, attraverso il confronto, riflettere sui propri comportamenti, reazioni non è un processo semplice né immediato, anzi richiede tempi lunghi che variano in base all'utente ma necessitano di essere rispettati. È questo il caso di L.D, 37 anni, originario della Campania, con genitori separati, una sorella, in procinto di separarsi e padre. Risiedeva in Comunità a Gradara da circa sei mesi per alcolismo, in cura farmacologica con sodio oxibato, farmaco sostitutivo, gestita dal Sert. L.D si presenta come una persona introversa, schiva nel parlare con gli educatori e negli incontri gruppali strutturati mentre nel gruppo degli utenti, quotidianamente, si mostra scherzoso e allegro. La mia attenzione è stata richiamata da questo comportamento ambivalente e dalla sua difficoltà ad esprimere il proprio stato d'animo, infatti alla domanda "come stai?" o "come

stavi quando decidevi di assumere alcol?” la risposta era sempre generale, breve e non argomentata. Confrontandomi in supervisione con la responsabile della struttura sono venuta a conoscenza dell'alessitimia che, nel caso specifico, è solamente presunta ma non accertata, e da qui è nata la curiosità di conoscere questa condizione. Proprio per la sua presunta alessitimia si è deciso in equipe di renderlo membro del gruppo di consapevolezza, alla luce dell'importanza che ricopre l'intervento di gruppo nei percorsi terapeutici. In particolare, per una persona come L.D è funzionale, perché ascoltare gli altri membri inevitabilmente offre stimoli di riflessione che non necessariamente hanno effetto fin da subito, ma hanno una particolare risonanza nel vissuto della persona lasciando un segno.

Dopo circa quattro incontri, durante i quali la partecipazione non era attiva, L.D è riuscito a raccontare la propria esperienza con l'alcol, riportando con estrema consapevolezza che lui si considerava manchevole di qualcosa e quel qualcosa era il tassello intermedio tra sentire ed agire. Non sapeva dare un nome a ciò che sentiva ma questo lo portava ad assumere alcol, bypassando il passaggio della riflessione e della gestione del sentire. Il suo intervento non si è prolungato ulteriormente ma è stato la base per due differenti progetti che si sono decisi di realizzare con L.D: un progetto individuale e uno di partecipazione al gruppo delle *“Costellazioni familiari”*. Nel PRI, concordato tra educatore e L.D, la finalità era promuovere l'educazione emotiva con l'obiettivo a breve termine di alfabetizzazione emotiva. La strategia utilizzata per conseguire l'obiettivo era il “diario delle emozioni”, ovvero un calendario creato insieme all'educatore della durata di un mese nel quale a sinistra erano elencate le emozioni, ricercate e spiegate sempre insieme all'educatore, poiché L.D non sapeva spesso nominarle; il calendario era da compilare giornalmente in base a come l'utente si era sentito in quel giorno, con la possibilità di indicare più emozioni in una stessa giornata. Al termine del primo mese di compilazione il risultato è stato che in numerose giornate non erano state indicate emozioni o, se lo erano, era una compilazione approssimativa non certa, fine a sé stessa. L'unica occasione in cui l'utente è riuscito a riconoscere l'emozione con certezza è stata l'incontro, dopo mesi, con la figlia; in quella giornata l'emozione era stata totalmente chiara e di forte intensità. La compilazione è proseguita per un altro mese sempre con la stessa modalità fino a quando, alla sua prima verifica, L.D ha assunto in maniera differente dal piano terapeutico l'alcolver, o sodio oxibato, abusandone. Tornato in comunità la ricaduta non poteva essere omessa poiché la disponibilità del farmaco era calcolata sul dosaggio per cui, senza colpevolizzare l'utente, si è lavorato sul definire la situazione precedente all'assunzione sopradosata. Dopo un colloquio con l'educatrice è emerso che L.D in quella giornata aveva un incontro con la moglie, durante il quale lui aveva l'intenzione di chiarire le sue volontà rispetto alla separazione e all'affidamento della figlia. Questa è stata la seconda occasione in cui l'utente è stato in grado di dichiarare il proprio stato emotivo, ovvero uno stato ansioso che ha potuto controllare assumendo una maggior quantità di farmaco. Nonostante la ricaduta, l'obiettivo di alfabetizzazione emotiva è

stato relativamente raggiunto poiché in grado di riconoscere, ammettere e riflettere sulle emozioni più forti provate ma le emozioni quotidiane, di debole intensità, sia positive che negative, non vengono percepite né riconosciute distintamente.

Proseguendo il lavoro sulle emozioni è stato proposto all'utente anche un progetto di gruppo con la partecipazione alle “*costellazioni familiari*”¹⁴⁸, un approccio terapeutico che ha lo scopo di rivelare e chiarire le dinamiche che formano la persona, le quali sono state assorbite nell'ambiente familiare e che condizionano ciò che si è nel presente. Il fondatore di questo metodo è Bert Hellinger, psicologo tedesco, che dal 1980 si è interessato allo studio della famiglia, osservando che i modelli famigliari vengono assunti in maniera inconscia dai membri per un senso di “appartenenza” alla famiglia stessa, esercitando un ruolo al suo interno, anche nel caso in cui tali modelli siano distruttivi. Ogni persona non è intesa come un'entità a parte bensì come costitutiva di un sistema più grande, quello familiare, per cui i comportamenti, i sentimenti e gli atteggiamenti individuali vanno compresi all'interno del contesto familiare stesso. Sempre Hellinger sostiene che la sofferenza di un membro nasce quando uno o più membri del sistema vengono meno alle leggi familiari ancestrali¹⁴⁹.

Gli elementi fondanti del metodo sono tre:

1. Il facilitatore che imposta il setting in cui si sviluppa la costellazione, esplora insieme al “cliente”, l'utente nel caso di un servizio terapeutico, il tema che si vuole trattare, guida la costellazione in corso d'opera con stimoli o frasi specifiche;
2. Il cliente che è la persona portatrice del tema centrale della costellazione, il quale deve essere chiaro e rilevante e che richiede una soluzione.
3. I rappresentanti sono i membri del gruppo che vengono individuati dal cliente nel ruolo dei membri del suo sistema familiare e, generalmente, nel corso della costellazione sono liberi di esprimersi spontaneamente nel loro sentire.¹⁵⁰

L'opportunità di partecipare come osservatrice ad una seduta delle costellazioni familiari mi ha permesso di conoscere questo metodo e veder applicata la teoria, i suoi cardini fondamentali e l'effetto suscitato negli utenti partecipanti al gruppo. Nello specifico, L.D ha partecipato come “rappresentante” nella costellazione di un'utente la quale lo ha scelto per interpretare il ruolo del padre, separato dalla madre e poco presente nella vita della figlia, ovvero l'utente protagonista. Il setting era ben strutturato e chiaro, ho potuto osservare il comportamento di L.D che secondo le indicazioni iniziali doveva comportarsi in maniera spontanea; la difficoltà ad essere naturale e ad agire così come egli si sentiva, come si percepiva, era evidente, soprattutto nel suo linguaggio non verbale: ritmo e inflessione della voce piatti, lineari ed inespressivi, postura rigida, a tratti immobile. Grazie all'intervento dei facilitatori, due psicoterapeuti, che lo hanno interpellato in maniera attiva attraverso delle domande, si è percepito un minimo cambiamento e

¹⁴⁸Hellinger B., *Costellazioni familiari. Aneddoti e brevi racconti*. Tecniche Nuove Editore, 2005

¹⁴⁹Hellinger B., *Conoscere le costellazioni familiari*. Tecniche Nuove Editore, 2010

¹⁵⁰ <https://www.costellazionifamiliariesistemiche.it/costellazioni/cosa-sono-le-costellazioni-familiari>

una sua maggior presenza e partecipazione, anche emotiva. In un colloquio successivo la seduta, strumento per monitorare la partecipazione al gruppo delle costellazioni familiari, l'utente è stato in grado di riportare con consapevolezza l'impatto emotivo provato, soprattutto per l'immedesimazione nella costellazione così simile alla sua condizione reale. Il metodo grupale delle costellazioni si fonda sulla teoria del campo morfogenetico, la quale fu elaborata dal biologo britannico Sheldrake nei suoi scritti *"A New Science of Life"*¹⁵¹ e *"The presence of the Past"*¹⁵², nei quali si pone l'ipotesi di prevedere il comportamento di un sistema, composto da più membri, sulla base dei comportamenti dei suoi singoli elementi. Egli individua una forza invisibile presente nel sistema che non si identifica con un solo membro ma con il sistema stesso, denominata "campo morfogenetico", responsabile dell'organizzazione, della struttura e della forma del sistema ma anche possessore di una memoria determinata da ciascun membro. Questo si traduce nelle costellazioni familiari, con la creazione di un campo morfogenetico tra i partecipanti che si genera quando la persona protagonista della costellazione apre il suo campo morfogenetico all'interpretazione delle persone che agiscono come rappresentanti; essi agiscono spontaneamente ma sono mossi dalle istruzioni presenti nel campo morfogenetico che dà forma alla rappresentazione. Questo metodo non ha, ad oggi, delle basi scientifiche e per questo può essere definito come un innovativo approccio alla soluzione dei problemi familiari o individuali. In esso rientrano numerosi aspetti appartenenti a teorie e filoni della psicologia e psicoterapia, tra i quali desidero trattare lo psicodramma teorizzato da Moreno. Egli lo definì «*scienza che esplora la verità attraverso metodi drammatici*»¹⁵³ e riuscì a scoprire e a comprendere la profonda valenza socio psicologica e pedagogica dell'esperienza teatrale e soprattutto la rilevanza non solo terapeutica ma anche culturale e sociale del gruppo, in quanto lo psicodramma si configura proprio come terapia di gruppo. L'idea di base dello psicodramma è la concezione stessa che Moreno ha del teatro, quale viene enunciata nel 1917: "considerava significativa e realmente implicante solo una formula di teatro che rinunciava alla tradizione di un prodotto spettacolare, abolisse la distinzione tra attore, spettatore e autore e ponesse la sua ragion d'essere non nella riproducibilità ma nella profondità dell'esperienza permessa ai suoi partecipanti"¹⁵⁴. La tecnica di Moreno rifiuta la formulazione triadica dell'individuo di stampo psicoanalitico che suddivide conscio, pre-conscio e inconscio; egli avvalorava l'unità del soggetto ed agisce, con esso, attraverso la drammatizzazione nel "qui ed ora". Ciascun membro del gruppo teatrale manifesta e condivide il proprio vissuto attraverso la rappresentazione drammatica, sia essa fantasia o un fatto reale. Gli elementi fondanti di questa tecnica non si discostano in maniera drastica da quelli delle costellazioni familiari, che li riprendono, e sono: la scena, il protagonista che di volta

¹⁵¹ Sheldrake R., *A new science of life*. Tarcherperigree, 1982

¹⁵² Sheldrake R., *The presence of the past*. Crown Editore, 1988

¹⁵³ Moreno J. L., *Psychodrama*, Beacon House, New York, 1946, (trad. it. Manuale di psicodramma. Il teatro come terapia, Astrolabio, Roma, 1985)

¹⁵⁴ Rosati O., *Psicodramma*, in Attisani (Feltrinelli), 1980, p.477

in volta è diverso, il conduttore, gli io ausiliari e l'uditorio. Lo scopo ultimo è la catarsi delle emozioni e in questo il gruppo riveste un ruolo importante nel momento in cui è chiamato a condividere, non commentare o giudicare, la rappresentazione.¹⁵⁵ Al fine di utilizzare i metodi e le tecniche psicodrammatiche in senso educativo, terapeutico e sociale, ovvero non con l'obiettivo di guarire ma di curare il benessere, l'emancipazione e l'autonomia del soggetto, è necessario conseguire un titolo, partecipare ad un corso riconosciuto e valido; in Italia attualmente si distinguono varie scuole a mediazione teatrale, in particolare tre¹⁵⁶ che sono la Drammaterapia di Pitruzzella¹⁵⁷, la teatroterapia di Orioli¹⁵⁸ e il Teatro degli Affetti di Nava¹⁵⁹. La prima si propone come un metodo flessibile, modificabile che si realizza con tecniche e approcci diversi tra loro, ma alla cui base ci sono dei punti fondamentali che Pitruzzella enuncia nell'introduzione del suo libro *"Mettersi in scena"*. In particolare la Drammaterapia è un metodo creativo che si fonda sulla conoscenza e l'uso consapevole dei processi drammatici, che si orienta verso obiettivi educativi, terapeutico-riabilitativi, sociali e in generale verso il benessere di persone, gruppi o comunità. Inoltre il termine "dramma" non si riferisce solo al teatro ma alla naturale tendenza drammatica dell'essere umano, mentre il termine "terapia" è da intendere nel significato etimologico di "mettersi al servizio" e che quindi si pone come sostegno alla persona.¹⁶⁰ La seconda scuola è la teatroterapia di Walter Orioli che viene presentata come la messa in scena dei propri vissuti, all'interno di un gruppo, con il supporto della cultura psicanalitica, con obiettivo la conoscenza di sé stessi partendo dalle proprie emozioni e di come queste sono espresse dal corpo. Il metodo utilizzato è la rappresentazione di personaggi principalmente improvvisati, attingendo anche dai processi e meccanismi inconsci, che crea un sistema formato da processi attivi, misurabili attraverso la maturità evolutiva del gruppo, rappresentata dalla capacità dei singoli individui di sviluppare le proprie dinamiche creative ed i propri processi intrapsichici attraverso modalità performative. Nella teatroterapia l'attore si prepara alla scena con esercizi pre-espressivi, lontani dalla sua vita reale, ed è educato allo stare in scena tramite un training specifico. E' l'attore - paziente che decide *«quando è il momento di approfondire il conflitto, o meglio, è la trasposizione artistica di corpo, voce, movimento a decidere la poetica terapeutica.»*¹⁶¹ L'ultima scuola a mediazione teatrale è quella del Teatro degli Affetti di Nava, secondo cui il teatro è una sospensione volontaria dalla quotidianità durante la quale l'attore, lo spettatore, il paziente, e chiunque sia presenza attiva, ha la possibilità di scorgere la soglia di un evento trasformativo. Il teatro così concepito aspira a fondere insieme poetica ed etica del processo teatrale piuttosto che la sua estetica; questo è possibile attraverso strumenti specifici in base al contesto e alle persone che vi partecipano che

¹⁵⁵ Cantarelli L., *Teatro e terapia. Modelli, problemi e prospettive*. In Bernardi, Cantarelli, 1995, p.99

¹⁵⁶ Bernardi C., *Il teatro sociale. L'arte tra disagio e cura*. Carocci Editore, 2004, pp.49-50

¹⁵⁷ Pitruzzella S., *Persona e soglia. Fondamenti di dramma terapia*. Armando Editore, 2003

¹⁵⁸ Orioli W., *Teatro come terapia*. Macro Editore, 2001

¹⁵⁹ Nava G., *Teatro degli Affetti. Azione, costruzione e progetto dell'arte teatrale*. SugarCo, Milano, 1998

¹⁶⁰ Pitruzzella S., *Mettersi in scena. Drammaterapia, creatività e intersoggettività*. Franco Angeli Editore, 2014, p.13

¹⁶¹ <http://www.walterorioli.it/teatroterapia/>

spesso sono attori non professionisti. In riferimento a ciò «*il teatro per l'uomo non attore deve coniugare i presupposti della psicologia dei gruppi con i paradigmi della pedagogia d'azione riformulando tutti i fondamenti dell'arte teatrale*»¹⁶² e sulla base di questo presupposto l'impianto metodologico del Teatro degli Affetti focalizza la sua attenzione su tre dimensioni¹⁶³:

- la dimensione dinamico-relazionale che considera i processi comunicativi ed affettivi che si creano durante il laboratorio;
- la dimensione evolutivo-strutturale che riguarda le fasi di sviluppo del gruppo, dalla sua formazione alla sua evoluzione, ed è attenta ai limiti del gruppo nel suo insieme;
- la dimensione espressivo-creativa che attiene all'arte teatrale e ai suoi paradigmi, alle tecniche teatrali negli ambiti del mimo, della narrazione, della sceneggiatura, del ritmo.

