

Meloni, Samantha

Il filo rosso dei legami. Trasmissione intergenerazionale e modelli di attaccamento

München; Wrocław : Selbstverlag 2026, 269 S.



Quellenangabe/ Reference:

Meloni, Samantha: Il filo rosso dei legami. Trasmissione intergenerazionale e modelli di attaccamento. München; Wrocław : Selbstverlag 2026, 269 S. - URN: urn:nbn:de:0111-pedocs-359677 - DOI: 10.25656/01:35967

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-pedocs-359677>

<https://doi.org/10.25656/01:35967>

Nutzungsbedingungen

Dieses Dokument steht unter folgender Creative Commons-Lizenz: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/de/deed> - Sie dürfen das Werk bzw. den Inhalt unter folgenden Bedingungen vervielfältigen, verbreiten und öffentlich zugänglich machen: Sie müssen den Namen des Autors/Rechteinhabers in der von ihm festgelegten Weise nennen. Dieses Werk bzw. dieser Inhalt darf nicht für kommerzielle Zwecke verwendet werden und es darf nicht bearbeitet, abgewandelt oder in anderer Weise verändert werden.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use

This document is published under following Creative Commons-License: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/de/deed.en> - You may copy, distribute and transmit, adapt or exhibit the work in the public as long as you attribute the work in the manner specified by the author or licensor. You are not allowed to make commercial use of the work or its contents. You are not allowed to alter, transform, or change this work in any other way.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.



Kontakt / Contact:

peDOCS
DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation
Informationszentrum (IZ) Bildung
E-Mail: pedocs@dipf.de
Internet: www.pedocs.de

SAMANTHA MELONI

IL FILO ROSSO DEI
LEGAMI: TRASMISSIONE
INTERGENERAZIONALE E
MODELLI DI
ATTACCAMENTO

INDICE

INTRODUZIONE	7
PRIMO CAPITOLO	
Il ruolo dell'attaccamento nello sviluppo della personalità	
1.1 Lo sviluppo del Sé	13
1.2 L'attaccamento	33
1.3 Lo sviluppo del comportamento di attaccamento nell'uomo	40
1.4 Teoria dell'attaccamento	44
1.5 Una base sicura	48
SECONDO CAPITOLO	
L'importanza dei legami affettivi familiari	
2. 1 La teoria dell'attaccamento e i bambini maltrattati	51

2.2 La valutazione della relazione madre-bambino	64
2.3 I legami tra i componenti della famiglia	69
2.4 I rapporti tra le qualità di attaccamento dei genitori	71
2.5 I rapporti tra le qualità di attaccamento degli adulti e dei bambini	73
2.6 Il ruolo del genitore in situazioni di violenza	79
2.7 Fattori che possono compromettere gravemente lo sviluppo del bambino e fattori protettivi	81
2.8 Variabili responsabili della cronicità e della gravità della violenza	85
2.9 La ricerca sulle famiglie maltrattanti	93

TERZO CAPITOLO

I disturbi correlati all'uso di sostanze

3.1 La tossicofilie	99
3. 2 Ricompensa psicobiologica	107
3.3 La molteplicità dell'esperienza tossicofilica	110
3.4 L'eroina e gli oppioidi	112
3. 5 Agonisti puri	118

3. 6 Antagonisti puri	121
3.7 Gli agonisti/antagonisti ad azione mista	123
3. 8 I vari tipi di tolleranza	125
3.9 La dipendenza	128
3.10 Lo sviluppo della relazione con la sostanza: gli stadi della tossicomania da oppiacei	132
3.11 Patologie collegate al consumo di oppiacei	136
3.12 L'intervento terapeutico: il trattamento multimodale integrato	139
3.13 Gli interventi farmacologici	142
3.14 Gli interventi psicoterapici	149
3.15 Le comunità terapeutiche	151
3.16 La cocaina	156
3.17 Le conseguenze biologiche e psicologiche	160
3.18 Le dimensioni psicologiche	164
3.19 Le anfetamine	165
3.20 Il trattamento delle dipendenze da cocaina e anfetamine	166
3.21 Il tabagismo	170
3.22 La nicotina	172
3.23 Il problema della dipendenza	175

3.24 Fumo attivo, fumo passivo	174
3.25 L'alcolismo	179
3.26 Effetti comportamentali e psicologici	182
3.27 Diagnosi e trattamento delle problematiche	184
3.28 Disturbi causati dall'alcol	189
3.29 La marijuana e gli altri cannabinoidi	190
3.30 Effetti comportamentali e fisiologici dell'azione chimica	192
3.31 L'LSD, la mescalina, il peyote e gli altri psichedelici	195
3.32 Le metossianfetamine: l'ecstasy e le altre empatogene	201
3.33 La tossicodipendenza in un'ottica multifattoriale	204
3.34 Un modello eziopatologico relazionale della tossicodipendenza da eroina	210

QUARTO CAPITOLO

Contributo empirico sul legame genitoriale dei tossicodipendenti sulla prospettiva intergenerazionale

4.1 L'attaccamento	213
4.2 Gli studi sulla famiglia	234
4.3 Lo studio	244
4.4 Lo strumento	245
4.5 I risultati	248
4.6 Conclusioni	251
 BIBLIOGRAFIA	 256

INTRODUZIONE

Iniziai questa ricerca sulla tossicodipendenza circa vent'anni fa, lo scenario delle sostanze era differente, ma la sofferenza nascosta (quel vuoto di sé) prodotto dai legami principali fragili resta la vera origine del problema.

Come ho avuto modo di approfondire nel mio precedente volume “L'importanza di sviluppare l'intelligenza emotiva in età prescolare” (2024), i genitori e i caregiver rappresentano per i bambini gli unici specchi di riferimento. Se per qualche motivo i pensieri dei genitori dovessero risultare inaccessibili, il bambino percepirebbe solo l'esclusione.

Questa assenza di sintonia affettiva primaria può produrre quel vuoto che la tossicodipendenza tenta, dolorosamente, di colmare.

Insegnare le emozioni è fondamentale perché permette di fornire quegli strumenti di resilienza che affondano le radici in un attaccamento sicuro.

La qualità delle cure da parte dei genitori è la condizione necessaria, un fattore rilevante per lo sviluppo di un attaccamento sicuro nel bambino.

Bowlby è stato uno dei primi psicologi a sottolineare l'importanza della presenza di una figura di attaccamento nei primi anni di vita dell'essere umano.

L'autore ha ritenuto che la sopravvivenza della specie, ed in particolare dei piccoli, è garantita quando viene mantenuta la vicinanza alla persona preferita.

Il comportamento di attaccamento si manifesta soprattutto quando l'individuo è spaventato o malato e diminuisce quando questi riceve cura e conforto; questo legame si sviluppa nella prima infanzia e persiste per tutta la vita.

Particolari schemi del comportamento di attaccamento di un individuo variano a seconda dell'età, del sesso e a

seconda delle esperienze che egli ha vissuto con le prime figure di attaccamento della sua vita.

Prendendo in considerazione il modello di Bowlby, Ainsworth ha elaborato un metodo chiamato "Strange Situation" (attraverso il quale ha descritto tre stili di attaccamento: attaccamento sicuro; attaccamento insicuro/evitante e attaccamento ansioso/ambivalente) mediante il quale ha osservato il modo in cui i bambini piccoli reagiscono all'assenza e alla ricomparsa della madre.

Successivamente Crittenden ha elaborato un quarto stile di attaccamento definito evitante/ambivalente: esso è considerato un fallimento nella creazione del legame con la madre perché il bambino è incapace di strutturare un comportamento costante verso la persona preferita.

Diversi studi hanno sottolineato come difficoltà nello sviluppo di attaccamento nella prima infanzia costituiscano un elevato pericolo di produrre, in età

successiva, una serie di disturbi psicopatologici, infatti, l'importanza della qualità dei legami nei primi anni di vita è testimoniato dal fatto che gran parte dei giovani ha una storia di maltrattamento ed è probabile che, per alcuni di essi, possa aumentare il rischio di usare sostanze ed incorrere in condanne penali.

Le famiglie ad alto rischio di psicopatologia sono soprattutto quelle caotiche e maltrattanti, quelle in cui la madre è nubile, adolescente ed economicamente svantaggiata oppure quelle famiglie nelle quali è presente nella coppia genitoriale conflittualità elevata o abuso di sostanze.

Le componenti sociologicamente importanti, che costituiscono gli elementi di base nella manifestazione individuale e collettiva del fenomeno della tossicodipendenza, sono rappresentati da un insieme di fatti ed eventi che condizionano l'agire sociale di molti ragazzi.

Il giovane tossicomane non dipende soltanto dalla droga

ma mantiene uno status di dipendenza dalla famiglia maggiore rispetto ai coetanei.

Quando la tossicodipendenza è sotto controllo, subentrano nuovamente motivi di contrasto tra i genitori, ed in questo caso, il figlio agisce da regolatore a feedback del sistema, proponendo alla famiglia il pericolo della droga in cambio di una maggiore stabilità della vita di coppia.

La caratteristica che, in particolare, qualifica la tossicodipendenza è la componente di abbandono affettivo; l'esperienza abbandonica si forma prematuramente a partire dalla relazione di accudimento materno nell'infanzia, continua nelle fasi successive del ciclo vitale familiare senza essere identificata ed ha le sue radici in un sistema familiare in cui la divisione dei ruoli e i compiti affettivi avviene in modo incompiuto.

Nelle persone che fanno uso di sostanze affiora la necessità di poter accedere ad una migliore esperienza di

sé e del mondo: alcuni, mediante un distacco emotivo, vogliono un sollievo da una sofferenza fisica o morale; altri, invece, assumono sostanze per essere una persona importante per gli altri.

CAPITOLO PRIMO

IL RUOLO DELL'ATTACCAMENTO NELLO SVILUPPO DELLA PERSONALITÀ.

1.1 LO SVILUPPO DEL SÈ

Lo sviluppo del carattere degli esseri umani e della loro personalità avviene in un contesto già esistente, in una realtà che vede interagire più soggetti.

Tramite dell'interazione è il linguaggio, che consente di partecipare se stessi al mondo e di ricevere in se stessi il mondo.

Secondo l'epistemologia a base della conoscenza di sé c'è l'essere simili agli altri, che passa attraverso l'interazione.

Per l'ontologia l'origine dello sviluppo della personalità avviene con il differenziarsi dai propri simili, secondo il punto di vista ontologico, quindi, si diventa se stessi

quando si è in grado di ordinare le tensioni nel momento in cui si interagisce.

Convivere con gli altri significa, ontologicamente, aver raggiunto un equilibrio ed essere in grado di negoziare con gli altri sia il consenso sia l'accettazione reciproca.

La dinamica dell'identità personale e del suo significato si possono delineare attraverso due tipi di processi:

1) i processi di attaccamento, per cui l'IO ed il ME si identificano ed il sé è contemporaneamente soggetto ed oggetto,

2) i processi che portano all'autoreferenzialità del significato personale.

Quando si parla del bambino si deve tener presente che ci si trova di fronte ad un essere dotato di "basic feelings", cioè di emozioni di base e della capacità di comunicare.

La comunicazione utilizza la mimica facciale fin dai primi momenti dello sviluppo e questo consente al bambino di sintonizzarsi con gli altri in quello che si definisce "Getting Attuned".

La relazione genitori-bambino consente a quest' ultimo di percepire se stesso ed il mondo attraverso l'interdipendenza e la reciprocità dei ritmi di natura psicofisiologica.

Questo sarebbe comprovato da ciò che avviene nel periodo della gestazione quando il feto evidenzia la sua capacità di partecipare alla vita esterna quasi che la vita intrauterina sia una prima forma di apprendimento.

Il bambino conoscerà attraverso un processo di autorganizzazione e di costruzione di un mondo che gli consenta di aver fiducia per poter comprendere di esserci.

Per questo alla base di qualsiasi esperienza c'è un vincolo ontologico, cioè una reciprocità emotiva coi genitori. Il

bambino può percepire il mondo in modo intersoggettivo, delimitandone le dimensioni, scambiando le cose, attraverso il contatto con i genitori, entrando in sintonia con una dimensione esterna che diventerà per lui una realtà personale.

I processi neocorticali di cui il bambino è dotato, gli consentono, mediante il riconoscimento facciale, di imitare i genitori in una sorta di attività di ordinamento autoreferenziale, che avviene tramite coordinazione tra varie dimensioni sensoriali, che consentono l'elaborazione di dati ordinari come pattern di risposta sia motoria sia affettiva.

Allo stesso modo il bambino ha percezione di sé attraverso il rapporto mimetico reciproco col genitore.

I processi di attaccamento, allora, svolgono un ruolo organizzativo che può essere facilmente descritto e delineato.

Infatti sia lo sviluppo del senso di sé come soggetto sia quello come complemento (IO-ME) si possono far risalire alla regolarità che il bambino percepisce sia nei comportamenti sia nelle intenzioni dei genitori e questo gli consente di unire azioni e memoria e di trasformarle in schemi emozionali responsabili dell'esperienza personale.

Il bambino, allora, percepisce sé stesso come un'entità differente sia dagli altri sia dalle cose che lo circondano.

La coscienza infantile, affettiva sia per natura sia per qualità, trae alimento anche dai ritmi psico-fisiologici e dagli schemi emozionali in base ai quali il bambino si percepisce come primo organizzandosi in virtù della reciprocità dell'attaccamento coi genitori ed è attraverso la coscienza che i genitori hanno del suo comportamento che egli può considerarsi in me.

Il processo di percezione e di considerazione è più o meno veloce a seconda della possibilità di riconoscere le esperienze su cui si strutturano i pattern.

Il bambino si sente altrove dal suo essere unico e continuatore, creando un processo a più livelli, che gli consentono di entrare in sintonia con gli altri e di trovare la condizione necessaria per essere diverso dagli altri.

Egli si identifica con gli altri e questo gli consente di conoscersi in modo intersoggettivo e di lasciarsi coinvolgere in un processo emotivo con una figura di attaccamento.

Egli sente, così, ciò che l'altro sente ed in questo modo con la percezione della somiglianza delle sue emozioni con quelle dell'altro, delimita se stesso rispetto ad una realtà interpersonale condivisibile e si sente unico attraverso l'unicità dei legami affettivi significativi.

Il neonato ordina le sue sensazioni in una gamma di emozioni, decodificabili in un continuum di avvicinamento ed allontanamento dai genitori grazie alla sintonia psicobiologica.

È dunque l'attaccamento il regolatore di tutte le sensazioni, per cui il bambino, avvertendo in modo diverso le risposte dei genitori alla sua ricerca ed al contatto, modula su questo la struttura e la qualità delle reciprocità.

Le esperienze che il bambino può fare sono molto limitate e sono legate a tre tipologie di accesso ai genitori:

- 1) l'accesso che rende sicuro l'attaccamento del bambino;
- 2) l'accesso bloccato, che rende insicuro-evitante l'attaccamento;
- 3) l'accesso imprevedibile a cui consegue un attaccamento insicuro-ambivalente.

Risulta, quindi, che i rapporti di attaccamento coi genitori sono gli ordinatori delle emozioni del bambino.

Intorno ai due anni di età il bambino delinea il profilo del ME, cosa che si può provare controllando la sua capacità di riconoscere se stesso e la reazione di fronte ad uno specchio.

Egli si percepisce in modo continuo nel tempo e nello spazio, evidenziando la coscienza della capacità di differenziarsi dagli altri; cosa questa che qualche volta può avere come conseguenza la paura per gli estranei.

Il percepire gli altri come distinti da sé e l'avvertire il proprio sé come un oggetto vanno in parallelo.

Per questo, se la conoscenza umana viene considerata ontologicamente, il riconoscersi rappresenta la capacità di spiegarsi e di avere chiara la differenza tra il senso interno soggettivo ed il senso esterno oggettivo e condiviso.

L'esperienza di sé stabile e continua nel tempo è dovuta alle emozioni antagoniste, che si attivano e si disattivano, come accade nel bambino che passa da un atteggiamento

di rabbia ad uno di disperazione a causa di esperienze di separazione o rifiuto.

Da questo consegue un'esperienza di sé basata su un senso di solitudine e di distacco dagli altri, con eccessi di disperazione o di aggressività.

La solitudine ed il distacco connessi alla disperazione possono essere limitati dall'attivazione della rabbia che obbliga a contatti interpersonali.

La rabbia, a sua volta, è frangiata dalla disperazione che produce il ripiegamento di se stesso, col risultato di produzione di un atteggiamento proprio del bambino evitando che, attaccato ai genitori, si astiene da contatti ravvicinati che potrebbero dar vita al rifiuto e, quindi, alla rabbia.

Ne deriva una spirale: contatto-rabbia- isolamento- contatto- rabbia e così via, in un processo interno al bambino che non abbisogna di riferimenti diretti con

l'ambiente esterno.

Infatti fin dalle prime fasi dello sviluppo il bambino stabilizza l'esperienza in un processo di decodifica delle emozioni, per cui lo sviluppo emotivo è il risultato di un processo dialettico di confronto costante tra schemi emozionali, che fin dalle prime esperienze appaiono latenti ed il fluire di sensazioni e ritmi psicofisiologici molteplici.

Il bambino, poiché comprende le differenze tra la sua esperienza di sé ed il modo in cui sente di essere percepito dai genitori, riordina l'immediatezza di sé e la propria esperienza e le dà la consistenza che gli altri condividono del suo sé come persona.

Man mano che il livello cognitivo matura il bambino giunge all'autoreferenzialità.

Secondo la SCRIPT THEORY l'autoreferenzialità sottenderebbe l'interazione tra affettività e cognizione.

Per questo l'elaborazione degli scritti si può dire che sia, da una parte, la capacità di ordinare le scene singole in scritti e riguarderebbero la costruzione di un'immagine del mondo che produce l'idea dell'esserci e dall'altra, consentirebbe di autoregolamentare le esperienze.

Dopo i 2 anni per un periodo di tempo variabile, la coscienza degli altri è instabile ed il bambino non distingue il sé in quanto il cogliere il punto di vista degli altri riguarda una dimensione fisica e le differenze tra l'interno e l'esterno sono sfumate.

Il periodo prescolare è impegnato in queste operazioni ed il senso di sé è legato ai rapporti di attaccamento in corso.

Tra i 6-7 anni gli altri vengono percepiti come distinti ed il fanciullo avverte la propria soggettività come unica e continua nel tempo.

Egli è in grado di riconoscere le differenze tra immaginazione e percezione per cui può attivare

procedure di esclusione, se posto di fronte a situazioni intense, fino alla disconnessione delle emozioni, in seguito alla quale l'IO risulta incomprensibile.

Posto di fronte a situazioni intense il fanciullo può prevenire emozioni che lo turbano con l'attivazione di altre emozioni, pensieri e comportamenti in grado di spostare l'attenzione verso attività che allontanino dall'elaborazione di dati fino ad allora non considerati.

Questi diversivi potranno diventare sintomi specifici, follie, disturbi psicosomatici.

L'adolescenza è caratterizzata dallo sviluppo dell'astrazione riflessa, da cui emerge un livello di autoriferimento nel mentre i meccanismi che consentono di mantenere i propri contorni diventano riflessivi.

La rivoluzione cognitiva, man mano che si passa dall'adolescenza alla giovinezza, l'attaccamento si mantiene fondamentalmente interdipendente rispetto alla

dinamica tra i contorni del sé ed al significato personale.

Nel corso della maturazione l'attaccamento è in relazione con la differenziazione e lo sviluppo dei contorni del sé, fino all'età adulta, nel corso della quale vengono alla luce nuovi tipi di attaccamento, quali i rapporti intimi o le relazioni sentimentali che finiscono col confermare e stabilizzare o, anche, articolare il pattern di coerenza di significato personale già strutturato.

Ne deriva, quindi, che, come l'unicità dei legami affettivi dell'infanzia e dell'adolescenza costituisce un requisito necessario per la percezione del mondo ed il riconoscimento del proprio esserci, così nell'età adulta costruire una relazione esclusiva con una persona è un modo per percepire la propria unicità ed il proprio sentirsi nel mondo.

La modificazione dei modelli interni è, quindi, strettamente correlata con dei cambiamenti ed è chiaro che da questi dipendono, anche le eventuali perturbazioni

in grado di destabilizzare l'immagine di sé in corso di formazione, data l'importanza fondamentale dell'interazione bilanciata tra l'individuo e la sua rete di relazioni affettive.

Le ricerche di studiosi come Bowlby, Brown, Duncan-Jones, per citarne solo alcuni, sui cosiddetti "eventi di vita" (Bowlby, *The Making and breaking of Affectional Bonds, pt.1, Etiology and Psychopatology in the Light of Attachment Theory, Br. J. Psychiat. Vol.130*, 201-10, 1977) hanno dimostrato che è proprio nel corso della costruzione, del mantenimento e della rottura di tali relazioni che si possono provare le emozioni più intense. D'altra parte gli studi epidemiologici hanno dimostrato come l'indice di rete sociale dovrebbe essere un indicatore importante della prevenzione sanitaria, in quanto l'isolamento affettivo e sociale costituisce un fattore di rischio che può accompagnarsi ad un incremento di morbidità o di mortalità.

Da ciò discende come logica conseguenza che come

sostengono Field e Reite, i ritmi psicofisiologici delle persone tra cui si è formato un legame affettivo, sono strettamente legati alla coordinazione comportamentale dei loro pattern di interazione, in quanto, come fa notare Hofer, non esiste un'autoregolazione indipendente in nessuna fase.

Infatti, solo se si considera l'immagine dell'altro come una configurazione unitaria di modulo senso - affettivo motori, si può capire come la presenza o il contatto fisico con l'altro siano in grado di modulare l'attività cardiovascolare e la reattività neurovegetativa.

Considerato sotto il profilo ontologico un rapporto affettivo consiste nella costruzione autoreferenziale di un'immagine dell'altro che possa stabilizzare la dinamica tra i contorni del sé.

Infatti l'immagine dell'altro è in stretta correlazione con il pattern di significato personale, a tal punto che, in caso di depressione, l'immagine dell'altro si connette con la

propria solitudine e l'esclusione dal mondo
interpersonale.

Da questa esperienza si può uscire in modo positivo, cioè
con la protezione o in modo negativo, cioè con la perdita
dell'indipendenza.

Per quanto attiene al grado sembra evidente che l'intimità
che si percepisce con una figura di attaccamento sia
legata all'intensità dell'interdipendenza emotiva che si
esperisce nella recazione.

Il grado di intimità consente una previsione affidabile
delle relazioni emotive quando la relazione affettiva
andasse a rompersi.

Nel considerare una relazione affettiva che si rompe
vanno distinti due aspetti quasi indistinguibili cioè la
dinamica della separazione e le reazioni emotive tipo
"lutto" interconnesse" (V. Guidano, *Il Sé nel suo divenire*,
cit. p.75)

Per considerare la natura della separazione occorre partire dalla considerazione che i legami affettivi seguono una direzione ortogenetica lungo la quale i legami stessi subiscono delle trasformazioni e passano da uno stato di indifferenziata globalità ad uno gerarchico.

Lo sviluppo dei rapporti affettivi è multidirezionale e si svolge su più livelli, alla ricerca di una integrazione, sempre gerarchica.

I rapporti si rompono per vari fattori e la separazione è un processo multidirezionale, di cui si evince la portata della reazione che si definisce cordoglio in considerazione dei processi psicofisiologici innescati dalla privazione di una persona amata.

Nel cordoglio si perde il modo di sentirsi, non solo e non tanto la persona in quanto l'affetto nasce dalla scelta del modo di sentir-si con la persona, per cui esso corrisponde ad una discrepanza IO-ME, generata da una modulazione psicofisiologica perturbante, che produce la

disgregazione della propria continuità.

La desincronizzazione fra l'immagine dell'altro e la regolazione tra i contorni del sé causa sia l'esperienza del lutto sia il processo di separazione, per cui esiste una continuità sostanziale tra le varie reazioni di cordoglio, sia quelle causate da perdite di persone care sia quelle dovute a separazioni affettive.

In queste due situazioni ci sono differenze profonde riguardo la struttura del cambiamento.

Infatti la separazione per cause di morte ha come conseguenza la perdita del contatto fisico ed emotivo con l'essere amato, di cui, però, si conserva l'immagine sempre positiva.

In caso di un fallimento sentimentale, l'immagine dell'altro cambia in modo radicale, in negativo, che genera tonalità di cordoglio meno acute che nel lutto, ma ambigue e più lunghe da elaborare.

La rottura di un matrimonio comporta la necessità del recupero di un ruolo sociale accettabile, per cui i processi di cordoglio sono molto diversi rispetto a quelli del lutto vero e proprio e possono sfociare nella depressione e nell'isolamento sociale o nel superamento veloce del lutto stesso o, qualche volta, nella minimizzazione dell'accaduto e nella negazione della perdita.

Quest' ultima rappresenta l'inizio di un tentativo di esclusione delle emozioni quali il cordoglio e si rivela con una lotta, volta a mantenere intatta l'immagine dell'altro, così com'era strutturata all'atto della separazione.

In questa lotta, i soggetti più depressi mantengono i ricordi più vividi e, come osservato da Harvey, Flanary e Morgan, si riferiscono continuamente al partner attivando emozioni intense.

Per questo riorganizzare il proprio senso di continuità dipende dalla flessibilità con cui il soggetto modifica la valutazione della relazione e della reciprocità emotiva che

la caratterizzava.

Più la riorganizzazione e le trasformazioni sono ridotte o rimandate più è grave l'atteggiamento di disadattamento e l'incapacità di iniziare altre relazioni affettive.

Se si considera la prospettiva empirista, il ciclo di vita degli individui dopo la maturità ha come caratteristica il mantenimento, a tempo indefinito dell'equilibrio ottimale che si presuppone conseguito, in una sorta di ottica omeostatica che sembra escludere qualunque progressione e ridurre lo sviluppo della vita adulta ad un processo di solo rimodellamento dei dati che va regolato dai rapporti che di volta in volta si stringono con l'ambiente.

Se si accetta questo assunto ne deriva che l'infanzia è l'unico periodo della vita che determina l'intero ciclo.

1.2 L'ATTACCAMENTO"

Bowlby definisce l'attaccamento come "qualsiasi forma di comportamento che porta una persona al raggiungimento o al mantenimento della vicinanza con un altro individuo preferito, considerato come più forte o più esperto" (J.

Bowlby, *Costruzione e rottura dei legami affettivi*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1982, p. 136).

Questo comportamento si manifesta soprattutto quando l'individuo è spaventato o malato e diminuisce quando questi riceve cura e conforto.

Sapere, per un uomo, di avere una persona disponibile nei momenti ardui, fornisce un forte senso di sicurezza e valorizza il legame.

L'attaccamento è un comportamento che può essere osservato in tutti gli esseri umani con caratteristiche diverse ed è considerato parte integrante di ogni individuo; questo legame si manifesta soprattutto nella

prima infanzia e persiste per tutta la vita, in particolar modo, nei momenti più difficili.