Ciascuna delle tre scuole ad indirizzo teatrale possiede delle peculiarità e focalizza la sua attenzione su determinati aspetti, però tutte derivano da una matrice comune, ovvero la trasformazione del Teatro, della sua forma e del suo utilizzo, messa in atto dai grandi drammaturghi del Novecento.

¹⁶²Nava G, <https://www.teatrodegliaffetti.it/>

¹⁶³Ibidem

5. Il teatro

Le origini del Teatro vengono spesso ricondotte all'antica Grecia e all'immagine dei grandi anfiteatri nei quali prendevano vita le prime forme drammatiche occidentali; proprio dall'antica Grecia derivano le parole teatro, scena, dramma, tragedia, coro, dialogo. Inoltre la tradizione attribuisce alle prime forme di teatro di Atene, l'utilizzo dei primi attrezzi di scena, arredi scenografici, costumi e maschere teatrali. Nonostante ciò le prime rappresentazioni a carattere teatrale vengono fatte risalire alla storia delle civiltà primitive e della religione; come sostiene Orioli¹⁶⁴ «*l'ipotesi più credibile è che il teatro derivi direttamente dalle forme rituali che le comunità primitive hanno adottato al fine di strutturare la vita sociale*». Il rito, così come il teatro, rappresenta un luogo e un momento distinto dalla vita quotidiana, nel quale viene proposta la metaforizzazione della vita stessa attraverso la performance; si pensi ai riti di passaggio dell'adolescente che rappresentano per il soggetto la preparazione psicologica, seppur ritualizzata e teatralizzata, ad abbandonare il proprio status di bambino a favore dello status di adulto. Si potrebbe interpretare il rito così descritto come forma educativa e di trasformazione del soggetto, scopo comune al teatro dell'antica Grecia nel quale la tragedia e la commedia trattavano temi derivati dai miti e dai racconti eroici o riprendevano l'attualità, come la politica e i personaggi pubblici del tempo. L'idea del teatro come metafora della vita è stata avvalorata nel corso del tempo e viene sostenuta da studiosi, tra i quali rientrano esponenti dell'approccio psicoanalitico e sociologico: nel primo caso vige l'idea che l'intera vita che un soggetto conduce sia paragonabile ad una commedia, ad una rappresentazione teatrale in cui il soggetto è attore che si esibisce di fronte a degli spettatori e viceversa; inoltre, essendo per la psicoanalisi, l'individuo composto da tre elementi Io, Es e Super io, egli stesso non è un'entità unica e indivisibile bensì è un'entità formata da «*(...) più elementi autonomi, e spesso in conflitto, per cui si genera fra loro un processo dialettico*»¹⁶⁵; in ambito sociologico il maggior sostenitore della metafora teatrale è Erving Goffman, il quale formula la teoria drammaturgica dell'interazione sociale.¹⁶⁶ Secondo questa visione, l'uomo è quotidianamente impegnato ad essere un attore, interpreta dei ruoli scelti in base al tipo di spettatori che ha di fronte a sé e ciò che egli rende visibile loro, durante l'interazione sociale, è reale finché permane l'interazione stessa. Pertanto il soggetto non ricopre solamente un ruolo nell'arco della sua vita ma ne interpreta molteplici, dal momento che il ruolo viene identificato come un'attività che svolge un attore sociale, seguendo un modello normativo dell'agire connesso alla posizione sociale.

¹⁶⁴ Orioli W., *Teatroterapia.: Prevenzione, educazione e riabilitazione*. Erickson Editore, 2007, p. 11

¹⁶⁵ Musatti C., *Psicoanalisti e pazienti a teatro! A teatro!*. Mondadori, Milano 1988, p. 14

¹⁶⁶ Goffman E., *La vita quotidiana come rappresentazione*. Doubleday Editore, 1956

5.1 Perché fare teatro?

Il teatro si dice essere metafora della vita: il termine “metafora” fa riferimento alla figura retorica che prevede l’unione di due termini attraverso lo spostamento semantico per analogia di uno dei due, esprimendo un concetto diverso da quello che normalmente essi esprimono; pertanto il teatro tratta temi e raffigura scene di vita permettendo però uno sguardo e una consapevolezza diversi dalla consuetudine, arricchendo il bagaglio di significati che si attribuiscono all’esperienza vissuta. Esso offre la possibilità di sospendere la sua ritualizzazione inconsapevole, intesa come predeterminazione ad assumere certi modelli, a favore di una maggior consapevolezza dei significati esistenziali. Infatti il teatro, nonostante possa rappresentare scene e temi di vita quotidiana, lo fa in uno *spazio doppio* dove si fa, si osserva e, allo stesso tempo, si è e ci si immedesima. Questo perché il teatro viene meno ad una delle questioni filosofiche che permane anche oggi giorno, ovvero quella di cercare di sapere se ciò che si vede è vero o illusorio, se ci si trova in un mondo reale o fittizio; il teatro per sua stessa natura viene meno a questo problema poiché ignora tale distinzione. Il teatro così inteso funziona solo se viene accettata la non differenza tra il vero e il falso, tra il reale e l’illusorio.

Qualunque sia la rappresentazione, esistono degli ambiti teorici sui quali il teatro si basa, che lo rendono attuabile in numerosi contesti, tra cui quello educativo-riabilitativo. Tali ambiti teorici, inerenti l’educazione teatrale, vengono illustrati nel libro “*Fare teatro a scuola*”¹⁶⁷ e sono:

- Valenza educativa, ovvero la funzione di aiutare lo sviluppo integrato della persona in tutte le funzioni che la formano. Questo è possibile in quanto il teatro non ha ideologie né modelli da imporre o seguire, facendo in modo che esso non sia un compito da svolgere con eventuale ansia, paura di deludere le aspettative altrui, poiché il teatro tende al piacere, all’interesse e alla motivazione del singolo e del gruppo. Inoltre attiva l’oralità utilizzando tecniche ed esercizi teatrali, stimola l’interesse verso la narrativa, la drammaturgia favorendo anche lo sviluppo linguistico. Il teatro ha un ruolo preponderante sullo sviluppo di una relazione con il proprio corpo, primo protagonista della scena. Favorisce lo sviluppo sociale attraverso il rispetto delle regole e degli altri; contemporaneamente supporta lo sviluppo emozionale del soggetto che scopre ed è aiutato a superare stati emotivi legati alla performance, alla presenza di altre persone e all’esperienza dei ruoli;
- Teatralità umana ovvero la naturale e innata disponibilità alla comunicazione spettacolare, espletata anche in contesti gruppalì. Indica l’attitudine teatrale dell’uomo che quotidianamente tende a rappresentare le proprie esperienze, i propri bisogni e pulsioni. Ciò è confermato dalla psicoanalisi che sostiene la presenza di uno “schema teatrale di base” le cui esternazioni sono rappresentate dai sogni, le libere associazioni, il gioco. L’approccio psicoanalitico sostiene inoltre che anche nella vita intrapsichica ci

¹⁶⁷Crispiani P., *Fare teatro a scuola. Progetti educativi di attività teatrale dalla scuola materna alle scuole superiori*. Armando Editore, 2006, pp.13-59

sia un “teatrino” nel quale il soggetto non compie un monologo tranquillo con sé stesso ma che sia un conflitto interiore nel quale il soggetto è spettatore di sé stesso. La teatralità umana si mostra anche, e soprattutto, attraverso il corpo che spesso diventa il palcoscenico di tensioni e conflitti interiori e si esprime attraverso atti o atteggiamenti che interessano il corpo in prima istanza. Nella relazione tra noi e il mondo è il corpo che si configura come mediatore, come presenza fisica utile al rapporto con sé stesso e gli altri, si pensi alla comunicazione non verbale cinestesica che interessa la postura, il movimento, i gesti compiuti;

- Teatroralità primitiva sulla quale si fonda l’idea che le origini del teatro siano riconducibili ai riti religiosi così come alle forme teatrali popolari e folkloriche. Nel primo caso Durkheim¹⁶⁸ osservò all’interno di liturgie di festa religiosa una serie di atti pubblici mimico-orali individuali o collettivi a scopi propiziatori. Nel secondo caso l’idea che il teatro abbia origini popolari è confermata, tra i tanti studiosi, da Toschi ¹⁶⁹ il quale afferma che il teatro d’oggi e le varie forme drammatiche originano nelle cerimonie religiose, quali per esempio le processioni nelle quali partecipano numerosi fedeli, seguendo un percorso con funzioni specifiche in base all’avvenimento festeggiato. I partecipanti ricoprono il ruolo di attori, talvolta vestono abiti caratteristici, usano “oggetti di scena” come le fiaccole, simboli, stendardi, partecipano attivamente a canti e omelie. Poi l’oralità popolare si amplia in forme drammaturgiche fino al teatro orale povero fatto di marionette e burattini o rappresentazioni gruppali come palii o festival;
- Integrazione curricolare che concerne più specificatamente l’ambito scolastico, ma in generale indica la possibilità nel teatro di trovare un posto, un ruolo per ognuno proprio perché il teatro integra in sé numerosi aspetti tra cui la narrazione, la scrittura, il canto, il ballo, la scenografia, la musica, i costumi, il trucco. Ogni persona che partecipa al gruppo può mettere a disposizione le proprie abilità, le proprie attitudini e rendersi partecipe e parte attiva della scena, pur non essendo il protagonista. Se svolto da persone adulte può contribuire a sviluppare determinate abilità utili in un futuro impiego lavorativo, con la conseguente funzione di reinserimento socio-lavorativo;
- Alfabetizzazione teatrale che, collegata al punto precedente, prevede che nel teatro si possano scoprire, conoscere e attivare abilità, strumenti e linguaggi attraverso un lavoro tecnico che stimola la creatività e la curiosità oltre ad un training teatrale stabilito in base all’età dei partecipanti. In generale l’alfabetizzazione teatrale riguarda respirazione, fonetica, gestualità, recitazione, lavoro sul testo, regia, scenografia. Questi linguaggi teatrali che vengono appresi nel corso di un laboratorio di teatro sono trasponibili anche nella vita quotidiana; ad esempio conoscere e gestire la respirazione comporta benefici

¹⁶⁸Durkheim E., *Le forme elementari della vita religiosa* (Parigi 1912). Edizioni di Comunità, Milano, 1971, pp.357 ss.

¹⁶⁹ Toschi P., *Le origini del teatro italiano*, 1956. Boringhieri, Torino 1976.

a livello psichico, comportamentale e d'attenzione, migliora il linguaggio verbale, la coordinazione senso-percettiva e la stabilità psicomotoria;

- Tendenza al rappresentato indica l'importanza di essere propensi alla rappresentazione per qualsiasi pubblico, mettere in scena il percorso fatto, altrimenti il rischio è che il gruppo perda interesse ritenendo il lavoro svolto inutile o vuoto. La rappresentazione è importante anche perché permette di instaurare un rapporto tra gli attori e il pubblico nel quale entrambi sono parte attiva, comunicano tra loro e ha valenza educativa sia per lo spettatore che osserva sia per l'attore sul piano psicologico, emozionale e relazionale. Infatti l'esibirsi davanti ad un pubblico fa parte del processo educativo poiché scatena varie reazioni ed emozioni che il soggetto è chiamato a saper gestire, oltre a valutare sé stesso.