Nella prima infanzia sono importanti i meccanismi di segnalazione come pianto, balbettio e sorriso che comunicano i bisogni del bambino e incoraggiano l'adulto ad andare da lui.

Il piccolo, dall'interazione con la figura che si prende cura di lui, elabora una serie di pattern comportamentali che saranno utili per tutta la vita.

Particolari schemi del comportamento di attaccamento manifestati da un individuo variano a seconda dell'età, del sesso e a seconda delle esperienze che egli ha vissuto con le prime figure di attaccamento della sua vita.

La teoria dell'attaccamento riconosce importanza a determinate caratteristiche:

1) SPECIFICITÀ: Il comportamento di attaccamento è rivolto verso una o poche persone, seguendo un ordine di

preferenza.

2) DURATA: Un legame dura per tutta la vita. Anche se durante il periodo adolescenziale i primi attaccamenti possono indebolirsi o, in alcuni casi, essere sostituiti da altri, i primi non vengono abbandonati facilmente.

3) RUOLO DELLE EMOZIONI: La maggior parte delle emozioni più intense nasce durante la formazione, il mantenimento, la distruzione e il riproporsi di relazioni di attaccamento.

4) ONTOGENESI: Il legame di attaccamento agli adulti si evolve,

normalmente, durante i primi nove mesi di vita. La principale figura di attaccamento di un bambino sarà la persona che, più di altri, avrà cura di lui.

5) APPRENDIMENTO: Un processo fondamentale nello sviluppo dell'attaccamento consiste nell'imparare a

distinguere le persone familiari dalle persone estranee.

Un attaccamento si può sviluppare anche quando la figura preferita punisce ripetutamente il bambino.

6) ORGANIZZAZIONE: Prendendo in considerazione il modello di Bowlby, Ainsworth ha descritto, seguendo un metodo di stili di osservazione chiamato "Strange Situation" (P. Di Blasio, *Psicologia del bambino maltrattato*, Società Editrice Il Mulino, 2000), tre stili di attaccamento: stile di attaccamento sicuro, stile di attaccamento insicuro evitante, stile di attaccamento ansioso ambivalente.

a) Stile di attaccamento sicuro: nel primo anno di vita i fanciulli che sperimentano una "madre responsiva" ai loro bisogni creano con lei un legame di attaccamento sicuro. Essi, nel caso in cui la madre dovesse separarsi da loro, sarebbero scontenti però, in seguito, sarebbero capaci di esplorare l'ambiente attivamente. Nella Strange Situation, al momento del distacco, il piccolo si ribella e piange anche se poi si calma e accoglie la mamma quando

ritorna salutandola o facendosi consolare quando ha sofferto durante la separazione.

b) Stile di attaccamento insicuro evitante: gli infanti che nel primo anno di vita esperiscono una madre insensibile ai loro bisogni, formano con lei un legame di attaccamento di tipo ansioso-insicuro; in questo periodo essi si dimostrano indifferenti alla presenza o assenza della madre, mostrano un eccesso di autonomia, sono concentrati nel gioco distogliendo lo sguardo e si mantengono a distanza da lei evitando il contatto.

c) Stile di attaccamento ansioso ambivalente: nei primi mesi di vita si forma un legame di attaccamento ansioso ambivalente quando il bambino sperimenta una madre che è incline a manifestare un comportamento affettuoso quando non è lui a richiederlo ma quando è lei a sentire il bisogno attraverso il contatto fisico e, in altre situazioni, si rifiuta a dargli affetto quando è lui a richiederlo. Quando la donna si allontana dal figlio, questi piange e non esplora l'ambiente da solo. Il piccolo manifesta la

cosiddetta "rabbia disfunzionale", cioè aggredisce nei momenti sbagliati. (P. Di Blasio, *Psicologia del bambino maltrattato*, cit. p. 83) Quando il bambino desidera essere confortato respinge la madre e si dimostra diffidente nei suoi confronti.

d) Negli anni successivi è stato aggiunto un quarto stile di attaccamento definito "evitante ambivalente" (Crittenden e Di Lalla 1988). Questo tipo di attaccamento viene considerato un fallimento nella creazione del legame con la genitrice perché il figlio è incapace di strutturare un comportamento costante verso la persona preferita.

7) FUNZIONE BIOLOGICA: Il comportamento di attaccamento non si realizza solo negli uomini ma anche nei cuccioli di molte specie di mammiferi. La funzione biologica che viene assegnata al piccolo è quella della protezione. L'attaccamento alla persona preferita, che è sempre disponibile a proteggere il figlio in momenti difficili, favorisce la sopravvivenza del bambino. (J. Bowlby, *Costruzione e rottura dei legami affettivi*, cit. p.

137-138).

1.3 SVILUPPO DEL COMPORTAMENTO DI ATTACCAMENTO NELL'UOMO

Lo sviluppo del comportamento di attaccamento nel primo anno di vita si differenzia dagli anni successivi; infatti nel secondo e nel terzo anno è presente nel bambino una maggiore capacità di comprensione del mondo circostante: egli diventa sempre più cosciente di un distacco "incombente" (J. Bowlby, *Attaccamento e perdita*, Volume primo, Editore Boringhieri, 1976, p. 250).

Il piccolo, nel primo anno di vita, protesta quando la madre lo lascia nella culla o quando è occupata in altre faccende e da questo momento inizia ad osservarla. Nello stesso anno l'infante è in grado di prevedere quando la figura materna si allontana da lui e inizia a protestare ancor prima che la donna vada via.

Il comportamento di attaccamento è regolare fino al terzo anno di vita; in questo periodo si manifesta un cambiamento messo in evidenza dagli insegnanti di

scuola materna.

La maggior parte dei bambini di due anni inizia a piangere quando la genitrice li accompagna all'asilo; essi, in assenza della mamma, si isolano dai compagni e pretendono l'attenzione dell'insegnante. Intorno ai tre anni, invece, i piccoli diventano più capaci di accettare una momentanea assenza della figura materna e sono disposti a giocare con i loro coetanei.

Dopo i tre anni si manifesta un mutamento fondamentale in quanto i bambini diventano più sicuri in ambienti esterni con figure di attaccamento secondarie, come per esempio un insegnante o un parente.

Questo senso di sicurezza dipende da alcune condizioni: in primo luogo le figure secondarie devono essere persone che il bambino ha conosciuto in presenza della madre; in secondo luogo il piccolo dev'essere sano e tranquillo; in terzo luogo deve avere la certezza che la mamma ritorni da lui successivamente.

In assenza di queste condizioni è probabile che il bambino possa diventare "mammone" (J. Bowlby, *Attaccamento e perdita*, Volume primo, cit. p.251).

Negli anni successivi il comportamento di attaccamento, nonostante si manifesti in modo meno intenso, continua ad essere un aspetto fondamentale del comportamento. I fanciulli di cinque e sei anni, quando hanno problemi con altri coetanei, ritornano dal genitore per poter essere confortati e rassicurati.

Nel periodo adolescenziale si verifica dell'attaccamento nei confronti dei genitori: altri adulti possono sostituire i genitori e si verificano attrazioni sessuali nei confronti dei coetanei. Si verificano variazioni individuali". (J. Bowlby, *Attaccamento e perdita*, Volume primo, cit. p. 251)

Vi sono adolescenti che si allontanano dai genitori ed altri che, invece, non sono capaci di separarsi da loro e, di conseguenza, non riescono a rivolgere l'attaccamento verso altre persone.

La maggior parte dei ragazzi ritiene che, nonostante sia forte il legame con i genitori, siano fondamentali anche i legami verso altri individui.

Il legame con i genitori permane per tutta la vita ed influisce sul comportamento: Young e Willmott (1957) hanno dimostrato che in una società occidentale urbanizzata il legame tra madre e figlia ha un ruolo importante nella vita sociale.

In età avanzata il comportamento di attaccamento non è più rivolto verso i genitori ma si indirizza verso i membri di una generazione successiva.

Nell'adolescenza nell'età adulta il comportamento di attaccamento è rivolto anche verso gruppi e istituzioni esterne alla famiglia.

In condizioni di pericolo improvviso, un individuo sicuramente cercherà un contatto con persone fidate.

1.4 TEORIA DELL'ATTACCAMENTO

La teoria dell'attaccamento è nata come revisione della teoria psicoanalitica. Il compito di questa teoria consiste nel concettualizzare la propensione dell'uomo a creare legami affettivi con persone particolari; inoltre, si occupa del funzionamento disturbato di individui originato da perdite traumatiche e separazioni involontarie..

Essa abbraccia gran parte della teoria psicoanalitica e differisce da quest'ultima nell'adozione di alcuni principi derivati dalla teoria etologica, dalla teoria dei sistemi di controllo e dalla psicologia cognitiva.

La teoria etologica ritiene che esistano comportamenti specie specifici che si sono evoluti perché garantiscono la sopravvivenza della specie.

La tendenza a sviluppare questi comportamenti è trasmessa geneticamente.

La teoria predominante, fino alla metà degli anni

cinquanta, era focalizzata sulla natura e le origini dei legami affettivi.

La teoria classifica due tipi di pulsioni, quelle riguardanti il nutrimento e il sesso definendole primarie e quelle secondarie inerenti la dipendenza.

L'individuo scopre che per poter diminuire determinate pulsioni è necessario sviluppare una relazione con un'altra persona.

All'inizio degli anni cinquanta lo studio di Lorenz sull' "imprinting" fornì un approccio alternativo" (K. Z. Lorenz, *Der kumpan in der Umwelt des Vogels*, 1935).

Lorenz aveva constatato che in alcune specie di uccelli, i piccoli creano, nei primi giorni di vita, un legame con una figura materna, indipendentemente dal bisogno del cibo.

Questo modello, differenziandosi da quello tradizionale, includeva un certo numero di caratteristiche che potevano adattarsi agli esseri umani.

La teoria dell'attaccamento è conosciuta soprattutto tramite le opere di J. Bowlby e M. Ainsworth.

Bowlby è stato uno dei primi psicologi a sottolineare l'importanza della presenza di una figura di attaccamento nei primi anni di vita dell'essere umano.

L'autore ha ritenuto che la sopravvivenza della specie ed in particolare dei piccoli è garantita quando viene mantenuta la vicinanza alla persona preferita.

L'attaccamento di un bambino si forma attraverso tre fasi durante il primo anno: verso i sei mesi, con l'affiorare di comportamenti come la locomozione, si ottiene un attaccamento ben definito.

Dopo il terzo anno di età si verifica lo sviluppo di ciò che Bowlby ha chiamato GOAL-CORRECTED-PARTNERSHIP (rapporto reciproco corretto secondo uno scopo) tra madre e figlio, (P. Crittenden, *Nuove Prospettive sull'attaccamento*, 1994, p.5).

Questa evoluzione avviene dall'aumentata efficacia della comunicazione tra partner attraverso le abilità linguistiche del bambino.

Bowlby ritiene che l'attaccamento, prima ai genitori e poi al partner, è importante per la sicurezza di tutti.

1.5 UNA BASE SICURA

"La persona fidata, nota anche come figura di attaccamento, può essere considerata come quella che fornisce la sua compagnia assieme a una base sicura da operare"(J. Bowlby, *Costruzione e rottura dei legami affettivi*, cit. p. 109).

Ciascun individuo di qualsiasi età è più sereno quando ha al suo fianco una persona fidata che potrà aiutarlo nei momenti difficili.

L'individuo preferito può essere considerato come una base sicura da cui il bambino possa partire per avventurarsi nel mondo esterno e a cui ritornare per poter essere confortato.

La figura di attaccamento dev'essere disponibile ad intervenire attivamente quando il piccolo lo richiede.

La necessità di una base sicura non riguarda soltanto i bambini ma è riferita anche ad adolescenti ed adulti sebbene l'esigenza di tale figura non è evidente in alcune

fasi della vita. Il bisogno di una base sicura da parte degli adulti, di solito, viene trascurata per motivi riguardanti i valori della cultura occidentale.

Sono stati condotti studi su bambini di età prescolare ed adolescenti ed è emerso che, ad essere stabili sul piano emotivo, sono i ragazzi con genitori disponibili nei momenti ardui e che li incoraggiano ad essere autonomi. È stato dimostrato che è vero anche il contrario.

Un genitore può adottare altri ruoli, può influenzare il comportamento del figlio in una direzione e per questo scopo usa una serie di tecniche.

Alcune di queste tecniche sono di tipo incoraggiante, ad es. richiamare l'attenzione del bambino su un gioco oppure aiutarlo dandogli suggerimenti per risolvere un problema per lui difficile.

La varietà di tecniche cambia da genitore a genitore, da chi aiuta il figlio a chi è punitivo nei suoi confronti.

Wenner (1966) ha sostenuto che la donna disposta a ricoprire diversi ruoli è capace, durante il periodo della gravidanza, di protezione ad una figura preferita; chiedere aiuto e successivamente darà conforto ad altre persone.

Una donna che, durante la gravidanza, ha problemi emotivi, sarà incapace di esprimere il desiderio di sostegno o lo farà in modo aggressivo e sarà inabile a "dare" agli altri.

Per poter ottenere un potenziale sostegno è necessario che i rapporti, tra le persone coinvolte, continuino per un tempo valutabile in termini di anni.

CAPITOLO SECONDO

L'IMPORTANZA DEI LEGAMI AFFETTIVI FAMILIARI

2.1 LA TEORIA DELL'ATTACCAMENTO E I BAMBINI MALTRATTATI

Bowlby sostiene che il comportamento di attaccamento è importante perché favorisce la vicinanza del bambino alla madre. In situazioni di pericolo il piccolo ha molte possibilità di essere protetto dalla mamma, mentre in altre circostanze usa la figura di attaccamento come una base sicura dalla quale esplorare l'ambiente.

“I fanciulli maltrattati, pur subendo violenze, creano comunque un legame col genitore maltrattante; questi tipi di attaccamenti sono essenziali alla sopravvivenza del bambino poiché gli abusi sono brevi e rari rispetto ai continui bisogni che l'infante necessita "(J. Bowlby, Attachment and loss, Vol.1 ,Attachment,1969/1982).

Da alcune ricerche focalizzate sull'identificazione delle caratteristiche degli abusanti è emerso che essi sono spesso descritti come più aggressivi e punitivi rispetto ai genitori non abusanti.

I fattori sociali connessi all'abuso comprendono la disoccupazione, insoddisfazione del proprio lavoro, basso reddito, stress.

È emerso, inoltre, che i soggetti a rischio di abuso sono soprattutto i bambini prematuri e quelli con temperamento difficile.

Helfer (1973) ha affermato che il fenomeno dell'abuso si manifesta quando un genitore deviante vive una situazione particolarmente stressante (R. E.Helfer, The Etiology of child abuse, Pediatrics, 51,777-779.1973).

Da alcune ricerche è stato dimostrato che non tutte le madri con basso reddito o ritardate trascurano i figli e che

le madri con un QI più alto non sono responsive ai bisogni dei loro figli.

Dalla teoria dell'attaccamento emergono varie ipotesi che potrebbero spiegare il comportamento dei bambini maltrattati e dei genitori maltrattanti.

Il legame di attaccamento è fondamentale per il funzionamento individuale ad ogni età; l'obiettivo più importante degli attaccamenti è di promuovere la protezione e garantire la sopravvivenza dei bambini e ciò riguarda soprattutto i casi di maltrattamento.

Gli adulti trascuranti hanno difficoltà ad instaurare relazioni di attaccamento con partner non appartenenti alla famiglia d'origine e, spesso, la madre del genitore trascurante sostituisce il partner nella cura dei figli.

Nei casi di abuso il fanciullo è vincolato a creare un legame di attaccamento con il genitore e dalle sue esperienze impara che la madre è fonte di dolore; in questi casi i bambini ansiosamente attaccati sono evitanti

e arrabbiati con il genitore e, nonostante ciò, cercano un'eccessiva vicinanza.

Nei casi di trascuratezza le persone che hanno bisogno di conforto di rado lo cercano.

I bambini abusati, nell'interazione con le loro madri, sono più difficili rispetto ad altri e le mamme, considerando il loro comportamento, rispondono evitandoli oppure punendoli.

Il contrasto tra la madre e il figlio diventerà più grave se la donna non imparerà a percepire e a rispondere in modo adeguato a segnali comportamentali del figlio.

È stato dimostrato che molti infanti abusati, verso la fine del primo anno di vita, hanno imparato ad essere accomodanti con le loro madri, inibendo la loro collera e tollerando la loro intrusione.

"Il comportamento effettivo di un individuo in una situazione specifica è determinato da un'interazione di fattori ambientali /situazionali e da esperienze precedenti

in situazioni simili”(P. M. Crittenden, *Nuove prospettive sull'attaccamento*, cit. p. 15).

Le configurazioni effettive del comportamento di attaccamento influenzano lo sviluppo dei bambini.

Nelle famiglie maltrattanti un individuo avrà un legame di attaccamento ansioso con altri membri; all'origine di questi legami sono presenti modelli rappresentativi interni distorti del sé e degli altri.

La qualità delle relazioni precedenti è un aspetto che influirà i rapporti successivi.

Sono state condotte ricerche con la procedura della Strange Situation (Ainsworth et al, 1978) nelle famiglie abusanti per valutare la qualità del legame tra genitori e figli (P. M. Crittenden, *Nuove prospettive sull'attaccamento*, cit. p. 17).

É emerso che i bambini maltrattati, di un'età compresa tra uno e quattro anni, hanno creato un attaccamento ansioso con le loro madri, mostrando soprattutto la

configurazione ansioso-evitante (Crittenden, 1985 a, b; Egeland e Sroufe, 1981 a; Gaensbauer e Harmon, 1982; Schneider-Rosen Braunwald, Carlson e Cicchetti, 1985). Anche i fanciulli trascurati quando sono ansiosi o sotto stress cercano la vicinanza al genitore però, diversamente dai bambini abusati, essi sanno che le loro madri non risponderanno ai loro segnali e saranno incapaci di comunicare i loro bisogni.

1 teorici dell'attaccamento hanno affermato che i sistemi di attaccamento e di esplorazione vengono attivati quando sono presenti segnali di pericolo e funzionano quando sono in equilibrio tra loro.

Nel caso dei bambini abusati, è emerso che alcuni sono remissivi con gli adulti e sono aggressivi con i coetanei; i loro comportamenti aggressivi sono motivati da una collera deviata o da un'eccessiva attenzione.

Le reti sociali della maggior parte delle madri maltrattanti e adeguate cambiano con la natura dei rapporti con i loro

figli; le amicizie delle madri abusanti sono instabili poiché esse considerano gli amici che danno aiuto come inaffidabili; per quanto concerne il lavoro, esse abbandonano il lavoro a causa di contrasti con i colleghi o col datore di lavoro.

Vi sono bambini acquiescenti compulsivi che adottano strategie appropriate per ridurre il rischio di violenza genitoriale: essi inibiscono le risposte che il genitore non gradisce cambiandole con altre risposte da lui preferite.

Una strategia di coping nei confronti dell'abuso può essere caratterizzata da:

1) un'eccessiva vigilanza sociale (che si collega al rischio di una interpretazione sistematicamente sbagliata del comportamento sociale degli altri);

2) un'acquiescenza superficiale in situazioni in cui altre persone sembrano minacciose o potenti (col rischio di non controllare mai le interpretazioni errate riguardo le possibili ostilità degli altri);

3) collera inibita (col rischio di poter escludere alcune emozioni della percezione), (P. M Crittenden, *Nuove prospettive sull'attaccamento*, cit. p. 24).

Questo tipo di comportamento spesso è etichettato come manipolatorio e descrive la risposta difensiva di alcuni bambini abusati e di genitori abusanti.

I fanciulli abusati che adottano comportamenti collerici devono affrontare problemi differenti: essi avranno maggiori possibilità di subire continui abusi da parte del genitore, però non negheranno i loro sentimenti.

Adulti che in passato hanno subito violenze ma che non abusano dei figli, affermano di avere delle relazioni sociali che li confortano; altri genitori sostengono di aver avuto, durante l'infanzia, un'importante relazione di sostegno.

Questi rapporti sono fondamentali perché, nel corso di esperienze difficili, aiutano il bambino e permettono di

modificare il modello operante della persona, comprendendo immagini più positive del sé e degli altri; questi cambiamenti danno la possibilità all'individuo di creare in futuro relazioni di sostegno.

I bambini che sono stati maltrattati marginalmente, mostrano una configurazione di deficit e di adattamento meno estrema rispetto ai soggetti maltrattati; hanno un lieve ritardo di sviluppo, un tipo di attaccamento lievemente ansioso.

Le madri di questi fanciulli presentano difficoltà nell'allevamento dei figli, infatti, a volte sono responsive in modo sensibile, altre volte sono rigide o non responsive; i figli non riescono a capire quale è la causa dei cambiamenti comportamentali delle loro mamme.

I bambini abusati e trascurati subiscono dalla figura significativa un'assenza di responsività collegata ad esplosioni di rigidità.

Ainsworth ha descritto tre tipi di qualità di attaccamento (sicuro, ansioso-evitante-ansioso ambivalente) e Bowlby ha affermato che esse sono connesse a differenze nei modelli rappresentativi interni delle relazioni di attaccamento.

L'autore asserisce che la funzione di questi modelli consiste nel guidare l'elaborazione che le persone fanno delle informazioni collegate all'attaccamento (ad esempio: la percezione, codifica, recupero delle informazioni).

Secondo i teorici dell'attaccamento le persone che hanno varie qualità di relazione con il genitore, avranno modelli rappresentativi che li portano ad elaborare informazioni in modo differente.

Bowlby ha descritto tre stili di elaborazione delle informazioni simili alle configurazioni definite da Ainsworth:

- 1) gli individui sicuri percepiscono facilmente le informazioni importanti per l'attaccamento e hanno la

capacità di assemblare informazioni cognitive ed emotive nel corso dell'elaborazione;

2) gli individui difesi eliminano dalla percezione molte informazioni salienti per l'attaccamento, hanno poche possibilità di avere accesso ai ricordi di esperienze del legame e trascurano le informazioni inerenti lo stato emotivo;

3) le persone ansiose, invece, percepiscono gran parte delle informazioni annesse all'attaccamento, hanno la possibilità di accedere direttamente ad esse e rievocano perfettamente il tono emotivo collegato.

Nei legami di attaccamento sono presenti vari modelli ed ognuno è unito ad un determinato sistema di memoria.

Bowlby sostiene che vi sono quattro tipi di sistemi di memoria:

1) la memoria semantica fornisce previsioni cognitive generalizzate e verbalizzate, soprattutto quelle fondamentali per garantire sicurezza. "Essa tende a riflettere punti di vista altrui, di solito quelli dei genitori

(Bowlby, *Attachment and loss*, Vol.3, 1980).

La memoria semantica si forma alla fine del secondo anno di vita ed è utilizzata per riuscire a creare risposte a problemi nuovi che si possono risolvere con procedure nuove.

2) la memoria episodica, diversamente da quella semantica, si sviluppa più tardi e consta di eventi e ripetizioni mentali chiamati ricordi.

"Come la memoria semantica, la memoria episodica precoce è una costruzione congiunta con adulti importanti che, attraverso le loro domande, dicono ai bambini ciò che vale la pena ricordare, ciò che è triviale e ciò che non dovrebbe essere ricordato o di cui non si dovrebbe parlare" (Pipe e Goodman, 1991; Firush e Hampond, 1990; Hudson, 1990).

3) un terzo tipo di memoria è quella procedurale: i modelli rappresentativi interni inseriti in essa si

sviluppano nel periodo sensomotorio ed hanno la funzione di codificare, recuperare informazioni. Questo tipo di memoria guida il comportamento in condizioni normali, cioè per gran parte del tempo nella maggior parte delle vite umane.

4) "la memoria per immagini è un'elaborazione dell'affettività. Consta di informazioni sensoriali che sono state associati da stimoli incondizionati, cioè innati" (Leventhal 1984)".

Essa si sviluppa nella prima infanzia e costituisce la base per trasformare ed ampliare stimoli che provocano in modo innato stati affettivi.

Le immagini hanno la funzione di agevolare il riconoscimento di situazioni deleterie o di condizioni adeguate all'attività sessuale.

2.2 LA VALUTAZIONE DELLA RELAZIONE MADRE-BAMBINO

Crittenden, occupandosi delle relazioni a rischio, ha affermato che le madri maltrattanti sono meno sensibili rispetto alle madri adeguate e che le madri trascuranti e quelle abusanti sono insensibili; infatti, quest'ultime sono ostili nei confronti dei figli e li controllano, mentre quelle trascuranti non sono responsive.

Nella relazione con i figli la madre può assumere un certo numero di ruoli e ognuno di essi è distinto dagli altri ed implica funzioni diverse del comportamento materno, tre aspetti fondamentali della relazione madre-bambino sono: la madre come prestatrice di cure; la madre come soggetto interagente e la madre come figura di attaccamento (P. M. Crittenden, *Nuove prospettive sull'attaccamento*, cit. p. 34).

1) La maggior parte delle madri è responsabile della soddisfazione dei bisogni del figlio, anche se vi sono donne che, a causa della carenza di cure, hanno relazioni

distorte con la prole.

Crittenden e colleghi sostengono che vi sono vari modi di essere carenti e che possono causare conseguenze diverse per lo sviluppo dell'infante.

Le madri abusanti offrono al figlio le cure necessarie però con eccessiva rabbia ed ostilità; in una relazione abusante-e-trascurante la genitrice è ostile nei confronti del figlio e non offre le cure necessarie; per quanto concerne la relazioni marginalmente maltrattanti, è assente la pianificazione per i bisogni dell'infante e ciò causa brevi e frequenti crisi in cui la donna manifesta forme di abuso e trascuratezza.

Le madri adeguate, cioè quelle non maltrattanti, sono di solito responsive e attente nella cura della prole; in questo caso i figli sanno che i loro bisogni saranno soddisfatti, invece, i bambini marginalmente maltrattati non sanno cosa aspettarsi a causa dell'incoerenza della loro genitrice; i fanciulli abusati o trascurati si aspettano cure

insufficienti.

2) Le mamme, oltre ad assumere il ruolo di prestatrice di cure, è necessario che interagiscano con i loro figli; questa esperienza influisce sullo sviluppo cognitivo, linguistico e sociale del piccolo.

Alcuni ricercatori hanno studiato l'interazione tra le madri maltrattanti e i loro figli, soffermandosi sull'identificazione di differenze comportamentali tra le diadi maltrattanti e quelle adeguate.

Lo strumento utilizzato per la valutazione delle relazioni è il CARE-INDEX (Crittenden, 1981): esso usa tre minuti di interazione di gioco registrati su videotape, necessari per categorizzare le configurazioni di interazioni delle mamme e dei figli e fornisce esempi di comportamento.

Alcuni codici adulti hanno la funzione di valutare la sensibilità della madre ai segnali del figlio in una situazione di basso stress; si distinguono tre tipi di codici

adulti: controllante, non responsivo, sensibile.