Connesso a quest'ultimo punto, c'è anche l'importanza dell'aspetto esperienziale durante tutto il percorso teatrale, così come nella rappresentazione finale di esso. Essendo il teatro educativo-terapeutico l'oggetto del mio interesse, ritengo necessario riportare la definizione di educazione e formazione: la prima indica un processo di strutturazione complessiva della personalità ed etimologicamente deriva dal termine "educare" ovvero allevare, alimentare, ma anche da "ex-ducere" quindi portare fuori; il secondo termine pedagogicamente indica un processo istituzionalmente orientato, volto all'acquisizione dei fondamenti della cultura ed eventualmente di certe modalità comportamentali.¹⁷⁰ La formazione si interessa degli intenti di chi educa e degli esiti di chi è stato educato.¹⁷¹ Etimologicamente il termine formazione deriva dal greco *morfè* che riguarda un modo d'essere del corpo e dal latino *forma* che richiama le attività di formazione. Entrambi i termini rimandano all'idea di qualcosa di concreto e sottolineano l'importanza del nesso tra formazione e azione concreta.¹⁷² Infatti per formarsi un'identità, un'immagine di sé e una propria personalità è necessario compiere delle esperienze che appunto formano, plasmano la persona. Qualsiasi esperienza che un soggetto fa è formazione, e lo stesso Morin intende la formazione come prassi sociale¹⁷³, che nasce cioè dal fare e dal fare insieme. Nel termine "esperienza" convivono due significati: esperienza come prova, verifica attraverso l'errore, oppure esperienza come evento destrutturante che determina un'apertura nella relazione tra soggetto e oggetto, tra pensiero ed azione. Infatti nessun'azione o esperienza genera in mancanza di pensiero, ma a differenziare il tipo di esperienza è la qualità del pensiero ad essa associato.¹⁷⁴ La parola "esperienza" può essere espressa con due differenti vocaboli tedeschi: *Erlebnis* indica l'esperienza vissuta, ovvero la chiara percezione che si presenta nel momento in cui si fa esperienza, mentre *Erfahrung* è un'esperienza che ha

¹⁷⁰ Massa R., *Istituzioni di pedagogia e scienze dell'educazione*. Laterza Editore, 1990, pp. 566-568

¹⁷¹ Ibidem

¹⁷² Cappa F., *Formazione come teatro*. Raffaello Cortina Editore, 2016, p. 21

¹⁷³ Idem, p.22

¹⁷⁴ Idem, p.27

bisogno di tempo e riguarda la sedimentazione di un evento vissuto, sia nel suo contenuto manifesto sia nel contenuto riflessivo e di autocoscienza e stabilisce un contatto con il passato.¹⁷⁵ Per Dewey è proprio l' *Erfahrung* che permette un'esperienza come modificazione che il soggetto subisce ed agisce quando esperisce qualcosa che ha rilevanza per lui. L'effetto di questa esperienza, dice Dewey, «non lo si può conoscere subito».¹⁷⁶ Un'esperienza può essere immediatamente gradevole o sgradevole e, in base al significato che le si attribuisce, essa influenzerà le esperienze ulteriori e future. In ambito educativo, formativo e riabilitativo l'obiettivo dell'educatore è quello di non far in modo che le esperienze siano subito gradevoli ma che lo siano a seguito di un processo finalizzato, anche fatto di esperienze sgradevoli, che porti il soggetto a desiderare nel futuro tali esperienze, nonostante esse non siano immediate. Per apprendere dall'esperienza è necessaria la componente riflessiva che permette di destrutturare modelli di comprensione, di comunicazione e di comportamento reificandoli, rendendoli disponibili al cambiamento, così che l'esperienza risulti essere *apprendimento trasformativo*¹⁷⁷ e di sviluppo per la persona. Seguendo questa linea di pensiero, il teatro può considerarsi uno strumento cardine nel lavoro educativo ed è per questo che negli ultimi anni va sempre più affermandosi come strumento e metodo di lavoro. La stessa parola "teatro" deriva dal greco *thea* ovvero vista e *théatron* ovvero luogo deputato allo spettacolo e riconduce all'immagine mentale di un luogo specifico in cui viene messo in scena uno spettacolo, fatto di azioni. Agire e sperimentare sono due azioni che permettono di superare la teoria, che seppur utile, rimane fine a sé stessa se non la si sa utilizzare, modulare e gestire nella pratica. Questa è l'idea che sta alla base sia del tirocinio sia del percorso terapeutico di un utente: egli non solo deve conoscere la teoria, le buone prassi per sviluppare la propria persona nonostante la malattia, bensì deve avere un ruolo attivo, sperimentare un nuovo stile di vita, un nuovo approccio alla realtà esterna ed interna, così da poter veramente apprendere e reiterare in futuro nuovi modelli comportamentali che diventano parte di sé. L'esperienza che si fa a teatro è un'esperienza particolare poiché si svolge in un luogo in cui è ammesso sbagliare senza sensi di colpa, in quanto nella recitazione i soggetti sperimentano altri e nuovi ruoli che non fanno riferimento a nessun tipo di modello predeterminato e imposto da seguire ed emulare. L'intervento riabilitativo che un operatore, come l'educatore professionale, compie si organizza su due livelli tra loro collegati: un primo livello che riguarda tutto ciò che è inerente alla vita quotidiana e un secondo livello che si interessa delle emozioni, dei vissuti, del loro riconoscimento ed elaborazione.¹⁷⁸ Il teatro si inserisce come strumento di lavoro riabilitativo ed educativo poiché racchiude in sé entrambi i livelli: il lavoro teatrale tende ad avere ripercussioni sulla vita quotidiana per ciò che concerne le relazioni interpersonali, la relazione con il proprio corpo e lo

¹⁷⁵ Idem, pp.143-144

¹⁷⁶ Dewey J., *Esperienza e educazione*, tr. It. Raffaello Cortina, Milano 2014, pp. XXI-XXII

¹⁷⁷ Mezirow J., *Apprendimento e trasformazione. Il significato dell'esperienza e il valore della riflessione nell'apprendimento degli adulti. (1991)* Tr. It. Raffaello Cortina, Milano, 2003.

¹⁷⁸ Ba G., *Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale*. Franco Angeli Editore, 2016.

stile di vita, ma si occupa anche dell' aspetto emotivo della persona, dei suoi vissuti in quanto durante il laboratorio teatrale si inscenano anche temi di vita comuni, vissuti personali o storie frutto di fantasia che causano coinvolgimento emozionale. I temi e le storie che vengono trattati possono riguardare anche la società e la sua responsabilità nel disagio vissuto, che viene però drammatizzato; in questo caso si parla di Teatro Sociale, una forma di teatro che nasce dall'esigenza di denuncia dei conflitti tra il singolo e la società, che viene attuato in un contesto sociale con obiettivi educativi ma anche sociali: crescita e sviluppo del soggetto, del gruppo e della relazione con il contesto sociale, lotta allo stigma, ai pregiudizi e reinserimento sociale. Questi obiettivi vengono conseguiti attraverso il laboratorio teatrale e un atto comunicativo finale, da intendersi come spettacolo o esito rielaborato all'interno del gruppo stesso. Questa tipologia di teatro è realizzata con e da utenti, quindi attori non professionisti, che vivono una situazione di disagio; coinvolge utenti con disabilità psicofisica e sensoriale, utenti della salute mentale, anziani, minori, detenuti e dipendenti patologici. All'interno della categoria del teatro sociale rientrano diverse tipologie teatrali, quali il Teatro dell'Oppresso di Boal, Teatro di Guerra, Teatro di comunità, Psicodramma e il Teatro Educativo. Il laboratorio teatrale condotto da professionisti esperti di teatro e di promozione del benessere delle persone, come l'educatore professionale con titolo abilitante ad operatore teatrale, è un laboratorio che si differenzia dal gruppo condotto da uno psicoterapeuta, come le costellazioni famigliari illustrate nel 4.1, nonostante entrambe le professionalità siano contigue e lavorino spesso con la stessa tipologia d'utenza. La prima sostanziale differenza è la formazione, triennale sommata con corso certificato, master o magistrale nel caso dell'educatore professionale, mentre per lo psicoterapeuta è necessaria una scuola di specializzazione quadriennale. La seconda differenza è l'approccio e la prospettiva che le due professioni perseguono: lo psicoterapeuta, come si evince dall'etimologia della parola, è colui che cura e tratta la psiche e per fare ciò indaga ed esplora nel passato di un soggetto le possibili cause alla base di un disagio, sia esso psicologico, psichico, o somatico attuale; l'educatore professionale, la cui etimologia si riferisce al termine educare, indirizza il proprio lavoro nel "qui ed ora", individua i fattori che nel presente interagiscono in una situazione di disagio, con lo scopo di apportare insieme all'utente un cambiamento, agendo sui fattori disfunzionali rilevati.¹⁷⁹Possiede una funzione organizzativa poiché valuta e predispone le risorse più adatte così come le situazioni, le strategie più consone al percorso educativo-riabilitativo, intervenendo anche a livello pratico. L'educatore si occupa della vita reale, tangibile nel presente, lavorando per dare un nuovo significato alle esperienze del soggetto, ponendo fine ai meccanismi di ripetizione che riproducono all'infinito la situazione disfunzionale di disagio. La prospettiva dell'educatore non è quella di curare la malattia ma, nonostante essa, supportare il soggetto nell'evoluzione della propria persona, prendendosi in

¹⁷⁹ Demetrio D., *Educatori di professione. Pedagogia e didattiche del cambiamento nei servizi extrascolastici*. La Nuova Italia, Firenze, 1990, pp.70-81

carico il naturale processo di crescita dell'individuo per liberarlo dagli impedimenti che frenano, ostacolano o limitano il suo inserimento, la sua realizzazione e integrazione sociale. Quindi l'educatore predispone il cambiamento, non solo della vita interiore del soggetto, ma anche di quella esteriore, agendo su elementi materiali e concreti e sul territorio.¹⁸⁰ Se il teatro può oggi essere impiegato anche in ambito sociale, terapeutico ed educativo è grazie alla trasformazione del senso e del significato di fare teatro attuata da drammaturghi e intellettuali del '900, i quali scardinando l'idea dominante dell'epoca nei confronti del teatro, hanno voluto e ottenuto che il teatro fosse un mezzo a disposizione di tutti per un vivere collettivo che, attraverso il dolore e la realtà, fa emergere l'esigenza di rinascita, di cambiamento.

5.2 La rivoluzione del Teatro

Ancora oggi sussiste tra la popolazione la concezione di teatro come luogo fatto di grandi sale decorate color oro, tende rosse, che presuppone un modo distinto ed elegante per parteciparvi: un luogo per un pubblico elitario, di cultura e di gusto mediamente superiore e che quindi non è accessibile a tutti. A mio avviso, a favorire tale visione del teatro e degli spettacoli teatrali è la scarsa "pubblicità" e conoscenza di realtà teatrali sul territorio d'appartenenza connessa ad una curiosità flebile della maggior parte della popolazione nel conoscere questo mondo. L'intrattenimento è veicolato da mezzi più popolari, più accessibili e conosciuti quali il cinema e la televisione che offrono una vasta gamma di film e programmi, molti dei quali concedono allo spettatore un momento, dopo la frenesia quotidiana, che non lo fa impegnare intellettivamente e pensa solo ad intrattenerlo, a divertire. In ambito educativo invece si assiste ad un processo di valorizzazione del teatro come strumento di cura e di benessere, che affonda le sue radici in quella che può considerarsi la "rivoluzione" del teatro, iniziata dai primi anni del '900, portata avanti nel corso del secolo e tutt'oggi perseguita. Nel XX secolo numerosi pedagoghi e registi decisero di dedicarsi al teatro con finalità etiche, ponendo l'attenzione sull'uomo piuttosto che sull'estetica dello spettacolo. Numerosi sono stati e sono le personalità che confermano l'importanza di fare un teatro per tutti; alcune personalità, come Artaud, hanno apportato un rinnovamento nel teatro per ciò che riguarda le sue finalità e i temi trattati mentre altri autori, come Grotowski e Stanislavskij, hanno dedicato i loro studi al rinnovamento dell'attore, considerandolo attore-uomo, quindi nella sua totalità di persona con limiti e potenzialità fisiche, psichiche ed emotive. Come vedremo, essi hanno costruito e teorizzato metodologie, tecniche ed esercizi pratici da svolgere per stimolare l'unità mente-corpo-emozione dell'attore.¹⁸¹ La teoria e le metodologie che sono alla base della rivoluzione teatrale del XX secolo ritengo siano esportabili anche nel settore dell'educazione e della formazione a mediazione teatrale poiché

¹⁸⁰Gardella O., *L'educatore professionale. Finalità, metodologia, deontologia*. Franco Angeli Editore, 2007, pp. 60-62

¹⁸¹Fava F., *Il teatro come metodo educativo. Una guida per educatori e professionisti sociosanitari*. Carocci Faber, 2018, p.32

esse hanno permesso un uso del teatro universale ed hanno dato agli operatori delle linee guida pratiche per impiegarlo.

Antonin Artaud

La prima grande personalità rivoluzionaria che ho deciso di trattare è il teorico, nonché regista, pedagogo e attore Antonin Artaud, il quale visse nella prima metà del XX secolo. Ritengo che egli sia una personalità eccentrica, rigorosa come il suo teatro, che ha dedicato la sua esistenza ad esso; un'esistenza fatta di sofferenza, contraddizioni e fallimenti che non lo hanno scoraggiato nel suo lavoro, nel suo intento di cambiare il concetto di teatro. Egli voleva recuperare il valore sacro del teatro, rivoluzionandolo a livello sociale e ciò era possibile solo se fosse generato dal e nel teatro stesso; egli stesso scrive *“Ma è evidente ora da troppi indizi che tutto ciò che ci faceva vivere non regge più, che siamo tutti pazzi, disperati, malati. E io ci invito a reagire”*.¹⁸² Artaud si schiera in prima linea per reagire e lo fa attraverso la sua originale visione di teatro: nell'ultima lettera datata febbraio 1948 si esplicita l'immagine di un teatro utile e necessario che ad ogni rappresentazione deve lasciare il segno; è un teatro che non imita la vita ma la fa, la crea. La nascita di questa concezione e “dell'Artaud geniale e tragico, l'Artaud magico e profeta”¹⁸³, ha origine dal fallimento più noto: la rappresentazione de *“I cenci che non sono ancora il teatro della Crudeltà, ma lo preparano”*¹⁸⁴. L'opera narra le vicende di una casata romana, il cui protagonista è un uomo violento e omicida, che rende la trama ricca di tragedie. Il pubblico non apprezzò e colse solo gli aspetti più superficiali della rappresentazione, facendo sì che essa fosse interrotta poco dopo. Da ciò Artaud capì le condizioni che non rendono praticabile il teatro e inizia a definirsi sempre più il concetto di Teatro della Crudeltà (TC) poiché egli ritiene che l'impossibilità di rappresentare la Crudeltà, intesa come cruda realtà, sia sinonimo di necessità a farlo in quanto essa indica la presenza di ombre, lati oscuri e dolorosi, socialmente non accettati, che ogni uomo ha ma che non ha il coraggio di esternare e nemmeno osservarli rappresentati: nel momento stesso in cui si manifestano resistenze a trattare un tema, è necessario farlo per averne consapevolezza e per poter gestire gli stati emotivi che esso provoca. Il dramma è lo strumento di rivoluzione che deve essere utilizzato per esternare, in un luogo protetto come la scena teatrale, i più puri e inesprimibili desideri e impulsi umani. Questo aspetto che fa parte dell'uomo viene denominato *Daimon*, ovvero l'insondabile, l'indicibile lato dell'uomo composto di pulsioni e istinti, che permette di vivere nelle contraddizioni. Il TC è un luogo di provocazione, in contrapposizione con il teatro dell'epoca, il teatro borghese tradizionale, superficiale, fittizio e artificioso e il suo profilo viene definito in un susseguirsi di scritti di Artaud: in “Basta con i capolavori” l'autore intende porre fine all'autorità indiscussa dei testi considerati grandi classici e di conseguenza obbligatoriamente anche

¹⁸²Artaud A., *Il teatro e il suo doppio*,(1938), Einaudi, 1968

¹⁸³ Frank A., *Antonin Artaud*, in *La Revue théâtrale*, n.13, 1950, pp.49-85

¹⁸⁴ Artaud A., *A propos des Cencis*, in *Euvres Complètes*. Gallimard, Paris, 1956-1981. ed. Einaudi, 1972

capolavori, all'interpretazione psicologica dei testi e del pubblico a favore di un teatro privo di riflessione, non mediato dalla logica e dalla ragione, che è d'impatto, in cui un'espressione, un gesto, un'emozione non vive due volte ma scuotono il pubblico, lasciando su di esso un'impronta incancellabile.¹⁸⁵Nel TC l'istinto prevale sulla tecnica e il gesto sulla parola: quest'ultimo è inutile, non ragionato ma spontaneo e per queste sue caratteristiche permette all'attore di rappresentare e manifestare lo spirito e la sua energia. Esso è uno dei molteplici linguaggi del teatro che ha la funzione di incantare il pubblico, di creare uno stato di *trance*. Il clima in cui si esplica la scena viene argomentato nel manifesto "Il teatro della crudeltà" del 1933 in cui Artaud confronta il cinema e il TC, affermando che il cinema è un mezzo di rappresentazione che viene mediato da immagini riflesse su uno schermo che non possono raggiungere la sensibilità degli spettatori, poiché le immagini cinematografiche immergono lo spettatore in un "torpore inefficace"; la sensibilità del pubblico è raggiungibile attraverso il TC che pone gli spettatori al centro dell'evento teatrale, rimuovendo le classiche barriere che sussistono tra scena e sala. In questo tipo di teatro vige un dinamismo comunicativo tutto finalizzato all'inclusione del pubblico nella rappresentazione, in quanto la scena teatrale deve scuotere l'uomo, le sue forze oscure e profonde, deve compiere la dissacrazione dei tabù e causare uno shock, permettendo l'espressione del *daimon*, poiché solo così, scrive Artaud, si riesce a "far parlare, ad alimentare, a riempire lo spazio" del teatro.¹⁸⁶La Crudeltà di Artaud si pone come limite che fa parte dell'uomo, che riguarda il suo spirito, il suo corpo e che è possibile sperimentare nel teatro in quanto esso è luogo "del doppio", rappresenta tutte le sfaccettature della vita, anche quelle più penose, permettendo all'uomo, attore o spettatore, di riconoscere come propri quegli elementi nascosti che sono le forze primordiali. ¹⁸⁷Il Teatro della Crudeltà di Artaud che risale ai primi anni del '900 permette oggi di rappresentare, in ambito educativo e formativo, quei temi, episodi di vita delle persone che vivono un disagio, perché il teatro non è solo quello che rappresenta i grandi classici, imitandoli e ripetendoli immutati ad ogni rappresentazione. Il teatro è formato da un tempo e da un luogo che permettono alla persona di rivivere, sperimentare, interpretare e rielaborare temi sociali, di denuncia, vissuti drammatici e appassionati che mostrano cosa una persona può arrivare a compiere ma anche come può liberarsi di queste ombre. Lo stesso Artaud dice: "Quando gli avrete fatto un corpo senza organi voi l'avrete liberato da tutti i suoi automatismi e reso alla sua vera libertà. Allora voi gli insegnerete a danzare alla rovescia come nel delirio dei balli popolari, e questo rovescio sarà il suo vero posto". ¹⁸⁸Le concezioni e le idee inerenti il teatro di Artaud sono ben trattate e specificate nei manifesti e nei suoi testi ma non sono riuscite ad essere rappresentate come egli desiderava. La sua eredità è stata d'ispirazione per altri personaggi teatrali illustri che l'hanno

¹⁸⁵ Cappa F., *Formazione come teatro*. Raffaello Cortina Editore, 2016, p. 47-48

¹⁸⁶ Ibidem, p.58

¹⁸⁷ Cappa F., *Formazione come teatro*. Raffaello Cortina Editore, 2016, pp.37-38

¹⁸⁸ Artaud A., *Pour en finir avec le jugement de Dieu*. Opera radiofonica, 1947. d. Nuovi Equilibri, 2000

messa in pratica, così che Artaud definì “cosa fare” per rivoluzionare il teatro e i suoi successori hanno definito “come fare”.

Grotowski

Drammaturgo e regista che riprende ed elabora il concetto, già anticipato da Artaud con il gesto, di fisicità, di presenza fisica ed energica sul palcoscenico. Egli associa alla propria idea di teatro una pratica per poterlo realizzare: il suo pensiero si fonda sulla figura dell'attore sia come artista ma anche e soprattutto come persona. Il suo teatro viene definito “teatro povero”, a seguito dell'opera omonima del 1968, nella quale egli definisce la sua concezione di teatro che è “povero” perché estremamente concreto, privo di mediazioni tecnologiche in quanto Grotowski ritiene che l'arte teatrale non debba competere con il cinema, bensì concentrarsi sulla radice più profonda dell'atto teatrale ovvero l'incontro e la relazione che si crea quando l'attore è di fronte allo spettatore. Egli stesso afferma: *«Eliminando gradualmente tutto ciò che è superfluo, scopriamo che il teatro può esistere senza trucco, costumi e scenografie appositi, senza uno spazio scenico separato (il palcoscenico), senza gli effetti di luce e suono... Non può esistere senza la relazione con lo spettatore in una comunione percettiva, diretta. Questa è un'antica verità teoretica, ovviamente. Mette alla prova la nozione di teatro come sintesi di disparate discipline creative: la letteratura, la scultura, la pittura, l'architettura, l'illuminazione, la recitazione.»*¹⁸⁹Essendo la base del suo “teatro povero” la figura dell'attore-persona, egli individua e definisce una serie di esercizi sistematici e graduali, basati sull'esercizio fisico e la memoria, con lo scopo di imparare ad abbattere le barriere fisiche e mentali, conquistando controllo di sé a livello gestuale, vocale e psicologico che permette all'attore di far trasparire con chiarezza, prontezza e padronanza i propri impulsi interiori. Questo metodo di lavoro permette di trarre due conclusioni: la regia è paragonabile alla pedagogia poiché il regista supporta l'attore nello svolgere tali esercizi, rispettando la sua libertà di persona, così come fa il formatore; l'attore deve essere disposto non solo ad esibire sé stesso ma avere il coraggio, la volontà e la motivazione ad addentrarsi nel suo essere, nei suoi aspetti più profondi e interiori. Negli ultimi anni, dal 1985 circa, Grotowski sviluppa un'ulteriore idea sullo spettacolo e sull'arte in generale che può essere definita come “*Arte come veicolo*” che segue due binari diversi che si intrecciano l'un l'altro: quello dello spettacolo e quello personale. Infatti egli ritiene che il lavoro dell'artista si svolga sul palcoscenico e contemporaneamente si svolga su sé stesso; il teatro è veicolo di riflessione in primis per l'attore come persona e come interprete, ma attraverso la recitazione tale riflessione compiuta dall'attore dovrebbe essere indotta, trasmessa anche negli spettatori. Anche Grotowski, come Artaud, concepisce il teatro come luogo di provocazione, in cui l'attore sfida sé stesso e sfida indirettamente anche il pubblico; in questo modo esso non è fine a sé stesso ma ha uno scopo superiore: stimolare la riflessione e la

¹⁸⁹Grotowski J., *Per un teatro povero*, ed. Bulzoni, 1970

conoscenza di sé. Il teatro di Grotowski si traduce in ambito formativo in quanto riconosce questa nobile funzione, nel momento in cui il teatro educa il singolo interprete e si prefigge, nella sua povertà scenica, di coinvolgere il pubblico e quindi la società nelle sue rappresentazioni. Egli riprende il concetto di ruolo, esposto nell'introduzione del capitolo 5, utilizzando la metafora della maschera. Infatti secondo Grotowski ciascuna persona indossa delle maschere che le sono imposte dalla vita, che non mostrano il vero sé; l'arte, quindi il teatro, è uno strumento che permette di imparare ad infrangere le barriere che limitano e frenano l'uomo, così che egli possa essere libero. Questo concetto è ben espresso da una sua frase, che recita: *“Perché ci occupiamo d'arte? Per abbattere le nostre frontiere, trascendere i nostri limiti, riempire il nostro vuoto. Realizzare noi stessi. Non è questo un punto d'arrivo ma è piuttosto un processo mediante il quale quello che è tenebre in noi lentamente diventa luce. Nella lotta con la nostra personale verità, nello sforzo per liberarci della maschera che ci è imposta dalla vita, il teatro con la sua corporea percettività, mi è sempre parso un luogo di provocazione, capace di sfidare sé stesso e il pubblico, violando le immagini, i sentimenti e i giudizi stereotipati e comunemente accettati. (...) Questa dissacrazione dei tabù, questa trasgressione causa lo shock che lacera la maschera, permettendoci di offrire il nostro essere nudo a qualcosa di indefinibile ma che contiene Eros e Caritas”*.¹⁹⁰ Come precedentemente detto, questa visione teorica del teatro si traduce nella pratica con un addestramento fatto di esercizi studiati ed intenzionali per i quali Grotowski si ispira e approfondisce ricerche attinenti di insegnanti e registi, tra cui Stanislavskij.

Stanislavskij

Attore, regista e insegnante, è colui che nei primi anni del 1900 teorizza i processi mentali che stanno alla base della recitazione dell'attore per ricreare lo stato d'animo del personaggio. Nel teatro di Stanislavskij alla base c'è la natura personale dell'uomo, quindi anche l'attore, che viene messo al primo posto nel suo metodo, è visto come attore-uomo. Con questa premessa egli sviluppa il suo sistema di lavoro per attori e aspiranti: è un metodo che entra in profondità nel mondo interiore di chi sceglie di approfondirlo e di praticarlo, mira a fondere l'interiorità personale e la professionalità di attore. Per questo motivo colui che intraprende la carriera di attore deve avere il coraggio e la motivazione per esserlo perché ciò lo trasforma, attinge dal suo mondo interiore ed emotivo restituendogli nuove consapevolezze e ricchezze, essere attore diventa non un obiettivo professionale bensì etico. Stanislavskij stesso afferma: *“Miei cari dovete ricordarvi che il teatro non è soltanto una fabbrica di scenografie, è anche una fabbrica di anime”*¹⁹¹, evidenziando così anche l'importanza del processo di crescita verso lo spettacolo rispetto allo spettacolo come prodotto. L'attore deve essere credibile e per raggiungere tale obiettivo è necessario che egli creda a ciò che avviene intorno e a ciò che lui stesso fa; è

¹⁹⁰Grotowski J., *Per un teatro povero*, ed. Bulzoni, 1970

¹⁹¹Stanislavskij K., *Il lavoro dell'attore su sé stesso*, a cura di Guerrieri, traduzione di Povoledo. Laterza, 2008

importante sottolineare che si può solo credere alla verità, non si può fingere di credere, quindi la verità e credere in essa è un sentimento che va continuamente percepito. Per fare ciò Stanislavskij studia e ricerca un metodo che coadiuvi l'attore a raggiungere tale obiettivo: innanzitutto se il corpo non inizia a vivere, a percepire, l'anima non crede per cui è necessario superare il dualismo mente-corpo e fonderli in un'unica dimensione dove uno è dipendente dall'altro e nel suo metodo vige il primato dell'azione che però deve sempre essere un'azione emozionata. Nonostante questa visione, Stanislavskij è scettico per ciò che riguarda l'istinto dei gesti, delle azioni di Artaud, tanto da contrapporsi all'idea dell'irripetibilità del gesto: nel teatro di Stanislavskij, i gesti, gli atteggiamenti del personaggio si ripresentano invariati ma non per effetto dell'imitazione, della tecnica e della standardizzazione dell'atto teatrale ma per pura "memoria dei muscoli". La fusione che avviene tra attore e personaggio è tale che i ricordi, le emozioni che giustificano le azioni del personaggio diventano parte dell'attore, della sua memoria. Il metodo individuato da Stanislavskij è un processo di immedesimazione non automatica ma graduale che fa riferimento, tra le numerose fasi, a due grandi processi¹⁹²:

- Reviviscenza che fa riferimento alla funzione d'immaginazione, che Stanislavskij chiama "*magico se*", ovvero il domandarsi come l'attore-uomo si comporterebbe nella situazione vissuta dal personaggio, proiettandosi nella situazione e attingendo dal proprio bagaglio emotivo per provare le emozioni provate dal personaggio. Il "*magico se*" permette di esternare non solo i classici tratti visibili di un'emozione ma di provare ed esternare la verità, la passione di quell'emozione;
- Personificazione che origina dalla trasposizione delle emozioni nelle azioni e segue un'evoluzione graduale, dal rilassamento muscolare alla fase dell'espressività fisica, compresa l'impostazione della voce e la coerenza dei movimenti corporei.