La configurazione controllante individua atteggiamenti ostili (ad esempio: insultare il figlio); la configurazione non responsiva è formata da item che descrivono forme di distacco mimico, vocale e fisico.

La configurazione sensibile include item legati all'accomodamento da parte della mamma e al comportamento del figlio (ad esempio: il tono di voce ritmico adattato all'età e allo stato d'animo del fanciullo); infine vi è la configurazione disadattata che include una fusione di item derivati da almeno due delle altre configurazioni.

Attraverso i codici dei bambini si individuano configurazioni di comportamento infantile difficile, passivo e cooperante: nella prima configurazione sono presenti item che descrivono forme di resistenza al comportamento della madre (ad esempio: piangere); nella seconda configurazione sono inclusi comportamenti che funzionano in modo da ridurre il contatto con la madre; la

configurazione cooperante individua comportamenti connessi all'espressione di piacere.

Crittenden ha affermato che, in seguito a ricerche svolte su un gruppo di madri a basso reddito con figli di un'età compresa tra uno e ventiquattro mesi, la configurazione di interazione controllante è collegata con le madri abusanti, quella non responsiva con le madri trascuranti, la configurazione disadattata con le donne marginalmente maltrattanti e quella sensibile con le madri adeguate.

2.3 I LEGAMI TRA I COMPONENTI DELLA FAMIGLIA

Ogni individuo può instaurare diverse relazioni di attaccamento. ad esempio: con i genitori, il coniuge, un adulto esterno alla famiglia.

Alcune ricerche hanno ritenuto che la qualità dei legami precoci è connessa al modo in cui le persone avvicinano altri individui, comprese anche le figure di attaccamento.

La scelta dei partner è influenzata sia dalle aspettative e atteggiamenti appresi in passato, sia dalla percezione e dall'organizzazione delle informazioni sulle relazioni.

Una relazione può essere interrotta precocemente quando emerge una discordanza tra aspettative e comportamenti di diverse persone; il rapporto può formarsi quando le aspettative e i comportamenti si corrispondono; quando, invece, questi fattori sono simili ma non identici, la relazione può crearsi ma necessita di correzioni nelle

aspettative, nelle configurazioni di comportamento e nei modelli rappresentativi interni.

2.4 RAPPORTI TRA LE QUALITÀ DI ATTACCAMENTO DEI GENITORI

1 rapporti di coppia che danno origine a figli sono fondate su tre sistemi di comportamento interdipendenti che hanno un ruolo fondamentale per il proseguimento della vita: sistema di attaccamento coniugale, sistema di cure genitoriali e sistema sessuale; essi hanno un ruolo fondamentale per il proseguimento della vita.

Si ritiene che le tre componenti della relazione di coppia agiscano sia a livello comportamentale sia a livello rappresentativo; è stato dimostrato che una di esse, cioè il sistema di cure genitoriali, ha la qualità di organizzazione simile alla qualità di attaccamento.

Le coppie si scelgono sulla base di un'affinità tra le loro configurazioni di comportamento, di informazioni cognitive e di riorganizzazione dello stato emotivo: le persone attaccate in modo sicuro, che esprimono apertamente sentimenti e pensieri, si sentiranno a loro

agio con individui che adottano comportamenti analoghi.

Può accadere che gli individui che hanno legami sicuri potrebbero sentirsi a disagio con persone sospettose e inibire i loro sentimenti.

2.5 RAPPORTI TRA QUALITÀ DI ATTACCAMENTO DEGLI ADULTI E DEI BAMBINI

"Si ipotizza che il processo transgenerazionale avvenga in tre stadi: l'attaccamento dei genitori nell'infanzia (primo stadio) influisce sullo sviluppo del comportamento nella cura dei bambini (secondo stadio), che rappresenta il fattore principale di influenza sulla qualità dell'attaccamento del bambino al genitore (terzo stadio) (Ainsworth, 1985; Bretherton et al, 1989; Bowlby, 1973; Grossman, Fremmer-Bombik, Rudolph e Grossman, 1988; Main e Golwyn, 1990; Ricks, 1985).

Ad ogni stadio la funzione dei modelli rappresentativi interni di determinati rapporti è di organizzare la percezione, le informazioni cognitive, i sentimenti.

Crittenden ha sostenuto che possono esistere metamodelli la cui funzione consiste nell'estendere informazioni tra sistemi di memoria e tra relazioni.

In ogni sistema di memoria è fondamentale analizzare i modelli per comprendere il comportamento e le relazioni dei modelli di un individuo con quelli di un'altra persona. George, Kaplan, Main ritengono che l'approccio più diffuso alla qualità di attaccamento nell'età adulta è stato di attribuire gli individui ad una singola qualità in base alla spiegazione da parte di un codificatore, della relazione tra i modelli episodici e semantici della persona sulle prime relazioni di attaccamento.

PRIMA INFANZIA

Il metodo più utilizzato per la valutazione della qualità di attaccamento è la Strange Situation nella prima infanzia; le configurazioni di comportamento esaminate sono ritenute prove inerenti la natura dei modelli rappresentativi interni procedurali di attaccamento dei bambini.

Per quanto concerne l'età prescolare sono state sviluppate tre procedure (differenti tra loro per scopi, mezzi di

validazione) che utilizzano la Strange Situation.

Crittenden e colleghi hanno sviluppato un primo approccio che ha avuto lo scopo di adattare le procedure di codifica della Strange Situation per gli infanti affinché si rispecchino i comportamenti specifici di quelli più grandi.

Il secondo approccio, sviluppato da Cassidy e Marvin, si fonda sull'ipotesi della continuità della qualità di attaccamento ed è ritenuto valido dal sistema di Ainsworth utilizzando la Six-Year Reunion Procedure (Main e Cassidy) .

Essa è un metodo che valuta le prove, nel comportamento degli infanti da tre a sei anni, dell'antecedente qualità del legame della prima infanzia.

La terza procedura è il Preschool Assessment of Attachment (Crittenden 1994): in essa le tre qualità di attaccamento hanno subito una variazione e le basi delle

classificazioni sono state diffuse (P. M. Crittenden, 1994, *Preschool Assessment of Attachment*)

Quest'ultime sono state modificate nel modo seguente:

- a) "sicuro: comunicazione aperta e diretta, negoziato e scambio affettivo con la figura di attaccamento;
- b) difeso: inibizione della comunicazione e delle informazioni emotive tramite la negazione dei veri sentimenti, usando una o più tra varie configurazioni di comportamento, cioè evitamento, genitorialità e acquiescenza;
- c) coercitivo: comunicazione basata sul potere, manifestazione parziale di sentimenti, e tentativi espliciti di influire forzosamente sulle figure di attaccamento mediante comportamenti minaccianti, per esempio: resistenza, punitività e comportamenti disarmanti, come timidezza e ritrosia, incapacità e inconsolabilità.

Nella classificazione sono state inserite non soltanto le configurazioni di comportamento, ma anche quelle di negoziato, la regolazione degli stati emotivi, comportamento materno.

Il Preschool Assessment of Attachment si occupa in particolare di tre aspetti fondamentali dei modelli rappresentativi interni quali il comportamento del sé, comportamento della figura di attaccamento e riorganizzazione dello stato emotivo di accompagnamento.

ETÀ ADULTA

Main e colleghi hanno sviluppato una procedura, la Adult Attachment Interview (AAI); essa differisce dalla Strange Situation perché si fonda sull'evidenza verbale di coerenza di elaborazione di informazioni connesse all'attaccamento.

I tre "stati mentali riguardo all'attaccamento" definiti

dismissing, libero/autonomo, e preoccupato, sono considerati simili alle qualità A/B/C di attaccamento degli infanti nella prima infanzia.

2.6 IL RUOLO DEL GENITORE IN SITUAZIONI DI VIOLENZA

La presenza di uno dei due genitori rappresenta l'elemento più importante in circostanze di violenza fisica dato che può esercitare una funzione protettiva e può utilizzare provvedimenti e misure adeguate.

Un genitore può presentarsi o come "testimone partecipe" o come un adulto protettivo", (P. Di Blasio, *Psicologia del bambino maltrattato*, cit. p. 139).

In alcune circostanze i genitori implicati in un dissidio coniugale non hanno la possibilità di consolare i figli, invece, in altre situazioni offrono conforto o, spesso, sono vittime come i figli. Il genitore che subisce violenza non è percepito dal bambino come un modello di identificazione positivo perché gli trasmette un'immagine di sé come vittima impotente; questi costituisce un fattore che compromette una realtà familiare difficile e patogena; infatti, in questi casi le conseguenze negative sono più

gravi rispetto alle altre forme di maltrattamento.

L'abuso sessuale è un elemento che compromette la salute mentale della vittima, infatti è incapace di esternare ciò che subisce e ciò è anche connesso al non poter ricordare: la struttura narrativa della memoria subisce improvvise interruzioni.

Il compito della figura di attaccamento, esterna alla famiglia, consiste nel mediare l'effetto delle conseguenze negative del maltrattamento perché dà al bambino la possibilità di pensare sui propri sentimenti e di rivelare ciò che subisce.

2.7 FATTORI CHE POSSONO COMPROMETTERE GRAVEMENTE LO SVILUPPO DEL BAMBINO E FATTORI PROTETTIVI

Lo sviluppo del bambino assoggettato a maltrattamenti ed abusi in forma acuta o cronica può essere seriamente pregiudicato; dal punto di vista evolutivo è fondamentale identificare i fattori deleteri per il fanciullo che causano disturbi psicologici e psichiatrici.

I bambini legati dallo stesso tipo di violenza e per lo stesso periodo di tempo potrebbero differenziarsi per il tipo di rapporto creato con i genitori o con altre persone significative.

Nella psicologia dello sviluppo vi è un fattore che può avere un valore protettivo o aggravante il rischio ed è causato dalle "esperienze non condivise (P. Di Blasio, Psicologia del bambino maltrattato, 2000, p.117).

Le esperienze condivise considerano allo stesso modo i figli di una stessa famiglia (ad esempio miseria, sovraffollamento, rotture familiari); quelle non condivise considerano diversamente ogni bambino all'interno della stessa famiglia.

I rapporti che ogni figlio crea con i genitori, i parenti e gli amici ha una peculiarità diversa, la cui importanza, dal punto di vista dell'evoluzione, supera l'effetto che può avere l'insieme dei fattori che lega i membri di una famiglia.

Le esperienze non condivise sono considerate più importanti di quelle condivise in quanto sono più efficaci nello sviluppo della personalità. In circostanze di conflitto tra i genitori una buona relazione dei figli con una persona esterna al nucleo familiare può presentarsi come un fondamentale fattore protettivo, al contrario, la stessa relazione non presenta effetti positivi se i genitori hanno un buon rapporto tra loro.

È necessario soffermarsi su alcune variabili quali il livello di sviluppo del bambino, le funzioni intellettive ed emotive, il sesso; queste componenti considerate insieme o separate, possono incrementare la gravità delle conseguenze psicologiche, indebolire e deturpare gravemente l'evoluzione del fanciullo oppure agire come fattori protettivi nel limitare o contrastare l'effetto del danno.

Per comprendere l'origine del maltrattamento è necessario valutare quattro fattori eziologici interagenti:

"a livello ontogenetico le caratteristiche del genitore maltrattante;

a) a livello del macrosistema le caratteristiche del contesto familiare;

b) a livello dell'esosistema i fattori sociali ed economici;

c) a livello del macrosistema le determinanti culturali fondamentali. (P. Di Blasio, *Psicologia del bambino*

maltrattato, cit. p.120).

L'analisi a livello ontogenetico, cioè quello che esamina le caratteristiche dei genitori, risulta più importante e predittivo dell'esito maltrattante.

Gli atteggiamenti e il carattere dei genitori influisce sul livello di funzionamento familiare che agisce sullo sviluppo psicologico e sulle caratteristiche dei figli.

2.8 VARIABILI RESPONSABILI DELLA CRONICITÀ E DELLA GRAVITÀ DELLA VIOLENZA

Le diverse forme di inadeguatezza dei genitori sono il risultato di una "momentanea" crisi familiare che incide temporaneamente sulle capacità genitoriali e possono causare disagio nel bambino; tutto ciò può essere risolto ripristinando lo sviluppo.

Hart, Brassard e Karlson, riferendosi al maltrattamento psicologico, sottolineano come l'assenza di sensibilità emozionale rappresenti un maggiore impatto negativo nei bambini piccoli che hanno bisogno di cure adatte per creare una fiducia di base.

Nel primo anno di vita la figura dell'adulto ha uno scopo vitale poiché deve supportare lo sviluppo delle capacità innate del neonato e deve formare contesti di relazione nei quali il sistema di aspettative possa for emergere le capacità del bambino.

È stato notato che i fanciulli che vivono in una famiglia

con base reddito corrono più rischi di subire violenze fisiche e spesso la principale responsabile dei maltrattamenti è la madre.

La sindrome definita "NONORGAMIC FAILURE TO THRIVE", responsabile di gravi ritardi nella crescita dovuta anche a malnutrizione ed anche in ambito medico è attribuita a gravi difficoltà nelle relazioni primarie"(P. M. Di Blasio, *Psicologia del bambino maltrattato*, cit. p. 120).

Erikson, Egeland e Pianta (1989), in uno studio condotto su famiglie e bambini a rischio psicosociale, controllati per un lungo periodo di tempo con l'intento di analizzare gli antecedenti del maltrattamento e della trascuratezza, hanno sottolineato come i bambini che hanno esperito nei primi due anni di vita queste forme di inadeguatezza genitoriale, anche dopo hanno mostrato drammatiche conseguenze psicologiche e gravi problemi evolutivi.

Essi hanno interiorizzato non solo legami insicuri con la

figura di attaccamento, ma anche pattern di risposte rappresentate da rabbia incontrollabile, aggressività, incostanza, difficoltà di concentrazione.

Altri fanciulli, di un'età compresa tra i quattro e i sei anni, sottoposti a maltrattamenti, hanno presentato gli stessi problemi, però non così drammatici come quelli che hanno vissuto queste esperienze nei primi due anni.

Fattori di rischio fondamentali, nei primi due anni sono l'età e la continuità dell'ambiente familiare inadeguato in quanto producono non solo reazioni negative nell'immediato, ma anche risultati più durevoli nel tempo.

L'adattamento alle stesse esperienze, in età successive, non rimuove le conseguenze negative, le quali sono meno pervasive poiché la fase delle prime capacità sociali ed emotive non sono state danneggiate gravemente.

Un fattore protettivo è adatto ad alleviare le reazioni del fanciullo evitando che possano manifestarsi conseguenze

negative; esso è la soluzione del contrasto tra i genitori, con questa risoluzione i genitori devono assumere comportamenti più adatti con i figli e devono ripristinare i rapporti con la famiglia.

I figli presentano pattern di risposte negative caratterizzate da sofferenza, insicurezza, provocate dalla frequenza e dall'intensità del conflitto.

L'età del bambino e le sue capacità di "coping" sono considerati fattori che mediano l'effetto del contrasto; Crittenden ritiene che le strategie di coping cambiano a seconda dello sviluppo cognitivo del fanciullo e a seconda delle sue esperienze (P. Di Blasio, *Psicologia del bambino maltrattato*, cit. p. 128).

Il piccolo non interviene nel conflitto e si limita ad esprimere le proprie emozioni utilizzando strategie di coping, allo scopo di confortare il genitore; invece, nel periodo prescolare, il fanciullo ha un ruolo più attivo nel contrasto e non si limita ad azioni di sostegno.

Con il persistere della situazione di conflitto si creano risultati differenti.

La madre, trovandosi in una condizione di disagio e avendo rabbia repressa, si mostra disinteressata alla vita domestica e trascura la prole.

Se nella coppia aumenta il dissidio, i figli iniziano ad essere coinvolti e diventano oggetto di maltrattamento. Subendo violenza, i bambini coinvolti nei conflitti presentano livelli più elevati di paura ed hanno una percezione sempre più negativa del contrasto.

Un altro elemento importante, oltre la cronicità, è la gravità dell'esperienza che è fondamentale per distinguere le conseguenze psicologiche negative.

Un unico evento traumatico quale ad esempio: abusi e aggressioni sessuali può provocare gravi reazioni traumatiche. Un episodio è considerato traumatico

quando è deleterio; solo la metà dei bambini che subisce violenza da parte di un genitore protettivo manifesta tipiche risposte post-traumatiche.

Quando la violenza sessuale è compiuta da una figura affettivamente importante si manifestano le conseguenze più gravi: in questi casi il piccolo, vivendo una relazione cronicamente perversa, cambia le sue funzioni fisiologiche e i suoi atteggiamenti sociali.

Prendendo in considerazione le varie forme di violenza sulla base delle due variabili (gravità e cronicità) si possono individuare differenti situazioni che possono essere unite: quella caratterizzata da uno o più eventi traumatici limitati nel tempo, quella in cui gli eventi persistono nel tempo e quelle in cui la condizione traumatica crea gravi conseguenze negative.

Le singole esperienze traumatiche in genere non provocano effetti duraturi; gli episodi traumatici che durano nel tempo vengono inseriti nell'esperienza di vita

del bambino che continuamente subisce violenze sessuali ed è esposto a pericoli; questi eventi sono influenti soprattutto tra i due e i sette anni poiché in questo periodo vi è la creazione del sé, la regolazione delle emozioni complesse e l'acquisizione delle competenze sociali.

Nell'attaccamento il legame precoce e positivo è un elemento protettivo anche nelle successive fasi, limitando l'influenza delle esperienze negative; contrariamente a ciò, le esperienze del bambino costituite da mancanza di cura e da violenza rischiano di indirizzare lo sviluppo verso forme psicopatologiche.

Per quanto riguarda le conseguenze a lungo termine, Taussing e Litrownik hanno proposto una differenza importante tra gli atteggiamenti distruttivi collegati al maltrattamento fisico e quelli riguardanti l'abuso sessuale.

Essi ritengono che nei casi di abuso sessuale sono presenti pattern SELF.DIRECTED (prostituzione, droga, comportamenti autodistruttivi), mentre nei casi di

violenza fisica emergono i pattern OTHER-DIRECTED (aggressività, ostilità).

2.9 LA RICERCA SULLE FAMIGLIE MALTRATTANTI

Il maltrattamento è un problema che riguarda il nucleo familiare; i genitori non denunciati permettono violenze e, in alcuni casi, commettono abusi tra loro.

Sono stati identificati sei tipi di maltrattamento: abuso fisico, trascuratezza, abuso sessuale, maltrattamento psicologico e maltrattamento marginale.

1 genitori che commettono violenza fisica sono relativamente giovani, con un livello di istruzione basso, con un numero di figli superiore alla media; essi hanno relazioni instabili e, nella maggior parte dei casi, hanno subito violenza da piccoli.

Nelle famiglie maltrattanti i figli sono attaccati in modo insicuro e i partner hanno relazioni ansiose tra loro e con i propri genitori.

Studi condotti da Crittenden ritengono che dietro ai comportamenti apparentemente affettuosi degli abusanti vi è l'aggressività; "un modo per capire i cambiamenti di comportamento è inferire la natura delle rappresentazioni che gli individui hanno di sé stessi, degli altri e delle relazioni" (J. Bowlby, *Attaccamento e perdita*, Vol.3: *La perdita della madre*)

Vi sono tre tipi di rappresentazioni:

- 1) procedurali, basate su configurazioni di risposte sensomotorie familiari;
- 2) semantiche, basate su conoscenze verbali generalizzate,
- 3) episodiche, basate su esperienze ricordate.

Crittenden ha suggerito che, nel comportamento basato su rappresentazioni procedurali, i membri delle famiglie violente credono che vi sia una quantità limitata di risorse

fondamentali, quali l'amore, attenzione, denaro, e che saranno distribuite sulla base del potere; infatti l'individuo che si percepisce potente in una relazione adotta un comportamento aggressivo allo scopo di conservare le proprie risorse e di avere quelle dell'altra persona; per esempio: una mamma abusante potrebbe reagire con violenza al pianto del figlio perché pensa che il piccolo cerca di accentrare su di sé la sua attenzione

Nelle situazioni in cui la donna si percepisce in posizione "down", potrebbe diventare condiscendente al fine di conservare le proprie risorse.

Quando le rappresentazioni procedurali sono inefficaci si adottano le rappresentazioni semantiche per il problem solving; esse derivano da quello che i genitori e gli insegnanti dicono e non saranno obbligatoriamente conseguenti alle rappresentazioni procedurali, infatti, può accadere che le rappresentazioni procedurali e quelle semantiche siano divise tra loro soprattutto quando l'esperienza precedente di un individuo è stata

conturbante. Il comportamento delle persone in situazioni di attivazione emozionale si baserebbe su rappresentazioni episodiche; le forti emozioni (quali il dolore, la vergogna) connesse alle esperienze di abuso possono formare delle barriere mentali che impediscono all'individuo di recuperare il ricordo; in queste circostanze si possono verificare variazioni incomprensibili di comportamento e il soggetto non riesce a controllarlo.

Sono state individuate due tipi di configurazioni di adattamento all'abuso: la prima include paura, remissività, inibizione.

Nell'infanzia i bambini imparano a inibire le manifestazioni degli stati emotivi negativi che possono sdegnare i genitori; successivamente essi diventano capaci di recitare stati affettivi falsamente positivi e a consentire alle richieste irrazionali dei genitori

I bambini mascherano i loro veri sentimenti, appagano le

richieste degli altri.

La seconda configurazione riguarda i piccoli che adottano un comportamento coercitivo per ridurre l'irruenza dei genitori; essi diventano incontrollabili e, in alcuni casi, delinquenti.

Questi individui focalizzano la loro attenzione sulla propria ira e sgomentano gli altri per calmare il loro stato (Crittenden 1994).

L'obiettivo delle configurazioni di adattamento descritte consiste nel limitare il rischio di violenze dei genitori.

Lo studio delle famiglie trascuranti, a differenza dell'abuso sui figli, è stato affrontato da un numero ridotto di ricercatori; tra le caratteristiche più evidenti di queste famiglie è che tutti i membri sono trascurati; questo aspetto è connesso al fenomeno della povertà, infatti dipendono dall'assistenza pubblica per i bisogni necessari.

In queste famiglie il padre ha un ruolo provvisorio, vi è scarsa interazione tra i membri e spesso le nonne materne si sostituiscono alla madre e le relazioni amicali sono limitate per quantità ed intensità.

I figli, essendo trascurati, diventano svogliati, apatici, disattenti.

Vi sono molte famiglie che, sotto lo stress di crisi come il divorzio o la disoccupazione, maltrattano psicologicamente i figli per periodi transitori.

Le famiglie con maltrattamento marginale sono caratterizzate da basso livello d'istruzione, basso reddito e non sono in grado di affrontare i problemi.

CAPITOLO TERZO

I DISTURBI CORRELATI ALL'USO DI SOSTANZE

3.1 LA TOSSICOFILIA

Le conseguenze gratificanti di primo livello implicano esperienze soddisfacenti come l'allegria, l'eccitazione, la disinibizione, l'efficacia senso-percettiva o diversi cambiamenti dei normali stati di coscienza e dell'umore.

Gli stati mentali e fisici di differente intensità sono capaci di creare risultati di secondo livello più elaborati dal punto di vista cognitivo come:

- a) l'allontanamento da circostanze estenuanti, ansiogene e dolorose;
- b) la ricerca di forti sensazioni interessanti ed eccitanti;

- c) la manifestazione empatica delle emozioni;
- d) la convalida e la miglioramento di una eventuale identità alternativa;
- e) l'attuazione di una trascendenza gnostica o mistica o l'approfondimento delle proprie caratteristiche inconse.

Il consumo di droghe implica altri aspetti notevoli che sono inclusi nell'ambito delle prevedibili cause subite anziché in quello degli scopi perseguiti.

Per quanto concerne le cause prevedibili è necessario ricordare l'importanza:

- a) di alcune caratteristiche biologiche influenzate geneticamente, come quelle metaboliche, neurochimiche e temperamentali;
- b) degli schemi di atteggiamento causati dalle influenze ambientali;

c) dei disagi psicopatologici,

d) dei processi psicologici che producono la tolleranza e la dipendenza.

Anche le variabili biologiche, che hanno subito un'influenza genetica, per travisarsi da rischio eventuale in una tossicomania devono usufruire dell'effetto retroattivo e rafforzante della tossicofilia.

Alcuni soggetti con qualità metaboliche specifiche possono fare uso di forti dosi di stupefacenti senza avere effetti collaterali negativi, riscontrando reazioni appaganti e normalizzanti.

Il fenomeno "effetto normalizzante" dell'alcol sul sistema nervoso autonomo si trasforma, in alcune persone, in un'esperienza contraddistinta dal consolidamento delle prestazioni cognitive (aumento della memoria ed efficacia senso-percettiva) e da una propensione di affrontare lo stress fisico ed emotivo.

L'aumentato senso di autoefficacia individuale fa ridurre le sensazioni d'impotenza e quindi il significato ansiogeno degli avvenimenti.

La risoluzione dei sentimenti di carenza personale e sociale, grazie ai risultati psicofisiologici positivi facilitati dall'alcol, permette che il prevedibile alcolista renda stabile un rapporto di "filia" verso la sostanza ed anche verso quelle circostanze in cui l'assunzione dell'alcol possa migliorare l'esperienza di sé.

Con il termine di tossicodipendenza si allude al bisogno incontrollabile e compulsivo di una droga, fondamentale a salvaguardare una stabilità fisiologica e ad evitare i sintomi causati dall'astinenza.

La tossicofilia fa parte in modo preminente del mondo della bramosia e del piacere rappresentati attraverso significati, valori e pensieri, la tossicodipendenza alle necessità specificati da una condizione di necessità.

Per esempio la marijuana, la cocaina e le anfetamine creano

esperienze rappresentate da un'intensa tossicofilia.

La ricompensa farmacologica offerta dalla marijuana è connessa alla voglia di sperimentare trascorsi importanti dal punto di vista simbolico e affiliativo, la soddisfazione e l'intensificazione prodotti dalla cocaina si modificano con l'abuso in dipendenza.

L'idea che possiamo crearci di coloro che fanno uso di sostanze psicoattive (se li consideriamo come protagonisti di una vicenda di tossicofilia), è quella di individui coscienti, attratti dagli effetti delle sostanze che usano, abili di organizzare gli atteggiamenti e di indirizzarne gli effetti.

Una dimostrazione di strategia organizzata sotto il profilo cognitivo sono le "tentate soluzioni" dell'alcolista, appartenenti anche ad altri tossicomani.

Si tratta di una forma di autoinganno in cui, se da un lato l'alcolista si propone di non bere ricorrendo anche a diversi rimedi, dall'altro finisce per accrescere la bramosia della trasgressione.

Le proibizioni autoimposte e le tentate soluzioni causeranno il

risultato di incrementare il piacere delle inevitabili ricadute. Le cosiddette "illusioni positive" (A. Salvini, I. Testoni, A. Zamperini, *Droghe, Tossicofilie e Tossicodipendenza*, cit. p. 9) sono metodi di pensiero con l'obiettivo di sostenere l'autostima, il senso dell'autoefficacia personale, l'idea di un' eventuale verifica sugli avvenimenti.

Le illusioni positive, diversamente dai meccanismi di difesa, sono sistemi cognitivi che agiscono in senso produttivo e di previsione, indirizzando verso previsioni fiduciose e ottimistiche in grado di sostenere l'azione, comportamento che si costruisce sulla convinzione indispensabile di vivere in un modo sicuro e prevedibile.

"La previsione del futuro implica, nella maggior parte delle persone, ciò che vorrebbero che accadesse e non quello che oggettivamente è probabile che accada (Tylor, 1989).

La predizione dei rischi può essere sottovalutata dai tossicofili per mezzo del sistema dell'attesa fiduciosa e l'inganno del controllo, sistema che li porta alla ricerca delle conferme per loro importanti.

L'esito è un'attesa emotiva in grado di accrescere il desiderio ed anche di far accettare un significativo sbaglio del pensiero categoriale, che può essere rappresentato dalla frase "ciò che mi fa sentire bene non mi potrà far male"; il rischio diventa inattendibile ed usato come incentivo ad agire.

La gratificazione proposta dalle droghe non è un meccanismo automatico controllato da uno stimolo e da una risposta, né una rappresentazione mentale codificata, ma un campo negoziale molto vasto.

Parte della ricompensa che l'essere umano vagheggia è anche situata nelle previsioni e nelle aspettative fornite dai discorsi e dalle rappresentazioni condivisi con altri.

Questo permette al tossicofilo di sentirsi preso in una storia di connivenza e prevaricazione, di protagonista di un vissuto misticeggiante, o di un distacco fiducioso a una socialità accogliente, tutto nella rappresentazione di una realtà percepita come più autentica e vera.

L'esperienza effettiva è la conseguenza delle immagini emotive rivissute dalle persone per creare lo stato mentale più consono a loro e per rendere credibile quello che esse sono disposte a credere.

Gli stupefacenti non sono un fine ma un mezzo per ottenere gratifiche sempre più elaborate e ampie, nell'illusione di esperienze desiderate e volute, difficilmente raggiungibili.

La tossicofilia è il risultato dell'abilità che gli individui apprendono, per mezzo delle droghe, di modificare i propri stati d'animo, (ad esempio scegliendo la sostanza giusta in rapporto ai risultati psicofarmacologici ambiti).

Alcune droghe permettono di sperimentare nuove ed adeguate probabilità di controllo dei propri stati corporei e mentali, accrescendo il senso dell'autoefficacia e del potere personale.

3.2 RICOMPENSA PSICOBIOLOGICA

L'azione farmacologica di una sostanza psicostimolante può essere valutata attraverso diverse prospettive:

"1) farmacocinetica, ossia attraverso i meccanismi del suo assorbimento nell'organismo, come il tipo di assunzione, la distribuzione, il metabolismo e l'eliminazione;

2) farmacodinamica, intesa come interazione tra il principio psicoattivo, il sistema dei recettori interessati neurotrasmettitori specifici; e i neurotrasmettitori specifici;

3) psicobiologica, per quanto riguarda il meccanismo della ricompensa e del rinforzo.

Un elemento fondamentale della ricompensa psicobiologica è un'esperienza di piacere connessa a determinati atteggiamenti, come quelli legati alla riproduzione e alla sopravvivenza.

Gli esseri umani sono capaci di usare gli effetti delle sostanze psicoattive in grado avviare il procedimento che attiva i circuiti neurali del piacere; la cocaina, ad esempio, è l'essenza che, con la sua intensa azione catecolaminergica, attiva i circuiti del piacere.

"Il meccanismo biochimico che innesca la sensazione di piacere/benessere è il seguente: alcuni neurotrasmettitori agiscono sui circuiti cerebrali della ricompensa dove sono altamente concentrati i recettori specifici, presenti nel tronco dell'encefalo e in particolare nei centri libici del diencefalo.

La concentrazione dei neurotrasmettitori nelle diverse aree del sistema nervoso centrale corrisponde, entro certi limiti, a quella dei rispettivi recettori (A. Salvini, I. Testoni, A. Zamperini, *Droghe, Tossicofilie e Tossicodipendenza*, cit. p. 13).

I recettori degli oppiacei sono collocati nel tronco dell'encefalo e nel midollo spinale, dove limitano

l'intensità dello stimolo doloroso, mentre le quantità più elevate sono situate nel sistema limbico e specialmente nell'amigdala, in cui gli oppiacei non possiedono proprietà analgesiche, ma stimolano reazioni di benessere emotivo

Essi generano anche un'esperienza d'euforia e di piacere in quanto innescano anche i circuiti della ricompensa dopaminergica.

Una droga può produrre una sensazione psicofisiologica di benessere, che non è in relazione ad un adeguato funzionamento dei procedimenti fisiologici, in questa situazione l'intossicazione è nascosta da sensazioni di benessere, infatti le amfetamine, la cocaina o la nicotina, mascherano i danni che causano all'organismo.

I particolari effetti di una droga producono una risposta psicofisiologica compatibile con alcuni tipi di comportamento; essi possono influire sull'umore, sul grado di vigilanza, sull'attivazione fisiologica e nell'elaborazione dell'informazione sensoriale.

3.3 LA MOLTEPLICITÀ TOSSICOFILICA

Il grado di tossicofilia condiziona l'uso e l'abuso di una droga, infatti l'azione della ricompensa farmacologia s'interseca con l'esperienza somatopsichica, determinata dai significati personali e culturali che possono rappresentare un ulteriore livello di gratificazione.

"Il valore simbolico e storicamente mutevole di una droga, ciò che le conferisce fascino e suggestione, è mediato da tre costrutti con diversi gradi di sovrapposizione o di coincidenza:

- a) transindividuali, come le credenze e gli atteggiamenti e gli stati d'animo socialmente condivisi con il proprio gruppo sociale di riferimento;
- b) intersoggettivi, come la partecipazione a comuni modi di sentire, caratterizzati da varie forme d'identificazione e di condivisione di stati emotivi simili,
- c) individuali, come il riconoscimento di un'identità e di uno status legati al prestigio simbolico della sostanza usata, esibita come contrassegno affiliativo" (A. Salvini, I. Testoni, A. Zamperini, Droghe, Tossicofilie e

Tossicodipendenza, cit. p. 16).

L'ambiente e gli obiettivi per cui viene utilizzata una droga, agiscono sulla tossicofilia.

Il comportamento individuale verso l'assunzione di una sostanza psicoattiva può influenzare sui contenuti dell'esperienza personale; ad esempio, il più delle volte, il trattamento del dolore postoperatorio con la morfina non produce tossicofilia.

Gli effetti delle droghe sul sistema nervoso sono anche amplificati dal valore che essi hanno in un ambiente culturale che implicitamente li approva e li rende desiderabili.

3.4 L'EROINA E GLI OPPIOIDI

Con il termine di oppiacei vengono comunemente proposte tutte le sostanze stupefacenti naturali, semisintetiche e da sintesi, fornite di azioni farmacologiche paragonabili a quella della morfina. Gli oppioidi comprendono gli alcaloidi naturali dell'oppio tra i quali la morfina, la codeina, la papaverina, ecc., i derivati semisintetici della morfina (ad esempio l'eroina) e qualche farmaco interamente sintetico come ad esempio il metadone e la petidina.

Negli oppiacei naturali sono inseriti anche elementi endogeni morfinosimili che si trovano nell'encefalo e sono stati chiamati oppioidi endogeni (endorfine, encefalite, dinorfine).

Le principali famiglie di "oppioidi endogeni" riconosciute sono tre: le endorfine, le dinorfine e le encefalite; queste sostanze sono inserite in vescicole localizzate all'interno di particolari popolazioni neuronali che includono anche l'acetilcolina che è un classico neurotrasmettitore ad

azione rapida.

A questi peptidi sono state assegnate attività di neurotrasmissione, di modulazione della neurotrasmissione e di mediazione neuromonale.

Alcuni studiosi hanno affermato che gli oppioidi endogeni costituirebbero i fondamentali fattori di modulazione di due sistemi neurofisiologici importanti: il sistema di controllo del dolore e il sistema di rinforzo-motivazione-ricompensa.

I peptidi endogeni eseguono, inoltre, ruoli responsabili nel controllo della temperatura corporea, nella funzione respiratoria, nella diuresi, nell'assunzione del cibo, nel bere, nell'attività sessuale e nei processi di memoria; essi interagiscono anche con il sistema endocrino e con quello immunitario (P. Fadda, W. Fratta, *I sistemi oppioidi endogeni*, 1997).

Con il termine di "sistema oppioide" si indica un complesso sistema antinocicettivo, suddiviso nella sostanza grigia midollare ed encefalica, caratterizzato principalmente dai seguenti fattori: i mediatori

neuropeptidici oppioidi (endorfine, encefaline e dinorfine), le sottopopolazioni di neuroni che creano simili mediatori, i relativi recettori.

I recettori degli oppiacei sono diffusi nel cervello secondo determinati sistemi, per cui diverse strutture hanno densità maggiori di altre.

La porzione mediana del talamo è un'altra area con rilevanti concentrazioni di recettori, essa è una zona delegata alla diffusione di messaggi sensoriali collegati a dolori intensi, profondi, cioè il tipo di dolore che viene attenuato dagli oppioidi.

Le maggiori formazioni di recettori degli oppiacei sono situati nel sistema limbico, insieme di strutture sottocorticali coinvolte nella riorganizzazione del comportamento emotivo.

Sono state indicate tre diverse categorie di recettori degli oppiacei: i recettori mu (a loro volta distinti in mu-1 e mu-2), i recettori kappa e i recettori delta, questi recettori sono distribuiti in diverse zone dell'organismo ed hanno molteplici funzioni.

I recettori mu sono collocati soprattutto a livello

sovraspinale, con maggiore densità nel talamo mediale e in alcune aree del tronco dell'encefalo.

La base dei principali risultati della morfina e delle sostanze morfino -simili è rappresentata dall'attivazione dei recettori mu: l'analgesia sovraspinale, l'euforia, la depressione respiratoria, la miosi, la dipendenza fisica. Una caratteristica importante è che il sottotipo mu-1 modula l'analgesia e le risposte di euforia, invece il mu-2 media specialmente la depressione respiratoria.

Gli analgesici che incitano i recettori mu producono euforia e possiedono importanti proprietà di rinforzo comportamentale; di conseguenza provocano dipendenza farmacologica.

L'attivazione di questi recettori provoca anche di altri particolari effetti collaterali, quali l'inibizione del riflesso della tosse, il rallentamento della peristalsi e dell'attività gastrointestinale.

Gran parte dei recettori kappa è localizzata nella zona del corno dorsale del midollo spinale; in quantità minori sono situati nel tronco encefalico ed in diverse strutture

sovraspinali.

Questi causerebbero analgesia inibendo la trasmissione delle afferenze dolorose nell'area dell'analgesia spinale. L'attivazione di questi recettori, inoltre, non produce né euforia, né rinforzo, ma sedazione, miosi e depressione respiratoria, forse anche a causa di un'inibizione della componente mu.

I recettori delta potrebbero incrementare l'analgesia, sia nella zona del tronco encefalico sia nell'area del midollo spinale, e nel regolare le risposte del sistema di rinforzo.

Tutti e tre i recettori sono localizzati, anche se in diverse quantità, in diversi organi periferici, tra i quali l'ipofisi, il surrene, il pancreas, i polmoni, il cuore e il fegato.

Gli oppioidi endogeni svolgono una comune azione di tipo inibitorio su diversi circuiti neuronali che sono sotto il controllo del sistema oppioide.

"L'effetto inibitorio è ottenuto essenzialmente impedendo che le varie terminazioni nervose efferenti, cioè le terminazioni sulle quali sono dislocati i recettori oppioidi,

rilascino nello spazio extracellulare i neurotrasmettitori classici, quali acetilcolina e noradrenalina, che sono alla base del loro funzionamento (A. Salvini, I. Testoni, A. Zamperini, *Droghe, Tossicofilie e Tossicodipendenza*, cit. p. 67).

L'effetto di interazione degli oppioidi esogeni con i recettori è differente, dal momento che l'occupazione del sito recettoriale da parte di svariati risultanti di elementi produce risposte qualitativamente non omologabili fra loro.

Gli oppioidi esogeni possono essere suddivisi in tre categorie principali:

- a) agonisti puri(se producono attivazione dei recettori)
- b) antagonisti puri(se determinano inibizione recettoriale)
- c) agonisti/antagonisti ad azione mista.

3.5 AGONISTI PURI

La maggior parte degli oppioidi (alla base dei casi di abuso e dipendenza) fa parte del gruppo degli agonisti puri, cioè può produrre un'attivazione dei siti recettoriali del sistema oppioide. Tra questi sono presenti due fondamentali alcaloidi dell'oppio-morfina e codeina- e altri oppiacei quali l'eroina, il metadone, la petidina, l'idromorfone, il propossifene, il levo-alfa- acetil metadolo e il fentanil.

Gli agonisti esogeni, quando sono assunti, prendono possesso dei recettori oppioidi, attivando la stessa serie di episodi cellulari percepibili con gli oppioidi endogeni.

Queste sostanze influiscono sulla liberazione dei peptici endogeni con un processo a due fasi: una fase di stimolazione in corrispondenza a basse dosi di esogeni, una fase di inibizione collegata a dosi più intense.

Il prototipo di agonista puro è rappresentato dalla morfina che può essere somministrata per via orale, rettale e parenterale-intramuscolare o endovenosa.

Alcuni oppiacei, tra cui la morfina, possono inoltre essere

somministrati direttamente nel canale spinale per controllare il dolore del travaglio e del parto, per trattare il dolore post-operatorio e per alleviare il dolore collegato con il cancro allo stadio terminale.

L'agonista puro per eccellenza è la morfina, soprattutto a causa della sua elevata relazione con i recettori mu; essa produce analgesia, euforia, sedazione, diminuzione dell'apprensione e della preoccupazione, depressione respiratoria, distruzione del riflesso della tosse e miosi pupillare.

Un agonista puro analogo strutturalmente alla morfina, ma molto meno potente come analgesico è la codeina; essa può essere assorbita meglio quando è assunta per via orale, diventando un utile aiuto terapeutico per la tosse. L'idromorfone e l'ossimorfone sono strutturalmente simili alla morfina, stimolano i recettori mu e sono più potenti della morfina.

Il propossifene è un composto strutturalmente simile al metadone, come analgesico è più potente dell'acido

acetilsalicilico e meno potente della morfina e viene usato soltanto per via orale.

Un oppiaceo sintetico con diversa struttura della morfina è la petidina la quale fornisce gli stessi effetti.

3.6 ANTAGONISTI PURI

"Gli antagonisti puri, naloxone e naltrexone, hanno affinità per i recettori degli oppiacei, ma dopo che si sono legati non esercitano alcun effetto agonista, ovvero non determinano alcuna attivazione cellulare.

In pratica, il legame tra oppioide antagonista e recettore è silente da un punto di vista funzionale.

Per questa loro caratteristica, gli antagonisti sono in grado di neutralizzare completamente gli effetti degli oppiacei agonisti, occupando i loro recettori o spiazzando gli agonisti dai siti recettoriali e sostituendosi ad essi" (A. Salvini, I. Testoni, A. Zamperini, *Droghe, Tossicofilie e Tossicodipendenza*, cit. p. 74).

Un antagonista puro che non ha alcun effetto analgesico e non dà luogo ad abuso è il naloxone; esso può provocare subito i sintomi dell'astinenza se viene somministrato a soggetti con dipendenza da oppiacei; questa sostanza

possiede un effetto debole o nullo quando viene iniettato in persone non dipendenti da oppiacei.

Il primo oppiaceo antagonista puro assumibile per via orale è il naltrexone che, diversamente dal naloxone, ha una durata d'azione lunga, che rende essenziale una singola dose giornaliera di circa 40-80 mg.

Questa sostanza viene impiegata in seguito ai programmi di disintossicazione dagli oppiacei, al fine di mantenere un individuo in terapia cronica con un antagonista per prevenire le ricadute.

3.7 GLI AGONISTI/ANTAGONISTI AD AZIONE MISTA

"Gli oppiacei ad azione mista occupano i recettori inducendo generalmente effetti morfinosimili o non-morfinosimili, a seconda delle dosi e delle specifiche sottopopolazioni recettoriali con le quali vengono ad interagire.

L'effetto misto dipende anche dal fatto che questi composti agiscono da agonisti parziali, cioè occupano i recettori oppioidi ma attivano in modo relativamente attenuato le risposte tipiche degli agonisti e, al tempo stesso, impediscono parzialmente la possibilità che i vari agonisti o antagonisti puri si leghino ai siti recettoriali.

A questo gruppo di sostanze appartengono la dezocina, la pentazocina, la buprenorfina, il butorfanolo e la nalbufina; la buprenorfina è particolarmente importante dal momento che la sua azione di tipo agonista viene esercitata sui recettori μ , che mediano le sue proprietà

analgesiche.

3.8 1 VARI TIPI DI TOLLERANZA

La tolleranza può essere indicata come uno stato di responsività progressivamente decrescente a un farmaco.

Le cause che possono influire sullo sviluppo della tolleranza alla morfina e agli altri oppiacei agonisti sono molteplici: oltre a quelle disposizionali, (connesse alla risposta fisiologica del soggetto), sono particolarmente rilevanti le dosi assunte e la frequenza di somministrazione.

Quest'ultima causa è fondamentale, dato che sia la tolleranza che la dipendenza si sviluppano tanto più facilmente e rapidamente quanto più brevi sono gli intervalli tra le assunzioni.

Si distinguono tre tipi di tolleranza:

1) "tolleranza metabolica: la presenza di oppiacei nel sangue induce il fegato ad aumentare la sintesi degli enzimi epatici che sono implicati nel metabolismo di tali

sostanze.

A causa di questa induzione enzimatica il farmaco verrà metabolizzato più rapidamente e saranno necessarie maggiori quantità di oppiacei per mantenere nell'organismo le stesse concentrazioni ematiche;

2) tolleranza da adattamento cellulare: è la forma più rilevante di tolleranza agli oppiacei e ad altri farmaci che danno dipendenza.

Questa forma di tolleranza si sviluppa poiché i neuroni encefalici che presentano recettori oppiacei si adattano alla continua presenza di oppiacei o aumentando il numero di recettori o riducendo la loro sensibilità al farmaco, per cui sarà necessaria una maggiore concentrazione ematica di oppiacei per stimolarli;

3) tolleranza contingente o situazionale: di più recente individuazione è invece il ruolo dell'interpretazione cognitiva del soggetto nello sviluppo della tolleranza.

Il contesto e il setting di assunzione di una sostanza, infatti, sembrerebbero influenzare non solo il modo in cui i suoi effetti vengono interpretati, ma anche lo strutturarsi della tolleranza e della dipendenza da essa.

La manifestazione della tolleranza può portare ad assumere dosi molto elevate di eroina e l'overdose, (cioè una dose che supera la capacità di tolleranza del soggetto), costituisce un incidente diffuso ed è la causa di morte più frequente nei tossicodipendenti.

L'overdose si manifesta più facilmente negli individui che, dopo periodi di astinenza volontaria o forzata, ricominciano ad usare la solita dose di droga, tralasciando la possibile diminuzione della propria tolleranza a tale sostanza.

3.9 LA DIPENDENZA

La tossicodipendenza è stata definita come una condizione di dipendenza psichica o fisica o psicofisica che si sviluppa in un individuo che abitualmente assume sostanze stupefacenti.

Il termine dipendenza psichica riguarda l'incapacità del soggetto di funzionare emozionalmente senza fare uso della droga e di conseguenza alla necessità di assumerla al fine di ottenere sensazioni di piacere e per evitarne di sgradevoli.

La dipendenza fisica si manifesta, invece, quando una persona che ha assunto il farmaco in forma cronica interrompe improvvisamente di usarlo scatenando, così, gravi sintomi fisici di astinenza.

La dipendenza fisica si associa in genere a dipendenza psichica ed è sempre accompagnata da fenomeni di tolleranza

La condizione di dipendenza fisica causata dagli oppiacei è determinata dalla severità dei sintomi di astinenza, che è a sua volta direttamente connessa alla quantità dell'ultima dose assunta e alla frequenza delle assunzioni antecedenti.

L'abuso di eroina comporta una dipendenza più evidente e di più rapida instaurazione rispetto alla morfina, a causa della sua maggior potenza di azione, maggior tossicità ed effetto più breve. La dipendenza fisica si sviluppa, inoltre, nella metà dei bambini nati da madri tossicodipendenti, producendo una grave sindrome di astinenza che necessita trattamento medico.

LA CRISI DI ASTINENZA

"Tutti gli oppioidi dotati di una qualche attività agonistica e assunti a dosi sufficienti possono indurre una crisi d'astinenza successivamente alla loro brusca sospensione/riduzione o, anche, alla somministrazione di un qualche oppioide dotato di sufficiente proprietà antagonistica, come il naloxone e il naltrexone. L'impiego intermittente di oppioidi, anche se di lunga durata, si associa a crisi di astinenza meno gravi.

La gravità della crisi è proporzionata alla quantità di oppioide abitualmente assunto, ed è influenzata anche da altri fattori, tra cui le caratteristiche individuali del tossicodipendente; le proprietà dell' oppioide assunto provocano la gravità e l'andamento dell'astinenza.

Gli oppioidi a breve durata, come eroina e petidina, producono crisi di astinenza più gravi e di minore durata rispetto a quelle causate da oppioidi ad azione più prolungata, come metadone e buprenorfina.

Vi è una precisa sequenza nella comparsa dei segni e dei sintomi che sono specifici della crisi d'astinenza: i primi sintomi che si manifestano sono i vissuti d'ansia, una sensazione di dolore spesso situata alla schiena o alle gambe, seguiti dal bisogno urgente di fornirsi una nuova sostanza e da un comportamento di ricerca della sostanza stessa.

Seguono l'instabilità d'umore, irrequietezza motoria con incapacità a stare fermi, lacrimazione, sudorazione, sbadigli, insonnia, anomala sensibilità dolorosa della cute anche per semplici sfioramenti.

Infine si presentano i dolori ossei e muscolari, vampate di caldo e di freddo, nausea, vomito, diarrea, crampi addominali.

3.10 LO SVILUPPO DELLA RELAZIONE CON LA SOSTANZA: GLI STADI DELLA TOSSICOMANIA DA OPPIACEI

Il legame di un individuo con la droga si sviluppa attraverso varie fasi, nel corso dei quali egli fa delle scelte che presenteranno gradualmente le proprietà della sua relazione con la sostanza.

In ciascun percorso entrano in gioco differenti fattori di ordine personale, interpersonale e situazionale che hanno un ruolo distinto nelle varie fasi che lo formano.

Le iniziali somministrazioni endovenose di eroina possono creare effetti spiacevoli (nausea, vomito, sudorazione), alle somministrazioni seguenti emerge il "flash" raccontato come un'onda di calore che sale dal corpo alla testa e di stordimento; i tossicomani paragonano questa sensazione all'orgasmo sessuale, ma riferito all'addome e non ai genitali, con un intenso stato di benessere.

Al "flash" si presenta una condizione di sonnolenza

durante la quale possono esserci sogni simili alle fantasie più abituali; a queste esperienze si manifesta una sensazione di recuperata energia e vivacità intellettuale.

Nel soggetto emerge la sensazione di avere la situazione esattamente sotto controllo: la droga è bella ed è impossibile cessare di usarla.

L'individuo, però, avverte gradualmente che qualcosa si sta modificando: deve aumentare le dosi di eroina al fine di poter riprovare le sensazioni iniziali, fino ad arrivare rapidamente a dover "farsi" esclusivamente per evitare di stare male, per sfuggire alla crisi di astinenza.

Inizialmente il soggetto crede di avere il pieno controllo della sostanza, ma successivamente subentra la sensazione di essere totalmente dominato da essa e di doversi identificare in quel ruolo di "tossico" sino ad allora rifiutato.

In questo stadio di dipendenza, il soggetto inizia, nella

maggior parte dei casi, ad ignorare qualsiasi interesse e la sua stessa persona, dall'igiene all'alimentazione.

"La preoccupazione di avere a disposizione la dose diviene centrale e prioritaria, connotata da forte angoscia, che spinge il soggetto a fare cose che prima non avrebbe mai pensato di fare per procurarsi il denaro necessario all'acquisto di eroina (A. Salvini, I. Testoni, A. Zamperini, *Droghe, Tossicofilie e Tossicodipendenza*, cit. p. 83).

In questo stadio il consumatore ricorre alle strutture di trattamento generalmente solo con intenti manipolatori, per cercare di soddisfare la sua assillante necessità di assumere droga e non è presente il più delle volte una reale motivazione alla cessazione dell'uso di oppiacei.

La fase consecutiva è qualificata da forte ambivalenza, da un sentimento di amore e odio per la sostanza; il soggetto diventa consapevole del prezzo che sta pagando all'eroina, mette in discussione il suo rapporto con essa,

ma si rende conto che non può andare avanti senza di lei,
vorrebbe interrompere ma non ce la fa

Lo stadio dell'ambivalenza è il più lungo e tormentato
dell'iter tossicomane, spesso dura anni, in quanto è
composto da molteplici tentativi di astensione e
successivi fallimenti da parte del soggetto.

3.11 PATOLOGIE COLLEGATE AL CONSUMO DI OPPIACEI

Il consumo acuto e cronico di oppiacei è correlato a insufficienza di secrezioni, che produce secchezza delle fauci e del naso, riduzione dell'attività gastrointestinale e stitichezza.

Negli individui che fanno uso endovenoso di oppiacei sono presenti in genere vene sclerotizzate e segni di punture nelle porzioni inferiori degli arti superiori.

In alcune circostanze le vene sono soggette ad una sclerosi patologica tale da sviluppare edemi periferici e le persone presentano circoli venosi collaterali alle gambe, al collo o all'inguine; quando esse diventano irrecuperabili, i soggetti spesso si iniettano direttamente le sostanze nel tessuto sottocutaneo, con conseguenti cellulite, ascessi e cicatrici.

I sintomi più comuni della persona che ha assunto da

poco eroina sono la sonnolenza, insieme al prurito, all'arrossamento degli occhi e soprattutto alla miosi.

Fra gli individui dipendenti da oppiacei sono frequenti le disfunzioni sessuali: disturbi dell'erezione nei maschi, turbe della funzione riproduttiva e irregolarità mestruali nelle femmine.

Coloro che sniffano eroina o altri oppiacei spesso provocano irritazione della mucosa nasale, in alcuni casi associata da perforazione del setto nasale.

Tra le persone che fanno uso endovenoso di sostanze è molto alta l'influenza di infezione HIV/AIDS, di Epatite B e di Epatite C, collegata innanzitutto alla diffusa abitudine di scambiarsi le siringhe.