Nella fase della reviviscenza occorre sottolineare che le passioni, quindi le emozioni, sorgono dall'ambiente circostante, non sono soggette a regole o costrizioni perché, riprendendo la definizione di "emozione", esse generano da delle cause specifiche, da degli stimoli non in maniera controllata dalla ragione. Riguardo a ciò Stanislavskij rivede i concetti di "conscio" e "inconscio" definendo il primo come "spontaneità ma volontaria", governato dalla volontà, e il secondo come "involontarietà" governato dalla natura, di cui fanno parte le emozioni. Con queste definizioni egli si separa nettamente dalla concezione psicoanalitica occidentale, come quella di Freud, di queste due dimensioni: il conscio è l'io consapevole, la parte che percepisce la realtà, inventa, crea, agisce, pensa, decide mentre l'inconscio è il luogo dell'oscurità, dell'inaccessibilità, la regione delle rimozioni dove risiede la personalità profonda e non manifesta, ed emerge nel corso dell'analisi o può anche raggiungere la memoria in modo

¹⁹² Signorini M.C., *Terapia Stanislavskij. Studio e sperimentazione sulla ricchezza del metodo in teatroterapia e counseling*. Armando Editore, 2015.

"travestito" nei sogni o nei lapsus, quando "sfugge" alla coscienza stessa. L'intento di Stanislavskij è quello di controllare l'involontario, quindi l'inconscio, attingere da esso, attraverso il suo metodo. Esso può essere rappresentato con un diagramma di flusso nel quale il conscio indaga l'inconscio, che a sua volta riemerge durante la riviviscenza e da ciò si genera l'atto creativo.¹⁹³ Questo processo può essere definito "*psicotecnica*" poiché si prefigge d'essere una pratica precisa e definita, la cui derivazione è psicologica, interessandosi al mondo interiore, alla memoria emotiva analizzata da Ribot e alle tecniche di trance terapeutica. Tutto ciò è fonte del processo creativo, nel quale emerge la dimensione inconscia. Nella definizione del "metodo" di Stanislavskij è possibile trovare più di una similitudine o collegamento con il lavoro dell'educatore professionale: innanzitutto il processo che si crea seguendo il metodo è teso a una continua ricerca del cambiamento, guidato dall'idea di evoluzione, di sviluppo e di adattamento dinamico, che sono gli stessi elementi facenti parte delle finalità generali del profilo professionale dell'educatore; il lavoro che l'attore fa su sé stesso deve proseguire anche nella vita quotidiana dell'attore-uomo, approfondendo il significato della vita, colmando le mancanze del sapere, riesaminando le proprie opinioni, per poi recitare in maniera credibile e sentita sul palco, e questo è speculare alla finalità del teatro educativo, formativo poiché ambisce ad una trasposizione nella vita quotidiana delle conoscenze, delle esperienze e delle abilità acquisite nel corso del laboratorio da parte dell'utente-attore; infine Stanislavskij si occupa anche del ruolo del regista a cui viene richiesto di essere empatico e sensibile,¹⁹⁴ tra lui e l'attore si crea un rapporto di comprensione e di conoscenza reciproca, permettendo al regista di capire i modi e i tempi per aiutare l'attore. I termini "regista" e "attore" potrebbero essere sostituiti da "educatore professionale" e "utente" e il concetto resterebbe invariato: la relazione che si crea tra educatore e utente in qualsiasi contesto, anche nel laboratorio teatrale, necessita d'essere autentica, rispettosa di entrambi ed empatica poiché si lavora anche con il vissuto, le emozioni dell'utente che si affida, si fida dell'educatore per farsi supportare a trattare certe tematiche; questo richiede, come per l'attore, fiducia, coraggio, volontà e motivazione al cambiamento.

5.3 Il teatro educativo

In base a ciò che finora è stato illustrato, si può affermare che il teatro si fonda e fa riferimento su assunti teorici che fanno parte dell'uomo e della sua natura; inoltre con la rivoluzione del teatro nel XX secolo è emersa sempre più la similitudine tra il teatro e la formazione, così che oggi il teatro pedagogico si rivela come uno degli strumenti didattici cardine sia negli ambiti scolastici che extrascolastici, sia nelle Medical Humanities, ovvero una disciplina che nasce in America tra gli anni '60 e '70 dall'esigenza di arricchire gli studi nelle scienze mediche con le discipline umanistiche. Le Medical Humanities comprendono un insieme di innovativi approcci didattici che mirano a promuovere una medicina in cui il processo di cura è maggiormente

¹⁹³ Signorini M.C., *Terapia Stanislavskij. Studio e sperimentazione sulla ricchezza del metodo in teatroterapia e counseling*. Armando Editore, 2015. p. 28

¹⁹⁴ Idem, p.13

umanizzato e attento al “fattore umano” dei pazienti.¹⁹⁵ L’educatore professionale socio-sanitario, nel suo percorso di studi, è costantemente sollecitato a ricordare la persona e la personalità al di là del paziente e della malattia, infatti alcuni insegnamenti come “relazione”, “dialogo”, “empatia” sono le tra le competenze base dell’educatore professionale e rappresentano gli obiettivi a cui aspirano le Medical Humanities. Nel campo dell’educazione e della formazione il laboratorio teatrale ha come finalità lo sviluppo di competenze emotive, fisiche, cognitive e sociali che si traducono nel percorso terapeutico, di ambito più sanitario, in maggior fiducia in sé stessi, maggior autostima, ascolto dell’altro e conoscenza di sé. Il teatro si predispose come uno strumento che nell’ambito della formazione permette di elaborare temi di vita e, allo stesso tempo, permette di essere cosciente della finzione che esso possiede: tale fattore viene definito “*doppia consapevolezza*”¹⁹⁶ poiché rappresenta una realtà attraverso qualcosa che non è reale, ma è finzione nella scena teatrale; il teatro educativo, come il teatro della Crudeltà di Artaud, ha origine da temi reali, da fatti ed emozioni reali, percepite e provate dai membri del gruppo e li rielabora, talvolta inscenandoli in una rappresentazione teatrale. La doppia consapevolezza permette di affrontare tematiche o eventi appassionati, drammatici o tabù, spesso banditi e non trattati nella vita quotidiana. Il teatro si configura come uno spazio in cui le norme del quotidiano, anche quelle sociali, possono essere trasgredite in maniera sicura, perché le conseguenze di tale trasgressione possono essere controllate e il soggetto non le subisce in maniera diretta. Si evince che l’interprete, l’utente, nel corso del laboratorio teatrale non deve cessare di essere sé stesso ma deve saper cessare di essere il personaggio che interpreta in un determinato momento e spazio, non fondendosi con esso ma attraverso esso sperimentare una realtà e un’identità altra. Quello che viene interpretato e che può essere formativo non mira, in prima istanza, ad essere l’esternazione dell’io, né il suo mondo interiore, bensì l’obiettivo è il livello esperienziale dei fenomeni teatrali i quali offrono l’opportunità di riconoscere, comprendere e trasformare i modelli di interazione che caratterizzano l’io, l’immagine di sé, del rapporto tra mente e corpo, e la relazione con gli altri.¹⁹⁷ Nonostante il teatro si configuri come un momento di separazione dalla vita quotidiana, ritengo non sia corretto pensare che esso debba essere solo un momento di intrattenimento e di divertimento; come vedremo il teatro si esplica anche attraverso l’azione, l’immaginazione e il gioco ma esso si presuppone abbia un approccio clinico alla formazione mediata dal teatro, ovvero che faccia emergere l’oggetto “formazione attraverso il teatro” tramite una metodologia e delle tecniche cliniche. Infatti nel laboratorio teatrale è previsto un processo ragionato e graduale, basato su teorie e fatto di fasi: l’arte, e quindi il teatro, diventa terapia poiché è un mezzo di comunicazione tra l’interno e l’esterno, che permette di entrare in contatto con parti

¹⁹⁵ Fava F., *Il teatro come metodo educativo. Una guida per educatori e professionisti sociosanitari*. Carocci Faber, 2018, p. 11-18

¹⁹⁶ Cappa F., *Formazione come teatro*. Raffaello Cortina Editore, 2016, p. 11

¹⁹⁷ Idem, p.167

del sé scarsamente consapevoli, fa sì che il soggetto entri in relazione con altri, confrontandosi, imparando non solo a comunicare qualcosa di sé ma anche come farlo, modulandosi e gestendo emozioni, pensieri ed azioni.¹⁹⁸ Per fare ciò è importante che l'esperienza teatrale garantisca un training adeguato e modulato sulle capacità intellettive e sulla maturità psicofisica del gruppo utenti; crei un *setting* adeguato che consenta di percepire il flusso emotivo senza esserne sopraffatto, che rispetti i tempi soggettivi di ciascun partecipante, interessandosi e intervenendo anche e soprattutto sulle resistenze. Il teatro educativo non è solo piacere, è un divertimento impegnato, non solo fatto di razionalità ma anche di emozioni.¹⁹⁹ Quindi la scena teatrale non è solo rappresentazione ad un pubblico, l'obiettivo ultimo non è quello di portare all'attore e al regista-educatore riconoscimenti e complimenti. Nonostante questo non sia la finalità principale dell'educatore, che pone invece enfasi e attenzione più al processo che al termine del laboratorio teatrale, è necessario valutare anche l'atto teatrale di fronte ad un pubblico in maniera educativa e formativa ed aspirare all'"esperienza palcoscenico"²⁰⁰ che si crea quando l'utente-attore diventa cosciente dell'esperienza relazionale e dell'interazione emotiva che la rappresentazione produce. L'educatore professionalmente formato in ambito teatrale riconosce il senso più profondo dello spettacolo finale del laboratorio teatrale: durante la messa in scena viene a mancare il sostegno diretto e il supporto del regista-educatore, pertanto ciascun partecipante ha una responsabilità maggiore nel risultato collettivo. Inoltre vivere e rappresentare i sentimenti del personaggio significa rappresentare e affermare i propri, pertanto il personaggio facilita l'espressione di parte del sé, ma mostrare questo ad un pubblico all'esterno può creare stati d'ansia, vergogna, timore che diventano gestibili se l'educatore è stato in grado di svolgere in maniera prospettica il percorso del laboratorio teatrale. Le emozioni e i sentimenti appaiono alla base del teatro educativo e un precursore di questa supposizione è Stanislavskij, che nonostante ricerchi un metodo per attuare i sentimenti e le emozioni per scopi applicativi e non educativi, sposta l'attenzione dallo spettacolo teatrale al mondo psichico del personaggio, dell'attore e del pubblico, che nello spettacolo viene rappresentato, rivalutando e valorizzando la dimensione emotiva, la quale si esprime nel teatro così come lo fa nella vita, o ritengo meglio dire come si dovrebbe fare nella vita.²⁰¹

5.4 Il teatro delle emozioni

Ancora oggi la realtà quotidiana mostra che l'area emotivo-sentimentale è soggetto di pregiudizio così come le persone che esternano le proprie emozioni. Vigeva una supremazia della logica e della razionalità a scapito dell'emotività e della sensibilità, area che risente di preconcetti e dello stigma della società: il mondo emotivo è "una cosa da donne", loro sono

¹⁹⁸ Ba G., *Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale*. Franco Angeli Editore, 2016

¹⁹⁹ Bernardi C., *Il teatro sociale. L'arte tra disagio e cura*. Carocci Editore, 2004, p.145

²⁰⁰ Bonato F., *Emozioni sulla scena. Educazione emotiva a teatro*. Erickson Edizioni, 2016, p. 67

²⁰¹ Signorini M.C., *Terapia Stanislavskij. Studio e sperimentazione sulla ricchezza del metodo in teatroterapia e counseling*. Armando Editore, 2015. p. 24

quelle emotive, che piangono davanti ai film o ascoltando una canzone, loro sono governate dalle emozioni e mancano di razionalità; gli uomini rappresentano l'elemento forte e prestante, razionale e controllato. Queste etichette stanno lentamente modificandosi fortunatamente, poiché indirettamente condizionano la vita delle persone, uomini e donne, che non si sentono spesso liberi di esprimere le proprie emozioni, creando delle resistenze all'esternazione di esse. L'importanza delle emozioni si sta affermando gradualmente e fonda le sue radici anche nella rivoluzione del teatro del XX secolo, prima illustrata, infatti il "nuovo" teatro non solo coltiva e cura la dimensione emotiva ma si nutre di essa per essere un teatro utile e non superficiale. Esso può essere utilizzato dall'educatore professionale come strumento di lavoro sulle emozioni, anche e soprattutto con gli utenti alessitimici poiché precedentemente si è segnalata la correlazione tra Disturbo da Uso di Sostanze e alessitimia, quale fattore di rischio, e l'assenza dell'esperienza riflessiva nei soggetti con DUS, la quale rappresenta strumento intermedio tra sentire e agire. Taylor e collaboratori²⁰² sottolineano l'importanza di "allenare" il paziente a trovare le parole che descrivano meglio i suoi sentimenti e utilizzare gli affetti per interagire con l'ambiente; riprendendo la definizione che Goleman dà delle emozioni, esse sono impulsi ad agire quindi l'educazione emotiva non può prescindere dall' *azione*²⁰³ e ritengo che il teatro educativo rappresenti lo strumento più opportuno per intervenire sulla dimensione delle emozioni: si pone come uno spazio protetto, simile alla realtà esterna, dove l'utente può sperimentare e vivere l'incontro con il proprio mondo interiore, con sé stesso e gli altri in maniera meno ansiogena e conflittuale, la scena teatrale crea una realtà altra che, anche se può essere illusoria, inventata e fantastica, ha dei tratti comuni con la realtà vissuta. I sentimenti e le emozioni che emergono in questa realtà e nella sua interpretazione sono gli stessi che costituiscono la dimensione emotivo-sentimentale di ciascun individuo, il che li rende condivisibili modificando solo il modo in cui l'utente vi si rapporta.²⁰⁴ Il laboratorio teatrale incentrato sull'aspetto emotivo dei partecipanti prevede un training e un graduale processo di alfabetizzazione e gestione emotiva. L'approccio educativo, formativo mediato da tecniche teatrali agisce su due dimensioni²⁰⁵: la *materialità del corpo*²⁰⁶, le sue manifestazioni, intervenendo con tecniche inerenti la postura, il movimento, il linguaggio, e la consapevolezza di *decentrarsi*²⁰⁷ dalla realtà in maniera critica, soprattutto attraverso l'analisi del personaggio da sé stessi interpretato, sentendo, valutando e affrontando i sentimenti e le emozioni che fanno parte del personaggio e di sé stessi. Gli elementi fondanti il lavoro educativo nel laboratorio teatrale sono l'azione mediata dal corpo, il gioco e il gruppo.