I tossicodipendenti da oppiacei sono esposti a un pericolo di morte circa venti- trenta volte maggiore rispetto a quello della restante popolazione.

La morte consegue spesso a overdose, incidenti, lesioni,

infezioni varie o ad altre complicanze mediche generali.

3.12 L'INTERVENTO TERAPEUTICO: IL TRATTAMENTO MULTIMODALE INTEGRATO

In passato si riteneva che un tossicodipendente da oppiacei dovesse essere ricondotto sempre e comunque a uno stato di totale indipendenza farmacologica; l'obiettivo unico della terapia consisteva nell'eliminare totalmente dalla vita del soggetto l'assunzione di qualsiasi tipo di oppiaceo.

La centralità degli interventi si è progressivamente trasferito dalla cultura della guarigione a tutti i costi, intesa come completa astensione dalle droghe a quella della riduzione del danno e della probabilità di prendere in carico anche le persone che ancora non hanno deciso di sospendere definitivamente il rapporto con la sostanza d'abuso.

È fondamentale intervenire per evitare i rischi di overdose e di infezioni, per diminuire il ripetersi di atti devianti, allo scopo di migliorare le condizioni di salute del soggetto e le sue relazioni sociali.

La possibilità di mettere a disposizione una varietà di interventi appare fortemente congiunta anche alla consapevolezza della necessità di dover adattare l'intervento terapeutico ai bisogni, alle caratteristiche specifiche di ciascun tossicodipendente. Ciascun individuo deve, inoltre, essere indirizzato allo specifico programma che è stato ritenuto il più adeguato per le sue specifiche necessità.

La scelta del tipo di trattamento più adatto deve valutare la realtà e i bisogni specifici di ogni persona, le sue risorse efficienti e potenziali, la fase di rapporto con la sostanza in cui si trova e soprattutto la sua motivazione al cambiamento.

È particolarmente importante tener conto della presenza di possibili patologie psichiatriche o somatiche collegate, della tendenza a una polidipendenza, del funzionamento psicosociale di base del soggetto e delle strutture terapeutiche che si possono adoperare.

Ogni progetto terapeutico, inoltre, dovrà prevedere una sequenza complessa di interventi fra loro integrati: da quelli sanitari a quelli farmacologici, psicoterapici e socioriabilitativi.

L'analisi della validità di tre diverse tipologie di trattamento (terapia di mantenimento con metadone, strutture socio-riabilitative e uso di naltrexone) ha messo in evidenza una discreta efficienza di ciascun tipo di intervento, ma nessuno, da solo, è capace di sostituire gli altri.

L'efficacia a medio/lungo termine del trattamento è maggiore rispetto a quando viene utilizzata un'unica opzione terapeutica soltanto nelle circostanze in cui questi interventi vengono integrati.

3.13 GLI INTERVENTI FARMACOLOGICI

Un fattore rilevante nel progetto terapeutico complessivo è l'intervento farmacologico ed è attinente ai disturbi connessi all'uso di oppioidi.

Tale tipo di trattamento richiede, comunque, una compartecipazione massiccia opzioni e extra farmacologiche (psicoterapia, interventi psicosociali riabilitativi), che diventa tanto più importante quanto più il trattamento farmacologico si muove nella direzione del raggiungimento e del mantenimento di uno stato permanente di libertà dagli oppioidi, ovvero di una condizione drug free (A. Salvini, I. Testoni, A. Zamperini, Droghe, Tossicofilie e Tossicodipendenza, cit. p. 90).

Le principali tipologie di interventi farmacologici impiegati sono: la disintossicazione, la terapia di mantenimento con sostanze sostitutive e la prevenzione di ricadute mediante antagonisti.

LA DISINTOSSICAZIONE

I programmi di disintossicazione includono l'insieme dei procedimenti per mezzo dei quali un tossicodipendente viene aiutato a superare il periodo di astinenza associato alla repentina cessazione della sostanza oggetto di abuso.

Essi si distinguono per la durata (a breve o a lungo termine), per il luogo in cui vengono realizzati (programmi ospedalieri, ambulatoriali o semiresidenziali) e per le strategie farmacologiche adoperate (E. Sacchetti, M. Clerici, *Incontro all'eroina*, Milano, 1996).

Il metodo fondamentale per la disintossicazione da oppiacei prevede uso di sostanze che mostrano tolleranza crociata con l'oppiaceo dal quale il soggetto dipende.

Il metadone è la sostanza più utilizzata a questo scopo; esso è provvisto di scarsi effetti collaterali, può essere assunto per via orale ed ha una durata di azione estesa nel tempo, per cui una sua improvvisa interruzione genera manifestazioni di astinenza più sfumate, anche se di

maggior durata, rispetto all'eroina.

Il modello di disintossicazione da metadone prevede due tappe essenziali:

la prima è attinente all' identificazione della dose di metadone essenziale per antagonizzare efficacemente la crisi di astinenza provocata dalla sospensione dell'uso di eroina.

Quando la dose necessaria è stata identificata, questa può essere gradualmente ridotta di pochi mg alla volta, con modelli variabili da programma a programma.

L'efficacia dei diversi programmi di disintossicazione è connessa soprattutto a due tipi di fattori:

- a) la probabilità di diminuire il dolore e la sofferenza tipiche dell'astinenza;
- b) la capacità di preparare adeguatamente il paziente agli interventi più difficili che sono efficaci per il mantenimento della disintossicazione e per la prevenzione delle ricadute.

La disintossicazione di per sé, infatti, non assicura l'immunità delle ricadute nella dipendenza.

La disintossicazione con metadone e il seguente mantenimento con naltrexone sono stati considerati un valido mezzo anche per il controllo dello sviluppo dell'infezione da HIV.

LE TERAPIE DI MANTENIMENTO CON SOSTANZE SOSTITUTIVE

La terapia di mantenimento con sostanze sostitutive comporta meno traumi in quanto non implica un totale abbandono dell'uso di oppiacei, ma la sostituzione della sostanza illegale con metadone o altri farmaci simili per un periodo di tempo più o meno lungo. "Vincent Dole e la moglie Marie Nyswander sperimentarono per la prima volta il metadone nel trattamento della dipendenza da eroina sui tossicodipendenti all'inizio degli anni sessanta quando la mortalità da eroina era la principale causa di morte tra i giovani tra i 15 e 35 anni nella città di New York (Dole, Nyswander, 1965, 1967) (V. P. Dole, M. E. Nyswander, 1965, *Medical treatment for diacety*, Jama, 193.

Da quel momento, la somministrazione del metadone a lungo termine è diventata la più studiata tra tutte le terapie di "riduzione del danno" disponibili per impedire i comportamenti legati alla dipendenza da oppioidi. L'opportunità di somministrare il metadone per via orale,

preserva dalle malattie infettive collegate all'uso di siringhe e collabora a decondizionare dall'abitudine iniettiva, sospendendo il legame, anche psicologico, che unisce iniezione, buco ed effetti oppioidi desiderati.

L'efficienza del metadone a mantenimento è stata determinata attraverso diversi parametri: diminuzione dell'uso di eroina e di siringhe, riduzione del rischio di epatite e di AIDS, diminuzione della mortalità, reinserimento socio-professionale, miglioramento dello stato psichico, diminuzione della delinquenza.

Ultimamente è stato consigliato come eventuale alternativa al metadone un altro oppiaceo agonista, il LAAM, la cui lunga durata d'azione costituisce il vantaggio fondamentale rispetto al metadone, consentendo una frequenza di somministrazione, durante la terapia di mantenimento, di tre volte la settimana anziché diurna.

Lo svantaggio principale è piuttosto connesso all'eccessiva latenza necessaria per ottenere livelli stabili di concentrazione del farmaco, per cui il trattamento nella

fase iniziale non assicura una copertura stabile.
Ciò può produrre sfiducia nel tossicodipendente o portarlo a riassumere eroina, con il derivante rischio di overdose.

LA PREVENZIONE DELLE RICADUTE

Per permettere ai soggetti, ormai disintossicati, di essere completamente liberi dalla dipendenza, si utilizzano composti antagonisti dotati di attività prolungata, che possono occupare i recettori degli oppioidi per lungo tempo, rendendoli così funzionalmente inerti e silenti. L'antagonista maggiormente adottato a questo scopo è il naltrexone, che viene assunto per via orale ed ha una durata d'azione di oltre 24-48 ore; è ben tollerato, poco tossico e non crea tolleranza né crisi di astinenza se interrotto.

È essenziale, prima di iniziare la somministrazione di naltrexone, verificare che il soggetto sia davvero disintossicato, in caso contrario questi andrà incontro ad una forte crisi di astinenza.

3.14 GLI INTERVENTI PSICOTERAPICI

In Italia gli interventi psicoterapici realizzati nei Servizi pubblici sono di solito creati in associazione con altre strategie d'intervento (farmacologico, medico, sociale, di comunità).

Essi sono soprattutto realizzati nella fase iniziale, che cominciando dall'accoglienza giunge alla definizione del progetto terapeutico, all'inizio del trattamento vero e proprio e presso le strutture riabilitative.

Un indirizzo molto produttivo è quello sistemico-familiare, che seleziona come unità di intervento terapeutico il tossicodipendente e la sua famiglia.

Questo tipo di intervento costituisce di solito un passaggio essenziale anche per motivare il tossicodipendente a migliorare verso forme di trattamento più impegnative, come disintossicazione e la riabilitazione in comunità.

Accanto agli interventi psicoterapici "classici", recentemente si sono diffusi la logoterapia, lo psicodramma, le psicoterapie "a mediazione corporea" ed altre tecniche meno note.

3.15 LE COMUNITÀ TERAPEUTICHE

"Le Comunità Terapeutiche, residenziali e semiresidenziali, costituiscono modalità di trattamento particolarmente utilizzate nel campo delle tossicodipendenza, sia in Italia sia in altri paesi.

Si tratta di strutture no- profit, gestite da personale eterogeneo, sia specializzato, ad esempio educatori con formazione psicosociale e psicoterapeuti, sia da ex-tossicodipendenti riconvertiti in educatori/terapeuti sulla base del principio che chi ha vissuto il problema può offrire un più valido contributo agli altri.

Il fine che tali strutture si prefiggono è la riabilitazione e la risocializzazione del tossicodipendente che, durante una fase importante e prolungata della propria vita, diventa parte integrante della comunità stessa" (A. Salvini, I. Testoni, A. Zamperini, *Droghe, Tossicofilie e Tossicodipendenza*, cit. p. 98).

Le CT mostrano un'estrema varietà dei modelli adottati e delle strategie usate: dalle comunità rigidamente gerarchiche a quelle più democratiche e permissive.

Ogni comunità ha come fattore terapeutico principale il gruppo, per cui è l'insieme di relazioni interpersonali significative a realizzare il mezzo principale per ottenere un efficiente e stabile distacco dalla droga.

Lo scopo di ciascuna struttura è quello di attivare un processo di cambiamento del sé, per mezzo di programmi di tipo terapeutico- educativo, che fanno in modo che l'individuo gradualmente comprenda come raggiungere uno stato di benessere e, contemporaneamente, sperimenti e acquisti capacità e abilità personali, delle quali è ritenuto inadeguato.

È possibile differenziare due tipi di comunità: comunità implicitamente terapeutiche e comunità esplicitamente terapeutiche che presentano considerevoli discrepanze per quanto concerne le metodologie, tipo di personale impiegato e obiettivi"(L. Cancrini, *Quei temerari sulle*

macchine volanti, 1982).

Le comunità implicitamente terapeutiche si presentano come un modello di vita alternativo alla società attuale, basate sui valori della solidarietà e della condivisione.

La tecnica terapeutica adoperata di più è quella dell'incontro-confronto: il residente viene continuamente messo a confronto con le conseguenze del suo comportamento e il suo gruppo sociale di riferimento nel programma funge da specchio.

Cagossi, per quanto riguarda le comunità implicitamente terapeutiche distingue due sotto-categorie:

comunità di accoglienza, di solito di dimensioni limitate con un alto rapporto operatore/ospite, dirette, sulla base di un elevato stile di relazioni interpersonali, verso i soggetti emarginati perché diversamente abili.

Comunità di vita ,di medie o grosse dimensioni, con un basso rapporto operatore/ospite.

Esse organizzano collettivamente tutti gli aspetti della vita quotidiana, dando valore al lavoro e alla sua azione di tipo educativo, perché rappresenta il banco di prova delle proprie capacità di acquisire responsabilità e competenze tecniche.

Le comunità esplicitamente terapeutiche sono indirizzate al reinserimento sociale del soggetto: il soggiorno in comunità residenziale ha una durata stabile, cui segue una fase di rientro, definita da una graduale separazione del residente dalla comunità.

In questi programmi i trattamenti previsti tendono a ridurre la durata del soggiorno residenziale, 12-18 mesi al massimo, e a coinvolgere la famiglia nella terapia.

Il loro obiettivo consiste nella ristrutturazione dell'identità attraverso progetti terapeutici personalizzati, limitando l'importanza all'andamento del residente a rigide regole

gerarchiche.

3.16 LA COCAINA

La cocaina si ricava dalle foglie di un arbusto sempreverde che si coltiva in prevalenza nell'America centromeridionale, soprattutto in Perù, Bolivia e Colombia.

Una riga di cocaina inalata procura al consumatore 20-50 milligrammi di sostanza

L'intensità degli effetti è connessa alla quantità della dose e al modo di assunzione.

Oltre alla cocaina cloridrata, per la maggior parte dei casi ingerita, sniffata o assunta con iniezione endovenosa, negli anni settanta venne diffusa una varietà più forte detta *free-base* la quale, liberata con un adeguato solvente dell'acido cloridrico, si presenta sotto forma di cristalli, che spezzati vengono fumati con pipe di vetro.

Nel 1982 venne creato un qualità di cocaina più densa, chiamata crack, con la possibilità di essere assunta in modo più facile.

Oggi la maggior parte dei cocainomani fanno uso di questa preparazione, fumandola o inalandola con cannuccia riscaldata, perché vaporizza a bassa temperatura.

Arnao (1985) riconosce tra:

"un effetto psicoattivo di base, legato alla specifica attività farmacodinamica della cocaina, che è uguale per tutti i tipi di assunzione; la rapidità, che è appunto in relazione alla velocità di diffusione e ai suoi effetti neurologici;

l'intensità che è più elevata quando la somministrazione avviene per via polmonare e intravenosa" (G. Arnao, 1985, *Rapporto sulle droghe*).

La distinzione fatta da Arnao è rilevante, dato che permette di prendere in considerazione le finalità del consumo.

FARMACODINAMICA

La farmacodinamica considera l'interazione tra il farmaco e i suoi recettori, perciò i processi neurochimici che sono sottoposti agli effetti psicoattivi.

Ad esempio, se un individuo assume un grammo di cocaina vaporizzata e inalata, le sue molecole arrivano al cervello in pochi istanti attraverso i polmoni.

È risaputo che quando la molecola di un neurotrasmettitore si sparge da un neurone all'altro, attraverso il minuscolo spazio della fessura sinaptica, si fissa a incastro su un recettore speciale dell'altra cellula nervosa ricevente.

"In questo modo il nostro cervello trasmette i segnali che elaborano l'informazione, regolano le emozioni, ci mantengono in vita e ci fanno transitare da un processo mentale all'altro modificando in modo più o meno rilevante lo stato di coscienza. È quindi nelle fessure

sinaptiche, al punto d'incontro tra le cellule nervose, che i farmaci mentali e le droghe come la cocaina, l'alcol e la nicotina agiscono" (A. Salvini, I. Testoni, A. Zamperini, *Droghe, Tossicofilie e Tossicodipendenza*, cit. p. 112).

3.17 LE CONSEGUENZE BIOLOGICHE E PSICOLOGICHE

Gli effetti della cocaina durano circa un'ora; dopo la prima dose i suoi effetti svaniscono e il consumatore sente la necessità di riassumerla.

Si distinguono tre fasi, come per le anfetamine:

una fase iniziale di euforia, piacere, orgasmo, veloce che dura pochi attimi;

una fase intermedia di eccitazione, seguita da sensazioni di energia, lucidità e produttività intellettuale, di accelerazione emotiva, a cui seguono sensazioni di sicurezza, di benessere fisico, di scomparsa di dolori e della stanchezza, del sonno e dell'appetito: fase che ha una durata dai 5 ai 20 minuti, ma che può continuare per diverse ore in dipendenza alle modalità di assunzione, alla quantità, al grado di purezza della sostanza; una fase finale di disforia, con sentimenti di inquietudine e

depressione

TOLLERANZA

La tolleranza si presenta quando chi fa uso di cocaina o di altri psicostimolanti sente il bisogno di aumentare la quantità di droga per provare gli stessi effetti, oppure in situazioni in cui la stessa dose ha un effetto minore.

Il procedimento biologico, che è alla base sia della tolleranza che dell'assuefazione, è attivato innanzitutto dal fegato, che attraverso un processo di adattamento difensivo è sempre più efficace nelle attività metaboliche che permettono di ridurre la cocaina ed, inoltre, dall'adattamento dei siti neuronali, che diminuiscono la sensibilità della sostanza.

La tolleranza metabolica è un adeguamento per mezzo del quale il fegato diventa più efficiente nella sintesi degli enzimi epatici capaci di metabolizzare le sostanze come la cocaina, l'alcol e altri farmaci.

La tolleranza cellulare comporta l'attivazione di procedimenti neuronali.

La tolleranza condizionata si presenta quando una sostanza viene somministrata nella stessa circostanza in cui era stata somministrata precedentemente.

Oltre alla tolleranza metabolica, cellulare e a quella situazionale i tossicologi hanno individuato un altro tipo di tolleranza, la cosiddetta tolleranza inversa.

Alcuni cocainomani (come certi alcolisti cronici che si ubriacano con un solo bicchiere) possono sperimentare allucinazioni e convulsioni con dosi minori di quelle abituali.

CRISI D'ASTINENZA

L'aspetto predominante della sindrome di astinenza da cocaina è quello psichico.

Da un punto di vista clinico la sindrome d'astinenza dei consumatori di cocaina implica: una prima fase seguente all'uso di alte dosi, in cui all'effetto euforizzante subentra depressione e ipersonnia; una seconda fase chiamata anedonica, caratterizzata da una sindrome disforica, amotivazionale e da distacco dalla realtà e una terza fase connessa all'estinzione del bisogno compulsivo contraddistinta da episodi frequenti di desiderio intollerabile della cocaina (R. M.Julien, 1997, *Droghe e farmaci psicoattivi*).

La crisi d'astinenza può manifestarsi anche dopo lunghi intervalli dall'ultima somministrazione e in condizione di disintossicazione, con inaspettate ricadute caratterizzate da un forte desiderio di cocaina

3.18 LE DIMENSIONI PSICOLOGICHE

La cocaina produce un rinforzo positivo, condizionato dagli effetti determinati dalla sostanza sui circuiti nervosi della dopamina, dell'adrenalina e della serotonina.

L'individuo che già una volta si è drogato, tende a farlo nuovamente perché si è sentito bene, e certe droghe danno assuefazione poiché alle persone piace farne uso.

In seguito, all'effetto creato dal rinforzo positivo si sovrappone quello attivato dal "rinforzo negativo", cioè dal sollievo che il cocainomane attinge dalla sostanza quando deve contrastare i sintomi dell'astinenza.

Con queste due polarità l'individuo che, spesso, fa uso di cocaina rischia di diventare un consumatore abituale ed in seguito un tossicodipendente.

3.19 LE ANFETAMINE

Le anfetamine formano un insieme di farmaci sintetizzati chimicamente che produce effetti psicostimolanti analoghi a quelli della cocaina.

La benzedrina, la dexedrina e la methedrina sono anfetamine che provocano effetti sul sistema nervoso simpatico, simili a quelli della noradrenalina.

Tra gli effetti pericolosi delle anfetamine sono presenti la vasocostrizione, l'aumento della frequenza cardiaca e della pressione sanguigna, l'alterazione del ritmo sonno/veglia con privazione prolungata del sonno, l'irritabilità, la stereotipia ipercinetica, inibizione delle funzioni intestinali, anoressia, idee paranoide.

3.20 IL TRATTAMENTO DELLE DIPENDENZE DA COCAINA E AMFETAMINE

"Il trattamento psicologico e farmacologico delle dipendenze da psicostimolanti come la cocaina e le anfetamine è particolarmente complicato, anche per la difficoltà di contrastare tre aspetti: il primo è che queste sostanze, stimolando l'attività dei centri del piacere, hanno un effetto rinforzante, anche in relazione al fatto che sostengono l'immagine e i comportamenti socialmente apprezzabili, fintanto che non emergono quadri patologici e devianti" (A. Salvini, I. Testoni, A. Zamperini, *Droghe, Tossicofilie e Tossicodipendenza*, cit. p. 132).

Il secondo ostacolo sta nel fatto che il consumo della droga o di altri psicostimolanti come le anfetamine è seguito dall'uso a volte cronico di altre droghe, ed inoltre possono essere copresenti dipendenze da altre sostanze; poi l'uso delle sostanze psicostimolanti nel momento in cui chiede nuovamente l'intervento clinico tende a

collegarsi, in via primaria o secondaria, ad un vasto spettro di problemi psicologici o di disturbi affettivi, relazionali, o di condotte socialmente devianti.

Al fine di programmare forme adeguate di sostegno e di trattamento, è opportuno fare riferimento a un modello in tre fasi, che individua "il crollo", "l'astinenza" e "l'estinzione".

Nella fase del crollo, che può durare diversi giorni, il consumatore non disinteressato nei confronti della droga è sonnolento, apatico, depresso e percepisce gli effetti negativi dell'uso o abuso della sostanza.

Se ad essa segue una fase di astinenza, che può durare da 1 a 10 settimane, il tossicomane entra in una situazione di pericolo, in cui la privazione alla droga nutre il desiderio e i rischi di recidiva sono elevati.

Nella fase di estinzione gli adeguamenti alla droga tendono ad attenuarsi fino a cessare, lasciando tuttavia dei legami di tipo psicologico o di sensibilizzazione

neurologica che possono riattivare ricadute.

Per quanto concerne il trattamento dei problemi psicologici primari, secondari o complementari, possono essere adoperate diverse tecniche psicoterapeutiche la cui scelta è in relazione alla persona, alla sua storia clinica, alla natura dei suoi problemi, prendendo in considerazione le affinità tra il tipo di psicoterapia e il sistema di credenze e convinzioni del paziente.

Specifiche forme di intervento possono considerare il controllo del desiderio compulsivo di cocaina.

Diverse forme di trattamento, fondate sull'astinenza e sul controllo di gruppo, sono state analizzate con esiti positivi, ripetendo il classico programma di recupero degli Alcolisti Anonimi o del gruppo di autoaiuto con supervisione.

"Ancora esistono trattamenti che coinvolgono nel percorso di cambiamento anche la famiglia, ovvero

puntano alla ristrutturazione del sistema familiare del tossicodipendente, poiché si ispirano all'idea che la dipendenza sia sintomo di disfunzioni e conflitti relazionali, alla cui base potrebbero celarsi problemi relativi all'individuazione, all'autonomia e al distacco dei singoli membri” (M. Ravenna, 1997, *Psicologia delle tossicodipendenze*).

3.21 IL TABAGISMO

Il tabagismo è l'intossicazione cronica da abuso di tabacco da fumo.

Tra i principi attivi estratti dal tabacco è presente la nicotina ed è considerata, in modo inesatto, l'unica componente dannosa dello stesso.

I rischi e gli effetti biologici di nicotina e tabacco sono valutati disgiuntamente: la prima è probabilmente l'unico composto provvisto di proprietà gratificanti tra i 4000 componenti del fumo di sigaretta che, invece, brucia sostanze tossiche non gratificanti e farmacologicamente molto attive.

I fondamentali composti del fumo di tabacco sono: l'ossido di carbonio, l'acido cianidrico, gli ossidi di azoto, le aldeidi, i fenoli, gli alcaloidi, l'arsenico, gli elementi radioattivi, gli idrocarburi aromatici. (J. R. Hughes, 1993, *Smoking is a Drug Dependence*).

La composizione chimica del fumo, dunque, è influenzata principalmente da due fattori: la composizione chimica delle foglie di tabacco e le condizioni della combustione.

3.22 LA NICOTINA

Il più importante alcaloide contenuto nel tabacco e soprattutto nelle foglie è la nicotina; dal punto di vista farmacocinetico è immediatamente assorbita da ogni sito interno ed esterno dell'organismo; penetra anche nell'encefalo del feto attraversando la barriera placentare, è presente in tutti i liquidi dell'organismo incluso il latte materno (M. E. Jarvik, N. G. Schneider, 1992, *Nicotine*).

La nicotina, come nel caso della cocaina e delle anfetamine, esercita un'azione stimolante basata sull'attivazione del sistema dopaminergico.

Diversamente dagli altri due farmaci che hanno un'azione immediata, la nicotina ha un'azione di tipo indiretto, e ciò causa un livello basso di stimolazione dopaminergica nelle aree del rinforzo dell'encefalo.

Essa crea effetti stimolanti e inibitori sul sistema vegetativo, sul sistema cardiocircolatorio, e può cambiare la trasmissione degli impulsi nervosi, con una precisa azione sui gangli del sistema nervoso simpatico.

È un importante agente farmacologico che rapidamente

entra nel circolo dal polmone; in seguito passa nel circolo generale, stimola i recettori aortici e carotidei, e può creare riflessi stimolatori sui centri respiratori e vascolari. La nicotina è in grado di produrre differenti effetti relativi alla sua azione sul cervello.

La prima volta sono frequenti sensazioni soggettive di vertigine e di capogiro, qualche volta anche sindromi vertiginose vere e proprie.

Diversi studi, negli ultimi venti anni, hanno dimostrato che i fumatori mostrano un atteggiamento di ricerca di nicotina, per potersi garantire continuamente un determinato livello di questa sostanza nel sangue.

I danni più gravi determinati dalla nicotina sono senz'altro i danni dovuti "all'intossicazione cronica che si manifestano a carico del sistema circolatorio con le seguenti manifestazioni: vasocostrizione periferica e conseguente aumento della pressione arteriosa; aumento dei battiti cardiaci, il che comporta maggior numero di contrazioni e conseguente affaticamento del cuore; alterazioni del ritmo cardiaco; spasmo delle arterie

coronarie, con possibilità di angina pectoris fino ad aumentare il rischio dell'infarto. Molti disturbi si possono mostrare anche a carico dell'apparato digerente, della vista, dell'apparato respiratorio, sul quale la nicotina funziona come irritante.

Attualmente sono state introdotte le sigarette elettroniche e i dispositivi a tabacco riscaldato come nuovi sistemi di somministrazione della nicotina.

Nonostante questi sistemi evitino la combustione del tabacco, essi favoriscono un consumo frequente di nicotina e ciò può accelerare l'assuefazione, determinando il controllo del dosaggio più complesso rispetto al tabagismo tradizionale.

3.23 IL PROBLEMA DELLA DIPENDENZA

L'intensità della dipendenza cambia da persona a persona, per questa ragione le modalità dell'intervento sono complesse. La tolleranza come principio di dipendenza ha costantemente un'attenzione importante, fino ad essere distinta in cronica (dimostrata dagli studi condotti su animali ma non in modo chiaro ed evidente nell'uomo, forse per mancanza di uno studio sistematico e controllato sull'argomento) e acuta, rilevabile anche durante la giornata con la misura della frequenza cardiaca che rappresenta il parametro più facile da misurare. La valutazione della dipendenza da nicotina consiste in un desiderio incontrollabile e intenso o l'insuccesso dei tentativi di smettere; una maggiore disponibilità del proprio reddito per poter provvedere alla sostanza; il proseguimento nell'uso nonostante la consapevolezza di avere un problema di salute; il disagio presente anche dopo una breve astinenza, che porta al tentativo persistente di trovare sollievo al desiderio di fumare. I segni e i sintomi di astinenza riscontrati nelle variazioni

dell'umore considerano l'irritabilità, la frustrazione, la collera, l'ansia, la depressione, l'ostilità, l'impazienza. La sonnolenza, l'inquietudine, la difficoltà di concentrazione, il mal di testa, la difficoltà di respiro, la diminuzione della vigilanza e la fame sono i sintomi fisiologici più frequenti; invece, i segni fisiologici più diffusi sono: aumento di peso, diminuzione della frequenza cardiaca, aumento della circolazione periferica, diminuzione dei livelli urinari di adrenalina, turbe del sonno, sudorazione.

3.24 FUMO ATTIVO, FUMO PASSIVO

É ormai dimostrato il legame tra fumo passivo e sviluppo di forme tumorali; molte ricerche epidemiologiche dimostrano che il pericolo è elevato sulla base della quantità e della durata dell'esposizione a fumo passivo. Le caratteristiche conoscitive per mezzo delle quali è possibile studiare l'effetto cancerogeno del fumo passivo sui polmoni sono fondamentalmente di due tipi: studi caso-controllo, dove l'esposizione passata a fumo passivo riportata da pazienti con tumore polmonare viene paragonata a quella di persone sane, e indagini prospettiche, in cui individui sani in parte esposti e in parte no, sempre al fumo passivo, vengono confrontati per quanto riguarda la successiva manifestazione di questo tumore.

"Finette et al. (1998) hanno dimostrato che il fumo passivo in gravidanza può causare mutazioni genetiche ai bambini: le madri esposte al fumo di altri hanno una maggiore probabilità di mettere al mondo bimbi con

mutazioni nei loro geni; questa è la prima solida evidenza che trova nei nascituri gli stessi tipi di danni genetici dei fumatori.

Inoltre l'esposizione al fumo materno durante la vita intrauterina può determinare la riduzione del peso del neonato, l'aumento di parti prematuri, l'aumento di aborti, l'incremento di emoglobina fetale nel neonato" (L. Finette et al, 1998, *Gene mutations with characteristic deletions in cord blood thymocytes associated with passive material exposure to tobacco smoke*).

Dalle ricerche attuali è emerso che il 70% dei fumatori vorrebbe smettere di fumare, ma solo un terzo di essi riesce a liberarsi dalla dipendenza dal fumo di tabacco. L'eliminazione dello stato di dipendenza è l'obiettivo principale dei metodi attuali, tra essi sono presenti i metodi di autoaiuto, quelli clinici e di gruppo, le terapie farmacologiche, ipnosi, medicina naturale, omeopatia, agopuntura, micromassaggio tibetano, training autogeno.

3.25 L'ALCOLISMO

Tra le sostanze psicoattive più diffuse e tollerate al mondo si distingue l'alcol; le sue funzioni fondamentali sono: la funzione nutritiva, la funzione intossicante e la funzione farmacologica. Nel vino, nella birra, nelle acquaviti e nei liquori è presente l'alcol ed è il cosiddetto etanolo, cioè l'alcol etilico.

Questa sostanza possiede una temperatura di ebollizione inferiore rispetto all'acqua ed ha una facile volatilità e infiammabilità e può essere diviso con la distillazione.

L'etanolo può essere assorbito rapidamente, poiché non necessita di precedenti interventi digestivi e può verificarsi in qualunque punto del tubo digerente; se l'assunzione avviene a stomaco vuoto l'assorbimento è più rapido, l'ingestione di alimenti ad alto contenuto di grassi riduce ulteriormente l'assorbimento.

Il corpo umano è dotato di meccanismi di protezione

contro l'intossicazione da alcol: se la concentrazione alcolica sale eccessivamente viene prodotto muco nello stomaco e il piloro si chiude.

Questo funzionamento impedisce all'alcol di andare troppo rapidamente nell'intestino e frequentemente lo spasmo pilorico provoca nausea e vomito.

Nel caso di una donna in gravidanza, l'alcol si sparge liberamente dal sangue della madre al feto in concentrazioni plasmatiche uguali: attraversa velocemente e facilmente sia la placenta sia la barriera ematoencefalica fetale.

Studi sull'influenza del consumo materno di alcol sul bambino, soprattutto nel periodo critico dello sviluppo embrionale, ha dimostrato l'ipotesi della Sindrome Fetale Alcolica, che implica gravi handicap alla nascita nel 30-50% dei casi.

LA TOLLERANZA

La tolleranza è quel fenomeno farmacologico per cui, a seguito di un'assunzione prolungata, l'organismo riduce la propria sensibilità agli effetti della sostanza, rendendo necessario un progressivo aumento del dosaggio per ottenere gli effetti desiderati.

Una caratteristica della tolleranza all'etanolo è data dal fatto che negli stadi terminali dell'alcolismo, quando gravi complicazioni epatiche pregiudicano la capacità di metabolizzare l'alcol, si manifesta un'intolleranza: sono sufficienti dosi minori, a volte minime, per determinare l'ubriachezza

3.26 EFFETTI COMPORTAMENTALI E PSICOLOGICI

L'alcol, in quanto depressione del sistema nervoso, è provvisto per alcuni aspetti, di effetti paragonabili con quelli dei barbiturici e delle benzodiazepine, nei confronti dei quali si verifica un certo grado di tolleranza e di dipendenza crociata.

Gli effetti comportamentali dell'alcol si presentano con intensità differente in base alle diversità individuali, alla concentrazione ematica dello stesso, e al livello delle strutture nervose che sono progressivamente implicate.

L'alcol tende infatti a esercitare il suo effetto farmacologico sul cervello dall'alto in basso: da un'influenza iniziale sulla corteccia, coinvolge in seguito il sistema limbico e il cervelletto, la sostanza reticolare ascendente e finalmente il midollo allungato.

Ai vari livelli delle strutture nervose l'azione dell'etanolo comporta effetti sul comportamento a volte diversi da

quelli propriamente neurofarmacologici nel senso che l'effetto depressivo sui centri inibitori del controllo produce paradossalmente un'attività eccitatoria.

L'effetto psicologico di disinibizione a basse dosi di alcol non è prevedibile: dipende in larga misura da variabili soggettive, dalle aspettative dell'individuo sugli effetti della sostanza, dal contesto ambientale e sociale in cui avviene il consumo di alcol (SALVINI, I. TESTONI, A. ZAMPERINI, *Droghe, Tossicofilie e Tossicodipendenza*, cit. p. 172).

L'assunzione di alcol, oltre agli effetti comportamentali, provoca disturbi del sonno: se a piccole dosi aumenta la facilità del sonno, in misura più consistente tende a ridurre la fase REM(Rapid Eye Movement) e lo stadio 4 del sonno profondo; ne risulta un'aumentata frammentazione del sonno con episodi di risveglio più lunghi e numerosi.

3.27 DIAGNOSI E TRATTAMENTO DELLE PROBLEMATICHE

In ambito medico, il fondamentale parametro in base al quale valutare la condizione di abuso alcolico si fonda sulla differenza tra intossicazione acuta e cronica, e proprio alle manifestazioni di quest'ultima ci si riferisce di solito in termini di alcolismo.

Per quanto concerne il limite tra uso e abuso, a livello situazionale un eventuale termine di riferimento può essere rappresentato dal asso di alcolemia.

Questo indice è efficiente alla definizione giuridica della cosiddetta guida in stato di ebbrezza, analizzata tramite analisi dell'aria alveolare respirata.

Per quanto concerne lo stato di intossicazione cronica, nella storia dell'alcolologia sono stati presenti diversi tentativi di rilevare le molteplici tipologie di manifestazione dell'alcolismo, con l'obiettivo di realizzare distinte categorie di alcolisti in base alle quali scegliere per trattamenti differenziati.

Jellinek ha distinto cinque fondamentali tipi di personalità alcolica:

alpha: l'alcol è utilizzato per ovviare a situazioni di disagio relazionale e/o personale da persone con difficoltà interpersonali o sofferenti fisicamente e/o psicologicamente, e può essere quindi secondario a depressione o problemi psichici.

Vi è comunque controllo dell'assunzione e non ci sono grandi problemi fisici;

beta: caratteristico di culture permissive o ultrapermissive. I soggetti abusano in modo "controllato" non incorrendo in fenomeni di dipendenza o asocialità. Vi sono problemi fisici di carattere carenziale o degenerativo; gamma: l'assunzione è incontrollata, anche se il soggetto può alternare periodi di astinenza. Si hanno collaterali complicanze a livello comportamentale e sociale;

delta: simile all'alcolismo di tipo gamma, se ne differenzia per l'assenza di periodi di astensione. Tutta l'esistenza del soggetto è improntata sull'assunzione;

epsilon: il soggetto beve qualsiasi tipo di sostanza alcolica fino all'incoscienza, avvicinandosi in questo caso alla dipsomania (A SALVINI, 1. TESTONI, A ZAMPERINI *Droghe, Tassicofilie e Tossicodipendenza*, cit. p. 181).

Questa classificazione, anche se è ancora adoperata, non è più ufficialmente utilizzata dalla comunità scientifica internazionale. I metodi diagnostici più diffusi a livello mondiale sono quelli a cui si riferiscono l'OMS Americana). e l'APA (Associazione Psichiatrica Americana).

In tutti e due i casi l'obiettivo consiste nel differenziare il disturbo in base al carattere più o meno consolidato nel tempo dell'abitudine patologica di bere, differenziando tra ubriachezza acuta e bere problematico.

In questa selezione, tuttavia, dev'essere valutata anche la gravità delle conseguenze fisiche e psichiche più o meno cronicizzate.

LA PSICOTERAPIA INDIVIDUALE, FAMILIARE E DI GRUPPO

Il Trattamento psicoterapeutico individuale dell'alcolismo mostra ostacoli connessi alla difficoltà di analizzare una effettiva collaborazione e motivazione da parte del paziente, soprattutto in casi di grave cronicità, l'assenza di organizzazione che presenta l'individuo è incompatibile con qualunque tipo di setting psicoterapico.

Le persone che possono essere idonee ad affrontare un percorso di trattamento individuale sembrano essere quelli che hanno presentato una capacità di astinenza.

I diversi orientamenti della psicoterapia di gruppo forniscono un ambiente interpersonale che funge da laboratorio, dando la possibilità di riconquistare le principali abilità sociali perse nel consolidarsi della carriera di alcolista.

Attraverso la terapia familiare si tenta di modificare l'organizzazione della famiglia ed il ruolo che l'alcolista svolge in essa in quanto "paziente designato".

3.28 DISTURBI CAUSATI DALL'ALCOL

L'abuso etilico non risparmia nessuna zona dell'organismo, tuttavia il maggiore effetto collaterale, a livello locale, legato all'uso di alcol è a carico del fegato, impegnato nel metabolismo di circa il 95% dell'alcol assunto.

Le tre fondamentali epatologie collegate all'alcol sono: la steatosi epatica, causata, anche in seguito a brevi episodi di aumentata assunzione, da un accumulo di grassi nelle cellule del fegato, che sono così inabili di immetterlo nel circolo; l'epatite alcolica, contraddistinta da flogosi epatica diffusa e necrosi del tessuto epatico; l'epatite ha come quadro sintomatologico febbre e dolori addominali; la cirrosi alcolica, implica una fibrosi generalizzata che restringe i vasi e sconvolge la struttura epatica.

"In tutti e tre i casi l'astinenza può rendere reversibile il processo evolutivo della patologia, tuttavia la cirrosi epatica alcolica rappresenta la più importante causa di morte per alcolismo"(A. Salvini, I. Testoni, A. Zamperini, Droghe, Tossicofilie e Tossicodipendenza, cit. p.

3.29 LA MARIJUANA E GLI ALTRI CANNABINOIDI

La cannabis è una pianta dioica che cresce spontaneamente in zone a clima temperato e ne sono state individuate tre tipi: *Cannabis sativa*, *Cannabis indica* e *Cannabis ruderalis*.

Esse non hanno componenti psicoattive in identica misura, in particolare la specie *Cannabis ruderalis* è quasi sprovvista.

I preparati della cannabis più noti sono: la marijuana, particolarmente conosciuta in America e in Europa, e il bhang, tipico dell'India e dell'Asia, includono i prodotti dell'intera pianta e sono i preparati meno potenti e più convenienti sul mercato; il ganja, utilizzato soprattutto in India, è formato dalle sommità fiorite delle piante femmine ed ha una concentrazione di THC (tetraidrocannabinolo che possiede elevate proprietà psicoattive) 2 o 3 volte superiore della marijuana; l'hashish è più potente del ganja ed è estratto dalla resina, secreta dalle sommità fiorite, i cui composti chimici sono

responsabili degli effetti curativi; l'olio di hashish, nominato anche olio rosso, si ricava dalla distillazione delle foglie e può comprendere dal 20 al 30% di THC.

Nelle persone che fanno uso di cannabinoidi, è possibile sperimentare, a livello di percezione, alterazioni che coinvolgono tutti i sensi: è frequente un aumento dell'appetito causato forse ad un aumento nella percezione dei sapori; si perdono i legami con passato e futuro.

3.30 EFFETTI COMPORTAMENTALI E FISIOLOGICHE DELL'AZIONE CHIMICA

Per quanto concerne la principale attività di mediazione degli effetti dei cannabinoidi, invece, va indicato che a livello cerebrale tale azione è stata attribuita soprattutto ai seguenti neurotrasmettitori:

acetilcolina: allevia gli effetti catalettici dei cannabinoidi incrementandone, in qualità di agonista, l'azione;

dopamina: attenua la catalessia causata dai cannabinoidi e il suo rilascio nelle aree della gratificazione cerebrale viene stimolato dal THC;

serotonina: lenisce gli effetti catalettici dei cannabinoidi, specialmente gli agonisti della serotonina ampliano la catalessia, invece gli antagonisti la alleviano;

noradrenalina: è interessata nella mediazione degli effetti antinocicettivi dei cannabinoidi;

GABA: funziona in cooperazione con i cannabinoidi provocando catalessia.

"Gli aspetti fisiologici comunemente osservabili sono un aumento della frequenza cardiaca e la dilatazione dei vasi sanguigni della sclera, responsabile del caratteristico arrossamento degli occhi riscontrabile nei fumatori di cannabis, mentre la pressione sanguigna è influenzata solo marginalmente e non si manifesta depressione respiratoria" (A. Salvini, I. Testoni, A. Zamperini, *Droghe, Tossicofilie e Tossicodipendenza*, cit. p. 202).

USO E ABUSO

La cannabis è una sostanza chimica che produce cambiamenti dell'attività mentale e, inoltre, dal punto di vista farmacologico può essere ritenuta a pieno titolo una droga

I sintomi fisici di astinenza da cannabis sono più tenui

rispetto a quelli delle altre droghe grazie alla continua presenza del THC nell'organismo.

La tolleranza si manifesta solo in seguito ad un consumo continuo di cannabis e scompare nel giro di uno o due giorni di astensione dall'assunzione di cannabinici.

EFFETTI ACUTI ED EFFETTI CRONICI

Secondo Solwijn Michie e Fox i maggiori effetti acuti, esaminati da consumatori alle prime armi o da consumatori esperti in seguito ad assunzione orale di elevate quantità di cannabinici, sono caratterizzati da panico, paranoia, ansia e disforia.

In seguito all'assunzione cronica, è stata riscontrata anche un'alterazione del ritmo sonno-veglia che ostacola il regolare riposo dell'individuo rendendolo facilmente irritabile ed irrequieto. Oltre a ciò, pare che, se si fuma in eccesso (3-10 spinelli al giorno), si possa imbattere anche in letargia, disfunzioni sessuali e calo del desiderio sessuale.

3.31 L'LSD, LA MESCALINA, IL PEYOTE E GLI ALTRI PSICHEDELICI

Con il termine di psichedeliche si intende una vasta categoria di sostanze eterogenee con particolari effetti psicoattivi.

Tali sostanze sono adottate per cambiare lo stato di coscienza abituale e portare ad esperienze psicologiche significative dal punto di vista culturale e personale.

Le sostanze psichedeliche d'uso più diffuso sono i funghi psicotropi (psilocibina), il pelote (mescalina), l'LSD e i principi attivi presenti nell'ololiuqui, ayahuasca ed altre sostanze simili.

L'AYAHUASCA: UNA DROGA SPIRITUALE

Il termine ayahuasca significa "vita delle anime" ed è una droga utilizzata soprattutto nelle società indigene e nelle zone abitate dell'Amazzonia peruviana.

L'utilizzo di queste sostanze allucinogene è, per queste popolazioni, un complemento indispensabile a realizzare la trance che permette l'accesso all'esperienza spirituale iniziatica o al controllo sulla natura.

LSD (DIETILAMIDE DELL'ACIDO LISERGICO)

L'LSD è una sostanza dagli effetti allucinogeni potenti, mentre meno importanti sono le modificazioni fisiologiche, come la dilatazione delle pupille, il leggero aumento della temperatura corporea, della frequenza cardiaca e della pressione; essa ha un basso grado di tossicità ed è considerata una droga mortale, anche se sotto il suo effetto qualcuno può mettere in atto atteggiamenti pericolosi o pregiudicare la sicurezza degli

altri, come nel caso di donne incinte per gli effetti negativi sul feto.

Albert Hofmann ha dichiarato che il rischio dell'LSD non è causato dalla sua tossicità ma dalla conseguenza imprevedibile dei suoi effetti psichici.

L'uso frequente di LSD causa in certe situazioni delle reazioni psicologiche che possono aumentare gli effetti acuti sfavorevoli, tra cui stati dissociativi, modificazioni nell'immagine del corpo, distorsioni spazio-temporali, deliri allucinatori che possono sconfinare in forme psicotiche.

LA PSILOCIBINA

La psilocibina è una sostanza serotoninergica somigliante all'LSD, anche se meno potente, e con effetti simili; può essere assunta mangiando i funghi crudi o secchi, appartenenti ai generi e alle differenti specie psichedeliche.

L'ingestione dei funghi produce nausea, sensazioni propriocettive, cambiamenti sensoriali e percettive.

LA MESCALINA

La mescalina è una droga che si estrae da un cactus, il peyote, può essere assunta per via orale mangiando peyote fresco o secco, viene rapidamente assorbita e distribuita nell'organismo e può raggiungere il cervello in quantità significative.

Essa, a basse dosi, ha maggiori effetti noradrenergici tra i quali aumento della pressione sanguigna e del battito cardiaco, vasocostrizione cutanea, vasodilatazione delle arterie muscolari e coronariche.

Tale sostanza, inoltre, crea effetti psichici intensi, tra cui allucinazioni visive: luci brillanti, disegni geometrici, visioni e stati alterati di coscienza.

LA KETAMINA

La ketamina è un farmaco anestetizzante che a dosi sub-anestetiche determina esperienze psichedeliche e allucinazioni; il suo effetto ha luogo in diverse aree cerebrali, come il proencefalo anteriore, le strutture olfattive, il giro dentato, l'ippocampo e il corno dorsale del midollo spinale.

Diversi studi hanno dimostrato che la ketamina può compromettere le funzioni cognitive di tipo esecutivo, l'attenzione e la memoria, le cui aree corticali rilevanti sono formate dall'ippocampo (DWOZNIAK et al, 1993, MK-801 induces neuronal necrosis in posterior retrosplenial cortices, euroscience Abstracts in A. SALVINI, 1. TESTONI, A. ZAMPERINI, *Droghe, Tossicofili e Tossicodipendenza*, cit. p. 241).

LA FENCICLIDINA

La fenciclidina è una sostanza psichedelica simile alla ketamina a causa degli effetti che crea, la struttura

chimica e i meccanismi d'azione.

I suoi effetti seguono un apparente stato di vigilanza dell'individuo, che invece entra in uno stato di non reattività, in cui lo sguardo assente indica uno stato di amnesia e di dissociazione sul piano dell'esperienza personale, favorita per le sensazioni somatiche da una condizione di analgesia.

3.32 LE METOSSIAMFETAMINE: L'ECSTASY E LE ALTRE EMPATOGENE

Una grande categoria di sostanze con effetti psicoattivi viene denominata le "empatogene" perché è in grado di creare una risposta psicobiologica caratterizzata da benessere e da effetti stimolanti di diverso genere che, dato un contesto simbolicamente significativo e condiviso, facilitano l'accesso a sentimenti di risonanza emotiva personale e di identificazione empatica e situazionale con gli altri.

Tali sostanze sono anche inserite nel sottogruppo dei farmaci psichedelici catecolaminici, come l'elimicina, la miristica e la messalina per diverse somiglianze chimiche e farmacologiche.

"Le sostanze empatogene, anche denominate "droghe disegnate o droghe da discoteca" o "nuove droghe", sono accomunate da alcune caratteristiche importanti: possono essere sintetizzate in modo artigianale e agevole, senza bisogno di laboratori particolarmente attrezzati e a partire da componenti chimici facilmente reperibili e di basso

costo; vengono prevalentemente ottenute da derivati dell'anfetamina; partendo da strutture chimiche simili possono essere realizzate numerose varianti” (A SALVINI, 1. TESTONI, A. ZAMPERINI, *Droghe, Tossicofilie e Tossicodipendenza*, cit. p. 250).

Le più frequenti sono la MDA (Love drug), la MDEA(Eve), l'MDMA (Adam, Ecstasy).

L'MDA, se associata a cocaina, accentua la risposta adrenergica e dopaminergica e se unita alla morfina, allevia la risposta eccitatoria ampliando l'esperienza di benessere.

Le sostanze empatogene, come l'alcol e il tabacco, sono state ritenute dai consumatori "non droghe" e godono di una certa tolleranza, perché il consumo è episodico e limitato ad alcuni momenti e non interferisce con l'adattamento sociale.

L' MDMA, a basse dosi, ha effetti simili alle anfetamine, invece a dosi più elevate la dominanza degli effetti è collegata al coinvolgimento del sistema serotoninergico a

cui è assegnato il controllo e la modulazione di attività come il sonno, la regolazione della temperatura, lo stimolo sessuale e la fame.

Le sostanze psicoattive possono essere raggruppate in relazione alla loro struttura chimica e ai procedimenti d'azione, valutando omologie ed analogie, ai loro effetti sull'umore o su alcuni componenti comportamentali.

3.33 LA TOSSICODIPENDENZA IN UN' OTTICA MULTIFATTORIALE

Una patologia sociale relativamente nuova è rappresentata dalla tossicodipendenza.

Le componenti sociologicamente importanti, che sono gli "ingredienti base" nella manifestazione individuale e collettiva del fenomeno della tossicodipendenza, sono rappresentati da un insieme di fatti ed eventi che condizionano l'agire sociale di tanti ragazzi.

La quantità di stupefacenti presenti sul mercato ha subito negli ultimi anni un grande sviluppo, che ha permesso l'acquisto ed una diffusione maggiore anche in gruppi e subculture in passato resistenti a tale contagio.

"La tendenza esplorativa caratteristica dell'adolescente, motivata non solo dalla curiosità ma anche dal desiderio di sfidare gli adulti e le loro proibizioni, trova così espressione in comportamenti di gruppo, quali

l'assunzione di sostanze illegali, attraverso i quali i suoi membri possono dimostrare a tutti quelli che restano estranei a questo genere di esperienze che si è diversi, superiori, più coraggiosi, meno condizionati (S. CIRILLO, R. BERRINI, G. CAMBIASO, R. MAZZA, *La famiglia del tossicodipendente*, Raffaello Cortina Editore, 1996, p. 15).

I modelli culturali e valoriali predominanti tendono a preferire l'aver all'essere, l'individualismo alla solidarietà e innanzitutto a garantire il rifiuto e l'incapacità di accettare le sofferenze insite nella condizione umana. L'estendersi della fase della dipendenza dai genitori facilita l'impelagarsi del figlio nelle vicende genitoriali, ritardandone l'autoresponsabilizzazione e in questa condizione, se in stato di sofferenza, l'adolescente può essere convinto di credere che il consumo di droga sia un modo per ridurre il cammino verso lo status adulto. Non tutti i giovani che fanno uso di sostanze diventano dipendenti; alcuni non le provano, altri sono soltanto sperimentatori, altri consumatori occasionali ed altri diventeranno tossicodipendenti.

GLI STUDI SULLA PERSONALITÀ

Nel settore della ricerca psicologica e psichiatrica sulla tossicodipendenza sono stati individuati tre settori di osservazione: lo studio della personalità del tossicomane e della sua psicopatologia di base; lo studio della famiglia del tossicodipendente; lo studio dei trattamenti.

Sono state individuate due differenti sistemi di osservazione negli studi riguardanti la personalità del tossicomane: la prima fa parte delle esperienze fatte dagli psicoanalisti nel corso di processi psicoterapeutici individuali; la seconda considera indagini psichiatriche di casi analizzati attraverso strumenti diagnostici standardizzati.

"Le osservazioni psicodinamiche hanno un carattere maggiormente speculativo, essendo basate su campioni ristretti, i cui risultati non sono passibili di generalizzazioni, ma entrano in profondità nel descrivere le caratteristiche strutturali e dinamiche" (S. CIRILLO, R. BERRINI, G. CAMBIASO, R. MAZZA, *La famiglia del tossicodipendente*, cit. p.19).

Freud si è occupato della tossicodipendenza e si è soffermato sulle caratteristiche regressive del comportamento tossicodipendente, che ha considerato vittima di una fissazione alla fase orale dello sviluppo e quindi incapace di separarsi da un oggetto d'amore che lo nutre e gli calma la sofferenza del bisogno, causata da un'intensificazione costituzionale della sensibilità erogena della regione labiale:

Quando questa sensibilità continua tali bambini da adulti avranno una forte inclinazione a bere e a fumare (S. FREUD, (1905), *Tre saggi sulla teoria sessuale*, Tr. It. In: *Opere*, vol. 4, Boringhieri, Torino, 1970 CIRILLO, R. BERRINI, G. CAMBIASO, R. MAZZA, *La famiglia del tossicodipendente*, cit, p.19).