²⁰² Taylor G., Bagby R.M., Parker J.D. *Disorders of affect regulation: Alexithymia and psychiatric illness*. Cambridge University Press 1987 (Trad. it. 2000- Fioriti Editore)

²⁰³ Bonato F., *Emozioni sulla scena. Educazione emotiva a teatro*. Erickson Edizioni, 2016, p. 30

²⁰⁴ Ba G., *Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale*. Franco Angeli Editore, 2016

²⁰⁵ Ibidem

²⁰⁶ Cappa F., *Formazione come teatro*. Raffaello Cortina Editore, 2016, p. 146

²⁰⁷ Ibidem

Corpo

La prima componente del soggetto che entra in gioco nel teatro, così come nella vita, è quella fisica. La componente corporea, e la conseguente immagine di sé e identità, ricopre un ruolo fondamentale nel settore delle dipendenze patologiche: frequentemente il corpo del tossicodipendente è caratterizzato da incuria, trascuratezza che può presentarsi in casi particolari con ferite o malattie; questi elementi si figurano come una carta d'identità incisa, fissata sul corpo. La relazione tra il tossicodipendente e il proprio corpo può essere interpretata secondo tre registri: dell'abuso, dell'astinenza e della rinascita.²⁰⁸ Nel primo caso si sperimenta la separazione netta tra corpo e mente. Se è vero che il sentire la propria realtà come unificata è fondamentale per esperire il senso di benessere psicofisico, il soggetto con Disturbo da Uso di Sostanze tenta di negare la dimensione corporea e la sostanza facilita artificialmente l'affiorare di un senso di unitarietà psicosomatica che è puramente 'mentale' e dà un'effimera sensazione di benessere. Le diverse emozioni e stati d'animo, quali calma, eccitazione, rilassamento, sono l'effetto dell'azione delle sostanze psicotrope che raggiungono i centri nervosi. Questo percorso artificiale esclude gradualmente il coinvolgimento e la consapevolezza, nella persona, di questi processi e viene meno il rapporto tra mente e corpo. Nel caso del corpo dell'astinenza, esso riemerge con forza dolorosa quando viene a mancare la sostanza. Come noto, durante la fase dell'astinenza si hanno sintomi di dolore osseo e muscolare, crampi, brividi, maggior sudorazione, che sono associati a stati d'ansia e di angoscia; quest'ultima può diventare incontrollabile fino a giungere al panico, mentre l'aspettativa di nuove sofferenze si unisce alla spasmodica ricerca della sostanza, rendendo incontrollabile la situazione e la gestione del proprio corpo, quasi fosse estraneo dal soggetto. Nel corpo della rinascita, quando è venuto meno il meccanismo della compulsione ad assumere la sostanza, il corpo riacquista la sua funzionalità, tornando a essere comunicativo. Esso però porta con sé le conseguenze dei due stadi precedenti ed è quindi un processo di riacquisizione di consapevolezza del proprio corpo che comporta un necessario impegno nella cura del sé, del proprio sentire e del proprio comunicare in maniera sana. In questo frangente il teatro può rivelarsi un mezzo a supporto di questo processo, in quanto nel contesto formativo del laboratorio teatrale il corpo non viene inteso solo come fisico, concreto e visibile bensì come unità psicomotoria collegata alla mente e alle emozioni. Inoltre si distinguono due funzioni specifiche del corpo, oltre a possedere dei movimenti involontari che lo mantengono in vita, che sono: la componente strumentale, guidata dalla razionalità e che è funzionale al conseguimento di un oggetto; la componente espressiva che rende il corpo un mezzo di comunicazione, anche non verbale, ed ha lo scopo di rivelare e veicolare uno stato d'animo, un'emozione.²⁰⁹ Nonostante il corpo a teatro si esprima innanzitutto attraverso il "fare",

²⁰⁸Mammana G., Il corpo del tossicodipendente, "Salute e Prevenzione", 1991, 7.

²⁰⁹ Idem, p.93

attraverso l'azione, per lavorare con la sua componente espressiva, quella che interessa le arti, e per perseguire l'obiettivo di scoprire le emozioni è necessario effettuare un percorso graduale, *step by step*, che inizia con il conoscere e nominare le emozioni, considerando che questa capacità non è scontata e l'alessitimia ne è esempio; successivamente si richiede ai partecipanti di sperimentarle e "fisicalizzarle"²¹⁰, ovvero percepirle nel proprio corpo, in quanto esse sono collegate a processi fisiologici e viscerali, aiutando i partecipanti ad ascoltare e osservare il proprio corpo e i suoi cambiamenti quando un'emozione si verifica oppure anche attraverso lo svolgimento di esercizi di espressività mimico-espressiva, manchevole anch'essa nei soggetti alessitimici, per favorire l'autoconsapevolezza espressiva; l'ultima fase riguarda il rispecchiamento e la condivisione con il gruppo e con il regista-educatore, quindi in un contesto intersoggettivo empatico e di confronto. Queste fasi mirano al riconoscimento e allo sviluppo di consapevolezza di stati d'animo ed emozioni, attraverso un approccio che Gabriella Ba definisce "*addestramento alla comunicazione non verbale*"²¹¹, che opera attraverso quella componente primitiva e fondamentale, appunto non verbale, prima ancora del linguaggio verbale, ed è propedeutico alla ralfabetizzazione del proprio sentire. Nella praticità del laboratorio teatrale viene svolto uno specifico training con esercizi fisici, vocali, di respirazione con lo scopo di far scoprire ai partecipanti come il loro organismo è fatto, come reagisce, come sente e come può essere gestito. Scoprirsi e riscoprirsi attraverso il movimento e i suoi effetti permette al soggetto di decentrarsi dal suo ruolo abituale, anche nella postura, nei movimenti e gli offre la possibilità di compiere una lettura nuova, inedita del suo modo di approcciarsi alla realtà. I soggetti si allenano all'ascolto profondo del loro corpo e questo riveste un ruolo fondamentale anche nella costruzione o ri-costruzione di un'immagine di sé, poiché il sé si sviluppa anche grazie alla scoperta della corporeità.²¹² Gabriella Ba afferma²¹³: «lavorare con il corpo, come avviene nella pratica teatrale, significa intervenire indirettamente sull'immagine del sé del soggetto e sulla sua identità»; questi due concetti sono tra loro interdipendenti e collegati poiché l'identità non è un evento mentale astratto bensì un complesso di meccanismi psicofisiologici connessi alla periferia del corpo, la componente sede dell'integrazione con l'ambiente. L'identità di sé è quindi strettamente interconnessa all'immagine corporea e rappresenta il punto di contatto tra la fisicità e la componente relazionale che è fonte dell'immagine stessa.

²¹⁰Fava F., *Il teatro come metodo educativo. Una guida per educatori e professionisti sociosanitari*. Carocci Faber, 2018, p. 98

²¹¹Ba G., *Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale*. Franco Angeli Editore, 2016

²¹²Fava F., *Il teatro come metodo educativo. Una guida per educatori e professionisti sociosanitari*. Carocci Faber, 2018, p. 93

²¹³Ba G., *Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale*. Franco Angeli Editore, 2016

Gioco

Al fine di lavorare sulle emozioni viene utilizzato anche lo strumento del gioco, che non appartiene solo alla fase infantile di una persona ma dovrebbe essere coltivato durante tutta la sua crescita poiché possiede una componente ludica ma anche formativa. Il gioco rientra tra le esperienze primarie che fanno parte della vita umana fin dalla nascita e possiede un proprio senso evolutivo. Nel corso dei secoli, a partire dalle teorie psicoanalitiche fino alla pedagogia moderna, il gioco ha acquisito sempre maggior rilievo e credito non solo come svago, come atto libero, disinteressato, fine a sé stesso e al piacere, ma anche come strumento con valenza pedagogica finalizzato alla socializzazione, apprendimento, contatto con sé e con gli altri. La componente ludica e di godimento del “giocare” risiede nella sensazione di mettere in atto le proprie capacità e funzioni e nel ricoprire un ruolo attivo nella situazione giocosa in atto, che può quindi essere controllata dal soggetto. Inoltre come afferma Winnicott: «Il gioco è esperienza ove il bambino e l'adulto riescono ad essere creativi, ad usare tutta l'intera personalità, e proprio nell'essere creativo l'individuo scopre sé stesso»²¹⁴; pertanto una delle caratteristiche fondamentali del gioco è quella di poter far uso della propria personalità nella sua totalità senza limiti né costrizioni che provengono dall'esterno. Relativamente alla componente pedagogica, la maggior parte degli studi la collega allo sviluppo del bambino; Piaget, attraverso le due indagini e osservazioni, mette in risalto la stretta correlazione tra gioco e attività di simbolizzazione, tra competenze ludiche e sviluppo di competenze sociali, cognitive ed emotive. Secondo alcune delle teorie psicoanalitiche, il gioco permette al bambino di risolvere in forma simbolica problemi irrisolti del passato e di far fronte a problemi attuali e ne è esempio il gioco del “*Fort-Da*” descritto da Freud: egli osserva il comportamento di suo nipote Ernst durante una fase di gioco con un rocchetto che lanciava oltre la sponda del suo letto, facendolo scomparire; successivamente, tirandolo a sé, il rocchetto ricompariva, accompagnato da espressioni di appagamento e felicità nel bambino. L'interpretazione fornita da Freud è che attraverso questo gioco il bambino sia riuscito ad accedere ad una rappresentazione simbolica della relazione con la madre, in particolare nel momento in cui essa si assentava. La separazione dalla madre faceva provare al bambino sensazioni spiacevoli e di frustrazione e la “soluzione” per superare questi stati emotivi negativi risiede nella ripetizione del lancio e del recupero che raffigurano simbolicamente l'abbandono della madre, “fort” ovvero “via” e del suo ritorno, “da” quindi “qui”. Il bambino attraverso il gioco scopre come trasformare un'esperienza spiacevole in un'esperienza tollerabile ed elaborabile, grazie anche al ruolo attivo che lui stesso ricopre.

Il gioco quindi permette di trovare, sviluppare nuove possibilità di rapportarsi con il mondo. Ciò avviene anche nel teatro poiché esso condivide con il gioco l'area delimitata, tra coscienza e

²¹⁴Winnicott D.W., *Gioco e realtà*. Roma, Armando Editore, 1995, p.101

realtà, che l'antropologo Turner chiama "liminale"²¹⁵, la quale permette la liberazione dai vissuti quotidiani e permette di sperimentarsi in nuovi ruoli, in nuove dimensioni. L'applicabilità del gioco nel teatro educativo e formativo con persone adulte è sostenuta da Winnicott che, come precedentemente citato, comprende anche l'adulto nella definizione di esperienza ludica, e da Bruner²¹⁶ il quale considera importante il gioco in ogni fase dello sviluppo, anche quella adulta, come fonte di apprendimento perché permette di allenare il comportamento e gli stati emotivi provati. Alla luce di tali affermazioni, l'educatore professionale che opera nei servizi per persone adulte è importante che conosca e consideri anche la dimensione ludica: le attività proposte all'utente non devono seguire la passiva ripetizione di schemi, ma dovrebbero aspirare ad essere un'azione nuova, originale, stimolante per l'individuo, promotrice di nuove esperienze formative.

Il teatro educativo si avvale del gioco drammatico e di quello simbolico per sviluppare e rafforzare le competenze cognitive, d'intuizione, d'immaginazione,²¹⁷ socio-emozionali, l'autostima, la comunicazione, l'approccio corporeo, l'affettività,²¹⁸ mentre dal gioco simbolico si avvale della dimensione del "come se" che si traduce sul palco in "fare finta di" e fa riferimento al concetto di "doppia consapevolezza" trattato nel paragrafo 5.3. Nel *fare finta di essere* si attiva un'azione emotivo-espressiva poiché l'utente-attore è condotto non tanto a rispecchiarsi nell'altro bensì nel riviverlo, creando un suo personale e unico modo di interpretare e ridare vita al personaggio tramite sé. Questo processo prevede la creazione di un terzo soggetto corporeo che non è né il personaggio né il soggetto attore, ma una terza entità che conserva però dei tratti del sé dell'utente e tratti del personaggio assimilati dal meccanismo di rispecchiamento. Se l'utente è in grado di gestire le emozioni del personaggio e di rappresentarlo, questa capacità si riflette su di lui e può convincerlo che sia possibile interpretare e gestire la propria vita, uscendo fuori dal ruolo passivo e impotente che, come detto nel paragrafo 3.3, spesso caratterizza le persone affette da malattia, compresi i dipendenti patologici e Alessitimici. Inoltre il processo di immedesimazione, fusione con il personaggio dà la possibilità all'utente di vivere un altro ruolo, una nuova dimensione e facilita in lui lo sviluppo di meccanismi di relazione empatica. Il concetto di "fare finta di essere" comprende la messa in scena, l'attuazione di situazioni esistenziali, vissute o viste, situazioni possibili, auspiccate o temute, frutto dell'immaginazione, ma anche conflitti, emozioni e sentimenti fortemente sentiti. Questo permette di "allenare" emotivamente l'utente e il gruppo, a parti di sé temute senza l'ansia di giudizi, di colpevolizzazioni, senza vergogna o senso di inadeguatezza. In questo senso il soggetto è completamente libero di esprimersi ma, allo stesso tempo, l'interpretazione gli permette di fare

²¹⁵ Turner V., *Dal rito al teatro*. Il Mulino, Bologna, 1986.

²¹⁶ Bruner J.S., *La costruzione narrativa della "realtà"*, in M. Ammaniti, D.N. Stern (a cura di), *Rappresentazioni e narrazioni*, Laterza, Roma-Bari, pp.17-38.