Rado, uno psicoanalista che si è occupato in modo approfondito della tossicodipendenza, ha parlato di "orgasmo alimentare" sviluppando il concetto di oralità come fase psicosessuale di fissazione di questi pazienti, conservando l'analogia freudiana tra ebbrezza e stato maniacale a cui segue necessariamente una fase depressiva, da cui si cerca di uscire instaurando un altro

ciclo maniacale.

Egli è stato il primo ad operare, nel 1958, una suddivisione in tre gruppi dei pazienti tossicomani: il gruppo nevrotico o maniacodepressivo, il gruppo schizofrenico e il gruppo psicopatico; questa tricotomia, oggi, conserva la sua validità di fondo, anche se le categorie sono state elaborate (L. CANCRINI, 1987, *La Psicoterapia. Grammatica e sintassi*. NIS, Roma in S. CIRILLO, R BERRINI, G. CAMBIASO, R. MAZZA, La famiglia del tossicodipendente, cit. p. 20).

GLI STUDI SULLA FAMIGLIA

Gran parte degli studi e delle ricerche dedicati alle famiglie che hanno un componente tossicodipendente sono stati svolti negli Stati Uniti alla fine degli anni Settanta e si sono basati in prevalenza sull'osservazione di casi nelle strutture sanitarie pubbliche, dove i pazienti si sono recati per assumere farmaci sostitutivi.

Nello stesso periodo sono emersi molti lavori di terapeuti familiari dai quali emerge la notizia che il giovane

tossicomane non dipenda soltanto dalla droga, ma mantenga uno status di dipendenza dal nucleo familiare maggiore rispetto ai coetanei di controllo.

Secondo Stanton il tossicomane può ricercare una condizione di "malattia" per poter attirare l'attenzione dei genitori.

Quando la tossicodipendenza è sotto controllo, subentrano di nuovo motivi di contrasto tra marito e moglie, fino a quando si arriva un'altra volta ad una fase critica in cui emerge il fantasma della separazione.

In questo caso il figlio agisce da regolatore a feedback del sistema, proponendo alla famiglia il pericolo della droga in cambio di una maggiore stabilità della vita di coppia.

3.34 UN MODELLO EZIOPATOLOGICO RELAZIONALE DELLA TOSSICODIPENDENZA DA EROINA

Attraverso i risultati delle ricerche condotte sulle famiglie dei tossicodipendenti, gli autori hanno individuato sei stadi entro cui tracciare le linee di sviluppo del processo relazionale patologico del nucleo familiare del soggetto.

“Il primo stadio è rappresentato dalla storia dei genitori all'interno delle rispettive famiglie di origine.

Il secondo riguarda la formazione della coppia coniugale, influenzata dalle precedenti vicende individuali; il terzo si riferisce alle modalità dell'accudimento sperimentate dal figlio nei primi anni; il quarto all'adolescenza e ai primi comportamenti devianti del figlio; il quinto mette in luce gli aspetti del comportamento paterno inteso come mancata risorsa per evitare l'ingresso nella tossicodipendenza; il sesto descrive l'incontro con le sostanze stupefacenti" (M. D. STANTON, (1979), *Famiglia e tossicomania, terapia familiare* in S.

CIRILLO, R BERRINI, G. CAMBIASO, R. MAZZA, La famiglia del tossicodipendente, cit. p. 61).

Successivamente è stato aggiunto un settimo stadio che prende in considerazione i procedimenti che contribuiscono a cronicizzarla.

In seguito alle ricerche svolte sulle vicende familiari lungo questi sette stadi sono emersi tre sottogruppi di famiglie: il primo sottogruppo mette in evidenza modalità di accudimento inadatte sul piano sostanziale; in questo gruppo lo sfondo trigenitoriale è spesso rappresentato da vicende traumatiche evidenti, soprattutto per quanto concerne la linea paterna di provenienza.

In un secondo sottogruppo, invece, i genitori sembrano perpetuare esperienze inappaganti trascorse nella famiglia di origine attraverso la strumentalizzazione dei figli all'interno degli squilibri dei coniugi e con l'occultamento del disagio relazionale.

Nel terzo sottogruppo sono presenti le famiglie in cui si manifesta la trasmissione intergenerazionale dell'abbandono oggettivo come cultura affettiva predominante nella strutturazione delle relazioni; si tratta

di solito di nuclei che si avvicinano al termine psicosociale di "famiglia multiproblematica".

La caratteristica che, in particolare, qualifica la tossicodipendenza è la componente di abbandono affettivo; l'esperienza abbandonica si forma prematuramente a partire dalla relazione di accudimento materno nell'infanzia, continua negli stadi consecutivi del ciclo vitale familiare senza essere identificata ed ha radici in un sistema familiare in cui la divisione di ruoli e compiti affettivi avviene in modo incompiuto.

Le attività dei genitori sono ostacolate dalla relazione disfunzionale con la famiglia allargata o dalla relazione di stallo all'interno della coppia coniugale oppure ancora con il contributo di componenti di gravi difficoltà strutturali del nucleo familiare, anche sul piano economico e sociale.

CAPITOLO QUARTO

CONTRIBUTO EMPIRICO SUL LEGAME GENITORIALE DEI TOSSICODIPENDENTI SULLA PROSPETTIVA INTERGENERAZIONALE.

4.1 L'ATTACCAMENTO

Bowlby, come abbiamo detto nel primo capitolo, descrive l'attaccamento come qualsiasi forma di comportamento che permette a una persona di ottenere il raggiungimento o il mantenimento della vicinanza con un altro individuo preferito, ritenuto come più forte o più esperto.

Questo comportamento si manifesta soprattutto quando l'individuo è spaventato o malato e diminuisce quando questi riceve cura e conforto.

Sapere, per un uomo, di avere una persona disponibile nei momenti ardui, fornisce un forte senso di sicurezza e valorizza il legame.

L'attaccamento è un comportamento che può essere osservato in tutti gli esseri umani con caratteristiche diverse ed è considerato parte integrante di ogni individuo; questo legame si manifesta soprattutto nella prima infanzia e persiste per tutta la vita, in particolar modo, nei momenti più difficili.

Nella prima infanzia sono importanti i meccanismi di segnalazione come pianto, balbettio e sorriso che comunicano i bisogni del bambino e incoraggiano l'adulto ad andare da lui.

Il piccolo, dall'interazione con la figura che si prende cura di lui, elabora una serie di pattern comportamentali che saranno utili per tutta la vita.

Particolari schemi del comportamento di attaccamento manifestati da un individuo variano a seconda dell'età, del sesso e a seconda delle esperienze che egli ha vissuto con le prime figure di attaccamento della sua vita.

Come abbiamo messo in evidenza nel primo capitolo, la teoria dell'attaccamento riconosce importanza a determinate caratteristiche: specificità, durata, ruolo delle emozioni, ontogenesi, apprendimento, organizzazione e funzione biologica.

UNA BASE SICURA

"La persona fidata, nota anche come figura di attaccamento, può essere considerata come quella che fornisce la sua compagnia assieme a una base sicura da operare" (J. BOWLBY, *Costruzione e rottura dei legami affettivi*, cit. p. 109).

Ciascun individuo di qualsiasi età è più sereno quando ha al suo fianco una persona fidata che potrà aiutarlo nei momenti difficili.

L'individuo preferito può essere considerato come una base sicura da cui il bambino possa partire per avventurarsi nel mondo esterno e a cui tornare per poter essere confortato.

L'autrice ed educatrice Veronica Longo, nel suo contributo "La scoperta di sé stessi nell'educazione dei figli", scrive: "Il passato ricade su di noi e sui nostri bambini.

Ciò che abbiamo imparato da neonati e bambini può intralciarci.

Se non siamo consapevoli di come siamo stati cresciuti e dell'eredità che poggia su di noi, quella eredità può ritorcersi contro di noi".

La figura di attaccamento dev'essere disponibile ad intervenire attivamente quando il piccolo lo richiede.

La necessità di una base sicura non riguarda soltanto i bambini ma è riferita anche ad adolescenti ed adulti sebbene l'esigenza di tale figura non è evidente in alcune fasi della vita. Il bisogno di una base sicura da parte degli adulti, di solito, viene trascurata per motivi riguardanti i valori della cultura occidentale.

LA TEORIA DELL'ATTACCAMENTO E I BAMBINI MALTRATTATI

Dalla teoria dell'attaccamento emergono varie ipotesi che potrebbero spiegare il comportamento dei bambini maltrattati e dei genitori maltrattanti.

Come sottolineato all'inizio di questo lavoro, il legame di attaccamento è fondamentale per il funzionamento individuale ad ogni età; l'obiettivo più importante degli attaccamenti è di promuovere la protezione e garantire la sopravvivenza dei bambini e ciò riguarda soprattutto i casi di maltrattamento.

“Il comportamento effettivo di un individuo in una situazione specifica è determinato da un'interazione di fattori ambientali/situazionali e da esperienze precedenti in situazioni simili” (P. M. CRITTENDEN, Nuove prospettive sull'attaccamento, cit. p. 15).(Le configurazioni effettive del comportamento di attaccamento influenzano lo sviluppo del bambino. Nelle famiglie maltrattanti un individuo avrà un legame di attaccamento ansioso con altri membri; all'origine di

questi legami sono presenti modelli rappresentativi interni distorti del sé e degli altri.

“La qualità delle relazioni precedenti è un aspetto che influirà i rapporti successivi.

Sono state condotte ricerche con la procedura della Strange Situation (Ainsworth et al, 1978) nelle famiglie abusanti per valutare la qualità del legame tra genitori e figli” (P. M. CRITTENDEN, *Nuove prospettive sull'attaccamento*, cit. p. 17).

È emerso che i bambini maltrattati, di un'età compresa tra uno e quattro anni, hanno creato un attaccamento ansioso con le loro madri, mostrando soprattutto la configurazione ansioso-evitante (Crittenden, 1985 a, b; Egeland e Sroufe, 1981 a; Gaensbauer e Harmon, 1982; Schneider-Rosen Braunwald, Carlson e Cicchetti, 1985) (P. M. CRITTENDEN(1985a), "*Maltreated infants: Vulnerability and resilience*", *Journal of Psychology and Psychiatric*, 26,85-96; P.M.CRITTENDEN (1985b), "Social networks, quality o parenting, and child development", *Child Development*, 56, 1299-

1313,B.Egeland, L.A. Sroufe (1981a),"Attachment and early maltreatment", Child Development,52,44).

Gli adulti trascuranti hanno difficoltà ad instaurare relazioni di attaccamento con partner non appartenenti alla famiglia d'origine e spesso la madre del genitore trascurante sostituisce il partner nella cura dei figli. Nei casi di abuso il bambino è vincolato a creare un legame di attaccamento con il genitore e dalle sue esperienze impara che la madre è fonte di dolore; in questi casi i bambini ansiosamente attaccati sono evitanti e arrabbiati con il genitore e, nonostante ciò, cercano un'eccessiva vicinanza.

Nei casi di trascuratezza le persone che hanno bisogno di conforto di rado lo cercano. I bambini abusati, nell'interazione con le loro madri, sono più difficili rispetto ad altri e le mamme, considerando il loro comportamento, rispondono evitandoli oppure punendoli. Il contrasto tra la madre e il figlio diventerà più grave se la donna non imparerà a percepire e a rispondere in modo adeguato a segnali comportamentali del figlio. È stato dimostrato che molti bambini abusati, verso la

fine del primo anno di vita, hanno imparato ad essere accomodanti con le loro madri, inibendo la loro collera e tollerando la loro intrusione.

Anche i fanciulli trascurati quando sono ansiosi o sotto stress cercano la vicinanza al genitore però, diversamente dai bambini abusati, essi sanno che le loro madri non risponderanno ai loro segnali e saranno incapaci di comunicare i loro bisogni.

LA VALUTAZIONE DELLA RELAZIONE MADRE-BAMBINO

Crittenden, occupandosi delle relazioni a rischio, ha affermato che le madri maltrattanti sono meno sensibili rispetto alle madri adeguate e che le madri trascuranti e quelle abusanti sono insensibili; infatti, quest'ultime sono ostili nei confronti dei figli e li controllano, mentre quelle trascuranti non sono responsive.

Nella relazione con i figli la madre può assumere un certo numero di ruoli e ognuno di essi è distinto dagli altri ed implica funzioni diverse del comportamento materno; tre aspetti fondamentali della relazione madre-bambino sono: la madre come prestatrice di cure; la madre come soggetto interagente e la madre come figura di attaccamento (P. M. CRITTENDEN, *Nuove prospettive sull'attaccamento*, cit. p. 34).

1) La maggior parte delle madri è responsabile della soddisfazione dei bisogni del figlio, anche se vi sono donne che, a causa della carenza di cure, hanno relazioni distorte con la prole.

Crittenden e colleghi sostengono che vi sono vari modi di essere carenti e che possono causare conseguenze diverse per lo sviluppo del bambino.

Le madri abusanti offrono al figlio le cure necessarie però con eccessiva rabbia ed ostilità;

in una relazione abusante e trascurante, la genitrice è ostile nei confronti del figlio e non offre le cure necessarie; per quanto concerne la relazioni marginalmente maltrattanti, è assente la pianificazione

per i bisogni del bambino e ciò causa brevi e frequenti crisi in cui la donna manifesta forme di abuso e trascuratezza.

Le madri adeguate, cioè quelle non maltrattanti, sono di solito responsive e attente nella cura della prole; in questo caso i figli sanno che i loro bisogni saranno soddisfatti; invece, i bambini marginalmente maltrattati non sanno cosa aspettarsi a causa dell'incoerenza della loro genitrice: i fanciulli abusati o trascurati si aspettano cure insufficienti.

2) Le mamme, oltre ad assumere il ruolo di prestatrice di cure, è necessario che interagiscano con i loro figli; questa esperienza influisce sullo sviluppo cognitivo, linguistico e sociale del piccolo.

PRIMA INFANZIA

Il metodo più utilizzato per la valutazione della qualità di attaccamento è la Strange Situation nella prima infanzia; le configurazioni di comportamento esaminate sono

ritenute prove inerenti la natura dei modelli rappresentativi interni procedurali di taccamento dei bambini.

Per quanto concerne l'età prescolare sono state sviluppate tre procedure (differenti tra loro per scopi, mezzi di validazione) che utilizzano la Strange Situation.

Crittenden e colleghi hanno sviluppato un primo approccio che ha avuto lo scopo di adattare le procedure di codifica della Strange Situation per gli infanti affinché si rispecchino i comportamenti specifici di quelli più grandi.

Il secondo approccio, sviluppato da Cassidy e Marvin, si fonda sull'ipotesi della continuità della qualità di attaccamento ed è ritenuto valido dal sistema di Ainsworth utilizzando la Six-Year Reunion Procedure (Main e Cassidy) (J. Cassidy, R. R.Kobak(1988)," Avoidance and its relationship to other difensive processe Belsky, T. Nezowski(a cura di), Clinical Implications of Attachment (pp.300-323), Hillsdal Erlbaum cit. in P. M. CRITTENDEN, Nuove prospettive sull'attaccamento, cit. p. 109).

Essa è un metodo che valuta le prove, nel comportamento dei bambini da tre a sei anni, dell'antecedente qualità del legame della prima infanzia.

La terza procedura è il Preschool Assessment of Attachment (Crittenden 1994): in essa le tre qualità di attaccamento hanno subito una variazione e le basi delle classificazioni sono state diffuse.

Quest'ultime sono state modificate nel modo seguente:

d) sicuro: comunicazione aperta e diretta, negoziato e scambio affettivo con la figura di attaccamento;

e) difeso: inibizione della comunicazione e delle informazioni emotive tramite la negazione dei veri sentimenti, usando una o più delle varie configurazioni di comportamento, cioè evitamento, genitorialità e acquiescenza;

f) coercitivo: comunicazione basata sul potere, manifestazione parziale di sentimenti, e tentativi espliciti di influire forzosamente sulle figure di attaccamento mediante comportamenti minaccianti, per esempio: resistenza, punitività e comportamenti disarmanti, come

timidezza e ritrosia, incapacità e inconsolabilità (P. M. CRITTENDEN, *Nuove prospettive sull'attaccamento*, cit. p. 110).

Nella classificazione sono state inserite non soltanto le configurazioni di comportamento, ma anche quelle di negoziato, la regolazione degli stati emotivi, comportamento materno.

Il Preschool Assessment of Attachment si occupa in particolare di tre aspetti fondamentali dei modelli rappresentativi interni, quali il comportamento del sé, comportamento della figura di attaccamento e riorganizzazione dello stato emotivo di accompagnamento.

IL RUOLO DEL GENITORE IN SITUAZIONI DI VIOLENZA

La presenza di uno dei due genitori rappresenta l'elemento più importante in circostanze di violenza fisica dato che può esercitare funzione protettiva e può utilizzare provvedimenti e misure adeguate.

Un genitore può presentarsi o come testimone partecipe o come un adulto protettivo (P. DI BLASIO, *Psicologia del bambino maltrattato*, cit. p. 139).

In alcune circostanze i genitori implicati in un dissidio coniugale non hanno la possibilità di consolare i figli, invece, in altre situazioni offrono conforto o, spesso sono vittime come i figli.

Il genitore che subisce violenza non è percepito dal bambino come un modello di identificazione positivo perché gli trasmette un'immagine di sé come vittima impotente; questo costituisce un fattore che compromette una realtà familiare difficile e patogena; infatti, in questi casi le conseguenze negative sono più gravi rispetto alle altre forme di maltrattamento.

L'abuso sessuale è un elemento che compromette la salute mentale della vittima, infatti è incapace di esternare ciò che subisce e ciò è anche connesso al non poter ricordare: la struttura narrativa della memoria subisce improvvise interruzioni.

Il compito della figura di attaccamento, esterna alla famiglia, consiste nel mediare l'effetto delle conseguenze

negative del trattamento perché dà al bambino la possibilità di pensare sui propri sentimenti e di rivelare ciò che subisce.

Fattori che possono compromettere gravemente lo sviluppo del bambino e fattori protettivi

Lo sviluppo del bambino assoggettato a maltrattamenti ed abusi in forma acuta o cronica può essere seriamente pregiudicato; dal punto di vista evolutivo è fondamentale identificare i fattori deleteri per il bambino che causano disturbi psicologici e psichiatrici.

I bambini legati dallo stesso tipo di violenza e per lo stesso periodo di tempo potrebbero differenziarsi per il tipo di rapporto creato con i genitori o con altre persone significative.

Nella psicologia dello sviluppo vi è un fattore che può avere un valore protettivo o aggravante ed è causato dalle "esperienze non condivise 133 (P. DI BLASIO, *Psicologia del bambino maltrattato*, cit. p. 117).

Le esperienze condivise considerano allo stesso modo i figli di una stessa famiglia (ad esempio miseria, sovraffollamento, rotture familiari); quelle non condivise considerano diversamente ogni bambino all'interno della stessa famiglia.

I rapporti che ogni figlio crea con i genitori, i parenti e gli amici ha una peculiarità diversa, la cui importanza, dal punto di vista dell'evoluzione, supera l'effetto che può avere l'insieme dei fattori che lega i membri di una famiglia.

Le esperienze non condivise sono considerate più importanti di quelle condivise in quanto sono più efficaci nello sviluppo della personalità. In circostanze di conflitto tra i genitori, una buona relazione dei figli con una persona esterna al nucleo familiare può presentarsi come un fondamentale fattore protettivo; al contrario, la stessa relazione non presenta effetti positivi se i genitori hanno un buon rapporto tra loro.

È necessario soffermarsi su alcune variabili quali il livello

di sviluppo del bambino, le funzioni intellettive ed emotive, il sesso; queste componenti considerate insieme o separate, possono incrementare la gravità delle conseguenze psicologiche, indebolire e deturpare gravemente l'evoluzione del fanciullo oppure agire come fattori protettivi nel limitare o contrastare l'effetto del danno.

VARIABILI RESPONSABILI DELLA CRONICITÀ E DELLA GRAVITÀ DELLA VIOLENZA

Prendendo in considerazione le varie forme di violenza sulla base delle due variabili (gravità e cronicità) si possono individuare differenti situazioni che possono essere unite: quella caratterizzata da uno o più eventi traumatici limitati nel tempo, quella in cui gli eventi persistono nel tempo e quelle in cui la condizione traumatica crea gravi conseguenze negative.

Le singole esperienze traumatiche in genere non

provocano effetti duraturi; gli episodi traumatici che durano nel tempo vengono inseriti nell'esperienza di vita del bambino che continuamente subisce violenze sessuali ed è esposto a pericoli; questi eventi sono influenti soprattutto tra i due e i sette anni poiché in questo periodo vi è la creazione del sé, la regolazione delle emozioni complesse e l'acquisizione delle competenze sociali. Nell'attaccamento il legame precoce e positivo è un elemento protettivo anche nelle successive fasi, limitando l'influenza delle esperienze negative; contrariamente a ciò, le esperienze del bambino costituite da mancanza di cura e da violenza rischiano di indirizzare lo sviluppo verso forme psicopatologiche.

Per quanto riguarda le conseguenze a lungo termine, Taussing e Litrownik hanno proposto una differenza importante tra gli atteggiamenti distruttivi collegati al maltrattamento fisico e quelli riguardanti l'abuso sessuale. Essi ritengono che nei casi di abuso sessuale sono presenti pattern SELF-DIRECTED (prostituzione, droga, comportamenti autodistruttivi), mentre nei casi di violenza fisica emergono pattern OTHER-DIRECTED

(aggressività, ostilità) (H.N. Taussing, A. J. Litrownik, 1997, *Self and Other-directed Destructive Behaviors. Assessme and Relationship to Type of Abuse*, in "*Child Maltreatment*",2, pp. 173-182 cit. in P. DI BLASIO, *Psicologia del bambino maltrattato*, cit. p. 138.

LA TOSSICODIPENDENZA IN UN'OTTICA MULTIFATTORIALE

Una patologia sociale relativamente nuova è rappresentata dalla tossicodipendenza.

Le componenti sociologicamente importanti, che sono gli ingredienti base" nella manifestazione individuale e collettiva del fenomeno della tossicodipendenza, sono rappresentati da un insieme di fatti ed eventi che condizionano l'agire sociale di tanti ragazzi.

La quantità di stupefacenti presenti sul mercato ha subito

negli ultimi anni un grande sviluppo, che ha permesso l'acquisto ed una diffusione maggiore anche in gruppi e subculture in passato resistenti a tale contagio.

La tendenza esplorativa caratteristica dell'adolescente, motivata non solo dalla curiosità ma anche dal desiderio di sfidare gli adulti e le loro proibizioni, trova così espressione in comportamenti di gruppo, quali l'assunzione di sostanze illegali, attraverso i quali i suoi membri possono dimostrare a tutti quelli che restano estranei a questo genere di esperienze che si è diversi, superiori, più coraggiosi, meno condizionati (S.

CIRILLO, R. BERRINI, G. CAMBIASO, R. MAZZA, *La famiglia del tossicodipendente* cit. p. 15).

I modelli culturali e valoriali predominanti tendono a preferire l'avere all'essere, l'individualismo alla solidarietà e innanzitutto a garantire il rifiuto e l'incapacità di accettare le sofferenze insite nella condizione umana.

L'estendersi della fase della dipendenza dai genitori facilita l'impelagarsi del figlio nelle vicende genitoriali,

ritardandone l'autoresponsabilizzazione e in questa condizione, se in stato di sofferenza, l'adolescente può essere convinto di credere che il consumo di droga sia un modo per ridurre il cammino verso lo status adulto. Non tutti i giovani che fanno uso di sostanze diventano dipendenti; alcuni non le provano, altri sono soltanto sperimentatori, altri consumatori occasionali ed altri diventeranno tossicodipendenti.

4.2 GLI STUDI SULLA FAMIGLIA

Gran parte degli studi e delle ricerche dedicati alle famiglie che hanno un componente tossicodipendente sono stati svolti negli Stati Uniti alla fine degli anni Settanta e si sono basati in prevalenza sull'osservazione di casi nelle strutture sanitarie, dove i pazienti si sono recati per assumere farmaci sostitutivi.

Nello stesso periodo sono emersi molti lavori di terapeuti familiari dai quali emerge la notizia che il giovane tossicomane non dipenda soltanto dalla droga, ma mantenga uno status di dipendenza dal nucleo familiare maggiore rispetto ai coetanei di controllo.

Secondo Stanton il tossicomane può ricercare una condizione di malattia per poter attirare l'attenzione dei genitori.

Quando la tossicodipendenza è sotto controllo, subentrano di nuovo motivi di contrasto tra marito e moglie, fino a quando si arriva un'altra volta ad una fase critica in cui emerge il fantasma della separazione.

In questo caso il figlio agisce da regolatore a feedback del

sistema, proponendo alla famiglia il pericolo della droga in cambio di una maggiore stabilità della vita di coppia.

LA TOSSICOFILIA

La maggior parte delle persone ritiene che assumere sostanze stupefacenti sia deleterio e costituisca reato; negli individui che fanno uso di droghe emerge l'esigenza di avere accesso ad una migliore esperienza di sé e del mondo: alcuni, attraverso un distacco emotivo, desiderano un sollievo da una sofferenza fisica o morale; altri, invece, assumono sostanze per essere una "persona importante" per gli altri.

La ricompensa biologica e psicologica è un fattore che unisce i consumatori di sostanze psicoattive e le persone che cambiano i propri stati psichici per via endogena.

Con il concetto di tossicofilia possiamo indicare "la ricerca da parte delle persone degli effetti gratificanti di una o più sostanze psicoattive, utilizzate per modificare intenzionalmente il proprio stato corporeo e mentale, ricavandone esperienze cognitive ed emotive dotate di senso e di significato soggettivo (A. SALVINI, I. TESTONI, A. ZAMPERINI, *Droghe, tossicofilie e*

tossicodipendenza cit. p. 6).

Le conseguenze gratificanti di primo livello implicano esperienze soddisfacenti come l'allegria, l'eccitazione, la disinibizione, l'efficacia senso-percettiva o diversi cambiamenti dei normali stati di coscienza e dell'umore.

Gli stati mentali e fisici di differente intensità sono capaci di creare risultati di secondo livello più elaborati dal punto di vista cognitivo come:

- a) allontanamento da circostanze estenuanti, ansiogene e dolorose;
- b) la ricerca di forti sensazioni interessanti ed eccitanti;
- c) la manifestazione empatica delle emozioni;
- d) la convalida e il miglioramento di una eventuale identità alternativa;
- e) l'attuazione di una trascendenza gnostica o mistica o l'approfondimento delle proprie caratteristiche inconscie.

Il consumo di droghe implica altri aspetti notevoli che sono inclusi nell'ambito delle prevedibili cause subite anziché in quello degli scopi perseguiti.

Per quanto concerne le cause prevedibili è necessario

ricordare l'importanza:

- f) di alcune caratteristiche biologiche influenzate geneticamente, come quelle metaboliche, neurochimiche e temperamentali;
- g) degli schemi di atteggiamento causati dalle influenze ambientali;
- h) dei disagi psicopatologici;
- i) dei processi psicologici che producono la tolleranza e la dipendenza.