²¹⁷ Ba G., *Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale*. Franco Angeli Editore, 2016

²¹⁸ Bazzanini E., *Arte e infanzia. L'importanza dell'arte nello sviluppo del bambino*. In "Tafter Journal", 56. <https://www.tafterjournal.it/2013/02/04/arte-e-infanzia-limportanza-dellarte-nello-sviluppo-del-bambino/>.

esperienza in maniera protetta e controllata; pertanto il teatro educativo è anche strumento di contenimento, mezzo di comprensione e di ricerca di soluzioni. Considerando che come detto, possono essere trattati eventi di vita vissuta, è opportuno riflettere anche sul ruolo della narrazione e dell'autobiografia nel laboratorio teatrale. Il metodo autobiografico offre la possibilità al soggetto di ricordare, ricostruire, riformulare, scoprire nuovi significati da attribuire alle esperienze vissute. Il metodo si avvale di tre principali forme di pensiero:

- Pensiero retrospettivo ovvero la capacità di ricordare ciò che si è vissuto;
- Pensiero categorizzante che interagisce con il ricordo e lo colloca, dandogli un senso, all'interno dell'esperienza esistenziale;
- Pensiero prospettico che utilizza l'esperienza passata per costruire prospettive future.

Rivivere, raccontare e rivedere in scena i propri ricordi fa sì che il soggetto sia consapevole dei cambiamenti. Il raccontare diventa un metodo con cui il soggetto organizza e dà senso a sé stesso e individua uno sviluppo temporale, di causa-effetto nella propria vita. Nel caso di persone che vivono in situazioni di disagio, e soprattutto con i detenuti e i tossicodipendenti, diventa ricostruzione della propria storia personale, di rigenerazione e riaffermazione della propria dignità umana a scapito del comune pregiudizio che li vede come persone irrecuperabili, con il destino già segnato da fallimenti, come quelli che li hanno condotti alla situazione attuale. Demetrio sottolinea l'importanza e il valore che il racconto di sé ha come cura, avviando ciò che lui definisce "*pensiero autobiografico*" ovvero «quell'insieme di ricordi della propria vita trascorsa di ciò che si è stati, di ciò che si è fatto (...) luogo di benessere e cura».²¹⁹ Secondo Demetrio sono cinque i poteri analgesici e terapeutici dell'autobiografia: le dissolvenze ovvero il piacere derivante dal distacco mentale ed emozionale dal quotidiano; le ricomposizioni quindi i collegamenti tra le varie età e vari momenti con lo scopo di trovare un filo conduttore e un senso; le invenzioni ovvero concepire una nuova identità diventando registi e artefici della propria esistenza per mezzo dell'immaginazione; le spersonalizzazioni quindi la creazione di un racconto che non si sofferma sul particolare ma ricerca il senso storico della vita; le convivenze ovvero il raccontarsi agli altri, la condivisione. Quest'ultimo è un elemento insito nella natura della narrazione, sia scritta che orale poiché, anche se talvolta noi stessi siamo gli interlocutori o i lettori, essa è relazione e questo implica la presenza di qualcuno che ascolti o legga.

Il gruppo

Il laboratorio teatrale è uno strumento di lavoro che prevede la presenza e la costruzione di un gruppo formato da persone che, in questa specifica tipologia teatrale, condividono il proprio percorso all'interno di una struttura socio-riabilitativa, terapeutica. Il gruppo del laboratorio

²¹⁹ Demetrio D., *Raccontarsi. L'autobiografia come cura del sé*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1996, p.9

teatrale in tale contesto non è da intendere come gruppo di mutuo-aiuto o terapeutico bensì un gruppo di pari e un gruppo di lavoro. Il contesto gruppale possiede delle proprie caratteristiche e ha radici antiche: Aristotele²²⁰ definisce l'uomo come animale sociale in quanto tende ad aggregarsi con altri individui e a costituirsi in società; fin dalla nascita e per tutta la vita l'uomo fa parte di organizzazioni interpersonali dalla famiglia, al gruppo dei pari, al gruppo di lavoro. Quindi l'individuo non può essere considerato entità isolata ma parte di una rete di relazioni che coinvolge tutte le persone con cui si relaziona. Successivamente ai suoi studi e lavori con i gruppi, Lewin giunge ad affermare che “un gruppo è comunque qualcosa di più e di diverso della semplice somma dei suoi componenti”²²¹. Sempre più il gruppo si sta affermando come dispositivo metodologico, clinico e pedagogico nelle dipendenze patologiche, nonostante ricopra un ruolo fondamentale anche negli altri settori di competenza dell'educatore professionale. Il gruppo, anche quello teatrale, si configura come luogo di dialogo, interno ed esterno, che permette agli utenti di uscire dall'isolamento che solitamente caratterizza la loro condizione. Le neuroscienze hanno evidenziato l'importanza dell'intersoggettività, attribuendole una valenza conoscitiva che aiuta il soggetto a definire la propria soggettività grazie al meccanismo di rispecchiamento nell'altro, mediato dai neuroni specchio. È evidente la netta connessione tra agire, veder agire e immaginare un'azione, che sono dimensioni che attivano circuiti cerebrali comuni. Il laboratorio teatrale è un'esperienza intersoggettiva, in cui i componenti del gruppo agiscono, reagiscono e si rispecchiano; offre l'opportunità di vivere flussi emotivi condivisibili, di riflettere e rivedersi negli altri. Il primo obiettivo del laboratorio è appunto creare il gruppo e il clima; l'intesa e l'affiatamento dei membri del gruppo sono fondamentali poiché costituiscono la forza e la base per condurre in maniera formativa e serena il laboratorio teatrale. Questo non si traduce in un processo sempre regolare, calmo e imperturbabile, anzi il laboratorio si propone come spazio gruppale in cui ciascun membro può sperimentarsi nella relazione interpersonale, mostrando le dinamiche relazionali compresi gli aspetti negativi e le emozioni negative che derivano dal contesto gruppale. Ciò è possibile poiché nella situazione gruppale “protetta” del teatro ciascun utente ha la possibilità di manifestare ciò che sente, nel bene e nel male, ma è anche supportato a riconoscere, decodificare e modificare i propri modelli comportamentali disfunzionali grazie al conduttore ma soprattutto al feedback che il gruppo gli rimanda come conseguenza del suo comportamento. In particolare Bion²²², a seguito dei suoi studi sulle dinamiche di gruppo, individua la presenza di due componenti che danno origine a tutte le dinamiche del gruppo:

²²⁰ Aristotele, *La politica*, IV secolo a.C

²²¹ Lewin, K. (1951) *Teoria e sperimentazione in psicologia sociale*. Tr. It. Il Mulino, Bologna 1972.

²²² Bion W.R., *Esperienze nei gruppi*. Armando Editore, 2013.

- Il *gruppo di lavoro* che costituisce l'aspetto conscio del gruppo e comprende la motivazione a partecipare di ciascun membro ed è legato al conseguimento di traguardi concreti, esplicitamente dichiarati in vista del raggiungimento di un determinato risultato;
- Gli *assunti di base* ovvero un insieme di meccanismi inconsci messi in atto dai membri che potenzialmente possono interferire con il *lavoro di gruppo* ed è rappresentato dalle difese riconducibili al patrimonio emotivo-affettivo che si attiva; questi meccanismi possono essere ostacoli ma sono anche la forza più potente che può spingere al cambiamento.

I membri del gruppo non sono scelti casualmente ma sono accomunati dallo stesso scopo ovvero il cambiamento, il superamento del proprio disagio o del proprio stato di malattia. Ovviamente ciascun membro del gruppo è unico quindi ha tempi, volontà e motivazione al cambiamento diversi dagli altri membri; questo non impedisce il processo formativo anzi il cambiamento di un membro determina, spesso, la creazione di un "effetto a cascata" che si riflette e condiziona anche gli altri soggetti del gruppo.²²³Un altro effetto che caratterizza il gruppo è la sincronizzazione grupppale che permette ai partecipanti di sentirsi accolti, aperti alla condivisione e a seguito della quale si attivano i fattori terapeutici, individuati da Yalom²²⁴:

1. Informazione. Partecipare e condividere problematiche comuni attraverso anche suggerimenti e consigli facilita lo sviluppo di un'adeguata coesione di gruppo, riducendo l'ansia che deriva dalla percezione del proprio mondo interiore come irrazionale, caotico e incomprensibile;
2. Infusione di speranza. Deriva dall'interessamento degli altri membri del gruppo e dal confronto costruttivo con nascita di sentimenti positivi;
3. Universalità. Il gruppo fa venir meno quella convinzione che le problematiche del soggetto e i conflitti siano unici e che gli altri non sperimentino situazioni simili; questo rassicura il soggetto che è stimolato ad aprirsi e a condividere;
4. Altruismo. Gli utenti si aiutano reciprocamente, percepiscono che sono utili gli uni agli altri, sperimentano una diminuzione del loro vissuto di "alterità" con conseguente miglioramento dell'autostima;
5. Riepilogo correttivo del gruppo primario familiare. Il gruppo si propone simbolicamente come un contesto familiare che rende possibile il riflesso, da parte del soggetto, di modelli comportamentali disfunzionali consentendo la loro analisi e modificazione;
6. Sviluppo di tecniche di socializzazione. Ciascun membro si sperimenta e può modificare i suoi modelli di relazione interpersonale;

²²³Ba G., *Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale*. Franco Angeli Editore, 2016

²²⁴Yalom I.D., *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo*. Bollati Boringhieri, 2008.

7. Comportamento imitativo. Il soggetto nel ruolo di osservatore, è portato ad imitare una o più persone del gruppo, come stimolo al cambiamento;
8. Apprendimento interpersonale. Il soggetto struttura un livello di autostima in funzione dei feedback che riceve dagli altri membri;
9. Coesione di gruppo. Rappresenta il senso d'appartenenza e la partecipazione empatica, emotiva con il gruppo;
10. Catarsi. Si intende la "forte espressione di affetti" che ha funzione liberatoria e di scarica emozionale.

È importante sottolineare che il laboratorio si crea con il gruppo e termina con il gruppo quindi nessun laboratorio teatrale educativo, formativo dovrebbe chiudersi improvvisamente e questo riguarda sia i singoli incontri che il termine ultimo del laboratorio. Sempre a scopi formativi è fondamentale prevedere una restituzione di gruppo di quanto è stato svolto al fine di raccogliere pareri, sensazioni piacevoli o spiacevoli, far presente problemi; questo è assolutamente necessario soprattutto negli incontri più intensi e coinvolgenti dal punto di vista psichico, poiché è necessario supportare gli utenti-attori ad uscire dai ruoli e dal mondo della "finzione" per riprendere contatto con la realtà e questa fase è detta di reintegrazione.²²⁵In conclusione, il teatro educativo si basa su elementi radicali e semplici, quali il corpo, il gioco e le dinamiche gruppalì; il processo che si crea nel laboratorio teatrale segue tre direzioni: favorisce la consapevolezza di nuove e delle residue potenzialità cognitive ed emotive, promuove la conoscenza e la razionalizzazione di tali potenzialità ed infine mira ad indurre nel gruppo la capacità di riprodurre determinati comportamenti e stati emotivi anche nella vita quotidiana, affinché le competenze apprese tramite l'esperienza pratica e trasformativa si instaurino nella memoria così che il soggetto può recuperarle e replicarle in situazioni e comportamenti futuri.

²²⁵Bernardi C., Il teatro sociale. L'arte tra disagio e cura. Carocci Editore, 2004, pp.92-93

Conclusione

Il fenomeno della dipendenza è complesso, coinvolge la persona nella sua globalità sia per le cause che possono portarla a sviluppare il disturbo sia per le conseguenze a cui esso conduce. Sommandosi il Disturbo da Uso di Sostanze con ulteriori disturbi, tra i quali l'alessitimia, necessita una modalità d'approccio globale che possa fornire gli strumenti adeguati per far fronte ad entrambi i disturbi, essendo essi correlati tra loro come dimostrato. Intervenire sull'assunzione incontrollata nella dipendenza è possibile facendo venir meno la sostanza e superando quel periodo di astinenza che ne consegue. Ma il fine ultimo della riabilitazione è rendere la persona autonoma, indipendente dalla sostanza e che sappia condurre la propria vita, vivere le relazioni interpersonali e la relazione con sé stesso in maniera più coerente e sana possibile. Questo presuppone un cambiamento profondo che poggia le fondamenta sulla motivazione della persona stessa ma necessita della mediazione di una figura professionale adeguatamente formata che sappia rendersi flessibile all'utilizzo di strumenti e tecniche non tradizionali. L'opzione da me avanzata è quella di attingere dal teatro, dalla sua storia, dai suoi assunti teorici fondamentali e quelli pratici, per renderlo un teatro educativo, mezzo per sperimentare ed apprendere.

“Il teatro porta alla vita e la vita porta al teatro.

Non si possono scindere le due cose.” - De Filippo

Il teatro, rivoluzionato durante il XX secolo, affonda le sue radici più profonde nella natura umana, si fonda sulla persona nella maniera più pura e totale, con le sue potenzialità, le sue difficoltà, resistenze e contraddizioni. Il teatro si offre come luogo e tempo nel quale esplorare in modo radicale i significati più profondi di sé. Il teatro educativo ne attinge mettendo in scena la vita vissuta, i sentimenti e le emozioni, le speranze e i desideri, anche quelli più indicibili e controversi. Gli utenti trovano nel teatro l'opportunità di dar voce anche a quelle emozioni così difficili da decifrare, da conoscere, da nominare e da esternare nella vita. Il gruppo si immerge in questa vita teatrale che potrebbe considerarsi più autentica della vita “vera”. L'educatore-regista struttura, sulla base delle teorie e conoscenze apprese, un percorso orientato alla scoperta, alla comprensione e alla gestione delle emozioni mediato dalle costitutive caratteristiche del teatro e dalle sue tecniche: l'esperienza corporea, l'espressività, l'azione scenica, la narrazione, la condivisione e il confronto. L'obiettivo è l'apprendimento basato sull'esperienza e sulla riflessione, di carattere trasformativo. Ovvero l'acquisizione della capacità di saper destrutturare i precedenti modelli di comprensione, di comportamento e di gestione emotiva, reificandoli in maniera costruttiva. Questo è quello che permette agli utenti di riemergere dalla vita teatrale alla vita reale, con un bagaglio d'esperienze e competenze arricchito dall'esperienza che permette loro di impiegare, nella propria vita, le nuove capacità e i nuovi modelli appresi.

Bibliografia

Artaud A. (1938), *Il teatro e il suo doppio*, Einaudi, 1968

Artaud A. (1947), *Pour en finir avec le jugement de Dieu*. Opera radiofonica. Nuovi Equilibri, 2000.

Artaud A. (1972), *A propos des Cencis*, in *Euvres Complètes*. Gallimard, Paris, 1956-1981. ed. Einaudi.

Ba G. (2016), *Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale*. Franco Angeli Editore.

Battacchi, Codispoti (1992), *La vergogna*. Saggio di psicologia dinamica e clinica. Editore Il Mulino.

Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *Journal of early adolescence*, 11(1).

Belotti, V. (2010), *Decidere e prendere parte alle decisioni; a cura di Costruire senso, negoziare spazi*, Firenze, Istituto degli Innocenti.

Bernardi C. (2004), *Il teatro sociale. L'arte tra disagio e cura*. Carocci Editore.

Bion W. R. (2013), *Esperienze nei gruppi*. Armando Editore.

Bonato F. (2016), *Emozioni sulla scena. Educazione emotiva a teatro*. Erickson.

Bowen M. (1990), *La valutazione della famiglia. Un approccio terapeutico basato sulla teoria boweniana*. Astrolabio Ubaldini Editore.

Bruce K. Alexander (2010), *"Addiction: The View from Rat Park"*. Simon Fraser University Press.

Bruner J. S. (1991), *La costruzione narrativa della "realtà"*, in M. Ammaniti, D. N. Stern (a cura di), *Rappresentazioni e narrazioni*, Laterza, Roma-Bari.

Bucci W. (1997), *Psicoanalisi e scienza cognitiva. Una teoria del codice multiplo*. Trad. italiana Giovanni Fioriti Editore, Roma 1999.

Campione G., Nettuno A. (2007), *Il gruppo nelle dipendenze patologiche*. Franco Angeli Editore.

Cappa F. (2016), *Formazione come teatro*. Raffaello Cortina Editore.

Cattarinussi B. (2006), *Sentimenti, passioni, emozioni. Le radici del comportamento sociale*. Editore Franco Angeli.

Costituzione dell'organizzazione mondiale della sanità, firmata il 22 Luglio 1946 ed entrata in vigore il 7 Aprile 1948, Art.1.

Crispiani P. (2016), Hermes 2016 Glossario scientifico professionale, edizioni junior. Spaggiari edizioni, collana di pedagogia clinica.

Crispiani P. (2006), Fare teatro a scuola. Progetti educativi di attività teatrale dalla scuola materna alle scuole superiori. Armando Editore.

Daniel J. Siegel (2013), La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale. Raffaello Cortina Editore.

Darwin C. (1872), L'espressione delle emozioni nell'uomo e negli animali. Editore John Murray.

Del Miglio Carlamaria, Couyoumdjian Alessandro, Patrizi Monica (2005), Dipendenze comportamentali negli adolescenti: videogiochi e gioco d'azzardo, in *"Psicologia clinica dello sviluppo"*, rivista quadrimestrale.

Demetrio D. (1990), Educatori di professione. Pedagogia e didattiche del cambiamento nei servizi extrascolastici. La Nuova Italia, Firenze.

Demetrio D. (1996), Raccontarsi. L'autobiografia come cura del sé. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Dewey J. (1938), Esperienza e educazione, tr. It. Raffaello Cortina, Milano 2014.

Durkheim E. (1912), Le forme elementari della vita religiosa. Edizioni di Comunità, Milano, 1971.

Ekman, P. (2008). Te lo leggo in faccia. Riconoscere le emozioni anche quando sono nascoste. Editore Amrita, collana Scienza e Compassione.

Fava F. (2018), Il teatro come metodo educativo. Una guida per educatori e professionisti sociosanitari. Carocci Faber.

Frank A. (1950), "Antonin Artaud" in La Revue théâtrale 5, n.13.

Freud S. (1901), Casi clinici 3: Dora: Frammento di un'analisi d'isteria. Bollati Boringhieri, 1985.

Gardella O. (2007), L'educatore professionale. Finalità, metodologia, deontologia. Franco Angeli Editore.

Gazzetta Ufficiale del regno d'Italia, Legge 18 febbraio 1923, n. 396, recante provvedimenti per la repressione dell'abusivo commercio di sostanze velenose aventi azione stupefacente, art.1.

Gazzetta Ufficiale del regno d'Italia, r.d.l. 15 gennaio 1934 n. 151 (art. 12), convertito nella legge n.1145/1934 contenente "Nuove norme sugli stupefacenti".

Gazzetta ufficiale della Repubblica italiana, Legge 22 dicembre 1975, n. 685, Disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope. Prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza.

Gazzetta Ufficiale, Decreto ministero della Sanità, 8 ottobre 1998, n. 520.

Gerra G., Serpelloni G. et coll.(2002), Modellistica interpretativa della "Vulnerabilità all'addiction" in Vulnerabilità all'addiction, Regione Veneto.

Goffman E. (1956), La vita quotidiana come rappresentazione. Doubleday Editore.

Goleman D. (2011), Intelligenza emotiva: che cos'è, perché può renderci felici. Rizzoli Editore.

Goleman D.(1998), Lavorare con l'intelligenza emotiva: come inventare un nuovo rapporto con il lavoro. Milano, Rizzoli.

Griffiths M.D. (2005), A 'components' model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance Use*.

Grotowski J. (1968), Per un teatro povero, ed. Bulzoni, 1970

Guerreschi Cesare(2005), "New Addictions: le nuove dipendenze", San Paolo Edizioni.

Hellinger B. (2005), Costellazioni familiari. Aneddoti e brevi racconti. Tecniche Nuove Editore.

Hellinger B. (2010), Conoscere le costellazioni familiari. Tecniche Nuove Editore.

Khantzian EJ. (1997), The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harvard Review Psychiatry*. Jan-Feb;4(5).

Leshner AI (1997), Addiction is a brain disease, and it matters, in *Science* (New York, N.Y.), vol. 278, n. 5335,1997.

Lewin, K. (1951) Teoria e sperimentazione in psicologia sociale. Tr. It. Il Mulino, Bologna 1972.

Mammana G. (1991), Il corpo del tossicodipendente, in "Salute e Prevenzione", 7.

Massa R. (1990), Istituzioni di pedagogia e scienze dell'educazione. Laterza Editore.

Mezirow J. (1991), Apprendimento e trasformazione. Il significato dell'esperienza e il valore della riflessione nell'apprendimento degli adulti. Tr. It. Raffaello Cortina, Milano,2003

Musatti C. (1988), Psicoanalisti e pazienti a teatro! A teatro!. Mondadori, Milano.

NIDA "Glossary", Luglio 2018.

Olievenstein Claude (1984), "Il destino del tossicomane". Borla Editore.

Organizzazione Mondiale della Sanità, Expert Committee on Drug Dependence: twenty-eight report, Geneva 1993.

Orioli W. (2007), Teatroterapia: Prevenzione, educazione e riabilitazione. Erickson Editore.

Osservatorio europeo delle droghe e delle dipendenze, Relazione europea sulla droga: tendenze e sviluppi, anno 2019.

Quaderni di documentazione. Giovani e droga: analisi sull'età della prima assunzione e il poliabuso tra gli utenti in trattamento presso le strutture socio-riabilitative. Direzione centrale per la documentazione e la statistica, giugno 2009.

Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia, anno 2019 (dati 2018), Presidenza del consiglio dei ministri, Dipartimento per le politiche antidroga, Parte III - Capitolo 7.

Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30.3.2001 n. 125 in materia di alcol e problemi alcol correlati: anno 2018.

Scheriani C. (2007), Bambini sopra le righe: bambini affetti da Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività. Ricerca e trattamento nella scuola dell'obbligo., Armando editore.

Sigmund F. (1884), "Sulla cocaina". Newton Compton Editore, 2010.

Signorini M.C. (2015), Terapia Stanislavskij. Studio e sperimentazione sulla ricchezza del metodo in teatroterapia e counseling. Armando Editore.

Stanislavskij K. (1938), Il lavoro dell'attore su sé stesso, a cura di Guerrieri, traduzione di Povoledo. Laterza, 2008.

Stern D (1985), Il mondo interpersonale del bambino. Tr.it. Torino: Bollati Boringhieri, 1987.

Taylor G., Bagby R.M., Parker J.D. (1987), Disorders of affect regulation: Alexithymia and psychiatric illness. Cambridge University Press (Trad. it. 2000- Fioriti Editore)

Toschi P. (1956), Le origini del teatro italiano. Boringhieri, Torino 1976.

Turner V. (1982), Dal rito al teatro. Il Mulino, Bologna, 1986.

Watzlawick, Beavin, Jackson. (1967), "Pragmatica della comunicazione umana". Casa editrice Astrolabio.

Winnicott D.W. (1971), Gioco e realtà. Roma, Armando Editore, 1995

Yalom I.D. (1970), Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo. Bollati Boringhieri, 2008.

Zullo Francesco (2015), approfondimento “Le relazioni che fortificano: la rete affettiva dei ragazzi fuori dalla famiglia di origine”, in Rivista “Cittadini in Crescita”.

Sitografia

Aifa, Osservatorio nazionale sull'impiego dei farmaci, Rapporto nazionale 2019.

<https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1205984/rapporto-osmed-2019.pdf/f41e53a4-710a-7f75-4257-404647d0fe1e>

Bazzanini E., Arte e infanzia. L'importanza dell'arte nello sviluppo del bambino. In “Tafter Journal”, 56. <https://www.tafterjournal.it/2013/02/04/arte-e-infanzia-limportanza-dellarte-nello-sviluppo-del-bambino/>.

Berge J., Sundell K., Öjehagen A., Håkansson A. (2016)

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4735309/>

Buratti C. (2017) <http://www.artspecialday.com/9art/2017/01/14/jerzy-grotowski/>

Cloninger C. R. et coll. (1993) <https://psycnet.apa.org/record/1994-13434-001>

Cosi S., Masetti S. (2019), <https://www.toscanamedica.org/2016-07-20-10-47-07/invia-articolo/862-le-nuove-dipendenze-new-addictions>

Darling N. (1999) <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED427896.pdf>

Dorn L.D., Chrousos G.P (1993) <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8243455/>

Haber S. N., Knutson B. (2010) <https://psycnet.apa.org/record/2011-14123-002>

Haviland et coll. (1994) <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8187475/>

Howard M. O. et coll. (2011) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3188822/>

<http://old.iss.it/adhd/index.php?lang=1&id=231&tipo=1>

<http://www.cufrad.it/news-alcologia/alcol-alcolismo/alcolisti-anonimi-storia-e-metodologia/10759>

http://www.dronet.org/sostanze/sos.php?codice=8&titolo=Eroina¶grafo_ordine=6

<http://www.neuroscienzedipendenze.it/nicotina.html#:~:text=La%20nicotina%2C%20se%20fuma%20viene,sono%20appunto%20stati%20chiamati%20nicotinici.>

<http://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=4719&area=Lea&menu=ospedaliera>

http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=3733

<https://www.costellazionifamiliariesistemiche.it/costellazioni/cosa-sono-le-costellazioni-familiari>

<https://www.issalute.it/index.php/la-salute-dalla-a-alla-z-menu/o/oppioidi>

<https://www.treccani.it/vocabolario/droga/>

Iss, L'epidemiologia per la sanità pubblica (2016)

<https://www.epicentro.iss.it/fumo/epidemiologia-italia>

Kellam S., Koretz D., Moscicki E.K. (1999)

https://www.researchgate.net/publication/12727073_Core_elements_of_developmental_epidemiologically_based_prevention_research_American_Journal_of_Community_Psychology_274_463-482

Kendler K. S. et coll. (2003) <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12963675/>

Kendler K.S., Prescott C. (1998)

https://www.researchgate.net/publication/13584966_Cannabis_Use_Abuse_and_Dependence_in_a_Population-Based_Sample_of_Female_Twins

Kendler K.S., Prescott C. (1999) <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9989558/>

Marinelli M., Stratta P., Lando G., Di Genova A., Rossi A. (2003)

<https://www.jpsychopathol.it/article/temperamento-e-carattere-in-persone-con-disturbo-ossessivo-compulsivo/>

Melli G. (2020) <https://www.erickson.it/it/mondo-erickson/articoli/regolazione-emozioni/>

Merikangas K. R. (1998) <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9819065/>

Ming D. Li, Burmeister M. (2009) <https://www.nature.com/articles/nrg2536>

NIDA (2018) <https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/understanding-drug-use-addiction>

O'Malley G.F, O'Malley R. (2018) <https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/argomenti-speciali/droghe-ricreative-e-tossiche/solventi-volatili>

Riley H., Schutte N.S. (2003) <https://journals.sagepub.com/doi/10.2190/6DH9-YT0M-FT99-2X05>

Rybakowski J. et coll. (1988) <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3262048/>

Sciortino S. (2006) <https://www.psychcommunity.it/wp-content/uploads/2018/05/325529.pdf>.

Shabnam Hamidi, Reza Rostami, Farzad Farhoodi, Atefeh Abdolmanafi (2010)

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042810016630>

Spear, L. P. (2000) <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10817843/>

Stanton M. D. et coll. (1978) <https://psycnet.apa.org/record/1980-23521-001>

Tice D et coll. (2001)

https://www.researchgate.net/publication/12134966_Emotional_Distress_Regulation_Takes_Precedence_Over_Impulse_Control_If_You_Feel_Bad_Do_It

Van den Bree M. B et coll. (1998) <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9839149/>

Vittorino A. (1998) http://www.treccani.it/enciclopedia/tossicodipendenza_%28Enciclopedia-del-Novecento%29/#:~:text=Bibliografia.&text=La%20nascita%20dell'attuale%20fenomeno,dei%20night%20clubs%20in%20Versilia%20.

World Health Organization, ICD 10, Volume 1, Quinta Edizione (2016)

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246208/9788894307610-V1-ita.pdf?sequence=108&isAllowed=y>

Zoccatelli G., Seri C., Alessandrini F., Serpelloni G.

http://www.politicheantidroga.gov.it/media/1681/281_inalanti.pdf

Zullo Francesco (2015) https://www.minori.gov.it/sites/default/files/CIC_26-31.pdf