Con il termine di tossicodipendenza si allude al bisogno incontrollabile e compulsivo di una droga, fondamentale a salvaguardare una stabilità fisiologica e ad evitare i sintomi causati dall'astinenza.

La tossicofilia fa parte in modo preminente del mondo della bramosia e del piacere rappresentati attraverso significati, valori e pensieri, la tossicodipendenza alle necessità specificati da una condizione di necessità.

Per esempio la marijuana, la cocaina e le anfetamine creano esperienze rappresentate da un'intensa tossicofilia.

La ricompensa farmacologica offerta dalla marijuana è

connessa alla voglia di sperimentare trascorsi importanti dal punto di vista simbolico e affiliativo, la soddisfazione e l'intensificazione prodotti dalla cocaina si modificano con l'abuso in dipendenza.

Gli stupefacenti non sono un fine ma un mezzo per ottenere gratifiche sempre più elaborate e ampie, nell'illusione di esperienze desiderate e volute, difficilmente raggiungibili .

La tossicofilia è il risultato dell'abilità che gli individui apprendono, per mezzo delle droghe, di modificare i propri stati animo, (ad esempio scegliendo la sostanza giusta in rapporto ai risultati psicofarmacologici ambiti).

LA MOLTEPLICITÀ DELL'ESPERIENZA TOSSICOFILICA

Il grado di tossicofilia condiziona l'uso e l'abuso di una droga, infatti l'azione della ricompensa farmacologica s'interseca con l'esperienza somatopsichica, determinata da significati personali e culturali che possono rappresentare un ulteriore livello di gratificazione.

“Il valore simbolico e storicamente mutevole di una droga, ciò le conferisce fascino e suggestione, è mediato da tre costrutti con diversi gradi di sovrapposizione o di coincidenza:

a) transindividuali, come le credenze e gli atteggiamenti e gli stati d'animo socialmente condivisi con il proprio gruppo sociale di riferimento;

b) intersoggettivi, come la partecipazione a comuni modi sentire, caratterizzati da varie forme d'identificazione e di condivisione di stati emotivi simili:

c) individuali, come il riconoscimento di un'identità e di uno status legati al prestigio simbolico della sostanza usata, esibita come contrassegno affiliativo" (A

.SALVINI, I. TESTONI, A. ZAMPERINI, *Droghe, Tossicofilie e Tossicodipendenza*, cit. p. 16).

L'ambiente e gli obiettivi per cui viene utilizzata una droga agiscono sulla tossicofilia.

LA DIPENDENZA

La tossicodipendenza è stata definita come una condizione di dipendenza psichica o fisica o psicofisica che si sviluppa in un individuo che abitualmente assume sostanze stupefacenti (M.RAVENNA, 1993, *Adolescenti e droga*, p. 41 in A. SALVINI, I TESTONI, A ZAMPERIN *Droghe, Tossicofilie e Tossicodipendenza*, cit. p. 78).

Il termine dipendenza psichica riguarda l'incapacità del soggetto di funzionare emozionalmente senza fare uso della droga e di conseguenza alla necessità di assumerla al fine di ottenere sensazioni di piacere e per evitarne di sgradevoli.

La dipendenza fisica si manifesta, invece, quando una persona che ha assunto il farmaco in forma cronica interrompe improvvisamente di usarlo scatenando, così, gravi sintomi fisici di astinenza.

La dipendenza fisica si associa in genere a dipendenza psichica ed è sempre accompagnata da fenomeni di tolleranza.

La dipendenza fisica si sviluppa, inoltre, nella metà dei bambini nati da madri tossicodipendenti, producendo una grave sindrome di astinenza che necessita trattamento medico.

Il DSM-IV-TR (2000) considera il Disturbo Antisociale di Personalità come un "quadro d'inosservanza e di violazione dei diritti degli altri, che si manifesta nella fanciullezza o nella prima adolescenza e continua nell'età adulta (R. Maniglio, *Attaccamento e disturbo antisociale di personalità*. Parental bonding in soggetti con disturbo antisociale in *Rassegna di Psicoterapie*, vol. 9, n. 1, 2004, p. 1).

degli altri, che si manifesta nella collezione ana, e continua nell'età adulta

Tra i criteri fondamentali per poter porre tale diagnosi è la presenza di sintomi di un Disturbo della Condotta manifestati già prima dell'età di 15 anni.

Le caratteristiche sintomatologiche messe in evidenza dal DSM e l'evidenza teorica ed empirica derivante dagli studi eziopatogenetici in psicopatologia, obbligano a prendere in esame le prime fasi di vita anche per i

soggetti con un disturbo antisociale.

La psicopatologia dello sviluppo (Developmental Psychopatology) negli ultimi anni si è occupata dello studio delle cause che sono essere un fattore di rischio o, al contrario, un fattore protettivo per l'emergere e il consolidarsi di una patologia psichica.

Sono considerate famiglie ad alto rischio di psicopatologia le famiglie caotiche e maltrattanti, quelle in cui la madre è nubile, adolescente ed economicamente svantaggiata oppure gravemente depressa o alcolista e quelle famiglie nelle quali è presente nella coppia genitoriale conflittualità elevata, abuso di sostanze o una malattia psichiatrica (G. Liotti (1999). *Il nucleo del disturbo borderline di personalità. Un' ipotesi integrativa. Psicoterapia*, 5,16/17:53-65 cit. in R. Maniglio. Attaccamento e disturbo antisociale di personalità. Parental bonding in soggetti con disturbo antisociale, cit. p.3

Diversi studi ritengono che le difficoltà nel processo di attaccamento nella prima infanzia possono costituire un aumentato rischio di produrre in età successiva tanto in

adolescenza che in età adulta, una serie di disturbi psicopatologici, anche se solo in maniera aspecifica.

4.3 LO STUDIO

In questo studio si riscontra lo stile di accudimento messo in atto dai genitori di un gruppo di soggetti con Disturbo correlato all'uso di sostanze.

L'obiettivo di tale ricerca consiste nell' accertare, in primo luogo, se esiste un collegamento tra i comportamenti e atteggiamenti di cura e controllo messi in atto da parte dei genitori e il disturbo attuale dei figli, e, in secondo luogo, se esistono diversità tra i due gruppi.

SOGGETTI

Per questa ricerca sono stati reclutati 20 soggetti; al momento della somministrazione dell'esperimento erano afferenti ad alcuni Servizi per le Tossicodipendenze del territorio salentino. Essi sono stati selezionati in base alle

diagnosi che risultavano dalle loro cartelle cliniche e quindi sottoposti al Parental Bonding Instrument (PBI) per rilevare i comportamenti e gli atteggiamenti di accudimento da parte dei loro genitori.

4.4 LO STRUMENTO

Il Parental Bonding Instrument (PBI), creato da Parker, Tupling e Brown (1979), è un questionario di auto-somministrazione formato da 25 items, in cui al soggetto è chiesto di ricordare atteggiamenti e comportamenti adottati dai propri genitori nei primi 16 anni di vita. Esso prende in esame due dimensioni importanti nella relazione genitori-figli: "la cura" e la "protezione/controllo".

Questi due aspetti inerenti l'accudimento sono stati proposti da ripetute osservazioni cliniche (Bowlby, 1969) e studi di analisi fattoriale su comportamenti e attitudini genitoriali (Hinde, 1974).

Le cure genitoriali formate da affetto, calore emotivo e prossimità, insieme ad un basso controllo, sono fondamentali per un attaccamento sicuro e uno sviluppo normale.

La dimensione "cura" include 12 items (1,2,4,5,6,11,12,14,16, 17, 18, 24), che vanno da un estremo di grande calore ed empatia ad un estremo di freddezza ed indifferenza.

La dimensione "protezione/controllo" racchiude 13 items (3,7,8 9, 10, 13, 15, 19, 20, 21, 22, 23, 25) che misurano il controllo, l'iperprotezione, l'intrusione ed anche la promozione dell'autonomia e dell'esplorazione.

Ad ogni item, il soggetto può graduare la sua risposta alla quale, in seguito, mediante un programma di scoring computerizzato viene assegnato un punteggio (da 0 a 3 per gli items 2, 3, 4, 7, 14, 15, 16, 18, 21, 22, 24, 25; da 3 a 0 per gli items 1, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 17, 19, 20, 23).

Le modalità di risposta sono:

1) assolutamente vero

- 2) abbastanza vero
- 3) non molto vero
- 4) per niente vero

I risultati delle due scale, messi insieme, danno luogo a quattro combinazioni possibili:

Cure elevate e bassa iperprotezione rappresentano un "legame ottimo";

Scarse cure e bassa iperprotezione è definito come "legame debole o assente";

Scarse cure ed alta iperprotezione può essere definito come "controllo senza affetto";

Cure ed iperprotezione elevate caratterizzano un "legame affettuoso ma costrittivo".

4.5 RISULTATI

I risultati sono illustrati nella tab. 1.

	Legame e ottimo		Legame affettuoso ma costrittivo		Controllo o senza affetto		Legame e debole o assente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Parental Bonding	1	5%	3	15%	15	75%	1	5%
Maternal Bonding	3	15%	4	20%	10	50%	3	15%

Tab. 1 Risultati totali al Parental Bonding di 20 soggetti con Disturbi correlati a Sostanze.

Nella "versione padre" dello strumento un solo soggetto (5%) riporta un "legame ottimo". Tre soggetti (15%)

riportano un "legame affettuoso ma costrittivo", avendo ricevuto dal proprio padre cura, ma anche controllo troppo elevato.

Quindici individui (75%) riportano una forma specifica di attaccamento mancato: "controllo senza affetto" (affectionless control); essi ricordano comportamenti e atteggiamenti paterni caratterizzati da protezione e controllo eccessivi e assenza di cura.

Soltanto un soggetto (5%) riporta un "legame debole o assente"; questi percepisce i propri genitori come carenti nelle capacità di fornire sia cura che controllo.

Nella "versione madre" i risultati non sono molto differenti da quelli emersi nella "versione padre" dello strumento.

Tre soggetti (15%) riportano un "legame ottimo" che indica che l'attaccamento con la madre è riuscito. Quattro persone (20%) riportano un "legame affettuoso ma costrittivo", avendo ricevuto dalla propria madre, accanto alle cure, anche un controllo e una protezione troppo elevati.

Dieci di essi (50%) riportano un attaccamento mancato di

tipo "controllo senza affetto" (affectionless control), caratterizzato da protezione e controllo eccessivi e assenza di cure.

Tre individui (15%) riportano, infine, l'altra forma di attaccamento mancato: "legame debole o assente".

DISCUSSIONE

I risultati di questa ricerca sono in accordo con quelli presenti in letteratura.

Nei tossicodipendenti presi in esame lo stile genitoriale prevalente risulta essere di tipo "controllo senza affetto" (affectionless control), cioè rappresentato da una protezione e controllo eccessivi e da assenza di cura. Esso, infatti, risulta presente nel 75% dei tossicodipendenti, facendo riferimento al legame avuto con il padre e nel 50% di essi, considerando il legame avuto con la madre.

4.6 CONCLUSIONI

Dalla maggior parte delle ricerche e studi empirici concernenti l'attaccamento dei soggetti con un Disturbo Antisociale di Personalità o con un Disturbo della Condotta nell'adolescenza, risulta che tali individui abbiano stati mentali relativi all'attaccamento di tipo "irrisolto rispetto a traumi o perdite o "distanziate" (Allen et al., 1996; Rosenstein & Horowitz, 1996) (P. Allen, S. T. Hauser & E. Borman-Spurrell, (1996). *Attachment theory as a framework for understanding sequelae of severe adolescent psychopathology: An 11-year follow-up study*. Journal consulting and Clinical Psychology, 64,254-263 cit. in R. Maniglio, Attaccamento e disturbo antisociale di personalità, cit. p. 5).

Nello studio di Allen et al. sono risultati particolarmente predittivi di comportamento criminale le persone che all' Adult Attachment Interview (AAI) sono state identificate "non classificabili" e quelle classificate con "svalutazione sprezzante dell'attaccamento e mancata elaborazione del trauma", rispetto ai soggetti classificati come "sicuri" o

come "preoccupati".

I soggetti non classificabili hanno risposto a criteri di categorie multiple e incompatibili, invece quelli classificati come sprezzanti hanno disprezzato le figure o le esperienze di attaccamento.

Fonagy ed altri hanno individuato una connessione tra Disturbo Antisociale di Personalità e stati mentali di tipo irrisolto e preoccupato, che rispecchiano un'amplificazione dei bisogni di attaccamento.

Tra i diversi stili di accudimento genitoriale correlati ad un Disturbo antisociale di Personalità o ad un disturbo della condotta nel figlio, emergono soprattutto combinazioni di rifiuto e/o trascuratezza con iperprotezione o controllo eccessivo.

La qualità dell'attaccamento tra un bambino e chi si prende cura di lui nelle prime fasi di vita rappresenta un fattore di rischio rilevante per i problemi della condotta nella prima infanzia.

La sensibilità materna non sembra essere un presupposto

sufficiente per lo sviluppo di un attaccamento sicuro.

Da svariati contributi scientifici, infatti, si evince come la relazione di attaccamento sia condizionata anche da determinate caratteristiche di personalità dei caregiver, dalla stabilità della relazione di coppia, dal supporto psicologico alle figure genitoriali, dal temperamento infantile, dalle tensioni causate dalla sfera professionale e dalla situazione socio-economica.

Liotti (1990) dichiara che, nelle famiglie dove vi è un basso rischio di disturbi psicopatologici, un'ampia percentuale dei minori è capace di organizzare il comportamento di attaccamento nei confronti di entrambi i caregiver, utilizzando modalità che riflettono lo stile di cura ricevuto da ciascuna figura di riferimento.

Belsky, confrontando i risultati delle ricerche inerenti il rapporto tra il comportamento parentale e la sicurezza dell'attaccamento, sostiene che esiste una relazione non di tipo correlazionale, ma causale, tra la qualità delle cure materne e la sicurezza dell'attaccamento (J. Belsky, (1999). Trad. It. *Influenza delle interazioni e del contesto sulla sicurezza dell'attaccamento*. In J. Cassidy e P. R.

Shaker (a cura di). Manuale dell'attaccamento. Teoria, ricerche e applicazioni cliniche. Roma: Giovanni Fioriti Editore (2002) cit. in R. Maniglio, Attaccamento e disturbo antisociale di personalità, cit. p. 6).

Alla luce di quanto detto sinora, lo scopo di questo studio è quello di investigare il ruolo dei comportamenti genitoriali percepiti nell'infanzia da soggetti con Disturbo correlato a sostanze.

Venti tossicodipendenti sono stati sottoposti al Parental Bonding Instrument: si tratta di un questionario di auto-somministrazione in cui al soggetto è richiesto di ricordare atteggiamenti e comportamenti messi in atto dai propri genitori nei primi anni di vita.

Il PBI è costituito da due dimensioni, cura e protezione/controllo.

Gli individui di questo studio riportano di aver percepito dai propri genitori bassa cura e alta protezione/controllo. Questi risultati suggeriscono che uno stile genitoriale caratterizzato da "controllo senza affetto" (affectionless

control") appare essere associato al Disturbo correlato a sostanze.

*“Se il legame di attaccamento è la radice
del nostro dolore,
l’intelligenza emotiva è la linfa che
consente a quella radice
di tornare a nutrire la vita, trasformando un
filo rosso spezzato
in un legame di consapevolezza.”*

BIBLIOGRAFIA

Allen, J. P. Hauser & Borman Spurrell, *Attachment theory as a framework for understanding sequelae of severe adolescent psychopathology: An 11-year follow-up study*. Journal of consulting and Clinical Psychology, 64,254-263, 1996.

APA (American Psychiatric Association), DSM-IV, *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Masson, Milano, 1996 in Salvini, A. Testoni, I. Zamperini, A. Droghe, tossicofilie e tossicodipendenza, p. 84.

Arnao, G, Rapporto sulle droghe, Feltrinelli, Milano, 1985.

Belsky, J. & Isabella, R. *Maternal, infant and social-contextual determinants of attachment security*. In Belsky, J. & Nezworski (eds). Clinical implications of attachment (pp.41-94). Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1988.

Belsky, J. Rosenberger K. & Cmic, K. *Maternal personality, marital quality, social support and infant temperament: their significance for infant-mother attachment in human families* In Pryce, C. Martin, R. & Skuse D.(eds). *Motherhood in human and man primates* (pp.115-124) Basel: Karger, 1995.

Belsky, J. & Isabella, R. *Maternal, infant and social-contextual determinants of attachment security*. In Belsky, J. & Nezworski(eds). *Clinical implications of attachment* (pp. 41-94). Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1988. *Developmental Psychology*.

Belsky, J. *Influenza delle interazioni e del contesto sulla sicurezza dell'attaccamento* In Cassidy, J. E Shaker, P. R. (a cura di). *Manuale dell'attaccamento. Teoria, ricerche e applicazioni cliniche*. Roma: Giovanni Fioriti Editore 2002

Bowlby, J. *Attaccamento e perdita*, Vol. 1: l'attaccamento alla madre, Editore Bollati Boringhieri, 1976.

Bowlby, J. *Costruzione e rottura dei legami affettivi*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1982.

Bowlby, J. *The making and breaking of Affectional Bonds*, pt. 1, Etiology and Psicopatologia in the Light of Attachment theory. Br. J. Psychiat. Vol. 130,201-10, 1977.

Bowlby, J. *Una base sicura*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1988.

Bowlby, J. *Attaccamento e perdita* Vol. 3: La perdita della madre. Editore Bollati Boringhieri, Torino, 1983.

Brown, G. W. *Early Loss and Depression*, in Parkes Stevenson- Hinde, 1982.

Byrne, D.G. e Duncan-Jones. *Neurosis and the Social Environment*, Academic Press, New York, 1981.

Cagossi, M. *Comunità terapeutiche e non*, Borla, Roma,

1988.

Cancrini, L. *Quei temerari sulle macchine volanti*, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1982.

Cancrini, L. *La Psicoterapia. Grammatica e Sintassi*. NIS, Roma, 1987.

Cassidy, J. Kobak, R. "Advance and its relationship to other defensive processes", in Belsky, J., Nezworski (a cura di), *Clinical Implications of Attachment*, (pp.300-323), Hillsdale, N. J. Erlbaum, 1988.

Cirillo, S. Berrini, R. Cambiaso, G. Mazza, R. *La famiglia del tossicodipendente*, Raffaello Cortina Editore, 1996.

Cocores, J. A. Miller, N. S. *Diagnosis, Pharmacology and treatment, Journal of addictive disease*», 1993.

Costantini, D. Mazzon, S. *Le comunità per tossicodipendenti*, La Nuova Italia Scientifica, Roma,

1984.

Crittenden, P. M. e Di Lalla, D. *Compulsive Compliance. The Development of an Inhibitory coping Strategy in Infancy*, in "Journal of Abnormal Child Psychology", 16 pp. 585-599, 1988.

Crittenden, P. M. "*Maltreated infants: Vulnerability and resilience*", Journal of Child Psychology and Psychiatric, 26, 85-96, 1985a.

Crittenden, P. M. "*Social networks, quality of parenting and child development*", Child Development, 56, 1299-1313, 1985b.

Crittenden, P. M. "*Preschool Assessment of Attachment*", manoscritto non pubblicato, 1994.

Crittenden, P. M. *Nuove prospettive sull'attaccamento*, Edizioni Angelo Guerini e Associati, Milano, 1994.

Crittenden, P.M. *Pericolo, sviluppo e adattamento*,

Masson, Milano, 1997,

Di Blasio, P. *Psicologia del bambino maltrattato*, Il Mulino, Bologna, 2000.

Dole, V. P. Nyswander, M. E. *Medical treatment for diacety*, "JAMA", 193, 1965.

Dole, V. P. Nyswander, M. E. *Narcotic Blockade*, "Arch. Inter Med.", 118, 1967.

Egeland, B. Sroufe, L. A. *"Attachment and early maltreated"*. Child Development, 52,44-52, (1981a).

Fadda, P. Fratta, W. *I sistemi oppioidi endogeni*, "Medicina delle tossicodipendenze", 16,pp. 16-20, 1997.

Field, T. M. *Attachment as Psychobiological Attunement: Being on the Same Wavelength*, in Reite e Field, 1985.

Finette, L et al. *Gene mutations with characteristic*

deletions in cord blood tlymphocytes associated with passive material exposure to tobacco smoke, "Nature Medicine", 1988.

Fivush, R. Hammond, N. R. *Autobiographical memory across the preschool years: Toward reconceptualizing childhood amnesia*. In Fivush R. Hudson, J. A. (a cura di), *Knowing and remembering in young children* (223-248). New York: Cambridge Univesity Press, 1990.

Freud, S. (1905), *Tre saggi sulla teoria sessuale*, In: *Opere*, vol.4, Boringhieri, Torino, 1970.

Furlan, P. M. Picci, R. L. *Alcol Alcolici Alcolismo*, Bollati Boringhieri, Torino, 1990.

Gaensbauer, T. J, Harmon, R. J. "*Attachment behaviour in abused/neglected and premature infants: Implication fort he concepts of attachment*", in R. N. Emde, Harmon, R. J. (a cura di), *The Development of attachment and affiliative system* (pp.263-280), New York: Plenum Press: Schneider-Rosen, K. Braunwald, K. Carlson, V. Cicchetti,

D. "Current perspectives in attachment theory:
Illustrations from the study of maltreated infants", 1982.
Gorge, C. Kaplan, M. Main, M. *The Adult Attachment
Interview*. Unpublished doctoral dissertation. University
of California, Berkeley, CA, 1986.

Guidano, V. *Il Se nel suo divenire*, Bollati Boringhieri,
Torino, 1992.

Hart, S. N. Brassard, M. R. Karlson, H. C. *Psychological
Maltreatment*, in Trier, J. Berliner, L. Bulkey, J. A. Jenny,
Ce Reid, T.

(a cura di), *The APSAC Handbook on Child
Maltreatment*, London, Sage, pp.72-89, 1996.

Harvey, J. H, Flanary, R. e Morgan, M. *Vivid Memories of
Vivid Loves Gone* by, J. soc. Pers. Relat, vol.3,359-73,
1986.

Helfer, R. E. *The Etiology of child abuse*,
Pediatrics, 51, 777-779, 1973.

Hinde, R. A. *Biological bases of human social behavior*.
New York: Mc Graw Hill, 1974.

Hofer, M. A. *Relationship as Regulator: a
Psychobiologic Perspective on Bereavement*, *Psychosom.*
Med, vol.46,183-97, 1984.

Hofman, A. *Il mio bambino difficile*, Urra, Milano, 1998.

Hudolin, V. *Manuale di alcologia*, Erickson, Trento,
1980.

Hudson, J. A. *The emergences of autobiographical
memory in motherchild conversation*. In Fivush, A. (a
cura di), *Knowing and remembering in young children*.
New York: Cambridge University Press, 1990.

Hughes, J.R. *Smoking is a Drug Dependence*. A Reply to
Robinson and Pritchard "Psychopharmacology", 1993.

Jarvik, M. E. Schneider, N. G. *Nicotine* in Lowinson, J.
H. et al (cura di), *Substance Abuse: A Comprehensive
text- book*, Williams & Wilkins, Baltimora, 1992.

Jellinek, E. M. *The Disease concept of Alcoholism*,
Hilhouse Press New Haven, 1960.

Julien, M. R. *Droghe e farmaci psicoattivi*, Zanichelli,
Bologna, 1997.

Kaplan, H. I. Sadock, B. J: Grebb, J. A. *Psichiatria.
Manuale di Scienze del comportamento e psichiatria
clinica*, Masson, Milano, 1996.

Law, M. R. Hackshaw, A. K. *Enviromental tobacco
smoke*, "British Medicine Bulletin", 1996.

Leventhal, H. *A perceptual-motor theory of emotion*. In
Berkowitz (a cura di), *Advances in experimental social
psychology*, vol.17. *Theorizing in Social psychology:
Special Topics* (117-182). New York: Academic Press,
1984.

Liotti, G. *Il nucleo del disturbo borderline di personalità:
Un'ipotesi integrativa*. *Psicoterapia*, 5,16/17:53-65, 1999

Longo, V. La scoperta di sé stessi nell'educazione dei figli. 2023, Independently published.

Lorenz, K. Z. *Instinctive Behaviour*. New York: International Universities Press), 1957.

Maniglio, R, *Attaccamento e disturbo antisociale di personalità. Parental bonding in soggetti con disturbo antisociale* in Rassegna di Psicoterapie, vol. 9, n. 1, pp. 75-86, 2004.

Meloni, S. *L'importanza di sviluppare l'intelligenza emotiva in età prescolare*, 2024, Independently published.

Newhouse, J. Hughes, G. *The role of nicotinic mechanism in neuropsychiatric disease*, 1991.

Pipe, M. E. Goodman, G. S. *Elements of secrecy: Implication for children's testimony*. Behavioral Sciences and the Law, 9,33-41, 1991.

Ravenna, M. *Adolescenti e droga*, Il Mulino, Bologna, 1993

Ravenna, M. *Psicologia delle tossicodipendenze*, II
Mulino, Bologna, 1997b.

Sacchetti, E. Clerici, M. *Incontro all'eroina*, Masson,
Milano, 1996 in Salvini, A. Testoni, I. Zamperini, A.
Droghe, tossicofilie e tossicodipendenza, p. 57.

Salvini, A. Testoni, I. Zamperini, A. *Droghe, tossicofilie e
tossicodipendenza*, Utet Libreria, 2002.

Solowij, N. Michie, P. T. Fox, A. M. *Effects of Long-Term
Cannabis Use on Selective Attention: An Event-Related
Potential Study*, "Pharmacology, Biochemistry &
Behavior", 1991.

Stanton, M. D. *Famiglia e tossicomania, terapia
familiare*, 1979.

Taussing, H. N. Litownik, A. J. *Self and Other-directed
Destructive Behaviours: Assessment and Relationship to*

type of Abuse, in "Child Maltreatment", 2, pp. 173-182, 1997.

Tylor, S. E. *Illusioni*, giunti, Firenze, 1989.

Virno, M. *Tossicodipendenza da eroina: una strategia terapeutica*, "Quaderni della Fondazione Villa Maraini", 1993.

Walters, A.J. Sutton, S. R. *Direct and indirect effects of Nicotine/Smoking on cognition in Humans* "Addictive Behaviours", 2000.

Wenner, N. K. *Dependency Patterns in Pregnancy*. In J. H. Masserman (ed), *Sexuality of Women*. New York: Crune & Stratton, 1966.

Wozniak, D.F. et al. *Mk-801 induces neuronal necrosis in posterior/retrosplenial cortices*, "Neuroscience Abstracts", 1993.

Zucconi, P. *La disassuefazione dal fumo*, "Animazione

Sociale", 1997.